

UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN

ESCUELA DE POSGRADO

Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud



**Intensidad, manejo del dolor postoperatorio y satisfacción del paciente en un
hospital público en Tocache, 2026**

Trabajo Académico

Presentado para obtener el Título de Segunda Especialidad profesional de enfermería: Cuidados
Quirúrgicos

Autor:

Jheny Rengifo Jesus

Consuelo de Jesus Fasabi Rojas

Asesor:

Mg. Juan Roberto Munayco Mendieta

Lima, 7 de agosto del 2026

DECLARACIÓN JURADA DE ORIGINALIDAD DEL TRABAJO

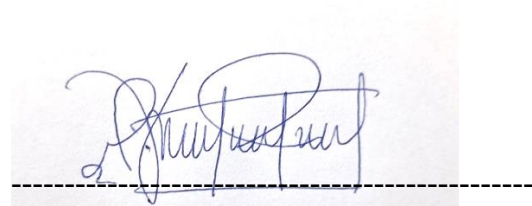
ACADÉMICO

Yo, Juan Roberto Munayco Mendieta, docente de la Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud, Escuela de Posgrado de la Universidad Peruana Unión.

DECLARO:

Que la presente investigación titulada: **“INTENSIDAD, MANEJO DEL DOLOR POSTOPERATORIO Y SATISFACCIÓN DEL PACIENTE EN UN HOSPITAL PÚBLICO EN TOCACHE, 2026”** de las autoras Jheny Rengifo Jesus y Consuelo de Jesus Fasabi Rojas tiene un índice de similitud de 18% verificable en el informe del programa Turnitin, y fue realizada en la Universidad Peruana Unión bajo mi dirección.

En tal sentido asumo la responsabilidad que corresponde ante cualquier falsedad u omisión de los documentos como de la información aportada, firmo la presente declaración en la ciudad de Lima, a los 7 días del mes de agosto del año 2026.



Mg. Juan Roberto Munayco Mendieta

**Intensidad, manejo del dolor postoperatorio y satisfacción del
paciente en un hospital público en Tocache, 2026**

Trabajo Académico

Presentado para obtener el Título de Segunda Especialidad profesional
de enfermería: Cuidados Quirúrgicos



Mg. Yanela Karoly Ricalde Castillo

Dictaminador

Lima, 7 de agosto del 2026

Tabla de Contenido

Resumen.....	1
Planteamiento del Problema	2
Formulación del Problema	6
Objetivos de la Investigación.....	6
Justificación	7
Desarrollo de las Perspectivas Teóricas.....	9
Antecedentes de la Investigación.....	9
Marco Conceptual.....	15
Bases Teóricas	28
Definición de Términos	30
Metodología	32
Descripción del Lugar de Ejecución	32
Población y Muestra	32
Tipo y Diseño de Investigación	33
Técnica e Instrumentos de Recolección de Datos.....	38
Proceso de Recolección de Datos	40
Procesamiento y Análisis de Datos.....	41
Consideraciones Éticas	41
Administración del Proyecto de Investigación	44
Referencias Bibliográficas	46
Apéndices.....	52

Resumen

La presente investigación tuvo como propósito determinar la relación entre la intensidad y el manejo del dolor postoperatorio con la satisfacción del paciente hospitalizado en el servicio de cirugía del Hospital Tocache durante el año 2026. El estudio se desarrolló bajo un enfoque cuantitativo, de diseño no experimental, descriptivo - correlacional y de corte transversal. La población estuvo conformada por 340 pacientes, seleccionándose una muestra de 181 participantes mediante muestreo probabilístico. Para la recolección de datos se empleó la técnica de encuesta y como instrumento un cuestionario estructurado. Asimismo, se planteó como hipótesis la existencia de una relación significativa entre la intensidad del dolor postoperatorio, el manejo del dolor y la satisfacción del paciente. Los resultados permitirán identificar cómo el manejo adecuado del dolor influye en la satisfacción del paciente hospitalizado, contribuyendo a mejorar la calidad de atención y el cuidado brindado en el servicio de cirugía.

Palabras clave: Dolor postoperatorio, manejo del dolor, satisfacción del paciente, hospitalización, cirugía.

Planteamiento del Problema

Identificación del Problema

El dolor después de una cirugía se reconoce como un tema significativo debido a sus efectos en el aumento de la morbilidad, la mortalidad y la prolongación de la estancia hospitalaria. La American Society of Anesthesiologists (ASA) define el dolor postoperatorio como la sensación experimentada por el paciente como resultado de la enfermedad, el procedimiento quirúrgico y sus posibles complicaciones, o una combinación de estos factores (Vargas et al., 2020). El dolor experimentado después de una cirugía puede generar en los pacientes un temor a mover la parte del cuerpo intervenida. Este miedo puede llevar a la quinesofobia, la cual está relacionada con la persistencia, intensidad y naturaleza del dolor (Arcentales et al., 2021).

Es fundamental el manejo del dolor después de una operación, siendo una parte integral de los cuidados de enfermería, ya que un tratamiento inadecuado puede obstaculizar la recuperación y la capacidad del paciente para llevar a cabo sus actividades. Además, el dolor experimentado por el paciente es una vivencia única y personal, lo que requiere que su manejo sea individualizado y constante (Ibitoye et al., 2020). Un control inadecuado del dolor no solo afecta la recuperación fisiológica, sino que también repercute negativamente en la satisfacción del paciente con la atención recibida, ya que esta se ve influenciada por la calidad del cuidado y el alivio efectivo del dolor.

En este sentido, la Organización Mundial de la Salud refiere que tanto el dolor como su atención oportuna y eficaz es un derecho independientemente de la causa que lo origina. Requiere de una adecuada valoración por el personal de salud, y su omisión resulta un acto no ético. Se debe establecer un adecuado manejo del dolor identificando las necesidades

sociológicas, psicológicas y fisiológicas para alcanzar el bienestar parcial o total del usuario durante el curso del proceso de recuperación (Organización Mundial de la Salud, 2020).

Así, alrededor de 313 millones de cirugías se llevan a cabo anualmente en todo el mundo. A nivel mundial, el dolor agudo postoperatorio es frecuente; casi el 20% de los pacientes experimentan dolor intenso durante las primeras 24 horas después de la cirugía, una cifra que se ha mantenido prácticamente sin cambios en los últimos 30 años (Small & Laycock, 2020). Este manejo deficiente tiene una estrecha relación con el nivel de satisfacción del paciente, ya que estudios muestran que muchos usuarios manifiestan descontento cuando sienten que el personal no alivia adecuadamente su dolor.

Por otra parte, el 28.8% de los pacientes en Etiopía expresaron descontento con el tratamiento del dolor postoperatorio, demostrando su insatisfacción con el enfoque farmacológico del dolor debido a la falta de evaluación de este (Belay et al., 2020). En Colombia, el 48% de los pacientes presentaron molestias posoperatorias, siendo el dolor una de las quejas principales (Solano et al., 2025). Diversos estudios han demostrado que el dolor postoperatorio continúa siendo una experiencia común en pacientes quirúrgicos. En un análisis reciente llevado a cabo en algunos hospitales, se identificó que casi la mitad de los pacientes presentaron niveles de dolor moderado a severo durante las primeras 24 horas posteriores a la cirugía, siendo más frecuentes en procedimientos como cirugía plástica, obstétrica y torácica (Colina et al., 2022). Asimismo, se ha documentado que un porcentaje considerable de pacientes, especialmente de origen chino, considera insuficiente el tratamiento recibido para el control del dolor. Esta percepción se atribuye a factores culturales, como la renuencia al uso de analgésicos y la escasa priorización del dolor en el enfoque clínico (Abebe et al., 2022).

Según la Sociedad Americana del Dolor (SAD), alrededor del 80% de los pacientes sometidos a cirugía experimentan dolor, y cerca del 75% pueden categorizar su dolor como moderado, severo o extremo. Las estadísticas indican que menos de la mitad de los pacientes operados consideran que han recibido un tratamiento adecuado, lo que influye directamente en su percepción de calidad y satisfacción con el servicio recibido (Chou et al., 2016).

En Latinoamérica, la incidencia de dolor después de una cirugía se sitúa en torno al 40.0% en niveles de moderado a severo. México, por ejemplo, presenta los índices más altos de dolor, entre el 63.9% y 94.7%, mientras que en Uruguay solo el 27.5% (Abella et al., 2021). En Colombia, el dolor agudo postoperatorio perjudica a más del 80% de los pacientes, y su control inadecuado daña de manera negativa la calidad de vida y la percepción de una atención satisfactoria, generando mayores complicaciones y aumentando el riesgo de dolor crónico (Olarte, 2021). De igual forma, en Ecuador, el 33% de los pacientes mencionaron no estar satisfechos con el control del dolor, señalando como causas principales la falta de información y la demora en recibir atención (Iturralde, 2020).

En Perú, el MINSA indica que el 45% de los hospitalizados se somete a cirugía. Si se consideran las 24 horas de máximo dolor posoperatorio, esto se traduce en más de 3 millones de horas de dolor al año, lo que representa un problema de salud pública urgente (Ministerio de Salud, 2022).

En instituciones como el Hospital Nacional Cayetano Heredia se han documentado limitaciones en la implementación de protocolos estructurados para el manejo del dolor postoperatorio. Esta deficiencia puede derivar en una atención inconsistente, caracterizada por la subvaloración del dolor, una dependencia excesiva de analgésicos sin un enfoque multidimensional, y una escasa valoración del paciente como parte activa en su tratamiento.

Tales falencias repercuten en la satisfacción del usuario, quien percibe una atención poco empática y despersonalizada (Hospital Nacional Cayetano Heredia, 2022; Ramírez & Urure, 2024).

Aunque la cirugía laparoscópica se considera mínimamente invasiva, se ha observado que el manejo del dolor postoperatorio en estos procedimientos no siempre recibe la atención adecuada. Esta percepción errónea puede llevar a una atención insuficiente del dolor, lo que expone a los pacientes a complicaciones y genera insatisfacción debido a una atención percibida como incompleta o despersonalizada (Mohamed et al., 2021).

El dolor postoperatorio representa un desafío significativo para el sistema de salud y la satisfacción del paciente, y se asocia con la aparición de dolor crónico y una recuperación prolongada. Las causas de un manejo deficiente incluyen una valoración inadecuada, terapia farmacológica inapropiada, escasa educación al paciente, pobre documentación y ausencia de protocolos. Cuando el dolor se trata adecuadamente, se contribuye al bienestar físico y emocional del paciente, mejora su recuperación y acorta la estancia hospitalaria, lo cual influye directamente en su satisfacción y percepción de calidad en la atención (Small & Laycock, 2020).

El enfoque del cuidado del dolor postoperatorio en enfermería se ha fortalecido mediante teorías contemporáneas que promueven una atención centrada en el paciente, priorizando su experiencia y bienestar. Estudios recientes destacan que una intervención integral desde enfermería puede reducir la intensidad del dolor, favorecer la recuperación física y aumentar significativamente la satisfacción del paciente al sentirse comprendido y aliviado (Wang & Zhang, 2024). En este contexto, la colaboración entre equipos interdisciplinarios y el uso de protocolos estandarizados son fundamentales para garantizar una atención efectiva y humanizada (Pérez, 2023).

En el contexto del Hospital Tocache, no se han identificado estudios previos que analicen de manera específica la relación entre la intensidad y el manejo del dolor postoperatorio con la satisfacción del paciente hospitalizado en el servicio de cirugía. Esta ausencia de evidencia limita la comprensión de cómo el control del dolor influye en la percepción del cuidado y en la calidad del servicio brindado, lo cual justifica la necesidad de desarrollar la presente investigación.

Formulación del Problema

Problema General

¿Cuál es la relación entre la intensidad, el manejo del dolor postoperatorio y la satisfacción del paciente en un hospital público en Tocache, 2026?

Problemas Específicos

¿Cuál es la relación entre la intensidad del dolor postoperatorio y la satisfacción del paciente en un hospital público en Tocache, 2026?

¿Cuál es la relación entre el manejo del dolor postoperatorio y la satisfacción del paciente en un hospital público en Tocache, 2026?

¿Cuál es la relación entre la intensidad del dolor postoperatorio y el manejo del dolor postoperatorio en pacientes de un hospital público en Tocache, 2026?

Objetivos de la Investigación

Objetivo General

Determinar la relación entre la intensidad, el manejo del dolor postoperatorio y la satisfacción del paciente en un hospital público en Tocache, 2026.

Objetivos Específicos

Determinar la relación entre la intensidad del dolor postoperatorio y la satisfacción del paciente en un hospital público en Tocache, 2026.

Determinar la relación entre el manejo del dolor postoperatorio y la satisfacción del paciente en un hospital público en Tocache, 2026.

Determinar la relación entre la intensidad del dolor postoperatorio y el manejo del dolor postoperatorio en pacientes de un hospital público en Tocache, 2026.

Justificación

Justificación Teórica

A nivel teórico, esta investigación se sustenta en la Teoría del Confort de Kolcaba (2001) la cual plantea que el confort es una experiencia inmediata del fortalecimiento que resulta de la satisfacción de necesidades humanas en contextos de alivio, tranquilidad y trascendencia. Desde esta perspectiva, el manejo del dolor postoperatorio no solo se orienta al control farmacológico del síntoma, sino también a la percepción de bienestar y satisfacción del paciente con la atención recibida. El personal de enfermería cumple un rol clave al aplicar intervenciones que promueven el confort en sus distintas dimensiones: físico, psicoespiritual, sociocultural y ambiental, lo cual influye directamente en la experiencia hospitalaria del paciente.

