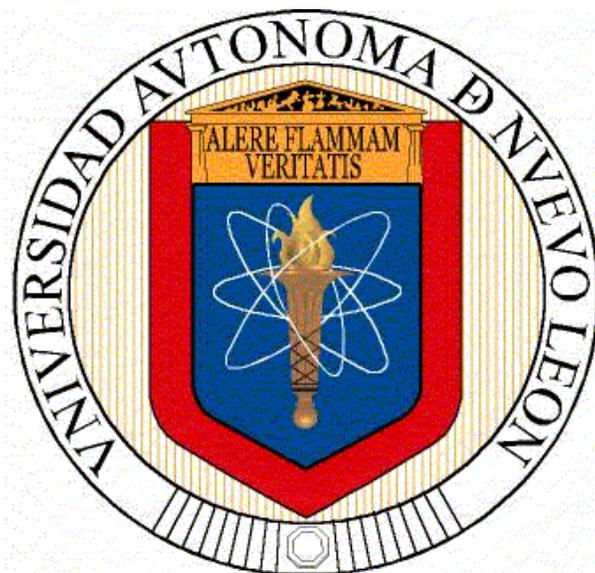


**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE ENFERMERÍA**



TESIS

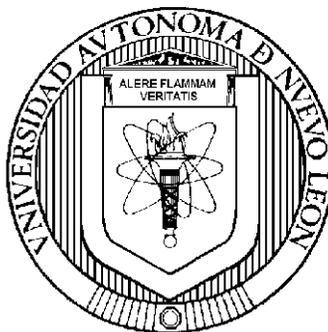
**SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN
SATISFACCIÓN CON EL MANEJO DEL DOLOR DURANTE
EL PUERPERIO QUIRÚRGICO**

**POR
MARÍA ELENA CALDERÓN DIMAS**

**COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRÍA EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA**

ENERO 2014

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE ENFERMERÍA
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



SATISFACCIÓN CON EL MANEJO DEL DOLOR DURANTE
EL PUERPERIO QUIRÚRGICO

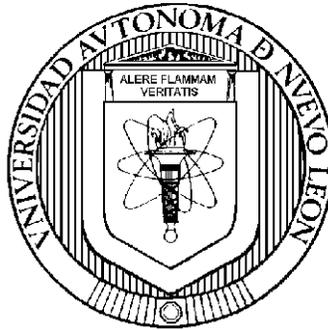
Por

LIC. MARÍA ELENA CALDERÓN DIMAS

Como requisito parcial para obtener el grado de
MAESTRÍA EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

ENERO, 2014

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE ENFERMERÍA
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



SATISFACCIÓN CON EL MANEJO DEL DOLOR DURANTE
EL PUERPERIO QUIRÚRGICO

Por

LIC. MARÍA ELENA CALDERÓN DIMAS

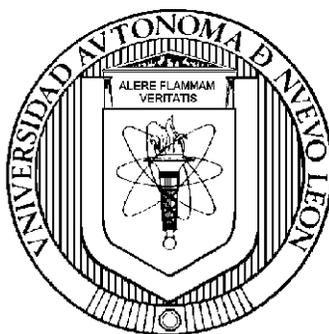
Director de Tesis

ME. JULIA TERESA LÓPEZ ESPAÑA

Como requisito parcial para obtener el grado de
MAESTRÍA EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

ENERO, 2014

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE ENFERMERÍA
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



SATISFACCIÓN CON EL MANEJO DEL DOLOR DURANTE
EL PUERPERIO QUIRÚRGICO

Por

LIC. MARÍA ELENA CALDERÓN DIMAS

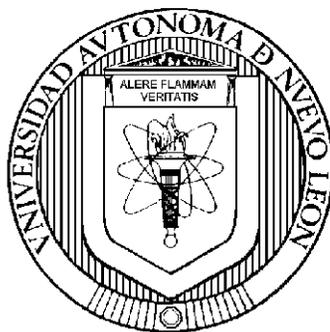
Co-Director de Tesis

DRA. MARÍA GUADALUPE MORENO MONSIVÁIS

Como requisito parcial para obtener el grado de
MAESTRÍA EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

ENERO, 2014

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE ENFERMERÍA
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



SATISFACCIÓN CON EL MANEJO DEL DOLOR DURANTE
EL PUERPERIO QUIRÚRGICO

Por

LIC. MARÍA ELENA CALDERÓN DIMAS

Asesor Estadístico

MARCO VINICIO GÓMEZ MEZA PhD

Como requisito parcial para obtener el grado de
MAESTRÍA EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

ENERO, 2014

SATISFACCIÓN CON EL MANEJO DEL DOLOR DURANTE
EL PUERPERIO QUIRÚRGICO

Aprobación de Tesis

ME. Julia Teresa López España
Director de Tesis

ME. Julia Teresa López España
Presidente

MCE. Ma Guadalupe Interrial Guzmán
Secretario

Dra. María Guadalupe Moreno Monsiváis
Vocal

Dra. María Magdalena Alonso Castillo
Subdirector de Posgrado e Investigación

Agradecimientos

A los directivos, docentes y personal de la Subdirección de Posgrado e Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León.

A la Maestra Julia Teresa López España, por su sabiduría, paciencia y horas de trabajo que junto con una servidora fueron dedicados a este trabajo.

A la Maestra Rosa Velia Rivera Sáenz, Directora de la Escuela de Enfermería del IMSS por su apoyo y confianza durante toda la Maestría, sin el cual este trabajo no hubiera sido posible.

A los alumnos de la Escuela de Enfermería del IMSS que sembraron en mí el interés por seguir estudiando y preparando para ser mejor docente.

A mis compañeras de la Escuela de Enfermería del IMSS, la Lic. Alma Alicia Enríquez Escobedo por haberme impulsado a entrar a la Maestría, a la Maestra Irma Torres Camarillo por sus gestiones y apoyo a mi trabajo, a la Lic. Xóchitl Argentina Calero Saucedo por su apoyo incondicional, así como a la Lic. Herminia Macías Durán que con su madurez, sabiduría y amistad me acompañaron en este camino.

A los directivos y personal del HGZ con UMF N° 6 del IMSS por abrirme las puertas y facilitarme lo necesario para realizar este trabajo.

A la Lic. Alicia González Rosas, Jefa de Enseñanza del HGZ con UMF N° 6 del IMSS por su incondicional apoyo y facilidades en la gestión para que me permitieran realizar el trabajo en este hospital.

Dedicatoria

Principalmente a Dios por haberme dado salud y permitir que realizara este proyecto profesional.

A mis padres el Sr. José Dolores Calderón Díaz (+) y la Sra. Porfiria Dimas Marcial por haberme enseñado con su ejemplo el trabajo arduo y la responsabilidad entre muchos otros valores.

A mi madre mi principal maestra de la vida, por enseñarme a levantarme de los tropiezos a los que me he enfrentado, con valor y confianza.

A Edna Elena y Jesús Gerardo mis amados hijos, ya que ellos son el motor principal de mi existencia y han sido apoyo total en mi vida.

A Tomás por su amor, comprensión y apoyo durante este periodo en mi vida.

A Juany por su trabajo en casa lo cual permitió que pudiera dedicarme a mi trabajo y al estudio.

Tabla de Contenido

Contenido	Página
Capítulo I	
Introducción	1
Marco de Referencia	3
Estudios Relacionados	5
Definición de Términos	11
Objetivos del Estudio	11
Capítulo II	
Metodología	13
Diseño del Estudio	13
Población, Muestreo y Muestra	13
Criterios de Inclusión	14
Criterios de Exclusión	14
Instrumento de Recolección de la Información	14
Procedimiento de Recolección de la Información	15
Estrategias para el Análisis de Resultados	15
Consideraciones Éticas	16
Capítulo III	
Resultados	18
Características de las Mujeres Participantes	18
Estadística Inferencial	29
Capítulo IV	
Discusión	32

Contenido	Página
Conclusiones	35
Recomendaciones	35
Referencias	37
Apéndices	40
A Cédula de Datos del Paciente	41
B Cuestionario de Intensidad del Dolor en el Paciente	42
C Carta de Autorización de la Institución Participante	44
D Carta de Consentimiento Informado del Paciente	45

Lista de Tablas

Tabla		Página
1.	Características sociodemográficas y obstétricas de las mujeres del estudio	19
2.	Tipo de cesárea según antecedente obstétrico, indicación y técnica quirúrgica	20
3.	Orientación preoperatoria proporcionada a las mujeres participantes	21
4.	Nivel de dolor en las primeras 24 horas del puerperio quirúrgico	22
5.	Clasificación de la intensidad del dolor	23
6.	Interferencia del dolor en la actividad general, humor o estado de ánimo y sueño	23
7.	Intensidad de dolor	24
8.	Intensidad del dolor según cirugías previas y orientación preoperatoria	25
9.	Satisfacción de la paciente con el manejo del dolor por parte del personal de salud	26
10.	Tiempo de espera para recibir el analgésico solicitado	27
11.	Satisfacción con el manejo del dolor de acuerdo al tipo de cesárea	28
12.	Diferencia de la satisfacción con el manejo del dolor según la orientación preoperatoria	29
13.	Diferencia del máximo dolor en las 24 horas e interferencia en la actividad general según la orientación preoperatoria	30
14.	Diferencia del dolor máximo en las primeras 24 horas y dolor promedio según tipo de cesárea	31

Resumen

Lic. María Elena Calderón Dimas
Universidad Autónoma de Nuevo León
Facultad de Enfermería

Fecha de Graduación: Enero, 2014

Título del Estudio: SATISFACCIÓN CON EL MANEJO DEL DOLOR DURANTE
EL PUERPERIO QUIRÚRGICO

Número de páginas: 47
LGAC: Gestión de Calidad en Salud

Candidato para obtener el grado de
Maestría en Ciencias de Enfermería

Propósito y Método de Estudio: El propósito del estudio fue determinar la asociación entre la satisfacción con el manejo del dolor postoperatorio, con intensidad del dolor, orientación preoperatoria, tiempo de respuesta del personal de salud y factores obstétricos como son el número de embarazos, número de cesáreas, tipo de intervención y técnica quirúrgica. El diseño del estudio fue de tipo descriptivo, correlacional. El muestreo fue aleatorio sistemático de uno en dos, el tamaño de la muestra se estimó para un análisis de correlación donde se obtuvo una $n = 259$. Para la recolección de la información se utilizó la cédula de datos del paciente y el cuestionario de intensidad del dolor en el paciente.

