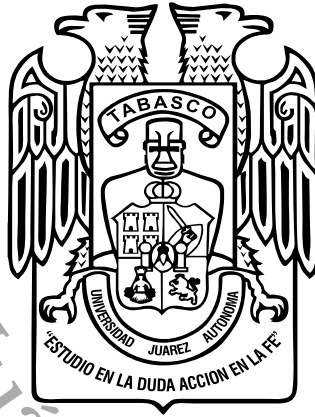


# UNIVERSIDAD JUÁREZ AUTÓNOMA DE TABASCO

---

---

División Académica de Ciencias de la Salud



**SATISFACCIÓN DEL PACIENTE CON DOLOR POSTOPERATORIO SOBRE EL  
CUIDADO DE ENFERMERÍA DE UNA INSTITUCIÓN DE TERCER NIVEL**

**Tesis para obtener el diploma de la:  
ESPECIALIDAD EN ENFERMERÍA QUIRÚRGICA**

**Presenta:**

**Vanessa Castillo Acopa**

**Directores:**

**DCE. María Asunción Vicente Ruiz  
Mtra Carmen de la Cruz García  
Mtro. Elías Méndez Mena**

**Villahermosa, Tabasco.**

**Octubre 2020**



**UNIVERSIDAD JUÁREZ  
AUTÓNOMA DE TABASCO**

"ESTUDIO EN LA DUDA. ACCIÓN EN LA FE"



División  
Académica  
de Ciencias de  
la Salud

Dirección



Of. No. 0577/DACS/JAEP

15 de octubre de 2020

ASUNTO: Autorización impresión de tesis

**C. Vanessa Castillo Acopa**  
*Especialidad en Enfermería Quirúrgica*  
Presente

Comunico a Usted, que ha sido autorizada por el Comité Sinodal, integrado por los profesores investigadores M.C.E. Celia del Carmen Solís Gómez, M. en C. Francisca Gómez Hernández, M.A.EE. Carmen de la Cruz García, M. en C. Adelfo García Jiménez, y la M.C.E. Elizabeth Aguilar Arístigue, impresión de la tesis titulada: **"Satisfacción del paciente con dolor postoperatorio sobre el cuidado de enfermería de una Institución de Tercer Nivel"**, para sustento de su trabajo recepcional de la *Especialidad en Enfermería Quirúrgica*, donde funge como Directores de Tesis la M.A.E. Carmen De la Cruz García y el M.C.E. Elías Méndez Mena.

Atentamente

UJAT



DACS

**Dra. C. Mirjan Carolina Martínez López**  
Directora

C.c.p.- M.A.E. Carmen De la Cruz García.- Director de Tesis  
C.c.p.- M.C.E. Elías Méndez Mena.- Directora de Tesis  
C.c.p.- M.C.E. Celia del Carmen Solís Gomez.- Sinodal  
C.c.p.- M. en C. Francisca Gómez Hernández.- Sinodal  
C.c.p.- M.A.E. Carmen De la Cruz García.- Sinodal  
C.c.p.- M. en C. Adelfo García Jiménez.- Sinodal  
C.c.p.- M.C.E. Elizabeth Aguilar Arístigue.- Sinodal

C.c.p.- Archivo  
DC'MCML/MO'MACA/lkrd\*



### ACTA DE REVISIÓN DE TESIS

En la ciudad de Villahermosa Tabasco, siendo las 10:30 horas del día 15 del mes de octubre de 2020 se reunieron los miembros del Comité Sinodal (Art. 71 Núm. III Reglamento General de Estudios de Posgrado vigente) de la División Académica de Ciencias de la Salud para examinar la tesis de grado titulada:

#### "Satisfacción del paciente con dolor postoperatorio sobre el cuidado de enfermería de una Institución de Tercer Nivel"

Presentada por el alumno (a):

Castillo	Acopa	Vanessa
Apellido Paterno	Materno	Nombre (s)

Con Matricula


1	9	1	E	2	4	0	1	3
---	---	---	---	---	---	---	---	---


Aspirante al Diploma de:


#### Especialista en Enfermería Quirúrgica

Después de intercambiar opiniones los miembros de la Comisión manifestaron **SU APROBACIÓN DE LA TESIS** en virtud de que satisface los requisitos señalados por las disposiciones reglamentarias vigentes.

#### COMITÉ SINODAL

  
M.A.E. Carmen De la Cruz García  
M.C.E. Elías Méndez Mena  
Directores de Tesis

  
M.C.E. Celia del Carmen Solís Gómez

  
M. en C. Francisca Gómez Hernández

  
M.A.E. Carmen De la Cruz García

  
M. en C. Adelfo García Jiménez

  
M.C.E. Elizabeth Aguilar Aristigue



**UNIVERSIDAD JUÁREZ  
AUTÓNOMA DE TABASCO**

"ESTUDIO EN LA DUDA. ACCIÓN EN LA FE"



División  
Académica  
de Ciencias de  
la Salud

Dirección



## Carta de Cesión de Derechos

En la ciudad de Villahermosa Tabasco el día 30 del mes de Septiembre del año 2020, el que suscribe, C. Vanessa Castillo Acopa, alumno del programa de la especialidad en Enfermería Quirúrgica, con número de matrícula 191E24013 adscrito a la División Académica de Ciencias de la Salud, manifiesta que es autor intelectual del trabajo de tesis titulada: **"Satisfacción del paciente con dolor postoperatorio sobre el cuidado de enfermería de una institución de tercer nivel"**, bajo la Dirección del Dr. Heriberto Tosca Córdova, Conforme al Reglamento del Sistema Bibliotecario Capítulo VI Artículo 31. El alumno cede los derechos del trabajo a la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco para su difusión con fines académicos y de investigación.

Los usuarios de la información no deben reproducir el contenido textual, gráficos o datos del trabajo sin permiso expreso del autor y/o director del trabajo, el que puede ser obtenido a la dirección: [vanessa-a-08@hotmail.com](mailto:vanessa-a-08@hotmail.com). Si el permiso se otorga el usuario deberá dar el agradecimiento correspondiente y citar la fuente del mismo.

**Vanessa Castillo Acopa**

Nombre y Firma

DIVISIÓN ACADÉMICA DE  
CIENCIAS DE LA SALUD

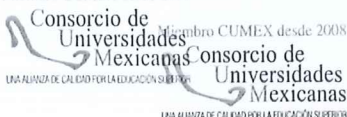


JEFATURA DEL ÁREA DE  
ESTUDIOS DE POSGRADO

Sello

Av. Universidad s/n, Zona de la Cultura, Col. Magisterial, C.P. 86040 Villahermosa, Tabasco  
Tel. (993) 358.15.00 Ext. 6134

Miembro CUMEX desde 2008



[www.ujat.mx](http://www.ujat.mx)





### Agradecimientos

En primera instancia le agradezco a Dios el haberme permitido cumplir un sueño más, que me haya dado las fuerzas necesarias para seguir adelante, la virtud de tener a mi familia con bien que son mi motor y su inmenso amor que me sostiene en todo momento.

A mi familia, en especial a mis padres el Sr. José Luis Castillo y la Sra. Mirella Acopa, que con mucho esfuerzo me han permitido gozar de educación, me han cementado las bases de mi formación, me han enseñado todo lo que soy y he encontrado en ellos la mano que me impulsa a continuar y no rendirme jamás, gracias por ser mi inspiración y mi ejemplo de superación siempre.

A mis hermanas, Jessica y Denisse y mi sobrina Dulce que sin duda alguna también han estado en esto conmigo, agradezco que me hayan servido de práctica muchas veces y me hayan apoyado a estudiar mucho, sé que al igual que yo, ustedes también aprendieron y les emocionaba hacerlo.

A mi novio, el Ing. Ricardo Simuta, que por largo tiempo ha caminado junto conmigo y me ha dedicado su tiempo, su esfuerzo y su apoyo incondicional.

A mis maestros, asesores y directores de tesis que sin su apoyo esto no sería posible y que me alientan a continuar por más difícil que parezca todo me aportan el conocimiento y la inquietud de seguir aprendiendo de ustedes.

Contar con personas así es un regalo de la vida y seguiré esforzándome cada vez más para ustedes. De corazón muchas gracias a todos.

## Resumen

**Autor:** Vanessa Castillo Acopa.

**Institución:** Universidad Juárez Autónoma de Tabasco; División Académica de Ciencias de la Salud.

**Título del estudio:** Satisfacción del Paciente con Dolor Postoperatorio sobre el Cuidado de Enfermería de una Institución de Tercer Nivel

**Introducción:** Todos los seres humanos han experimentado algún tipo o grado de dolor en alguna ocasión. Es la razón más común por la cual la población busca atención sanitaria. El control satisfactorio del dolor posoperatorio es uno de los retos más importantes que permanecen sin resolver en el ámbito quirúrgico, lo que motiva un fuerte impacto en los pacientes y en el sistema sanitario en su conjunto. Su manejo eficiente mejorará las condiciones generales del enfermo. **Objetivo general:** Evaluar la satisfacción del paciente con dolor postoperatorio de acuerdo al cuidado proporcionado por el personal de enfermería. **Metodología:** Diseño descriptivo, transversal, con un muestreo no probabilístico por conveniencia y una muestra de 60 pacientes postoperados. El instrumento utilizado para medir las variables principales fue el CARE-Q. **Resultados:** El 40% ( $n=24$ ) se sienten satisfechos con el cuidado de enfermería, en relación a la dimensión de disponibilidad del cuidado se ubicó en alta 73%, 56% alta Cortesía, 58% niveles medios de Confianza y 86% valores medios de Competencia. **Discusión:** Los pacientes postoperados con dolor se encuentran satisfechos con la atención y cuidado coincidiendo con lo mencionado por Urure & Pacheco (2017). Las dimensiones de Disponibilidad y Cortesía son las más frecuentes en cuanto a niveles altos de satisfacción, mientras que la de Confianza y Competencia de la enfermera se registra niveles medios en lo reportado. **Conclusión:** Es necesario, seguir llevando a cabo acciones de mayor enfoque resolutivo a sus incomodidades y molestias, en los que no solo se realicen cuestiones de índole médica, si no se implementen técnicas con aporte afectivo.

## Tabla de contenido

Capítulo I.....	11
Introducción.....	11
Descripción del problema .....	11
Marco referencial .....	20
Artículos relacionados .....	39
Definición de terminos.....	42
Objetivo general .....	43
Objetivos específicos. ....	43
Capítulo II.....	44
Metodología.....	44
Diseño de Investigación .....	44
Población, Muestro y Muestra .....	44
Criterios de inclusión .....	44
Criterios de exclusión.....	45
Selección de los participantes. ....	45
Procedimientos de recolección de datos .....	45
Descripción del instrumento .....	46
Análisis y plan de tabulación .....	48
Consideraciones éticas .....	48
Capítulo III .....	51

Resultados.....	51
Confiabilidad del instrumento .....	51
Estadísticas descriptivas y resultados .....	51
Características sociodemograficas .....	52
Características clínicas .....	53
Capítulo IV .....	63
Discusión .....	63
Conclusiones .....	67
Recomendaciones.....	67
Limitaciones del estudio .....	68
Referencias bibliográficas.....	69
Apéndice A. Cronograma de actividades .....	76
Apéndice B. Cuestionario sobre la satisfacción del paciente CARE-Q .....	78
Apéndice C. Consentimiento informado .....	80
Apéndice D. Administración del proyecto.....	81



## Índice de tablas

Tabla 1	Consistencia interna del instrumento y sus dimensiones.....	51
Tabla 2	Estadísticas descriptivas de las variables sociodemográficas y clínicas.....	52
Tabla 3	Distribución de frecuencias de las variables sociodemográficas.....	52
Tabla 4	Distribución de frecuencias de las variables clínicas. ....	53
Tabla 5	Distribución de frecuencias para las cirugías mayormente realizadas.....	54
Tabla 6	Distribución de frecuencias de la intensidad del dolor.....	55
Tabla 7	Satisfacción del paciente con dolor postoperatorio por dimensiones.....	56
Tabla 8	Distribución de frecuencias general para la Satisfacción del paciente con dolor .....	56
Tabla 9	Satisfacción del paciente con dolor postoperatorio por rangos de edad..	57
Tabla 10	Satisfacción del paciente con dolor postoperatorio de acuerdo al sexo...	57
Tabla 11	Satisfacción del paciente con dolor postoperatorio de acuerdo a su escolaridad .....	58
Tabla 12	Satisfacción del paciente con dolor postoperatorio de acuerdo a su ocupación laboral .....	58
Tabla 13	Satisfacción del paciente con dolor postoperatorio de acuerdo a su procedencia .....	59
Tabla 14	Satisfacción del paciente con dolor postoperatorio de acuerdo a la cirugía .....	59
Tabla 15	Satisfacción del paciente con dolor postoperatorio de acuerdo al tipo de intervención qx.....	60
Tabla 16	Satisfacción del paciente con dolor postoperatorio de acuerdo al tipo de anestesia .....	61
Tabla 17	Satisfacción del paciente con dolor postoperatorio de acuerdo al tiempo de la intervención qx .....	61
Tabla 18	Satisfacción del paciente de acuerdo a la Escala Visual Análoga.....	62

## Capítulo I

### Introducción

#### Descripción del Problema

Todos los seres humanos han experimentado algún tipo o grado de dolor en alguna ocasión. Es la razón más común por la cual la población busca atención sanitaria. Un individuo con dolor se siente agotado o sufre y busca alivio (Urure & Pacheco, 2017).

Toda cirugía produce dolor ya que no existe la operación que no duela, lo que no significa que se tenga que soportar el dolor por el hecho de estar operado. La evaluación clínica del dolor presenta lógicas discrepancias dado que concurren una serie de variables psicológicas, ambientales, familiares, etc., que no suelen ser diferentes en cada persona. La descripción subjetiva del propio paciente es probablemente el mejor indicador del dolor, y es, sin duda un complemento esencial a cualquiera de los métodos inductores de dolor. Por regla general, si una persona dice que tiene dolor se debe asumir que, efectivamente, lo tiene (Gutiérrez, 2017).

El dolor después de la cirugía es, a menudo, mal manejado incluso en las naciones desarrolladas, persistiendo una alta prevalencia, lo que conlleva una disminución de la calidad de vida, un aumento de la morbilidad perioperatoria, de la estancia hospitalaria y, por tanto, de los costes (Pérez & et al, 2017).

El dolor de causa quirúrgica es una condición clínica frecuente que, mal controlada, puede dar lugar a una serie de consecuencias negativas importantes. La mayoría de los pacientes que se somete a procedimientos quirúrgicos experimenta dolor moderado a severo, la evidencia

mundial sugiere que menos de la mitad tiene un adecuado alivio del dolor postoperatorio (Meissner et al, 2015).