Justificación Metodológica

Desde el enfoque metodológico, se hará uso de instrumentos confiables y validados por expertos, respaldados por pruebas estadísticas que garantizan una medición efectiva y objetiva de ambas variables: la intensidad y manejo del dolor postoperatorio, y la satisfacción del paciente hospitalizado. Esta estrategia metodológica permitirá recabar datos precisos para establecer

asociaciones y comprender cómo una adecuada gestión del dolor podría influir en el nivel de satisfacción del paciente durante su estancia hospitalaria.

Justificación Práctica y Social

A nivel práctico, los resultados obtenidos permitirán que las enfermeras y demás profesionales involucrados en el cuidado postoperatorio adopten medidas orientadas a mejorar no solo su conocimiento y eficacia en el tratamiento del dolor, sino también su impacto en la satisfacción del paciente con la atención recibida. Esto contribuirá a reforzar las acciones de seguimiento, monitoreo y atención integral que realiza el personal de salud, promoviendo prácticas clínicas centradas en el bienestar físico y emocional del paciente.

A nivel social, la investigación representa una herramienta clave para generar conocimiento actualizado sobre el manejo del dolor y su relación con la percepción del cuidado por parte de los usuarios del sistema de salud. Asimismo, servirá como base para diseñar planes de mejora enfocados en humanizar la atención, optimizar la calidad del servicio postoperatorio y garantizar la satisfacción de los pacientes hospitalizados.

Línea de Investigación

La línea de investigación que abarca esta investigación corresponde a la denominada “Gestión del cuidado enfermero e innovación tecnológica para el cuidado/disciplina de enfermería”, brindada por la Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud de la Universidad Peruana Unión. Este estudio se orienta a fortalecer el abordaje integral del cuidado enfermero, incluyendo tanto los aspectos clínicos del manejo del dolor como los elementos subjetivos de la experiencia del paciente, tales como su satisfacción con la atención recibida.

Desarrollo de las Perspectivas Teóricas

Antecedentes de la Investigación

Antecedentes Internacionales

Centeno et al., (2024) en su investigación realizada en Mexico tuvieron como objetivo: Determinar el grado de dolor experimentado a las 4 horas y 24 horas posteriores a la cirugía, así como su relación con la duración de la intervención quirúrgica y el tratamiento farmacológico en pacientes adultos hospitalizados en el estado de Tamaulipas, México. Metodología: Se llevó a cabo un estudio descriptivo y transversal con 60 pacientes de la especialidad de cirugía general, utilizando un muestreo no probabilístico por conveniencia. Se recopilaron datos sociodemográficos, variables clínicas y se evaluó la intensidad del dolor mediante la escala visual análoga (EVA). Resultados: En las primeras 4 horas después de la cirugía, el 45% de los pacientes no reportaron dolor, mientras que el 13.3% experimentó un dolor intenso. Después de 24 horas, el 53.3% de los pacientes no sintió dolor, el 28.3% reportó dolor leve, el 16.7% dolor moderado y el 1.7% dolor intenso. Se identificó una relación significativa entre la duración de la cirugía y el nivel de dolor en el periodo postoperatorio a las 4 y 24 horas. Conclusiones: Durante las primeras 4 horas y 24 horas después de la cirugía, casi la mitad de los pacientes no experimentaron dolor, con porcentajes similares en ambos periodos. Por otro lado, la incidencia de dolor intenso fue del 13.3% a las 4 horas y disminuyó al 1.7% a las 24 horas. Se observó una asociación significativa entre el nivel de dolor postoperatorio y la duración de la cirugía a las 4 y 24 horas.

Olarte (2021), en su investigación en Colombia, sobre prevalencia e intensidad del dolor agudo postoperatorio y su correlación con la satisfacción de los pacientes frente a la calidad de recuperación anestésica en el Hospital Universitario Nacional de Colombia. Este estudio ubicó la

prevalencia e intensidad del dolor agudo postoperatorio y su correlato con la satisfacción de los pacientes frente a la calidad de recuperación anestésica en el HUNC Estudio de tipo observacional, correlacional y de corte transversal. Utilizó la escala numérica para evaluar la intensidad del dolor y una encuesta válida y confiable para recopilar información sobre la satisfacción, las cuales fueron administradas a 210 pacientes de la Unidad de Cuidado Postanestésico. Los resultados obtenidos mostraron que el 43.3% de los pacientes presentaban dolor, siendo un 29.9% de estos casos de dolor agudo posoperatorio de moderado a severo. Por otra parte, el 96.2% de los pacientes se mostraron satisfechos con la calidad de su recuperación posanestésica. Se encontró también una relación estadísticamente significativa entre la duración del procedimiento y la satisfacción de los pacientes. Concluyéndose con la existencia de una predominancia de DAPOP en el HUNC de 43,3%, siendo moderado a severo en el 29,9% de los enfermos, la predominancia más elevada radica en los colectivos de Ginecología/gineco-oncológica/mama y ORL/CyC/maxilofacial.

Buli et al. (2022) realizaron un estudio en Etiopía con el propósito de evaluar la satisfacción de los pacientes quirúrgicos con el manejo del dolor posoperatorio y los factores relacionados en el Hospital de Especialidades Tikur Anbessa en un cuatrimestral del 2021. Se utilizó un estudio transversal institucional en 335 pacientes adultos utilizando una técnica de muestreo aleatorio sistemático. Los datos se recopilaron a través de un cuestionario estructurado basado en el APS-POQ modificado para obtener las respuestas de los pacientes. Resultados: Se evidencio que el 74,5% de los pacientes estaban satisfechos con los servicios generales de manejo del dolor. Los pacientes ASA I (AOR = 2,3; IC 95%: (1,06-5,08)) recibieron analgésicos multimodales (AOR 4,30; IC 95%: (2,02-9,18)) y no percibieron dolor (AOR = 6,7; IC 95%: (1,54 -29,7), discutieron el dolor (AOR = 8,9; IC 95%: (3,67-21,90), y esperaron menos de 30

minutos para los servicios de analgesia (AOR = 6,3; IC 95%: (1,34-29,58)) ambos bastante satisfechos . Concluyéndose que los pacientes mostraron menos satisfacción con el manejo del dolor posoperatorio que en múltiples investigaciones.

Luna et al. (2020) desarrollaron un estudio en EE. UU. sobre la estimación de la prevalencia, intensidad del dolor postoperatorio y satisfacción de los pacientes postoperados del Hospital Ángeles Lomas. El propósito de este estudio indagar acerca de la predominancia e intensidad del dolor postoperatorio de los pacientes intervenidos. Trabajo de naturaleza observacional, descriptiva y transversa en una muestra a 102 pacientes: 56 mujeres y 46 hombres, quienes fueron encuestados 24 horas después de la cirugía empleando el cuestionario validado y confiable de la Asociación Americana del Dolor sobre la satisfacción con el manejo del dolor. Los resultados revelaron que el 87.25% de los pacientes experimentaron dolor postoperatorio, y la puntuación media de satisfacción global fue de 9.24 en una escala del 0 al 10. En resumen, los hallazgos indicaron la presencia de dolor leve y un alto nivel de satisfacción global con el manejo del dolor postoperatorio.

Luque et al. (2020), en su estudio en Estados Unidos, mencionan que el propósito de esta investigación fue investigar la relación directa entre el miedo al movimiento (kinesiofobia) y la gravedad del dolor y la limitación funcional en individuos que sufren de dolor crónico en el hombro. Método: Se seleccionaron 65 participantes que sufrían de dolor crónico unilateral en el hombro en tres centros de atención primaria. Se utilizó el índice de discapacidad y dolor de hombro para medir la intensidad del dolor y la discapacidad. La versión abreviada de la Escala de Tampa para Kinesiofobia se empleó para evaluar la presencia de miedo al movimiento. Se llevó a cabo un análisis de regresión lineal multivariable para investigar la posible relación entre el miedo al movimiento y la amplitud de movimiento sin dolor con la intensidad del dolor y la

discapacidad. Se controlaron los efectos de sexo y edad en el análisis. Resultados En el examen de regresión lineal multivariable, se halló que solo el crecimiento de la kinesiofobia (coeficiente estandarizado $\beta = 0,35$, $p < 0,01$) y el sexo (coeficiente estandarizado $\beta = -0,29$, $p < 0,01$) mostraron estar asociados con la explicación del 19 % de la variabilidad en las puntuaciones de dolor de hombro y discapacidad. En el análisis de regresión lineal multivariable, solo una mayor kinesiofobia (β estandarizada = 0,35, $P < 0,01$) y sexo (β estandarizada = -0,29, $P < 0,01$) contribuyeron a explicar el 19% de la varianza en el dolor de hombro y la discapacidad. puntuaciones. Concluyéndose que existen indicios iniciales sobre la relación entre el miedo al movimiento y la intensidad del dolor y la discapacidad en individuos con dolor crónico de hombro. Pero, nuestros resultados solo ayudaron a comprender el 19% de la variabilidad en las puntuaciones de dolor de hombro y discapacidad.

Antecedentes Nacionales, Regionales y Locales

Huayanay et al. (2023) en una investigación realizada en Lima, sostienen como propósito principal Señalar el régimen y los resultados del manejo del dolor posoperatorio en el Instituto Nacional de Investigación Materna y Perinatal. Estudio descriptivo retrospectivo transversal, revisándose y analizándose 305 registros de pacientes atendidos los tres primeros meses del 2021. Los datos incorporaron régimen de terapia, frecuencia del dolor, gestión analgésica, rescate, empleo de opioides y reacciones adversas. Arribando a los siguientes resultados: Entre los 303 registros médicos incluidos en el trabajo, el régimen de terapia más empleada fue la morfina intratecal en mixtura con analgésicos intravenosos (93,1%), que se inició en el quirófano. Las reacciones adversas más habituales son náuseas y vómitos (4,3%). %), picor (1,3%) y retención de orina (0,3%). No hay registro de depresiones respiratorias ni dolores intensos, pero, el 20% de los pacientes en el servicio de rehabilitación necesitan ser reanimados

con analgésicos. Concluyéndose que el régimen analgésico más habitual para el dolor postoperatorio fue la morfina intratecal más analgesia intravenosa (93,1%), y este régimen se inició durante la cirugía (98,7%). En la muestra del estudio, la analgesia multimodal que incluía morfina neuroaxial más analgesia intravenosa se asoció con tasas más bajas de uso de medicamentos de rescate para controlar el dolor irruptivo posparto postcesárea.

Ramírez y Urure (2024), en su estudio realizado en el Hospital Santa María del Socorro de Ica, tuvieron como objetivo determinar la relación entre la calidad del cuidado de enfermería y la satisfacción en pacientes postoperados del servicio de cirugía. Se empleó un enfoque cuantitativo, descriptivo y correlacional, con diseño no experimental de corte transversal. La muestra estuvo conformada por 147 pacientes postoperados, seleccionados mediante muestreo probabilístico. Para la recolección de datos, se utilizaron dos cuestionarios validados y confiables. Los resultados revelaron que la calidad del cuidado de enfermería fue percibida como regular en un 49% de los casos, deficiente en un 28.6% y buena en un 22.4%. En cuanto a la satisfacción del paciente, se encontró un nivel medio en el 46.3%, bajo en el 26.5% y alto en el 27.2%. El análisis estadístico mediante el coeficiente de correlación de Spearman evidenció una relación significativa entre la calidad del cuidado de enfermería y la satisfacción del paciente postoperado ($r=0.434$; $p=0.000$). Estos hallazgos sugieren que una mejor percepción de la calidad del cuidado de enfermería se asocia con una mayor satisfacción del paciente.

Llanos y Alarcon (2020), en un estudio ejecutado en Ica, tuvo como objetivo investigar la participación de enfermería en el tratamiento del dolor en pacientes que ingresan a la emergencia del Hospital Augusto Hernández Mendoza. Este estudio tuvo un enfoque cuantitativo, de tipo descriptivo y de diseño transversal, con una muestra de 50 pacientes. Se empleó un cuestionario de evaluación del manejo del dolor y se realizó un análisis descriptivo

para verificar la hipótesis planteada. Los resultados obtenidos revelaron que, en cuanto a las características sociodemográficas, el 52% de los encuestados tenían edades comprendidas entre 22 y 25 años. En cuanto al género, el 68% eran mujeres, el 60% estaban solteros, el 72% eran oriundos de la costa, el 48% tenían educación técnica y el 46% tenían menos de 12 horas de servicio. Con relación a la intervención de enfermería en el manejo del dolor, el 70,0% de los encuestados indicaron que las intervenciones de enfermería estaban presentes, mientras que el 30,0% indicaron que estaban ausentes. En cuanto al manejo farmacológico, el 94,0% de los encuestados manifestaron que las intervenciones estaban presentes y el 6,0% indicaron que estaban ausentes. Por otro lado, en cuanto al manejo no farmacológico, el 56,0% de los encuestados indicaron que las intervenciones estaban ausentes, mientras que el 44,0% indicaron que estaban presentes.