Contribución y Conclusiones: El estudio permitió conocer la satisfacción con el manejo del dolor durante el puerperio quirúrgico. Los resultados en relación con las pacientes fue que predominó la ocupación de empleada con un 46.3%. El 84.4% refirieron contar con pareja. La escolaridad obtuvo una media de 10 años ($DE = 2.57$), el tipo de cesárea que predominó fue la cesárea anterior 50.2%, de urgencia 60.2% y según la técnica quirúrgica fue la Beck con 71.8%. El 100% de las pacientes presentó dolor y la intensidad presentada en las primeras 24 horas fue el dolor severo con un 61.4% y el dolor promedio fue percibido en el 68% de las mujeres como moderado, el 69.5% refieren que el tiempo de espera para recibir alivio del dolor fue menos de 10 minutos. La satisfacción con el manejo del dolor, la satisfacción global obtuvo una media de 8.9 ($DE = 1.3$), no se encontró asociación entre la satisfacción del manejo del dolor y la intensidad del manejo del dolor. Sin embargo se encontró asociación con el manejo del dolor por la enfermera con el tiempo de espera ($r_s = .193, p = .001$) y la satisfacción con el manejo del dolor y el número de cesáreas ($r_s = .128, p = .04$) entre la satisfacción con el manejo del dolor por la enfermera con el tiempo de espera y con el número de cesáreas, es decir a mayor tiempo de espera menor satisfacción y a mayor número de cesáreas mayor satisfacción. Otro hallazgo fue que la satisfacción con el manejo del dolor fue mayor en las que recibieron orientación preoperatoria (9 vs 8.27, $p = .00$). El dolor se asoció con tiempo de espera ($r_s = .177, p = .00$) y con número de embarazos ($r_s = .128, p = .04$). Las mujeres que presentaron mayor dolor fueron las que no recibieron orientación preoperatoria (7.87 vs 6.90, $p = .01$), así mismo reportan que el dolor, tuvo mayor interferencia en las actividades generales, en aquellas mujeres que no recibieron orientación preoperatoria respecto a las que lo recibieron (4.38 vs 3.64, $p = .00$).

FIRMA DEL DIRECTOR DE TESIS _____

Capítulo I

Introducción

La calidad en salud, depende de la atención que brinda el personal de salud de una manera oportuna, personalizada, humanizada, continua y eficiente, con el propósito de lograr la satisfacción del usuario y del prestador de servicios. La evaluación de la satisfacción de los pacientes, es un tema de interés creciente en el marco de la gestión de los servicios de salud, ya que es un indicador de la evaluación de servicios y un resultado de la calidad de la asistencia y de su efectividad (García & Medina, 2009).

El manejo oportuno y adecuado del dolor está considerado como indicador de calidad por el Consejo de Salubridad General (2012), y éste debe ser incluido en los protocolos de atención de pacientes que cursan con dolor durante la hospitalización. México es un país, donde una de las demandas es la atención a la mujer en su salud reproductiva, en especial la atención en el embarazo, parto y puerperio, debido a que la población en edad fértil, representa un 47.5% del total de la población femenina y la tasa de natalidad es de 17.7 por cada mil habitantes (INEGI, 2010). Estos nacimientos deberían terminar en su mayoría en partos; sin embargo, un 48% de ellos culmina en cesárea, por lo que los servicios de salud se enfrentan a una demanda importante de cuidados postoperatorios.

La cesárea como procedimiento quirúrgico provoca dolor, entre los indicadores que debe atender un hospital para mantener la calidad, está el manejo del dolor postoperatorio, debido a que la paciente, así como su familia, requieren una atención que se centre en sus necesidades, para obtener satisfacción del cuidado. Según los estándares para la certificación de hospitales, el manejo del dolor tiene en cuenta el entorno donde se presta la atención o el servicio, el tipo de servicio prestado y la población de pacientes atendida (Consejo de Salubridad General, 2012).

Bader et al. (2009) refieren que el manejo del dolor postoperatorio suele subestimarse y tratarse de manera insuficiente. Aproximadamente el 70% de las pacientes con puerperios quirúrgicos experimenta un cierto grado (moderado, intenso o extremo) de dolor postoperatorio. Los resultados del tratamiento insuficiente en mujeres con dolor en el puerperio quirúrgico comprenden una mayor morbimortalidad, debida principalmente a complicaciones respiratorias y tromboembólicas, un retraso en la deambulaci3n y una mayor estancia hospitalaria, lo que disminuye la satisfacci3n de la mujer.

La satisfacci3n con el manejo del dolor postoperatorio, ha sido estudiada por diversos autores, entre algunos hallazgos reportan que el dolor es m1s intenso en las mujeres que en los hombres (Fonseca, 2007; Leal et al. 2009). Otros autores se1alan que un factor que influye en la satisfacci3n con el manejo del dolor es la orientaci3n preoperatoria que recibe el paciente por parte del personal de salud, es decir que a menor orientaci3n recibida, menor es la satisfacci3n con el manejo del dolor (García, Rodrigues, & Barco, 2012; Uny3n, & Huarcaya, 2010).

Por su parte, Moreno, Interrial, Garza y Hern1ndez (2012), se1alan que a mayor intensidad del dolor, menor satisfacci3n con el manejo de dolor. Sin embargo, los pocos estudios que se han realizado en las mujeres que son sometidas a ces1rea, difieren de lo se1alado anteriormente, ya que reportan que la intensidad del dolor en la mujer durante las primeras 24 horas es moderado e intenso y la satisfacci3n la califican con un nivel alto (García et al. 2012; M1rquez, El1as, & Su1rez, 2010). As1 mismo, tambi3n se encontr3 que el tiempo de espera que tuvo el personal de salud, a la solicitud de la mujer con dolor, influye en la satisfacci3n con el manejo del dolor. Algunos autores se1alan que la respuesta menor de 10 minutos incrementa la satisfacci3n con el manejo del dolor (Valent3n et al. 2006; Gallego, Rodr3guez, V1zquez, & Gil, 2004).

Por su parte Mackeen, Berghella y Larsen (2012) señalan que la técnica quirúrgica de la cesárea en la cual no se cierra el peritoneo y el plano muscular (debido a que este cierra solo a las 24 horas del postoperatorio), disminuye la intensidad del dolor, que cuando se cierran estos tejidos. En ese sentido, Cancado, Omais, Ashmawi y Torres (2012), señalan que cuando el dolor postoperatorio es severo, en las primeras 24 horas y tuvieron cesárea de urgencia es probable que presenten dolor crónico. Así mismo, López, González, Machado, de León y Alvarez (2005), señalan que el dolor se incrementa cuando la cirugía es en abdomen como en el caso de la cesárea, y cuando en la técnica quirúrgica hay más traumatismo en el momento de la cirugía.

Los protocolos de atención para el manejo de dolor deben de ser actualizados, cada que sea necesario, debido a que el dolor, interfiere en la mejora del paciente. Cuando el dolor es moderado e intenso, interfiere con el resto de las necesidades básicas del paciente. Este trabajo ayudará a que las enfermeras consideren algunos puntos para la actualización de sus protocolos de atención, puedan valorar y planear en forma anticipada el manejo del dolor postoperatorio y contribuyan a lograr la máxima satisfacción del paciente. Por lo anterior, el propósito del estudio fue determinar la asociación entre la satisfacción con el manejo del dolor postoperatorio, con intensidad del dolor, orientación preoperatoria, tiempo de respuesta del personal de salud y factores obstétricos como son el número de embarazos, número de cesáreas, tipo de cesárea.

Marco de Referencia

En este apartado se incluyen los conceptos de satisfacción, dolor, dolor postoperatorio, clasificación del dolor, satisfacción con el manejo del dolor y algunos factores que contribuyen a la satisfacción.

La satisfacción es la percepción que tiene la paciente del cumplimiento de sus expectativas sobre el cuidado proporcionado por el personal de salud, es considerado un indicador de la evaluación de servicios y un resultado de la calidad de la asistencia y de

su efectividad, el cual puede ser medido a través de la percepción de la paciente (García & Medina, 2009). La satisfacción con el manejo del dolor es considerada como la percepción del cumplimiento de las expectativas hacia el manejo del dolor. Para que una paciente esté satisfecha con la atención brindada por parte del personal de salud, influyen varios factores entre ellos la intensidad del dolor, cuando la intensidad del dolor es mayor, la satisfacción disminuye.

Otro factor es la orientación que se proporciona a la paciente antes de la cirugía, debido a que cuando la paciente está informada cambia la percepción del dolor y por lo tanto la satisfacción. El tiempo de respuesta en que la paciente recibe la atención hacia la necesidad de dolor, es otro factor que se ha relacionado con la satisfacción con el manejo del dolor ya que la paciente que es atendida de forma oportuna y en los primeros 15 minutos en que solicita la atención obtiene más satisfacción con el manejo del dolor (Valentín et al. 2006; Gallego, Rodríguez, Vázquez, & Gil, 2004).

