

Conocimientos de enfermería: manejo del dolor *Nursing knowledge: pain management*

Antony Armando Peñaloza Rojas¹, Keylla Patricia Contreras Barreto², Gladys Beltrán Hernández³, Byron Enrique Michilena Osorio⁴.

¹ Técnico Superior Universitario en Enfermería, Diplomado en Cuidados Intensivos Adulto, Instituto Tecnológico Superior Libertad, Quito, Ecuador, aapenaloz@itslibertad.edu.ec

² Médico Cirujano, Diplomado en Salud Pública, Instituto Tecnológico Superior Libertad, Quito, Ecuador kpcontreras@itslibertad.edu.ec

³ Licenciada en Educación, Doctora en Ciencias de la Educación, Quito, Ecuador, gladysbeltrandea@gmail.com

⁴ Técnico Superior en Enfermería, Quito, Ecuador, byron_michi@hotmail.com

Resumen

El dolor es resultado del desequilibrio del organismo y un gran número de eventos externos; su manejo es fundamental para garantizar el bienestar del paciente. Está ampliamente estudiado que las intervenciones de enfermería son imprescindibles en el alivio de este síntoma. Este artículo se desarrolló en base a un estudio de la ciudad de Quito, con el objetivo de determinar el nivel de conocimiento del personal de enfermería en relación al manejo del dolor; para esto se utilizó los conocimientos del autor adquiridos con la experiencia y las bases teóricas de enfermería concernientes. Se siguió una metodología cuantitativa, de campo, no experimental y de nivel exploratorio, con una muestra de 16 enfermeros; como instrumento se aplicó una encuesta de 10 ítems con respuestas cerradas elaborada en base a los criterios de la NANDA y la UCPD de Segovia. Entre los resultados se obtuvo que el 25% de la muestra no alcanzó la excelencia en conocimientos de manejo del dolor, esto debido a que el 56% no evalúa constantemente su evolución, el 13% no tiene claro qué escala utilizar para evaluar la intensidad de dicho síntoma. Así mismo, el 19% ignora las medidas no farmacológicas para su manejo. Como conclusión se obtuvo que a pesar de que el personal tiene muy buen nivel de conocimiento en relación al tema, es insuficiente para satisfacer la necesidad de alivio del dolor en los pacientes.

Palabras claves: dolor, intervenciones, enfermería, conocimiento, necesidad.

Abstract

The pain is a result of the imbalance of the organism and a variety of external events; its management is fundamental to guarantee patient's well-being. It is widely studied that nursing interventions are essential in relieving this symptom. This article was developed based on a study of the city of Quito, with the objective of determining the level of knowledge of nursing personnel in relation to pain management; for this, the author's knowledge acquired with the experience and the theoretical basis of nursing concerned was used. A quantitative, qualitative, field, non-experimental and exploratory-level methodology was followed, with a sample of 16 nurses; As a tool, a 10-item survey with closed answers was developed based on the criteria of the NANDA and the UCPD of Segovia. Among the results it was obtained that 25% of the sample did not reach the excellence in knowledge of pain management, this because 56% do not constantly evaluate their evolution, 13% do not know what scale to use to evaluate the intensity of pain of such symptom. Likewise, 19% ignore non-pharmacological measures for its management. In conclusion, it was found that professional nurses have a very good level of knowledge in relation to the subject. However, it is insufficient to meet expectations for pain relief in patients.

Keywords: pain, interventions, nursing, knowledge, need.

Introducción

Según Kopf y Patel (2010), el dolor fue definido por la International Association for the Study of Pain (IASP) como "una experiencia sensorial o emocional desagradable asociada a un daño real o potencial en un tejido, o descrito en términos de dicho daño". El manejo del dolor implica la necesidad de una intervención interdisciplinaria, integral y coordinada entre los diferentes profesionales que forman los equipos asistenciales, incluyendo, por ende, al personal de enfermería y basándose en los principios fundamentales de respeto a las personas, la objetividad, integridad, calidad, calidez y equidad (Ministerio de Salud República del Salvador, 2017).