Romero (2021), en su estudio en Arequipa, investigó la conexión entre el miedo al movimiento (kinesiofobia) y la intensidad del dolor musculoesquelético en pacientes sometidos a cirugía de rodilla en el Hospital de Ilo en 2020. Métodos: Se llevó a cabo un estudio de prospectiva, transversa, de tipo epidemiológico-analítico para evaluar esta relación. La muestra consistió en 27 pacientes postoperados en el mencionado establecimiento. Resultados: el 44.4% de los pacientes postoperados de rodilla en dicho establecimiento experimentaron niveles moderados y severos de dolor musculoesquelético, en contraste con solo el 11.1% que reportó dolor leve. Además, el 96.3% de estos mostraron niveles altos de kinesiofobia, siendo el 3.7% presentó un nivel bajo de kinesiofobia. Se encontró una relación estadísticamente significativa ($P < 0.05$) entre el nivel de kinesiofobia y el dolor musculoesquelético. Concluyéndose: Se pudo evidenciar según la prueba estadística que hay vinculación entre la kinesiofobia y la intensidad

de dolor musculoesquelético en pacientes postoperados de rodilla, del mencionado establecimiento.

Agip (2021), en Chiclayo, realizó un estudio con el propósito de describir el nivel de factores biomecánicos e intensidad del dolor musculoesquelético en enfermeras de un hospital público en Chiclayo, 2020. Siendo un trabajo piloto cuantitativo no experimental y descriptivo, en una muestra de 25 enfermeras del Hospital Docente “Las Mercedes”. Se empleo un método de muestreo no probabilístico por conveniencia y se empleó un cuestionario estructurado para evaluar los factores biomecánicos, junto con una escala numérica para medir la intensidad del dolor musculoesquelético. El estudio se llevó a cabo cumpliendo con estándares científicos y éticos. Los resultados revelaron que el 84% de las enfermeras analizadas presentaron una frecuencia mediana en las cinco dimensiones de los factores biomecánicos (posturas forzadas, movimientos repetitivos, manipulación de cargas, tiempo de exposición y ritmo de trabajo), con una puntuación global promedio de 103.4 puntos ± 8.995 . En cuanto a la intensidad del dolor, se obtuvo una media de 5.32 puntos ± 1.887 . Se concluyó que la dimensión con mayor riesgo biomecánico fue el tiempo de exposición (84%), luego posturas forzadas y movimientos repetitivos (76% cada uno), manipulaciones de cargas (68%) y ritmos laborales (64%). Respecto a la intensidad del dolor, esta varió entre 3.43 y 7.21, lo que indica un nivel moderado de dolor en las enfermeras analizadas.

Marco Conceptual

Dolor

La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP, 2020) define el dolor como una experiencia sensorial y emocional desagradable relacionada con un daño tisular real o potencial. El dolor puede clasificarse en agudo y crónico según su duración. El dolor agudo es

temporal y aparece ante cirugías, lesiones o enfermedades, desapareciendo al resolverse la causa (Raja et al., 2020). En cambio, el dolor crónico es persistente, de evolución gradual y puede afectar negativamente el estado emocional del paciente (Dávila et al., 2020).

Dolor Postoperatorio. El dolor agudo postoperatorio es una respuesta fisiológica producida por la cirugía y la lesión tisular. Su adecuado manejo es importante porque ayuda a disminuir complicaciones, reducir la estancia hospitalaria y mejorar la calidad del cuidado. La American Society of Anesthesiologists define el dolor postoperatorio como la sensación derivada de la enfermedad, del procedimiento quirúrgico o de ambos, y que se espera resolver con la recuperación del paciente (ASA, 2024).

El dolor postoperatorio suele resolverse en aproximadamente tres meses; después de este periodo se considera dolor crónico. A pesar de los avances en tratamientos analgésicos, entre el 30 % y el 80 % de los pacientes presentan dolor moderado o intenso durante las primeras 24 horas posteriores a la cirugía. Por ello, el personal de enfermería debe realizar un manejo individualizado para prevenir y aliviar el dolor (Cabezas, 2021).

Es crucial llevar a cabo una historia clínica detallada para identificar las características del dolor, como su duración, ubicación, intensidad, frecuencia, síntomas relacionados y si hay factores que lo empeoren o lo alivien (Ribera et al., 2021). Un inadecuado control del dolor después de la cirugía impacta negativamente en la calidad de vida y el proceso de recuperación. Además, se relaciona con un aumento en la morbilidad, los costos y la duración de la estancia hospitalaria, pudiendo eventualmente dar lugar al desarrollo de dolor crónico persistente (Cabezas, 2021).

Clasificación del Dolor. El dolor agudo es una experiencia sensorial y emocional desagradable que aparece de manera repentina ante una lesión o enfermedad. Se caracteriza por ser intenso, localizado y de corta duración, resolviéndose generalmente al tratar la causa subyacente. Además, actúa como una señal de alerta para el organismo e impacta en la calidad de vida del paciente, por lo que requiere una adecuada evaluación y manejo para evitar su progresión hacia dolor crónico (Dong et al., 2025).

Dolor Crónico. El dolor crónico se define como un dolor persistente que dura más de tres meses, que puede no tener un origen claro o que continúa incluso después de que la causa inicial ha sido tratada o resuelta. Este tipo de dolor puede resultar de diversas condiciones médicas, como artritis, fibromialgia, o dolor neuropático, y puede estar acompañado de síntomas como fatiga, depresión y ansiedad. El dolor crónico se considera una enfermedad en sí misma, que afecta no solo la salud física del paciente, sino también su bienestar emocional y social. La complejidad de su manejo requiere un enfoque multidisciplinario, y es fundamental comprender su impacto en la calidad de vida (Krebs et al., 2009).

Para una adecuada valoración del dolor postoperatorio, es esencial contar con instrumentos estandarizados que permitan individualizar el tratamiento y evaluar su efectividad. Diversas escalas han sido validadas en el ámbito clínico para facilitar la cuantificación del dolor, destacando entre ellas la escala numérica del dolor (END), la cual permite al paciente expresar la intensidad percibida en una escala del 0 al 10, donde 0 representa la ausencia total de dolor y 10 el mayor dolor imaginable. Esta herramienta es ampliamente utilizada por su simplicidad y confiabilidad, especialmente en contextos postquirúrgicos (Villamil et al., 2025).

Asimismo, la escala visual análoga (EVA), que consiste en una línea continua de 10 cm donde el paciente señala el nivel de dolor, representa una alternativa gráfica que complementa la

medición subjetiva del dolor. Ambas escalas son consideradas instrumentos unidimensionales que evalúan únicamente la intensidad del dolor, pero se constituyen como herramientas fundamentales para la toma de decisiones clínicas en el manejo del dolor postoperatorio (Cho et al., 2021).

Factores que Influyen en el Dolor. Los factores que influyen en la percepción del dolor postoperatorio son múltiples y complejos. Según Cheng et al. (2024) estos pueden clasificarse en categorías cognitivas, afectivas y emocionales. Los factores cognitivos incluyen las creencias personales, las expectativas frente al tratamiento y la interpretación que el paciente hace de su experiencia de dolor. Los factores afectivos, por su parte, se relacionan con el estado emocional del individuo y su capacidad para afrontar situaciones estresantes. Finalmente, los factores emocionales abarcan cambios en la conducta y en la expresión emocional del paciente frente al malestar físico, los cuales pueden intensificar o mitigar la percepción del dolor.

Fisiopatología. La fisiopatología del dolor es un proceso complejo que abarca diversas etapas. En su inicio, implica la liberación de mediadores inflamatorios debido al daño tisular, los cuales afectan a los nociceptores. Como respuesta normal a la lesión, se produce una respuesta vascular que se caracteriza por vasodilatación y aumento de la permeabilidad capilar, lo que conduce a la formación de edema celular. Esta respuesta se caracteriza por la migración de células como los polimorfonucleares, neutrófilos y eosinófilos, seguida por la llegada de macrófagos y monocitos (Dávila et al., 2020).

En las fases del dolor, los estímulos nocivos como los físicos, térmicos o químicos provocan la liberación de mediadores inflamatorios a nivel de los nociceptores, los cuales se transforman en señales eléctricas, dando lugar a la fase de transducción. Estas señales viajan hasta la médula espinal, continuando el impulso nervioso en lo que se conoce como la fase de

conducción. A través de las vías espinotalámicas, el impulso llega al tálamo y otros núcleos del sistema límbico, culminando en la percepción en la corteza somatosensorial. Posteriormente, el impulso sigue hacia el sistema inhibitorio descendente (Dávila et al., 2020)

Según las causas más comunes del dolor, estas pueden clasificarse en dos categorías principales: nociceptivo y neuropático. El dolor nociceptivo surge de la activación de los nociceptores, como las fibras A Delta y C, debido a estímulos nocivos de naturaleza mecánica, química o térmica, ya sea de origen somático o visceral. Por otro lado, el dolor neuropático es resultado de una lesión o irritación en las neuronas, y persiste incluso una vez que la causa original que lo provocó ha desaparecido (Dávila et al., 2020)

Manejo del Dolor. En pacientes sometidos a cirugía, el abordaje del dolor debe comenzar durante la evaluación preoperatoria, ya que la principal preocupación suele ser la aparición de dolor después de la cirugía. Se ha observado que a medida que aumenta la intensidad y la duración del dolor postoperatorio, aumenta la probabilidad de que los pacientes desarrollen dolor crónico o persistente después de la cirugía, lo que puede tener un impacto significativo en su bienestar psicológico, social y económico. El manejo del dolor durante el periodo perioperatorio requiere evaluaciones continuas y el establecimiento de metas, teniendo en cuenta que estas metas pueden evolucionar con el tiempo. Un control inadecuado del dolor después de la cirugía puede afectar negativamente el resultado del tratamiento quirúrgico, influir en la recuperación y prolongar la estancia en el hospital, lo que a su vez puede retrasar el regreso del paciente a sus actividades familiares y laborales, con las correspondientes implicaciones económicas. Algunos grupos de pacientes que pueden ser más propensos a experimentar un dolor postoperatorio más intenso incluyen niños, personas mayores, mujeres embarazadas, pacientes

que reciben tratamiento crónico con opioides y pacientes ambulatorios. Algunos factores que pueden predecir un control deficiente del dolor postoperatorio y una mayor necesidad de opioides incluyen el sexo femenino, el tabaquismo, la depresión, la ansiedad, los trastornos del sueño, la presencia de dolor previo al procedimiento, el uso de analgésicos de base y lesiones nerviosas, de acuerdo con el tipo de procedimiento y duración (Small & Laycock, 2020).

Origen del Dolor. Dolor por la enfermedad: ocurre debido a la infiltración del tumor en órganos y estructuras nerviosas, siendo el más común (40-80 %). Dolor asociado con la enfermedad: se debe al aumento del catabolismo, pérdida muscular, y al estar postrado en cama, entre otros factores. Dolor relacionado con el tratamiento: Surge a raíz de intervenciones como cirugías y los efectos secundarios de tratamientos como quimioterapia, hormonoterapia y radioterapia, representando alrededor del 15-20 %. Dolor no vinculado a la enfermedad: está relacionado con comorbilidades anteriores o nuevas en el paciente. Aunque menos común (3-15 %), es importante tenerlo en cuenta (Small & Laycock, 2020).

Tratamiento Farmacológico. El tratamiento farmacológico del dolor postoperatorio constituye una estrategia fundamental dentro del enfoque multidisciplinario del manejo del paciente quirúrgico. Actualmente, se promueve una intervención analgésica multimodal, basada en la combinación racional de diferentes grupos farmacológicos, con el objetivo de incrementar la eficacia analgésica y reducir los efectos adversos. Uno de los grupos más utilizados son los antiinflamatorios no esteroideos (AINEs), como el ibuprofeno, el ketorolaco o el naproxeno, los cuales actúan inhibiendo las enzimas ciclooxigenasas (COX-1 y COX-2), responsables de la síntesis de prostaglandinas. Estas sustancias tienen un rol clave en los procesos inflamatorios y en la percepción del dolor. Los AINEs han demostrado ser eficaces para el tratamiento del dolor

leve a moderado, aunque su uso prolongado debe realizarse con precaución, especialmente en pacientes con riesgo de daño renal o gastrointestinal (Barad, 2025).

En los casos de dolor moderado a severo, se recurre a los analgésicos opioides. Estos medicamentos actúan sobre receptores específicos del sistema nervioso central, principalmente los receptores μ , κ y δ , generando un efecto analgésico potente (Cohen, 2023). Entre los opioides más utilizados se encuentran la morfina, oxicodona, hidromorfona, fentanilo, metadona y tramadol. Si bien su eficacia en el control del dolor está bien documentada, su administración se asocia con efectos secundarios como náuseas, estreñimiento, somnolencia y riesgo de dependencia, lo que justifica la necesidad de emplearlos en dosis mínimas efectivas y por el menor tiempo posible (Mayo Clinic Staff, 2023).

Por otro lado, en el tratamiento del dolor crónico o neuropático, se incluyen medicamentos neuromoduladores, como algunos antidepresivos y anticonvulsivantes. Fármacos como la amitriptilina y la duloxetina han mostrado beneficios en la reducción del dolor neuropático al modular neurotransmisor como la serotonina y la noradrenalina. Asimismo, anticonvulsivantes como la gabapentina y la pregabalina actúan disminuyendo la excitabilidad neuronal, siendo recomendados en casos de neuralgia postoperatoria o dolor persistente. Estos agentes complementan el manejo farmacológico y son especialmente útiles cuando el dolor no responde adecuadamente a los analgésicos convencionales (Barad, 2025).