El dolor como respuesta humana se define como el estado en el que el individuo experimenta y se queja de una molestia grave o una sensación desagradable (Zavala & González, 2008). Para Bader et al. (2009) el dolor postoperatorio, es un síntoma esperado e inevitable en un paciente quirúrgico asociado a lesiones tisulares quirúrgicas. El dolor es siempre subjetivo y puede ser probado o no probado. Las expresiones de dolor son extremadamente variables y no se pueden usar en un ámbito de auto manifestación. Ni la conducta, ni las constantes vitales pueden sustituir a la manifestación del paciente.

El dolor se puede clasificar en agudo o crónico, agudo cuando el dolor se presenta menos de seis meses y crónico cuando es mayor a los seis meses. El dolor postoperatorio se clasifica como agudo, sin embargo, el inadecuado manejo del dolor puede producir un dolor crónico.

La intensidad es otro componente del dolor que es importante considerar, esta se refiere al grado de dolor que percibe la persona, es subjetivo y el paciente debe señalar

esta intensidad. Para su evaluación, existen diferentes herramientas de apoyo; sin embargo, una de las más utilizadas es la escala análoga visual (EVA) que sirve para que el paciente califique la intensidad de su dolor en una escala de 0 a 10.

No obstante, en la paciente obstétrica, la percepción del dolor es el resultado de una experiencia única y multifactorial, la cual es influenciada por la ansiedad, las experiencias previas, los aspectos étnico-culturales y el medio ambiente. Por lo que es importante considerar que al estar en una sala de quirófano, las expectativas de la madre respecto a la salud del producto puede condicionar la percepción del dolor y la ansiedad en la mujer (Covarrubias, Silva, Nuche, & Téllez, 2006).

Estudios Relacionados

En este apartado se presentan los resultados de trabajos de investigación relacionados con las variables del estudio.

García et al. (2012) realizaron un estudio en Brasil que tuvo como propósito evaluar el nivel de satisfacción de las puérperas con sus partos. La muestra fue de 200 puérperas del servicio de tamizaje neonatal, en donde el instrumento que aplicaron fue el cuestionario de experiencia y satisfacción en el parto, para medir el nivel de satisfacción. Cada pregunta tiene opciones de respuesta entre 1 a 10 (máxima satisfacción).

Los resultados que se obtuvieron fueron que el promedio de edad de las puérperas fue 28 años, el 96% tenía compañero, todas realizaron control prenatal, 82% fueron sometidas a cesárea. El nivel de satisfacción promedio fue de 9 en las mujeres con parto normal. La satisfacción global fue de 9.1 y la satisfacción con el manejo del dolor en el posparto para las mujeres de cesárea fue $M = 6.2$ ($DE = 3.2$).

Un estudio realizado por Moreno et al. (2012) en México, tuvo la finalidad de determinar la presencia, intensidad y manejo del dolor en el paciente postoperatorio hospitalizado. Reportó una media de edad de los participantes de 55 años ($DE = 5.91$), el sexo femenino predominó con 68.2%, la escolaridad presentó una media de 10 años

($DE= 5.90$), el dolor se presentó en un 90.7%, sobresalió el dolor moderado durante las primeras 24 horas postoperatorias; sin embargo, cabe destacar que 57.6% de los participantes presentó dolor severo como máximo dolor en las primeras 24 horas.

Un estudio realizado por Unyén y Huarcaya (2010) en Perú, tuvo como propósito estimar el grado de satisfacción de los pacientes con el tratamiento analgésico recibido en el postoperatorio y conocer las prácticas analgésicas postoperatorias existentes en el Hospital II Suárez-Angamos. La muestra fue de 324 pacientes, de Cirugía General, Ginecología y de Urología. Se realizó una encuesta anónima de 14 preguntas que recogen las características del dolor postoperatorio, la información recibida sobre el tratamiento del dolor, la petición de medicación analgésica y el tiempo de espera de la misma, y por último el grado de satisfacción con la atención recibida. La encuesta se llevó a cabo a las 24 horas posteriores a la cirugía mediante entrevista a todos los pacientes intervenidos quirúrgicamente en el hospital. Las características del procedimiento quirúrgico y la medicación analgésica se recogieron a partir de la revisión de la historia clínica y reporte operatorio.

Esta investigación arrojó como resultados que un 42.2% de la población estudiada estaba ubicada en el servicio de Cirugía General, 48.4% en Ginecología y 9.2% en Urología. Al momento de la entrevista un 27.7% de pacientes no presentaban dolor, el 61.1% tenían dolor leve-moderado y 11.1% dolor intenso-insoportable. El 91% de los pacientes tuvo dolor en las 24 horas previas, de los cuales sólo en 15.7% tuvo un EVA <4 (dolor moderado). El 26.5% recibieron orientación preoperatoria y el tiempo de respuesta a la necesidad de dolor fue de 15 a 30 minutos con un 69%. La satisfacción del paciente con el personal médico o de enfermería fue en un 94.7% valorada como satisfactoria o muy satisfactoria. Por lo que la autora del estudio concluye que a pesar del alto porcentaje de enfermos que sufren dolor postoperatorio y la escasa información que reciben, los pacientes revelan un alto grado de satisfacción con la atención recibida.

Tamayo, Sereno y Huape (2008) realizaron un estudio en México con el propósito de comparar la cesárea tradicional con la cesárea Misgav-Ladach para evaluar el tiempo quirúrgico, estancia y costos hospitalarios. Fue una muestra de 48 pacientes con embarazo a término, sin complicaciones e indicación para cesárea. Las pacientes se dividieron en dos grupos al azar; grupo 1: mujeres con cesárea tradicional ($n = 24$) y grupo 2: mujeres con cesárea Misgav-Ladach ($n = 24$). En el expediente clínico se registraron los antecedentes obstétricos, exploración física y obstétrica general. En cuanto a la técnica quirúrgica se omitieron las suturas del peritoneo visceral y parietal, se registró el tiempo quirúrgico, sangrado transoperatorio, material de sutura utilizado, dolor postoperatorio y evolución detallada a las 48 horas y a la semana del postoperatorio.

Los resultados de este estudio arrojaron que el dolor postoperatorio, evaluado con idéntico esquema de analgésicos para ambos grupos, tuvo puntaje de 4 en el grupo 1 y de 2 en el grupo 2 durante las primeras 24 horas. Ambos grupos registraron menos molestias (puntaje: 2) al segundo día. Con la técnica de Misgav-Ladach el dolor postoperatorio fue menos intenso y no se apreciaron complicaciones febriles o de íleo intestinal a corto plazo.

Los autores de este estudio concluyen que la técnica de Misgav-Ladach es un procedimiento útil, principalmente cuando se pretende acelerar la extracción del feto. El seguimiento a corto plazo del dolor, mostró mayores ventajas que con la cesárea tradicional.

Valentín et al. (2006) realizaron un estudio en España con el propósito de conocer la situación inicial de la atención y el tratamiento del dolor postoperatorio en los pacientes intervenidos en los servicios de Cirugía General y Cirugía Vascular. La muestra fue de 158 pacientes, se elaboró una encuesta anónima que consta de 14 preguntas que recogen las características de dolor postoperatorio, la información recibida sobre el tratamiento del dolor, y el grado de satisfacción. La encuesta se llevó a

cabo mediante entrevista en el postoperatorio inmediato a todos los pacientes intervenidos en los servicios citados.

Los resultados de este estudio arrojaron que el dolor postoperatorio a las 24 horas muestra un 18% de los pacientes sin dolor, un 35% de los pacientes con dolor leve y un 47% de los mismos con dolor moderado-intenso. Existe una relación estadísticamente significativa entre la solicitud de analgesia y el grado de dolor máximo ($p < .001$).

Los autores de este estudio concluyeron que el dolor postoperatorio constituye una oportunidad para el establecimiento de mejoras en la atención y tratamiento de los pacientes intervenidos, máxime cuando existen tratamientos analgésicos eficaces para el control del dolor que no se están utilizando, debiendo acabar con la modalidad de prescripción a demanda en todas aquellas intervenciones que de antemano se sabe que van a experimentar dolor postoperatorio.

Gallego et al. (2004) realizaron un estudio en España con el propósito de evaluar la prevalencia e intensidad del dolor postoperatorio, la satisfacción de los pacientes con el personal médico y de enfermería, cuantificar el tiempo percibido por el paciente transcurrido desde que solicita medicación analgésica hasta que la recibe y por último, conocer la opinión de los pacientes sobre la efectividad de los analgésicos en el dolor postoperatorio. La muestra fue de 388 pacientes intervenidos quirúrgicamente de manera programada por los servicios de Cirugía General, Traumatología, Ginecología, Cirugía Vasculard, Otorrinolaringología y Urología. Como instrumento de medida se utilizó el cuestionario de la Sociedad Americana del Dolor.

El resultado de este estudio arrojó, 216 mujeres (55.7%) y 172 varones (44.3%), con una edad media de 55.73, $DE = 16$ años (rango 18-90). Un total de 377 pacientes (97.2%) refirieron haber experimentado dolor en algún momento durante su estancia en el hospital y 376 pacientes (96.9%) refirieron haber presentado dolor en las últimas 24 horas. La intensidad del dolor en el momento de la entrevista fue de 3.08, ($DE = 2.35$).

La mayor intensidad de dolor fue de 6.7, ($DE = 2.78$) y la menor de .89, ($DE = 1.57$). En el momento de la entrevista 157 pacientes (40.5%) refirieron dolor moderado y 62 (16%) dolor severo.