El dolor es uno de los síntomas más comunes de un gran número de enfermedades, y significa un problema básico de salud en todo el mundo. Sin embargo, con frecuencia las personas afectadas no reciben el tratamiento adecuado y oportuno debido a factores socioculturales, religiosos, económicos, políticos y/o dependientes del profesional de salud. Aliviar el dolor es un derecho del ser humano y constituye una obligación del profesional de salud, lo cual está decretado en el Juramento Hipocrático y en la Declaración de Ginebra; donde se expone que el personal de atención sanitaria debe velar por la salud integral del paciente (Martínez, 2015).

Diversos estudios han confirmado una elevada prevalencia del dolor agudo y crónico en la población. Padrol (como se citó en Ruiz et al, 2013), refiere que alrededor del 61,4% de los pacientes hospitalizados presentan dolor y que la mayoría de estos refieren dolor leve; por otra parte afirma que los pacientes postquirúrgicos expresan más dolor que los no quirúrgicos.

Taranilla (2015), realizó una investigación en España sobre "La atención de enfermería al paciente con dolor", donde evidenció como resultado que en la mayoría de los casos el dolor queda relegado exclusivamente a la administración del tratamiento farmacológico, prestándole poca atención a otros factores como la comodidad, la compañía, la temperatura o la iluminación. Este estudio aporta una base para esta investigación, la cual que demuestra las deficiencias de la atención en el manejo del dolor por parte del personal de enfermería, quienes son los encargados de tomar en cuenta los factores antes mencionados, poniendo en práctica las habilidades interpersonales que debe cumplir un profesional de esta área para lograr el alivio del paciente.

Por otra parte, López et al (2013), estiman que entre el 70 y el 90% de las consultas en urgencias son asociadas a dolor y, a pesar de la inversión en recursos para el alivio de este, entre el 60 y el 80% de los pacientes no se encuentran satisfechos con el tratamiento que reciben.

En la ciudad de Quito-Ecuador, los autores Noboa y Zapata (2016), realizaron un estudio sobre la "Evaluación de la calidad de atención en cuidados paliativos desde la perspectiva del paciente en el Hospice San Camilo, periodo 2016". En dicho estudio se valoraron cuatro dimensiones: a) Competencia Médico Técnica, b) Condiciones Físico Técnicas, c) Enfoque Orientado a la Identidad y d) Ambiente Sociocultural, a un total de 47 pacientes. Entre los resultados obtenidos se evidenció que la dimensión con el menor puntaje fue de la competencia médico técnica. Tomando en cuenta que en esta se incluye la atención relacionada al dolor, se evidencia entonces que en el país también existe carencia en cuanto al manejo de dicha dimensión y los pacientes se encuentran insatisfechos con la forma en que se les trata.

Esta investigación tuvo como propósito determinar el nivel de conocimiento del personal de enfermería en relación con el manejo del dolor, esto es sumamente importante, ya que, si no se poseen las bases teóricas fundamentales al respecto no se podrá cumplir con la buena praxis, lo que afecta directamente al bienestar del individuo.

La investigación, se sustentó teóricamente en lo establecido por NANDA (2013), donde se toman criterios específicos para el manejo del dolor, entre los cuales constan: forma correcta de

administración de medicamentos, información al paciente, administración del medicamento con vía y técnica adecuada, valoración del paciente posterior a la administración de medicamento, factores ambientales que influyen en el alivio del dolor, reconocimiento del dolor, frecuencia de valoración en el alivio del dolor, uso de métodos adecuados para dicha valoración y el apoyo emocional que brinda el profesional al paciente mediante el contacto. La investigación, además, se sustenta con los diferentes modelos de enfermería que involucran al manejo del dolor.

Fundamentación Teórica

Como bien se ha descrito, el dolor en el adulto mayor está habitualmente subtratado, su manejo requiere un enfoque sistémico y holístico hecho como traje a la medida para cada paciente considerando sus necesidades físicas, psicológicas y espirituales.