Tratamiento no Farmacológico. Dentro de las estrategias no farmacológicas para el tratamiento del dolor se incluye el reposo, ya que el movimiento puede agravar la sensación dolorosa; la terapia térmica mediante la aplicación de frío o calor para reducir la intensidad del dolor; los masajes que alivian la sensación dolorosa al favorecer el drenaje, la relajación

muscular y la flexibilidad; la electroestimulación, donde destaca el uso de TENS para inhibir la actividad de las fibras nerviosas responsables del dolor; los ultrasonidos que ralentizan la conducción nerviosa, reducen la inflamación y favorecen la regeneración de los tejidos; y la acupuntura, que se ha demostrado efectiva en la reducción del dolor y en la disminución del uso de analgésicos, aunque se requieren más investigaciones para determinar en qué enfermedades debería recomendarse su uso (Cabezas, 2021).

Intensidad del Dolor. Esta puede medirse utilizando escalas validadas en el ámbito clínico. Una de las más utilizadas es la Escala Numérica del Dolor (END), que va del 0 al 10, donde 0 representa la ausencia de dolor y 10 el máximo dolor imaginable. Otra herramienta frecuente es la Escala Visual Análoga (EVA), que consiste en una línea continua de 10 cm donde el paciente indica el punto que representa su nivel de dolor. Ambas escalas son consideradas instrumentos unidimensionales y son ampliamente empleadas en contextos postoperatorios por su facilidad de aplicación y validez clínica (Villamil et al., 2025).

Asimismo, el dolor puede clasificarse según su intensidad, entendida como el grado o nivel con que una persona experimenta esta sensación. Esta clasificación permite orientar el tratamiento y establecer umbrales clínicos para su abordaje, especialmente en el entorno hospitalario (Samper et al., 2019).

Podría pensarse que la intensidad del dolor está relacionada directamente con la extensión de la lesión quirúrgica; sin embargo, existe evidencia que demuestra que procedimientos de menor complejidad, como la apendicectomía, la cirugía de revascularización coronaria y las intervenciones de cadera, pueden generar niveles de dolor más elevados que otros procedimientos más extensos (Thiel et al., 2025).

Las cirugías ortopédicas en extremidades y columna vertebral, así como los procedimientos obstétricos como la cesárea y la histerectomía, figuran entre los más dolorosos reportados. Dado que el dolor es una experiencia subjetiva influenciada por factores físicos, emocionales y sociales, no existe un método absoluto para su medición. No obstante, el uso de escalas estandarizadas, como la Escala Visual Analógica (EVA), la Escala Numérica (NRS) y la Escala de Evaluación Verbal (VRS), permite cuantificar la intensidad del dolor y evaluar la eficacia de los tratamientos aplicados (Villamil et al., 2025). Es importante considerar que el dolor puede manifestarse en diferentes áreas con intensidades variables, por lo que se requiere un abordaje integral y continuo para cada paciente.

En la actualidad, no basta con evaluar exclusivamente la intensidad del dolor. Es imprescindible considerar otros aspectos como la capacidad funcional del paciente y cómo el dolor afecta esta capacidad. Los objetivos principales del tratamiento incluyen la reducción de la intensidad del dolor, la mejora de la funcionalidad y la calidad de vida del paciente, la promoción de hábitos de vida saludables, el aumento de la tolerancia a la actividad física, la mejora del sueño y el estado de ánimo, así como la concienciación del paciente sobre su enfermedad y la educación sobre el uso adecuado de medicamentos y otras medidas terapéuticas (Samper et al., 2019).

Dimensiones de la Variable. Es común suponer que la intensidad del dolor postoperatorio está directamente relacionada con la magnitud de la intervención quirúrgica; sin embargo, estudios recientes indican que procedimientos de menor extensión, como la apendicectomía, la cirugía de revascularización coronaria y las intervenciones de cadera, pueden generar niveles de dolor más elevados que otras cirugías más extensas (Thiel et al., 2025). Asimismo, se ha documentado que las cirugías ortopédicas de extremidades y columna vertebral,

así como los procedimientos obstétricos como la cesárea y la histerectomía, se encuentran entre los más dolorosos (Pérez, 2023).

El dolor es una experiencia subjetiva influenciada por múltiples factores individuales, lo que dificulta su medición precisa. No obstante, para objetivar su intensidad y evaluar la eficacia de las intervenciones analgésicas, se emplean diversas escalas de valoración del dolor. Entre las más utilizadas se encuentra la Escala Visual Analógica (EVA), que consiste en una línea continua de 10 cm donde el paciente indica el nivel de dolor percibido (Comunidad de Madrid, n.d.). Además, en pacientes con dolor crónico, se utilizan comúnmente la Escala de Clasificación Numérica (NRS) y la Escala de Evaluación Verbal (VRS) para monitorear y ajustar el tratamiento del dolor (Samper et al., 2019).

Es importante considerar que el dolor puede manifestarse en múltiples áreas con diferentes intensidades, lo que requiere un enfoque integral y personalizado en su manejo. La evaluación continua y sistemática del dolor permite adaptar las estrategias terapéuticas a las necesidades específicas de cada paciente, mejorando así su calidad de vida y satisfacción con la atención recibida.

Indicadores.

Leve. Se califica como tal si el puntaje está entre 1 a 3, En este nivel, participa fundamentalmente la piel o sensaciones cutáneas, por medio de estímulos cutáneos de presión, temperatura, tacto fino, golpes o quemaduras, etc.

Moderado. Cuando el puntaje está entre 4 a 6, este nivel, mayormente involucra la epidermis y el tejido celular subcutáneo.

Severo. Si el puntaje está entre 7 a 10, en él se comprometen músculos, articulaciones, huesos y otros tejidos como tendones, tejido conectivo, etc. (Samper et al., 2019).

En relación con la variable manejo del dolor en pacientes postoperatorios, se reconoce que el abordaje adecuado debe comenzar desde la evaluación preoperatoria. Durante esta etapa, una de las principales preocupaciones de los pacientes suele ser la aparición del dolor tras la cirugía, lo cual puede influir en su estado emocional y predisposición al tratamiento. De acuerdo con Small y Laycock (2020), el dolor no tratado adecuadamente desde las primeras fases del proceso quirúrgico se asocia con un mayor riesgo de desarrollar dolor crónico postoperatorio, afectando significativamente la calidad de vida del paciente a nivel psicológico, social y funcional.

El control efectivo del dolor requiere una planificación personalizada durante todo el periodo perioperatorio. Las evaluaciones deben ser continuas, considerando que los objetivos terapéuticos pueden modificarse a medida que evoluciona el cuadro clínico. Estudios recientes evidencian que una analgesia deficiente incrementa el riesgo de complicaciones, prolonga la hospitalización y retrasa el retorno a las actividades cotidianas del paciente, generando además implicancias económicas para el sistema de salud y el entorno familiar (Cheung et al., 2022).

Asimismo, existen grupos de pacientes con mayor susceptibilidad al dolor postoperatorio intenso, como adultos mayores, mujeres embarazadas, pacientes con uso crónico de opioides, y personas con comorbilidades psiquiátricas. También se ha identificado que factores como el sexo femenino, el tabaquismo, la ansiedad, la depresión, los trastornos del sueño y la existencia de dolor previo a la intervención quirúrgica son predictores relevantes de una mala experiencia analgésica y de un mayor consumo de opioides en el postoperatorio (Liu et al., 2024)

Dimensiones de la Variable.

Valoración del Dolor. El dolor se considera el quinto signo vital y como tal, debe examinarse pertinente; que debe, cuantificarse a través del empleo de escalas validadas, existe una diversidad, según los propósitos para que se emplean (Cabezas, 2021). Al realizarse la valoración del dolor, se debe contar en lo posible con intervención del paciente, porque sin lugar a duda nadie mejor que el propio paciente sabe si le duele o cuanto le duele y si el paciente señala que tiene dolor, debiendo asumirse que efectivamente, lo tiene, aspecto muy relevante al momento de la valoración (Berger & Baria, 2022)

Indicadores.

Nivel Alto. Presenta una Escala total > 63.0 (ítems $\times 4.5$)

Nivel Medio. Presenta una Escala total 56.0 a 63.0 (ítems de 4.0a 4.5)

Nivel Bajo. Presenta una Escala total < 56.0 (ítems $\times 4.0$)

Satisfacción del Paciente

Con relación a la variable satisfacción del paciente, esta constituye un indicador esencial para evaluar la calidad de la atención en salud. Según Mohammed et al. (2024) la satisfacción del usuario se define como el grado en que las expectativas del paciente con respecto a la atención sanitaria recibida han sido cubiertas durante su experiencia en el sistema de salud. Esta percepción es clave para el funcionamiento de los servicios, ya que refleja la calidad percibida por los usuarios.

Este concepto abarca componentes tanto objetivos como subjetivos, que incluyen la percepción del trato recibido, la competencia profesional del personal de salud, la comunicación efectiva, la prontitud en la atención y, en contextos quirúrgicos, la eficacia en el control del dolor postoperatorio (Rodríguez & Arevalo, 2023). La satisfacción también puede verse influenciada por aspectos emocionales del paciente y por la capacidad de respuesta del sistema de salud a sus

necesidades específicas, lo que convierte su medición en una herramienta útil para identificar áreas de mejora continua en la atención hospitalaria (Buli et al., 2022).

Diversos estudios han demostrado que el dolor mal controlado está vinculado a una menor satisfacción del paciente con la atención hospitalaria, mientras que un manejo adecuado de la misma mejora significativamente su percepción del cuidado recibido (Chou et al., 2016; Iturralde, 2020). Por tanto, evaluar la relación entre el manejo del dolor postoperatorio y la satisfacción del paciente hospitalizado se vuelve relevante para la mejora continua de la calidad del cuidado enfermero.

Los pacientes valoran altamente el alivio efectivo del dolor y la empatía del personal de salud. La satisfacción puede disminuir si perciben que no se les cree cuando manifiestan dolor, si no reciben información suficiente y oportuna, o si sienten que no participan en las decisiones relacionadas con su tratamiento. Un estudio realizado por (Condemaita et al., 2023) destaca que el dolor postoperatorio es una de las principales causas de insatisfacción entre los pacientes quirúrgicos, subrayando la importancia de una intervención y evaluación adecuadas por parte del personal de salud, especialmente de enfermería, para mejorar la percepción del paciente y evitar complicaciones.

Dimensiones de la Variable. La satisfacción del paciente respecto al manejo del dolor postoperatorio comprende diversas dimensiones relacionadas con la calidad de atención brindada por el personal de salud durante la hospitalización. Según Idvall (2001), el instrumento considera dimensiones como la detección y actuación ante signos y síntomas, administración del tratamiento farmacológico, cuidados pre y postoperatorios, cuidados generales, información y educación al paciente, relación enfermera-paciente, privacidad, disponibilidad del personal, ambiente hospitalario, conocimientos del personal de salud, rutinas de atención, responsabilidad

y trabajo en equipo. Estas dimensiones permiten evaluar de manera integral la percepción del paciente sobre el alivio del dolor, la empatía del personal de enfermería, la oportunidad de atención y la participación en las decisiones relacionadas con su tratamiento. Asimismo, una adecuada intervención del personal de salud contribuye a mejorar la satisfacción del paciente y disminuir complicaciones asociadas al dolor postoperatorio.

Indicadores de la Variable Satisfacción del Paciente.

Alta satisfacción: puntaje $\geq 80\%$ en escalas de percepción positiva.

Satisfacción media: puntaje entre 60% y 79%.

Baja satisfacción: puntaje $< 60\%$.

Bases Teóricas

El presente estudio se fundamenta en la Teoría del Confort de Kolcaba (2001), una teoría de mediano rango que propone que el confort es una experiencia deseada y fortalecedora para los pacientes, la cual puede lograrse mediante intervenciones de enfermería que atiendan las necesidades físicas, psicoespirituales, socioculturales y ambientales.

En el contexto del dolor postoperatorio, esta teoría permite entender cómo el alivio del dolor y la atención empática influyen positivamente en la percepción del bienestar del paciente. El modelo de Kolcaba distingue tres tipos de confort: alivio, tranquilidad y trascendencia; los cuales se logran cuando se atienden adecuadamente los factores que generan malestar.

La teoría sostiene que cuando el personal de salud aplica intervenciones centradas en el confort, como una adecuada gestión del dolor, información clara y apoyo emocional, el paciente experimenta una mayor satisfacción, recuperación más rápida y menor estrés hospitalario (Kolcaba, 2001; Krinsky et al., 2014).

Por ello, el marco teórico de Kolcaba proporciona una base sólida para examinar la relación entre el manejo del dolor postoperatorio y el nivel de satisfacción del paciente durante su hospitalización.

La Teoría del Confort de Katharine Kolcaba plantea que el confort es una necesidad fundamental del ser humano y un aspecto esencial en la práctica de enfermería. Kolcaba define el confort como un estado de alivio, paz y tranquilidad experimentado en distintas dimensiones: físico, psicoespiritual, ambiental y social (Krinsky et al., 2014). En la dimensión física, el confort se enfoca en la reducción de síntomas como el dolor, la incomodidad y otras molestias corporales. Así, un adecuado control del dolor postoperatorio contribuye a alcanzar ese confort físico, lo que está íntimamente relacionado con una mayor satisfacción del paciente con los cuidados recibidos.

