



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA**

**FACULTAD DE LA SALUD HUMANA**

**CARRERA DE ENFERMERÍA**

**TÍTULO**

**“MANEJO DEL DOLOR EN EL PACIENTE  
HOSPITALIZADO, POR EL PERSONAL DE  
ENFERMERÍA DEL HOSPITAL GENERAL  
“ISIDRO AYORA DE LOJA”**

TESIS PREVIA A LA  
OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE  
LICENCIADA EN ENFERMERÍA

**AUTORA:**

Marithza Elizabeth Enríquez Caraguay

**DIRECTORA:**

Lic. Bertila Maruja Tandazo Agila, Mg. Sc.

LOJA - ECUADOR

2018

**CERTIFICACIÓN**

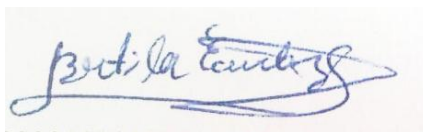
Lic. Bertila Maruja Tandazo Agila, Mg. Sc.

**DIRECTORA DE TESIS**

Que el presente trabajo investigativo referente al: **MANEJO DEL DOLOR EN EL PACIENTE HOSPITALIZADO, POR EL PERSONAL DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL GENERAL “ISIDRO AYORA DE LOJA”**, de autoría de la estudiante Marithza Elizabeth Enríquez Caraguay, ha sido concluido observando las disposiciones reglamentarias, por lo que se autoriza su presentación y sustentación ante el Tribunal correspondiente.

|

Loja, 31 de mayo del 2018



---

Lic. Bertila Maruja Tandazo Agila, Mg. Sc.

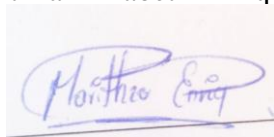
**DIRECTORA DE TESIS**

## AUTORÍA

Yo, Marithza Elizabeth Enríquez Caraguay, declaro ser autora del presente trabajo de tesis y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes jurídicos de posibles reclamos o acciones legales, por el contenido de la misma.

Adicionalmente acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja, la publicación de mi tesis en el Repositorio Institucional – Biblioteca Virtual.

**Autora:** Marithza Elizabeth Enríquez Caraguay



**Firma:** .....

**Cédula:** 1104115298

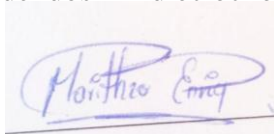
**Fecha:** Loja, 31 de mayo del 2018

## CARTA DE AUTORIZACIÓN

Yo, Marithza Elizabeth Enríquez Caraguay, declaro ser autora de la tesis titulada: **MANEJO DEL DOLOR EN EL PACIENTE HOSPITALIZADO, POR EL PERSONAL DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL GENERAL “ISIDRO AYORA DE LOJA”**, siendo un requisito para optar al grado de Licenciada en Enfermería, autorizo al Sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que con fines académicos; muestre al mundo la producción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera en el Repositorio Digital Institucional:

Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo en el RDI, en las redes de información del país y el exterior, con las cuales tenga convenio la Universidad. La Universidad Nacional de Loja, no se responsabiliza por el plagio o copia de tesis que realiza un tercero.

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja, a los Treinta y uno días del mes de mayo del dos mil dieciocho.



**Firma:** .....

**Autora:** Marithza Elizabeth Enríquez Caraguay

**Cédula:** 1104115298

**Dirección:** Borja Alto

**Correo Electrónico:** mary12eli@hotmail.com

**Celular:** 0967280198

### DATOS COMPLEMENTARIOS

**Directora de tesis:** Lic. Bertila Maruja Tandazo Agila, Mg. Sc.

**Tribunal de grado:**

**Presidente:** Lic. Balbina Enith Contento Fierro, Mg. Sc.

**Vocal:** Lic. Dolores Magdalena Villacis Cobos, Mg. Sc

**Vocal:** Lic. Noemi Davila Chamba , Mg. Sc

## DEDICATORIA

Este trabajo de investigación está dedicado principalmente a Dios por ser mi fortaleza guía durante mi vida, dándome la sabiduría necesaria para afrontar todas las dificultades que se me presentaron constantemente, conduciéndome a lograr mi meta profesional, por todas las pequeñas lecciones que a lo largo de mis estudios superiores me dio para forjarme como una persona de ética y moral. Se lo dedico por otra parte a las autoridades de la carrera de Enfermería de la Facultad de Salud Humana de la Universidad Nacional de Loja, especialmente a la directora de tesis: la Lic. Bertila Maruja Tandazo Agila, Mg. Sc., por mostrarse colaborativa y tolerante para orientar el desarrollo de mi trabajo de investigación. De igual forma, a mis padres, quienes, al ser mi mayor motivación de esfuerzo y dedicación, me han sabido apoyar tanto económica como moralmente al educarme con valores y normas sociales de dirección correcta para aplicarlas en mi vida con tenacidad y perseverancia para lograr lo que me proponga ser.

Finalmente, mi especial dedicación a mis familiares y amigos por haber estado siempre presentes en el desarrollo de mis estudios universitarios, aportándome su apoyo.

*Marithza Elizabeth Enríquez Caraguay*

## AGRADECIMIENTO

Dando por terminado el presente estudio, expongo mi especial agradecimiento a Dios, quien no solo me provee la vida, sino la sapiencia para desenvolverme a nivel académico y humano como un medio de bienestar social. Agradezco al personal docente de la Carrera de Enfermería del Área de la Salud Humana de la Universidad Nacional de Loja por contribuirme el espacio fundamental para desarrollar mis conocimientos necesarios en el transcurso de mi carrera, de forma específica a la Lic. Bertila Maruja Tandazo Agila, Mg. Sc., Directora de Tesis por guiar mi investigación con persistencia, asesorándome en todo lo posible para que el mismo sea elaborado y culminado con eficiencia bajo un ejemplo de profesionalismo y calidad.

Así mismo, agradezco al personal de enfermería del Hospital General “Isidro Ayora Loja”, por facilitarme la accesibilidad a la información requerida para la consecución de mi tesis, considerando que fueron el factor esencial sin el cual, no hubiera sido factible terminarla, y mi agradecimiento a todos que de una u otra forma intervinieron favorablemente para posibilitarme el lograr mi título académico.

*Marithza Elizabeth Enríquez Caraguay*

## ÍNDICE

CARARÁTULA .....	i
CERTIFICACIÓN .....	ii
AUTORÍA .....	iii
CARTA DE AUTORIZACIÓN .....	iv
DEDICATORIA .....	v
AGRADECIMIENTO .....	vi
ÍNDICE .....	vii
1. Título .....	1
2. Resumen .....	2
Summary .....	3
3. Introducción .....	4
4. Revisión de literatura .....	7
Dolor	
.....	i
<b>Error! Marcador no definido.</b>	
Fisiopatología del dolor .....	7
Fases de la fisiopatología del dolor. ....	7
Clases .....	9
Según su duración. ....	9
Según su mecanismo fisiopatológico. ....	10
Factores que influyen en el dolor .....	11
Cognitivos .....	11

Afectivos.....	12
Conductuales.....	12
Demográficas. ....	12
Manejo del dolor .....	13
Procedimiento para el manejo del dolor.....	14
5. Materiales y métodos.....	30
6. Resultados.....	32
7. gDiscusión .....	35
8. Conclusiones. ....	38
9. Recomendaciones .....	39
10. Bibliografía .....	40
k. Anexos .....	48



## **1. TÍTULO**

**MANEJO DEL DOLOR EN EL PACIENTE HOSPITALIZADO, POR EL  
PERSONAL DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL GENERAL “ISIDRO AYORA  
DE LOJA”**

## 2. RESUMEN

El dolor es un síntoma de mucha influencia en los pacientes hospitalizados, su tiempo de duración e intensidad depende del manejo que se aplique para disminuirlo ya que mientras más permanezca el dolor en el tiempo, mayores efectos negativos provoca en la calidad de vida de las personas que lo padecen. No obstante, aunque se tiene conocimiento de ello y se tiene los medios disponibles para manejar el dolor, aún persisten algunas deficiencias en cuanto a al procedimiento que realizan las enfermeras para manejarlo. Por este motivo se desarrolló una investigación enfocada a determinar el manejo del dolor en pacientes hospitalizados, por el personal de enfermeras del Hospital General “Isidro Ayora Loja”, misma que fue de tipo descriptivo y transversal a través de la aplicación de la encuesta que permitió analizar las prácticas realizadas para disminuir el dolor. En este sentido se corrobora que las enfermeras tienen conocimiento sobre cómo se debe valorar el dolor además de que reconocen el tipo de dolor al comunicarse directamente con el paciente que a su vez interviene en su localización para que luego se mida su intensidad con la escala numérica y suministrar analgésicos pertinentes de forma oportuna, lo que en consecuencia refleja la satisfacción de los pacientes con la gestión efectuada por los profesionales de enfermería en el tratamiento de su dolor y que demuestra su eficiente manejo.

**Palabras clave:** manejo, dolor, pacientes hospitalizados, enfermeras, satisfacción.

## SUMMARY

Pain is a symptom of great influence in hospitalized patients, its duration and intensity depends on the management applied to reduce it, since the longer the pain remains over time, the greater negative effects it causes on the quality of life of people who suffer. However, although we know of this and have the means available to manage the pain, some deficiencies still persist in terms of the procedure performed by the nurses to manage it. For this reason, a research focused on determining the management of pain in hospitalized patients was developed by the staff of nurses of the General Hospital "Isidro Ayora Loja", which was descriptive and cross-sectional through the application of the survey that allowed analyze the practices carried out to reduce pain. In this sense, it is corroborated that nurses have knowledge about how pain should be assessed, in addition to recognizing the type of pain by communicating directly with the patient, who in turn intervenes in its location so that its intensity can then be measured with the numerical scale and provide relevant analgesics in a timely manner, which consequently reflects the satisfaction of patients with the management carried out by nursing professionals in the treatment of their pain and demonstrates their efficient management.

**Key words:** management, pain, hospitalized patients, nurses, satisfaction.

### 3. INTRODUCCIÓN

La International Association for the Study of Pain (IASP) define el dolor como “una experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada a una lesión tisular presente o potencial”. En pacientes hospitalizados, la prevalencia de dolor se ha estimado en un 61,4%, sin diferencias por sexo; la mayoría presentaban dolor leve cuando se encuentran hospitalizados, en tanto que hay otros con una intensidad entre moderada y severa, lo que generan efectos como la ansiedad, la depresión, desesperación, etc. (García, 2013).

La (IASP), con el respaldo de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Federación Europea de Secciones de la IASP, (EFIC), consideran el dolor crónico como la mayor amenaza para la calidad de vida a nivel mundial, amenaza que va en aumento de forma paralela al aumento de la esperanza de vida. En consecuencia el dolor es una experiencia subjetiva que solo puede evaluarse por declaración de quien la sufre, utilizando instrumentos validados y adecuados a la situación de cada persona (Herreros, 2015).

Estudios a nivel mundial han registrado prevalencia de dolor moderado a severo, entre un 30 a 70% (5-7). Como consecuencia del inadecuado control del dolor durante la hospitalización se presentan alteraciones a nivel fisiológico, que incrementan la morbilidad, el tiempo de recuperación y la estancia hospitalaria, especialmente en quienes están en período posquirúrgico

En Ecuador en el 2007 el hospital Luis Vernaza constituyó el primer centro de tratamiento del dolor agudo y crónico asociado a una entidad hospitalaria en la ciudad de Guayaquil. Este servicio busca disminuir la dolencia del paciente a través de tratamientos

especializados y focalizados, cubriendo las necesidades del mismo como un ser biopsicosocial y espiritual. El programa de tratamiento del dolor crónico está diseñado para aliviar el dolor, mejorar la calidad de vida y disminuir la dependencia de los sistemas de cuidado de salud. Este servicio está dirigido a pacientes cuyo dolor interviene con sus actividades físicas, psicosociales y profesionales (Orellana 2012).

El dolor es además estimado como uno de los primeros estresores que incide en el bienestar de los pacientes, por tanto, si el tratamiento que se ejecuta para su manejo es inadecuado, esto converge en un problema más crítico de los pacientes internados. (Oliveira et. al, 2012).

Esto ha implicado la necesidad de plantear el presente trabajo investigativo que tuvo como objetivo determinar el manejo del dolor en pacientes hospitalizados, por el personal de enfermería del Hospital General “Isidro Ayora de Loja”, el cual brinda una atención de segundo nivel; durante el periodo comprendido de Febrero – marzo 2018; permitiendo conocer la calidad en los cuidados aportados a los pacientes para promover su pronta recuperación y bienestar al prevenir cualquier otro inconvenientes secundarios que puedan causarles daños más severos.

Esto tiene gran importancia porque con la presente investigación se describe las técnicas para la valoración del dolor que es una etapa primordial en el manejo del dolor y que siempre debe efectuarse por parte del personal de enfermería, lo que es apoyado por la Comisión Conjunta para la Acreditación de Organizaciones Sanitarias (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations), al ser el quinto elemento vital, considerando

que los profesionales deben contar con “conocimiento actual sobre medidas para mitigar el dolor.

El estudio realizado en los profesionales de enfermería fue de tipo descriptivo y transversal que implicó la aplicación de la encuesta que facilitó el análisis de las variables: conocimiento de la valoración del dolor, manejo del dolor y satisfacción del paciente, por lo que sus objetivos constituyen un aporte al interés público y científico que se fundamenta en la divulgación de bibliografía relacionada a ello de tipo científico.

Bajo este enfoque se comprobó en los resultados del trabajo de investigación que las enfermeras tienen conocimiento de cómo valorar el dolor, por lo que para su manejo, reconocen el tipo de dolor mediante la comunicación directa con los pacientes que al señalar el área dolorosa que les permite localizarlo y medir su intensidad con la aplicación de la escala numérica de intensidad del dolor para posteriormente suministrar analgésicos como medio para disminuirlo que genera satisfacción a los pacientes luego de realizarse estas prácticas.

## 4. REVISIÓN DE LITERATURA

### **¿Qué es el Dolor?**

El dolor según la International Association for the Study of Pain (IASP), es definido como una experiencia sensorial o emocional desagradable, asociada a daño tisular real o potencial. El dolor es, por tanto, subjetivo y existe siempre que un paciente diga que algo le duele.

La definición de la IASP destaca que el dolor está asociado a daño tisular o que se describe como producido por éste. Esto permite considerar que incluso en aquellas formas de dolor en las que no hay daño tisular que las ocasionen, generalmente como consecuencia de lesiones neurológicas, los pacientes describen el dolor como si estuviera producido por una lesión periférica ( Lopez, Garcia, Sierra y Ortiz. 2012)

### **Fisiopatología del dolor**

El dolor es un procedimiento variable, dinámico que en un inicio tiene un fin específico de seguridad y que que normalmente se halla limitado a la relación con el lapso de curación del origen del mismo, no obstante, de acuerdo al tipo de estímulo que lo causó, al igual que la agilidad y efectividad en la que se ubicó.

#### ***Fases de la fisiopatología del dolor.***

**a. Transducción.-** Pabón, Pineda y Cañas (2015) refieren que es la etapa donde la información residente en el sistema sensitivo general se crea en las articulaciones, piel, vísceras y músculos; es capturada y transformada en potenciales de acción mediante varios

transductores o receptores que pueden ser: nociceptores, mecanoreceptores y termoreceptores.

**b. Transmisión.-** Se fundamenta en que el dolor es transmitido por fibras Ad y C, partiendo desde la periferia hacia la corteza somato-sensorial a través de tres neuronas, la primera se origina en los receptores de vísceras, músculos, piel, huesos o articulaciones.

Esta tiene el cuerpo celular en el ganglio de la raíz dorsal y llega hasta la médula espinal o al tallo cerebral (si se trata de un par craneal). En el asta dorsal de la médula espinal hay diferentes láminas entre las que se encuentran las que reciben las fibras del dolor, tales como la lámina I donde se proyectan las fibras Ad y C, la lámina II donde se proyectan las fibras tipo C que hacen sinapsis con las interneuronas intralaminares (pre y post sinápticas) y las neuronas interlaminares (excitación postsináptica) (Pabón, Pineda y Cañas, 2015, p. 26).

**c. Modulación.** Esta fase se encuentra dividida en dos partes que son:

- **Sensibilización.-** Quiere decir que debido al dolor intenso y constante se genera sensibilización en el área central, en razón de que el nivel medular impulsa neuroquímicos excitatorios como la calcitonina, la sustancia P, prostaglandinas y aspartatoglutamato, que permiten la exaltación de los círculos nerviosos.

“Por esta razón, retardar el inicio del tratamiento suscita sensibilización central, que se traduce en necesidad de mayores dosis de analgésicos, comparadas con el inicio oportuno del tratamiento” (Pabón, Pineda y Cañas, 2015, p. 27).



- **Inhibición.**- Este se subdivide en sistema inhibitorio opioide que “utiliza encefalinas,  $\beta$ -endorfinas y dinorfinas” (Pabón, Pineda y Cañas, 2015, p. 28), lo que conlleva a la existencia de acción analgésica en los opioides exógenos al mismo tiempo que en la morfina, y, el sistema inhibitorio no opioide que vislumbra los neuromoduladores como agonistas de receptores alfa-2 contenidos por tizanidina y clonidina, noradrenalina y serotonina

**d. Percepción.**- Durante esta etapa los estímulos antes caracterizados activan la parte asociativa y somatosensorial de la corteza cerebral. “El componente afectivo del dolor deriva de circuitos cerebrales entre corteza, sistema límbico y lóbulos frontal” (Pabón, Pineda y Cañas, 2015, p. 28).

## **Clases**

### ***Según su duración.***

**a. Agudo.**- Es el que muestra la existencia de una lesión tisular después de activarse los mecanismo nociceptivos, este es muy ventajoso porque permite previene de la presencia de un proceso de dolor, en el que el diagnóstico se concentra a su origen, desarrollo, permanencia y fuerza. “Su duración por lo general es inferior a un mes, aunque puede llegar a tres meses, con un comienzo concreto y una causa reconocible. Puede acompañarse de ansiedad, el tratamiento suele ser etiológico y de escasa dificultad” (Zas, Rodríguez y Silva, 2013, p. 42).

**b. Crónico.**- Es una experiencia de tipo afectiva y sensorial negativa que es provocada por ofensa potencial o real en un tejido, esta está relacionada a procedimientos patológicos

cotidianos que pueden ser periódicos o continuos, con intensidad penetrante o leve y que puede extenderse hasta más de seis meses.

Es un dolor inútil, sin valor semiológico y sin propiedades fisiológicas reparadoras, este tipo de dolor persiste tras un periodo razonable después de la resolución del proceso originario, no siendo útil para el sujeto e imponiendo al individuo, así como a su familia a un severo estrés físico, psíquico o económico, siendo además la causa más frecuente de incapacidad, constituye un serio problema para la sociedad; la causa habitualmente no se identifica, el comienzo es indefinido y no existe relación entre el estímulo y la intensidad algica y el dolor irruptivo (exacerbaciones transitorias en forma de crisis de elevada intensidad, instauración rápida y corta duración; se produce sobre el dolor crónico) (Zas, Rodríguez y Silva, 2013, p. 42).