En la definición, según Vallejo y Lino (2010) complementa con las siguientes observaciones:

- El dolor es siempre un fenómeno subjetivo; por tanto, es el paciente quien mejor puede informar su dolor.
- La imposibilidad de verbalizar la existencia de dolor no excluye su existencia y por ende su adecuado tratamiento.
- Ante el dolor no siempre es posible encontrar un daño tisular, pudiendo existir razones estrictamente psicológicas.
- El dolor es una experiencia somato-psíquica de carácter multidimensional y subjetivo donde el único que nos puede informar con precisión es el mismo paciente.

Esta visión multidimensional permite que Saunders acuña el término de dolor total, refiriéndose a que el dolor experimentado y expresado por el paciente viene modulado desde diferentes fuentes, tanto físicas como emocionales, sociales y espirituales. De acuerdo con Mesas (2012), el dolor se clasifica según su utilidad clínica de acuerdo a:

- Duración: Agudo y Crónico
- Mecanismo fisiopatológico: Nociceptivo (Somático, Visceral) y Neuropático (Central, Periférico, Simpático)
- Curso: Continuo y Episódico
- Somático
- Visceral

En consecuencia, la anamnesis del dolor enfatiza precisar el inicio, la localiza, los aspectos que lo mejoran, factores que lo empeoran, el curso en el tiempo, las características, la irradiación, intensidad basal y en crisis, respuesta a tratamientos previos y factores pronósticos.

Es de interés detallar, que el proceso fisiológico del dolor inicia con una transducción en donde se transforma el estímulo nocivo periférico a uno eléctrico, seguidamente pasa por una transmisión o propagación del impulso nervioso, luego una modulación o modificación de sistemas analgésicos, para pasar a la percepción y finalmente a la reacción (Zegarra, 2007).

Dentro del proceso de atención en el marco del cuidado paliativo se determinan los tratamientos médicos y farmacológicos a pacientes con estado terminal, siendo uno de los principios el disminuir el sufrimiento de la persona y promover una muerte digna (Mesas, 2012). Es por ello que la futilidad en este tipo de pacientes es inaceptable, independientemente de cualquier condición adicional de la persona.

En este contexto, el manejo adecuado del dolor en esta población es una necesidad imperante que afecta a aproximadamente el 70% de la población en situación de enfermedad terminal

(Treuer, 2017), lo que ha llevado a estructurar la participación de los profesionales en dos niveles:

- Nivel independiente: implica la valoración, planificación y administración de tratamientos de enfermería, fundamentalmente técnicas no invasivas de control del dolor y educación de hábitos para prevenir o disminuir el número de episodios.
- Nivel interdependiente: junto al resto del equipo multidisciplinar, participando desde su área de formación y conocimientos en la valoración, administración de tratamientos (técnicas invasivas, fármacos, etc.) y seguimiento de la evolución del paciente y del grupo familiar (Secretaría de Salud de México, 2010, pp.98).

Coincidiendo con lo planteado anteriormente, la atención de enfermería se lleva a cabo a través del proceso de atención de atención de enfermería de manera independiente, transitando por sus cinco etapas y además interviene de conjunto dentro del equipo multidisciplinario. De una forma práctica, según Andarcia, Rivas y Rojas (2013), la intervención de enfermería en el dolor implica:

- Valorar la experiencia dolorosa, verificando con el paciente:
- La localización,
- La intensidad,
- La cualidad (opresivo, quemazón, punzante, descargas eléctricas, etc.)
- El inicio y duración del episodio doloroso.
- La repercusión, los efectos que ese dolor tiene sobre su calidad de vida y confort, relaciones sociales, familiares, etc.