A nivel mundial, la prevalencia del dolor postoperatorio ha registrado lo siguiente: en España se reportó un dolor postoperatorio de intenso a insoportable en el 25.5% de los pacientes durante las 24h siguientes a la intervención (Baños et al, 2015), otro estudio en el mismo país, señala el dolor postoperatorio en obstetricia y ginecología, de muy intenso a insoportable en el momento de su aparición en el 66% de las pacientes y a las 24 h en el 29% (Cañellas, 2015). Alemania indicó que todos los pacientes tuvieron dolor en las primeras 48 h. La media del dolor en la Escala Visual Análoga (EVA) fue de 4.4 el primer día (Dauber et al, 2015). En Sudan, el 93% de los pacientes padeció dolor postoperatorio, siendo éste en el 64.4% de los casos de moderado a insoportable (Bagi et al, 2015). Reino Unido reporto que el 33% de los pacientes había padecido dolor agudo la mayor parte del tiempo durante su hospitalización, y en el 87% de los casos el dolor fue moderado o severo (Bruster et al, 1994). En Francia, la prevalencia es del 46.4% ya que los pacientes sufrieron dolor postoperatorio de intenso a muy intenso durante el primer día postintervención, especialmente tras cirugía abdominal, urológica alta y de espalda (Poisson et al, 1996). Finalmente, Canadá presento que el 40% de los pacientes sufrieron dolor postoperatorio de moderado a intenso durante las 24h postintervención (Beauregard et al, 1998).

La mayoría de los valores se refieren a prevalencias de dolor postoperatorio en general, sin diferenciar especialidades quirúrgicas ni mucho menos tipos de intervención, por lo que al hablar de valores medios nos vamos a encontrar en muchos casos con especialidades en las que la intensidad media del dolor percibido será considerablemente mayor.

México no es la excepción y existen reportes nacionales de prevalencia de dolor postoperatorio con inadecuado alivio del dolor. En León Guanajuato se ha reportado una prevalencia de 67.7% en la Unidad Médica de Alta Especialidad del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). En Monterrey, Nuevo León, una alta proporción de pacientes presentó dolor moderado a severo durante las primeras 24 horas postoperatorias, representado por el 69.6 % de los participantes de una Institución de Salud Pública del Área Metropolitana. En el Estado de México, la prevalencia del dolor posoperatorio en el Hospital General de Ecatepec “José María Rodríguez” se reportó en 97.7%.

En Tabasco la investigación científica sobre el dolor postoperatorio es poco estudiado y divulgado haciendo que sean de difícil acceso las estadísticas que demuestren el cuidado otorgado de enfermería en pacientes intervenidos quirúrgicamente.

En el ámbito asistencial de enfermería, se ha reportado que alrededor de 3 mil pacientes se han intervenido con cirugías de mínima invasión en el Quirófano Inteligente del Hospital Regional de Alta Especialidad de la Mujer, gracias a que cuentan con el equipo, único en la entidad, se ha logrado realizar procedimientos por laparoscopia, endoscopia y estereoscopia. Con esta técnica quirúrgica se reduce la estancia hospitalaria de la paciente, lo que genera menores costos a la institución y favorece la pronta recuperación de las mujeres, lo que a su vez permite se reintegren a sus actividades cotidianas en menor tiempo, además de que le causa menos dolor y sangrado que la cirugía convencional. De los diferentes casos recibidos, ha sido posible atender alrededor de mil pacientes con quistes de ovario, de las cuales el 80% egresa el mismo día de la cirugía. De igual manera en el quirófano inteligente es posible tratar sangrados por miomas, adenomiosis o pólipos (Hernández, 2017).

En la actualidad el cuidado de enfermería dirigido al manejo del paciente con dolor postoperatorio es poco estudiado, investigado y difundido, existiendo escasa revisión bibliográfica al respecto.

En las instituciones de salud, donde acuden los pacientes para resolver una enfermedad mediante el acto quirúrgico, se logra un cuidado enfermería de calidad cuando los pacientes expresan satisfacción por el cuidado recibido al término de su experiencia de salud, la misma que tiene etapas desde el pre operatorio con la preparación física y psicológica hasta el post operatorio, el cual se divide en periodos, siendo el cuidado de enfermería realizado en su plenitud cuando el paciente se encuentra en la unidad de recuperación postanestésica, logrando la satisfacción del paciente cuando su experiencia de salud, presenta mínimo dolor postquirúrgico por el procedimiento realizado. Teniendo la definición del dolor Postquirúrgico, como un dolor agudo en respuesta a una agresión quirúrgica, ligada al acto quirúrgico y al período postquirúrgico; es el principal síntoma referido por los pacientes sometidos a cirugía (Pantoja, Rivera & Rodenas, 2017).

La satisfacción del usuario es un indicador importante de la calidad del cuidado por lo tanto la atención que brinda la enfermera no debe limitarse a cumplir órdenes medicas relacionadas con el tratamiento que el paciente recibe, normas, reglamentos, sino que la prioridad debe estar enfocada hacia el buen trato y el logro de la satisfacción plena del paciente, favoreciendo la recuperación del paciente disminuyendo así su estancia hospitalaria (Pantoja, Rivera y Rodenas, 2017). El personal de enfermería no solo debe identificarlo por su nombre sino que debe conocer sus necesidades y expectativas, para así lograr que el paciente perciba la atención recibida en forma positiva y pueda al mismo tiempo considerar que la experiencia vivida contribuyó al restablecimiento de su salud (Flores, 2018).

El cuidado del enfermero involucra, no sólo un manejo técnico especializado, sino involucra procesos interpersonales para potenciar, mantener o recuperar la salud de las personas, sin ellos la calidad del cuidado se ve mermada, por eso debe ser estudiado en forma especial y separada del resto de los elementos (Flores 2018).

El control satisfactorio del dolor posoperatorio es uno de los retos más importantes que permanecen sin resolver en el ámbito quirúrgico, lo que motiva un fuerte impacto en los pacientes y en el sistema sanitario en su conjunto. Su manejo eficiente mejorará las condiciones generales del enfermo, facilitará una recuperación más rápida y disminuirá la estancia en el hospital. No obstante que se ha fundamentado en la evidencia el beneficio de una analgesia óptima, el 64% de los pacientes no reciben una terapéutica enfocada al alivio de su dolor hasta que este sea severo en intensidad (Pantoja, Rivera & Rodenas, 2017).

En este sentido en forma general, haciendo una recopilación teórica de la situación actual del tratamiento del dolor postoperatorio a nivel internacional, tal como lo señala el autor Adrián (2016) en España, en su párrafo introductorio en donde afirma que “es un hecho bien documentado que el Dolor Agudo Postoperatorio (DAP) en el momento presente, es tratado de modo inadecuado y deficiente en aproximadamente un 55% de los centros sanitarios de los países desarrollados. Esta evidencia debe ser motivo de preocupación y de reflexión por parte de todos los profesionales sanitarios”, etc. Asimismo en estudios en el mismo país España en el año 2003, mostró que el nivel de satisfacción de los pacientes con las enfermeras es el 40,7% muy satisfactorio. Años más tarde en España (Madrid) en 2006 se puede observar un incremento considerable en cuanto satisfacción señalando los investigadores “que la satisfacción con el personal de enfermería en el tratamiento del dolor es valorado de forma satisfactoria o muy satisfactoria en un 89.7% de los casos” existiendo todavía una brecha de

10.3% para alcanzar el máximo de satisfacción con respecto a la variable dolor postoperatorio. Cifras casi similares se reportan en Chimbote, Perú año 2009, en donde los autores señalan que el 65% de las enfermeras de los hospitales de Chimbote presentan una calidad de cuidado inmediato medio, y el 75% de los enfermeros presentan regular manejo del dolor en pacientes quirúrgicos en los servicios de ginecoobstetricia y cirugía. En un estudio realizado en un Hospital Público de la ciudad de Ica, Perú, en periodo Octubre 2016 – Setiembre 2017, se reportó que en cuanto a la oportunidad de los cuidados de enfermería sobre el dolor post operatorio, el 77.6% (125 pacientes) de los pacientes señalaron que la atención fue rápida y el 22.4% (36) que hubieron demoras en la misma. En el Hospital San Vicente de Paúl Ibarra, Ecuador, los resultados indican que el 69.54% de los pacientes mencionan estar insatisfechos con los cuidados de enfermería recibidos; en la categoría de explica y facilita la mitad de los usuarios califican el cuidado como bueno (51.49%).

En la actualidad para la Organización Mundial de la Salud, el tema de la satisfacción del paciente ha adquirido importancia en el ámbito hospitalario, debido a la necesidad que existe de evaluar los cuidados que se brindan en salud. Los cuidados en niveles aceptables u óptimos de satisfacción, denota que el enfermo ha logrado de manera persistente un buen equilibrio fisiológico y psicológico, el que se manifiesta por un estado satisfactorio de bienestar, a su vez el usuario muestra conformidad entre las expectativas previas y la realidad percibida (OMS, 2014).

En México son pocos los estudios que se han realizado en enfermería para evaluar la calidad del cuidado, aunado a esto, la falta de índices o estándares para su evaluación han dificultado el profundizar en la evaluación y la Investigación en el campo de la administración de los servicios de enfermería. Tan solo en León, Guanajuato se ha reportado en un estudio



realizado en la Unidad Médica de Alta especialidad que el nivel de atención fue reportado por los pacientes como “satisfecho” y “muy satisfecho, mientras en un Hospital del Estado de México se registró que del total de los pacientes un 70.5% se sienten satisfechos con la efectividad analgésica que recibieron, 16.9% se encuentra muy satisfechos y 10.2% algo satisfechos y 2.2% se manifestaron insatisfechos.

De acuerdo con datos proporcionados por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) y su Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (ENOE) del segundo trimestre del 2015 y el Módulo de Condiciones Socioeconómicas de la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENIGH) 2014, en México la población mayor de 15 años de edad ocupada como enfermera o enfermero es de 475,295 personas, de las cuales 85% son mujeres y 15%, hombres. Por cada 100 personas con esta ocupación, 43 son profesionistas, 31 técnicas y 26 son auxiliares en enfermería o paramédicos.

El promedio de enfermeras y enfermeros por cada 1,000 habitantes es de 3.9, indicador que ha crecido en los últimos 12 años, pues a mediados del 2003, el promedio era de 2.9. A pesar de este dato favorable, México continúa por debajo del mínimo que establece la Organización Panamericana para la Salud (OPS), que recomienda que haya entre cinco y seis enfermeras por cada 1,000 habitantes. De entre los países miembros de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), hasta el 2012 el promedio era de 8.8 enfermeras por cada 1,000 habitantes, lo que evidencia que el país está muy por debajo de esta cifra, e indica un déficit en cuanto a formación de enfermeras y enfermeros, pese al incremento de la profesionalización en las últimas décadas.

En México, sólo 10 estados tienen un promedio de enfermeros por encima del promedio nacional, y de esas entidades cinco cumplen con los estándares internacionales de entre cinco y seis enfermeras por cada 1,000 habitantes, destacando Tamaulipas (6.1) y el Distrito Federal (6.0), seguidas por Campeche (5.9), Colima (5.7), Coahuila (5.1), Nayarit (4.9), EdoMex (4.6), Jalisco (4.4), Nuevo León (4.3) y Chihuahua (4.2).

Así mismo, los estados de Sonora, Yucatán y Tlaxcala coinciden con el promedio de enfermeras o enfermeros a nivel nacional, mientras que las restantes 19 entidades están por debajo del promedio nacional, oscilando entre 3.8 de Yucatán y 2.3 de Puebla. De cada 100 enfermeras y enfermeros que se desempeñan en el sector de servicios de salud y asistencia social, 76 se desenvuelven en instituciones públicas (Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado [ISSSTE], IMSS, etcétera), y los 24 restantes en el sector privado (hospitales y consultorios médicos privados, empresas o negocios, etcétera) (Toche, 2016).

En Tabasco, se han realizado diversos estudios para evaluar la satisfacción del paciente relacionado con el cuidado de enfermería, los resultados han sido variados de acuerdo a la institución y tipo de patología presentada. García en el 2008, realizó un estudio con el objetivo de evaluar el nivel de satisfacción del usuario adulto mayor a la calidad de la atención de enfermería proporcionada durante su hospitalización en un Hospital General de Cunduacán Tabasco. El índice de satisfacción general fue 58% con satisfacción alta, mientras que el 40% resultó medianamente satisfecho y el 2% manifestó satisfacción baja.

Gerónimo, et al. (2015). Realizaron un estudio con el objetivo de determinar en las mujeres en periodo posparto la satisfacción con la calidad de la atención obstétrica recibida durante su

hospitalización en el Hospital de Alta Especialidad de la Mujer, registrando resultados del 92% de las puérperas considera que el personal sí se preocupa por el bienestar de ellas y del recién nacido, el 64% de ellas califica en términos generales como buena la atención recibida del personal de enfermería y el 30% la califica como muy buena. Al obtener puntajes totales de la escala COMFORTS se obtuvo que la satisfacción en las mujeres en periodo posparto por la atención recibida es alta (94.5%).

Como se puede observar existen estudios que comprueban la participación enfermera en cuanto a los cuidados y atención proporcionados, evaluados en su mayoría de forma regular por los pacientes, sin embargo relacionados con el dolor postoperatorio los estudios son mínimos y en su mayoría siquiera publicados para su revisión e indagación científica, de acuerdo a lo planteado anteriormente resulta necesario la investigación del cuidado de enfermería en el dolor postoperatorio en pacientes intervenidos quirúrgicamente para evaluar la calidad de la atención que se proporcionan en las instituciones de salud.

Es por ello, que de acuerdo lo anterior y a los estudios encontrados es cómo surge la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es la satisfacción del paciente con dolor postoperatorio sobre el cuidado de enfermería de una institución de tercer nivel?

## **Marco Referencial**

### **Conceptualización de cuidados de enfermería.**

El cuidado de enfermería es el conjunto de atenciones que un enfermero brinda al paciente o persona. Sus características dependerán del estado y la gravedad del sujeto, aunque a nivel general puede decirse que se orientan a monitorear la salud de la persona (Mejía y Rivera, 2016).

Ataurima (2016), señala que en la etapa posquirúrgica la atención de la enfermera se centra, en torno a la valoración integral del paciente y su vigilancia continua, con el propósito de proporcionar una asistencia de alta calidad profesional, iniciando por la identificación de complicaciones potenciales y su tratamiento oportuno, incluyendo la atención a sus familiares, sin olvidar otorgar la atención al paciente con capacidad, seguridad y calidez.