***Según su mecanismo fisiopatológico.***

**a. Nociceptivo.-** Pabón, Pineda y Cañas (2015) conjeturan que es el provocado por la aceleración de los nociceptores secundaris hacia un estímulo nóxico con un nivel de intensidad y permanencia que dependen de la modulación de señales emitidas desde la lesión.

**b. Neuropático.-** “Se define como aquel dolor originado como consecuencia directa de una lesión o enfermedad que afecta al sistema somatosensorial” (Correa, 2014, p. 180).

Este puede ser originado por el deterioro de las vías nerviosas en alguna parte desde las terminales nerviosas de los nociceptores periféricos a las neuronas corticales del cerebro,

siendo conocido como central cuando impresiona el cerebro o médula espinal y periférico cuando se ocasiona en el plexo, raíces, nervio periférico o ganglio-dorsal.

### **Factores que influyen en el dolor**

#### ***Cognitivos.***

**a. Creencias.-** Las creencias resultan un factor esencial al experimentar el dolor ya que dependiendo de lo que los pacientes consideren con respecto al dolor, mostrarán su capacidad para confortarlo emocionalmente y tener un discernimiento de este.

Las creencias de dolor que generalmente sostienen los pacientes se relacionan con las estrategias de afrontamiento que éstos utilizan para hacer frente al dolor. Cuando la persona evalúa su situación respecto del dolor influyen las creencias (sobre la percepción de indefensión y de recursos) que tiene sobre el dolor, lo cual a su vez determina el tipo de estrategia cognitiva que utiliza para afrontarlo. De otra parte, las creencias también tienen gran incidencia en la intensidad del dolor que se presenta en los pacientes, por cuanto tienden a cambiar su estado de ánimo o mostrar incapacidad como respuesta. (Moretti, 2010, p. 23).

**b. Actitudes.-** Cuando hay dolor en la persona, surge dos formas de actitudes que pueden ser la de vivirlo y trascenderlo, o de ocasionar un sufrimiento derivado de este que generalmente es originado e incrementado en el interior de cada ser y en función del significado que el dolor tenga en cada uno.

## ***Afectivos***

**a. Emociones.-** Durante el proceso de dolor suscitado en los pacientes, intervienen las emociones que los mismos reflejan como resultado de ello, mismas que tienden a ser de tristeza o miedo que posteriormente conducen a varias transformaciones cognitivas, conductuales y fisiológicas que se caracterizan con periodos de depresión y ansiedad.

Con ello se identifica que “los pacientes con dolor que pueden expresar sus emociones desarrollan además una mayor búsqueda de apoyo social y emocional, intentando reducirlo y encontrar alivio como resultado de compartir con otros la experiencia resultante de este” (Suárez y Pérez, 2011, p. 299).

## ***Conductuales.***

**a. Comportamiento.-** La mayor parte de comportamientos “son aprendidas y están influenciadas por emociones y cogniciones, pero en forma directa, por las consecuencias que producen en el medio social, de ahí que se aprende a afrontar el dolor haciendo varias acciones o pensando de cierta manera” (González, 2014, p. 613).

## ***Demográficas.***

**a. Edad.-** De Andrés, Acuña, y Olivares (2014) detallan que hay que tener en cuenta las posibles complicaciones que puedan surgir en los pacientes a causa del dolor ya que la edad produce una serie de cambios degenerativos si estos tienden a la vejez, lo que en muchos casos dificultan la realización técnicas para su tratamiento.

**b. Género.-** Las diferencias de género para Araujo, Ashmawi y Posso (2011) incide directamente en el nivel de dolor de los pacientes, considerando que de ello varía la respuesta al tratamiento que se da al mismo.

Esto permite evidenciar que generalmente las mujeres responden más rápidamente que los hombres porque la intensidad del dolor tiene mayor percepción en ellas.

### **Manejo del dolor**

El dolor tienen un poder de influencia sobre el paciente que puede variar de manera negativa mientras va evolucionando, por lo que tiende a retrasar la recuperación del mismo.

Con base a esta afirmación, es que el dolor debe ser manejado de una forma eficiente por parte de los enfermeros que están a cargo de los pacientes a fin de preservar en gran parte sus funciones fisiológicas para evitar otros efectos secundarios dañinos.

“Los enfermeros son profesionales que pasan mayor tiempo cuidando de los pacientes, por tanto, tiene un papel imprescindible en el manejo adecuado del dolor” (De Oliveira, Pereira, Calil, Barreto, Freitas y Fujishima, 2012, p. 2).

El manejo del dolor en este contexto tiene mucha relevancia porque contribuye a que el tiempo de permanencia en el hospital de paciente se disminuya, al igual que los costos generados y la satisfacción en este.

### ***Procedimiento para el manejo del dolor.***

La valoración es la primera fase del proceso de enfermería y se basa en recoger, y recopilar datos que permitan planificar las intervenciones a seguir para prevenir, minimizar o eliminar el dolor. Se trata de un proceso complejo, ya que existen numerosos factores que influyen y dificultan la evaluación del mismo entre los que se encuentran la genética, el sexo, la edad, el nivel cognitivo, aspectos emocionales como temor o ansiedad, experiencias dolorosas anteriores, factores familiares y culturales o factores del entorno.

Es necesaria la utilización por parte de enfermería de una herramienta que valore el dolor, confirmando su presencia y midiendo su gravedad e intensidad. También debe permitir establecer el tipo de analgesia adecuada y valorar su eficacia, ajustando el tratamiento, en caso necesario y evitando la experiencia dolorosa que condicionará el miedo y rechazo a la atención sanitaria.

Existen diferentes métodos de valoración: fisiológicos (se centran en evaluar la respuesta del organismo ante el dolor: alteraciones de la FC, FR, TA, sudoración, cambios hormonales y metabólicos, retención de orina, náuseas, vómitos), conductuales o comportamentales y auto valorativos o subjetivos. La elección del método siempre será determinada por la edad y el nivel cognitivo. Una vez valorado, es fundamental registrarlo para poder establecer un correcto plan de actuación

***a. Localización del dolor.***- “Es la parte del cuerpo donde se localiza el dolor. Ejemplos: dolor de cabeza (cefalea), dolor torácico, dolor abdominal, entre otros” (Ministerio de Salud Pública, 2015, p. 2).

Es el acto de ubicar donde el paciente siente concretamente el dolor, teniendo en cuenta que “los criterios de elegibilidad para el manejo del mismo, van a depender de su

localización del dolor y del origen identificado” (Academia Nacional de Medicina de México, 2014, p. 52).

Es importante localizar el dolor para comprenderlo y se puede hacer al pedirle al paciente que señale la zona del cuerpo donde le duele más o que describa o lo pinte en un dibujo en medida de que el dolor puede localizarse en un solo lugar o en otras áreas corporales, este dolor proviene particularmente de estructuras hondas divergentes en cada paciente.

**b. Determinación de inicio y tiempo de duración del dolor.-** Parte de la determinación de la hora en que inicia el dolor en el paciente, preguntándosele a él mismo para controlando el tiempo en el cronómetro, establecer si el dolor es corto o se prolonga.

**c. Medición de la intensidad del dolor.-** Es la parte en la que se efectúa la medición de si el dolor presentado en el paciente es fuerte o leve, aunque también si se repite frecuentemente en el transcurso del tiempo en términos cuantitativos.

“La intensidad del dolor se evaluó mediante escalas validadas recomendadas por la Organización Mundial de la Salud, , de acuerdo a la edad y condición clínica del niño, aplicadas por integrantes del equipo de enfermería previamente entrenadas” (Morales et. al., 2016, p. 200).

La intensidad del dolor por lo general suele ser más fuerte en las mujeres, aunque esto no tiene relación con la edad, nivel académico y el tiempo de entrenamiento que se aplica a la enfermera que atiende al paciente con respecto al manejo del dolor, ya que el dolor

tiende a presentarse con mayor o menor profundidad de acuerdo a su origen, la intensidad del dolor se mide a través de las siguientes escalas:

- **Escala analógica visual (EVA).**- Clarett (2012) certifica que “en la escala visual analógica-EVA, la intensidad del dolor se representa en una línea de 10 cm. En uno de los extremos consta la frase de no dolor y en el extremo opuesto el peor dolor imaginable” (p.8).

La distancia que se describe en centímetros desde la parte que indica no dolor, señalada por el paciente expresa la intensidad de su dolor, aunque no siempre es necesario que los centímetros estén marcados. Esta escala es muy segura y tiene gran validez en muchos pacientes valorados, es la más utilizada en muchos hospitales. “Un valor inferior a 4 en la EVA significa dolor leve o leve-moderado, un valor entre 4 y 6 implica la presencia de dolor moderado-grave, y un valor superior a 6 implica la presencia de un dolor muy intenso” (Clarett, 2012, p. 8).

Sin embargo, antes de realizarla, la enfermera deberá explicar al paciente su procedimiento y como ha de intervenir, estableciendo también su situación cognitiva, además de ello hay que considerar su disponibilidad para cooperar en la valoración del dolor.

Consiguientemente, habrá que adaptar un lenguaje apropiado en base a su capacidad de entendimiento a fin de facilitarle la correcta medición en la escala para prevenir juicios negativos en consecuencia.



- **Escala numérica (EN).**- Zas, Rodríguez, y Silva (2013) plantean que es una escala que se numera del 1 al 10, en la que 0 equivale a la ausencia del dolor y 10 en cambio a la máxima su máxima intensidad, en esta el paciente apunta en la escala el número que le asigna al grado de su dolor de acuerdo a la fuerza del mimo.

“Es clave en personas que padecen de trastornos visuales importantes (figura 1). Para algunos enfermos puede no ser comprensible este tipo de escala” (Tabares, Rodríguez, y Silva, 2013, p. 43).

- **Escala categórica (EC).**- Se emplea cuando el paciente no puede ponderar sus síntomas con las escalas antes detalladas, por lo que enuncia la intensidad del dolor en categorías debido a que se le hace más fácil, para ello se suele hacer una concordancia entre categorías con un equivalente numérico (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2014).

- **Escala descriptiva verbal (EDV).**- “Esta escala requiere de un grado de comprensión menos elevado que la EVA o ENV. Consta de 4 puntos, en que el dolor puede estar ausente = 1, ligero = 2, moderado = 3 o intenso = 4” (Clarett, 2012, p. 9).

Esta tiene cierto parecido a la numérica en medida de que el dolor ausente también se representa con 0, mientras que el ligero va de 1 a 3, el moderado de 4 a 6 y el intenso de 7 a 10.; si el puntaje final es 3, es necesario aplicar analgésicos.

- **Escala de Wong Baker.**- Esta hace uso de un total de seis caras graficadas en dibujos animados, colocando en el extremo izquierdo una cara feliz y al lado derecho una cara con lágrimas en los ojos, de derecha a izquierda la expresión de las caras se va volviendo más deprimente.

**d. Observación de cambios producto del dolor.-** Consiste en la observación que la enfermera hace durante todo el tiempo que dura el dolor, determinando que cambios se producen en el paciente que puede ser generalmente emocionales. “Si el paciente no aprende a manifestar su dolor y alerta de los cambios producidos, como falta de alivio o cambios en sus características con los tratamientos aplicados” (López et al., 2012, p. 39).

**e. Tratamiento para reducir el dolor.-** En esta parte se decide y se “adopta medidas complementarias para tratar el dolor si se estima oportuno” (Verona y Reyes, 2011, p. 28), haciendo uso de componentes farmacológicos y no farmacológicos.

**- Farmacológico.-** Es la técnica aplicada para reducir el dolor en el paciente y que se conforma por alternativas basadas en los fármacos que se transforman en la principal vía de tratamiento y la selección adecuada está en función del tipo de dolor existente en el interior de la persona.

Tabares, Rodríguez, y Silva (2013) sintetizan que “el objetivo del tratamiento farmacológico debe perseguir el control del síntoma o su alivio, entendiendo por control su desaparición, y por alivio la mejoría en la percepción del mismo” (p. 43), a partir de ello en el tratamiento farmacológico se pueden utilizar:

- **Analgésicos via oral o intravenoso.**

Son fármacos que erradican o disminuyen el dolor sin causar alteraciones pervalentes de la cognición y otro tipo de impresiones en el paciente hospitalizado. “Etimológicamente procede del prefijo griego a-/an- (carencia, negación), y algia, dolor” (Torres y Villarreal, 2011, p. 319).

Dentro de este aspecto hay que considerar que es elemental conocer que estos fármacos pueden también utilizarse habitualmente mediante cualquier vía pero con una correcta administración que permia hacerlo en intervalos frecuentes o en infusiones imperecederas.

“Los analgésicos como coadyuvantes son parte fundamental del tratamiento asociado pero coherente del dolor. Su uso pese al gran beneficio que provee es poco utilizado en el paciente” (Narváez, 2010, p. 72), estos se clasifican en opioide y no opioide.

Los anlgésicos opioides representan los fármacos que tienen semejanza selectiva por los receptores opioides, dando como resultado que la activación de esos ocasionen analgesia de alta intensidad, provocada generalmente sobre el SNC, al igual que otras secuelas subjetivas que se orientan a beneficiar la implementación de una conducta de autodirección conocida como farmacodependencia.

“Los opioides son eficaces para prácticamente todos los síndromes dolorosos crónicos no oncológicos. Muchos pacientes necesitan opioides potentes para el alivio del dolor” (Campos y Kimiko, 2012, p. 2).

De forma relativa se puede deducir que los analgésicos no opioides son los fármacos más empleados inicialmente para el alivio del dolor agudo o de leve a moderado en el paciente y que se pueden adquirir en farmacias sin receta médica, se toman vía oral, aunque también se suministran mezclado con medicamentos para apaciguar el dolor más intenso.

- **No farmacológico.**- Es el desarrollo de actividades para amortiguar el dolor en el paciente emdiante la aplicación de métodos que no implica el uso de medicamentos y se transfigura

como un instrumento importante para mejorar la conducta del mismo hacia el dolor presentado.

Por ello es primordial que el personal de enfermería dentro de este contexto incluya algunas orientaciones concernientes a la adecuada alimentación del paciente, la práctica de ejercicio físico y el control de su peso, haciendo un monitoreo integral de sus medicamentos, además de la oportuna identificación de síntomas y signos de descompensación.

El objetivo general del uso de estas terapias complementarias es disminuir el dolor en los pacientes utilizando técnicas como son el yoga, la musicoterapia, ejercicios de relajación y el control de la respiración. Como objetivos específicos se incluirían: aumentar el conocimiento y uso de los mecanismos corporales y técnicas de autoprotección, disminuir en la medida de lo posible el consumo de analgésicos, reducir la dependencia de la comunidad médica que a menudo presentan estos pacientes, aumentar los rasgos positivos personales y los niveles de control emocional para potenciar el nivel de actividades cotidianas (Ramírez, Jurado, Sánchez, y Marco, 2017, p. 1 )

La utilización de este tipo de tratamiento en los pacientes con dolor no reemplaza al tratamiento farmacológico, pero si lo complementa, evidenciándose que es muy efectivo para la disminución de algunos episodios depresivos al igual que la ansiedad presentada al requerirse el uso de analgésicos.

Para ejecutarse se debe contar con la disposición del paciente en participar con todas las actividades que la enfermera le indique al igual que con la completa capacidad de esta, su comienzo debe ser lo más rápido que se pueda a fin de evitar el progreso de actitudes

negativas de comportamiento en el paciente y que el dolor avance mediante un trabajo multidisciplinario del equipo de enfermería y con la ocurrencia de otros especialistas médicos, dependiendo del tipo de dolor.

- **Fisioterapia**

“La historia de la Fisioterapia se remonta al año 1 500a.n.e. Hay referencias de que en la antigua Mesopotamia, en Egipto y en la arcaica China se hacía uso de agentes físicos como agentes terapéuticos” (Grillo y López, 2016, p. 89). Igualmente ya los primeros mayas y atecas crearon técnicas terapéuticos fundamentados en baños de vapor.

Grillo y López (2016) estableció que fue Hipócrates, el creador de la medicina occidental, quien impulsó la terapia física con el objetivo de también preservar a la naturaleza, es decir de promover la potencia de autocuración del propio cuerpo en el paciente con la utilización de los recursos naturales. Consecutivamente , inventó métodos de masaje y movimiento como técnicas de terapia, mientras que para 1890 propuso la diatermia teraeútica, una clase de calentamiento insondable obtenido mediante la aplicación de ondas cortas.

Así fue que a partir de ello, se dio inicio a la carrera de técnico en rehabilitación en el Instituto Politécnico de la Salud “Carlos Juan Finlay” en La Habana-Cuba, donde más de 200 jóvenes a nivel nacional desarrollaron sus estudios ahí, graduándose tres años después. (Grillo y López, 2016, p. 89).

En el hospital asistencial “Celestino Hernández Robau” se hacía la rehabilitación de los pacientes hospitalizados dos veces por día para posibilitar su recuperación inmediata y luego

se lo hacía dentro de las otras área de salud antes descritas, en las que concluían con su tratamiento, empleando étodos tecnológicos poco avanzados, pero al instaurarse el Politécnico de Salud “Julio Trigo López”, se potenció la preparación de nuevos profesionales técnicos. “En el mes de julio del año 2004 el Comandante en Jefe Fidel Castro Ruz, se refirió a los avances tecnológicos en la salud y la educación en Cuba y propuso la fundación de Salas de Rehabilitación Integral” (Grillo y López, 2016, p. 89).

Según lo señalado por Grillo y López (2016), la Fisioterapia generalmente no ocasiona toxicidad ni otras consecuencias secundarias de ninguna clase ya que si los hubiera, esto obedecería a contraindicaciones seguidas en el transcurso de las diferentes terapias.

- **Crioterapia (Aplicación de frío)**

La crioterapia “es una modalidad de termoterapia superficial que consiste en la aplicación local o sistémica de frío con fines terapéuticos” (Zayas, 2015, p. 66). Esta técnica se clasifica dentro de una modalidad termoterapéutica con base superficial que radica en aplicar hielo como factor curativo en el paciente mediante sistemas de acción directos o indirectos en el cuerpo.

Las modalidades de enfriamiento varían en cuanto a sus características intrínsecas y propiedades termodinámicas (tamaño, calor específico, punto de fusión, etc.). Entre las más usadas están la inmersión en hielo, la inmersión en agua helada, el hielo húmedo, el paquete de agua y alcohol, el paquete de hielo, el paquete de gel, los aparatos de frío y el masaje con hielo. Se han realizado diversos estudios para comparar la eficacia de estas modalidades para disminuir la temperatura de la piel (Zayas, 2015, p. 68).

Esta técnica se conoce como una alternativa de tratamiento muy adecuada para el dolor producido por lesiones esqueléticas agudas, por lo que tienen gran efecto en la reducción del mismo y propicia su pronta recuperación como medio para proporcionar la restitución de la función sanguínea y la actividad normalizada del área afectada.