El nivel de satisfacción de los pacientes con médicos en relación con el tratamiento de su dolor, fue de (48.7%) mientras que para enfermería fue de (40.7%). No se encontró relación entre el grado de satisfacción del paciente con médicos o enfermeras y la intensidad del dolor referida por el paciente, ya sea en el momento de la entrevista, máximo o mínimo grado de dolor. Al analizar la relación entre el grado de satisfacción de los pacientes y el tiempo percibido transcurrido desde que se solicita analgesia y ésta es administrada, los pacientes que tienen que esperar menos de 15 minutos (15.64%), se mostraron más satisfechos con las enfermeras ($p=.06$) y médicos ($p=.02$) que aquellos que han de esperar más de 15 minutos, un 43.6%, para recibir analgesia tras su solicitud. Así mismo, se observó que existe un mayor grado de satisfacción con enfermería ($p=.01$) en aquellos pacientes que esperan menos de una hora para la administración de medicación analgésica de rescate comparado con aquellos que esperaron más de una hora. En cambio, no se observó relación entre el grado de satisfacción médica y tiempo de espera para recibir analgesia de rescate ($p=.18$).

Un estudio realizado por García (2004) en España, tuvo como propósito analizar la satisfacción de las mujeres intervenidas de cesárea, valorando la efectividad del protocolo de terapia analgésica utilizado sistemáticamente en la unidad, así como identificar los factores que intervienen en la percepción del dolor en estas pacientes. La muestra estuvo conformada por 149 pacientes sometidas a cesárea, las variables del estudio fueron sociodemográficas, historia obstétrica, la satisfacción en relación a la información recibida, alivio tras analgesia, expectativas ante el dolor y alivio conseguido. Se diseñó un cuestionario de respuesta múltiple y escalas análogo-visuales, al que las parturientas respondieron durante su estancia en dicha unidad.

Los resultados de este estudio arrojaron que la media de edad en las mujeres de la muestra fue de 32.5 años con una $DE= 5.06$ años, rango 19.5-44.5. El 53% había recibido información en torno al manejo del dolor postoperatorio, aunque el 70% afirmó haber deseado una mejor explicación. La intensidad del dolor postoperatorio fue establecida en una media de 3.66, impidiendo realizar actividades como toser o sentarse en la cama al 58% de las mujeres. Casi el 90% de las entrevistadas afirmaron haber experimentado un buen control de la sensación dolorosa. La edad, experiencias previas, nivel de estudios y religión no incidieron en la percepción del dolor. Las mujeres que recibieron información sobre el proceso doloroso refirieron estar muy satisfechas en relación con el control del dolor en una mayor proporción que aquellas que no la recibieron (41% vs 20%, $p=.01$). Comparando los antecedentes de cesárea respecto a las expectativas de dolor, se refleja que el dolor esperado tras la cesárea es similar en mujeres con cesárea anterior 37.2% y el 46.5%, sin antecedentes de esta intervención ($p=0.5$).

En síntesis, dos de los siete estudios señalan la satisfacción con el manejo del dolor en púerperas, uno de ellos describe esta variable en el puerperio fisiológico y dos en el puerperio quirúrgico; sin embargo, coincide con otros dos estudios en el grado de satisfacción ante el manejo del dolor, la orientación recibida por el personal de salud incrementa la satisfacción con el manejo del dolor, así mismo cuando el tiempo de respuesta es menor de 10 minutos por parte de los médicos y las enfermeras es mayor la satisfacción. Cinco estudios mostraron que predomina en las primeras 24 horas del postoperatorio una intensidad del dolor de grado moderado, solamente un estudio manifiesta que más de la mitad de los participantes manifestaron dolor severo, pero a pesar de ello la satisfacción es buena en seis de los siete estudios, solo un estudio señala que la técnica quirúrgica disminuye el dolor en la pacientes postoperadas de cesárea. Referente a la cesárea anterior se demostró que la intensidad del dolor es similar en pacientes con y sin cesárea anterior.

Definición de Términos

La satisfacción con el manejo del dolor es la percepción de la mujer del cumplimiento de las expectativas hacia el manejo del dolor en el puerperio quirúrgico a las 24 horas posteriores a la cesárea.

La intensidad del dolor es el grado de dolor que percibe la persona, es subjetivo y la paciente debe señalar esta intensidad, si la paciente manifiesta que tiene dolor se utilizará la Escala Visual Análoga (EVA) con valores del 0 al 10, donde 0 es la ausencia de dolor y el 10 el máximo dolor.

Tiempo de respuesta del personal de salud es el tiempo que la mujer percibe se tardó el personal de salud en atender su necesidad de dolor.

Orientación preoperatoria es la información sobre el manejo del dolor que recibe la mujer sobre el manejo de dolor y su terapéutica, por parte del personal de salud antes de la cesárea.

Factores obstétricos para este estudio se consideraron el número de embarazos, números de cesáreas, tipo de intervención y técnica quirúrgica.

El tipo de cesárea se consideró de acuerdo al antecedente obstétrico (primera, anterior e iterativa), según intervención médica (electiva y de urgencia), según técnica quirúrgica (Beck y Kerr) y se tomará del expediente clínico de la paciente.

Objetivos del Estudio

1. Identificar la intensidad del dolor en las primeras 24 horas postoperatorias en la mujer durante el puerperio quirúrgico.
2. Determinar la intensidad del dolor según, tipo de cesárea, cirugías previas, orientación preoperatoria.
3. Determinar la satisfacción con el manejo del dolor, de acuerdo a los factores obstétricos, orientación preoperatoria, cirugías previas y tiempo de respuesta del personal de salud.

4. Determinar la relación entre el dolor máximo en las primeras 24 horas postoperatorias y dolor promedio, con tiempo de espera y número de embarazos.
5. Determinar la diferencia de la intensidad del dolor en la entrevista, máximo dolor en 24 horas y dolor promedio, con orientación preoperatoria y tipo de cesárea.
6. Determinar la relación de la satisfacción con el manejo del dolor con la presencia del dolor durante la entrevista, dolor máximo en las 24 horas y el dolor promedio con tiempo de espera y número de cesáreas.
7. Determinar la diferencia en la satisfacción con el manejo del dolor por el personal de salud según orientación preoperatoria.

Capítulo II

Metodología

El contenido de este capítulo incluyó la estrategia metodológica del proyecto de investigación; el diseño de estudio, la población de estudio, muestreo y muestra, criterios de inclusión y de exclusión. Así mismo se incluyó el instrumento de recolección de la información, el procedimiento para la recolección de datos, estrategias para el análisis de resultados y las consideraciones éticas.

Diseño del Estudio

El diseño del estudio fue de tipo descriptivo y correlacional (Burns & Grove, 2004). Un diseño descriptivo, se utiliza para obtener más información sobre las características de un campo de estudio en particular. Por otra parte un estudio correlacional consiste en describir las variables y examinar la relación entre ellas. En este estudio se buscó asociar la satisfacción con el manejo del dolor en el puerperio quirúrgico, con intensidad del dolor, información del manejo del dolor, tiempo de respuesta del personal de salud y factores obstétricos.

Población, Muestreo y Muestra

La población de estudio estuvo conformada por pacientes con puerperio quirúrgico hospitalizadas en el servicio de obstetricia en una institución de seguridad social. El tipo de muestreo para la selección de pacientes fue sistemático de uno en dos con un inicio aleatorio, la primera participante se eligió al azar y posteriormente se consideró a una de cada dos pacientes con puerperio quirúrgico.

El tamaño de la muestra se estimó con el paquete estadístico n Query advisor 4.0. Para un análisis conservador de correlación de .20, con un nivel de significancia de .05 y un poder de 90% dando un tamaño de muestra de 259 participantes.

Criterios de Inclusión

Mujeres con 24 horas de puerperio quirúrgico, que no presentaron complicaciones.

Criterios de Exclusión

Puérperas que además de la cesárea, les realizaron salpingoclasia o histerectomía.

Instrumento de Recolección de la Información

La recolección de datos se realizó mediante una Cédula de Datos del Paciente (CDP), de donde se obtuvieron los datos sociodemográficos y factores obstétricos relacionados con la paciente, como edad, escolaridad, tipo de técnica quirúrgica, tipo de intervención, antecedentes obstétricos y cesáreas previas (Apéndice A).

En relación al dolor, se llevó a cabo mediante un Cuestionario de Intensidad del Dolor en el Paciente (CIDP), Mc Caffery y Pasero (1999), (Apéndice B). El cual mide la intensidad del dolor, así como, el nivel de satisfacción con el manejo del dolor por parte de los médicos y el personal de enfermería. Es un instrumento confiable y está compuesto por 9 reactivos los cuales se miden de diferente manera, los primeros cuatro miden la presencia e intensidad del dolor por medio de la escala visual numérica con valores de 0 a 10, donde 0 es ausencia de dolor y 10 es el máximo dolor. Clasificando el dolor como leve cuando los puntajes son de 1 a 3, moderado de 4 a 6 e intenso de 7 a 10. Para medir como interfiere el dolor en otras actividades se utilizó la pregunta cinco y se midió con puntajes de 0 a 10, donde a mayor puntaje mayor interferencia de dolor. De la pregunta 6 a la 8 miden el nivel de satisfacción materna en relación al manejo del dolor por parte de médicos y enfermeras, para ello se utilizó una escala de 0 a 10, donde 0 es nada satisfecha a 10 muy satisfecha. La pregunta 9 señala el tiempo de respuesta que tardó el personal para atender la necesidad de dolor de la paciente.

Procedimiento de Recolección de la Información

Para la recolección de la información se solicitó la autorización de los Comités de Ética e Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León, además de la autorización de la Institución participante (Apéndice C).