Es fundamental identificar si el paciente tiene dolor en el momento de la entrevista inicial. Si es así, es necesario propiciar las intervenciones necesarias para proporcionar alivio. La valoración inicial va a servir de guía para desarrollar el plan de tratamiento del dolor. En el abordaje inicial es también imprescindible preguntar al paciente sobre experiencias dolorosas pasadas, que utilizó y la eficacia de los métodos empleados incluyendo los efectos secundarios.

La identificación de temores y conceptos erróneos relativos al uso de analgésicos, control de efectos secundarios y riesgo de adicción, constituyen auténticas piedras en el camino del manejo del dolor (Vasallo, et al., 2013). El conocimiento y utilización de escalas para valorar la intensidad del dolor, constituyen un apoyo de indudable valor en la clínica, valorar factores que aumentan y disminuyen la tolerancia al dolor y planificar las intervenciones de acuerdo a:

- Factores que disminuyen el umbral del dolor: la incomodidad, el insomnio, el cansancio, el miedo, la tristeza, la rabia, la depresión, el aburrimiento, la introversión, el aislamiento y el abandono social.
- Factores que aumentan el umbral de dolor: el sueño, el reposo, la simpatía, la empatía, la comprensión, la solidaridad, las actividades de diversión, la reducción de la ansiedad y la elevación del estado de ánimo.

Las intervenciones irán encaminadas a disminuir en lo posible todos los factores que disminuyen el umbral y a potenciar los que lo incrementan. No es de ninguna utilidad juzgar el dolor de los demás. El cuidado de enfermería debe reconocer la presencia de la experiencia dolorosa del paciente, escuchar atentamente y evaluar los factores que la condicionan, y, particularmente a nivel familiar se debe trabajar desde el primer momento con el objetivo de que constituya un apoyo en el tratamiento del paciente (Taranilla, 2015).

Desterrar conceptos erróneos sobre el dolor y los analgésicos, evitar juicios de valor sobre la veracidad o no de las quejas, explicar el significado del dolor, ayudar a planificar las actividades de acuerdo con las limitaciones y/o reduciendo las incomodidades, en definitiva, transmitir apoyo y consejo profesional que facilite la obtención de los máximos niveles de autonomía y confortabilidad posibles para el paciente con el menor coste de salud en el entorno familiar (Zegarra, 2007). Es importante incluir en la atención aspectos determinantes, como lo es:

- Establecer con el paciente y su familia los objetivos de control del dolor, cuál es la intensidad del dolor que al paciente le permite un nivel de comodidad y función suficientes para percibir una calidad de vida digna, y qué métodos han resultado eficaces para reducir la intensidad del dolor.

- Fármacos.

- Tratamientos no farmacológicos: distracción /Relajación/Fantasía guiada/Masajes/frío-calor/ Musicoterapia. Enseñar e implementar intervenciones no farmacológicas cuando el dolor esté relativamente bien controlado con medios farmacológicos.

- Fomentar la adaptación al síntoma evitando generar falsas expectativas. Frases como "no se preocupe que le vamos a quitar el dolor", en el ámbito del dolor crónico, no se ajustan al objetivo real, minimizar y/o controlar la percepción dolorosa para que interfiera lo menos posible con la actividad de la persona.

- Proporcionar a la persona un alivio óptimo

- Prevención: Lo apropiado en el tratamiento del dolor del enfermo paliativo es administrar el analgésico prescrito por el médico para controlar un determinado tipo de dolor, anticipándose a la aparición del mismo, respetando los horarios establecidos para los analgésicos prescritos a horas fijas.

- Ante la aparición de un episodio doloroso "entre dosis" (dolor episódico incidental, dolor de fin de dosis), se deben administrar las "dosis extra", cuyas pautas deben estar adecuadamente establecidas y prescritas.

- Rápida intervención cuando el paciente demande un analgésico. No es adecuado en un paciente paliativo-probablemente en ningún paciente que demanda un analgésico someterle a una espera basada en la expectativa del "aguante" que "igual se pasa" o en la rigidez de los esquemas terapéuticos que a veces se fomenta desde los propios profesionales.