“Los efectos fisiológicos de la terapia de frío incluyen reducciones en el dolor, el flujo de sangre, edema, inflamación, espasmo muscular, y la demanda metabólica” (Zayas, 2015, p. 68).

- **Exposición al calor**

Este método se fundamenta en aplicar el calor, haciendo uso de elementos térmicos que son los que tienen una temperatura mayor a 34-36°C que por lo general posee el cuerpo humano, este puede realizarse de diversas formas como la conducción, convección, radiación y conversión.

La conducción para Pérez y Sosa (2013) consiste en la permuta de energía caliente entre dos cuerpos a temperaturas desiguales que se generan relación. Esta técnica ocurre cuando un desnivel de temperatura en el cuerpo del paciente transfiere energía desde la zona con mayor temperatura hacia la que tiene baja temperatura, para su aplicación se puede emplear almohadillas químicas, almohadillas eléctricas, cera y compresas hidrocoladoras.

De otra parte, el mecanismo de convección es la transmisión de calor que se realiza mediante el líquido, el calor es transportado desde la profundidad hacia la superficie del cuerpo humano, mientras que la circulación sanguínea actúa a manera de radiador, provocando que la temperatura se vaya equilibrando a medida que sea menos profunda, esta

se puede generar al exponer el área del dolor del paciente al aire húmedo-caliente y al aire seco.

El mecanismo de radiación abarca la transferencia de energía a manera de ondas electromagnéticas mediante el vacío y se puede obtener al exponer la parte adolorida a la radiación infrarroja, radiación ultravioleta y luz solar. (Vega, 2017, p. 1).

- **Cambios posturales**

Estos comprende el conjunto de acciones que se realizan para generar movimiento en los pacientes hospitalizados cuando sienten dolor en alguna zona específica de su cuerpo, por lo que también se conocen como posiciones principales que se emplean generalmente para facilitar en la reducción del dolor.

Esto se ejecuta con el propósito de prevenir el apareamiento de otros dolores procedentes de la presión en la parte más adolorida, con lo cual también se logra mejorar la circulación del área en la que se presenta el dolor y dar mayor relajación al paciente, tratando de que no se esfurece demasiado sus articulaciones.

Para realizar estos movimientos, se cuidará que no exista contraindicación, para evitar o minimizar la presión en pacientes con movilidad y actividad reducida, se debe mantener la comodidad del paciente y su capacidad funcional, la frecuencia del movimiento vendrá determinada por el estado de la piel, las necesidades del paciente y la redistribución de las presiones de la superficie de apoyo, para ello es necesario realizarlo con mayor frecuencia cuando la superficie donde se encuentra el paciente no redistribuye la presión (Servicio Madrileño de Salud y Colegio Oficial de Enfermería de Madrid, 2014, p. 11).



Esos movimientos de forma general se puede ejecutar de 2 a 3 horas por cada día como mínimo y como máximo unas 4 horas, dependiendo la intensidad del dolor, coordinando con la realización de las demás actividades que tenga el personal de enfermería, manteniendo lapsos de descanso para el paciente.

Esta técnica tiene muchos beneficios para el paciente ya que si se realizan adecuadamente los cambios y al ir intercalando las zonas de dolor en el cuerpo del paciente, se reduce el mismo al evitar la presión de la piel adolorida que generalmente es causada por la presión del propio cuerpo que prensa los tejidos entre el hueso y la cama o al friccionar el paciente su cuerpo en la cama.

- **Distracción**

“Albert Hofmann fue el pionero de esta técnica en los años noventa y para usó videojuegos con para la cura y rehabilitación de pacientes quemados; mientras que estudios posteriores emplearon la realidad virtual tanto en dolor clínico como experimental” (Cabas, Cárdenas, Gutiérrez, Ruiz y Torres, 2015, p. 40).

Últimamente en la gestión del dolor por parte de las enfermeras, se incluye la técnica de la distracción que se puede realizar de diversas formas en el paciente como un factor que promueve su relajación, pensamiento e imaginación, haciendo uso de equipos tecnológicos como el radio, la televisión.

La distracción interactiva es mejor que la pasiva, aunque ambas formas dan respuestas positivas. En lo que atañe a los juegos electrónicos, éstos no sólo intervienen en las sensaciones auditivas y visuales, ya que pueden involucrar sensaciones táctiles y

cenestésicas, y conforme se distrae al paciente, se aumenta la demanda acentual de este tipo de actividades (Ramírez y Meda, 2014, p. 210).

- **Aromaterapia**

Sierra (2010) puntualiza que la aromaterapia también conocida como fitoterapia que quiere decir sanación mediante plantas y que se creó hace 12000 años, lo que fue verificado al encontrarse restos de plantas curativas en algunas tumbas del homínido Neanderthal. Casi a la par, fue incluida en la medicina tradicional hindú y china durante más de 4 mil años.

La aromaterapia, entendida como la curación con aceites esenciales tuvo un renacimiento a principios del siglo 20, después de haber sido usada en forma rudimentaria por las principales culturas antiguas del mundo como una extensión de la fitoterapia y después de haberse extendido en la Europa de la edad media las mejoras técnicas en destilación introducidas por la cultura árabe (Sierra, 2010, p. 3).

A partir de ello, se identifica a la aromaterapia como la parte de la herbolara que emplea elementos adquiridos de plantas para lograr efectos de tipo terapéutico, estos elementos que son volátiles bajo una temperatura del orden de los 100°C, se extirpan de algunas partes de la planta mediante la evaporización de agua por lo general, sin embargo, actualmente se aplican otras técnicas más modernas que utilizan el CO<sub>2</sub> de manera parecida. (Sierra, 2010, p. 6).

Este método tiene una visualización más integradora de la conciencia y el cuerpo humano, experimentándose en una dinámica de semejante naturaleza y sana a través de

asociaciones de varios principios activos que se van balanceando por la vía del avance basado en la interacción entre enfermera y paciente.

- **Intervención psicosocial, psicoeducativa y cognitivo conductual**

En el año 1978 la enfermera Kate Lorig empezó a desarrollar en el Centro de Enfermedades Reumáticas de la Universidad de Stanford (E.E.U.U) los primeros cursos de autoayuda para enfermos de artritis, a la vez que se desarrollaron investigaciones para evaluar sus resultados bajo los auspicios de la creencia de que la educación mejoraría la salud de estos pacientes. Los fines del primer programa fueron: abaratar costes reduciendo las visitas al médico y las medicinas, y mejorar la salud de los pacientes en movilidad, dolor y depresión (Quiceno y Vinaccia, 2011, p. 164)

Es una técnica de carácter psicológico que se fomenta en posibilitar al paciente con dolor, la actitud para adaptarse y sobrellevar el mal que padece, la misma ha ido evolucionando durante los últimos 30 años al implementarse una variedad de programas de intervención psicoeducativa con el objeto de contrarrestar su impacto económico-social.

Así Quiceno y Vinaccia (2011) proponen que a finales de los años 80, se comenzó a elaborar y aplicar estrategias cognitivo-conductuales en programas posteriores como métodos de relación, al igual que estrategias de resistencia y reforzamiento positivo, etc., cuyos resultados señalaron que se podía mitigar el dolor corporal y aportar en el mejor funcionamiento psicosocial del paciente.

“Las intervenciones en pacientes con dolor comprenden entrenamiento en instrucciones, entrenamiento en varios enfoques de relajación y entrenamiento en afrontamiento, además

del entrenamiento en la generalización de estas habilidades a ambientes familiares y de trabajo” (Quiceno y Vinaccia, 2011, p. 165-166), estas terapias comprenden la enseñanza de habilidades para prevenir de forma oportuna futuros cuadros exagerados de dolor y adecuado afrontamiento de la vida.

- **Educación al paciente y familia**

Es la acción de enfermería en la que se garantiza que el paciente comprenda la necesidad de mantener una adecuada y ágil comunicación sobre la presencia del dolor o los cambios provocados por este, así como otros cambios generados a raíz del analgésico suministrado.

De igual forma es conveniente “proporcionar información al paciente y su familia con respecto al dolor y las medidas utilizadas para tratarlo, prestando especial atención a la corrección de falsos mitos, y estrategias para la prevención y el tratamiento de los efectos secundarios” (Complejo Hospitalario Universitario Albacete, Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados y Servicio de Salud de Castilla-La Mancha, 2013, p. 9).

Hay que tener en cuenta el nivel de ansiedad que presenta el paciente porque mientras más miedo exista, la efectividad en otras técnicas, ante lo cual sólo queda aliviarlo al brindarle información, para ello se debe seguir un procedimiento objetivo de acuerdo a la realidad a la que hará frente y al tipo de intervención médica a la que se vaya a someterlo.

*j. Control de disminución del dolor.-* Finalmente, luego de que se ha realizado la aplicación del tratamiento seleccionado por la enfermera en el paciente, se debe supervisar si este “ha cesado o la intensidad de dolor ha disminuido, lo esperable es que en este paso

no se presente ninguna dificultad si su uso ha sido de corta duración y si el paciente ha respondido adecuadamente.

“La supervisión del tratamiento le permite determinar si ha dado resultados o si es necesario aplicar alguna otra medida. Para ello necesita mantenerse en contacto con el paciente, lo que puede hacer de dos maneras” (Vries, Henning, Hogerzeil y Fresle, 2017, p. 1), la forma de controlar esto se puede realizar de dos formas, la primera que es la supervisión pasiva en la que se indica al paciente lo ha de realizar si el tratamiento no tuvo eficiencia o si causa incomodidad, al igual que otras consecuencias indeseadas. (Vries, Henning, Hogerzeil y Fresle, 2017, p. 1).

## 5. MATERIALES Y MÉTODOS

### **Tipo de estudio**

El presente trabajo investigativo es de tipo descriptivo transversal que se orientó a generar información relevante sobre manejo del dolor en los pacientes hospitalizados por parte del personal de enfermería del Hospital General “Isidro Ayora Loja”.

### **Área de estudio**

En el Hospital General “Isidro Ayora de Loja”, es un hospital de segundo nivel de atención y está ubicado en la zona 7 del Ecuador.

### **Universo**

La población del presente estudio corresponde al personal profesional de enfermería que trabaja en el Hospital General “Isidro Ayora Loja”, un total 142 licenciada/os en enfermería; que se encontraban laborando normalmente, y bajo el consentimiento informado de cada profesional.

### **Criterios de inclusión**

Profesionales de enfermería que se encontraron laborando durante el periodo de recolecta de datos septiembre 2017 – febrero 2018, que aceptaron participar en el estudio fueron 142.

### **Criterios de exclusión**

Personal de enfermería que no aceptó participar en el estudio que fue de 28, además de las que se encuentren en período de vacaciones fueron 10.

### **Métodos, Técnicas e Instrumentos de recolección de datos**

Para recolectar la información sobre cómo se maneja el dolor en los pacientes hospitalizados, se utilizó la técnica de la encuesta (anexo 2). El instrumento que se empleó está basado en cuestionario de McGill (MCQ) (anexo 3), el mismo que ha sido modificado para cumplir con los objetivos de la presente investigación. Instrumento que se aplicó a 142 profesionales de enfermería que se encontraban laborando en Hospital General “Isidro Ayora de Loja”.

### **Fuentes de información**

La fuente de información empleada fue la primaria debido a que los datos, fueron recolectados directamente del personal de enfermería que se encuentra en constante interacción con el paciente hospitalizado.

### **Plan de tabulación y análisis de los datos**

La presentación de los datos se realizó en tablas estadísticas, donde se esquematizó la información del procesamiento y categorizo los datos expuestos, determinando porcentajes de los indicadores de la encuesta por medio de tablas.

## 6. RESULTADOS

**Tabla 1**

*Conocimiento de cómo valora el profesional de enfermería el dolor en el paciente hospitalizado.*

Indicador	Siempre		Casi siempre		Algunas veces		Nunca		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Consideración del diagnóstico médico al valorar el dolor	111	78	19	13	9	6	4	3	142	100
Generación de confianza y seguridad al paciente para establecer la respuesta al dolor.	93	65	44	31	4	3	1	1	142	100
Consulta al paciente sobre el inicio, duración a intensidad del dolor presentado	89	63	41	29	11	8	0	0	142	100
Valora los cambios producidos en los signos vitales producto del dolor	75	53	59	42	7	5	0	0	142	100
Usted realiza el respectivo diagnóstico de enfermería	53	37	59	42	30	21	0	0	142	100
Controla los efectos secundarios luego de administrar los analgésicos prescritos.	110	77	28	20	4	3	0	0	142	100
Al terminar de administra los analgésicos usted controla si el dolor ha disminuido en el paciente	123	87	29	13	0	0	0	0	142	100
<b>TOTAL</b>	<b>98</b>	<b>69</b>	<b>35</b>	<b>24</b>	<b>8</b>	<b>6</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>142</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Encuesta aplicada

**Elaboración:** Marithza Elizabeth Enríquez Caraguay



**Tabla 2****Manejo del dolor por el profesional de enfermería en el paciente hospitalizado**

<b>Indicador</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
<b>Cómo reconoce el tipo de dolor en el paciente</b>		
• De manera directa se comunica con el paciente	106	75
• Por los gestos que refiere el paciente	36	25
<b>Qué hace usted para localizar el dolor</b>		
• Solicita al paciente que señale el área dolorosa	116	82
• Utiliza puntos de referencia anatómicos	26	18
<b>Qué escala de valoración emplea para detectar la intensidad del dolor</b>		
• Escala numérica de intensidad del dolor	110	78
• Escala analógica visual (EVA)	16	11
• Escala de Wong Baker	10	7
• Ninguna	6	4
<b>Actividades que realiza el profesional de enfermería para disminuir el dolor en el paciente</b>		
• Suministra analgésicos prescritos	81	57
• Fisioterapia (Masajes)	4	3
• Crioterapia (Aplicación de hielo)	12	9
• Exposición al calor	3	2
• Cambios posturales	41	29

**Fuente:** Encuesta aplicada

**Elaboración:** Marithza Elizabeth Enríquez Caraguay

**Tabla 3***Satisfacción del paciente después de realizar la práctica para mitigar el dolor*

<b>Indicador</b>	<b>Siempre</b>	
	<b>f</b>	<b>%</b>
Satisfecho	141	99
Poco satisfecho	1	1
Insatisfecho	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>142</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Encuesta aplicada**Elaboración:** Marithza Elizabeth Enríquez Caraguay

## 7. DISCUSIÓN

El dolor es una sensación molesta que limita la habilidad y la capacidad de las personas para realizar actividades cotidianas. Actúa como una señal inicial de advertencia de que algo no funciona bien en el organismo. La intensidad del dolor varía: puede ser leve, una molestia localizada o un dolor muy intenso. Puede resultar agudo y breve o manifestarse como un trastorno crónico a largo plazo.

En la investigación realizada al Profesional de enfermería del Hospital General “Isidro Ayora Loja”, se logró conocer que el 78% del personal toma en cuenta el diagnóstico para valorar el dolor así como lo establece Ortiz y Pérez (2016), este es importante para tener una perspectiva general del paciente que facilite el tratamiento correcta.

Por otra parte se identifica que el nivel de confianza generado para establecer la respuesta al dolor es de un 65%, lo que permite al 63% de enfermeras consultar sobre el inicio, tiempo e intensidad del dolor presentado, sin embargo, esto se contrapone a lo señalado por Grinspun (2013) en su estudio con respecto a que esta información contribuye a detectar cambios conductuales que indican la existencia del dolor pero de forma inexacta, ante lo cual es importante relacionarla con otro tipo de evidencias como la valoración de los cambios producidos en los signos vitales producto del dolor que se realiza en un 53% y que permite elaborar el respectivo diagnóstico de enfermería en un 42%.

En cuanto al 77% de enfermeras controlan los efectos secundarios luego de administrar los analgésicos prescritos que según Ibáñez, Morales, Calleja y Moreno (2018) implican la somnolencia, depresión respiratoria, vómitos, disminución de motilidad gastrointestinal y alteración del sistema nervioso. Así mismo el 87% controla si el dolor a disminuido, una

vez administrado los analgésicos previniendo la aparición de molestias inflamatorias y otras molestias adversas que puedan complicar la situación del paciente (Vallejos et. al., 2015).

En lo concerniente al manejo del dolor se pudo conocer que se reconoce el tipo de dolor por parte del personal de enfermería a través de la comunicación directa con el paciente y el 82% solicitan al mismo que señale el área dolorosa que conforme a lo propuesto por Carvajal, Rodríguez y Filpo (2015) comprende la zona del área afectada en la que se siente el dolor.

Por consiguiente, el 78% de enfermeras utilizan la escala numérica de intensidad del dolor debido a que mediante esta como señalan Varanda, Cardoso y Hortensa (2010), es más oportuno efectuar la mensuración apropiada del dolor al permitir pronosticar si los posibles riesgos que tendrán que afrontarse al aplicar el tratamiento serán mayores a los efectos ocasionados por el dolor y optar el más adecuado de entre todos los que existen, contribuyendo por otra parte a analizar la naturaleza, el origen y la correlación clínica del dolor en correspondencia al estado emocional y motivacional del paciente hospitalizado.

Además se verifica que para disminuir el dolor en los pacientes hospitalizados el 53% suministra analgésicos prescritos, el 27% realiza cambios posturales disminuyendo intensidad del dolor en las zonas vulnerables Madrid (2014).

En lo referente a la satisfacción del paciente el 99% se encuentra satisfecho, con los cuidados brindados por el personal de enfermería para disminuir el dolor, lo que deja en claro que según lo referido por Moreno, Muñoz e Interrial (2015), de esta forma se contribuye a mejorar el procedimiento de valoración del dolor para la correcta toma de

decisiones en cuanto al tipo de tratamiento más apropiado que debe aplicarse a cada paciente en base a su nivel de respuesta y por consiguiente, realizar medidas de atención proporcionadas y propiciar la oportuna y eficiente intervención del personal de enfermería.

## 8. CONCLUSIONES.

- ❖ En base a los resultados alcanzados se puede identificar, que el personal de enfermería para manejar el dolor utiliza la escala de valoración numérica, para medir su intensidad, realiza cambios posturales y suministra los analgésicos prescritos, tomando en cuenta el diagnóstico médico.
- ❖ Los profesionales de enfermería tienen conocimientos sobre el procedimiento que se debe realizar para manejar el dolor en los pacientes hospitalizados en un porcentaje significativo, sin embargo, hace falta la elaboración permanente del diagnóstico de enfermería como medio necesario para aportar información que sirva para el tratamiento adecuado del paciente.
- ❖ Los pacientes hospitalizados se sienten satisfechos, con las actividades realizadas por el profesional de enfermería para mitigar el dolor, destacando la importancia de comunicación entre el enfermera/o y el paciente.

## 9. RECOMENDACIONES

- ❖ Al Profesional de enfermería del Hospital General "Isidro Ayora de Loja", a que realice el permanente diagnóstico de enfermería, en cada procedimiento efectuado fin de resguardar que todas las actividades realizadas sean adecuadas para cada paciente.
  