La dimensión psicoespiritual en la Teoría del Confort se refiere al estado mental, emocional y espiritual del paciente, especialmente relevante en pacientes quirúrgicos, quienes pueden experimentar ansiedad o temor durante el proceso postoperatorio. Kolcaba postula que el profesional de enfermería debe ser sensible a estos aspectos, proporcionando apoyo emocional y escucha activa para aliviar estas inquietudes. Esta atención personalizada no solo mejora el confort, sino que también incrementa la satisfacción subjetiva del paciente, al sentirse comprendido y valorado. La dimensión ambiental establece la importancia de un entorno hospitalario que facilite el descanso y la tranquilidad, y la dimensión social valora la compañía de los seres queridos, aspectos que también repercuten en la percepción positiva de la atención (Kolcaba, 2001).

Definición de Términos

Dolor

Son sensaciones desagradables, como pinchazos, hormigueos, picaduras, ardores o molestias. El dolor puede ser agudo o sordo. Puede ser intermitente o ser constante. Puede sentir dolor en algún lugar del cuerpo, como la espalda, el abdomen, el pecho o la pelvis (National Library of Medicine, 2020).

Valoración del Dolor

La valoración del dolor es el proceso clínico mediante el cual se mide la intensidad y características del dolor experimentado por el paciente, utilizando escalas validadas como la escala numérica (NRS), la escala visual analógica (EVA) o la escala verbal (VRS). Esta evaluación permite determinar la efectividad del tratamiento y ajustar las intervenciones terapéuticas de forma individualizada (Villamil et al., 2025).

Manejo del Dolor

El manejo del dolor es el empleo cuidadoso de terapias para disminuir el sufrimiento. Todo sujeto tiene derecho a que se le alivie el dolor. El propósito primordial del manejo del dolor en los cuidados paliativos es optimizar la calidad de vida. Además, el manejo del dolor puede mejorar las funciones físicas y mentales de un sujeto (World Health Organization, 2020).

Satisfacción del Paciente Hospitalizado

Se entiende como la percepción subjetiva que tiene el paciente sobre la calidad de la atención recibida durante su estancia hospitalaria. Incluye aspectos como el trato del personal de salud, la comunicación efectiva, la prontitud en la atención, el control del dolor y la participación en la toma de decisiones. Es un indicador clave de calidad en los servicios de salud, y su

evaluación permite identificar oportunidades de mejora en la atención clínica y en el cuidado enfermero (Wang et al., 2023).

Metodología

Descripción del Lugar de Ejecución

La investigación se realizará en el Hospital José Pena Portugués Tocache II-1, el cual es referente del distrito teniendo una categoría II-1, del segundo nivel de atención dentro del cual se realizan diferentes intervenciones quirúrgicas de distintos grados de complejidad. La principal misión del nosocomio es proteger, recuperar y rehabilitar la salud de las personas y proveerlos de un entorno saludable. Desde 1965, y debido a la demanda poblacional, se creó este Centro de Salud Tocache, perteneciente al Departamento de San Martín, y continuamente ha ido evolucionando tanto en lo referente a infraestructura y equipos; así como a las especialidades que brinda. Respecto a la fecha de duración del presente trabajo de investigación, este será de 6 meses.

Población y Muestra

Población

Conformado por un total de 340 pacientes hombres y mujeres indistintamente de su edad intervenidos quirúrgicamente por el servicio de cirugía y se encuentran en internados de manera postoperatorio en el área de “Hospitalización de Cirugía” del Hospital durante el primer trimestre del año 2025, según datos de Administración de Enfermería del nosocomio.

Muestra

Para hallar la muestra significativa al estudio se empleará la fórmula para poblaciones finitas, tomando en cuenta un nivel de confianza del 95% y un nivel de error del 5%. Como se desconoce el nivel de probabilidad de que ocurra el evento se tomará como un 50%. La fórmula se muestra a continuación:

$$n = \frac{Z^2 \times P \times Q \times N}{E^2 (N - 1) + Z^2 \times P \times Q}$$

Luego de aplicada la fórmula, se obtuvo un total de 181 pacientes que deben ser evaluados. El tipo de muestreo que se empleará es el aleatorio simple, lo que implica que todos los pacientes que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión tendrán la misma probabilidad de ser seleccionados. A cada paciente se le asignará un número y se realizará un sorteo para completar el total de participantes requeridos. Este método garantiza la equidad en la selección y minimiza los sesgos de muestreo (Arias, 2021)

Criterios de Inclusión.

- ✓ Pacientes mayores de 18 años hospitalizados en un hospital público en Tocache.
- ✓ Pacientes que hayan sido sometidos a un procedimiento quirúrgico y presenten dolor postoperatorio.
- ✓ Pacientes que acepten participar voluntariamente en el estudio mediante la firma del consentimiento informado.

Criterios Exclusión.

- ✓ Pacientes con alteraciones cognitivas o físicas que limiten la comprensión o el llenado del cuestionario.
- ✓ Pacientes que no deseen participar en el estudio.
- ✓ Pacientes trasladados de otros establecimientos de salud sin haber sido intervenidos en el hospital de estudio.

Tipo y Diseño de Investigación

La investigación empleará el enfoque cuantitativo, debido a que busca obtener como resultados magnitudes cuantificables que permitan expresar a las variables a través de razones o

proporciones para señalar un evento u hecho (Hernández et al, 2018). Será de tipo correlacional, debido a que se busca describir o caracterizar a las variables de estudio a través de una recolección de datos que permita obtener una situación real de los sujetos estudiados y luego conocer la relación entre las mismas (Hernández & Mendoza, 2018). El diseño de la investigación será no experimental ya que no se implica la manipulación de las categorías o variables investigadas y sólo se recoge información de la realidad tal y cual se presenta de manera natural (Arias, 2021). Finalmente, la investigación se desarrolla bajo un corte transversal, debido a que la medición de las variables y los datos obtenidos se desarrolla en un solo momento de tiempo (Hernández et al, 2018).

Formulación de Hipótesis

Existe relación significativa entre intensidad y el manejo del dolor postoperatorio con la satisfacción del en paciente hospitalizado en el servicio de Cirugía, Tocache - 2026.

Identificación de Variables

- ✓ Variable X: Intensidad del dolor postoperatorio
- ✓ Variable Y: Manejo del dolor postoperatorio
- ✓ Variable Z: Satisfacción del paciente.

Operacionalización de Variables

Variables	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores.	Escala
Intensidad del dolor postoperatorio	Grado o nivel de dolor que experimenta el paciente tras una intervención quirúrgica, el cual puede ser medido mediante escalas validadas como la Escala Visual Analógica (EVA), la Escala Numérica (NRS) o la Escala Verbal (VRS) (Villamil et al., 2025).	Medida de la intensidad del dolor experimentado por el paciente cuando es consultado por el personal de enfermería, empleado la “Escala Visual Analógica”.	- Intensidad del dolor (físico y temporal).	- Dolor leve: 0 a 3 - Dolor moderado: 4 a 7. - Dolor severo: 8 a 10.	Ordinal
Manejo enfermero del dolor postoperatorio	Conjunto de acciones clínicas y humanizadas realizadas por el personal de enfermería orientadas a aliviar, controlar o disminuir el dolor postoperatorio, utilizando intervenciones farmacológicas, no farmacológicas y de acompañamiento emocional (Miklautsch et al., 2021).	Consulta sobre las acciones realizadas por la enfermera en base a la valoración del dolor, tratamiento farmacológico, tratamiento no farmacológico y la educación brindada al paciente durante su estancia de hospitalización y es medido a través del “Cuestionario de la Evaluación del	- Valoración del dolor (Ítem 1 al 4) - Tratamiento farmacológico (Ítem 5 al 7) - Tratamiento no farmacológico (Ítem 8 al 10) - Seguimiento al paciente (Ítem 11 al 14)	- Nivel alto Escala total > 63.0 (ítems x 4.5) - Nivel medio Escala total 56.0 a 63.0 (ítems de 4.0a 4.5) - Nivel bajo Escala total < 56.0 (ítems x 4.0)	Ordinal

		manejo del dolor postoperatorio”.			
--	--	-----------------------------------	--	--	--

Variables	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Escalas de medición
Satisfacción del paciente hospitalizado	Grado de conformidad o percepción positiva que tiene el paciente respecto a la atención recibida durante su estancia hospitalaria, incluyendo el control del dolor (Kolcaba, 2003; OMS, 2020).	Se medirá mediante la percepción subjetiva del paciente sobre la atención recibida en cuanto al control del dolor, el trato del personal de salud y la información brindada, utilizando el “Cuestionario de satisfacción del paciente hospitalizado”.	- Satisfacción con el manejo del dolor	- Alta satisfacción: puntaje $\geq 80\%$	Ordinal
			- Satisfacción con el trato del personal de enfermería	- Satisfacción media: puntaje entre 60% a 79%	
			- Satisfacción con la información recibida	- Baja satisfacción: puntaje $< 60\%$	

Técnica e Instrumentos de Recolección de Datos

Técnica

Para la presente investigación se empleará como técnica de recolección de datos la encuesta estructurada, debido a que permite obtener información directa, organizada y objetiva de los pacientes hospitalizados respecto a la intensidad del dolor postoperatorio, el manejo del dolor y la satisfacción percibida durante su atención en el servicio de cirugía. Esta técnica facilitará la recopilación sistemática de datos necesarios para el análisis de las variables de estudio, permitiendo conocer la percepción y experiencia de los pacientes durante el periodo postoperatorio.

Instrumento

Para medir la variable intensidad del dolor postoperatorio se utilizará la Escala Visual Analógica (EVA), desarrollada por Downie et al. en 1978. Este instrumento es unidimensional y ampliamente utilizado para evaluar la intensidad del dolor agudo en pacientes hospitalizados. La escala consiste en una línea horizontal de 10 centímetros cuyos extremos representan “ausencia de dolor” (0) y “máximo dolor imaginable” (10). El paciente debe marcar el punto que mejor describa la intensidad de dolor percibida.

El instrumento presenta una sola dimensión correspondiente a la intensidad del dolor y está conformado por 1 ítem de respuesta continua. Los valores obtenidos se clasifican de la siguiente manera: 0 = sin dolor; 1 - 3 = dolor leve; 4 - 6 = dolor moderado; y 7 -10 = dolor severo. La evaluación será aplicada a las 2, 4 y 24 horas del periodo postoperatorio.

Para medir la variable manejo enfermero del dolor postoperatorio se utilizará el “Cuestionario de evaluación del manejo del dolor postoperatorio”, elaborado por Idvall et al. en

el año 2002. Este instrumento tiene como finalidad evaluar la calidad del manejo del dolor brindado por el personal de enfermería durante el periodo postoperatorio.

El cuestionario está conformado por 14 ítems distribuidos en tres dimensiones: control del dolor (5 ítems), participación enfermera (7 ítems) y medio ambiente (2 ítems). Presenta una escala de respuesta tipo Likert con cinco alternativas: Nunca (1), Rara vez (2), A veces (3), Algunas veces (4) y Siempre (5). Respecto a la interpretación de los puntajes, se considera nivel bajo cuando el resultado es menor de 56 puntos, nivel medio entre 56 y 63 puntos y nivel alto cuando supera los 63 puntos.

Para evaluar la variable satisfacción del paciente hospitalizado se utilizará el “Cuestionario de Satisfacción del Paciente Hospitalizado”, adaptado de instrumentos internacionales como el HCAHPS (Hospital Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems) y contextualizado al entorno hospitalario local.

El instrumento consta de 12 ítems distribuidos en tres dimensiones: satisfacción con el manejo del dolor (ítems 1 - 4), satisfacción con el trato del personal de enfermería (ítems 5 - 8) y satisfacción con la información recibida (ítems 9 - 12). La escala de respuesta es tipo Likert con cinco alternativas: muy insatisfecho (1), insatisfecho (2), neutral (3), satisfecho (4) y muy satisfecho (5). Los resultados serán interpretados considerando alta satisfacción cuando el puntaje sea igual o superior al 80 % del total, satisfacción media entre 60 % y 79 %, y baja satisfacción cuando sea inferior al 60 %.

Validez y Confiabilidad. La intensidad del dolor se midió mediante la Escala Visual Analógica (EVA), la cual permite cuantificar la percepción subjetiva del dolor en un continuo de 0 a 10. La evidencia psicométrica reportada por Sindhu et al. (2011) sustenta su uso, al evidenciar alta confiabilidad test-retest ($r = 0.96$) y adecuada validez concurrente ($r = 0.84-0.97$)

en comparación con otras escalas de medición del dolor. Debido a que la EVA corresponde a una escala unidimensional ampliamente utilizada para la evaluación subjetiva del dolor, su validación se sustenta principalmente en medidas de confiabilidad y validez concurrente reportadas en la literatura científica.

El manejo del dolor postoperatorio y la satisfacción del paciente hospitalizado fueron evaluados mediante cuestionarios estructurados tipo Likert basados en indicadores de calidad del manejo del dolor postoperatorio. En relación con el Cuestionario Strategic and Clinical Quality Indicators in Postoperative Pain Management (SCQIPP), Idvall et al. (2002) reportaron adecuada consistencia interna para la escala total (α de Cronbach = 0.84). Asimismo, mediante análisis factorial exploratorio identificaron una estructura de cuatro factores, explicando aproximadamente el 61 % de la varianza total del instrumento, lo que evidenció adecuada validez de constructo.