Para la recolección de los datos, se solicitó autorización a la jefa de piso del servicio de gineco obstetricia de un hospital público de seguridad social, posteriormente se acudió con las pacientes elegidas, según el censo y criterios de selección, a las cuáles se les solicitó su participación mediante consentimiento informado del paciente (Apéndice D), señalándoles que su participación consistía en contestar una encuesta, se les explicaron todas las preguntas, en caso de que presentaran dudas se les hizo la aclaración en el momento, se les mostró la escala visual analógica, se mencionó que la encuesta no representaría ningún riesgo y que podrían dejar de participar si lo consideraban necesario, posteriormente se tomó a la primer paciente que cumpliera los criterios de inclusión y luego de 1 en 2. Una vez concluida la encuesta se agradeció la participación a la paciente. Posteriormente se solicitó la autorización a la jefa de piso para revisar el expediente clínico de las pacientes para obtener la información de la cédula de datos del paciente y datos referentes a la cesárea.

Estrategias para el Análisis de Resultados

Para el análisis de los datos se utilizó el paquete estadístico SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versión 20. Para el análisis descriptivo se utilizaron frecuencias absolutas y relativas en las variables categóricas, mientras que para las variables numéricas o continuas se obtuvieron medidas de tendencia central (media, mediana) y medidas de variabilidad (rango, desviación estándar). Se aplicó la prueba Kolmogorov-Smirnov para determinar la normalidad de los datos. Para dar respuesta al objetivo 1 se utilizaron frecuencias, proporciones, medidas de tendencia central, para los objetivos 2 y 3 se utilizaron tablas de contingencia, para el objetivo 4 y 6 se utilizó el

coeficiente de correlación de Spearman según la distribución de la muestra y para el objetivo 5 y 7 se utilizó la prueba U de Mann-Whitney.

Consideraciones Éticas

El trabajo fue revisado por los Comités de Ética e Investigación de la Facultad de Enfermería. Además el estudio se apegó a lo dispuesto por la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la salud en seres humanos (SS, 1987).

En base a lo establecido en el Título II, Capítulo I, Artículo 13. Durante la investigación se mantuvo el principio de respeto a la dignidad humana de los participantes y la protección de sus derechos y bienestar individual, la participación fue voluntaria.

Para dar cumplimiento al Artículo 14, Fracciones I, III, V, VI, VII y VIII, en el presente estudio se obtuvo el consentimiento informado. Se contó con el permiso correspondiente de la institución participante.

En el cumplimiento del Artículo 16, se protegió la privacidad de los participantes, se garantizó el anonimato, ya que el instrumento no contó con el nombre de la participante para evitar su identificación.

En el Artículo 17, Fracción II el presente estudio se consideró sin riesgo debido a que solo se aplicaron instrumentos de lápiz y papel para identificar la satisfacción con el manejo del dolor en el puerperio quirúrgico. En referencia a los Artículos 20, 21, 22, Fracciones I, II, VI, VII, y VIII, la participación en el estudio fue de manera libre y voluntaria, para tal efecto las participantes recibieron una explicación clara y completa sobre la justificación y objetivos del estudio y el proceso a realizar, que en este caso fue responder a un cuestionario. También se dio garantía de recibir respuesta a cualquier pregunta o duda acerca de los puntos señalados y otros relacionados con la investigación. Además la paciente tuvo la libertad de rehusarse a participar, retirar su consentimiento y dejar de participar en el estudio en cualquier momento sin que ello

llegara a perjudicar su condición de paciente en la institución donde recibe atención de salud.

Capítulo III

Resultados

El presente capítulo muestra los resultados de la medición de la satisfacción con el manejo del dolor y la intensidad del dolor en un hospital público de segundo nivel de atención. Los hallazgos se presentan en el siguiente orden, estadística descriptiva y posteriormente la inferencial.

Características de las Mujeres Participantes

De una población de 259 mujeres, el 46.3% tenían una ocupación de empleada. Respecto a si tenían pareja, el 88.4% (229) respondió que sí y un 11.6% (30) refieren no contar con pareja. La edad promedio de la población fue de 26 años ($DE=5.09$) y la escolaridad 10 años ($DE= 2.57$), que representa preparatoria incompleta, el número de embarazos fue de 2 y la mayoría contaba con una cesárea previa. La prueba Kolmogorov-Smirnov muestra que los datos no tienen una distribución normal (tabla 1).

Tabla 1
Características sociodemográficas y obstétricas de las mujeres del estudio

Características	\bar{X}	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	Min.	Max.	<i>D</i>	<i>p</i>
Edad	26.26	26.00	5.09	14	43	.06	.02
Escolaridad	10.61	9.00	2.57	6	16	.24	.0
Número de embarazos	1.95	2.00	1.05	1	6	.24	.0
Número de cesáreas previas	1.12	1.00	0.89	0	5	.28	.0

n=259

Nota: \bar{X} = Media, *Mdn* = Mediana, *DE* = Desviación Estándar, Min = Valor Mínimo, Max = Valor Máximo, *D* = Kolmogorov Smirnov, *p*= Valor de *p*

Referente al tipo de cesárea según el antecedente obstétrico predominó la cesárea anterior con 50.2%, según la indicación de la cesárea fue la de urgencia con 60.2% y según la técnica quirúrgica fue la Beck con 71.8 % (tabla 2).

Tabla 2

Tipo de cesárea según antecedente obstétrico, indicación y técnica quirúrgica.

Tipo de cesárea	<i>f</i>	%
Antecedente obstétrico		
Primera cesárea	61	23.6
Cesárea anterior	130	50.2
Iterativa	68	26.3
Indicación médica		
Electiva	103	38.8
Urgencia	156	60.2
Técnica quirúrgica		
Tipo Beck	186	71.8
Tipo Kerr	73	28.2

Nota: *f* = Frecuencia, % = Porcentaje

n=259

Las mujeres del estudio refirieron recibir orientación preoperatoria en un 82.6%, el 45.6% (118) refirió que recibió la orientación del médico, anestesiólogo y enfermera, el porcentaje menor fue el 1.2% (3) el cual correspondió a quienes señalaron que la recibieron del médico y del anestesiólogo (tabla 3).

Tabla 3

Orientación preoperatoria proporcionada a las mujeres participantes

Orientación	<i>f</i>	%
Recibió orientación preoperatoria		
Sí	214	82.6
No	45	17.4
Personal de salud que proporcionó la orientación		
Médico	10	3.9
Enfermera	17	6.6
Anestesiólogo	6	2.3
Medico, Enfermera	60	23.2
Medico, Anestesiólogo	3	1.2
Medico, Anestesiólogo y Enfermera	118	45.6
Nadie la orientó	45	17.4

Nota: *f* = Frecuencia, % = Porcentaje

n=259

El dolor máximo en las primeras 24 horas que refirieron las mujeres obtuvo una media de 7 (*DE* 2.56) y el dolor al momento de la entrevista se ubicó en una media de 4.45 (*DE* 1.81) muy similar al dolor promedio el cual obtuvo una media de 4.87 (*DE* 1.61) (tabla 4).

Tabla 4

Nivel de dolor en las mujeres del estudio en las primeras 24 horas de puerperio quirúrgico

Intensidad del dolor	\bar{X}	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	Min.	Max	<i>D</i>	<i>p</i>
Dolor al momento de la entrevista	4.45	4.00	1.81	1	9	.143	.0
Dolor máximo experimentado en las primeras 24 horas	7.07	8.00	2.56	1	10	.182	.0
Nivel promedio usual de dolor en las primeras 24 horas	4.87	5.00	1.61	1	9	1.175	.0

n = 259

Nota: \bar{X} = Media, *Mdn* = Mediana, *DE* = Desviación Estándar, Min = Valor Mínimo, Max = Valor Máximo, *D* = Kolmogorov Smirnov, *p* = Valor de *p*

Al clasificar la intensidad del dolor predominó el dolor moderado, mientras que el dolor máximo presentado en las primeras 24 horas fue clasificado como severo, por un 61.4% de las mujeres, el dolor promedio fue clasificado como moderado con un 68% (tabla 5)

Tabla 5

Clasificación de la intensidad del dolor

Intensidad del dolor	Dolor al momento de la entrevista		Dolor máximo en las primeras 24 horas		Nivel promedio de dolor en las primeras 24 horas	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Dolor leve	86	33.2	32	12.4	42	16.0
Dolor moderado	133	51.4	68	26.2	175	68.0
Dolor severo	40	15.4	159	61.4	42	16.0

Nota: *f* = Frecuencia, % = Porcentaje

n=259

Las mujeres del estudio señalan que el dolor presentado tuvo una interferencia mayor en la actividad general ($\bar{X} = 3.77$, $DE = 1.82$) que en el humor o estado de ánimo o sueño (tabla 6).

Tabla 6

Interferencia del dolor en la actividad general, humor o estado de ánimo y sueño

Interferencia del dolor	\bar{X}	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	Min.	Max.	<i>D</i>	<i>p</i>
En la actividad general	3.77	4.00	1.82	1	9	.146	.0
El humor o estado de ánimo	2.17	2.00	1.45	1	8	.215	.0
En el sueño	1.80	1.00	1.66	1	8	.264	.0

n= 259

Nota: \bar{X} = Media, *Mdn* = Mediana, *DE* = Desviación Estándar, Min = Valor Mínimo, Max = Valor Máximo, *D* = Kolmogorov Smirnov, *p*= Valor de *p*

Según la clasificación de la intensidad del dolor, las mujeres con cesárea anterior 56.9%, cesárea electiva 54.3% y cesárea tipo Beck, tuvieron un dolor moderado (tabla 7).