- ❖ Al departamento de educación continua y departamento de enfermería del hospital Isidro Ayora, realizar programas de capacitación dirigidos a las enfermeras con respecto a las prácticas que deben realizarse para manejar el dolor en los pacientes hospitalizados con el fin de promover una mejor calidad del servicio, con respecto a su valoración y facilitar su oportuna identificación del dolor evitando que se genere efectos desagradables.

## 10. BIBLIOGRAFÍA

- Academia Nacional de Medicina de México. (2014). Evidencia del uso clínico y terapéutico de la radiofrecuencia en dolor crónico. *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM*, 57(1). 52.
- Ahuanari, A. (2017). *Intervención enfermera en el manejo del dolor del paciente post-operado de cirugía abdominal, según opinión del paciente, en un hospital de Lima, 2016* (tesis de grado). Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú.
- Alonso, A. (2014). *Valoración del dolor en el paciente geriátrico*.(Trabajo de Fin de Grado en Enfermería), Universidad Pública de Navarra. España.
- Aparecida, F., Varanda, L. Cardoso, R. y Hortensa, P. (2010). Escala Multidimensional de Evaluación del Dolor (EMEDOR). *Revista Latinoamericana Enfermería*, 18(1). 2.
- Araujo, C., Ashmawi, H. y Posso, I. (2011). *Sexo y percepción del dolor y analgesia* *Revista Bras Anestesiología*, 61(6). 449-453-455.
- Arango, V. y Montoya, L. (2015). Medicina Integrativa: efectos de la acupuntura y su aplicación clínica en la medicina convencional. *Revista CES Medicina*, 29(2). 284-285-286-287.
- Ayuntamiento de Madrid, Área de Gobierno de Seguridad y Emergencias, Organismo Autónomo Madrid Salud e Instituto de Adicciones de la ciudad de Madrid. (2015). *Protocolo de intervención de enfermería en los Centros de Atención a las Drogodependencias*. Madrid: Edición Digital.
- Cabas, K., Cárdenas, G., Gutiérrez, J., Ruiz, F. y Torres, G. (2015). Uso clínico de la realidad virtual para la distracción y reducción del dolor post-operatorio en pacientes adultos. *Revista Tesis Psicológica*, 10(2). 40.



- Campos, D. y Kimiko, R. (2012). Uso y Rotación de Opioides para el Dolor Crónico no Oncológico. *Revista Brasileña Anestesiología*, 62(4). 2.
- Carbonelli, M., Esquivel, J. e Irrazábal, G. (2011). *Introducción al conocimiento científico y metodología de la investigación social*. Buenos Aires: Universidad Nacional Arturo Jauretche.
- Cárdenas, A. (2011). Piaget: lenguaje, conocimiento y Educación. *Revista Colombiana de Educación REFLEXIONES*, 60. 73-75.
- Carmioli, P., Solís, K., Andrade, J. y Saniabria, H. (2017). Dolor al administrar medicamento por inyección intramuscular: ventroglútea vs dorsoglútea. *Enfermería Actual en Costa Rica*, 32. 4.
- Carvajal, Y., Rodríguez, A. y Filpo, D. (2015). *Protocolo de enfermería para la valoración y manejo del dolor del paciente hospitalizado*. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.
- Clarett, M. (2012). *Escalas de evaluación de dolor y protocolo de analgesia en terapia intensiva*. Argentina: Instituto Argentino de Diagnóstico y Tratamiento.
- Complejo Hospitalario Universitario Albacete, Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados y Servicio de Salud de Castilla-La Mancha. (2013). *Valoración y manejo del dolor en pacientes hospitalizados*. Canadá: RNAO.
- Contreras, F. y Tito, P. (2013). *La gestión del conocimiento y las políticas públicas*. Perú: Universidad María Auxiliadora. Primera Edición.
- Correa, G. (2014). Dolor neuropático, clasificación y estrategias de manejo para médicos generales. *Revista Medicina Clínica CONDES* 25(2). 180.
- Cruz, J., Hernández, P., Dueñas, N., Salvato, A. (2012). Importancia del Método Clínico. *Revista Cubana de Salud Pública*. 28(3). 429.

- Cuenca, A., Goicoechea, C. y Lisón, J. (2010). ¿Qué respuesta fisiológica desencadena la aplicación de la técnica de estimulación nerviosa eléctrica transcutánea?. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*. 339.
- De Andrés, J. Acuña, J. y Olivares, A. (2014). Dolor en el paciente de la tercera edad *Revista Medicina Clínica CONDES*, 25(4). 680.
- De Oliveira, M., Pereira, C., Calil, A., Barreto, J., Freitas, M. y Fujishima, P. (2012). Conocimiento de médicos y enfermeros sobre dolor en pacientes sometidos a la craniotomía. *Revista Latinoamericana EFERMAGEM*, 20 (6). 2.
- Ezama, E., Alonso, Y. y Fontanil, Y. (2010). Pacientes, síntomas, trastornos, organicidad y psicopatología. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 10(2). 295.
- Ferreira, F., Machado, A. y Kimiko, R. (2011). Evaluación del Efecto de la Estimulación Nerviosa Eléctrica Transcutánea (TENS), para la Analgesia después de la Toracotomía. *Revista Brasileña Anestesiol*, 61(5). 308.
- García, S., Broggi, R., Lourenco, M., Oliveira, M. y Da Costa, D. (2013). El enfermero en la administración del material médico-hospitalario: revisión integradora. *Universidad federal Fluminense*, 12(2). 412.
- García, V. et. al. (2013). *Valoración y manejo del dolor en pacientes hospitalizados*. Canadá: Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario.
- Gómez, M., Takase, L., Kotzías, E. y Lorenzini, A. (2010). La sensibilidad en las relaciones e interacciones entre el enseñar y aprender a ser y el hacer enfermería. *Revista latinoamericana Efermagem*. 18(2). 6.

- González, E. (2011). Conocimiento empírico y conocimiento activo transformador: algunas de sus relaciones con la gestión del conocimiento. *Revista Cubana de ACIMED*, 22(2). 111.
- González, M. (2014). Dolor crónico y psicología: actualización. *Revista de Medicina Clínica CONDES*, 25(4). 613.
- Grillo, M. y López, A. (2016). La Fisioterapia: sus orígenes y su actualidad. *Acta Médica del centro*, 10(3). 89.
- Grinspun, D. (2013). *Valoración y manejo del dolor*. Ontario-Estados Unidos: RNAO.
- Guerrero, M. y Urbano, E. (2012). Transferencia de conocimiento y tecnología Mejores prácticas en las universidades emprendedoras españolas. *Gestión y Política Pública*, 21(1). 143.
- Ibáñez, S., Morales, E., Calleja, M. y Moreno, P. (02 de febrero del 2018). *Terapéutica: Tratamiento del dolor*. España: Ferrer Farma Hospital.
- Hospital Universitario Reina Sofía. (2010). *Manual de Protocolos y Procedimientos Generales de Enfermería: Administración de Medicación por Vía Endovenosa*. España.
- Hospital Universitario Reina Sofía. (2012). *Manual de Procedimientos Generales de Enfermería*. España: Servicio Andaluz de Salud.
- Lopera, M. (2012). *Realidad, conocimiento y saber aproximaciones conceptuales*. Colombia: Universidad de Antioquia.
- López, S. (15 de noviembre del 2017). *Inyección Medicina*. Recuperado de <https://prezi.com/ufmreuu5khng/inyeccion-medicina/>

- López, S., López, A., Zeballos, M., Argente, P., Bustos, F., Carrera, F., .... Torres, L. (2012). *Recomendaciones sobre el manejo del dolor agudo posoperatorio en cirugía ambulatoria*. España: Copyrigh, Segunda Edición.
- Martínez, A. (2014). Conocimiento Conceptual y filosofía en ortega. *Pensamiento*, 70. 525.
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. (2015). *Protocolo de enfermería para la valoración y manejo del dolor del paciente hospitalizado*.
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2014). *Cuidados paliativos. Guía de Práctica Clínica (Adopción de GPC sobre cuidados paliativos en el SNS Ministerio de Salud y Consumo, Gobierno Español)*. Quito: El telégrafo.
- Morales, M., Zunino, C. Duarte, V., Ponte, C., Favaro, V., Betancor, S., Benítez, A. y Bernadá, M. (2016). Evaluación del Dolor en Niños Hospitalizados en Servicios de Salud Públicos y privados de Uruguay. *Archivos de Pediatría de Uruguay*, 87(3). 200.
- Moreno, M., Muñoz, M. e Interrial, M. (2015). Satisfacción con el manejo del dolor posoperatorio en pacientes hospitalizados. *Aquichan*, 14(4). 468.
- Moretti, L. (2010). Variables Cognitivas Implicadas en la Experiencia de Dolor Crónico. *Revista Argentina de Ciencias del Comportamiento*, 2(3). 23.
- Narváez, M. (2010). Tratamiento del dolor en niños. *Revista Soc. Bol*, 49(1). 72.
- Navarro, R. y Rodríguez, C. (2012). Una interpretación del concepto de gestión del conocimiento de Nonaka y Takeuchi usando la ficción literaria. *Apuntes del CENES*, 31(54). 243-244.
- Oliva, J. (2015). La Bioética y el dolor en odontología: una aproximación humanista. *Revista Latinoamericana de Bioética*, 15(1). 48.

- Oliveira, M. et. al. (2012). Conocimiento de médicos y enfermeros sobre dolor en pacientes sometidos a la craniotomía. *Ravisa Latinoamerican EFERMAGEM*, 20(6). 2-3.
- Oliveira, M. Hortense, P., Falconi, R., Raminelli, T., Ferreira, A. y Emm, F. (2014). Intensidad del dolor, incapacidad y depresión en individuos con dolor lumbar crónico. *Revista Latinamericana EFERMAGEM*, 22(4). 570.
- Organización Mundial de la Salud. (2012). *Directrices de la OMS sobre el tratamiento farmacológico del dolor persistente en niños con enfermedades médicas*. Ginebra-Suiza: Biblioteca de la OMS.
- Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud. (2011). *Rsdes Integradas de Servicios de Salud: El desafío de los Hospitales*. Chile.
- Ortiz, J. y Pérez, J. (2016). *Semiología y valoración del dolor*. España: Complejo Hospitalario de Navarra.
- Pabón, T., Pineda, L. y Cañas, O. (2015). Fisiopatología, evaluación y manejo del dolor agudo en pediatría. *Salutem Scientia Spiritus*, 1(2). 26-27-28.
- Pacheco, J. (2011). *Proyecto de actualización de conocimientos laparoscópicos básicos al personal médico del servicio de ginecología y obstetricia del hospital general provincial isidro ayora de loja durante el periodo abril – agosto 2011* (proyecto de desarrollo educativo). Universidad Técnica Particular de Loja, Loja, Ecuador.
- Pérez, M. y Sosa, M. (2013). Mecanismos de transferencia de calor que ocurren en tratamientos térmicos de alimentos. *Temas Selectos de Ingeniería de Alimentos*, 7(1). 38.
- Pérez, S. (2013). *Proceso estandarizado de atención de enfermería en el manejo del dolor del paciente postoperatorio del centro quirúrgico del hospital básico*

- píllaro*.(Trabajo de Tesis para el Título de Magister en Enfermería Quirúrgica), Universidad Regional Autónoma de los Andes. Ambato.
- Piñeros, I. (2014). El conocimiento objetivo como base para la educación según Karl R. Popper. *Civilizar*, 14(26). 190.
- Quiceno, J. y Vinaccia, S. (2011). Evolución de la intervención psicológica de la artritis reumatoide. *Psicología desde el Caribe*, 27. 164-165-166.
- Ramírez, L. y Meda, R. (2014). Distractor para «calmar el dolor por la venopunción en los niños. *Revista Mexicana de Pediatría*, 81(6). 210.
- Ramírez, S., Jurado, N. Sánchez, L. y Marco, M. (15 de noviembre del 2017). *Terapias alternativas en el manejo del dolor*. Recuperado de <https://www.enfermeriadeciudadreal.com/terapias-alternativas-en-el-manejo-del-dolor-73.htm>
- Ramírez, Y. y Rosas, D. (2014). Aplicación de la teoría de estilos de aprendizaje al diseño de contenidos didácticos en entornos virtuales. *Revista Científica Electrónica de Educación y Comunicación en la Sociedad del Conocimiento*, 14(2). 171.
- Rodríguez, M. y González, J. (2013). Gestión del Conocimiento y Capital Intelectual, a través de modelos universitarios. *Revista Económicas CUC*. 34(1). 94.
- Rojas, R. (2017). La Gestión del Conocimiento basado en la Teoría de Nonaka y Takeuchi. *INNOVA*, 2(4). 32.
- Ruiz, M. et. al. (2013). Valoración y manejo del dolor en pacientes hospitalizados. *RNAO-Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario*. 2.
- Salud Madrid e Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Madrid. (2014). *Prevención de las úlceras por presión en pacientes adultos*. España: Comunidad de Madrid.

- Servicio Madrileño de Salud y Colegio Oficial de Enfermería de Madrid. (2014). *Prevención de las úlceras por presión en pacientes adultos*. España.
- Sierra, H. (2010). *Manual breve de aromaterapia*. Monterrey: Artesano Natural S.A. de C.V.
- Suárez, A. (2017). Sistemas para la Organización del Conocimiento: definición y evolución histórica. *Revista Electrónica Semestral*, 7(2). 7.
- Suárez, T. y Pérez, G. (2011). Influencia de la expresión emocional escrita sobre el afrontamiento del dolor en la enfermedad del cáncer. *Ajayu*, 9(2). 299.
- Tabares, V., Rodríguez, J., y Silva, E. (2013). El dolor y su manejo en los cuidados paliativos. *Panorama Cuba y Salud*, 8(2). 43.
- Torralba, J., y Llano, A. (2010). Representación y conocimiento práctico. *Revista de Filosofía Thémata*, 43. 444.
- Torres, C. y Villarreal, M. (2011). Analgésicos en Pediatría. *Revista de Actualización Clíica Investiga*, 319.
- Vallejos, A., Ruano, C. Ávila, M., Latorre, S., Delgadillo, J., Manosalva, G., ..... Caicedo, L. (2015). Analgésicos en el paciente hospitalizado: Revisión de tema. *Revista Colombiana Ciencias Químicas Farmaceúticas*, 44(1). 121.
- Vega, P. (15 de noviembre del 2017). *Termoterapia*. Recuperado de [http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-fis/termoterapia\\_1.pdf](http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-fis/termoterapia_1.pdf)
- Verona, E. y Reyes, J. (2011). Cuidados de enfermería en el paciente con dolor. *Medpal*. 28.
- Vries, T., Henning, R. Hogerzeil, H. y Fresle, D. (15 de noviembre del 2017). *Guía de la buena prescripción - Manual práctico*. Recuperado de <http://apps.who.int/medicinedocs/es/d/Jh2991s/5.6.html#Jh2991s.5.6>

## k. ANEXOS

### ANEXO 1



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA  
FACULTAD DE LA SALUD HUMANA  
CARRERA DE ENFERMERIA

**Proyecto.** Manejo del dolor en el paciente hospitalizado, por el personal de enfermería del hospital general “Isidro Ayora de Loja”

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

N°\_\_

Como estudiante de la Carrera de Enfermería y autora de la presente propuesta de investigación **“MANEJO DEL DOLOR EN EL PACIENTE HOSPITALIZADO, POR EL PERSONAL DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL GENERAL ISIDRO AYORA LOJA”**, previo a la obtención del título de Licencia en Enfermería, solicito de la manera más comedida se sirva participar en la encuesta a realizarse, haciendo conocer que todo lo que usted manifieste será totalmente confidencial, los resultados obtenidos de esta investigación servirán como base, lo cual nos permitirá mejorar la calidad de atención en el manejo del dolor de los pacientes hospitalizados.

-----  
Firma

C.I.....



## ANEXO 2



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA  
FACULTAD DE LA SALUD HUMANA  
CARRERA DE ENFERMERIA

**Proyecto.** Manejo del dolor en el paciente hospitalizado, por el personal de enfermería del hospital general “Isidro Ayora de Loja”

## ENCUESTA

N° \_\_

Estimada/o licenciada/o

Como estudiante de la Carrera de Enfermería, me he interesado en determinar el manejo del dolor en el paciente hospitalizado, por el personal de enfermería del hospital. Por este motivo me permito dirigirme a usted con el propósito de solicitar su colaboración, la misma que será totalmente voluntaria y completamente anónima. Agradezco muy sinceramente su colaboración.

**I. Datos Generales**

**Fecha:** ..... **Turno:** .....

**Edad:** ..... **Título académico:**.....

**Área de servicio:** .....

**Tiempo que lleva laborando en el hospital Isidro Ayora:**

Menos de 1 año ( )

De 1 a 2 años ( )

De 3 a 4 años ( )

Más de 6 años ( )

**II. Datos específicos****1. ¿Toma en cuenta el diagnóstico médico para valorar el dolor?**

Siempre ( )

Casi siempre ( )

Algunas veces ( )

Nunca ( )

**2. ¿Reconoce los síntomas del dolor?**

- Si ( )  
 No ( )

**3. ¿Propicia confianza y seguridad al paciente para establecer su respuesta al dolor?**

- Siempre ( )  
 Casi siempre ( )  
 Algunas veces ( )  
 Nunca ( )

**4. ¿Qué hace usted para localizar el dolor?**

- Utiliza puntos de referencia anatómicos ( )  
 Solicita al paciente que señale el área dolorosa ( )

**5. ¿Consulta al paciente con respecto al inicio, duración e intensidad con que se presenta el dolor?**

- Siempre ( )  
 Casi siempre ( )  
 Algunas veces ( )  
 Nunca ( )

**6. ¿Qué escala de valoración emplea para detectar la intensidad del dolor?**

- Escala analógica visual ( )  
 Escala descriptiva simple ( )  
 Escala de Wong Baker ( )  
 Escala numérica de intensidad del dolor ( )

**7. ¿Cómo reconoce el tipo de dolor en el paciente?**

- De manera directa comunica con el paciente ( )  
 Por los gestos que refiere el paciente ( )  
 De manera indirecta a través de los familiares ( )

**8. ¿Durante la valoración, usted se percata de la presencia de otros cambios presentados en los signos vitales del paciente producto del dolor?**

- Siempre ( )  
 Casi siempre ( )  
 Algunas veces ( )  
 Nunca ( )

**9. Usted realiza el respectivo diagnóstico de enfermería?**

- Siempre ( )  
 Casi siempre ( )  
 Algunas veces ( )  
 Nunca ( )

**10. ¿Cómo reduce usted el dolor en los pacientes hospitalizados?**

- Por su propia cuenta  
 Bajo indicaciones del médico a cargo

**11. ¿Qué actividades realiza usted para disminuir el dolor en el paciente?**

- Suministra analgésicos ( )  
 Fisioterapia (masajes) ( )  
 Crioterapia (Aplicación de hielo) ( )  
 Exposición al calor ( )  
 Cambios posturales ( )  
 Aromaterapia ( )  
 Otros ( )

**12. ¿En caso de proporcionar analgésicos o inyecciones, usted controla los efectos secundarios presentados en el paciente?**

- Siempre ( )  
 Casi siempre ( )  
 Algunas veces ( )  
 Nunca ( )

**13. ¿Al terminar el procedimiento, usted controla si el dolor ha disminuido en el paciente?**

- Siempre ( )  
 Casi siempre ( )  
 Algunas veces ( )  
 Nunca ( )

**14. ¿Cómo se siente el paciente después que usted realizó la práctica para mitigar su dolor?**

- Satisfecho ( )  
 Poco satisfecho ( )  
 Insatisfecho ( )  
 Por qué.....