De manera similar, estudios relacionados con percepción y satisfacción respecto al manejo del dolor postoperatorio han reportado adecuadas propiedades psicométricas mediante análisis factorial y consistencia interna elevada. Rothaug et al. (2013) identificaron una estructura de tres factores que explicó el 53.6 % de la varianza total, obteniendo un alfa de Cronbach global de 0.86, respaldando la confiabilidad y validez de instrumentos orientados a evaluar la percepción del paciente sobre el manejo del dolor postoperatorio.

Para efectos de la presente investigación, se consideraron los resultados psicométricos reportados por los autores mencionados (Apéndice B; Apéndice C).

Proceso de Recolección de Datos

Se realizarán las gestiones administrativas correspondientes para la autorización del estudio por parte de la Dirección General del hospital, a través de la Unidad de Docencia,

Investigación y Capacitación, así como del Departamento de Enfermería. Asimismo, se coordinará con la enfermera jefa del servicio de Cirugía para implementar la recolección de datos.

La aplicación de los tres instrumentos (Escala EVA, Cuestionario de manejo del dolor postoperatorio, y Cuestionario de satisfacción) se llevará a cabo en un tiempo estimado de 30 a 40 minutos por participante. Antes de su aplicación, cada paciente firmará el consentimiento informado. Los cuestionarios serán administrados en formato físico o digital, según la disponibilidad y preferencia del paciente, durante periodos de descanso o baja actividad clínica.

Procesamiento y Análisis de Datos

Para el procesamiento estadístico, se empleará el software IBM SPSS Statistics v23, donde se ingresarán los datos recolectados previa codificación. Se realizará un saneamiento de la base de datos, eliminando aquellos registros con ítems incompletos.

Se utilizarán tablas de frecuencia, porcentajes y medidas de tendencia central para describir las variables sociodemográficas y clínicas. Para los objetivos analíticos, se aplicarán pruebas de correlación de Spearman (si los datos son ordinales) o pruebas de chi-cuadrado (si los datos son categóricos), además de pruebas de normalidad y comparación de medias cuando corresponda. El nivel de significancia será del 5% ($p < 0.05$).

Consideraciones Éticas

Para realizar el estudio se tendrá en cuenta la autorización de la institución, el respeto a la confidencialidad de la información brindada, se considerarán los siguientes principios éticos:

Autonomía: Toda persona tiene derecho a ser reconocida como autónoma. Es un principio que significa respetar a las personas y considerar sus decisiones que se derivan de sus valores y creencias personales. Se refiere a la autonomía de cada persona para tomar sus propias

decisiones. Para tal efecto, se otorgará el consentimiento informado a los profesionales de enfermería para que acepten voluntariamente participar en el trabajo de investigación descrito anteriormente, se respetará la confidencialidad de la información y ésta será utilizada únicamente con fines de investigación; Los profesionales que participen en el estudio serán adecuadamente informados del propósito del estudio y se les pedirá que firmen voluntariamente un formulario de consentimiento informado, y la información obtenida será anónima. Hacer el bien: es un principio importante en el cuidado de los pacientes. Es una obligación moral beneficiar a los demás, evitar daños y mejorar el bienestar.

Beneficencia: Hacer el bien: es un principio importante en el cuidado de los pacientes. Es una obligación moral beneficiar a los demás, evitar daños y mejorar el bienestar un principio importante para el cuidado de los pacientes, es una obligación moral beneficiar a los demás, evitando el daño y promoviendo el bienestar.

No maleficencia: Se evitará realizar acciones o intervenciones que dañen o lastimen a los profesionales que integren el proyecto de investigación, siendo este trabajo anónimo. significa evitar causar daño o prevenir daño, incluyendo no causar dolor, sufrimiento o causar discapacidad. Acciones o intervenciones que evitarán perjudicar o perjudicar a los profesionales que integran el proyecto de investigación, este trabajo es anónimo

Justicia; Al escoger a los intervinientes de la investigación, se considera sus derechos de acuerdo con los criterios de inclusión y todos serán tratados con amabilidad y justicia. Dar a todos los participantes de la investigación un trato justo.

Limitaciones del Proyecto

Como limitaciones la investigación se señala el tiempo que se debe emplear para poder hacer las encuestas a los pacientes, debido a que, al estar en un estado de hospitalización, a veces el manejo de ellos no es el óptimo o eficiente.

Presupuesto

Descripción	Cantida d	Costo	Financiamiento	
			Recursos propios	Otros
Material de consumo				
Papel bond A4	05 mll	S/.80.00	Sí	
Lapiceros tinta azul y roja	10 und	S/.80.00	Sí	
Corrector líquido	4 und	S/.80.00	Sí	
Paquete de fólder manila	1 ppt	S/.80.00	Sí	
Subtotal		S/.320.00	Sí	
Presupuesto Servicios:				
Internet	6 meses	S/.350.00	Sí	
Empaste del informe	-	S/.50.00	Sí	
Servicio de consultoría				
Metodólogo	6 meses	S/ 1,000.00	Sí	
Estadístico	6 meses	S/ 1,000.00	Sí	
Viáticos y asignaciones				
Movilidad	6 meses	S/280.00	Sí	
Subtotal		S/ 2,680.00	Sí	
TOTAL DE GASTOS		S/ 3,000.00	Sí	

Referencias Bibliográficas

- Abebe, M. M., Arefayne, N. R., Temesgen, M. M., & Admass, B. A. (2022). Evidence-based perioperative pain management protocol for day case surgery in a resource limited setting: Systematic review. *Annals of Medicine & Surgery*, 80. <https://doi.org/10.1016/j.amsu.2022.104322>
- Abella Palacios, P., Arias Amézquita, F., R Barsella, A., Hernández Porras, B., Kenji Narazaki, D., Salomón Molina, P., Herrero Martín, D., & Guillén Núñez, R. (2021). Control inadecuado del dolor agudo postoperatorio: prevalencia, prevención y consecuencias. Revisión de la situación en Latinoamérica. *Revista Mexicana de Anestesiología*, 44(3).
- Agip Acuña, J. L. (2021). *Factores biomecánicos e intensidad del dolor musculoesquelético en enfermeras de un hospital público en Chiclayo, 2020*. Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo.
- Arcentales Lema, G. C., Esa Cano, I. C., Ramírez Coronel, A. A., & Gafas González, C. (2021). Satisfacción de pacientes quirúrgicos con los cuidados de enfermería. *Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica*, 40(3), 212–221.
- Arias-Gonzales, J. (2021). *DISEÑO Y METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN*. <https://www.researchgate.net/publication/352157132>
- Barad, M. A. A. (2025). *Treatment of pain*. Merck Manual Professional Edition.
- Belay Bizuneh, Y., Fitiwi Lema, G., Yilkal Fentie, D., Woldegerima Berhe, Y., & Enyew Ashagrie, H. (2020). Assessment of Patient's Satisfaction and Associated Factors regarding Postoperative Pain Management at the University of Gondar Compressive Specialized Hospital, Northwest Ethiopia. *Pain Research and Management*, 2020, 1–7. <https://doi.org/10.1155/2020/8834807>
- Berger, S. E., & Baria, A. T. (2022). Assessing Pain Research: A Narrative Review of Emerging Pain Methods, Their Technosocial Implications, and Opportunities for Multidisciplinary Approaches. *Frontiers in Pain Research*, 3. <https://doi.org/10.3389/fpain.2022.896276>
- Buli, B., Gashaw, A., Gebeyehu, G., Abrar, M., & Gerbessa, B. (2022a). Patient satisfaction with post-operative pain management and associated factors among surgical patients at Tikur Anbessa Specialized Hospital: Cross-sectional study. *Annals of Medicine & Surgery*, 79. <https://doi.org/10.1016/j.amsu.2022.104087>

- Buli, B., Gashaw, A., Gebeyehu, G., Abrar, M., & Gerbessa, B. (2022b). Patient satisfaction with post-operative pain management and associated factors among surgical patients at Tikur Anbessa Specialized Hospital: Cross-sectional study. *Annals of Medicine & Surgery*, 79. <https://doi.org/10.1016/j.amsu.2022.104087>
- Cabezas Esteban, M. Á. (2021). Dolor postoperatorio. Actualización enfermera. *NPunto*, 4(35), 86–99. <https://www.npunto.es/content/src/pdf-articulo/6026654dc0a5dart5.pdf>
- Centeno Martínez, A., Morelos García, E., Mara Zamarioli, C., Castañeda Hidalgo, H., Cortes Reyes, K., & Hernández Herrera, D. (2024). Dolor Posquirúrgico, Tiempo Quirúrgico y Manejo Farmacológico en Pacientes Adultos Intervenidos de Cirugía General. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 8(1), 4177–4189. https://doi.org/https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v8i1.9765
- Cheng, M., Liu, H., Pu, C., Chen, G., Zhang, Y., & Yan, L. (2024). Catastrophic Cognition Is a Stronger Predictor Than Emotional Factors of Acute Postoperative Pain in Patients with Traumatic Orthopedic Injuries. *Pain Management Nursing*, 25(6), e395–e404. <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2024.06.006>
- Cheung, C. K., Adeola, J. O., Beutler, S. S., & Urman, R. D. (2022). Postoperative Pain Management in Enhanced Recovery Pathways. *Journal of Pain Research*, Volume 15, 123–135. <https://doi.org/10.2147/JPR.S231774>
- Cho, S., Kim, Y. J., Lee, M., Woo, J. H., & Lee, H. J. (2021). Cut-off points between pain intensities of the postoperative pain using receiver operating characteristic (ROC) curves. *BMC Anesthesiology*, 21(1), 29. <https://doi.org/10.1186/s12871-021-01245-5>
- Chou, R., Gordon, D. B., De Leon-Casasola, O. A., Rosenberg, J. M., Bickler, S., Brennan, T., Carter, T., Cassidy, C. L., Chittenden, E. H., Degenhardt, E., Griffith, S., Manworren, R., McCarberg, B., Montgomery, R., Murphy, J., Perkal, M. F., Suresh, S., Sluka, K., Strassels, S., ... Wu, C. L. (2016). Management of postoperative pain: A clinical practice guideline from the American pain society, the American society of regional anesthesia and pain medicine, and the American society of anesthesiologists' committee on regional anesthesia, executive committee, and administrative council. *Journal of Pain*, 17(2), 131–157. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2015.12.008>
- Cohen, B. (2023). Opioid Analgesics. In *StatPearls*. StatPearls Publishing.

- Colina Vargas, Y. A., Vallejo Agudelo, E., Rodríguez Polo, A., Escobar Restrepo, J., Posada Giraldo, C., & Joaqui Tapia, W. H. (2022). El dolor en pacientes hospitalizados en una institución de alta complejidad. *Medicina UPB*, 41(2), 114–120.
<https://doi.org/10.18566/medupb.v41n2.a04>
- Comunidad de Madrid. (n.d.). *ESCALAS DE EVALUACIÓN DEL DOLOR*.
- Condemaita Quilligana, S. F., Barona Yanchaliquin, J. L., Pilliza Pacha, W. E., Sánchez Centeno, P. L., & Fonseca Chango, J. N. (2023). Percepción de pacientes hospitalizados en cuanto al manejo del dolor postoperatorio. *LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades*, 4(3). <https://doi.org/10.56712/latam.v4i3.1137>
- Dávila Cabo de Villa, E., Morejón Hernández, J. M., & Acosta Figueredo, E. (2020). Pain and painkillers. Some timely considerations. *MediSur*, 18(4), 694–705.
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2020000400694
- Hernández Sampieri, Roberto., & Mendoza Torres, C. Paulina. (2018). *Metodología de la investigación : las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*. McGraw-Hill Education.
- Hospital Nacional Cayetano Heredia. (2022). *Resolución Directoral N° 034-2022-HCH-DG*.
- Huayanay Bernabe, M. E., Moreno Gonzales, A. R., Vásquez Yeng, J., Gilmalca Palacios, N. V., Segura Pinedo, D. J., & Arenas Velasquez, A. (2023). Manejo del dolor postoperatorio de cesárea: Estudio Observacional en el Instituto Nacional Materno Perinatal 2021. *Revista Peruana de Investigación Materno Perinatal*, 11(3), 21–26.
<https://doi.org/10.33421/inmp.2022299>
- Ibitoye, B. M., Oyewalea, T., Olubiyi, S., Nj, U., Anyebe, E., Ampofo, A., Abdulrasheed, Y., & Olorukooba, H. (2020). Incidence of Post-Operative Pain and Patient Satisfaction with its Management in University of Ilorin Teaching Hospital. *Tropical Journal of Health Sciences*, 27, 39–44.
- Iturralde Arcos, M. V. (2020). *Publicación: Prevalencia de dolor agudo postoperatorio, satisfacción del paciente, en la Unidad de Cuidados Posanestésicos del Hospital de las Fuerzas Armadas N°1 Quito, 2020* [UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR].
<https://www.dspace.uce.edu.ec/entities/publication/0bf2ff4f-5c59-4699-9a96-b5a2e930b02b>