### **Importancia de los cuidados de enfermería.**

Desde el punto de vista disciplinar, el cuidado es el objeto de conocimiento de la Enfermería y se esboza como criterio fundamental para distinguirla de otras disciplinas del campo de la salud. Se consideran como elementos del cuidado aquellos aspectos afectivos que se relacionan con la actitud y el compromiso de la Enfermera y, de otro lado, elementos técnicos y tecnológicos que no pueden ser separados para otorgar cuidados. Finalmente, un aspecto importante es considerar a la enfermera en su interacción con el paciente, el significado del cuidado para el que brinda y el que recibe el cuidado (Gutiérrez, 2017)

### **Dimensiones de los cuidados de enfermería.**

Para Rodríguez (2015), las dimensiones abarcan:

- Accesibilidad o disponibilidad; la disponibilidad se enfoca en el servicio y en el personal, se refiere a la oportunidad con que se presta el cuidado. Los aspectos positivos incluyen conseguir una enfermera cuando se necesita y recibir el cuidado requerido, lo negativo corresponde a no brindar el cuidado con oportunidad.

- Valoración técnica; se refiere a la calidad técnica del cuidado, a la profesionalidad durante el cuidado e información que brinda a los padres durante los cuidados posoperatorios inmediatos, siguiendo instrucciones pos operatorias en la URPA. La calidad técnica del cuidado se refiere a las habilidades técnicas del proveedor, también a la calidad y el modernismo del equipo.

- Trato personal; corresponde a la interacción entre el proveedor y el paciente. Desde esta perspectiva, el personal de enfermería es el proveedor más importante de la calidad de la atención que se proporciona debido a la relación directa y continua con el paciente y con sus familiares, que impacta directamente en el bienestar. Una buena atención personal de enfermería se ofrece cuando las enfermeras brindan atención a sus pacientes con una interacción agradable, amigable, respetuosa, con trato amable, concentradas en las necesidades de los pacientes, interesadas en sus problemas y en su bienestar, a través de un trato cortés durante el proceso de enfermedad

- Capacidad de respuesta; actualmente, parece que existe cierta unanimidad en afirmar que los factores prioritarios que mayor satisfacción producen en el usuario son la administración de cuidados, la capacidad de respuesta y la empatía con el personal sanitario.

### **Modelo del cuidado de enfermería.**

De acuerdo a la Secretaría de Salud (2018) El "Modelo del cuidado de enfermería", integra en los planes de cuidados las intervenciones basadas en evidencia científica, utiliza y adapta el contenido de las clasificaciones taxonómicas de North American Nursing Diagnosis Association (NANDA por sus siglas en inglés), la Nursing Outcomes Classification (NOC por sus siglas en inglés), la Nursing Interventions Classification (NIC por sus siglas en inglés), ya que las tres clasificaciones contribuyen a la homologación del lenguaje y estandarización del cuidado; en México, dichas clasificaciones se utilizan con adecuación lingüística de los contenidos acordes a la cultura, infraestructura y recursos con los que se cuenta en el país, así mismo, se incluye en dichos planes de cuidados o protocolos de enfermería la experiencia clínica de los profesionales de enfermería expertos en cada temática de cada uno de ellos. El objetivo del modelo es impulsar el desarrollo e implementación de un "Modelo del cuidado de enfermería" estandarizado como herramienta metodológica, que permita al personal de enfermería realizar un plan de cuidados con prácticas basadas en la mejor evidencia disponible, que contribuyan a mejorar la calidad de la atención en el ámbito ambulatorio y hospitalario con enfoque intercultural, integral y sistémico para disminuir la variabilidad de la práctica en la cotidianidad del cuidado; así para fortalecer la Práctica Basada en Evidencia (PBE), se sustenta en las aportaciones de las Guías de Práctica Clínica (GPC), tanto médicas como de enfermería.

## **Descripción de los elementos metodológicos y las herramientas del modelo del cuidado de enfermería.**

### **Metaparadigma de enfermería o supuestos principales.**

El Meta paradigma de enfermería cumple con características de neutralidad y universalidad, enfocadas a los aspectos o núcleos disciplinares que la enfermería requiere para definir su esencia en virtud de su naturaleza epistemológica.

*Cuidado de enfermería.* Acción encaminada a hacer por alguien lo que no puede hacer la persona por si sola con respecto a sus necesidades básicas, incluye también la explicación para mejorar la salud a través de la enseñanza a lo desconocido, la facilitación de la expresión de sentimientos, la intención de mejorar la calidad de vida del enfermo y su familia ante la nueva experiencia que debe afrontar a través de la ciencia y arte humanístico, dedicada al mantenimiento y promoción del bienestar de la salud de la persona, familia y comunidad.

*Salud.* La OMS define salud como “un completo estado de bienestar en los aspectos físicos, mentales y sociales y no solamente la ausencia de enfermedad”. Florence Nightingale imaginaba la salud como un estado que podía mantenerse mediante la prevención de la enfermedad a través del control del entorno y llamo a esta idea “enfermería de la salud” para distinguirla de la atención a pacientes enfermos en pos de su recuperación o, al menos, de la mejora de sus condicione de vida hasta la muerte (Raile, 2015).

*Persona.* Individuo, familia, grupo o comunidad, entendido desde un marco holístico humanista, el individuo como ser biopsicosocial, espiritual y cultural, no es la suma de las partes si no una interacción del todo.



*Entorno/Medio Ambiente.* Florence Nightingale, decía que las condiciones ambientales, tienen influencia tanto en los cuerpos como en las mentes y que el fomento de mejoras en las condiciones de vida modifica el estado social de la población (Raile, 2015).

### **Proceso Atención de Enfermería (PAE).**

Es una herramienta metodológica, que permite otorgar cuidados a las personas sanas o enfermas a través de una atención, sistematizada (Lineamiento GDEIPLACE, 2015).

1. *Etapas de valoración.* Esta etapa permite estimar el estado de salud del usuario, familia, grupo o comunidad, respuestas humanas y fisiopatológicas con las que se logra el conocimiento integral de la persona o grupo.

Método para la valoración de enfermería:

- Valoración por patrones funcionales de Marjory Gordon
- Valoración por el método de aparatos y sistemas
- Valoración por el método cefalo caudal
- Valoración por el método de dominios NANDA
- Valoración por marco conceptual teórico de enfermería, de acuerdo a sus postulados principales

2. *Etapas de diagnóstico de enfermería: Conclusiones clínicas.* El diagnóstico de enfermería se define como un juicio clínico sobre las respuestas humanas de la persona, familia o comunidad ante procesos vitales o problemas de salud reales o potenciales que son la base para la selección de intervenciones, y el logro de los objetivos que la enfermera

responsable de la persona desea alcanzar; siendo estos la base para iniciar la etapa de planeación y por consiguiente el plan de cuidados de enfermería (PLACE).

### **Plan de cuidados de enfermería (PLACE).**

3. *Etapa de planeación del resultado esperado.* Inicia después de haber formulado los diagnósticos de enfermería, consiste en la elaboración de estrategias diseñadas para reforzar las respuestas humanas del cliente sano o para evitar, reducir o corregir las respuestas de la persona enferma.

Existen diferentes tipos de planes de cuidados, entre ellos destacan los siguientes:

**Individualizado:** Permite documentar los problemas de paciente, los objetivos del plan de cuidado y las acciones de enfermería para una paciente concreto.

**Estandarizado:** es un protocolo específico de cuidados, apropiado para aquellos pacientes que padecen de los problemas normales o previsible relacionados con el diagnóstico o una enfermedad.

**Estandarizado con modificaciones:** Permite la individualización al dejar abiertas opciones en los problemas del paciente, los objetivos del plan de cuidados y las acciones de enfermería.

**Computarizado:** Requiere la captura previa en un sistema informático de los diferentes tipos de planes de cuidados estandarizados.

4. *Etapa de ejecución de los cuidados planeados.* Ejecución e implementación de las intervenciones recomendada de enfermería que contribuyen a que la persona sana o enferma obtenga los resultados esperados en la planeación.

## 5. Etapa de evaluación de los resultados obtenidos

La evaluación es la etapa continua y formal del proceso de enfermería que se encuentra presente en la etapa de valoración, diagnóstico de enfermería, planificación y ejecución de los cuidados

### **Fases del cuidado de enfermería.**

Según Tenemaza (2015), sus fases son:

- Valoración; esta etapa requiere que la enfermera/ resuelva problemas exacta, concienzuda y rápidamente, así como de la capacidad para revisar información de varias fuentes y formar su juicio crítico. Durante la valoración se debe recoger, verificar y comunicar los datos sistemáticamente, relativos al cliente. Es el proceso de obtener información sobre la persona en su conjunto, no solo sobre las necesidades o disfunciones, sino también sobre aspectos físicos, intelectuales, sociales, culturales y espirituales.

- Diagnóstico; es un proceso dinámico dirigido a la identificación y priorización de los problemas o a la respuesta humana de los problemas de salud más significativos de la persona, sobre su estado o condición, los mismos que pueden ser resueltos mediante la intervención de Enfermería dentro de la categoría independiente de la práctica profesional. Un diagnóstico de Enfermería no es sinónimo de uno médico.

- Planificación; la planificación consiste en la elaboración de estrategias diseñadas para reforzar las respuestas del paciente, identificadas en el diagnóstico de enfermería. Esta fase comienza después de la formulación del diagnóstico y concluye con la documentación real del plan de cuidados.

- Ejecución; en esta etapa es fundamental la competencia técnica, ya que hay que aplicar lo planificado de forma inmediata y eficiente; es decir hay que aplicar los conocimientos, las actividades, la metodología, la técnica de las actividades y los cuidados.

- Evaluación; la evaluación se define como la comparación planificada y sistematizada entre el estado de salud del paciente y los resultados esperados.

### **Elementos de cuidados de enfermería.**

Los elementos del cuidado de enfermería según Watson (1988), son:

*Formación de un sistema de valores humanístico altruista.* Este factor se puede definir como la satisfacción a través de la donación y ampliación del sentido del Yo. Esto parte de una reflexión de la propia experiencia y del desarrollo a lograr individualmente. De esta forma la introspección debería formar parte de nuestras prácticas diarias, tal como lo constituye, por ejemplo, la meditación para otras culturas. Es útil así la meditación, la reflexión y la terapia en caso necesario, así como el desarrollo de aptitudes artísticas que ayuden al profesional a encontrarse consigo mismo.

*Infundir fe esperanza.* Este elemento facilita la promoción de una asistencia de enfermería holística, y potencia la salud entre los pacientes, a la vez que describe el papel de la enfermera en el desarrollo de unas interrelaciones eficaces con el paciente y en la promoción del bienestar ayudando al paciente a adoptar conductas de búsqueda de la salud.

Este individuo libre, con creencias propias, es un ser para el cuidado”. Este factor habla de la importancia de la fe y la esperanza para el cuidado y la sanación, dado que ha estado presente a lo largo de toda nuestra historia y por lo tanto también a lo largo de la narrativa que

da cuenta de nuestra convivencia como especie humana, en los que ha habido influencias de lo mágico, las oraciones y los encantos.

*Cultivo de la sensibilidad hacia uno mismo y hacia los demás.* La identificación de los sentimientos conduce a la actualización de uno mismo mediante la auto aceptación de la enfermera y del paciente. Las enfermeras, al reconocer su sensibilidad y sus sentimientos se vuelven más genuinas, auténticas y sensibles hacia los demás. Es habitual que en la práctica sanitaria se separe el desarrollo profesional de este ámbito, producto de lo cual las personas tienden a esconder, negar o disimular sus sentimientos. Un individuo que rehúsa reconocer sus propios sentimientos, difícilmente logrará entender los de los otros. Por otra parte, se tiende a proteger al paciente de sentimientos negativos, para que no llore, o muestre ansiedad. Estos sentimientos forman parte de la vida y de los procesos que vivimos como seres humanos.

*Desarrollo de una relación de ayuda confianza.* Una relación de confianza promueve y acepta la expresión de sentimientos positivos y negativos. Implica coherencia, empatía, afecto no posesivo y comunicación eficaz. La coherencia conlleva ser real, honesto, genuino y auténtico. Este es un proceso de autoaprendizaje, en el que la introspección es fundamental. La relación de cuidado está basada en la creencia que el ser para el cuidado es único, es persona y es capaz de ejercer su libertad y su autonomía, en mayor o menor grado.

*Promoción y aceptación de la expresión de los sentimientos positivos y negativos.* La enfermera tiene que estar preparada para los sentimientos positivos y negativos, reconociendo que la comprensión intelectual y la comprensión emocional de una situación son diferentes. La labor del profesional de enfermería es permitir la expresión de estos sentimientos, que es congruente con visualizar al otro como un ser para el cuidado.

*Utilización sistemática del método de resolución de problemas para la toma de decisiones.*

La utilización del proceso de enfermería conlleva un planteamiento científico de la resolución de los problemas de la asistencia de enfermería, disipando la imagen tradicional de las enfermeras como “criadas de los médicos”.

Las enfermeras realizan multiplicidad de procedimientos y suponen que la corrección de estos procedimientos es la manifestación de la utilización de un método científico, por ejemplo, el uso del proceso de enfermería, el que Watson visualiza como un método de resolución de problemas para asistir con una decisión a todas las situaciones de enfermería. Esto es importante, porque la sistematización de los procesos no debe ser un impedimento para investigar, estudiar y desarrollar habilidades, para enfrentar situaciones nuevas.

*Promoción de la enseñanza – aprendizaje interpersonal.* Este es un concepto importante de la enfermería, dado que separa la asistencia de la curación. Permite informar al paciente y derivar hacia éste la responsabilidad sobre su salud y bienestar. La enfermera facilita este proceso con técnicas de enseñanza – aprendizaje, diseñadas para permitir que el paciente consiga el autocuidado, determine sus necesidades personales y adquiera la capacidad de desarrollarse personalmente.

Una actitud efectiva de cuidado, por tanto, supone un conocimiento de lo que los individuos necesitan. Personalizar los cuidados es, en buenas cuentas, mantener una actitud respetuosa hacia las particularidades de un individuo, comunidad o población.

La generalización tiende a neutralizar los sujetos, a masificarlos y, además, a no obtener buenos resultados. Según Rogers citado por Watson, la enseñanza no es función de un buen currículum clínico ni académico del educador, es un proceso mucho más complejo, que parte

de tener la habilidad para lograr, en el marco de una relación –en este caso, educador-educando– cambios de conducta. Esto pasa necesariamente por nutrirse de los educandos, y no de un mero recitar conocimientos.

*Provisión de un entorno de apoyo, de protección y/o corrección mental, física, sociocultural y espiritual.* La enfermera debe reconocer la influencia que tienen los factores internos y externos en la salud y la enfermedad de los individuos. El bienestar mental y espiritual y los planteamientos socioculturales son conceptos importantes para el entorno interior del individuo. Además de las epidemiológicas, las variables externas incluyen el confort, la intimidad, la seguridad y los ambientes limpios y estéticos.