Cualquiera de los profesionales implicados en la atención del paciente que identifique una situación de infra-tratamiento del dolor, debe ponerlo en conocimiento de los profesionales implicados y responsables de las órdenes terapéuticas a fin de que se revisen y adecuen a la situación evolutiva (Ruiz et al., 2013).

En ocasiones, las razones del infra-tratamiento provienen de los propios pacientes, del "miedo" a hablar del dolor al médico para no "distracer" su atención de lo más importante, la enfermedad (muchas veces innombrable), o del "temor" a admitir el propio dolor pues-probablemente sin fundamento real- se asocia la idea de, a más dolor, más grave es la enfermedad (Vallejo y Lino, 2010).

- Valorar la respuesta a analgésicos. Tan importante como identificar la intensidad del dolor al inicio de la intervención, es reevaluar su evolución en el tiempo y conforme se implementa el plan terapéutico.

- Registrar la aparición y monitorizar los efectos secundarios de los fármacos.

Los profesionales de enfermería deben conocer y reconocer esos efectos, si aparecen transmitir la información y, en todo caso y siempre que sea posible, anticipar al paciente y a la familia los efectos secundarios previsibles, su significado y pautas para su control y / o comunicación. Apoyar a la familia para que responda positivamente a la experiencia dolorosa del paciente (Vallejo y Lino, 2010).

El valorar los conocimientos que el cuidador tiene sobre los cuidados que requiere el paciente. Se debe proporcionar información comprensible a la familia, utilizar un lenguaje asequible, coloquial (sencillo, claro y conciso), evitando tecnicismos, aclarando términos, explicando el significado de los mismos cuando se utilicen, adecuándose en todo momento al nivel cultural del paciente y de su familia y a las necesidades especiales que pudieran tener, por ejemplo, hablando en un tono elevado si existe un déficit auditivo.

Materiales y Métodos

El estudio se desarrolló bajo un enfoque de tipo cuanti-cualitativo, puesto que utiliza la recolección de datos para la elaboración de cuadros estadísticos, que facilitaron el análisis e interpretación de los resultados obtenidos. En relación al método se realizó una integración deductiva partiendo de lo general a lo específico, a fin de correlacionar los conocimientos sobre el hecho de estudio, e inductiva, a fin de cumplir con los objetivos propuestos en este estudio.

El diseño de la investigación fue de tipo no experimental, ya que se realizó sin manipular deliberadamente las variables; es decir, se analizaron los datos en una realidad concreta en el espacio donde se desarrolla el fenómeno. Aunado a esto, la investigación es de nivel exploratorio, debido a que se utilizó como instrumento la encuesta, para determinar el nivel de conocimiento del personal de enfermería con relación al manejo del dolor.

El instrumento, el cual consta de 10 preguntas entre cerradas y de opción múltiple, fue diseñado por los autores del proyecto en base a la experiencia y a la sustentación teórica del tema, y validado por juicio de expertos. Los resultados arrojados por la encuesta están enfocados en nivel de conocimiento en relación con el manejo del dolor en excelente (9-10), muy bueno (7-8), bueno (5-6), regular (3-4) y deficiente (0-2). La muestra utilizada fue de tipo censal y comprendió un total de 16 individuos (personal de enfermería).

Resultados

La tabla número 1 muestra que el 25% la población objeto de estudio no alcanza la excelencia en cuanto a los conocimientos en manejo del dolor, sin embargo, poseen un nivel de conocimiento muy bueno. Por su parte, en base a los resultados más significativos arrojados por el instrumento, se expone que el 56% del personal de enfermería no realiza periódicamente la revaloración del paciente posterior a la aplicación de técnicas analgésicas para aliviar el dolor, lo que imposibilita conocer si la intervención fue efectiva y si la necesidad del paciente fue satisfecha. Aunado a esto, el 13% de la población de estudio no tiene claro qué escala debe utilizar para evaluar la intensidad de este síntoma, lo que dificulta el proceso de intervención para el manejo del dolor.