- Kolcaba, K. (2001). Evolution of the mid range theory of comfort for outcomes research. *Nursing Outlook*, 49(2), 86–92. <https://doi.org/10.1067/mno.2001.110268>
- Krebs, E. E., Lorenz, K. A., Bair, M. J., Damush, T. M., Wu, J., Sutherland, J. M., Asch, S. M., & Kroenke, K. (2009). Development and Initial Validation of the PEG, a Three-item Scale Assessing Pain Intensity and Interference. *Journal of General Internal Medicine*, 24(6), 733–738. <https://doi.org/10.1007/s11606-009-0981-1>
- Krinsky, R., Murillo, I., & Johnson, J. (2014). A practical application of Katharine Kolcaba's comfort theory to cardiac patients. *Applied Nursing Research*, 27(2), 147–150. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2014.02.004>
- Liu, Q.-R., Dai, Y.-C., Ji, M.-H., Liu, P.-M., Dong, Y.-Y., & Yang, J.-J. (2024). Risk Factors for Acute Postsurgical Pain: A Narrative Review. *Journal of Pain Research*, Volume 17, 1793–1804. <https://doi.org/10.2147/JPR.S462112>
- Llanos Jaime, S. N., & Alarcon De La Cruz, K. E. (2020). *Intervención de Enfermería en manejo del dolor en pacientes de emergencia. Hospital Augusto Hernández Mendoza, Ica 2019*. Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa.
- Luque-Suarez, A., Martinez-Calderon, J., Navarro-Ledesma, S., Morales-Asencio, J. M., Meeus, M., & Struyf, F. (2020). Kinesiophobia Is Associated with Pain Intensity and Disability in Chronic Shoulder Pain: A Cross-Sectional Study. *Journal of Manipulative and Physiological Therapeutics*, 43(8), 791–798. <https://doi.org/10.1016/j.jmpt.2019.12.009>
- Mayo Clinic Staff. (2023). *Tapering off opioids: When and how*. Mayo Clinic. <https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/prescription-drug-abuse/in-depth/tapering-off-opioids-when-and-how/art-20386036>
- Ministerio de Salud. (2022, May 9). *Minsa lanzó campaña “Cirugías al día” para fortalecer continuidad de operaciones postergadas por pandemia de la COVID -19*. MINSA.
- Mohamed Bayoumi, M. M., Khonji, L. M. A., & Gabr, W. F. M. (2021). Are nurses utilizing the non-pharmacological pain management techniques in surgical wards? *PLOS ONE*, 16(10), e0258668. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0258668>
- Mohammed Alhussin, E., Mohamed, S. A., Hassan, A. A., Al-Qudimat, A. R., Doaib, A. M., al jonidy, R. M., al harbi, L. I., & Alhawsawy, E. D. (2024). Patients' satisfaction with the

- quality of nursing care: A cross-section study. *International Journal of Africa Nursing Sciences*, 20, 100690. <https://doi.org/10.1016/j.ijans.2024.100690>
- National Library of Medicine. (2020). *Chronic pain*. MedlinePlus.
- Olarte Luis, J. T. (2021). *Prevalencia e intensidad del dolor agudo postoperatorio y su correlación con la satisfacción de los pacientes frente a la calidad de recuperación anestésica en el Hospital Universitario Nacional de Colombia. Un estudio observacional*. Universidad Nacional de Colombia.
- Organización Mundial de la Salud. (2020, August 20). *Cuidados paliativos*. World Health Organization. https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care?utm_source=chatgpt.com
- Pérez Piedra, M. J. (2023). Manejo del dolor en el postoperatorio. *Revista Médica Sinergia*, 8(9), e1101. <https://doi.org/10.31434/rms.v8i9.1101>
- Ramírez Palomino, K. A., & Urrutia Velazco, I. N. (2024). CALIDAD DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA Y SATISFACCIÓN EN PACIENTES POSTOPERADOS DEL SERVICIO DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL SANTA MARÍA DEL SOCORRO, ICA 2021. *Revista Enfermería La Vanguardia*, 11(2), 66–78. <https://doi.org/10.35563/revan.v11i2.534>
- Ribera Leclerc, H. J., Montes Pérez, A., Monerris Tabasco, M. del M., Pérez Herrero, M. A., Del Río Fernández, S., & López Pais, P. (2021). El problema no resuelto del dolor postoperatorio: análisis crítico y propuestas de mejora. *Revista de La Sociedad Española Del Dolor*, 28(4), 232–238. <https://doi.org/10.20986/resed.2021.3917/2021>
- Rodríguez López, R. M., & Arevalo Marcos, Dr. PhD. Sc. R. A. A. M. (2023). Calidad de atención de enfermería y satisfacción del paciente en el servicio de emergencia de un hospital nacional de Lima-Perú. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 7(1), 5045–5059. https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v7i1.4815
- Romero Berroa, C. A. (2021). *Relación de kinesiofobia e intensidad de dolor musculoesquelético en pacientes postoperados de rodilla, Hospital – Ilo, 2020*. Universidad Privada de Tacna.
- Samper Bernal, D., Barroso Castaño, P., Roca Amatria, G., Pérez Hinarejos, M., Monerris Tabasco, M. del M., García Eroles, L., & López Alarcón, R. (2019). Optimización de la gestión del dolor postoperatorio basado en una nueva herramienta tecnológica. Mapa del

- dolor. *Revista de La Sociedad Española Del Dolor*, 26.
<https://doi.org/10.20986/resed.2019.3696/2018>
- Small, C., & Laycock, H. (2020a). Acute postoperative pain management. *British Journal of Surgery*, 107(2), e70–e80. <https://doi.org/10.1002/bjs.11477>
- Small, C., & Laycock, H. (2020b). Acute postoperative pain management. *British Journal of Surgery*, 107(2), e70–e80. <https://doi.org/10.1002/bjs.11477>
- Solano Quinche, M. J., Cruz Ortiz, K. F., & Orellana Pelaez, C. A. (2025). Intervenciones de enfermería en el manejo del dolor en pacientes hospitalizados. *LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades*, 6(2).
<https://doi.org/10.56712/latam.v6i2.3740>
- Thiel, B., Godfried, M. B., Koopman, S. J. H. A., Huijboom, M., Opschoor, K., Aarnoudse, M., Poolman, R. W., Verlaan, J.-J., Kitzen, J., & Kalkman, C. J. (2025). A multicenter analysis of registry data on postoperative orthopedic pain: a retrospective cohort study. *BMC Anesthesiology*, 25(1), 338. <https://doi.org/10.1186/s12871-025-03212-w>
- Vargas Aguilar, D. M., Guevara Valerio, H., Romero Luna, D. I., Martínez Nápoles, A. R., Cortés Martínez, L. A., Bañuelos Ortiz, E., & Luna Alonso, Y. (2020). Estimación de la prevalencia, intensidad del dolor postoperatorio y satisfacción de los pacientes postoperados del Hospital Ángeles Lomas. *Acta Médica Grupo Ángeles*, 18(2), 133–139.
<https://doi.org/10.35366/93886>
- Villamil Caicedo, C. M., Salmerón Castro, J. M., Morales García, M. A., Ordoñez-Hernández, C. A., & Pacheco López, R. (2025). Adaptación cultural y validación de la Escala Combinada de Dolor del Policlínico de Indiana. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 54(1), 34–39.
<https://doi.org/10.1016/j.rcp.2024.04.009>
- Wang, L., & Zhang, Q. (2024). Effect of the postoperative pain management model on the psychological status and quality of life of patients in the advanced intensive care unit. *BMC Nursing*, 23(1), 496. <https://doi.org/10.1186/s12912-024-02144-z>
- Wang, Y., Liu, C., & Wang, P. (2023). Patient satisfaction impact indicators from a psychosocial perspective. *Frontiers in Public Health*, 11. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1103819>
- World Health Organization. (2020). *Palliative care*. World Health Organization.

Apéndices

Apéndice A: Instrumentos de recolección de datos

Escala de valoración del dolor

Marque con una “X” cada uno de los 03 ítems que miden el dolor en diferentes temporalidades posoperatorios de los pacientes.

[illegible]

Cuestionario para evaluar el manejo del dolor postoperatorio en el paciente

Marcar la respuesta brindada por el paciente para cada ítem con una “X”, en la puntuación del 1 - 5 que mejor describa acerca del manejo del dolor que recibió el paciente postoperado por el personal de enfermería luego de su operación.

N	Dimensiones	Cuestionario	1	2	3	4	5
			Nunca	Rara vez	A veces	Algunas veces	Siempre
1	Valoración del dolor	Antes de su operación, le informaron sobre el tipo de tratamiento del dolor que recibiría después de la cirugía.					
2		Después de su operación el personal le explico sobre el dolor, el tratamiento que recibirá, dándole la oportunidad de decir cómo quiere que su dolor sea tratado.					
3		Recibió ayuda para encontrar una posición más adecuada para disminuir o evitar el dolor.					
4		Hubo paz y tranquilidad en su habitación por la noche.					
5	Tratamiento farmacológico	Para determinar su nivel de dolor, un miembro del personal le pidió que seleccionara un número entre 1 y 10, o que hiciera una marca en línea recta.					
6		El personal le preguntó sobre el dolor que tenía cuando respiraba profundamente, se sentaba o se movía alrededor de su cama.					
7		Le administraron medicamentos en dosis suficiente.					

8	Tratamiento no farmacológico	Le preguntaron si se alivió o no su dolor luego de la administración del medicamento.					
9		El personal le ayudo con el tratamiento del dolor hasta que estuvo satisfecho con el alivio del dolor.					
10		Su cama estaba en una habitación agradable, donde le brindaron confianza y utilizaron un tono amigable al dirigirse a usted.					
11	Seguimiento al paciente	Cuando tuvo dolor, alguien respondió rápidamente para aliviar su dolor.					
12		Cuando un nuevo personal entra al servicio por el cambio de turno, saben todo sobre cuánto dolor ha tenido y el tratamiento del dolor que ha recibido.					
13		El personal le cree cuando les cuenta sobre su dolor.					
14		El personal estaba bien informado sobre cómo aliviar su dolor y han cooperado en el tratamiento de su dolor.					

Cuestionario para evaluar la satisfacción del paciente hospitalizado respecto al manejo del dolor postoperatorio

Instrucciones: Marque con una “X” la respuesta que mejor describa su experiencia respecto al cuidado recibido durante su hospitalización, especialmente en lo relacionado con el manejo del dolor postoperatorio. Utilice la siguiente escala de puntuación:

1 = Muy insatisfecho

2 = Insatisfecho

3 = Neutral

4 = Satisfecho

5 = Muy satisfecho

Nº	Ítem	1	2	3	4	5
1	¿Se le administraron medicamentos para el dolor en el momento adecuado?					
2	¿El personal de enfermería se interesó por su nivel de dolor?					
3	¿Recibió algún tipo de alivio del dolor luego de que expresó su malestar?					
4	¿Considera que el tratamiento del dolor fue efectivo durante su hospitalización?					
5	¿El personal de enfermería fue amable y respetuoso durante su atención?					
6	¿Se sintió escuchado(a) y comprendido(a) por el personal de enfermería?					
7	¿Considera que el personal de enfermería mostró interés por su bienestar?					
8	¿El personal le brindó atención de manera oportuna cuando usted lo solicitó?					
9	¿Le explicaron claramente las causas de su dolor postoperatorio?					
10	¿Recibió indicaciones claras sobre cómo controlar el dolor en casa?					
11	¿Le informaron sobre los medicamentos que le estaban administrando para el dolor?					
12	¿Se le brindó información sobre otros métodos para aliviar el dolor además de los medicamentos farmacológicos?					

Anexos

Apéndice B: Validez de los instrumentos

Variable: Satisfacción (Idvall, 2001)

Table 4. The categories, the indicators for content validation and items in the patient questionnaire

Categories in the tentative model (I)	Indicators for content validity (II, III)	Items in the patient questionnaire (IV, V)
<i>Elements of performance</i>		
Detecting and acting on signs and symptoms	1/ The patient's perception of pain must be assessed regularly with the help of a pain assessment instrument e.g. the VAS* scale.	7/ To determine my level of pain, a member of the staff asked me to pick a number between 0 and 10 (or make a mark on a straight line) at least once every morning, afternoon, and evening.
Performing prescriptions	2/ Pharmacological pain treatment must be administered preventively.	5/ Even if I did not always asked for it, I was given pain medication.
Performing pre- and postoperative care	3/ The patient's pain must be assessed in connection with mobilization e.g. on breathing deeply or moving legs.	6/ The staff asked me about the pain I had when I breathed deeply, sat up, or moved around.
Performing general care	4/ The patient must be given help/support to find a comfortable position in bed.	3/ I received support or help in finding a comfortable position in bed to help avoid pain.
Informing and educating	5/ The patient must receive information preoperatively about pain treatment.	1/ Before my operation I was told about the type of pain treatment I would be offered after surgery.
Promoting relationships	6/ An individual goal for pain treatment must be set up in collaboration with the patient.	2/ After my operation I talked with a nurse about how I wanted my pain to be treated.
Acting on behalf of patients	7/ The nurse must act until a level has been reached that is acceptable to the patient.	8/ The nurses helped me with pain treatment until I was satisfied with the effects of pain relief.