Watson divide este ambiente en externo e interno, los cuales son interdependientes entre sí. Ambos contienen variables, por ejemplo del medio ambiente externo surgen las variables como seguridad, confort, abrigo; y del medio ambiente interno surgen la autorrealización, comunicación, etc. A partir de estas variables surgen las necesidades, que Watson define como el requerimiento de una persona, que de ser satisfecho, alivia o disminuye su angustia o dolor, o mejora su sentido de adecuación y bienestar. La satisfacción de estas necesidades tiene estrecha relación con la salud del individuo.

*Asistencia con la satisfacción de las necesidades humanas.* La enfermera reconoce las necesidades biofísicas, psicofísicas, psicosociales e interpersonales de ella misma y del paciente. Los pacientes deben satisfacer las necesidades de orden inferior antes de intentar satisfacer las de orden superior. La alimentación, las eliminaciones y la ventilación son ejemplos de necesidades biofísicas de orden inferior, mientras que la actividad/ inactividad y la sexualidad se consideran necesidades psicofísicas de orden inferior. La realización de la



persona y las relaciones interpersonales son necesidades psicosociales de orden superior. La autorrealización es una necesidad intrapersonal – interpersonal de orden superior.

*Tolerancia con las fuerzas fenomenológicas.* La fenomenología describe los datos de la situación inmediata que ayudan a comprender los fenómenos en cuestión. La psicología existencialista es una ciencia de la existencia humana que utiliza el análisis fenomenológico. Watson opinó que este elemento es difícil de entender. Se incluye para proporcionar una experiencia motivadora del pensamiento que conduzca a una mejor comprensión de nosotros mismos y de los demás.

Este último factor de cuidado es el método para lograr trabajar en la satisfacción de ellas: la fenomenología, concepto que Watson define así: “se refiere al énfasis en la comprensión de las personas de cómo las cosas aparecen ante ellos. La fenomenología es descriptiva, es una descripción de datos que aparecen en una situación dada y ayuda a entender el fenómeno en cuestión. Esta orientación es útil para la enfermera, ya que ayuda a reconciliar o mediar la incongruencia de los diferentes puntos de vista de la persona en forma holística; y al mismo tiempo, atender al orden jerárquico de sus necesidades”.

### **Conceptualización de dolor.**

Para Guerra (2015), el dolor, conocido también como nocicepción, algia, o sufrimiento, señala al sistema nervioso que una zona del organismo está expuesta a una situación que puede provocar una lesión. El dolor es la señal de alarma que desencadena una serie de mecanismos para limitar los daños o hacerle frente al estrés. El ser humano, depende de organismos o neuronas especializadas que detectan el dolor llamadas nociceptores y revelan la señal nociva. Es una sensación desagradable que llega al cerebro a partir de neuronas

sensoriales. Este malestar indica una lesión real o potencial del organismo. Sin embargo, el paciente experimenta más que una sensación o conciencia física del dolor, también incluye percepción, de interpretación subjetiva del malestar. La percepción da información sobre la localización, la intensidad y a veces sobre la naturaleza del dolor.

### **Elementos del manejo del dolor en pacientes post operados.**

Según Guerra (2015), los elementos a tener en cuenta en el manejo del dolor son:

- Localización: buscando determinar donde se encuentra el dolor; si es un dolor de cabeza (cefalea), dolor torácico, dolor abdominal, etc.; Tipo: determinando si es punzante, opresivo, lacerante, cólico, etc.; Duración: determinando el tiempo desde su aparición, desde opresivo de la úlcera gastroduodenal; Frecuencia; es el número de veces que ha ocurrido el dolor de similares características; Intensidad: generalmente cuando es el primer dolor suele ser intenso o fuerte, pero cuando se ha repetido varias veces en el tiempo, se puede cuantificar; Irradiación: es el trayecto que recorre el dolor desde su localización original hasta otro lugar; Síntomas acompañantes: como náuseas, vómitos, diarrea, fiebre, temblor; Signos acompañantes: tales como la sudoración, palidez, escalofríos, trastornos neurológicos; Factores agravantes: son los factores que aumentan el dolor por ejemplo tras la ingesta, determinados movimientos... y otros factores a los que atribuye el paciente; Factores atenuantes: son los factores que disminuyen el dolor, por ejemplo el descanso, posiciones corporales. Medicamentos: que calman o que provocan el dolor.

## **Manejo del dolor postoperatorio en adultos.**

La evidencia científica actual es capaz de llevarnos hacia la selección de tratamientos farmacológicos y estrategias apropiadas de acuerdo con las necesidades de cada paciente e intervención. Esta evidencia se apoya en tres componentes estratégicos esenciales:

*Analgesia multimodal.* Históricamente, el dolor postquirúrgico fue principalmente manejado con opioides como la morfina, la cual era fundamentalmente administrada de manera intramuscular. A pesar de que los opioides permanezcan como un componente importante en el manejo del dolor postoperatorio severo, su uso como única arma terapéutica causa problemas muy significativos como la disfunción respiratoria, sedación náuseas y vómitos, e íleo. Estos efectos adversos hacen peligrar la salud del paciente y/o dificultan su recuperación y rehabilitación, además de consecuentemente retrasar el alta hospitalaria.

La evidencia actual destaca el uso, cuando sea posible, de anestésicos locales en técnicas de analgesia regional neuroaxial o periférica como importantes técnicas dentro del abordaje multimodal. Algunos de los analgésicos sistémicos de comprobada o potencial eficacia para el abordaje multimodal de utilidad son:

- Paracetamol (acetaminofén)
- AINEs selectivos de COX-2 y no selectivos
- Moduladores alpha-2-delta (gabapentinoides)
- Antagonistas receptores de NMDA (ketamina)
- Agonistas alpha-2 adrenérgicos (clonidina, dexmetomidina)
- Anestésicos locales sistémicos
- Corticoesteroides

*Analgesia específica para el procedimiento.* Actualmente, la mayoría de las bases de datos de las revisiones sistemáticas sobre manejo del dolor postoperatorio son llevadas a cabo en poblaciones de estudio muy heterogéneas. Sin embargo los tratamientos utilizados puede que no difieran mucho entre sí, siendo los efectos específicos de determinados analgésicos y las técnicas utilizadas para un único tipo de intervención o en una única subpoblación quirúrgica específica muy similares.

Claramente, diferentes intervenciones quirúrgicas causan:

- Dolor resultado de diferentes mecanismos (dolor musculoesquelético tras cirugía ortopédica o dolor visceral tras cirugía abdominal, por ejemplo)
- Dolor de intensidad diferente y variabilidad en sus consecuencias funcionales
- Dolor en diferentes áreas anatómicas.

*Rehabilitación precoz postoperatoria.* Hoy día está claro que únicamente el manejo farmacológico de la analgesia postoperatoria por sí misma es insuficiente para mejorar los resultados postoperatorios y la recuperación funcional del paciente. Por este motivo, diferentes protocolos multimodales para mejorar la recuperación postoperatoria han sido desarrollados; y en los que se incluyen aspectos importantes en diferentes ámbitos y dimensiones del paciente. La aplicación de dichos protocolos puede facilitar el acortamiento de las estancias hospitalarias y reducir la incidencia de complicaciones.

Estos protocolos enfatizan:

- La reducción de las respuestas de estrés quirúrgico y el riesgo de disfunción orgánica
- La optimización del control perioperatorio de la fluidoterapia y de la temperatura.
- Reducción del uso de drenajes innecesarios, sondas nasogástrica, catéteres, etc.

- Ingesta enteral precoz
- Movilización precoz

Las técnicas analgésicas que facilitan la consecución de dichos objetivos, particularmente aquellos que permiten un menor uso de opioides, pueden mejorar la recuperación post operatoria y permiten la implementación de protocolos quirúrgicos “fast track” (Acute Pain Management, 2015).

### **Tipos de dolor.**

La clasificación del dolor puede hacerse en función de diversos criterios, Del Arco (2015):

*Según su duración.*

- Dolor agudo. Es un fenómeno de corta duración que generalmente se asocia a un daño tisular y desaparece con la curación de este último. Suele estar claramente localizado y su intensidad se relaciona con el estímulo que lo produce. Se acompaña de reflejos protectores, como la retirada de la extremidad dañada o espasmos musculares y produce un estado de excitación y estrés que conlleva un incremento de la presión arterial.

- Dolor crónico. Tiene una duración de más de 3 o 6 meses, se prolonga más allá de la curación de la lesión que lo originó o se asocia a una afección crónica. Tanto la intensidad como la etiología y el patrón de evolución son muy variables. No tiene una acción protectora y está especialmente influenciado por los factores psicológicos, ambientales y afectivos.

*Según su origen.*

- El dolor nociceptivo es el causado por la activación de los receptores del dolor (nociceptores) en respuesta a un estímulo (lesión, inflamación, infección, enfermedad). Como ocurre con el dolor agudo, suele haber una relación directa entre su intensidad y la gravedad de la agresión.

- El dolor neuropático se origina por un estímulo directo del sistema nervioso central (SNC) o una lesión de los nervios periféricos. No se relaciona, por tanto, con la estimulación de las terminales sensitivas y suele acompañarse de disestesias y parestesias. Es habitual que sea desproporcionado para el estímulo que lo produce (hiperalgesia) y que aparezca sin que haya una causa identificable. Se considera un dolor patológico, ya que no tiene ninguna utilidad como mecanismo de alerta o defensa. Aunque se debe a causas muy diferentes, presenta características comunes a la mayoría de los pacientes, como hormigueo, picazón, quemazón, opresión, punzadas o descargas eléctricas.

- El dolor psicógeno no se debe a una estimulación nociceptiva ni a una alteración neuronal, sino que tiene una causa psíquica (depresión, hipocondría) o bien se trata de la intensificación desproporcionada de un dolor orgánico que se debe a factores psicológicos.

*Según su localización.*

El dolor nociceptivo se divide en:

- Dolor somático, cuando se estimulan los receptores de la piel, el sistema musculoesquelético o vascular. Se caracteriza por estar bien localizado y aunque con frecuencia es punzante, su tipología varía de unos pacientes a otros.

- Dolor visceral, que se debe a lesiones o disfunciones de los órganos internos, aunque hay vísceras que no duelen, como el hígado o el pulmón. Es profundo, continuo y mal localizado e irradia incluso a zonas alejadas del punto de origen. Suele acompañarse de síntomas vegetativos (náuseas, vómitos, sudoración).

Por su parte, el dolor neuropático se divide en central y periférico, según en qué parte del sistema nervioso se localiza la lesión o enfermedad que lo causa.

*Según su curso.*

El dolor que persiste a lo largo del día sin aliviarse se denomina continuo y sus exacerbaciones repentinas y transitorias, dolor irruptivo. Este último se puede clasificar a su vez en incidental (cuando existe un factor desencadenante como el movimiento, la ingesta o la defecación) e idiopático o espontáneo.

*Según su intensidad.*

Se considera leve si no interfiere en la capacidad para realizar las actividades diarias, moderado cuando dificulta estas actividades, e intenso cuando interfiere incluso en el descanso.

*Según su sensibilidad al tratamiento.*

Se emplean clasificaciones como la que se basa en su respuesta a los opioides (buena, parcial o escasa) y términos como dolor difícil (cuando no responde a la terapia analgésica).



### **Importancia del manejo del dolor postoperatorio.**

El alivio del dolor tras la cirugía es importante para el bienestar y confort del paciente, además de contribuir a una mejor y más rápida recuperación. El previo sustento del manejo de este dolor en la morfina, u otros opioides similares ha evolucionado hacia un manejo multimodal que incluye fármacos no opioides y el uso de anestesia locoregional en determinadas ocasiones, para alcanzar una mayor efectividad y reducir los efectos adversos.

### **Métodos para el manejo del dolor en pacientes post operados.**

- *Escala Visual Analógica (EVA)*; permite medir la intensidad del dolor que describe el paciente con la máxima reproductibilidad entre los observadores. Consiste en una línea horizontal de 10 centímetros, en cuyos extremos se encuentran las expresiones extremas de un síntoma. En el izquierdo se ubica la ausencia o menor intensidad y en el derecho la mayor intensidad. Se pide al paciente que marque en la línea el punto que indique la intensidad y se mide con una regla milimetrada. La intensidad se expresa en centímetros o milímetros.

- *Escala numérica (EN)*; es un conjunto de números de cero a diez, donde cero es la ausencia del síntoma a evaluar y diez su mayor intensidad. Se pide al paciente que seleccione el número que mejor indique la intensidad del síntoma que se está evaluando. Es el método más sencillo de interpretar y el más utilizado.

- *Escala categórica (EC)*; se utiliza cuando el paciente no es capaz de cuantificar sus síntomas con las escalas anteriores, expresando la intensidad de los síntomas en categorías, lo que resulta mucho más simple. Se suele establecer una relación entre categorías y un equivalente numérico.

- *Escala visual analógica de intensidad*; consiste en una línea recta horizontal, de 10 cm de longitud, donde los extremos marcan la severidad del dolor. Al extremo izquierdo aparece la ausencia de dolor y en el derecho se refleja el mayor dolor imaginable.

- *Escala visual analógica de mejora*; consiste en la misma línea recta donde en el extremo izquierdo aparece la no mejora y en el derecho la mejora completa.

- *Escalas gráficas*; hay multitud de escalas con distintos gráficos, con caras, colores, escaleras, por ejemplo, la escala de puntuación numérica del 0 al 10 o la escala del dolor de expresiones faciales (Guerra, 2015).

### **Artículos Relacionados**

A continuación se presentan los artículos relacionados con el estudio, objetivos, tipo de investigación, población, instrumentos utilizados y resultados de las mismas así como la asociación de variables.

Urure y Pacheco (2017) realizaron un estudio descriptivo, transversal, no experimental, conformado la muestra de 161 pacientes postoperados de 1 a 2 días de un Hospital Público de la ciudad de Ica, Perú, con el objetivo de identificar el cuidado de enfermería al paciente con dolor postoperatorio en un hospital público de Ica. Los autores reportaron en un grupo de pacientes ( $n = 161$ ) que las características dimensionales del cuidado de enfermería el promedio ponderado fue de 3.56, la valoración de la matriz aplicada a la dimensión experiencia dolorosa postoperatoria el promedio ponderado fue de 1.85 resultando ambas dimensiones con desempeño regular, respecto a la matriz aplicada a asistencia del manejo del dolor postoperatorio el promedio ponderado resulto de 1.54, teniendo un desempeño más bajo

a las anteriores dimensiones estudiadas, con una valoración de la matriz de satisfacción global de 3.75, ubicándose en el nivel de algo satisfecho y satisfecho con el cuidado de enfermería al paciente con dolor postoperatorio en el servicio de cirugía. Los pacientes con dolor postoperatorio en el servicio de cirugía de Ica, percibieron que los cuidados de enfermería para el mismo fueron inadecuados en un 65.84%. Con la contrastación de la hipótesis y aplicando la prueba de chi cuadrado ( $\chi^2$ ) se acepta la hipótesis de investigación.