Tabla 7

Intensidad del dolor

Tipo de cesárea	Leve		Moderado		Severo	
Según antecedentes obstétricos	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Primera	22	36.1	28	45.9	11	18
Anterior	40	30.8	74	56.9	16	12.3
Iterativa	24	35.3	31	45.6	13	19.1
Según indicación médica						
Electiva	35	34	55	53.4	13	12.6
Urgencia	51	32.7	78	50.0	27	17.3
Según técnica quirúrgica						
Beck	60	32.3	100	53.8	26	14.0
Kerr	26	35.6	33	45.2	14	19.2

Nota: *f* = Frecuencia, % = Porcentaje

n=259

La intensidad del dolor según las cirugías previas y las que recibieron orientación preoperatoria, fue clasificada por las mujeres del estudio como dolor moderado con 53.3% y 51.9% respectivamente. Es importante puntualizar que un 17% de las mujeres con cirugía previa refirió un dolor intenso, de forma similar lo reportan las mujeres que no recibieron orientación preoperatoria 17.8% (tabla 8).

Tabla 8
Intensidad del dolor según cirugías previas y orientación preoperatoria

Intensidad del dolor	Leve		Moderado		Severo	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Cirugías previas						
Si	63	29.7	113	53.3	36	17.0
No	23	48.9	20	42.6	4	8.5
Recibió orientación preoperatoria						
Si	71	33.2	111	51.9	32	15
No	15	33.3	22	48.9	8	17.8

Nota: *f* = Frecuencia, % = Porcentaje

n=259

La satisfacción global del manejo del dolor por parte del personal de salud, obtuvo una media de 8.9 (*DE* = 1.30), fue mayor la proporcionada por parte de enfermería que del médico (9.02% vs 8.87) (tabla 9).

Tabla 9

Satisfacción de la paciente con el manejo del dolor por parte del personal de salud

Satisfacción de la mujer	\bar{X}	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	Min.	Max	<i>D</i>	<i>p</i>
Con el manejo del dolor por parte del médico	8.87	9.00	1.56	0	10	.255	.00
Con el manejo del dolor por parte de la enfermera	9.02	9.00	1.27	0	10	.251	.00
Satisfacción global	8.90	9.00	1.30	2	10	.254	.00

n= 259

Nota: \bar{X} = Media, *Mdn* = Mediana, *DE* = Desviación Estándar, Min = Valor Mínimo, Max = Valor Máximo, *D* = Kolmogorov Smirnov, *p*= Valor de *p*

El tiempo de espera para recibir el analgésico cuando reportaron las mujeres tener dolor, tardó menos de 10 minutos en el 69.5%. El 18.9% indicaron que nunca solicitaron medicamentos para el dolor (tabla 10).

Tabla 10

Tiempo de espera para recibir el analgésico solicitado

Tiempo de respuesta al dolor	<i>f</i>	%
Nunca solicité medicamentos para el dolor	49	18.9
Menos de 10 minutos	180	69.5
11 a 20 minutos	24	9.3
21 a 30 minutos	4	1.5
31 a 60 minutos	8	0.2

Nota: *f* = Frecuencia, % = Porcentaje

n=259

La satisfacción con el manejo del dolor en las mujeres con cesárea iterativa obtuvo una media de 9.13 (*DE* = 1.23), ligeramente mayor que las que tenían cesárea anterior y su primera cesárea. La satisfacción según la indicación médica fue mayor en las que tuvieron una cesárea electiva la media fue de 9.16 (*DE*=1.30). La satisfacción según técnica quirúrgica Beck y Kerr obtuvieron una media muy similar (8.94 y 8.95) respectivamente (tabla 11).

Tabla 11

Satisfacción con el manejo del dolor de acuerdo al tipo de cesárea

Satisfacción con el manejo del dolor	\bar{X}	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>
Antecedentes obstétricos			
Primera cesárea	8.90	9.00	1.34
Anterior	8.86	9.00	1.33
Iterativa	9.13	9.50	1.23
Según indicación de la cesárea			
Electiva	9.16	9.00	1.03
Urgencia	8.83	9.00	1.45
Según técnica quirúrgica			
Beck	8.94	9.00	1.30
Kerr	8.95	9.00	1.34

Nota: \bar{X} = Media, *Mdn* = Mediana, *DE* = Desviación Estándar

n = 259

Estadística Inferencial

Al determinar la relación entre la satisfacción con el manejo del dolor por el personal de salud con la presencia de dolor durante la entrevista, dolor máximo en las 24 horas y dolor promedio no se encontró una asociación; sin embargo, si se encontró relación negativa entre la satisfacción con el manejo del dolor por la enfermera, con el tiempo de espera ($r_s = -.19, p=.01$) y una relación positiva con el número de cesáreas ($r_s = .12, p=.04$) que significa que a mayor tiempo de espera menor satisfacción, y a mayor número de cesáreas mayor satisfacción. La satisfacción con el manejo del dolor por el médico solo se asoció en forma negativa con el tiempo de espera ($r_s = -.13, p=.03$), que significa, que a menor tiempo de espera, mayor satisfacción.

Otro hallazgo que se encontró fue que las mujeres que estaban más satisfechas con el manejo del dolor, fueron las que recibieron orientación preoperatoria respecto a las que no las recibieron ($p=.0$) (tabla 12).

Tabla 12

Diferencia entre la satisfacción con el manejo del dolor según la orientación preoperatoria

Orientación preoperatoria	\bar{X}	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>U</i>	<i>p</i>
Si	9.00	9	1.46	3605	.00
No	8.27	9	1.88		

n = 259

Nota: \bar{X} = Media, *Mdn* = Mediana, *DE* = Desviación Estándar, *U* = U de Mann Witney, *p* = Valor de *p*

El dolor máximo en 24 horas se asoció de manera positiva con tiempo de espera ($r_s = .17, p=.0$) lo que significa que a mayor tiempo de espera, mayor dolor percibido en

24 horas el dolor promedio se asoció con el número de embarazos ($r_s=.12$, $p=.04$), que significa que a mayor número de embarazos, mayor dolor promedio.

Otro resultado que se encontró fue que las mujeres que reportaron el dolor máximo en 24 horas fueron las que no recibieron orientación preoperatoria contra las que la recibieron (7.87 vs 6.90, $p = .01$), así mismo reportan que el dolor, tuvo mayor interferencia en las actividades generales, en aquellas mujeres que no recibieron orientación preoperatoria, que las que lo recibieron (4.38 vs 3.64, $p = .00$) (tabla 13).

Tabla 13

Diferencia del máximo dolor en las 24 horas e interferencia en la actividad general según la orientación preoperatoria

Intensidad de dolor	Recibió orientación preoperatoria	\bar{X}	Mdn	DE	U	p
Dolor máximo en las primeras 24 horas	Sí	6.90	8	2.55	3676	.01
	No	7.87	8	2.45		
Interferencia en actividad general	Sí	3.64	3	1.86	3541	.00
	No	4.38	4	1.51		

$n= 259$

Nota: \bar{X} = Media, Mdn = Mediana, DE = Desviación Estándar, U = U de Mann Witney, p = Valor de p

Otro hallazgo que se encontró fue las mujeres que se les realizó la cesárea de urgencia presentaron mayor intensidad del dolor las primeras 24 horas, el dolor promedio y la interferencia entre la actividad general (tabla 14).

Tabla 14

Diferencia del dolor máximo en las primeras 24 horas y dolor promedio según tipo de cesárea

Intensidad de dolor	Tipo de cesárea	\bar{X}	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>U</i>	<i>p</i>
Dolor máximo en las primeras 24 horas	Electiva	6.34	7	2.47	5618	.00
	Urgencia	7.55	8	2.51		
Dolor promedio	Electiva	4.59	5	1.49	6601	.01
	Urgencia	5.06	5	1.67		
Interferencia en la actividad general	Electiva	3.47	3	1.72	6603	.01
	Urgencia	3.97	4	1.87		

n = 259

Nota: \bar{X} = Media, *Mdn* = Mediana, *DE* = Desviación Estándar, *U* = U de Mann Witney, *p* = Valor de *p*

Capítulo IV

Discusión

El manejo oportuno y adecuado del dolor está considerado como un indicador de calidad en las instituciones de salud; sin embargo, los resultados mostrados en este estudio, señalan que todas las pacientes presentaron dolor y que la mayoría tenía un nivel entre moderado a intenso en las primeras 24 horas en el postoperatorio. Esto demuestra que las instituciones no están respondiendo ante este criterio de calidad, por lo que es necesario que cuenten con un protocolo para el manejo del dolor. Este resultado coincide con lo referido por Bader (2009) quien señala que el manejo del dolor suele tratarse de manera insuficiente.

Es importante señalar que la totalidad de las mujeres presentó dolor a diferencia de lo señalado por Moreno et al. (2012) y Valentín et al. (2006) debido a que en el primero casi un 10% de las pacientes no refirieron dolor y en el segundo el 18% de los sujetos del estudio tampoco refirieron dolor. Esto puede explicarse, por las características de la población, ya que en este estudio, estuvo conformada por mujeres y en los estudios de los otros autores estuvo conformada por ambos sexos y fueron las mujeres que presentaron mayor intensidad al dolor, respecto a los hombres.

Por otra parte el nivel del dolor, que predominó fue el moderado, seguido del severo, datos similares son los referidos por Moreno et al. (2012). La presencia del dolor moderado se avala con la interferencia que refiere la mujer con su actividad general.

Al respecto, Covarrubias et al. (2006) señalan que el dolor en la mujer en el puerperio quirúrgico, es el resultado de una experiencia única y multifactorial la cual puede ser influenciada por la ansiedad, experiencias previas, aspectos étnicos culturales y el medio ambiente, así como la salud del recién nacido. Por esta razón pudiera explicarse el alto nivel de dolor; sin embargo, hay pocos estudios en mujeres durante el puerperio quirúrgico que apoyen esta afirmación. Otro aspecto importante que puede

explicar el dolor en este grupo de pacientes, son los entuertos que se presentan en la mayoría de las púerperas, estos son contracciones posteriores a la expulsión de la placenta y se presentan los primeros días del puerperio, en mujeres del segundo hijo en adelante y en esta población la mayoría era el segundo hijo.