Protecting the privacy of patients	8/ The patient must be given the opportunity for peace and quiet so as to be able to sleep/rest at night.	4/ I was given the opportunity for peace and quiet so I could sleep at night.
------------------------------------	---	---

Prerequisites

Staffing	9/ Over half the caring staff on the ward must be registered nurses.	10/ There have been enough nurses on duty for someone to respond quickly to my request for pain relief.
Environment/equipment	10/ There must be rooms that produce a pleasant environment.	9/ I have a pleasant room.
Competence/knowledge	11/ Nurses must possess special knowledge of pain assessment and pain treatment.	13/ The nurses are knowledgeable about how to relieve my pain.
Routines	12/ There must be special rules for the documentation of pain assessment and pain treatment.	12/ When nurses come on duty, they know “everything” about how much pain I have had and the pain treatment I have received.
Responsibility	13/ There must be a particular nurse who is responsible for the individual patient’s pain treatment, e.g. a primary nurse.	11/ A specific nurse is responsible for my care during the entire time I am hospitalised.
Attitudes	14/ Nurses must believe what the patients tell them concerning their pain.	14/ The nurses believe me when I tell them about my pain.
Team-work	15/ There must be multiprofessional co-operation with respect to pain.	15/ The nurses and doctors have cooperated in treating my pain.

* VAS visual analogue scale

Variable: Intensidad Dolor Postoperatorio (Rothaug et al.; 2013)

IPO	BPI	
	R	<i>p</i> value
Number representing the worst pain since surgery	Number best describing the worst pain in the last 24 h	
	0.933	≤ 0.001
Number representing the least intense pain since surgery	Number best describing the least intense pain in the last 24 h	
	0.867	≤ 0.001
Number representing how much pain interfered with activities out of bed	Number best describing how much pain interfered with walking ability	
	0.806	≤ 0.001
Number representing how much pain interfered with sleep	Number best describing how much pain interfered with sleep	
	0.786	≤ 0.001
Pain relief level after treatments used	Improvement provided by treatments or medications	
	0.809	≤ 0.001

Variable: EVA (Sindhu et al.; 2011)

Tabla 1. Resultado del coeficiente de concordancia W de Kendall

Estadísticos	Válido	Perdidos	Mediana	Rango
Escala de caras de Wong-Baker	12	0	5,00	1
Escala Visual Analógica	12	0	5,00	1
Escala FLACC	12	0	5,00	1
Escala de Conductas Indicadoras de Dolor	12	0	5,00	1

Escala de Likert: 1.- No adecuada, 2.- Poco adecuada, 3.- Adecuada, 4.- Bastante adecuada, 5.- Muy adecuada.

Fuente: registro de la valoración de las escalas por los expertos.

Tabla 2. Concordancia de criterios entre los expertos

Estadísticos de prueba	
N	12
W de Kendall ^a	0,233
Chi-cuadrado	38,525
G1	10
Sig. Asintótica	0,000

Fuente: registro de la valoración de las escalas por los expertos

Apéndice C: Confiabilidad de los instrumentos (Incluir matriz de datos)

Variable: Dolor Posto-Operatorio (Idvall, 2001)

Table 3. Mean scores ($\pm$ SD) and the proportion of the three most crucial indicators in 'elements of performance'(1-8) and 'prerequisites'(9-15), respectively, Mann-Whitney U-test between the groups (essential, realistic, nurses influence) and Chi2 test with Yate's correction between the groups (most crucial), study group 2, n=210 (2) and study group 3, n=321 (3)

Indicator	Essential		Realistic		Nurses influence		Most crucial	
	2 mean(SD)	3 mean(SD)	2 mean(SD)	3 mean(SD)	2 mean(SD)	3 mean(SD)	2 %	3 %
1/ The patient's perception of pain must be assessed regularly with the help of a pain assessment instrument e.g. the VAS scale	.87(.18) ^a	.80(.19)	.80(.20) ^a	.75(.20)	.90(.17)	.87(.16)	67 ^a	51
2/ Pharmacological pain treatment must be administered preventively	.92(.15)	.90(.14)	.89(.16)	.87(.17)	.90(.15)	.87(.17)	51	57
3/ The patient's pain must be assessed in connection with mobilisation e.g. on breathing deeply or moving legs	.89(.19) ^a	.85(.19)	.82(.20)	.81(.18)	.88(.18) ^a	.85(.17)	17	15
4/ The patient must be given help/support to find a comfortable position in bed	.94(.13)	.94(.11)	.86(.17)	.88(.14)	.92(.14)	.90(.14)	7	12
5/ The patient must receive information preoperatively about pain treatment	.97(.10) ^a	.95(.11)	.90(.15)	.89(.15)	.93(.14)	.91(.14)	58	48
6/ An individual goal for pain treatment must be set up in collaboration with the patient	.87(.16) ^a	.78(.19)	.76(.22) ^a	.68(.20)	.82(.22) ^a	.77(.19)	21	23
7/ The nurse must act until a level has been reached that is acceptable to the patient	.97(.09)	.95(.10)	.85(.16)	.83(.16)	.90(.15)	.87(.16)	72	72

8/ The patient must be given the opportunity for peace and quiet so as to be able to sleep/rest at night	.94(.13)	.94(.11)	.70(.24)	.66(.24)	.74(.26)	.71(.25)	6 ^a	20
9/ Over half the caring staff on the ward must be registered nurses	.69(.31)	.73(.28)	.64(.30)	.65(.26)	.56(.32)	.58(.27)	13	19
10/ There must be rooms that produce a pleasant environment	.83(.21) ^a	.88(.16)	.53(.28)	.57(.22)	.51(.29)	.54(.26)	1 ^a	8
11/ Nurses must possess special knowledge of pain assessment and pain treatment	.98(.09) ^a	.94(.12)	.88(.17) ^a	.83(.18)	.85(.21) ^a	.82(.19)	94 ^a	84
12/ There must be special rules for the documentation of pain assessment and pain treatment	.95(.13) ^a	.93(.12)	.88(.16) ^a	.85(.17)	.90(.15)	.88(.15)	57	47
13/ There must be a particular nurse who is responsible for the individual patient's pain treatment, e.g. a primary nurse	.80(.22)	.79(.21)	.71(.24)	.69(.22)	.74(.25)	.75(.21)	14	22
14/ Nurses must believe what the patients tell them concerning their pain	.96(.10)	.95(.11)	.89(.16)	.86(.16)	.90(.16)	.89(.15)	78	74
15/ There must be multiprofessional co-operation with respect to pain	.94(.15) ^a	.92(.14)	.79(.21)	.78(.19)	.77(.23)	.76(.21)	42	45

^aSign of differences between groups 2 and 3, $p < 0.01$

Variable: Intensidad Dolor Postoperatorio (Rothaug et al.; 2013)

Item	n	Sign	Item-Test Correlation	Item-RestCorrelation	Average Interitem Correlation	Alpha
Worst pain in 24 hours	4,576	+	0.71	0.65	.27*	.85*
Least pain in 24 hours	4,554	+	0.67	0.6	.28*	.85*
Percentage of time in severe pain	4,468	+	0.72	0.66	.27*	.85*
Pain interference with activities in bed	4,458	+	0.71	0.65	.27*	.85*
Pain interference with breathing or coughing	4,471	+	0.53	0.44	.29*	.86*
Pain interference with sleep	4,482	+	0.68	0.61	.28*	.85*
Pain interference with activities out of bed	3,186	+	0.72	0.66	.28*	.85*
Emotional impairment due to pain: anxious	4,513	+	0.68	0.61	.28*	.85*
Emotional impairment due to pain: helpless	4,460	+	0.71	0.64	.27*	.85*
Adverse effects: nausea	4,528	+	0.46	0.36	0	.86*
Adverse effects: drowsiness	4,508	+	0.49	0.4	.29*	.86*

Adverse effects: itching	4,486	+	0.35	0.25	.31*	.87*
Adverse effects: dizziness	4,511	+	0.54	0.45	0	.86*
Percentage of pain relief in 24 hours	4,255	+	0.49	0.4	.29*	.86*
Participation in decision making	4,169	+	0.2	0.09	.32*	.87*
Satisfaction with pain treatment	4,333	+	0.54	0.45	.29*	.86*
Test scale					0	1
Subscales						
Pain intensity and interference (physical and emotional)	4,576	—	—	—	0.47	0.89
Adverse effects	4,528	—	—	—	0.33	0.67
Perceptions of care	4,333	—	—	—	0.29	0.55

Variable: EVA (Sindhu et al.; 2011)

Tabla 5. Resultados de la consistencia interna por α de Cronbach Global

Escalas	α de Cronbach
Escala de caras de Wong-Baker	0,850
Escala Visual Analógica	0,842
Escala FLACC	0,856
Escala de Conductas Indicadoras de Dolor	0,898
α de Cronbach Global	0,861

Fuente: registro de la valoración de las escalas por los expertos.

Apéndice D: Consentimiento informado

Estimado(a) estudiante, le invitamos a participar en la investigación titulada "**Intensidad Y Manejo Del Dolor Postoperatorio Y Satisfacción Del Paciente En un Hospital Público en Tocache, 2026**". Este estudio es realizado por estudiantes de la Facultad de Ciencias de la Salud. El objetivo de esta investigación es: Determinar la relación entre la intensidad, el manejo del dolor postoperatorio y la satisfacción del paciente dentro del hospital público mencionado.

Su participación en este estudio es totalmente voluntaria y anónima, por lo que no le causará ningún riesgo ni perjuicio. Se cumplirán y respetarán los principios éticos de la Declaración de Helsinki y los códigos éticos y deontológicos correspondientes.

Antes de empezar, necesitamos su confirmación para participar en nuestra investigación. ¿Está de acuerdo en participar en este estudio?

Sí () No ()

A continuación, se le solicitará brindar algunos datos generales acerca de usted. Le agradecemos su participación y sinceridad.

- **Edad:**_____ años.
- **Género:**
 - Femenino ()
 - Masculino ()
- **Lugar de residencia:** _____.

Investigadoras

Apéndice E: Matriz de consistencia

Título: “Intensidad, manejo del dolor postoperatorio y satisfacción del paciente en un hospital público en Tocache, 2026”

Problem a	Objetivo s	Variable s	Hipóte sis	Metodolog ía
Problem a general	Objetivo general	Variable 1	Hipóte sis alterna	Enfoque: Cuantitativo
¿Cuál es la relación entre la intensidad, el manejo del dolor postoperatorio y la satisfacción del paciente en un hospital público en Tocache, 2026?	Determi nar la relación entre la intensidad, el manejo del dolor postoperatorio y la satisfacción del paciente en un hospital público en Tocache, 2026.	Intensida d del dolor y manejo del dolor postoperatorio	Existe relación significativa entre intensidad y el manejo del dolor postoperatorio con la satisfacción del en paciente hospitalizado en el servicio de Cirugía, Tocache - 2026.	Diseño: No experimental Tipo: Descriptiva Corte: Transversal Población: Conformado por un total de 340 pacientes hombres y mujeres indistintamente de su edad intervenidos quirúrgicamente por el servicio de cirugía y se encuentran en internados de manera postoperatorio en el área de “Hospitalización de Cirugía” del Hospital durante el primer trimestre del año 2025, según datos de Administración de
Problem as específicos	Objetivo s específicos	Variable 2	Hipóte sis específicas	
¿Cuál es la relación entre la intensidad del dolor postoperatorio y la satisfacción del paciente en un hospital público en Tocache, 2026?	Determi nar la relación entre la intensidad del dolor postoperatorio y la satisfacción del paciente en un hospital público en Tocache, 2026.	Satisfacci ón del paciente	No existe relación significativa entre intensidad y el manejo del dolor postoperatorio con la satisfacción del en paciente	

¿Cuál es la relación entre el manejo del dolor postoperatorio y la satisfacción del paciente en un hospital público en Tocache, 2026?	Determinar la relación entre el manejo del dolor postoperatorio y la satisfacción del paciente en un hospital público en Tocache, 2026.		hospitalizado en el servicio de Cirugía, Tocache - 2026.	Enfermería del nosocomio. Muestra: 181 pacientes Técnica: Encuesta Instrumento: Cuestionario
¿Cuál es la relación entre la intensidad del dolor postoperatorio y el manejo del dolor postoperatorio en pacientes de un hospital público en Tocache, 2026?	Determinar la relación entre la intensidad del dolor postoperatorio y el manejo del dolor postoperatorio en pacientes de un hospital público en Tocache, 2026.			

Apéndice F: Autorización institucional

“Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho”

SOLICITUD

Dr. RONAL MARIANO LLERENA LOZANO

Director Hospital II- 1 José Peña Portugués Tocache

Nosotras, Consuelo de Jesús Fasabi Rojas con DNI 42787704 y Jheny Rengifo Jesús DNI 44538311, estudiantes de la Universidad Peruana Unión, con domicilio en Jr. Jorge Chávez cuadra 14 y Jr. Sara Anita cuadra 4 - Distrito de Tocache, Provincia de Tocache y Departamento de San Martín, mediante la presente solicitamos su autorización para realizar nuestro proyecto de investigación titulado: **“Intensidad y manejo del dolor postoperatorio y satisfacción del paciente en un Hospital Público en Tocache, 2026”** con el fin de obtener el Grado de Segunda Especialidad en Cuidados Quirúrgico.

Cabe indicar que dicha información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. será usada con fines académicos debiendo mantener el uso de buenas prácticas durante el desarrollo de la investigación.

Tocache, 23 octubre 2025