**GRACIAS POR SU COLABORACIÓN**

Loja 22 de marzo del 2018

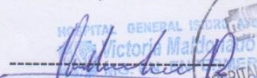
Licenciadas/os de Enfermería

RESPONSABLES DE CADA AREA DEL HOSPITAL GENERAL ISIDRO AYORA DE LOJA

**CERTIFICA:**

Que el Señorita **Marithza Elizabeth Enriquez Caraguay** con C.I. N 1104115298, de haber cumplido con la recolección de datos para su investigación de tesis titulada **"MANEJO DEL DOLOR EN EL PACIENTE HOSPITALIZADO, POR EL PERSONAL DE ENFERMERIA DEL HOSPITAL GENERAL ISIDRO AYORA"** en el mes de Febrero- Marzo 2018.

Es todo cuanto podemos certificar en honor a la verdad, pudiendo hacer uso del presente como creyere conveniente.

  
Lic. Victoria Maldonado

Pediatria

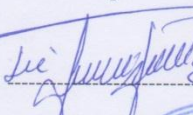
  
Lic. Astrid Peláez

Clínica

  
Lic. Mirian Vacancela


Lic. Mirian Vacancela

Cirugía

  
Judith Encalada

Ginecología


HOSPITAL GENERAL "ISIDRO AYORA"  
Lic. Mg. Sc. Judith Encalada E.  
ENFERMERA  
REG. MSP. LB-F.110-N° 331

  
Lic. Carmen Aguilar

Unidad de Quemados

  
Lic. Noemi Cuenca

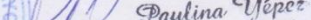
Lic. Noemi Cuenca  
Neonatología

  
Lic. Diego Vera

Unidad de Cuidados Intensivos

  
Lic. Sara Ordoñez

Centro Quirúrgico

  
Paulina Yépez  
LIC. ENFERMERÍA  
Folio 133 - N° 283

Lic. Paulina Yépez

Centro Obstétrico

  
Lic. Carmen Aguilar

LIC. ENFERMERÍA  
L.1-F-N 15

HOSPITAL ISIDRO AYORA LOJA

HOSPITAL GENERAL ISIDRO AYORA

Unidad de Quemados

LOJA - ECUADOR



Líderes en la Enseñanza del Inglés

Lic. Yohana Novillo Sánchez  
DOCENTE DE FINE-TUNED ENGLISH CÍA LTDA.

**CERTIFICA:**

Que el documento aquí compuesto es fiel traducción del idioma español al idioma inglés del resumen de tesis titulada: MANEJO DEL DOLOR EN LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS, POR EL PERSONAL DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL "ISIDRO AYORA DE LOJA" autoría de Marithza Elizabeth Enríquez Caraguay con número de cédula 1104115298 egresada de la carrera de Enfermería de la Universidad Nacional de Loja.

Lo certifica en honor a la verdad y autorizo a la interesada hacer uso del presente en lo que a sus intereses convenga.

Loja, 29 de Mayo de 2018



Lic. Yohana Novillo Sánchez  
DOCENTE DE FINE-TUNED ENGLISH CÍA LTDA.

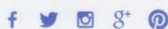
*Líderes en la Enseñanza del Inglés*

Fine-Tuned English Cía. Ltda. | Teléfono 2578899 | Email [venalfine@finetunedenglish.edu.ec](mailto:venalfine@finetunedenglish.edu.ec) | [www.finetunedenglish.edu.ec](http://www.finetunedenglish.edu.ec)

LOJA: Fine-Tuned English, Macará entre Miguel Ríofrío y Rocafuerte. 2578899, 2563224, 2574702

ZAMORA: Fine-Tuned Zamora, García Moreno y Pasaje 12 de Febrero. Teléfono: 2608169

CATAMAYO: Fine-Tuned Catamayo, Av. 24 de Mayo 08-21 y Juan Montalvo. Teléfono: 2678442





UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

FACULTAD DE LA SALUD HUMANA

Carrera de enfermería

Proyecto de titulación

MANEJO DEL DOLOR EN EL PACIENTE HOSPITALIZADO, POR EL  
PERSONAL DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL GENERAL “ISIDRO  
AYORA DE LOJA”

Nombre del estudiante

MARITHZA ELIZABETH ENRÍQUEZ CARAGUAY

LOJA ECUADOR

2017-2018

**a) TEMA:**

Manejo del dolor en el paciente hospitalizado, por el personal de enfermería del hospital general “Isidro Ayora de Loja”

## **b) PROBLEMA**

La Asociación Internacional for the study of Pain (IASP) define el dolor cómo una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada a un daño tisular actual o potencial, o descrito en términos de dicho daño. La misma organización, con el respaldo de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Federación Europea de Secciones de la IASP, (EFIC), consideran el dolor crónico como la mayor amenaza para la calidad de vida a nivel mundial, amenaza que va en aumento de forma paralela al aumento de la esperanza de vida. En consecuencia el dolor es una experiencia subjetiva que solo puede evaluarse por declaración de quien la sufre, utilizando instrumentos validados y adecuados a la situación de cada persona (Herrerros, 2015).

La presencia de dolor en múltiples enfermedades se considera, y es aceptado, como un sufrimiento innecesario, inútil, es responsable de un aumento de la morbilidad y fuente de trastornos psicológicos importantes que precisan atención y tratamiento especializado. Desde el punto de vista epidemiológico, de acuerdo con la IASP y la EFIC el dolor crónico es un problema extenso que afecta a 1 de cada 5 individuos. Además, la mitad de los individuos con dolor crónico sufre de dolor severo.

Según las mismas fuentes, 1 de cada 3 individuos con dolor crónico son incapaces o tienen muchas limitaciones para llevar una vida independiente. En el 25% de los casos los pacientes consideran que el dolor crónico supone el distanciamiento o la destrucción de las relaciones con familia y amigos. Algunos expertos consideran el dolor crónico como "la epidemia silenciosa" (Stolle, 2015).



Las evidencias científicas señalan que:

En Colombia, la Asociación Colombiana para el Estudio del Dolor (ACED), ha realizado ocho encuestas entre 2.000 y 2.014 denominadas Estudio Nacional de Dolor (2,3), en las que se ha estimado la prevalencia del mismo. En el último estudio, se concluyó que la prevalencia del dolor en los últimos seis meses fue 76%, y de dolor crónico 46%. Lo cual nos permite determinar que el dolor en los pacientes hospitalizados constituye un problema de salud pública (Erazo, Perez, Alvaro, & Suarez, 2015).

Estudios realizados en el hospital de Toluca México describe que del total de enfermeras entrevistadas el 98.7% siempre toman en cuenta el diagnóstico médico, el 93.5% toman en cuenta la edad y sexo del paciente y solo un 76.6% elaboran un diagnóstico enfermero, el 22.1% algunas veces y el 1.3% nunca. En los resultados es importante resaltar que las enfermeras en su mayoría consideran el diagnóstico médico y en menor porcentaje elaboran un diagnóstico de enfermería para brindar cuidado al paciente, lo que sugiere que debemos enfatizar la atención el mejoramiento de la aplicación del proceso enfermero (Garcia, Hernandez, & Arana, 2014).

En los centros hospitalarios del IMAS (Institut Municipal d'Assistència Sanitaria), la Comisión de Evaluación y Tratamiento del Dolor, elaboró un cuestionario dirigido a los pacientes ingresados. Un 42,2 % de los pacientes refirió no haber recibido ningún tipo de información acerca de la importancia de manifestar su dolor. A un 62,8 % se le había preguntado sobre la intensidad de su dolor, siendo el método más utilizado una escala categórica (48,5 %), seguido de la escala verbal numérica (35,8%). Un 76,9 %

de los pacientes había presentado algún tipo de dolor durante su ingreso, y de éstos un 22% no había solicitado atención por dicho motivo (Arbones, Montes, & Farriol, 2016).

La prevalencia del dolor en pacientes ingresados en el Hospital Universitario Virgen de la Nieves de Granada mediante entrevistas personales a una muestra representativa de 271 pacientes con una media de edad de 56.79 años (desviación estándar: 18.21); el 49.07% eran hombres. El porcentaje de pacientes que afirmó presentar dolor en el momento de la entrevista fue del 49.1%, si bien aumentó al 76% cuando se les preguntó si habían tenido dolor en algún momento durante la hospitalización. En cuanto a la intensidad del dolor, los pacientes contestaron que fue dolor leve en un 28% de los casos, moderado en un 16.2%, intenso en un 4.1%, e insoportable en un 0.7% (Molina, Ruiz, & Martínez, 2013).

En el hospital de Clemente Alvares de la ciudad de Rosario Santa Fe Argentina se realizó un estudio descriptivo observacional de 93 pacientes, 74 reunieron los criterios de inclusión. De éstos, 64 (86,5%) refirieron presentar o haber presentado dolor durante la internación, 2 no presentaron dolor, pero estaban con analgesia reglada y sólo 8 (10,8%) no lo manifestaron. Entre los motivos de internación, 56 pacientes (75,7%) tuvieron una causa de índole quirúrgica y 17 (23%) tuvieron una causa médica. En conclusión, en este estudio el dolor fue altamente prevalente siendo su intensidad por encima de lo recomendable. Los AINEs fueron las drogas más usadas. Existió un subregistro del dolor y de los efectos adversos. El grado de satisfacción general fue alto y resultó significativamente mayor en aquellos pacientes cuyo máximo dolor por EVA fue leve (Pastor & Lagrutta, 2014).

El presente proyecto de investigación se realizará en el Hospital General “Isidro Ayora Loja”, esta entidad cuenta con una diversidad de especialidades, es así como el grupo a investigarse corresponde al personal de enfermería en un total de 180 enfermeras, el mismo que se desarrollará en el periodo septiembre 2017- abril 2018, con la finalidad de determinar el manejo del dolor por el personal de enfermería del hospital.

<b>Formato Pico</b>		
<b>P</b>	Población	Personal de enfermería
<b>I</b>	Intervención	Manejo del dolor
<b>C</b>	Comparación	Pacientes hospitalizados
<b>O</b>	Resultado	Determinar el manejo del dolor en pacientes hospitalizados, por el personal de enfermería del Hospital General “Isidro Ayora Loja”

### **Pregunta de investigación**

¿Cómo manejan el dolor en los pacientes hospitalizados, el personal de enfermería del Hospital General Isidro Ayora de Loja?

### **a) JUSTIFICACIÓN**

El manejo del dolor en los pacientes hospitalizados, se ha convertido en un indicador relevante de buena práctica clínica y de calidad asistencial, es impredecible un óptimo manejo desde una perspectiva multidisciplinar en el que la enfermera juega un importante papel. El dolor es un problema que sobrepasa el marco de las instituciones, con una prevalencia de 61.4%, sin diferencia por sexo, para convertirse en uno de los principales problemas de salud pública por su gran repercusión socioeconómica, por lo tanto, los datos epidemiológicos nacionales e internacionales contribuirán a orientar las actividades que debe manejar el personal de enfermería en pacientes que presenten dolor.

Las evidencias científicas dan fe del manejo del dolor en los pacientes hospitalizados permitiendo identificar que el dolor es el síntoma más universal que el ser humano padece y que cuando se cronifica, es el motivo más alto de consulta en los diferentes servicios de urgencias con un porcentaje de dolor con intensidad de moderado a severo en pacientes de distintas áreas fue: 38.8% en el área médica, 62.6% en el área quirúrgica, 32.4% en psiquiatría y 56.6% en los pacientes ingresados en el área de larga estancia, es así como el dolor puede convertirse en enfermedad y volverse en una gran carga de sufrimiento para quien lo padece (Ruiz, Gomez, Corcones, & Herreros, 2016).

Según el Ministerio de Salud Pública las prioridades de investigación en salud 2012 – 2013 en el manejo del dolor corresponde al área 19 Sistema Nacional de Salud, línea de atención primaria de salud, sublínea promoción, prevención y tratamiento las cuales fueron generadas a partir de los problemas de salud en nuestro país, permitiendo minimizar el sesgo de interés y opiniones que investigadores o participantes del proceso puedan tener y considerar la evidencia para definir los problemas de salud prioritaria (MSP, 2013).

Así mismo la Carrera de Enfermería tiene establecidos y consolidadas líneas de investigación, en concordancia con las del Área de la Salud Humana y lineamientos de ASEDEFE, línea siete: Morbilidad y mortalidad por problemas de salud de alto riesgo a nivel local, regional y nacional.

Por consiguiente, el proyecto investigativo cuenta con todas las herramientas necesarias, así como la colaboración desinteresada del personal de Enfermería del Hospital General “Isidro Ayora Loja” el cual será autofinanciado completamente por la estudiante responsable de la investigación. De esta manera los resultados obtenidos contribuirán a orientar la prevención y promoción de la salud de los pacientes hospitalizados.

## **b) OBJETIVOS**

### **Objetivo General**

- Determinar el manejo del dolor en pacientes hospitalizados, por el personal de enfermería del Hospital General “Isidro Ayora de Loja”

### **Objetivos Específicos**

- Establecer los conocimientos sobre el manejo del dolor por el personal de enfermería del Hospital General “Isidro Ayora Loja”.
- Conocer la satisfacción del paciente hospitalizado una vez aplicado los procedimientos para disminuir el dolor.

## MARCO TEORICO

Dolor

### **Concepto**

El dolor es una sensación que se presenta en alguna parte del cuerpo de la persona a raíz de factores externos o internos, la misma que es incomoda o deplorable, entendiéndolo como una práctica adversiva afectuosa y perceptible compleja que está fijada por algunas respuestas de tipo biológico hacia los estímulos nociceptivos y la función de estos en cada individuo.

Oliva (2015) corresponde a esta concepción, enunciando que el dolor representa además una sensación que limita, experiencia del cuerpo, contrariedad aflictiva y amenaza, alucinación de anormalidad y aislamiento. Así también es necesario comprender que “dolor significa un perjuicio a la existencia, ya que no es solamente el cuerpo físico que se encuentra enfermo, es la vida en sus varias dimensiones, como la relación consigo mismo, familia, trabajo y entretenimiento” (Oliveira et. al., 2014, p. 2).

### **Fisiopatología del dolor**

El dolor es un procedimiento variable, dinámico que en un inicio tiene un fin específico de seguridad y que normalmente se halla limitado a la relación con el lapso de curación del origen del mismo, no obstante, de acuerdo al tipo de estímulo que lo causó, al igual que la agilidad y efectividad en la que se ubicó.

***Fases de la fisiopatología del dolor.***

**a. Transducción.-** Pabón, Pineda y Cañas (2015) refieren que es la etapa donde la información residente en el sistema sensitivo general se crea en las articulaciones, piel, vísceras y músculos; es capturada y transformada en potenciales de acción mediante varios transductores o receptores que pueden ser: nociceptores, mecanoreceptores y termoreceptores.

**b. Transmisión.-** Se fundamenta en que el dolor es transmitido por fibras Ad y C, partiendo desde la periferia hacia la corteza somato-sensorial a través de tres neuronas, la primera se origina en los receptores de vísceras, músculos, piel, huesos o articulaciones.

**c. Modulación.** Esta fase se encuentra dividida en dos partes que son:

- **Sensibilización.-** Quiere decir que debido al dolor intenso y constante se genera sensibilización en el área central, en razón de que el nivel medular impulsa neuroquímicos excitatorios como la calcitonina, la sustancia P, prostaglandinas y aspartatoglutamato, que permiten la exaltación de los círculos nerviosos.

“Por esta razón, retardar el inicio del tratamiento suscita sensibilización central, que se traduce en necesidad de mayores dosis de analgésicos, comparadas con el inicio oportuno del tratamiento” (Pabón, Pineda y Cañas, 2015, p. 27).

- **Inhibición.-** Este se subdivide en sistema inhibitorio opioide que “utiliza encefalinas,  $\beta$ -endorfinas y dinorfinas” (Pabón, Pineda y Cañas, 2015, p. 28), lo que conlleva a la existencia de acción analgésica en los opioides exógenos al mismo tiempo que en la morfina, y, el sistema inhibitorio no opioide que vislumbra los neuromoduladores como



agonistas de receptores alfa-2 contenidos por tizanidina y clonidina, noradrenalina y serotonina

**d. Percepción.-** Durante esta etapa los estímulos antes caracterizados activan la parte asociativa y somatosensorial de la corteza cerebral. “El componente afectivo del dolor deriva de circuitos cerebrales entre corteza, sistema límbico y lóbulos frontal” (Pabón, Pineda y Cañas, 2015, p. 28).

## **Clases**

### ***Según su duración.***

**a. Agudo.-** Es el que muestra la existencia de una lesión tisular después de activarse los mecanismo nociceptivos, este es muy ventajoso porque permite previene de la presencia de un proceso de dolor, en el que el diagnóstico se concentra a su origen, desarrollo, permanencia y fuerza. “Su duración por lo general es inferior a un mes, aunque puede llegar a tres meses, con un comienzo concreto y una causa reconocible. Puede acompañarse de ansiedad, el tratamiento suele ser etiológico y de escasa dificultad” (Zas, Rodríguez y Silva, 2013, p. 42).

**b. Crónico.-** Es una experiencia de tipo afectiva y sensorial negativa que es provocada por ofensa potencial o real en un tejido, esta está relacionada a procedimientos patológicos cotidianos que pueden ser periódicos o continuos, con intensidad penetrante o leve y que puede extenderse hasta más de seis meses.

Es un dolor inútil, sin valor semiológico y sin propiedades fisiológicas reparadoras, este tipo de dolor persiste tras un periodo razonable después de la resolución del proceso

originario, no siendo útil para el sujeto e imponiendo al individuo, así como a su familia a un severo estrés físico, psíquico o económico, siendo además la causa más frecuente de incapacidad, constituye un serio problema para la sociedad; la causa habitualmente no se identifica, el comienzo es indefinido y no existe relación entre el estímulo y la intensidad álgica y el dolor irruptivo (exacerbaciones transitorias en forma de crisis de elevada intensidad, instauración rápida y corta duración; se produce sobre el dolor crónico) (Zas, Rodríguez y Silva, 2013, p. 42).

***Según su mecanismo fisiopatológico.***

***a. Nociceptivo.-*** Pabón, Pineda y Cañas (2015) conjeturan que es el provocado por la aceleración de los nociceptores secundaris hacia un estímulo nóxico con un nivel de intensidad y permanencia que dependen de la modulación de señales emitidas desde la lesión.