Desde otro punto de vista, se evidenció que el 19% del personal de enfermería desconoce que los factores ambientales influyen directamente sobre el dolor, por lo tanto, ignoran las medidas no farmacológicas para el manejo de este, lo que trae como consecuencia la prevalencia de este síntoma, aumentando la incomodidad del paciente. Por último, se pudo determinar que el 6% de

la población estudiada desconoce que los pacientes que no pueden expresar el dolor verbalmente deben ser valorados mediante parámetros vitales, los cuales son indicadores fisiológicos del funcionamiento normal o patológico del cuerpo.

Tabla 1 Nivel de conocimiento del personal de enfermería en el manejo del dolor

Calificación	Escala equivalente	Valor absoluto	Valor relativo (%)
Excelente	9 - 10	12	75
Muy bueno	7 - 8	4	25
Bueno	5 - 6	0	0
Regular	3 - 4	0	0
Deficiente	1 - 2	0	0
Total		16	100

Fuente: Instrumento de recolección de datos (2017)

Discusión

El nivel de conocimiento que tiene el personal de enfermería en esta institución de salud oscila entre muy bueno y excelente, sin embargo, hay cierto porcentaje que no responde satisfactoriamente a algunos puntos evaluados durante la presente investigación. Las personas que perciben al dolor se ven afectadas desde el punto de vista emocional y fisiológico, lo que trae consigo malestar e incomodidad.

La investigación permite visualizar que el personal de enfermería de dicha institución de salud, cumple mayoritariamente con lo estipulado por la Sociedad Científica de Enfermería, sobre los protocolos de cuidados del paciente con dolor. No obstante, se pudo evidenciar que existen ciertas falencias en el conocimiento de algunas de las medidas necesarias para lograr la satisfacción del alivio del dolor, entre las cuales se encuentra que el 56% del personal no realiza continuamente la revaloración del nivel del dolor mediante escalas, lo cual está estipulado en el protocolo de manejo del dolor de la NANDA. Además, se evidencia que el 13% del personal de enfermería no tiene claro qué escala debe utilizar para medir la intensidad del dolor y así poder evaluar dicha necesidad.

Seguidamente se refleja que el 19% desconoce sobre el uso de las medidas no farmacológicas para el manejo del dolor, entre las cuales se encuentran el proporcionar un ambiente tranquilo, con la adecuada iluminación, ventilación y temperatura, las técnicas de distracción, relajación y respiración, pudiendo influir negativamente en el alivio del dolor e incrementando la intensidad de este. Muchos estudios se han realizado sobre la eficacia de las medidas no farmacológicas en el manejo del dolor y los resultados han sido positivos, sin embargo, no todos los casos de estudio han sido satisfactorios y dejan en evidencia que no siempre estas medidas son efectivas (Sartori, 2011). En base a la experiencia, este factor probablemente se debe a que el umbral del dolor de las personas es muy bajo, lo que hace que el dolor sea menos tolerable o al origen del dolor y a la magnitud del evento que lo ocasiona.

Comparando la presente investigación con las realizadas por Taranilla en 2015 y Noboa y Zapata en 2016, en España y Ecuador, respectivamente, se puede inferir que la mayoría de los casos de manejo del dolor por parte del personal de enfermería se basan en el tratamiento farmacológico, y pocas veces toman en consideración utilizar primero las medidas no farmacológicas para el alivio de este en primera instancia.

Es importante resaltar que no hay una teoría y modelo de enfermería que sustente completamente el manejo no farmacológico del dolor, sin embargo, se han descrito teorías valiosas que refuerzan este estudio y la mayoría han surgido de otras disciplinas, lo cual amerita un proceso retroductivo, es decir, que la enfermería analice las distintas teorías para poder extraer lo más esencial y le sea útil para su profesión (Sánchez, 2003).