Otro Hallazgo de este estudio es que la satisfacción con el manejo del dolor fue alta ($M= 8.9$, $DE = 1.3$), este dato difiere con García et al. (2009) al señalar que se obtuvo una media de 6.2 ($DE = 3.2$). Esto puede deberse a la cultura de la población, debido a que en dicho estudio fue en población brasileña, probablemente en este país tengan una cultura de mayor exigencia de la calidad de los servicios que la población de nuestro país. Por su parte Unyén y Huaracaya (2010) en Perú, muestran resultados de satisfacción altos, similares a este estudio, quizás esto se debe a que las culturas son similares.

Respecto al objetivo de determinar la asociación entre la intensidad del dolor y la satisfacción del manejo del dolor por el personal de salud, no se encontró asociación, datos similares fueron obtenidos por Valentín (2006), sin embargo, difiere de lo señalado por Moreno et al. (2012), quienes encontraron asociación entre la satisfacción con el dolor y la intensidad del dolor. Una explicación pudiera ser que en este estudio fueron postoperadas de cesárea, en la cual se tiene como resultado, un hijo y la felicidad de tenerlo, puede afectar la percepción de la satisfacción de la mujer, y por tal motivo calificar alto el manejo del dolor.

Las mujeres que recibieron orientación preoperatoria presentaron mayor satisfacción del manejo del dolor por el personal de salud, que las mujeres que no tuvieron orientación, este dato coincide con lo reportado por García (2004). Cuando se informa a las pacientes lo que va a suceder posterior a un evento quirúrgico puede influir en las expectativas de las personas, en este caso, al orientar a las mujeres que van a presentar dolor y cuál será su manejo, las ayuda a solicitar su medicación para el alivio del dolor en forma oportuna.

Las mujeres que tuvieron mayor número de cesáreas, manifestaron mayor satisfacción, esto puede atribuirse a que tienen un parámetro por la atención recibida en las anteriores cesáreas. Sin embargo, estos datos no concuerdan con los hallazgos de García (2004). Lo anterior puede explicarse por la diversidad de culturas en ambas poblaciones.

Otro factor que interviene en la satisfacción con el dolor fue el tiempo de espera, se encontró que en las mujeres que tenían menos tiempo de espera su satisfacción fue mayor. Estos datos son similares a los resultados del estudio de Gallego (2004). Es de suponerse que cuando el personal de salud atiende la necesidad de dolor de la paciente, de manera oportuna, la satisfacción será mejor. Este dato debe ser considerado en los protocolos del manejo del dolor.

En este estudio el tipo de cesárea contribuyó a la presencia de dolor, las mujeres a quienes se les realizó cesárea de urgencia, presentaron mayor intensidad de dolor promedio, dolor máximo en las primeras 24 horas y mayor interferencia en la actividad general que las mujeres que tuvieron cesárea electiva. Estos datos confirman lo señalado por Mackeen et al. (2012), al señalar que cuando una cesárea es planeada, el dolor disminuye, a diferencia de cuando es urgente, donde el procedimiento es realizado con premura y puede ocurrir mayor trauma de tejidos y al pasar el efecto de la anestesia, genera que el dolor sea más intenso.

La técnica quirúrgica fue otro factor que contribuyó a la presencia de dolor, en este estudio las pacientes fueron intervenidas mediante la técnica Kerr o Beck; sin embargo, existen otras técnicas que pudieran favorecer a las pacientes y evitarles menos dolor y molestias en el postoperatorio como lo mencionan Tamayo et al. (2008) en donde utilizaron la técnica Misgav-Ladach en donde se omitieron las suturas del peritoneo visceral y parietal y los resultados encontrados fueron que disminuyó el tiempo operatorio, sangrado transoperatorio y material de sutura y el dolor postoperatorio fue menos intenso.

Los administradores del cuidado de la salud, en su plan de mejora, tienen la oportunidad de proponer una solución en la problemática de las mujeres en el puerperio quirúrgico que presentan dolor. Una de las estrategias es que se debe contar con un protocolo sobre el manejo del dolor postoperatorio en la que incluya la orientación preoperatoria y detectar las mujeres con cesárea de urgencia con un mayor número de cesáreas para que reciban con oportunidad un adecuado manejo del dolor de tal manera que la satisfacción de la mujer sea mayor y así mejorar la calidad de la atención.

Conclusiones

El total de las mujeres del estudio presentaron dolor y el máximo en las primeras 24 horas durante el puerperio quirúrgico fue clasificado como severo, y el dolor promedio fue moderado, lo que implica que no se está cumpliendo con el adecuado manejo del dolor como indicador de calidad. Las mujeres con mayor número de cesáreas, y que ésta fuera de urgencia, presentaron mayor dolor que las mujeres con cesárea electiva. La orientación preoperatoria disminuye el dolor postoperatorio y mejora la satisfacción con el manejo del dolor. La intensidad del dolor no se asoció con la satisfacción con el manejo del dolor. Las mujeres con cesáreas anteriores y que reportan que el personal de salud tardó menos de 10 minutos en atender su necesidad de dolor, refieren mayor satisfacción con el manejo del mismo. Estos datos deben ser considerados para mejorar el protocolo del manejo del dolor en la institución de salud.

Recomendaciones

Se sugiere que se realice una réplica del estudio en poblaciones similares y en instituciones privadas, debido a que hay pocos estudios en mujeres puérperas.

Realizar estudios donde se incluyan otros factores como la técnica quirúrgica más detallada, el manejo farmacológico, y no farmacológico, y la preparación académica

del personal sobre el manejo del dolor, los cuales pueden repercutir en la satisfacción y en la intensidad del dolor.

Referencias

- Bader, P, Echtele, D, Fonteyne, V, Livadas, K, De Meerleer, G, Paez, A, et al. (2009).
 Guía clínica sobre el tratamiento del dolor. 1250-1261.
- Burns, N. & Grove, S. K. (2004). *Investigación en Enfermería*. Madrid: Elsevier.
- Cancado, T. O., Omais, M., Ashmawi, H. A., & Torres, M. L. (2012). Dolor Crónico
 Poscesaria. Influencia de la Técnica Anestésico-Quirúrgica y de la Analgesia
 Postoperatoria. *Revista Brasileña de Anestesiología*, 62 (6), 1-7.
- Consejo de Salubridad General (2012). Manual del Proceso para la Certificación de
 Hospitales. 1-44. Recuperado de [certificacion/.../Hospitales/ManualProceso_.../Hospitales/ManualProceso_Ho..](#)
- Covarrubias, G, Silva, J, Nuche, C, & Téllez, I.(2006). El manejo del dolor
 postoperatorio en obstetricia: ¿Es seguro? *Revista Mexicana de Anestesiología*,
 29 (4), 231-239.
- Fonseca, E.E. (2007). Factores asociados con la intensidad del dolor en el paciente
 posoperatorio hospitalizado (Tesis de Maestría inédita). Facultad de Enfermería,
 UANL, Monterrey Nuevo León.
- Gallego, J. I., Rodríguez De la Torre, M. R., Vazquez, G. J, & Gil, M. (2004).
 Estimación de la prevalencia e intensidad del dolor postoperatorio y su relación
 con la satisfacción de los pacientes. (2004). *Revista Sociedad Española de Dolor*,
 11, (4), 197-202.
- García, I. (2004). Calidad percibida por las mujeres intervenidas de cesárea ante el
 manejo del dolor postoperatorio en cirugía obstétrica. *Revista Nure
 Investigación*, 8, 1-8.
- García, J.A., & Medina, S.G. (2009). Factores Asociados a la Satisfacción Materna con
 la Experiencia del Nacimiento de su Hijo. *Boletín Clínico Hospital Infantil*, 26,
 (1), 23-27.

- García C. A., Rodríguez L. B. C., & Barco T. B. (2012). Puerperal women's satisfaction with their delivery. *Investigación y Educación en Enfermería*, 30, (2), 208-215.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía e Informática. (2010). Recuperado de www.inegi.org.mx
- Leal, M. E., Mendoza, M. D., Hernández, N. E., Avila, H., Frías, B. & Gracia, G. N. (2009). Satisfacción del control y alivio del dolor en usuarios postoperados hospitalizados. *Revista Enfermería Universitaria*, 6(4), 32-35.
- López, S. J. González, G., Machado, J. L., De León, M., & Alvarez D. (2005). Dolor postoperatorio agudo: el pan nuestro de cada día. *Archivo médico de Camagüey*, 9(2), 1-9.
- Mackeen ,A.D., Berghella, V., & Larsen M. L. (2012). *Techniques and materials for skin closure in caesarean section (Review)*. The Cochrane Collaboration. Published by John Wiley & Sons, Ltd. Doi: 10.1002/14651858.CD003577.pub 2.
- Márquez, M. C., Elías, S. M. & Suárez, F. J. (2010). Evaluación del dolor en el puerperio inmediato. *Revista Metas en Enfermería*, 13, (7), 10-14.
- McCaffery M., Pasero, C. (1999). *Pain: Clinical Manual*, St. Louis, Mosby, ed.2, 1999. Recuperado de, ojaxschoolofmassage.com/.../McCaffery_Initial_Pain...
- Moreno, M.G., Interrial, M.G., Garza, M. E., & Hernández, E. A. (2012). Intensidad y Manejo del dolor posoperatorio en pacientes hospitalizados. *Revista Cuidarte de Investigación Programa de Enfermería UDES*, 3(3), 355-362.
- Secretaría de Salud. (1987). Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. México. Recuperado de: www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.html

- Tamayo, G. J., Sereno, C. J., & Huape, A. M. (2008). Comparación entre cesárea Misgav-Ladach y cesárea tradicional. *Ginecología y Obstetricia de México*, 76, (2), 75-80.
- Unyén, L. M. & Huarcaya, E. (2010). *Satisfacción ante el manejo del dolor postoperatorio en el hospital II Suárez Angamos*. (manuscrito inédito) Facultad de Medicina Humana. Universidad Mayor de San Marcos Lima Perú, recuperado en <http://e-bookbrowse.com/bookbrowse.com/pi/pinedo-5?>.
- Valentín L. García C. J., Muñoz R. J. M., Aparicio, P., Díez S. J., & Criado J. A. (2006). Atención del dolor postoperatorio en un hospital de tercer nivel: situación inicial previa a la implantación de un programa de caidad. *Revista Española. Anestesiología Reanimación*, 53. 408-418.
- Zavala, M. R., & González, F. (2008). Conocimiento y manejo del dolor en alumnos de enfermería. *Revista Aquichan*, 8 (2), 212-226.