Gutiérrez (2017), realizó un estudio cuasi experimental en 25 enfermeras del servicio de cirugía del Hospital Regional de Ica, Perú, con el objetivo de analizar los cuidados de enfermería en el manejo del dolor en pacientes post operados inmediatos de cirugía electiva del servicio de cirugía. La autora reportó que en un grupo de enfermeras ( $n = 25$ ) la prueba estadística  $r$  de Pearson logró afirmar que hay cambios en el cuidado de enfermería en el manejo del dolor en el paciente post operado de cirugía, el 72.0% del personal de enfermería realiza un regular cuidado en el manejo del dolor y un 28.0% un buen cuidado. El cuidado de enfermería en el manejo del dolor en pacientes se obtuvo un coeficiente de correlación  $r$  de Pearson de .27, lo cual establece que hay cambios en el cuidado de enfermería en el manejo del dolor en el paciente post operado de cirugía electiva en el servicio de cirugía del hospital Regional de Ica.

Méndez, Orejas, Peix y Herrero (2016) realizaron un estudio observacional descriptivo y prospectivo a 51 pacientes postoperados del Servicio de Cirugía Gastro-intestinal del Hospital Clínico de Barcelona, con el objetivo de conocer la incidencia e intensidad del dolor agudo postoperatorio en una Unidad de Cirugía Gastro-intestinal. Los autores reportaron que de un grupo de pacientes ( $n = 51$ ) 54.9 % fueron hombres y 45.1 % mujeres. La edad media fue de 55.9 (DE:  $\pm 16.32$ ), 45 pacientes (88.2 %) refirieron haber experimentado dolor en algún

momento durante las primeras 24 horas; el 11.8 % no tuvo dolor. En el momento de la entrevista a las 24 horas postintervención, 41 pacientes (80.4 %) refirieron dolor leve (EVA de 0 a 3); el resto de pacientes 15 (19.6 %) refirieron tener dolor moderado (EVA de 4 a 6). El 88.2 % de los pacientes pudo dormir durante la primera noche después de la intervención. Se encontró correlación entre el valor del EVA a las dos horas post-intervención y la intensidad del dolor valorada a las 24 horas, tanto en reposo como en movimiento ( $p = 0.049$  y  $p = 0.03$ ). Presentaron mucho más dolor de lo que ellos esperaban un 2 %, algo más de lo que esperaba un 21.6 %, mucho menos de lo esperado un 29.4 %, lo que esperaban un 33.3 %. La incidencia del DAP es de un 88.2 % a las 24 horas, siendo la intensidad leve en el 80,4 % de los pacientes y moderada en el 19.6 %. La EVA a las dos horas post-intervención tiene un alto poder predictivo de los pacientes que presentarán dolor durante las primeras 24 horas. El grado de satisfacción de los pacientes en relación al tratamiento del dolor fue elevado.

Ahuanari (2017) realizó un estudio cuantitativo, nivel aplicativo, método descriptivo y corte transversal a todos los pacientes post-operados de cirugía abdominal del servicio de cirugía H-3 y cirugía H4, del Hospital Nacional Dos de Mayo, de Lima, Perú, con el objetivo de determinar la intervención enfermera en el manejo del dolor de los pacientes post-operados de cirugía abdominal en el Hospital, según opinión de los pacientes. El autor reportó que de un grupo de pacientes ( $n = 40$ ) el 60% opinaron que la intervención enfermera en el manejo del dolor es ausente. Manejo farmacológico: 65% indicó que la intervención está presente, el 35% que es ausente; 70% y 60%, respectivamente, indicaron que la “administración de medicamentos” y la “evaluación del efecto del medicamento para el dolor” está presente, 55% que la “valoración del dolor” es ausente. Manejo no farmacológico: 65% que la intervención es ausente y el 35% que está presente; en estrategias alternativas “Proporcionar una atmósfera

adecuada”, “Ayudar a adoptar posiciones antálgicas” y “Escucha activa”, el 70%, 60% y 52.50%, respectivamente, respondieron que está presente; en “Estimulación cutánea”, “Interés sincero”, “Uso de técnicas cognitivo-conductuales” y “Utilizar métodos de distracción”, el 87.50%, 67.50%, 62.50% y 52.50%, respectivamente, opinaron que es ausente.

Rodríguez, Galván, Pacheco y Parcon (2019) realizaron un estudio longitudinal de enfoque cuantitativo a 91 pacientes atendidos en el centro quirúrgico del Hospital General Santo Domingo, de Santo Domingo de los Tsáchilas, con el objetivo de evaluar el dolor posquirúrgico y la aplicación de terapias complementarias por el personal de enfermería. Los autores reportaron que de un grupo de pacientes (n=91) 34 de ellos para un 37.4 % refirieron dolor en el posquirúrgico, de estos el 23.5 % corresponden a ocho personas del género masculino y 26 para un 76.5 %, son femenino. El rango de intensidad del dolor que más prevaleció fue el leve en 22 pacientes. De los cuales 10 manifestaron no sentir dolor después de la aplicación de terapias complementarias, mientras que 10 pacientes se mantuvieron en el mismo rango pero con menor intensidad y los dos restantes no presentaron mejoría. Se evidenció un buen manejo del dolor por parte del personal de enfermería, se demostró que la utilización de las terapias complementarias fue favorable, puesto que los pacientes manifestaron alivio, donde el frío local fue el que mayor aceptación y beneficios mostró.

### **Definición de Términos**

Dolor: Percepción sensorial-emocional subjetiva desagradable, asociada a un daño orgánico, real o potencial, localizado, el cual puede evaluarse con la Escala Visual Analógica (EVA).

Dolor agudo postoperatorio: Es la sensación que está presente en el paciente quirúrgico debido a la enfermedad, al procedimiento quirúrgico y sus complicaciones, o a una combinación de ambos, asociado con reacciones psicológicas, emocionales y conductuales.

Cuidados de Enfermería en el postoperatorio: Es la interacción de la enfermera con el ser cuidado aplicando una serie de actividades transpersonales e intersubjetivas para modificar, mejorar o eliminar en su proceso de enfermedad y ayudar a adquirir autocontrol, autoconocimiento y auto curación, esta variable será determinada por el cuestionario CARE-Q, el cual permite medir la satisfacción del paciente de acuerdo al cuidado proporcionado de enfermería.

## **Objetivos**

### **Objetivo General.**

Evaluar la satisfacción del paciente con dolor postoperatorio de acuerdo al cuidado proporcionado por el personal de enfermería de una institución de tercer nivel.

### **Objetivos Específicos.**

- Describir las características sociodemográficas y clínicas de los participantes del estudio en relación a la satisfacción del cuidado enfermero.
- Determinar el nivel de dolor en pacientes intervenidos quirúrgicamente.
- Identificar la satisfacción del cuidado de enfermería en los pacientes de acuerdo a las dimensiones del instrumento CARE-Q.

## **Capítulo II**

### **Metodología**

En el presente capítulo se aborda la descripción de la metodología en la cual se desarrolló la investigación, así como el enfoque del proceso a seguir.

#### **Diseño de Investigación**

Esta investigación es cuantitativa, no experimental por ser una investigación con sujetos humanos, descriptiva por tener el objetivo de observar, describir y documentar aspectos de una situación que ocurre de manera natural y de corte transversal, debido a que los datos fueron obtenidos en un momento específico (Polit & Hungler, 2003).

#### **Población, Muestro y Muestra**

La población para este estudio estuvo conformada por derechohabientes de un Hospital de Alta Especialidad, con una muestra aleatoria simple de 60 participantes ya que fueron elegidos (as) al azar de la unidad hospitalaria en los diferentes turnos. Estos participantes son un muestreo no probabilístico por conveniencia, debido a que el tamaño de una muestra es integrada por las personas que más convenga en la investigación cuya disponibilidad como sujetos de estudios sea la más conveniente (Polit & Hungler, 2003).

#### **Criterios de Inclusión**

Se incluyó a pacientes post operados inmediatos de las diversas especialidades que acepten participar en el estudio bajo el consentimiento informado.

### **Criterios de Exclusión**

Pacientes menores de 18 años, que no dieron su consentimiento informado previo, que se encuentren inconscientes, desorientados en tiempo, espacio y persona y fuera de las primeras 24 horas de su intervención quirúrgica (post operatorio inmediato).

### **Selección de los Participantes**

La selección de los participantes se realizó mediante la autorización de las autoridades académicas de la División Académica de Ciencias de la Salud (DACs) que pertenece a la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco (UJAT), solicitando un documento oficial, dirigido al Jefe del Departamento de Enseñanza e Investigación con atención a la Jefatura de Enfermería del Hospital de Alta Especialidad en el cual se autorizó el permiso para realizar el estudio en los derechohabientes de la institución.

Los participantes fueron seleccionados de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión mencionados con anterioridad, tomando en cuenta la disposición de los sujetos que se encontraran en el momento de la recogida de datos.

### **Procedimientos de Recolección de Datos**

La recolección de datos se realizó por la autora de este estudio y quien desarrolló la investigación. Posteriormente, la recolección de datos se llevó a cabo de acuerdo a la autorización del hospital. De acuerdo a lo anterior, se realizó un plan de actividades en el que se establecieron los días para la aplicación del cuestionario de acuerdo al permiso otorgado, procurando conservar la privacidad de los sujetos en el momento de la recolección de datos. Seguidamente se hizo mención del objetivo del estudio, y se les invitó a participar de una



manera voluntaria de forma verbal y escrita mediante el consentimiento informado, proporcionándoles confidencialidad, explicando el procedimiento a realizar para que respondieran de manera correcta los ítems del instrumento a utilizar. Los participantes del estudio pudieron firmar el consentimiento informado descrito anteriormente para que cuenten con información adecuada respecto a la investigación científica a realizar y que sean capaces de comprender y ejercer su libre albedrío, el cual les permitió aceptar o declinar voluntariamente la invitación a participar.

### **Descripción del Instrumento**

Para medir la intensidad del dolor presentado por los pacientes postoperados, se utilizó como instrumento la Escala Visual Analógica (EVA), la cual es un instrumento empleado comúnmente para medir el dolor. Se representa habitualmente, como una línea horizontal de 100mm con anclajes en ambos extremos que van desde: no hay dolor hasta el peor dolor imaginable. Se le pide al paciente que, simplemente haga una marca en la línea para indicar la intensidad del dolor. No obstante, se han criticado que la utilización de estos anclajes a lo largo de la escala, obliga al paciente a transformar sus sentimientos en palabras.

Esta escala tiene su origen en la psicología, donde se utilizaban para valorar el estado de ánimo del paciente. Pronto se trasladó a la valoración del dolor, fue aplicada por primera vez en 1921, por Hayer y Patterson, empleados de la empresa Scott Paper. Estos, la desarrollaron como un método de evaluar a los trabajadores, por parte de los supervisores, pero no fue ampliamente utilizada en ese momento. Fue en 1976 cuando Scott y Huskisson pensaron en aplicarla al dolor, con el razonamiento de que, a pesar de su subjetividad, esta escala permitía medirlo de una manera objetiva. Diversos estudios se han llevado a cabo para validarla,

correcionandola con estímulos térmicos. Una vez relativa, a pesar de todo y con una sensibilidad intrapersonal, es decir solo para reevaluar el dolor con el mismo paciente en distintos momentos o intervalos.

*Modo de calificación.* Las marcas que realiza el paciente sobre la línea, representan su percepción de su estado actual. La valoración será:

1. Dolor leve si el paciente puntúa el dolor como menor de 3.
2. Dolor moderado si la valoración se sitúa entre 4 y 7.
3. Dolor severo si la valoración es igual o superior a 8.

Para evaluar el cuidado enfermero se usó como técnica la entrevista y como instrumento un cuestionario CARE-Q, el cual permite medir la satisfacción del paciente. Para la presente investigación se desarrolló en 17 preguntas relacionados con los siguientes elementos: Disponibilidad, Cortesía, Confianza, Competencia. El cuestionario CARE-Q creado por Larson & Ferketich (1981) denominado el Cuestionario de Satisfacción del Cuidado, define el cuidado como acciones intencionales que llevan al cuidado físico y la preocupación emocional que promueven un sentido de seguridad. El CARE-Q (Caring Assessment Instrument) es un cuestionario de evaluación de la atención, tiene una validez interna de 0.88 a 0.97, ha sido adaptado y utilizado en varios países como Estados Unidos, Australia, China, Taiwán (Ariza, 2004). De acuerdo con los elementos se han separado los ítems de la siguiente manera disponibilidad del ítem 1 al 5; cortesía del ítem 6 al 9; confianza del ítem 10 al 13; competencia del ítem 14 al 17.

Las respuestas del cuestionario se medirán mediante la escala de Likert:

Nunca (N) con puntaje de 1 Rara vez (RV) con puntaje 2 A veces (AV) con puntaje 3 A menudo (AM) con puntaje 4 Siempre (S): con 5 puntos.

De acuerdo con el puntaje obtenido, se clasificará el nivel de satisfacción frente al cuidado del enfermero en el alivio del dolor postquirúrgico, teniendo en cuenta lo siguiente:

- Insatisfecho: Equivale a 17 a 33 puntos
- Poco satisfecho: Equivale a 34 a 50 puntos
- Parcialmente satisfecho: Equivale a 51 a 67 puntos
- Satisfecho: Equivale a 68 a 84 puntos
- Totalmente satisfecho: Equivale 85 puntos.

### **Análisis y Plan de Tabulación**

Se utilizaron técnicas estadísticas: estadística descriptiva, frecuencias, porcentajes, medidas de tendencia central, media, mediana, desviación estándar, valor mínimo y valor máximo.

Para el análisis y la presentación de datos, estos serán procesados a través del paquete estadístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS, por sus siglas en inglés) para Windows 7, versión 22 (Polit & Hungler, 2003).

### **Consideraciones Éticas**

Para el desarrollo de este proyecto se tomaron los principios éticos que garantizaran la integridad de los participantes y confidencialidad de los mismos. Las consideraciones éticas y legales son las que se rigen por los reglamentos de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, Título Primero Capítulo único Artículo N° 3 fracción I y III. Título Segundo Capítulo I, Artículo 13, Artículo N° 14, fracción I y V Artículo N° 16, Artículo N° 17 fracción I, Artículo N° 22 fracción I, II, Artículo N° 111 y Artículo N° 119.

De acuerdo a los criterios del Título Primero Capítulo único de las disposiciones generales se considera:

Artículo N° 3, la investigación para la salud comprende el desarrollo de acciones que contribuyan al conocimiento de los procesos biológicos y psicológicos en los seres humanos, basándose en la prevención y control de los problemas de salud. En esta investigación se dará a conocer el cuidado de enfermería otorgado al paciente postoperado, es por ello que organizare y preparare las actividades de investigación en la institución de tercer nivel de atención.