Una de las teorías que se relaciona con esta investigación es la propuesta en 1955 por Virginia Henderson, donde se describe que el personal de enfermería es pilar fundamental en la satisfacción de las necesidades básicas fisiológicas del individuo. Henderson se basa en las 14 necesidades establecidas por Maslow; sin embargo, Maslow no plantea el dolor como una necesidad básica fisiológica, lo que sí hace Kalish, quien incluye la evitación del dolor como una necesidad básica de supervivencia. Por tal motivo, es importante que el personal de enfermería cumpla con intervenciones encaminadas a satisfacer las necesidades interferidas del individuo, como lo es aliviar el dolor, para así garantizar su completo bienestar físico y mental.

Por otra parte, un grupo norteamericano de enfermeras, liderado por Lenz, elaboró una teoría denominada Teoría de Mediano Rango de los Síntomas Desagradables, y encontraron que esta podía ser aplicada al dolor. Sin embargo, dicha teoría se basa en el manejo farmacológico y el efecto de este en el alivio del dolor, lo cual es una función de tipo dependiente y no independiente de enfermería. Relacionando esta teoría con la presente investigación y los estudios citados como antecedentes, se refuerza que el personal de enfermería mayormente se dedica al manejo farmacológico del dolor.

Desde el punto de vista enfermero y en base a la experiencia en la realización de las intervenciones de enfermería, estas deben desarrollarse en orden que se cumplan primero las de tipo independientes, es decir, las que el personal de enfermería hace bajo su propio criterio, fundamento y conocimiento científico y en segunda instancia las acciones dependientes, ya que estas últimas por lo general involucran procedimientos mayormente invasivos y generan malestar en el paciente y riesgos de diferente índole, dependiendo del procedimiento.

Sin embargo, existen protocolos establecidos para el manejo adecuado del dolor donde se describe que la mezcla de ambos tratamientos, el farmacológico y el no farmacológico, resulta mucho más efectivo para tratar el dolor que los que involucran una sola medida de tratamiento. Un ejemplo de esto lo constituyen el Protocolo de Manejo del Dolor establecido en la NANDA, y el Protocolo Consensual 2013 del Complejo Hospitalario Universitario de Albacete, para la valoración y manejo del dolor en pacientes hospitalizados (Ruiz et al, 2013).

Las deficiencias evidenciadas a través de la presente investigación y descritas anteriormente, son de gran relevancia para el ejercicio profesional del personal de enfermería no solamente del centro de salud objeto de estudio, sino que sirven como referencia para futuras investigaciones a mayor escala en la ciudad de Quito y el Ecuador, ya que al tener presente dónde se encuentran las fallas, se pueden tomar las medidas necesarias para mejorar y lograr la excelencia en la calidad de la atención que se brinda a los pacientes con dolor, para aliviar su sufrimiento y mejorar su nivel de satisfacción y calidad de vida.

Conclusiones

Mediante la aplicación del instrumento y los resultados obtenidos, se logró determinar que el nivel de conocimiento que tiene el personal de enfermería en relación al manejo del dolor oscila entre muy bueno y excelente. Esto se pudo evidenciar debido a que hay puntos específicos como: el desconocimiento de las escalas para evaluar la intensidad del dolor, la ignorancia de las

medidas no farmacológicas para aliviar este síntoma y a la falta de valoración constante de la evolución del dolor frente a las intervenciones desarrolladas, por lo tanto, se concluye que a pesar de que el personal maneja un nivel alto en conocimiento, es insuficiente para satisfacer la necesidad de alivio del dolor en todos los casos.

En vista a que el dolor es uno de los principales motivos de consulta en las instituciones de salud, es prioritaria una respuesta rápida de atención por parte del personal que labora en estas instituciones. Para esto es necesario que el personal de enfermería esté ampliamente capacitado. El desconocimiento íntegro de las intervenciones de enfermería y el orden en que deben desarrollarse para el adecuado manejo del dolor, significa un problema preocupante de salud en todo el mundo, ya que, si no se conocen con certeza las medidas a tomar para manejar dicha situación, no se logrará aliviar el dolor y las necesidades del individuo afectado seguirán interferidas.