***b. Neuropático.-*** “Se define como aquel dolor originado como consecuencia directa de una lesión o enfermedad que afecta al sistema somatosensorial” (Correa, 2014, p. 180).

Este puede ser originado por el deterioro de las vías nerviosas en alguna parte desde las terminales nerviosas de los nociceptores periféricos a las neuronas corticales del cerebro, siendo conocido como central cuando impresiona el cerebro o médula espinal y periférico cuando se ocasiona en el plexo, raíces, nervio periférico o ganglio-dorsal.

## **Factores que influyen en el dolor**

### ***Cognitivos.***

**a. Creencias.-** Las creencias resultan un factor esencial al experimentar el dolor ya que dependiendo de lo que los pacientes consideren con respecto al dolor, mostrarán su capacidad para conforntarlo emocionalmente y tener un discernimiento de este.

Las creencias de dolor que generalmente sostienen los pacientes se relacionan con las estrategias de afrontamiento que éstos utilizan para hacer frente al dolor. Cuando la persona evalúa su situación respecto del dolor influyen las creencias (sobre la percepción de indefensión y de recursos) que tiene sobre el dolor, lo cual a su vez determina el tipo de estrategia cognitiva que utiliza para afrontarlo. De otra parte, las creencias también tienen gran incidencia en la intensidad del dolor que se presenta en los pacientes, por cuanto tienden a cambiar su estado de ánimo o mostrar incapacida como respuesta. (Moretti, 2010, p. 23).

**b. Actitudes.-** Cuando hay dolor en la persona, surge dos formas de actitudes que pueden ser la de vivirlo y trascenderlo, o de ocasionar una sufrimiento derivado de este que generalmente es originado e incrementado en el interior de cada ser y en función del significado que el dolor tenga en cada uno.

### ***Afectivos***

**a. Emociones.-** Durante el proceso de dolor sucitado en los pacientes, intefvienen las emociones que los mismos reflejan como resultado de ello, mismas que tienden a ser de

tristeza o miedo que posteriormente conducen a varias transformaciones cognitivas, conductuales y fisiológicas que se caracterizan con periodos de depresión y ansiedad.

Con ello se identifica que “los pacientes con dolor que pueden expresar sus emociones desarrollan además una mayor búsqueda de apoyo social y emocional, intentando reducirlo y encontrar alivio como resultado de compartir con otros la experiencia resultante de este” (Suárez y Pérez, 2011, p. 299).

### ***Conductuales.***

**a. Comportamiento.-** La mayor parte de comportamientos “son aprendidas y están influenciadas por emociones y cogniciones, pero en forma directa, por las consecuencias que producen en el medio social, de ahí que se aprende a afrontar el dolor haciendo varias acciones o pensando de cierta manera” (González, 2014, p. 613).

Cuando estos comportamientos repercuten en menor dolor, posiblemente se den episodios repetidos, pero los comportamientos que en un principio aportan ventajas a corto plazo, en un futuro pueden ser nocivas para el paciente.

### ***Demográficas.***

**a. Edad.-** De Andrés, Acuña, y Olivares (2014) detallan que hay que tener en cuenta las posibles complicaciones que puedan surgir en los pacientes a causa del dolor ya que la edad produce una serie de cambios degenerativos si estos tienden a la vejez, lo que en muchos casos dificultan la realización técnicas para su tratamiento.

**b. Género.-** Las diferencias de género para Araujo, Ashmawi y Posso (2011) incide directamente en el nivel de dolor de los pacientes, considerando que de ello varía la respuesta al tratamiento que se da al mismo.

Esto permite evidenciar que generalmente las mujeres responden más rápidamente que los hombres porque la intensidad del dolor tiene mayor percepción en ellas.

### **Manejo del dolor**

El dolor tienen un poder de influencia sobre el paciente que puede variar de manera negativa mientras va evolucionando, por lo que tiende a retrasar la recuperación del mismo.

Con base a esta afirmación, es que el dolor debe ser manejado de una forma eficiente por parte de los enfermeros que están a cargo de los pacientes a fin de preservar en gran parte sus funciones fisiológicas para evitar otros efectos secundarios dañinos.

“Los enfermeros son profesionales que pasan mayor tiempo cuidando de los pacientes, por tanto, tiene un papel imprescindible en el manejo adecuado del dolor” (De Oliveira, Pereira, Calil, Barreto, Freitas y Fujishima, 2012, p. 2).

El manejo del dolor en este contexto tiene mucha relevancia porque contribuye a que el tiempo de permanencia en el hospital de paciente se disminuya, al igual que los costos generados y la satisfacción en este.

***Procedimiento para el manejo del dolor.***

***a. Observación de diagnóstico médico.-*** Es la etapa inicial, en el personal de enfermería antes de valorar el dolor en el paciente se toma en cuenta el diagnóstico realizado por el médico a cargo, el mismo que conforme a Cruz, Hernández, Dueñas, Salvato (2012) se basa en conocer pasando o transitando, la enfermedad o el mal, pudiendo diferenciarla de las demás que tienen similitudes a ella para poder concretar con imaginación y lógica lo que detrás de su aspecto perceptible se halla, al igual que la causa y el componente anatomofisiológico, en el fondo de la persona del enfermo.

Todo personal de enfermería necesita de un diagnóstico confiable para poder adoptar conductas terapéuticas correctas y emitir un pronóstico. El diagnóstico es un elemento fundamental en la cadena de actividades que implica una buena atención médica. Si este es incorrecto, con mucha probabilidad llevará a conductas o decisiones erróneas, no exentas de riesgo (Cruz, Hernández, Dueñas, Salvato, 2012, p. 429).

Este diagnóstico representa el pilar fundamental, en el que se basará la enfermera para decidir como manejar el dolor en el paciente luego de planificar las técnicas que empleará para su correcta manipulación. El diagnóstico se conforma de tres partes que son: problema que constituyen la parte céntrica, en la que se describe de manera precisa y clara el problema o situación de dolor que presenta el paciente, también se le conoce como etiqueta.

La siguiente parte propuesta por Arribas et. al. (2011), es la etiología que abarca los componentes que propician el dolor en el paciente, estos se conocen como factores de riesgo, dependiendo del grado de incidencia.

**b. Preparación de equipos y materiales.-** Durante esta etapa, la enfermera revisa si cuenta con todo el material y equipo que necesitará utilizar para valorar el dolor en el paciente, estos recursos para García, Broggi, Lourenco, Oliveira (2013), pueden ser seleccionados en base a varias dimensiones como especificación para su reservación, nivel de aplicabilidad en el paciente y objetividad al tenerse en cuenta que existen los materiales se conforman en grupos como los de higiene, medicamentos, médico-hospitalarios y alimenticios.

Es por ello que dentro que el personal de enfermería debe distinguirse por generar, viabilizar y potenciar las óptimas condiciones de tipo técnico para la asistencia que se dé a los pacientes con dolor sea satisfactoria. (García, Broggi, Lourenco, Oliveira, 2013, p. 412).

**c. Detección de síntomas.-** Es en donde se detecta los síntomas que el paciente presenta en consecuencia del dolor que tiene, los síntomas son la revelación subjetiva de un padecimiento en la persona que se refleja en el signo, estos son importantes en el manejo del dolor porque aporta información más real del tipo de dolor expuesto.

Dando correspondencia a ello, el síntoma también compone en un síndrome que solo se recepta por el paciente que padece el dolor, en tanto que este se percepta por la persona y por la enfermera que lo atiende.

“La información que da un síntoma proviene en realidad de dos sujetos: de aquél que informa y de aquél que interpreta la información presuponiendo la honestidad del informante” (Ezama, Alonso y Fontanil, 2010, p. 295).

Es así que en el proceso de manejo del dolor se debe conocer de forma eficiente los síntomas del paciente producto del dolor como medio para su caracterización y que constituyen los estándares que aportarán en el diagnóstico pertinente del mal que padece.

**d. Localización del dolor.-** “Es la parte del cuerpo donde se localiza el dolor. Ejemplos: dolor de cabeza (cefalea), dolor torácico, dolor abdominal, entre otros” (Ministerio de Salud Pública, 2015, p. 2).

Es el acto de ubicar donde el paciente siente concretamente el dolor, teniendo en cuenta que “los criterios de elegibilidad para el manejo del mismo, van a depender de su localización del dolor y del origen identificado” (Academia Nacional de Medicina de México, 2014, p. 52).

Es importante localizar el dolor para comprenderlo y se puede hacer al pedirle al paciente que señale la zona del cuerpo donde le duele más o que describa o lo pinte en un dibujo en medida de que el dolor puede localizarse en un solo lugar o en otras áreas corporales, este dolor proviene particularmente de estructuras hondas divergentes en cada paciente.

**e. Determinación de inicio y tiempo de duración del dolor.-** Parte de la determinación de la hora en que inicia el dolor en el paciente, preguntándosele a él mismo para controlando el tiempo en el cronómetro, establecer si el dolor es corto o se prolonga.

**f. Medición de la intensidad del dolor.-** Es la parte en la que se efectúa la medición de si el dolor presentado en el paciente es fuerte o leve, aunque también si se repite frecuentemente en el transcurso del tiempo en términos cuantitativos.



“La intensidad del dolor se evaluó mediante escalas validadas recomendadas por la Organización Mundial de la Salud, , de acuerdo a la edad y condición clínica del niño, aplicadas por integrantes del equipo de enfermería previamente entrenadas” (Morales et. al., 2016, p. 200).

La intensidad del dolor por lo general suele ser más fuerte en las mujeres, aunque esto no tiene relación con la edad, nivel académico y el tiempo de entranamiento que se aplica a la enfermera que atiende al paciente con respecto al manejo del dolor, ya que el dolor tiende a presentarse con mayor o menor profundidad de acuerdo a su origen, la intensidad del dolor se mide a través de las siguientes escalas:

- **Escala analógica visual (EVA).**- Clarett (2012) certifica que “en la escala visual analógica-EVA, la intensidad del dolor se representa en una línea de 10 cm. En uno de los extremos consta la frase de no dolor y en el extremo opuesto el peor dolor imaginable” (p. .

La distancia que se describe en centímetros desde la parte que indica no dolor, señalada por el paciente expresa la intensidad de su dolor, aunque no siempre es necesario que los centímetros estén marcados. Esta escala es muy segura y tiene gran validez en muchos pacientes valorados, es la más utilizada en muchos hospitales. “Un valor inferior a 4 en la EVA significa dolor leve o leve-moderado, un valor entre 4 y 6 implica la presencia de dolor moderado-grave, y un valor superior a 6 implica la presencia de un dolor muy intenso” (Clarett, 2012, p. 8).

Sin embargo, antes de realizarla, la enfermera deberá explicar al paciente su procedimiento y como ha de intervenir, estableciendo también su situación cognitiva,

además de ello hay que considerar su disponibilidad para cooperar en la valoración del dolor.

Consiguientemente, habrá que adaptar un lenguaje apropiado en base a su capacidad de entendimiento a fin de facilitarle la correcta medición en la escala para prevenir juicios negativos en consecuencia.

- **Escala numérica (EN).**- Zas, Rodríguez, y Silva (2013) plantean que es una escala que se numera del 1 al 10, en la que 0 equivale a la ausencia del dolor y 10 en cambio a la máxima su máxima intensidad, en esta el paciente apunta en la escala el número que le asigna al grado de su dolor de acuerdo la fuerza del mimo.

“Es clave en personas que padecen de trastornos visuales importantes (figura 1). Para algunos enfermos puede no ser comprensible este tipo de escala” (Tabares, Rodríguez, y Silva, 2013, p. 43).

- **Escala categórica (EC).**- Se emplea cuando el paciente no puede ponderar sus síntomas con las escalas antes detalladas, por lo que enuncia la intensidad del dolor en categorías debido a que se le hace más fácil, para ello se suele hacer una concordancia entre categorías con un equivalente numérico (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2014).

- **Escala descriptiva verbal (EDV).**- “Esta escala requiere de un grado de comprensión menos elevado que la EVA o ENV. Consta de 4 puntos, en que el dolor puede estar ausente = 1, ligero = 2, moderado = 3 o intenso = 4” (Clarett, 2012, p. 9).

Esta tiene cierto parecido a la numérica en medida de que el dolor ausente también se representa con 0, mientras que el ligero va de 1 a 3, el moderado de 4 a 6 y el intenso de 7 a 10.; si el puntaje final es 3, es necesario aplicar analgésicos.

- **Escala de Wong Baker.**- Esta hace uso de un total de seis caras graficadas en dibujos animados, colocando en el extremo izquierdo una cara feliz y al lado derecho una cara con lágrimas en los ojos, de derecha a izquierda la expresión de las caras se va volviendo más deprimente.

**g. Determinación del tipo de dolor.**- Es poder delimitar el tipo de dolor que presenta el paciente y esto no sólo tiene importancia nosológica, sino terapéutica para evitar posibles eficiencias al aplicar los diversos fármacos, así como prevenir diagnósticos erróneos sobre el dolor.

**h. Observación de cambios producto del dolor.**- Consiste en la observación que la enfermera hace durante todo el tiempo que dura el dolor, determinando que cambios se producen en el paciente que puede ser generalmente emocionales. “Si el paciente no aprende a manifestar su dolor y alerta de los cambios producidos, como falta de alivio o cambios en sus características con los tratamientos aplicados” (López et al., 2012, p. 39).

**i. Tratamiento para reducir el dolor.**- En esta parte se decide y se “adopta medidas complementarias para tratar el dolor si se estima oportuno” (Verona y Reyes, 2011, p. 28), haciendo uso de componentes farmacológicos y no farmacológicos.

- **Farmacológico.**- Es la técnica aplicada para reducir el dolor en el paciente y que se conforma por alternativas basadas en los fármacos que se transforman en la principal vía de

tratamiento y la selección adecuada está en función del tipo de dolor existente en el interior de la persona.

Tabares, Rodríguez, y Silva (2013) sintetizan que “el objetivo del tratamiento farmacológico debe perseguir el control del síntoma o su alivio, entendiendo por control su desaparición, y por alivio la mejoría en la percepción del mismo” (p. 43), a partir de ello en el tratamiento farmacológico se pueden utilizar:

- **Analgésicos**

Son fármacos que erradican o disminuyen el dolor sin causar alteraciones pervalentes de la cognición y otro tipo de impresiones en el paciente hospitalizado. “Etimológicamente procede del prefijo griego a-/an- (carencia, negación), y algia, dolor” (Torres y Villarreal, 2011, p. 319).

Dentro de este aspecto hay que considerar que es elemental conocer que estos fármacos pueden también utilizarse habitualmente mediante cualquier vía pero con una correcta administración que permite hacerlo en intervalos frecuentes o en infusiones imperecederas.

“Los analgésicos como coadyuvantes son parte fundamental del tratamiento asociado pero coherente del dolor. Su uso pese al gran beneficio que provee es poco utilizado en el paciente” (Narváez, 2010, p. 72), estos se clasifican en opioide y no opioide.

Los analgésicos opioides representan los fármacos que tienen semejanza selectiva por los receptores opioides, dando como resultado que la activación de esos ocasionen analgesia de alta intensidad, provocada generalmente sobre el SNC, al igual que otras secuelas

subjetivas que se orientan a beneficiar la implementación de una conducta de autodirección conocida como farmacodependencia.

“Los opioides son eficaces para prácticamente todos los síndromes dolorosos crónicos no oncológicos. Muchos pacientes necesitan opioides potentes para el alivio del dolor” (Campos y Kimiko, 2012, p. 2).

La utilización de opioides fuertes puede efectuarse para el dolor permanente, siempre y cuando otras técnicas no hayan dado resultado, para lo cual se debe monitorear al paciente celosamente, su uso es contradictorio y no se recomienda aplicarlo inicialmente porque puede provocar dependencia.

De forma relativa se puede deducir que los analgésicos no opioides son los fármacos más empleados inicialmente para el alivio del dolor agudo o de leve a moderado en el paciente y que se pueden adquirir en farmacias sin receta médica, se toman vía oral, aunque también se suministran mezclado con medicamentos para apaciguar el dolor más intenso.

- **No farmacológico.**- Es el desarrollo de actividades para amortiguar el dolor en el paciente mediante la aplicación de métodos que no implica el uso de medicamentos y se transfigura como un instrumento importante para mejorar la conducta del mismo hacia el dolor presentado.

Por ello es primordial que el personal de enfermería dentro de este contexto incluya algunas orientaciones concernientes a la adecuada alimentación del paciente, la práctica de ejercicio físico y el control de su peso, haciendo un monitoreo integral de sus

medicamentos, además de la oportuna identificación de síntomas y signos de descompensación.

El objetivo general del uso de estas terapias complementarias es disminuir el dolor en los pacientes utilizando técnicas como son el yoga, la musicoterapia, ejercicios de relajación y el control de la respiración. Como objetivos específicos se incluirían: aumentar el conocimiento y uso de los mecanismos corporales y técnicas de autoprotección, disminuir en la medida de lo posible el consumo de analgésicos, reducir la dependencia de la comunidad médica que a menudo presentan estos pacientes, aumentar los rasgos positivos personales y los niveles de control emocional para potenciar el nivel de actividades cotidianas (Ramírez, Jurado, Sánchez, y Marco, 2017, p. 1 )

La utilización de este tipo de tratamiento en los pacientes con dolor no reemplaza al tratamiento farmacológico, pero si lo complementa, evidenciándose que es muy efectivo para la disminución de algunos episodios depresivos al igual que la ansiedad presentada al requerirse el uso de analgésicos.

Para ejecutarse se debe contar con la disposición del paciente en participar con todas las actividades que la enfermera le indique al igual que con la completa capacidad de esta, su comienzo debe ser lo más rápido que se pueda a fin de evitar el progreso de actitudes negativas de comportamiento en el paciente y que el dolor avance mediante un trabajo multidisciplinario del equipo de enfermería y con la ocurrencia de otros especialistas médicos, dependiendo del tipo de dolor.

- **Fisioterapia**

“La historia de la Fisioterapia se remonta al año 1 500a.n.e. Hay referencias de que en la antigua Mesopotamia, en Egipto y en la arcaica China se hacía uso de agentes físicos como agentes terapéuticos” (Grillo y López, 2016, p. 89). Igualmente ya los primeros mayas y atecas crearon técnicas terapéuticos fundamentados en baños de vapor.

Grillo y López (2016) estableció que fue Hipócrates, el creador de la medicina occidental, quien impulsó la terapia física con el objetivo de también preservar a la naturaleza, es decir de promover la potencia de autocuración del propio cuerpo en el paciente con la utilización de los recursos naturales. Consecutivamente , inventó métodos de masaje y movimiento como técnicas de terapia, mientras que para 1890 propuso la diatermia teraeútica, una clase de calentamiento insondable obtenido mediante la aplicación de ondas cortas.