De acuerdo a los criterios del Título Segundo Capítulo I, de los aspectos éticos de la investigación en seres humanos se considera:

Artículo N°13 en toda investigación se deben proteger los derechos y bienestar de los sujetos de estudio, como también respetar su dignidad y garantizar que los datos obtenidos de la investigación fueron utilizados solo para fines del mismo.

Artículo N°14, la investigación se realizó en seres humanos y se desarrolló justificando los principios científicos y éticos. Se contó con el consentimiento informado y por escrito del sujeto. Fracción VI, la investigación fue realizada por la responsable del estudio, capacitada por un profesional en el área de salud con mayor conocimiento y experiencia, para cuidar la integridad del ser humano.

Artículo N°16, protección de la privacidad del individuo que participara en la investigación, evitando el uso de nombres completos y sólo permitiendo la identificación de los individuos cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice.

Artículo N° 17 fracción I, la investigación tomara en cuenta los riesgos personales, realizando estudios en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada

en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, utilizare un cuestionario, en los que no se le identificó ni se trató aspectos sensitivos de su conducta.

Artículo N° 22 fracción I, II, será elaborado por el investigador principal, señalando la información a que se refiere el artículo anterior y atendiendo a las demás disposiciones jurídicas aplicables; será revisado y, en su caso, aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la institución de atención a la salud.

Artículo N° 111.- Contara con el dictamen favorable de los Comités de Investigación, de Ética en Investigación y de Bioseguridad, en los casos que corresponda a cada uno de ellos, de conformidad con lo dispuesto en el presente Reglamento y demás disposiciones jurídicas aplicables.

Artículo N° 119.- Al término de la ejecución de la investigación, el investigador principal tiene la responsabilidad de presentar al Comité de Investigación de la institución de atención a la salud, un informe técnico que incluya los elementos que establezcan las disposiciones jurídicas aplicables, en la presente investigación los resultados obtenidos son informados a la institución con el fin de conocer su situación actual con el personal de enfermería.

## Capítulo III

### Resultados

En el presente capítulo se reportan los resultados del estudio con las variables de interés.

#### Confiabilidad del Instrumento

En la Tabla 1, se observa el Coeficiente de Confiabilidad (Alpha de Cronbach) de la encuesta sobre la satisfacción del paciente CARE-Q y sus dimensiones, la cual reporta un índice aceptable (Burns & Grove, 2001).

Tabla 1  
*Consistencia interna del instrumento y sus dimensiones*

Instrumento	Reactivos	Coeficiente
CARE-Q	17	.948
Disponibilidad	5	.848
Cortesía	4	.935
Confianza	4	.788
Fiabilidad	4	.806

*Nota:* Patricia Larson & Ferketich

#### Estadísticas Descriptivas y Resultados

La muestra estuvo conformada por 60 participantes, con un promedio de 51 años de edad ( $DE= 17.087$ ), de una edad mínima de 18 años y máxima de 87 años. Los días que estuvieron hospitalizados los pacientes fue en promedio de 3 días ( $DE= 4.969$ ) con un mínimo de 0 días por las cirugías que se emplearon de manera ambulatoria y máximo de 31 días de

hospitalización, en un tiempo quirúrgico promedio de 1.47 horas ( $DE=.700$ ), se realizaron intervenciones de mínimo de 1 hora y máximo de 3 horas.

Tabla 2

*Estadísticas descriptivas de las variables sociodemográficas y clínicas.*

Variable	$\bar{X}$	DE	Mdn	Valor mínimo	Valor máximo
Edad	50.58	17.087	48	18	87
Días hospitalizado	3.02	4.969	1	0	31
Tiempo de la intervención quirúrgica	1.47	.700	1	1	3

Nota:  $\bar{X}$  = media; DE = desviación estándar; Mdn= mediana.

### Características Sociodemográficas

El 51.7% (n=31) de los participantes pertenece al sexo masculino, 28.3% tienen escolaridad básica de primaria (n=17), 56.7% (n=34) refieren ser de procedencia urbana y el 58.3% (n= 35) ser activos laboralmente. Ver tabla 3.

Tabla 3

*Distribución de frecuencias de las variables sociodemográficas*

Variable	f	%
<u>Sexo</u>		
Femenino	29	48.3
Masculino	31	<b>51.7</b>
<u>Escolaridad</u>		
Ninguna	5	8.3
Primaria	17	<b>28.3</b>
Secundaria	13	21.7
Preparatoria	13	21.7
Universidad	12	20

<u>Ocupación laboral</u>		
Empleado	35	<b>58.3</b>
Desempleado	25	41.7
<u>Procedencia</u>		
Urbana	34	<b>56.7</b>
Rural	26	43.3

Nota:  $f$  = frecuencia; % = porcentaje.

### Características Clínicas

Los sujetos de investigación se reportan con 2 o más antecedentes personales patológicos en un 31.7% (n=19). La especialidad quirúrgica más demandante en cirugías es la general en una frecuencia de 48.3% (n=29). El tipo de intervención quirúrgica más realizada es la mayor representado en un 50% (n=30), mientras que el tipo de anestesia más implementada es la general en un 58.3% (n=35), teniendo como referencia en una misma cantidad el 50% (n=30) de los participantes en ambos turnos del día, turno matutino y vespertino.

Tabla 4

*Distribución de frecuencias de las variables clínicas*

Variable	$f$	%
<u>Antecedentes personales patológicos</u>		
2 o más APP	19	<b>31.7</b>
Ningún APP	14	23.3
Antecedentes quirúrgicos	9	15
Alergias	6	10
Hipertensión	4	6.7
Asma	3	5
Alcoholismo	3	5
Diabetes	2	3.3
<u>Especialidad</u>		
Cirugía general	29	<b>48.3</b>



Oncología	13	21.7
Traumatología y ortopedia	9	15
Urología	5	8.3
Neurocirugía	4	6.7
<b>Tipo de intervención quirúrgica</b>		
Cirugía mayor	30	<b>50</b>
Cirugía menor	12	20
Cirugía de urgencia	7	11.7
Cirugía ambulatoria	8	13.3
Cirugía laparoscópica	3	5
<b>Tipo de anestesia</b>		
General	35	<b>58.3</b>
Regional	16	26.7
Local	4	6.7
Mixta	5	8.3
<b>Turno</b>		
Matutino	30	50
Vespertino	30	50

Nota:  $f$  = frecuencia; % = porcentaje.

En la siguiente tabla, se presentan las cirugías que se realizan con mayor frecuencia en el hospital, se puede observar que la mayoría de ellas son de especialidad general, donde las plastias inguinales representa la mayor prevalencia con un 10.2% (n=6). Ver tabla 5.

Tabla 5

*Distribución de frecuencias para las cirugías mayormente realizadas*

Cirugía realizada	$f$	%
Plastia inguinal	6	<b>10.2</b>
Apendicectomía	5	8.5
Colecistectomía	5	8.5
Laparotomía exploratoria	5	8.5
Excresis de lipoma	4	6.8

Nota:  $f$  = frecuencia; % = porcentaje.

A continuación, se muestra la distribución de frecuencias de la Escala Visual Análoga de acuerdo a la intensidad de dolor presentado en los participantes postoperados, donde se observa que el 68.3% (n=41) manifestaron dolor moderado, 21.7% (n=13) refirieron dolor leve y el 10% dolor severo (n=6). Ver tabla 6.

Tabla 6

*Distribución de frecuencias de la intensidad del dolor*

EVA	<i>f</i>	%
Dolor leve	13	21.7
Dolor moderado	41	<b>68.3</b>
Dolor severo	6	10
Total	60	100

Nota: *f* = frecuencia; % = porcentaje.

Se presenta a continuación, la Satisfacción del paciente con dolor postoperatorio por dimensiones del CARE-Q en variables categorizadas. En donde se identificó que el 73.3% (n=44) respondió de manera favorable en cuanto a la Disponibilidad del personal de enfermería, en la dimensión de Cortesía, de igual forma se muestra respuesta a favor alta con el 56.7% (n=34), en la dimensión que corresponde a la Confianza se presentan frecuencias medias con el 58.3% (n=35) y en la dimensión de Competencia de igual manera se presentan con mayor frecuencia una respuesta media con el 86.7% (n=52) de acuerdo al cuidado otorgado por el profesional de enfermería. La prevalencia de la Satisfacción es relativamente media-alta en las cuatro categorías. Ver tabla 7.

Tabla 7

*Satisfacción del paciente con dolor postoperatorio por dimensiones*

Dimensión	<i>f</i>	%
<u>Disponibilidad</u>		
Bajo	-	-
Medio	16	26.7
Alto	44	<b>73.3</b>
<u>Cortesía</u>		
Bajo	2	3.3
Medio	24	40
Alto	34	<b>56.7</b>
<u>Confianza</u>		
Bajo	-	-
Medio	35	<b>58.3</b>
Alto	25	41.7
<u>Competencia</u>		
Bajo	8	13.3
Medio	52	<b>86.7</b>
Alto	-	-

Nota: *f* = frecuencia; % = porcentaje.

En la siguiente tabla de frecuencias para la Satisfacción del paciente con dolor postoperatorio, se reporta que el mayor porcentaje se concentra en un nivel Satisfecho, representado por un 40% (n=24) de la muestra, seguida por un nivel parcialmente satisfecho con el 26.7% (n=16).

Tabla 8

*Distribución de frecuencias general para la Satisfacción del paciente con dolor*

CARE-Q	<i>f</i>	%
Satisfecho	24	<b>40</b>
Parcialmente satisfecho	16	26.7
Totalmente Satisfecho	11	18.3
Poco satisfecho	9	15
Total	60	100

Nota: *f* = frecuencia; % = porcentaje.

A continuación, en la tabla 9 al relacionar la edad del paciente con la satisfacción, se reporta que los participantes ubicados en la edad de 60 y más años se sienten poco satisfechos con la atención de enfermería en un 8.3% (n=5), siendo estos mismos los que reportan después una satisfacción total con la misma prevalencia.

Tabla 9

*Satisfacción del paciente con dolor postoperatorio por rangos de edad.*

Edad	Satisfacción del paciente CARE-Q								Total	
	Poco satisfecho		Parcialmente satisfecho		Satisfecho		Totalmente satisfecho			
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
18-35	1	1.7	3	5	7	11.7	2	3.3	13	21.7
36-59	3	5	9	15	13	21.7	4	6.7	29	48.3
60 y mas	5	<b>8.3</b>	4	6.7	4	6.7	5	<b>8.3</b>	18	30
Total	9	15	16	26.7	24	40	11	18.3	60	100

Nota: *f*=frecuencia; % = porcentaje

La tabla 10, muestra la relación de la variable sexo con la Satisfacción del paciente, la mayor parte de la muestra encuestada para este estudio se encuentra satisfecha con el 25% (n=15) predominando en el sexo femenino, mientras que un 10% (n=6) de hombres manifestó sentirse poco satisfecho al cuidado proporcionado.

Tabla 10

*Satisfacción del paciente con dolor postoperatorio de acuerdo al sexo*

Sexo	Satisfacción del paciente CARE-Q								Total	
	Poco satisfecho		Parcialmente satisfecho		Satisfecho		Totalmente satisfecho			
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Femenino	3	5	8	13.3	15	<b>25</b>	3	5	29	48.3
Masculino	6	<b>10</b>	8	13.3	9	15	8	13.3	31	51.7
Total	9	15	16	26.7	24	40	11	18.3	60	100

Nota: *f*=frecuencia; % = porcentaje

La tabla 11, muestra que el 10% (n=6) de los pacientes postoperados con secundaria concluida refieren sentirse parcialmente satisfechos con la atención proporcionada por el personal de enfermería, mientras que el 11.7% (n=7) de los pacientes con preparatoria terminada refieren sentirse satisfechos con el cuidado.

Tabla 11

*Satisfacción del paciente con dolor postoperatorio de acuerdo a su escolaridad*

Escolaridad	Satisfacción del paciente CARE-Q								Total	
	Poco satisfecho		Parcialmente satisfecho		Satisfecho		Totalmente satisfecho			
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Ninguna	-	-	1	1.7	3	5	1	1.7	5	8.3
Primaria	5	<b>8.3</b>	4	6.7	6	10	2	3.3	17	28.3
Secundaria	1	1.7	6	<b>10</b>	3	5	3	5	13	21.7
Preparatoria	2	3.3	3	5	7	<b>11.7</b>	1	1.7	13	21.7
Universidad	1	1.7	2	3.3	5	8.3	4	6.7	12	20
Total	9	15	16	26.7	24	40	11	18.3	60	100

Nota: f=frecuencia; % = porcentaje

En la tabla 12, se presenta la satisfacción del paciente relacionada con la ocupación laboral del sujeto, encontrándose en ella, niveles altos de satisfacción en un 23.3% (n=14) en aquellos que se encuentran inactivos laboralmente, reflejándose un 8.3% (n=5) de poca satisfacción en pacientes con empleo.

Tabla 12

*Satisfacción del paciente con dolor postoperatorio de acuerdo a su ocupación laboral*

Ocupación laboral	Satisfacción del paciente CARE-Q								Total	
	Poco satisfecho		Parcialmente satisfecho		Satisfecho		Totalmente satisfecho			
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Empleado	5	<b>8.3</b>	10	16.7	10	16.7	10	16.7	35	58.3
Desempleado	4	6.7	6	10	14	<b>23.3</b>	1	1.7	25	41.7
Total	9	15	16	26.7	24	40	11	18.3	60	100

Nota: f=frecuencia; % = porcentaje

La siguiente tabla presenta la relación de la satisfacción del paciente con su lugar de procedencia, en donde se puede apreciar prevalencia igualitaria de satisfacción en ambas zonas, tanto rural como urbana en un 20% (n=12), seguido por valores parciales de 18.3% (n=11) en cuanto a su satisfacción del cuidado en zonas urbanas.

Tabla 13  
Satisfacción del paciente con dolor postoperatorio de acuerdo a su procedencia

Procedencia	Satisfacción del paciente CARE-Q								Total	
	Poco satisfecho		Parcialmente satisfecho		Satisfecho		Totalmente satisfecho			
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Urbana	4	6.7	11	<b>18.3</b>	12	20	7	11.7	34	56.7
Rural	5	8.3	5	8.3	12	20	4	6.7	26	43.3
Total	9	15	16	26.7	24	40	11	18.3	60	100

Nota: f=frecuencia; % = porcentaje

En la tabla 14, se muestra la Satisfacción del paciente con dolor postoperatorio de acuerdo con la especialidad de la cirugía, donde las Generales y de Oncología son las que tienen mayor satisfacción del cuidado en un 20% (n=12) y 11.7% (n=7) respectivamente, mientras que en las de Neurocirugía se aprecia parcial satisfacción en un 3.3% (n=2).