Referencias

- Kopf, A., y Patel, N. (2010). Guía para el manejo del dolor en condiciones. Washington, D.C.: IASP.
- López, J., Pazos, E., Moyao, D., y Galicia, A. (2013). Prevalencia e incidencia del dolor en los pacientes hospitalizados en el Hospital Infantil de México «Federico Gómez» en un período de seis meses. *Revista Mexicana de Anestesiología*.
- Mesas, Á. (2012). Dolor Agudo y Crónico. Clasificación del Dolor. Historia clínica en las Unidades de Dolor. Obtenido de: <https://www.academia.cat/files/425-11062-DOCUMENT/DolorAgutICronic.pdf>
- Martínez, C. (15 de Abril 2015). El alivio del dolor: un derecho humano universal. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 22(5), 224-230. Recuperado el 26 de Marzo de 2019, de http://scielo.isciii.es/pdf/dolor/v22n5/07_aespecial.pdf
- Ministerio de Salud República del Salvador. (12 de Enero de 2017). Ministerio de Salud República del salvador. Obtenido de Unidad de Enfermería: <http://www.salud.gob.sv/unidad-de-enfermeria/>
- NANDA. (19 de Mayo de 2013). Resumen del plan de cuidados. Obtenido de NANDA NIC NOC: <http://www.nanda.es/planpublic.php?urlid=32348590850628dc9937a77f962e2c386e8735ba>
- Noboa, M., y Zapata, S. (2016). Evaluación de la calidad de atención en cuidados paliativos desde la perspectiva del paciente mediante el instrumento QPP-PC en el Hospice San Camilo periodo 2016. *Pontificia Universidad Católica del Ecuador*.
- Ruiz et al. (Octubre de 2013). Valoración y manejo del dolor en pacientes hospitalizados. Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario, Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. Recuperado el 27 de Marzo de 2019, de http://www.chospab.es/enfermeria/RNAO/guias/protocolo_valoracion_y_manejo_del_dolor_en_pacientes_hospitalizados.pdf
- Sánchez, B. (Octubre de 2003). Abordajes teóricos para comprender el dolor humano. *Aquichan*, 3(1), 32-41. Obtenido de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972003000100006

- Sartori, A. (Enero de 2011). Estrategias no farmacológicas para aliviar el dolor durante el proceso del parto. *Enfermería Global*, 10(21). Recuperado el 27 de Marzo de 2019, de <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v10n21/revision4.pdf>
- Taranilla, L. (2015). Atención de enfermería al paciente con dolor. *Universidad de la Rioja*.
- Torralba, A., Miquel, A., y Darba, J. (2014). Situación actual del dolor crónico en España: iniciativa "pain Proposal". *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 21(1), 16-22. Obtenido de http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1134-80462014000100003&script=sci_arttext&tlng=en#bajo
- Treuer, R. (2017). Dolor abdominal agudo en el adulto mayor. *Revista Médica Clínica Las Condes*. Vol 28(2):282-290. Obtenido de: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864017300445>
- UCPD Segovia. (2014). Cuidados de enfermería en el paciente paliativo con dolor. Obtenido de Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Segovia: <http://www.comsegovia.com/paliativos/pdf/curso2014/sesion2/3%20ENFERMERIA%20EN%20DOLORCP.SESION2.pdf>
- Vallejo, M. y Lino, N. (2010). ABC del Manejo del Dolor y otros síntomas en cuidados paliativos. Obtenido de: <https://issuu.com/dra.marianavallejo/docs/abc-del-dolor>
- Vasallo, V., Arjona, S., Fernández, Y., Rondón, J., y Quevedo, L. (2013). Dolor crónico o persistente. *Revista Cubana de Anestesiología y Reanimación*.
- Zegarra, J. (2007). Bases fisiopatológicas del dolor. *Revista Acta Med Per* 24(2). Obtenido de: <http://www.scielo.org.pe/pdf/amp/v24n2/a07v24n2>