Así fue que a partir de ello, se dio inicio a la carrera de técnico en rehabilitación en el Instituto Politécnico de la Salud “Carlos Juan Finlay” en La Habana-Cuba, donde más de 200 jóvenes a nivel nacional desarrollaron sus estudios ahí, graduándose tres años después. (Grillo y López, 2016, p. 89).

En el hospital asistencial “Celestino Hernández Robau” se hacía la rehabilitación de los pacientes hospitalizados dos veces por día para posibilitar su recuperación inmediata y luego se lo hacía dentro de las otras área de salud antes descritas, en las que concluían con su tratamiento, empleando étodos tecnológicos poco avanzados, pero al instaurarse el Politécnico de Salud “Julio Trigo López”, se potenció la preparación de nuevos profesionales técnicos. “En el mes de julio del año 2004 el Comandante en Jefe Fidel

Castro Ruz, se refirió a los avances tecnológicos en la salud y la educación en Cuba y propuso la fundación de Salas de Rehabilitación Integral” (Grillo y López, 2016, p. 89).

Según lo señalado por Grillo y López (2016), la Fisioterapia generalmente no ocasiona toxicidad ni otras consecuencias secundarias de ninguna clase ya que si los hubiera, esto obedecería a contraindicaciones seguidas en el transcurso de las diferentes terapias.

- **Crioterapia (Aplicación de frío)**

La crioterapia “es una modalidad de termoterapia superficial que consiste en la aplicación local o sistémica de frío con fines terapéuticos” (Zayas, 2015, p. 66). Esta técnica se clasifica dentro de una modalidad termoterapéutica con base superficial que radica en aplicar hielo como factor curativo en el paciente mediante sistemas de acción directos o indirectos en el cuerpo.

Las modalidades de enfriamiento varían en cuanto a sus características intrínsecas y propiedades termodinámicas (tamaño, calor específico, punto de fusión, etc.). Entre las más usadas están la inmersión en hielo, la inmersión en agua helada, el hielo húmedo, el paquete de agua y alcohol, el paquete de hielo, el paquete de gel, los aparatos de frío y el masaje con hielo. Se han realizado diversos estudios para comparar la eficacia de estas modalidades para disminuir la temperatura de la piel (Zayas, 2015, p. 68).

Esta técnica se conoce como una alternativa de tratamiento muy adecuada para el dolor producido por lesiones esqueléticas agudas, por lo que tienen gran efecto en la reducción del mismo y propicia su pronta recuperación como medio para proporcionar la restitución de la función sanguínea y la actividad normalizada del área afectada.



“Los efectos fisiológicos de la terapia de frío incluyen reducciones en el dolor, el flujo de sangre, edema, inflamación, espasmo muscular, y la demanda metabólica” (Zayas, 2015, p. 68).

- **Exposición al calor**

Este método se fundamenta en aplicar el calor, haciendo uso de elementos térmicos que son los que tienen una temperatura mayor a 34-36°C que por lo general posee el cuerpo humano, este puede realizarse de diversas formas como la conducción, convección, radiación y conversión.

La conducción para Pérez y Sosa (2013) consiste en la permuta de energía caliente entre dos cuerpos a temperaturas desiguales que se generan relación. Esta técnica ocurre cuando un desnivel de temperatura en el cuerpo del paciente transfiere energía desde la zona con mayor temperatura hacia la que tiene baja temperatura, para su aplicación se puede emplear almohadillas químicas, almohadillas eléctricas, cera y compresas hidrocoladoras.

De otra parte, el mecanismo de convección es la transmisión de calor que se realiza mediante el líquido, el calor es transportado desde la profundidad hacia la superficie del cuerpo humano, mientras que la circulación sanguínea actúa a manera de radiador, provocando que la temperatura se vaya equilibrando a medida que sea menos profunda, esta se puede generar al exponer el área del dolor del paciente al aire húmedo-caliente y al aire seco.

El mecanismo de radiación abarca la transferencia de energía a manera de ondas electromagnéticas mediante el vacío y se puede obtener al exponer la parte adolorida a la radiación infraroja, radiación ultravioleta y luz solar. (Vega, 2017, p. 1).

- **Cambios posturales**

Estos comprende el conjunto de acciones que se realizan para generar movimiento en los pacientes hospitalizados cuando sienten dolor en alguna zona específica de su cuerpo, por lo que también se conocen como posiciones principales que se emplean generalmente para facilitar en la reducción del dolor.

Esto se ejecuta con el propósito de prevenir el apareamiento de otros dolores procedentes de la presión en la parte más adolorida, con lo cual también se logra mejorar la circulación del área en la que se presenta el dolor y dar mayor relajación al paciente, tratando de que no se esfurece demasiado sus articulaciones.

Para realizar estos movimientos, se cuidará que no exista contraindicación, para evitar o minimizar la presión en pacientes con movilidad y actividad reducida, se debe mantener la comodidad del paciente y su capacidad funcional, la frecuencia del movimiento vendrá determinada por el estado de la piel, las necesidades del paciente y la redistribución de las presiones de la superficie de apoyo, para ello es necesario realizarlo con mayor frecuencia cuando la superficie donde se encuentra el paciente no redistribuye la presión (Servicio Madrileño de Salud y Colegio Oficial de Enfermería de Madrid, 2014, p. 11).

Esos movimientos de forma general se puede ejecutar de 2 a 3 horas por cada día como mínimo y como máximo unas 4 horas, dependiendo la intensidad del dolor, coordinando

con la realización de las demás actividades que tenga el personal de enfermería, manteniendo lapsos de descanso para el paciente.

Esta técnica tiene muchos beneficios para el paciente ya que si se realizan adecuadamente los cambios y al ir intercalando las zonas de dolor en el cuerpo del paciente, se reduce el mismo al evitar la presión de la piel adolorida que generalmente es causada por la presión del propio cuerpo que prensa los tejidos entre el hueso y la cama o al friccionar el paciente su cuerpo en la cama.

- **Distracción**

“Albert Hofmann fue el pionero de esta técnica en los años noventa y para usó videojuegos con para la cura y rehabilitación de pacientes quemados; mientras que estudios posteriores emplearon la realidad virtual tanto en dolor clínico como experimental” (Cabas, Cárdenas, Gutiérrez, Ruiz y Torres, 2015, p. 40).

Últimamente en la gestión del dolor por parte de las enfermeras, se incluye la técnica de la distracción que se puede realizar de diversas formas en el paciente como un factor que promueve su relajación, pensamiento e imaginación, haciendo uso de equipos tecnológicos como el radio, la televisión.

La distracción interactiva es mejor que la pasiva, aunque ambas formas dan respuestas positivas. En lo que atañe a los juegos electrónicos, éstos no sólo intervienen en las sensaciones auditivas y visuales, ya que pueden involucrar sensaciones táctiles y cenestésicas, y conforme se distrae al paciente, se aumenta la demanda acental de este tipo de actividades (Ramírez y Meda, 2014, p. 210).

- **Aromaterapia**

Sierra (2010) puntualiza que la aromaterapia también conocida como fitoterapia que quiere decir sanación mediante plantas y que se creó hace 12000 años, lo que fue verificado al encontrarse restos de plantas curativas en algunas tumbas del homínido Neanderthal. Casi a la par, fue incluida en la medicina tradicional hindú y china durante más de 4 mil años.

La aromaterapia, entendida como la curación con aceites esenciales tuvo un renacimiento a principios del siglo 20, después de haber sido usada en forma rudimentaria por las principales culturas antiguas del mundo como una extensión de la fitoterapia y después de haberse extendido en la Europa de la edad media las mejoras técnicas en destilación introducidas por la cultura árabe (Sierra, 2010, p. 3).

A partir de ello, se identifica a la aromaterapia como la parte de la herbolaria que emplea elementos adquiridos de plantas para lograr efectos de tipo terapéutico, estos elementos que son volátiles bajo una temperatura del orden de los 100°C, se extirpan de algunas partes de la planta mediante la evaporización de agua por lo general, sin embargo, actualmente se aplican otras técnicas más modernas que utilizan el CO<sub>2</sub> de manera parecida. (Sierra, 2010, p. 6).

Este método tiene una visualización más integradora de la conciencia y el cuerpo humano, experimentándose en una dinámica de semejante naturaleza y sana a través de asociaciones de varios principios activos que se van balanceando por la vía del avance basado en la interacción entre enfermera y paciente.

- **Intervención psicosocial, psicoeducativa y cognitivo conductual**

En el año 1978 la enfermera Kate Lorig empezó a desarrollar en el Centro de Enfermedades Reumáticas de la Universidad de Stanford (E.E.U.U) los primeros cursos de autoayuda para enfermos de artritis, a la vez que se desarrollaron investigaciones para evaluar sus resultados bajo los auspicios de la creencia de que la educación mejoraría la salud de estos pacientes. Los fines del primer programa fueron: abaratar costes reduciendo las visitas al médico y las medicinas, y mejorar la salud de los pacientes en movilidad, dolor y depresión (Quiceno y Vinaccia, 2011, p. 164)

Es una técnica de carácter psicológico que se fomenta en posibilitar al paciente con dolor, la actitud para adaptarse y sobrellevar el mal que padece, la misma ha ido evolucionando durante los últimos 30 años al impleentarse una variedad de programs de intervención psicoeducativa con el objeto de contrarrestar su impacto económico-social.

Así Quiceno y Vinaccia (2011) proponen que a finales de los años 80, se comenzó a elaborar y aplicar estrategias cognitivo-conductuales en programas posteriores como métodos de relación, al igual que estrategias de resistencia y reforzamiento positivo, etc., cuyos resultados señalaron que se podía mitigar el dolor corporal y aportar en el mejor funcionamiento psicosocial del paciente.

“Las intervenciones en pacientes con dolor comprenden entrenamiento en instrucciones, entrenamiento en varios enfoques de relajacióny entrenamiento en afrontamiento, además del entrenamiento en la generalización de estas habilidades a ambientes familiares y de trabajo” (Quiceno y Vinaccia, 2011, p. 165-166), estas terapias comprenden la enseñanza

de habilidades para prevenir de forma oportuna futuros cuadros exagerados de dolor y adecuado afrontamiento de la vida.

- **Educación al paciente y familia**

Es la acción de enfermería en la que se garantiza que el paciente comprenda la necesidad de mantener una adecuada y ágil comunicación sobre la presencia del dolor o los cambios provocados por este, así como otros cambios generados a raíz del analgésico suministrado.

De igual forma es conveniente “proporcionar información al paciente y su familia con respecto al dolor y las medidas utilizadas para tratarlo, prestando especial atención a la corrección de falsos mitos, y estrategias para la prevención y el tratamiento de los efectos secundarios” (Complejo Hospitalario Universitario Albacete, Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados y Servicio de Salud de Castilla-La Mancha, 2013, p. 9).

Hay que tener en cuenta el nivel de ansiedad que presenta el paciente porque mientras más miedo exista, la efectividad en otras técnicas, ante lo cual sólo queda aliviarlo al brindarle información, para ello se debe seguir un procedimiento objetivo de acuerdo a la realidad a la que hará frente y al tipo de intervención médica a la que se vaya a someterlo.

*j. Control de disminución del dolor.-* Finalmente, luego de que se ha realizado la aplicación del tratamiento seleccionado por la enfermera en el paciente, se debe supervisar si este “ha cesado o la intensidad de dolor ha disminuido, lo esperable es que en este paso no se presente ninguna dificultad si su uso ha sido de corta duración y si el paciente ha respondido adecuadamente.

“La supervisión del tratamiento le permite determinar si ha dado resultados o si es necesario aplicar alguna otra medida. Para ello necesita mantenerse en contacto con el paciente, lo que puede hacer de dos maneras” (Vries, Henning, Hogerzeil y Fresle, 2017, p. 1), la forma de controlar esto se puede realizar de dos formas, la primera que es la supervisión pasiva en la que se indica al paciente lo ha de realizar si el tratamiento no tuvo eficiencia o si causa incomodidad, al igual que otras consecuencias indeseadas. (Vries, Henning, Hogerzeil y Fresle, 2017, p. 1)

## **f) METODOLOGÍA**

### **Tipo de estudio**

El presente trabajo investigativo es de tipo descriptivo transversal que se orienta a generar información coherente al manejo del dolor en los pacientes hospitalizados por parte del personal de enfermería del Hospital General “Isidro Ayora Loja”.

### **Área de estudio**

El Hospital General “Isidro Ayora Loja” está ubicado en la ciudad y provincia de Loja, al sur del Ecuador, inaugurado en 1979. Tiene cerca de 35 años de construcción. Es un hospital de segundo nivel con una cobertura que abarca la ciudad y la provincia de Loja, toda la provincia de Zamora Chinchipe y la parte alta de la provincia del Oro, cuenta con una infraestructura moderna y una dotación inicial para 400 camas, con una asignación normal de 243 pacientes, distribuidas en los siguientes servicios de hospitalización: Medicina Interna, Cirugía, Pediatría, Ginecología y Obstetricia, Neonatología, Unidad de Quemados y Cuidados Intensivos. Cuenta con los servicios de atención ambulatoria como: Consulta Externa, Emergencia, Hemodiálisis, Fisiatría y Rehabilitación.

En el Hospital laboran 523 servidores entre profesionales, administrativos y trabajadores, en su gran mayoría especializada, capacitada técnicamente y con una amplia experiencia; el área técnica se compone de: 35 médicos tratantes, 24 médicos residentes asistenciales, 26 médicos residentes de postgrado, 4 odontólogos, 76 enfermeras y 98 auxiliares de enfermería.



En su calidad de centro de referencia regional, brinda servicios de salud integral con calidad, eficiencia y oportunidad, respetando los saberes y la diversidad cultural de los usuarios, procurando con su accionar mejorar la calidad de vida de la población, además contribuye en la formación de profesionales en el área de la salud.

### **Universo**

La población de estudio corresponde al personal de enfermería que trabaja en el Hospital General “Isidro Ayora Loja”, aproximadamente un total de 142 licenciada/os de enfermería.

### **Criterios de inclusión**

Profesionales de enfermería que se encuentre laborando durante el periodo de recolecta de datos septiembre 2017 – febrero 2018, que aceptaran participar en el estudio.

### **Criterios de exclusión**

Profesionales de enfermería que no acepten participar en el estudio y que se encuentren en período de vacaciones.

### **Métodos, Técnicas e Instrumentos de recolección de datos**

Para recolectar la información sobre cómo se maneja el dolor en los pacientes hospitalizados se utilizará una encuesta en el cual se insertará conocimientos del cuestionario de McGill (MCQ), la escala analógica del Dolor (EVA), y la escala numérica de intensidad del dolor, por medio del cual se podrá conocer como el personal

de enfermería maneja el dolor en los pacientes hospitalizados, la misma que se calificará de acuerdo al porcentaje de respuestas que se presenten.

**Procedimiento de recolección de datos.** Para la recolección de la información se realizarán las siguientes actividades.

1. Solicitud de permiso al director del Hospital General Isidro Ayora de Loja al Doc. Carlos Orellana
2. Solicitud de permiso a la jefa de enfermera la Lic. Olivia Córdova.
3. Coordinación con la jefa de cada área y licenciadas para brindar información sobre el propósito de la investigación.
4. Una vez coordinado se procede a hacer firmar el consentimiento informado a cada profesional.
5. Entrega de encuestas al personal de enfermería presente, que nos permitirá determinar como el personal de enfermería de cada área maneja el dolor en los pacientes hospitalizados.
6. Verificación de que las encuestas estén bien resueltas
7. Agradecimiento al personal que colaboro con la investigación.

### **Fuente de la información**

La fuente de información es primaria debido a que los datos, serán recolectados directamente del personal de enfermería que se encuentra en constante interacción con el paciente hospitalizado.

### **Uso de la información.**

La información obtenida además de permitir determinar cómo el personal de enfermería maneja el dolor en los pacientes hospitalizados, el mismo que permitirá concientizar al profesional que labora en esta institución en relación al cuidado, así

mismo a los estudiantes y docentes de la carrera de enfermería, sobre una correcta valoración del dolor en los pacientes hospitalizados, para su posterior tratamiento.

### **Plan de tabulación y análisis de los datos**

De acuerdo a los resultados que se obtengan en la encuesta para determinar como el personal de enfermería maneja el dolor en los pacientes hospitalizados, se determinará mediante el puntaje que arrojen dichas encuestas. La presentación de los datos se realizará en tablas estadísticas, donde se esquematizará la información del procesamiento y categorización de los datos presentados, determinando porcentajes de los indicadores de la encuesta por medio de tablas..

## g) CRONOGRAMA

**Proyecto.** Manejo del dolor en el paciente hospitalizado, por el personal de enfermería del hospital general “Isidro Ayora de Loja”

Fecha Actividades	Octubre 2017				Noviembre 2017				Diciembre 2017				Enero 2018				Febrero 2018				Marzo 2018				Abril 2018			
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28
Aprobación del proyecto		■	■	■																								
Solicitar autorización para el desarrollo del proyecto					■	■																						
Construcción del marco teórico							■	■	■	■	■	■	■	■	■	■												
Recolección del datos																	■	■	■	■	■	■						
Análisis e interpretación de los datos																					■	■	■					
Construcción del primer borrador de tesis																									■	■		
Revisión del informe																										■		
Presentación del informe final de tesis.																											■	■

**Autor:** Marithza Elizabeth Enriquez Caraguay

### h) RECURSOS Y FINANCIAMIENTO

**Proyecto.** Manejo del dolor en el paciente hospitalizado, por el personal de enfermería del hospital general “Isidro Ayora de Loja”

RECURSOS	CANTIDAD	PRECIO UNIDAD	PRECIO TOTAL
<b>MATERIALES</b>			
Resmas de papel boom	2	\$ 4,5	\$ 9
Tinta	2 cartuchos	\$ 50	\$ 100
Copias	142	\$ 0.5	\$ 7.10
Internet	6 meses	\$ 20	\$ 120
Anillados	4	\$ 3	\$ 12
Empastados	4	\$ 25	\$ 100
Transporte	50	\$ 0.3	\$ 15
Materiales de oficina	5	\$ 0.5	\$ 2.5
CD	5	\$ 1.00	\$ 5
Alimentación	5	\$ 2.5	12.5
<b>TOTAL</b>			<b>\$ 392.00</b>

## i) BIBLIOGRAFÍA

- Academia Nacional de Medicina de México. (2014). Evidencia del uso clínico y terapéutico de la radiofrecuencia en dolor crónico. *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM*, 57(1). 52.
- Ahuanari, A. (2017). *Intervención enfermera en el manejo del dolor del paciente post-operado de cirugía abdominal, según opinión del paciente, en un hospital de Lima, 2016* (tesis de grado). Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú.
- Alonso, A. (2014). *Valoración del dolor en el paciente geriátrico*. (Trabajo de Fin de Grado en Enfermería), Universidad Pública de Navarra. España.
- Aparecida, F., Varanda, L. Cardoso, R. y Hortensa, P. (2010). Escala Multidimensional de Evaluación del Dolor (EMEDOR). *Revista Latinamericana Enfermagem*, 18(1). 2.
- Araujo, C., Ashmawi, H. y Posso, I. (2011). *Sexo y percepción del dolor y analgesia* *Revista Bras Anesthesiol*, 61(6). 449-453-455.
- Arango, V. y Montoya, L. (2015). Medicina Integrativa: efectos de la acupuntura y su aplicación clínica en la medicina convencional. *Revista CES Medicina*, 29(2). 284-285-286-287.
- Ayuntamiento de Madrid, Área de Gobierno de Seguridad y Emergencias, Organismo Autónomo Madrid Salud e Instituto de Adicciones de la ciudad de Madrid. (2015). *Protocolo de intervención de enfermería en los Centros de Atención a las Drogodependencias*. Madrid: Edición Digital.
- Cabas, K., Cárdenas, G., Gutiérrez, J., Ruiz, F. y Torres, G. (2015). Uso clínico de la realidad virtual para la distracción y reducción del dolor post-operatorio en pacientes adultos. *Revista Tesis Psicológica*, 10(2). 40.