Tabla 14  
Satisfacción del paciente con dolor postoperatorio de acuerdo a la cirugía

Especialidad de la cirugía	Satisfacción del paciente CARE-Q								Total	
	Poco satisfecho		Parcialmente satisfecho		Satisfecho		Totalmente satisfecho			
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Cirugía general	4	6.7	9	15	12	<b>20</b>	4	6.7	29	48.3
Oncología	2	3.3	3	5	7	<b>11.7</b>	1	1.7	13	21.7
Traumatología y ortopedia	2	3.3	2	3.3	2	3.3	3	<b>5</b>	9	15
Urología	1	1.7	-	-	2	3.3	2	<b>3.3</b>	5	8.3
Neurocirugía	-	-	2	<b>3.3</b>	1	1.7	1	1.7	4	6.7
Total	9	15	16	26.7	24	40	11	18.3	60	100

Nota: f=frecuencia; % = porcentaje

Se puede apreciar en la tabla 15 que la satisfacción del paciente es totalmente satisfecha en aquellas intervenciones de aspecto ambulatorio, representado en un 6.7% (n=4), son satisfechos los pacientes con intervención mayor en un 20% (n=12) y parcialmente satisfechos los que su intervención quirúrgica es de tipo menor.

Tabla 15

*Satisfacción del paciente con dolor postoperatorio de acuerdo al tipo de intervención qx*

Intervención quirúrgica	Satisfacción del paciente CARE-Q								Total	
	Poco satisfecho		Parcialmente satisfecho		Satisfecho		Totalmente satisfecho			
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Mayor	7	11.7	8	13.3	12	<b>20</b>	3	5	30	50
Menor	1	1.7	7	<b>11.7</b>	4	6.7	-	-	12	20
De urgencia	1	1.7	1	1.7	3	5	2	3.3	7	11.7
Ambulatoria	-	-	-	-	4	6.7	4	<b>6.7</b>	8	13.3
Laparoscopica	-	-	-	-	1	1.7	2	3.3	3	5
Total	9	15	16	26.7	24	40	11	18.3	60	100

Nota: *f*=frecuencia; % = porcentaje

En relación con el tipo de anestesia, la general parece ser la más frecuente en el momento de la recolección, donde se muestra satisfacción del 20% (n=12) por parte de los participantes, seguida por el 16.7% (n=10) de parcialidad satisfecha y 13.3% (n=8) poca satisfacción. Ver tabla 16.

Tabla 16

*Satisfacción del paciente con dolor postoperatorio de acuerdo al tipo de anestesia*

Anestesia	Satisfacción del paciente CARE-Q								Total	
	Poco satisfecho		Parcialmente satisfecho		Satisfecho		Totalmente satisfecho			
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
General	8	13.3	10	16.7	12	<b>20</b>	5	8.3	35	58.3
Regional	1	1.7	6	10	6	10	3	5	16	26.7
Local	-	-	-	-	1	1.7	3	5	4	6.7
Mixta	-	-	-	-	5	8.3	-	-	5	8.3
Total	9	15	16	26.7	24	40	11	18.3	60	100

Nota: *f*=frecuencia; % = porcentaje

En la tabla 17, se observa que las cirugías que duran en un tiempo menor de 2 horas son las que tienen mayor grado de satisfacción en los pacientes postoperados en un 23.3%.

Tabla 17

*Satisfacción del paciente con dolor postoperatorio de acuerdo al tiempo de la intervención qx*

Tiempo de la intervención	Satisfacción del paciente CARE-Q								Total	
	Poco satisfecho		Parcialmente satisfecho		Satisfecho		Totalmente satisfecho			
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Menos de 2 horas	5	8.3	11	18.3	14	<b>23.3</b>	9	15	39	65
De 2 a 3 horas	3	5	4	6.7	6	10	1	1.7	14	23.3
Mas de 3 horas	1	1.7	1	1.7	4	6.7	1	1.7	7	11.7
Total	9	15	16	26.7	24	40	11	18.3	60	100

Nota: *f*=frecuencia; % = porcentaje



Un dato interesante en esta investigación se muestra en la tabla 18, donde se encontró un 25% (n=15) de frecuencia en pacientes parcialmente satisfechos con presencia de dolor moderado, el 11.7% se encuentran satisfechos con presencia de dolor leve y el 3.3% pocos satisfechos con la atención por la manifestación de dolor severo. La satisfacción del paciente relacionado a sus cuidados es relativamente media-baja a mayor dolor manifestado.

Tabla 18

*Satisfacción del paciente de acuerdo a la Escala Visual Análoga*

EVA	Satisfacción del paciente CARE-Q								Total	
	Poco satisfecho		Parcialmente satisfecho		Satisfecho		Totalmente satisfecho			
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Dolor leve	1	1.7	-	-	7	<b>11.7</b>	5	8.3	13	21.7
Dolor moderado	6	10	15	<b>25</b>	14	23.3	6	10	41	68.3
Dolor severo	2	<b>3.3</b>	1	1.7	3	5	-	-	6	10
Total	9	15	16	26.7	24	40	11	18.3	60	100

Nota: *f*=frecuencia; % = porcentaje

## Capítulo IV

### Discusión

En el presente capítulo se discute la comparación de los resultados obtenidos en este estudio con los hallazgos de otros autores, también se muestran las conclusiones y recomendaciones para la mejora de nuevos estudios sobre la Satisfacción del paciente con dolor postoperatorio.

De acuerdo con las características sociodemográficas presentes en los participantes del estudio, se obtuvo como resultado una mayor satisfacción en aquellos pacientes de edad madura, sin embargo los grupos de edad no se encuentran significativamente asociados al dolor, resultado que concuerda con lo reportado por Rodríguez, Galván, Pacheco & Parcon (2019) donde se encontró que el dolor aumenta con la edad, en el que el grupo etario adulto intermedio es el más afectado.

En cuanto a la satisfacción del paciente con la variable sexo, algunos autores como Moreno, Fonseca & Interrial (2017) reportaron que el sexo femenino presenta mayor satisfacción respecto a los hombres. Hallazgo similar se encontró en el presente estudio, en los que se considera como causa de este hecho a los factores de índole cultural en las que las mujeres aguantan en una mayor tolerancia el dolor, mientras que los hombres expresan más libremente su percepción del mismo.

De acuerdo con la escolaridad de los pacientes postoperados, se reporta que los que tienen secundaria terminada se encuentran parcialmente satisfechos a la atención recibida durante su recuperación a comparación de los sujetos con preparatoria y universidad concluida que se reportan satisfechos, en lo que se considera que a mayor preparación académica, mejor es el entendimiento del usuario con respecto al dolor presentado por la intervención quirúrgica

donde por ende su satisfacción sobre el cuidado es mayor, coincide con lo reportado por González & et al (2017) donde mencionan que la escolaridad es determinante en la percepción de la intensidad del dolor postoperatorio, al hallar que un mayor nivel de esta variable se corresponde con un mejor manejo del dolor.

Las variables que comprenden la ocupación laboral y la procedencia urbana o rural, no parece tener asociación directa con la satisfacción del paciente con dolor postoperatorio ya que ambas comprenden valores favorables de agrado.

Por otro lado, en cuanto a sus características clínicas, la mayoría de los pacientes refirieron tener 2 o más antecedentes personales patológicos incluyendo entre ellos, hipertensión, diabetes, asma, alcoholismo, alergias y antecedentes de cirugías anteriores, datos que pudiesen relacionarse con la intensidad del dolor por generar en ellos síntomas propios de la enfermedad previa. Por su parte, la especialidad de intervenciones quirúrgicas más frecuente y con mayor nivel satisfactorio fue la Cirugía General considerada por Hepp, Csendes, Ibáñez, Llanos & San Martín (2008) como una especialidad básica para la formación posterior en las distintas disciplinas quirúrgicas o especialidades derivadas, siendo la especialidad de Neurocirugía la de menor satisfacción por el paciente postoperado, comprobando que a mayor complejidad quirúrgica, mayor dolor y asistencia de cuidados por el personal sanitario.

En esta investigación el tipo de intervención quirúrgica donde los participantes mostraron mayor satisfacción fue la de tipo mayor y ambulatoria, esto difiere un poco por lo presentado por Gutiérrez (2017) donde señalan que el 72% de pacientes muestran mayor satisfacción por las intervenciones quirúrgicas de tipo laparotomía exploratoria, siendo las cirugías menores las más parcialmente satisfechas en este estudio, lo que se presta a considerar que por ser de tipo menos invasivas y que ocupan un menor riesgo, la atención hacia estos pacientes puede

parecer nula por las pocas intervenciones o actividades que le competen, mostrándose desagrado por parte de los pacientes que consideran que no están siendo atendidos como a los demás.

Continuando con las variables clínicas, en lo referente al tipo de anestesia más utilizada y satisfecha por los resultados es la de tipo General, siendo la de tipo Regional la menos frecuente y satisfactoria de acuerdo a lo registrado por los pacientes, esto debido al temor reportado al piquete de la espalda que suele causar un mayor dolor al momento de la punción. Por otro lado, el tiempo de la intervención quirúrgica con mayor prevalencia fue la registrada de menos de 2 horas, misma que obtiene los niveles elevados de satisfacción, difiriendo con Gutiérrez (2017) donde señala que el 2% de la muestra de su estudio refiere haber participado en intervenciones con una duración menor a 2 horas, el 80% señala que la intervención quirúrgica duró de 2 a 3 horas y un 12% señala que la intervención tuvo una duración mayor a 3 horas.

Los resultados del estudio permitieron demostrar que la mayoría de los pacientes postoperados con manifestación de dolor se encuentran satisfechos con la atención y cuidado otorgado por parte del personal de enfermería, datos que concuerdan con lo mencionado por Urure & Pacheco (2017) donde señalaron que 49.05% están satisfechos y 16.77% muy satisfechos en relación a los indicadores, es decir; con el cuidado general recibido para alivio del dolor postoperatorio, así mismo por lo referido por Gómez, García & López (2016) quienes mencionan que a pesar del alto porcentaje de enfermos que sufren dolor postoperatorio los pacientes revelan un alto grado de satisfacción con la atención recibida de enfermería y del personal médico, mismo que señala Méndez, Orejas, Peix & Herrero (2016) quienes indican que podría tratarse de una situación paradójica que se repite en estudios.

consultados a nivel internacional, ya que pudiera ser por varias razones, una de ellas, la falta de conocimiento del paciente para evaluar la calidad asistencial, ya que adicionalmente a esto, el paciente acepta el dolor como resultado de algo normal que va ligado a la intervención quirúrgica.

Un hallazgo interesante en esta investigación, se aprecia en la intensidad de dolor manifestado por los participantes postoperados por medio de la escala EVA, en donde se obtuvo un nivel de dolor moderado-alto en las primeras 24 horas de su recuperación, datos que coinciden por lo registrado en algunos autores como Rodríguez, Galván, Pacheco & Parcon (2019) Moreno, Fonseca & Interrial (2017) y Méndez, Orejas, Peix & Herrero (2016).

A pesar de los hallazgos que evidencian un inadecuado manejo del dolor, la mayoría de los pacientes manifestaron estar satisfechos, esto refleja que los pacientes no atribuyen su dolor a un inadecuado manejo, sino que, culturalmente, el dolor es visto hasta cierto punto normal como respuesta a un procedimiento quirúrgico.

En cuanto a las dimensiones del instrumento CARE-Q, se reporta en este estudio que las dos primeras dimensiones referentes a la disponibilidad y a la cortesía presentada por el personal enfermero, son las más frecuentes en cuanto a niveles altos de satisfacción, mientras que las dos últimas referentes a la confianza y competencia de la enfermera se registran niveles medios en lo reportado por los pacientes postoperados. Lo cual significa hay que seguir fortaleciendo los cuidados de enfermería con una atención de calidad en donde se integren todas las atenciones para lograr la excelencia de los servicios prestados y la satisfacción de los pacientes en su totalidad.

## **Conclusiones**

La satisfacción del paciente con dolor postoperatorio de acuerdo a los cuidados proporcionados por el personal de enfermería del servicio de recuperación de la institución hospitalaria se encuentra presente en su mayoría por un nivel Satisfactorio. Sin embargo, es necesario, seguir llevando a cabo acciones de mayor enfoque resolutivo a sus incomodidades y molestias, en los que no solo se realicen cuestiones de índole médica, si no se implementen técnicas con aporte afectivo.

La intensidad del dolor presentado en los pacientes postoperados es de nivel moderado, sin embargo este factor no causa problema a su percepción de la atención proporcionada por el personal enfermero.

La satisfacción de las dimensiones del instrumento CARE-Q más satisfechas son las enfocadas a la Disponibilidad de la enfermera y la Cortesía demostrada, mientras que las dimensiones de Confianza y Competencia necesitan ser reforzadas para otorgar una atención integral de acuerdo a sus necesidades manifestadas por el dolor.

Los resultados obtenidos de la investigación realizada, muestra que el estudio sobre la Satisfacción del paciente con dolor postoperatorio sobre el cuidado enfermero se asocia principalmente a la escolaridad, a la especialidad de la cirugía, al tipo de intervención quirúrgica, tipo de anestesia y al tiempo de la cirugía.

## **Recomendaciones**

La implementación de capacitaciones dirigidas al personal de enfermería sobre los cuidados que deben realizar a los pacientes post operados y como deben lograr un mejor manejo del dolor.

Es necesario, el establecimiento de una mayor comunicación terapéutica con los pacientes para que puedan comunicar sus inquietudes y perciban que sus necesidades están siendo tomadas en consideración.

Es importante dar a conocer las medidas no terapéuticas para la disminución del dolor, enseñarlos y realizarlos con los pacientes; además sería recomendable implementar espacios educativos relacionados con el tema.

Finalmente, se debería continuar con el estudio de investigaciones referentes al Cuidado de enfermería en el paciente con dolor postoperatorio en el estado, para que con base a ello, se realicen intervenciones del manejo del dolor postquirúrgico, ya que ello permitirá evaluar permanentemente la capacidad de atención de los profesionales y sus mejoras. De igual manera, a modo de comprobación se sugiere realizar un estudio observacional para verificar que los datos proporcionados por los pacientes postoperados son congruentes con las acciones realizadas por el personal, evaluando su calidez y calidad de atención brindada.

### **Limitaciones del Estudio**

Una de las principales limitaciones que se presentó en el proyecto, fue al momento de buscar estudios relacionados con la Satisfacción del paciente con dolor postoperatorio sobre el cuidado de enfermería, ya que a nivel estado no han sido realizadas o divulgadas investigaciones que hablen sobre ello, por lo que se dificultó la redacción de los datos estadísticos para la justificación del estudio.