Apéndices

Apéndice A

Cédula de Datos del Paciente

Número de cuestionario: _____

Edad _____ años

Ocupación _____ Estado Civil _____

Escolaridad _____ años

Número de embarazos _____

Número de cesáreas previas _____

Cesárea Electiva _____ Cesárea de Urgencia _____

Tipo de cesárea Beck _____ Kerr _____

Recibió orientación preoperatoria

Sí

No

Si la respuesta es afirmativa, quien le proporcionó la orientación

Médico Cirujano

Anestesiólogo

Enfermera

Otro

Recibió analgesia preoperatoria o algún tranquilizante:

Sí

No

Tiene cirugías previas:

Sí

No

Apéndice B

Cuestionario de Intensidad del Dolor en el Paciente

Número de cuestionario: _____

1. ¿Ha experimentado algún dolor en las últimas 24 horas?

2.

Si _____ No _____

3. En esta escala, ¿Cuánto dolor está sintiendo en este momento?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Ningún Dolor

Máximo Dolor Posible

4. En esta escala, favor de marcar el máximo dolor posible que ha experimentado en las últimas 24 horas.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Ningún Dolor

Máximo Dolor Posible

5. En esta escala, favor de marcar el nivel promedio (usual) de dolor posible que ha experimentado en las últimas 24 horas.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Ningún Dolor

Máximo Dolor Posible

6. Circule el número que describe como, durante las últimas 24 horas, el dolor ha interferido con su:

A. Actividad general

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

No Interfiere

Interfiere Completamente

B. Humor o estado de ánimo

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

No Interfiere

Interfiere Completamente

C. Sueño

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

No Interfiere

Interfiere Completamente

7. En las primeras horas posoperatorias de su cuidado ¿Le aclaró un médico o una enfermera que el tratamiento del dolor es muy importante y que debe estar segura de comentarles cuando sienta dolor?

Si _____ No _____

8. Circule el número que describa que tan satisfecha o insatisfecha está en la manera en que las enfermeras respondieron a sus reportes de dolor.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

A) Insatisfecha

C) Muy satisfecha

B)

- 8.- Seleccione la frase que indica que tan satisfecha o insatisfecha está en la manera en que los médicos respondieron a sus reportes de dolor

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

A) Insatisfecha

C) Muy satisfecha

B)

- 9.- Cuando solicitó medicamentos para el dolor, ¿Cuál fue la duración de tiempo que tuvo que esperar para recibirlo?

A) < De 10 minutos

B) 11-20 minutos

C) 21-30 minutos

D) 31-60 minutos

E) > 61 minutos

F) Nunca solicitó medicamentos para el dolor

Apéndice C

Carta de Autorización de la Institución Participante



Dirección de Prestaciones Médicas
Unidad de Educación, Investigación y Políticas de Salud
Coordinación de Investigación en Salud



"2013, Año de la Lealtad Institucional y Centenario del Ejército Mexicano"

Dictamen de Autorizado

Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud 1912
H GRAL ZONA -MF- NUM 6, NUEVO LEÓN

FECHA 23/09/2013

LIC. MARÍA ELENA CALDERON DIMAS

P R E S E N T E

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título:

Satisfacción con el manejo del dolor durante el puerperio quirúrgico

que usted sometió a consideración de este Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A U T O R I Z A D O**, con el número de registro institucional:

Núm. de Registro
R-2013-1912-55

ATENTAMENTE

DR. (A). ALEJANDRO LÓPEZ VILLARREAL

Presidente del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 1912

IMSS

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

Handwritten signature

Apéndice D

Carta de Consentimiento Informado

Satisfacción con el Manejo del Dolor durante el Puerperio Quirúrgico

Introducción y Propósito

Se me ha invitado a participar en una investigación que tiene el propósito de determinar la asociación entre la satisfacción con el manejo del dolor postoperatorio, con intensidad del dolor, orientación preoperatoria, tiempo de respuesta del personal de salud y factores obstétricos como son el número de embarazos, número de cesáreas, tipo de intervención y técnica quirúrgica. Los datos que proporcione serán utilizados con fines científicos. El presente proyecto es un requisito para la Maestría en Ciencias de Enfermería que está cursando la Lic. María Elena Calderón Dimas.

Procedimiento

Se me informó que fui seleccionada de la lista de pacientes de puerperio quirúrgico y que participarán en este estudio aproximadamente 259 mujeres que hayan sido operadas de cesárea, mi participación consiste en contestar un cuestionario para lo cual se requiere un tiempo de 8 minutos.

Riesgos

Se me ha explicado que no existen riesgos por participar en el presente estudio.

Beneficios

Se me notificó que con los resultados obtenidos se podrán proponer estrategias para mejorar el manejo del dolor en el puerperio quirúrgico; así mismo, se me informó

que no recibiré pago alguno por mi participación, sin embargo ayudaré a conocer la satisfacción con el manejo del dolor en el puerperio quirúrgico por parte del personal de enfermería.

Tratamiento

Mi participación en el siguiente estudio no incluye ningún tratamiento médico.

Participación Voluntaria/Abandono

Mi participación en el presente estudio es voluntaria y de libre decisión y además se me comunicó que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento si lo considero sin que esto afecte mi condición como derechohabiente de la institución de seguridad social en la que tengo servicios médicos.

Preguntas

Si tengo alguna pregunta o comentario respecto a la presente investigación puedo comunicarme al Comité de Ética de la Facultad de Enfermería, Universidad Autónoma de Nuevo León 83481847 extensión 111.

Confidencialidad

El manejo de la información será realizado de forma anónima por lo que no seré identificado.

**CONSENTIMIENTO PARA PARTICIPAR EN EL ESTUDIO DE
INVESTIGACIÓN:**

La Lic. María Elena Calderón Dimas, me ha explicado y dado a conocer en qué consiste el estudio, incluyendo los posibles riesgos y beneficios de mi participación así como de que puedo optar libremente de dejar de participar en cualquier momento que lo desee.

Firma del participante

Fecha

Firma y Nombre del investigador

Fecha

Firma y nombre del Primer Testigo

Fecha

Firma y nombre del Segundo Testigo

RESUMEN AUTOBIOGRÁFICO

María Elena Calderón Dimas

Candidato para obtener el Grado de Maestría en Ciencias de Enfermería

Tesis: SATISFACCIÓN CON EL MANEJO DEL DOLOR DURANTE EL
PUERPERIO QUIRÚRGICO

LGAC: Gestión de Calidad en Salud

Biografía: Nacida en Monterrey Nuevo León, el 11 de Abril de 1968, hija de José Dolores Calderón Díaz y Porfiria Dimas Marcial.

Educación: Egresada de la Preparatoria Técnica Médica de la UANL en 1986, Egresada de la Escuela de Enfermería del IMSS con Título de Licenciatura en Enfermería en el 2004 por la UANL, Curso Postécnico de Enfermería Pediátrica del IMSS en el 2007, Curso Postécnico de Administración y Docencia del CEDEI en el 2008, Diplomado de Profesionalización Docente en el IMSS en el 2012.

Experiencia Profesional: Auxiliar de Enfermera General en el Hospital San José de Monterrey de 1986 a 1990, Auxiliar de Enfermera General en el Hospital de Gineco Obstetricia del IMSS de 1991 a 2005, Enfermera General en la UMAE N° 23 del IMSS del 2005 A 2007, Enfermera Especialista en Pediatría en la UMAE N° 23 del IMSS del 2008 a 2012, Coordinadora de Semestre en la Escuela de Enfermería del IMSS del 2012 a la fecha.

Como docente he participado como: Profesora de tiempo parcial de las materias Enfermería Avanzada, Salud Materno Infantil y Cuidado Propedéutico de Enfermería en la Preparatoria Técnica Médica de la UANL en el 2005, profesora de tiempo parcial de las materias Desarrollo Humano, Cuidado de Enfermería en el Paciente Pediátrico y Enfermedades Prevalcientes del 2010 al 2012, en la Escuela de Enfermería del IMSS y como profesora de tiempo parcial de las materias Historia de la Enfermería y Liderazgo y Administración en la Escuela del Hospital San Vicente de Monterrey del 2010 al 2012, como coordinadora de semestre las materias Cuidado de Enfermería en la Mujer y Proceso Reproductivo, Cuidado de Propedéutico de Enfermería en Área de Hospital y Cuidado de Enfermería para la Promoción y Prevención de la Salud del 2012 al 2013.

E-mail: lic.mariaelena68@hotmail.com
maria.calderond@imss.gob.mx