- Campos, D. y Kimiko, R. (2012). Uso y Rotación de Opioides para el Dolor Crónico no Oncológico. *Revista Brasileña Anestesiología*, 62(4). 2.
- Carbonelli, M., Esquivel, J. e Irrazábal, G. (2011). *Introducción al conocimiento científico y metodología de la investigación social*. Buenos Aires: Universidad Nacional Arturo Jauretche.
- Cárdenas, A. (2011). Piaget: lenguaje, conocimiento y Educación. *Revista Colombiana de Educación REFLEXIONES*, 60. 73-75.
- Carmioli, P., Solís, K., Andrade, J. y Saniabria, H. (2017). Dolor al administrar medicamento por inyección intramuscular: ventroglútea vs dorsoglútea. *Enfermería Actual en Costa Rica*, 32. 4.
- Clarett, M. (2012). *Escalas de evaluación de dolor y protocolo de analgesia en terapia intensiva*. Argentina: Instituto Argentino de Diagnóstico y Tratamiento.
- Complejo Hospitalario Universitario Albacete, Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados y Servicio de Salud de Castilla-La Mancha. (2013). *Valoración y manejo del dolor en pacientes hospitalizados*. Canadá: RNAO.
- Contreras, F. y Tito, P. (2013). *La gestión del conocimiento y las políticas públicas*. Perú: Universidad María Auxiliadora. Primera Edición.
- Correa, G. (2014). Dolor neuropático, clasificación y estrategias de manejo para médicos generales. *Revista Medicina Clínica CONDES* 25(2). 180.
- Cruz, J., Hernández, P., Dueñas, N., Salvato, A. (2012). Importancia del Método Clínico. *Revista Cubana de Salud Pública*. 28(3). 429.
- Cuenca, A., Goicoechea, C. y Lisón, J. (2010). ¿Qué respuesta fisiológica desencadena la aplicación de la técnica de estimulación nerviosa eléctrica transcutánea?. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*. 339.

- De Andrés, J. Acuña, J. y Olivares, A. (2014). Dolor en el paciente de la tercera edad  
*Revista Medicina Clínica CONDES*, 25(4). 680.
- De Oliveira, M., Pereira, C., Calil, A., Barreto, J., Freitas, M. y Fujishima, P. (2012).  
Conocimiento de médicos y enfermeros sobre dolor en pacientes sometidos a la  
craniotomía. *Revista Latinoamericana EFERMAGEM*, 20 (6). 2.
- Ezama, E., Alonso, Y. y Fontanil, Y. (2010). Pacientes, síntomas, trastornos, organicidad y  
psicopatología. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*,  
10(2). 295.
- Ferreira, F., Machado, A. y Kimiko, R. (2011). Evaluación del Efecto de la Estimulación  
Nerviosa Eléctrica Transcutánea (TENS), para la Analgesia después de la  
Toracotomía. *Revista Brasileña Anesthesiol*, 61(5). 308.
- García, S., Broggi, R., Lourenco, M., Oliveira, M. y Da Costa, D. (2013). El enfermero en  
la administración del material médico-hospitalario: revisión integradora.  
*Universidad federal Fluminense*, 12(2). 412.
- García, V. et. al. (2013). *Valoración y manejo del dolor en pacientes  
hospitalizados*. Canadá: Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario.
- Gómez, M., Takase, L., Kotziás, E. y Lorenzini, A. (2010). La sensibilidad en las  
relaciones e interacciones entre el enseñar y aprender a ser y el hacer enfermería.  
*Revista latinoamericana Efermagem*. 18(2). 6.
- González, E. (2011). Conocimiento empírico y conocimiento activo transformador: algunas  
de sus relaciones con la gestión del conocimiento. *Revista Cubana de ACIMED*,  
22(2). 111.
- González, M. (2014). Dolor crónico y psicología: actualización. *Revista de Medicina  
Clínica CONDES*, 25(4). 613.



- Grillo, M. y López, A. (2016). La Fisioterapia: sus orígenes y su actualidad. *Acta Médica del centro*, 10(3). 89.
- Guerrero, M. y Urbano, E. (2012). Transferencia de conocimiento y tecnología Mejores prácticas en las universidades emprendedoras españolas. *Gestión y Política Pública*, 21(1). 143.
- Hospital Universitario Reina Sofía. (2010). *Manual de Protocolos y Procedimientos Generales de Enfermería: Administración de Medicación por Vía Endovenosa*. España.
- Hospital Universitario Reina Sofía. (2012). *Manual de Procedimientos Generales de Enfermería*. España: Servicio Andaluz de Salud.
- Lopera, M. (2012). *Realidad, conocimiento y saber aproximaciones conceptuales*. Colombia: Universidad de Antioquia.
- López, S. (15 de noviembre del 2017). *Inyección Medicina*. Recuperado de <https://prezi.com/ufmreuu5khng/inyeccion-medicina/>
- López, S., López, A., Zeballos, M., Argente, P., Bustos, F., Carrera, F., .... Torres, L. (2012). *Recomendaciones sobre el manejo del dolor agudo posoperatorio en cirugía ambulatoria*. España: Copyrigh, Segunda Edición.
- Martínez, A. (2014). Conocimiento Conceptual y filosofía en ortega. *Pensamiento*, 70. 525.
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. (2015). *Protocolo de enfermería para la valoración y manejo del dolor del paciente hospitalizado*.
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2014). *Cuidados paliativos. Guía de Práctica Clínica (Adopción de GPC sobre cuidados paliativos en el SNS Ministerio de Salud y Consumo, Gobierno Español)*. Quito: El telégrafo.

- Morales, M., Zunino, C. Duarte, V., Ponte, C., Favaro, V., Betancor, S., Benítez, A. y Bernadá, M. (2016). Evaluación del Dolor en Niños Hospitalizados en Servicios de Salud Públicos y privados de Uruguay. *Archivos de Pediatría de Uruguay*, 87(3). 200.
- Moreno, M., Muñoz, M. e Interrial, M. (2015). Satisfacción con el manejo del dolor posoperatorio en pacientes hospitalizados. *Aquichan*, 14(4). 468.
- Moretti, L. (2010). Variables Cognitivas Implicadas en la Experiencia de Dolor Crónico. *Revista Argentina de Ciencias del Comportamiento*, 2(3). 23.
- Narváez, M. (2010). Tratamiento del dolor en niños. *Revista Soc. Bol*, 49(1). 72.
- Navarro, R. y Rodríguez, C. (2012). Una interpretación del concepto de gestión del conocimiento de Nonaka y Takeuchi usando la ficción literaria. *Apuntes del CENES*, 31(54). 243-244.
- Oliva, J. (2015). La Bioética y el dolor en odontología: una aproximación humanista. *Revista Latinoamericana de Bioética*, 15(1). 48.
- Oliveira, M. et. al. (2012). Conocimiento de médicos y enfermeros sobre dolor en pacientes sometidos a la craniotomía. *Ravisa Latinoamerican EFERMAGEM*, 20(6). 2-3.
- Oliveira, M. Hortense, P., Falconi, R., Raminelli, T., Ferreira, A. y Emm, F. (2014). Intensidad del dolor, incapacidad y depresión en individuos con dolor lumbar crónico. *Revista Latinamericana EFERMAGEM*, 22(4). 570.
- Organización Mundial de la Salud. (2012). *Directrices de la OMS sobre el tratamiento farmacológico del dolor persistente en niños con enfermedades médicas*. Ginebra-Suiza: Biblioteca de la OMS.
- Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud. (2011). *Rsdes Integradas de Servicios de Salud: El desafío de los Hospitales*. Chile.

- Pabón, T., Pineda, L. y Cañas, O. (2015). Fisiopatología, evaluación y manejo del dolor agudo en pediatría. *Salutem Scientia Spiritus*, 1(2). 26-27-28.
- Pacheco, J. (2011). *Proyecto de actualización de conocimientos laparoscópicos básicos al personal médico del servicio de ginecología y obstetricia del hospital general provincial isidro ayora de loja durante el periodo abril – agosto 2011* (proyecto de desarrollo educativo). Universidad Técnica Particular de Loja, Loja, Ecuador.
- Pérez, M. y Sosa, M. (2013). Mecanismos de transferencia de calor que ocurren en tratamientos térmicos de alimentos. *Temas Selectos de Ingeniería de Alimentos*, 7(1). 38.
- Pérez, S. (2013). *Proceso estandarizado de atención de enfermería en el manejo del dolor del paciente postoperatorio del centro quirúrgico del hospital básico píllaro.*(Trabajo de Tesis para el Título de Magister en Enfermería Quirúrgica), Universidad Regional Autónoma de los Andes. Ambato.
- Piñeros, I. (2014). El conocimiento objetivo como base para la educación según Karl R. Popper. *Civilizar*, 14(26). 190.
- Quiceno, J. y Vinaccia, S. (2011). Evolución de la intervención psicológica de la artritis reumatoide. *Psicología desde el Caribe*, 27. 164-165-166.
- Ramírez, L. y Meda, R. (2014). Distractor para «calmar el dolor por la venopunción en los niños. *Revista Mexicana de Pediatría*, 81(6). 210.
- Ramírez, S., Jurado, N. Sánchez, L. y Marco, M. (15 de noviembre del 2017). *Terapias alternativas en el manejo del dolor.* Recuperado de <https://www.enfermeriadeciudadreal.com/terapias-alternativas-en-el-manejo-del-dolor-73.htm>

- Ramírez, Y. y Rosas, D. (2014). Aplicación de la teoría de estilos de aprendizaje al diseño de contenidos didácticos en entornos virtuales. *Revista Científica Electrónica de Educación y Comunicación en la Sociedad del Conocimiento*, 14(2). 171.
- Rodríguez, M. y González, J. (2013). Gestión del Conocimiento y Capital Intelectual, a través de modelos universitarios. *Revista Económicas CUC*. 34(1). 94.
- Rojas, R. (2017). La Gestión del Conocimiento basado en la Teoría de Nonaka y Takeuchi. *INNOVA*, 2(4). 32.
- Ruiz, M. et. al. (2013). Valoración y manejo del dolor en pacientes hospitalizados. *RNAO-Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario*. 2.
- Servicio Madrileño de Salud y Colegio Oficial de Enfermería de Madrid. (2014). *Prevención de las úlceras por presión en pacientes adultos*. España.
- Sierra, H. (2010). *Manual breve de aromaterapia*. Monterrey: Artesano Natural S.A. de C.V.
- Suárez, A. (2017). Sistemas para la Organización del Conocimiento: definición y evolución histórica. *Revista Electrónica Semestral*, 7(2). 7.
- Suárez, T. y Pérez, G. (2011). Influencia de la expresión emocional escrita sobre el afrontamiento del dolor en la enfermedad del cáncer. *Ajayu*, 9(2). 299.
- Tabares, V., Rodríguez, J., y Silva, E. (2013). El dolor y su manejo en los cuidados paliativos. *Panorama Cuba y Salud*, 8(2). 43.
- Torralba, J., y Llano, A. (2010). Representación y conocimiento práctico. *Revista de Filosofía Thémata*, 43. 444.
- Torres, C. y Villarreal, M. (2011). Analgésicos en Pediatría. *Revista de Actualización Clíica Investiga*, 319.



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA**  
**FACULTAD DE LA SALUD HUMANA**  
**CARRERA DE ENFERMERIA**

**ANEXO 1**

**Proyecto.** Manejo del dolor en el paciente hospitalizado, por el personal de enfermería del hospital general “Isidro Ayora de Loja”

**MATRIZ OPERACIONAL DE VARIABLES**

<b>VARIABLES</b>	<b>DIMENSIÓN</b>	<b>MEDICIÓN O INDICADORES</b>	<b>ESCALA</b>
<b>Manejo del dolor</b>  Son las acciones del profesional de enfermería, basadas en el conocimiento y juicio clínico, encaminadas a conseguir el objetivo previsto para la disminución y/o alivio del dolor, que aparece como consecuencia del daño tisular.	Conocimiento	Toma en cuenta el diagnóstico médico	Siempre ( ) Algunas veces ( ) Nunca ( )
		Elabora un diagnóstico enfermero	Siempre ( ) Algunas veces ( ) Nunca ( )
		Reconoce los síntomas del dolor	Si ( ) No ( )
		Que escala utiliza para valorar el dolor	Escala analógica visual ( ) Escala descriptiva simple ( ) Escala de Wong Baker Escala numérica de intensidad del dolor ( )
		Como reconoce el dolor en el paciente	De manera directa se comunica con el paciente ( ) Por los gestos que refiere el Paciente ( ) De manera indirecta a través de los familiares ( )
<b>Pacientes Hospitalizados</b>  Paciente Hospitalizado, se le denomina a la persona que visita un establecimiento de atención de la salud por razones de diagnóstico o tratamiento y pasa la noche en el recinto	Intensidad del dolor	Como reduce el dolor en el paciente	Por su propia cuenta ( ) Bajo indicaciones del médico a cargo ( )
		Que actividades realiza usted para disminuir el dolor	Suministra analgésicos ( ) Fisioterapia ( ) Crioterapia ( ) Exposición al calor ( ) Aromaterapia ( ) Otros ( )
		Controla los efectos secundarios una vez administrado los analgésicos	Siempre Casi siempre Algunas veces Nunca
	Satisfacción del paciente	Manejo del dolor	Satisfecho Poco satisfecho Insatisfecho



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA  
FACULTAD DE LA SALUD HUMANA  
CARRERA DE ENFERMERIA**

**ANEXO 2**

**Proyecto.** Manejo del dolor en el paciente hospitalizado, por el personal de enfermería del hospital general “Isidro Ayora de Loja”

**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

N° \_\_

Como estudiante de la Carrera de Enfermería y autora de la presente propuesta de investigación **“MANEJO DEL DOLOR EN EL PACIENTE HOSPITALIZADO, POR EL PERSONAL DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL GENERAL ISIDRO AYORA LOJA”**, previo a la obtención del título de Licencia en Enfermería, solicito de la manera más comedida se sirva participar en la encuesta a realizarse, haciendo conocer que todo lo que usted manifieste será totalmente confidencial, los resultados obtenidos de esta investigación servirán como base, lo cual nos permitirá mejorar la calidad de atención en el manejo del dolor de los pacientes hospitalizados.

-----

Firma

C.I.....

**ANEXO 2**



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA  
FACULTAD DE LA SALUD HUMANA  
CARRERA DE ENFERMERIA**

**Proyecto.** Manejo del dolor en el paciente hospitalizado, por el personal de enfermería del hospital general “Isidro Ayora de Loja”

**ENCUESTA**

N° \_\_

Estimada/o licenciada/o

Como estudiante de la Carrera de Enfermería, me he interesado en determinar el manejo del dolor en el paciente hospitalizado, por el personal de enfermería del hospital. Por este motivo me permito dirigirme a usted con el propósito de solicitar su colaboración, la misma que será totalmente voluntaria y completamente anónima. Agradezco muy sinceramente su colaboración.

**I. Datos Generales**

**Fecha:** ..... **Turno:** .....  
**Edad:** ..... **Título académico:**.....  
**Área de servicio:** .....

**Tiempo que lleva laborando en el hospital Isidro Ayora:**

Menos de 1 año ( )  
 De 1 a 2 años ( )  
 De 3 a 4 años ( )  
 Más de 6 años ( )

**II. Datos específicos**

**1. ¿Toma en cuenta el diagnóstico médico para valorar el dolor?**

Siempre ( )  
 Casi siempre ( )  
 Algunas veces ( )  
 Nunca ( )

**2. ¿Reconoce los síntomas del dolor?**

Si ( )  
 No ( )

**3. ¿Propicia confianza y seguridad al paciente para establecer su respuesta al dolor?**

Siempre ( )

Casi siempre ( )

Algunas veces ( )

Nunca ( )

**4. ¿Qué hace usted para localizar el dolor?**

Utiliza puntos de referencia anatómicos ( )

Solicita al paciente que señale el área dolorosa ( )

**5. ¿Consulta al paciente con respecto al inicio, duración e intensidad con que se presenta el dolor?**

Siempre ( )

Casi siempre ( )

Algunas veces ( )

Nunca ( )

**6. ¿Qué escala de valoración emplea para detectar la intensidad del dolor?**

Escala analógica visual ( )

Escala descriptiva simple ( )

Escala de Wong Baker ( )

Escala numérica de intensidad del dolor ( )

**7. ¿Cómo reconoce el tipo de dolor en el paciente?**

De manera directa comunica con el paciente ( )

Por los gestos que refiere el paciente ( )

De manera indirecta a través de los familiares ( )

**8. ¿Durante la valoración, usted se percata de la presencia de otros cambios presentados en los signos vitales del paciente producto del dolor?**

Siempre ( )

Casi siempre ( )

Algunas veces ( )

Nunca ( )

**9. Usted realiza el respectivo diagnóstico de enfermería?**

Siempre ( )

Casi siempre ( )

Algunas veces ( )

Nunca ( )

**10. ¿Cómo reduce usted el dolor en los pacientes hospitalizados?**



Por su propia cuenta  
Bajo indicaciones del médico a cargo

**11. ¿Qué actividades realiza usted para disminuir el dolor en el paciente?**

Suministra analgésicos ( )  
Fisioterapia (masajes) ( )  
Crioterapia (Aplicación de hielo) ( )  
Exposición al calor ( )  
Cambios posturales ( )  
Aromaterapia ( )  
Otros ( )

**12. ¿En caso de proporcionar analgésicos o inyecciones, usted controla los efectos secundarios presentados en el paciente?**

Siempre ( )  
Casi siempre ( )  
Algunas veces ( )  
Nunca ( )

**13. ¿Al terminar el procedimiento, usted controla si el dolor ha disminuido en el paciente?**

Siempre ( )  
Casi siempre ( )  
Algunas veces ( )  
Nunca ( )

**14. ¿Cómo se siente el paciente después que usted realizó la práctica para mitigar su dolor?**

Satisfecho ( )  
Poco satisfecho ( )  
Insatisfecho ( )  
Por qué.....

**GRACIAS POR SU COLABORACIÓN**