Los resultados obtenidos en la aplicación de la investigación no se pueden generalizar para otros servicios, solo para los pacientes postoperados del servicio de recuperación de la institución.

## Referencias Bibliográficas

- Acute Pain Management. (2015). *Scientific Evidence*. (4th ed.). Published by Australian and New Zealand College of Anesthetists and its Faculty of Pain Medicine.
- Adrián R. (2016). Protocolo dolor agudo postoperatorio. España: Hospital Donostia. Recuperado de [http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/hdp-publicaciones/es\\_hdon/adjuntos/ProtocoloDolorAgudoPostoperatorioC.pdf](http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/hdp-publicaciones/es_hdon/adjuntos/ProtocoloDolorAgudoPostoperatorioC.pdf).
- Ahuanari-Ramírez, 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*. (Tesis de Licenciatura). Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
- Ariza C. (2004). Satisfacción del cuidado de enfermería en el paciente cardiaco. Hospital Universitario de San Ignacio Julio– Agosto 2001. *Rev. Enfermería en cardiología*, 4, 6–10.
- Ataurima, R. (2016). *Satisfacción del paciente post operado sobre el cuidado de enfermería en el servicio de URPA. Hospital de apoyo Jesús de Nazareno*. (Tesis de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima).
- Del Arco, J. (2015). Tema 1. Fisiopatología, clasificación y tratamiento farmacológico. Curso básico sobre dolor. *Revista farmacia profesional*, 29 (1), 5-50.
- Flores, N. (2018). *Satisfacción del paciente post operado inmediato con anestesia regional sobre los cuidados de enfermería en el servicio de URPA de la Clínica San Pablo*. Lima. (Tesis de Especialidad) Universidad Nacional Mayor de San Marcos.



- García-Hernández, M. D. (2008). Satisfacción del usuario adulto mayor con la calidad de la atención de enfermería en el hospital general Cunduacán Tabasco. *Horizonte Sanitario*, 7 (3), 21-30.
- Gerónimo-Carrillo, R., et al. (2015). Satisfacción con la calidad de la atención en mujeres en periodo posparto de un hospital de tercer nivel. *Revista Conamed*, 21 (1), 15-20.
- Gómez-Morales, C.E., García-Posada, L.D. & López-Garcés, V.M. (2016). Evaluación de atención del dolor postoperatorio en la Unidad Médica de Alta especialidad. León Guanajuato. *Anestesia en México*, 28 (3), 20-27.
- González-Gavilánez I., et al. (2017). Manejo del dolor postquirúrgico en los pacientes intervenidos de cirugía artroscópica. *Revista Cubana de Reumatología*, 19 (3), 111-118.
- Guerra, J. (2015). *Control del manejo del dolor con metamizol o ketorolaco intravenoso en el post operatorio inmediato de liposucción abdominal con anestesia raquídea en mujeres adultas utilizando la escala visual análoga, en el servicio de cirugía plástica de la Clínica del Bosque de la ciudad de Quito, desde el primero de mayo hasta el treinta y uno de julio del 2012.* (Tesis de maestría). Universidad Regional Autónoma de los Andes; Ecuador.
- Guerrero Ramírez, R., Meneses La Riva, M. E., & De La Cruz Ruiz, M. (2016). Cuidado humanizado de enfermería según la teoría de Jean Watson, servicio de medicina del Hospital Daniel Alcides Carrión. Lima Callao.

- Gutiérrez-Matos, F.D. (2017). *Cuidados de enfermería en el manejo del dolor en pacientes post operados inmediatos de cirugía electiva del servicio de cirugía en el Hospital Regional de Ica Enero 2016*. (Tesis de maestría). Universidad nacional de San Agustín de Arequipa, Perú.
- Hernández, D. (2017). Realiza Hospital de la Mujer cirugías ginecológicas de mínima invasión. *Novedades de Tabasco*. Recuperado de <https://novedadesdetabasco.com.mx/2017/04/24/realiza-hospital-de-la-mujer-cirugias-ginecologicas-de-minima-invasion/>.
- Hepp, J., Csendes, A., Ibáñez, F., Llanos, O. & San Martín, S. (2008). Programa de la especialidad Cirugía General. Definiciones y propuestas de la Sociedad de Cirujanos de Chile. *Rev. Chilena de Cirugía*, 60 (1): 79-85
- Larson, P. & Ferketich. (1981). Cuestionario de satisfacción del paciente CARE-Q. *Western Journal of Nursing Research*.
- Lineamiento general para la documentación y evaluación de la implementación de los planes de cuidados de enfermería. (2015). Secretaría de Salud. Subsecretaría de Innovación y Calidad. Comisión Permanente de Enfermería. (1ª Ed). Ciudad de México.
- Meissner, W., et al. (2015). Improving the management of post-operative acute pain: priorities for change. *Curr Med Res Opin*, 31 (2), 2131-2143.
- Mejía, D. & Rivera, O. (2016). *Nivel de satisfacción sobre el cuidado enfermero de los pacientes atendidos en el servicio de emergencia del Hospital Regional Docente Las Mercedes, 2016*. (Tesis de la Universidad Seños de Sipan, Pimentel, Perú).

- Méndez-Prieto, M.L., Orejas-Carbonell, B., Peix-Soriano, N. & Herrero-Nogues, S. (2016). Prevalencia del dolor agudo postoperatorio en un Servicio de Cirugía Gastro-intestinal y satisfacción del paciente. *Rev. Soc. Esp Dolor*, 23 (5), 222-228.
- Moreno-Monsiváis, M.G., Fonseca-Niño, E.E. & Interrial-Guzmán, M.G. (2017). Factores asociados con la intensidad del dolor en pacientes mexicanos hospitalizados en periodo postoperatorio. *Rev. Soc. Esp Dolor*, 24 (1), 4-10.
- Organización Mundial de la Salud (2019). Concepto de Enfermería. Recuperado de <https://www.who.int/topics/nursing/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (2014). La violencia un Problema de salud Pública. *Reporte Mundial Sobre Violencia y Salud*, 06.
- Pantoja-Silva G.E., Rivera-Pastor, L. & Rodenas-Reymundo, N. (2017). *Satisfacción del paciente quirúrgico frente al cuidado del enfermero en el alivio del dolor post quirúrgico en la unidad de recuperación post anestésica, clínica oncosalud*. (Tesis de especialidad). Universidad Peruana Cayetano Heredia de Lima, Perú.
- Pérez-Guerrero, C., et al. (2017). Dolor postoperatorio: ¿hacia dónde vamos? *Rev Soc Esp Dolor*, 24 (1), 1-3.
- Polit, D. & Hungler, B.P. (2003). *Investigación Científica en Ciencias de la Salud. Principios y Métodos*. (6ta. Ed.). México DF: Mc Graw-Hill Interamericana.
- Raile, A.M. (2015). *Modelos y teorías en enfermería*. (8ª ed.). Elsevier: Barcelona, España. P. 703.

- Rodríguez, C. (2015). Satisfacción de padres de pacientes post operados relacionado al cuidado enfermero(a) en la unidad de recuperación post anestésica del Instituto Nacional de Salud del Niño, Lima. (Tesis de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann-Tacna).
- Rodríguez-Díaz, J.L., Galván-López, G.P., Pacheco-Lombeida, M.X. & Parcon-Bitanga, M. (2019). Evaluación del dolor postquirúrgico y el uso de terapias complementarias por enfermería. *Rev. Arch Med Camagüey*, 23 (1).
- Ruiz-Montes, P.N., Romero-Quechol, G., Trejo-Franco, J., Martínez-Olivares, M. & Cuevas-Cancino, J.J. (2015). Satisfacción del adulto mayor con el cuidado de enfermería en un hospital de segundo nivel. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc*, 23 (1), 37-42.
- Secretaría de Salud. (2018). Programa Nacional de Enfermería. Modelo del Cuidado de Enfermería. (1ª Ed). México. Recuperado de [http://www.cpe.salud.gob.mx/site3/programa/modelo\\_cuidado\\_enfermeria.html](http://www.cpe.salud.gob.mx/site3/programa/modelo_cuidado_enfermeria.html)
- Tenemaza, A. (2015). *Nivel de satisfacción de los pacientes prostatectomizados con la atención de enfermería postoperatoria en el periodo octubre 2013 – marzo 2014, en el Hospital San Juan de la ciudad de Riobamba.* (Tesis de maestría). Universidad Regional Autónoma de los Andes; Ecuador.
- Toche, N. (2016). México, en 10 años, avanza en profesionalizar a sus enfermeros. *El economista*. Recuperado de <https://www.economista.com.mx/arteseideas/Mexico-en-10-anos-avanza-en-profesionalizar-a-sus-enfermeros-20160103-0018.html>

Urure-Velazco, I.N. & Pacheco-Villa García, L.A. (2017). Cuidado de enfermería al paciente con dolor postoperatorio en un Hospital Público de la ciudad de Ica, Octubre 2016 – Setiembre 2017. *Rev. enferm. Vanguard*, 5 (2), 46- 59.

Watson J. (1988). *Nursing Human Science and Human Care: A Theory of Nursing*. (3<sup>o</sup>ed.). New York: National League of Nursing.

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.  
México.

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.  
Anexos  
México.

## Apéndice A

### *Cronograma de Actividades*

Actividades/semana	Marzo				Abril				Mayo				Junio			
Elección del tema																
Revisión de la literatura																
Delimitación del tema																
Descripción del problema																
Propósito y pregunta de investigación																
Objetivos del tema																
Marco conceptual																
Revisión de artículos relacionados																
Definición de términos																
Diseño de investigación																
Población, muestreo y muestra.																
Criterios de inclusión y exclusión																
Descripción del instrumento																
Plan de tabulación y análisis de datos, consideraciones éticas																
Listado de referencias																







## Apéndice “B”

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco  
División Académica de Ciencias de la Salud  
Jefatura de Posgrado



Folio: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Escolaridad: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

Procedencia (Urbana o rural): \_\_\_\_\_

Días hospitalizado: \_\_\_\_\_ Antecedentes personales: \_\_\_\_\_

Diagnostico medico: \_\_\_\_\_ Cirugía realizada: \_\_\_\_\_

Especialidad: \_\_\_\_\_

Tipo de Intervención quirúrgica: Cx Mayor: \_\_\_\_\_ Cx Menor: \_\_\_\_\_ Cx Electiva \_\_\_\_\_ Cx

de Urgencia: \_\_\_\_\_ Cx Ambulatoria \_\_\_\_\_ Cx Laparoscópica: \_\_\_\_\_

Tipo de anestesia: General: \_\_\_\_\_ Regional: \_\_\_\_\_ Local: \_\_\_\_\_

Tiempo de la Intervención quirúrgica: a. Menos de 2 horas b. De 2 a 3 horas c. Más de 3 horas

Señale en la siguiente imagen, su dolor en una escala de 0 a 10:



### Encuesta sobre la Satisfacción del Paciente CARE-Q

Instrucciones: Los enunciados que se listan a continuación son usados para evaluar la Satisfacción del paciente post- Quirúrgico. Por favor escuche o lea con atención cada pregunta y marque con una palomita el número que corresponda al grado que mejor le describa a usted. La encuesta será de carácter anónimo.

SATISFACCIÓN DEL PACIENTE		N	PV	R	MV	S
DISPONIBILIDAD						
1	¿La enfermera se mostró cuidadosa al brindarle su tratamiento ya sea pastillas o inyectables?					
2	¿La enfermera responde rápidamente a su llamado cuando presenta dolor?					
3	¿La enfermera se aproxima a usted para ofrecerle medidas que alivien el dolor o para realizarle procedimientos?					
4	¿La enfermera pide que el llame si usted se siente mal?					
5	¿La enfermera lo atiende rápidamente ante la presencia de dolor post operatorio?					
CORTESÍA						
6	¿La enfermera se mostró amable cuando se sintió incómoda/o o tenía dolor?					
7	¿Sintió que la enfermera fue amable y la comprendió al demostrar usted sus sentimientos o emociones?					
8	¿La enfermera es amable con usted a pesar de tener situaciones difíciles?					
9	¿La enfermera está pendiente de sus necesidades para prevenir posibles alteraciones en su estado de salud?					
CONFIANZA						
10	¿Considera a la enfermera como una persona a la que puede pedirle ayuda?					
11	¿Confía usted en los procedimientos que le realiza la enfermera?					
12	¿La enfermera lo visita en su habitación con frecuencia para verificar su estado de salud?					
13	¿La enfermera le informa sobre los grupos de ayuda para el control de dolor?					
COMPETENCIA						
14	¿A su parecer, la enfermera está capacitada para atenderla tanto en conocimientos como en el trato personal?					
15	¿La enfermera le explica los efectos o reacciones que le puede producir el tratamiento que recibe?					
16	¿La enfermera identifica cuándo es necesario llamar al médico?					
17	¿Identifica la localización del dolor utilizando puntos de referencia anatómicos o bien te pide que señale al área dolorosa?					

Gracias por su participación!!



## Apéndice “C”

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco  
División Académica de Ciencias de la Salud  
Jefatura de Posgrado



### Consentimiento Informado

Al firmar este documento doy consentimiento para ser entrevistado, ya que entiendo que formare parte de un estudio de investigación denominado “Satisfacción del Paciente con Dolor Postoperatorio sobre el Cuidado de Enfermería de una Institución Pública”, y que se realizara por la alumna investigadora de la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco, de la Especialidad en Enfermería Quirúrgica, Vanessa Castillo Acopa. Declaro estar de acuerdo a participar, ya que se me ha informado que mi participación será anónima y confidencial, solo para recopilación de datos. Ya que solo responderé el cuestionario CARE-Q. Y puedo comunicarme con la L.E. Vanessa Castillo Acopa, al teléfono: 9932876406.

Mi participación es totalmente voluntaria, se respetara mi privacidad y mis derechos. Los resultados me serán proporcionados si lo solicito y si deseo abandonar la participación, esto no me traerá ninguna repercusión.

---

Nombre Completo Y Firma Del Participante

Villahermosa, Tabasco a \_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 2019

## Apéndice “D”

### *Administración del proyecto*

a) Recursos Humanos: Estudiante de la Especialidad en Enfermería Quirúrgica, perteneciente a la División Académica de Ciencias de la Salud.

Investigador: Vanessa Castillo Acopa.

b) Recursos materiales:

1. Material de consumo, lápiz, lapicero, borrador, sacapuntas, hojas blancas, fotocopias de instrumento de recolección de datos, instrumento CARE-Q y Guía de observación, gastos viáticos.

2. Computadora para el procesamiento de la información y vaciado de datos.

3. Memoria USB.

c) Recursos financieros: todos los gastos generados, serán asumidos por el investigador, haciendo un total de \$5,000 pesos.