



GMD Facultad Cs. Médicas
Biblioteca
PTE 2783

UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

ESCUELA DE ENFERMERIA

Relación entre la gestión clínica de enfermería y el nivel de conocimientos sobre tratamiento del dolor en pacientes oncológicos internados en el Hospital de Rojas durante el mes de junio del año 2026.

Asignatura: Taller de Investigación

Asesora: Mg. Nores, Rosana.

Lic. Rivero, Silvina.

Autora: Enf. Michaud, Griselda

Directora: Lic. Geimonat, Eliana

Rosario, 03 de noviembre, 2025

Resumen y palabras clave

El presente estudio pretende determinar la relación que existe entre la gestión clínica de enfermería y el nivel de conocimientos sobre el tratamiento del dolor en pacientes oncológicos internados. La gestión clínica de enfermería implica la planificación, coordinación y evaluación de los cuidados mientras que el nivel de conocimientos sobre el tratamiento del dolor se refiere al grado de comprensión que poseen los enfermeros acerca de las medidas, acciones terapéuticas y métodos de control del dolor.

Para ello se realizará un estudio de abordaje cuantitativo, no experimental, descriptivo, correlacional, prospectivo y transversal con una población conformada por 47 enfermeros que desarrollan tareas asistenciales en el Servicio de Internación del Hospital de Rojas. La recolección de datos se efectuará en el mes de junio mediante dos instrumentos validados, ambos son cuestionarios autoadministrados, uno para cada variable. El análisis de los datos se llevará a cabo mediante la estadística descriptiva e inferencial por medio del coeficiente de correlación de Spearman, utilizando el programa SPSS V23, con el fin de establecer la fuerza y dirección de relación entre las variables.

Los resultados de esta investigación serán divulgados a las autoridades pertinentes, permitirán identificar áreas de mejora en la práctica profesional y, consecuentemente, favorecer el alivio del dolor y la calidad del cuidado de los pacientes oncológicos y su familia.

Palabras clave: Gestión, Gestión clínica de enfermería, Cuidados Paliativos, Nivel de conocimientos, Tratamiento del dolor, pacientes oncológicos, Enfermería.

Agradecimientos.

Quiero expresar mi más sincero agradecimiento a todas las personas que me han acompañado en estos años. Fueron sumamente enriquecedores, pero a la vez complicados, ya que en varias oportunidades tuve ganas de abandonar. En primer lugar, quiero agradecer a mis hijos, Cande, Simón y Juana, mis pilares e inspiración. También quiero agradecer a Mati, mi pareja que me acompañó muchísimas veces y me esperó mientras yo cursaba. A mi mamá, que este último año se levantó conmigo a la madrugada para que no viaje sola. A Mari, mi compañera y amiga del trabajo que me cubrió el turno muchísimas veces para que pudiera ir cursar y me animó otras tantas a seguir. Fueron muchas personas que me han acompañado en estos años, mis amigas, compañeras de la facultad, mi hermano, que me recibió en su casa de Rosario cuando era necesario quedarme. Eli, mi directora de tesis, por el acompañamiento y dedicación, no quiero olvidarme de nadie, profesoras y colegas que me han enseñado muchísimo. Por último, también quiero agradecer a la Dirección del Hospital de Rojas que me han dado la posibilidad y apoyo para seguir capacitándome. A todos estaré siempre eternamente agradecida. Me siento feliz de haber llegado hasta acá.

| | |
|--|------|
| Índice general | Pág. |
| Resumen y palabras clave..... | 2 |
| Agradecimientos. | 3 |
| Introducción. | 5 |
| Estado del Arte. | 6 |
| Justificación..... | 14 |
| Propósito..... | 14 |
| Formulación del problema. | 14 |
| Hipótesis..... | 14 |
| Objetivo general. | 15 |
| Objetivos específicos..... | 15 |
| Marco teórico. | 16 |
| Material y métodos 28 | |
| Tipo de estudio. | 28 |
| Sitio y contexto de la investigación..... | 28 |
| Población y muestra. | 30 |
| Técnicas e instrumentos para la recolección de los datos. | 31 |
| Consideraciones éticas. | 33 |
| Plan de análisis..... | 35 |
| Cronograma de actividades..... | 36 |
| Infraestructura y equipamiento. | 37 |
| Anexo I..... | 42 |
| Anexo II. | 43 |
| Operacionalización de las variables. | 43 |
| Instrumentos de recolección de datos..... | 44 |
| Consentimiento Informado..... | 52 |

Introducción.

El cuidado es la base de la ciencia de enfermería, y esto implica todas las actividades que favorecen a resguardar y mantener la vida. Esta profesión adoptó desde sus inicios la práctica del cuidado como la base de su disciplina, abordándola desde varias perspectivas entre ellas: atención, investigación, docencia y gestión. (Figueredo Borda, 2019).

La gestión se interpreta como el conjunto de actuaciones que se realizan para llegar a un objetivo, propósito o meta; utilizando diferentes recursos. En la gestión clínica, el profesional de enfermería debe utilizar dichos recursos (humanos, tecnológicos, profesionales y organizativos) para lograr la meta, que es brindar el cuidado adecuado a los pacientes. El conjunto de acciones realizadas por enfermería para “cuidar” representa grados variables de eficiencia, eficacia y efectividad, las cuales pueden ser optimizadas a través del empleo de diferentes métodos y técnicas. Por tanto, la gestión clínica aplicada por enfermería es visualizada como la primera línea de acción para ofrecer el cuidado donde el profesional reúne y aplica cualidades como el liderazgo, la toma de decisiones, participación activa dentro del equipo interdisciplinario, integrar el proceso de salud con el contexto de la persona, entre otras, a partir del marco normativo actual que fundamenta el sistema de salud y su acción como profesional. La gestión clínica del cuidado de enfermería también comprende la aplicación del juicio profesional en la planificación, organización, motivación y control en la provisión de cuidados seguros, oportunos, integrales y continuos, sustentados bajo la ciencia del “cuidar” que es la esencia de la enfermería y bajo las normativas y lineamientos institucionales. (Hurtado Montes, 2025)

La importancia de esta investigación radica en la relación entre la gestión clínica de enfermería y los cuidados paliativos, comprendiendo a estos últimos como una atención integral y humanizada hacia los pacientes que presentan enfermedades avanzadas y/o terminales, abarcando no solo el tratamiento médico sino también el bienestar emocional y espiritual del sujeto de atención y su familia. Este tipo de cuidados tiene como objetivo aliviar el sufrimiento, mejorar la calidad de vida y brindar una muerte digna. Además, el profesional de enfermería ofrece al entorno familiar el acompañamiento y la información necesarias para afrontar el proceso de enfermedad y duelo con mayor fortaleza.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), define a estos cuidados como la atención total hacia una enfermedad cuyo tratamiento no genera resultados satisfactorios en la salud del paciente, a través de una perspectiva de mejoramiento en la calidad de vida del enfermo y la familia, mediante un correcto manejo en el alivio de síntomas físicos, psicológicos y espirituales, promoviendo la dignidad y la comodidad, la misma que debe integrar a todo el grupo de salud como apoyo primordial en este proyecto. (Cañaverall Estrella N. L, 2023)

Como se mencionó anteriormente, los cuidados paliativos engloban un importante número de acciones y perspectivas que van desde lo físico a lo emocional, pero nos centraremos en el conocimiento sobre manejo del dolor para investigar como es desarrollada esta disciplina en el trabajo diario, que se emplea habitualmente en pacientes oncológicos. Si bien todos los síntomas son importantes tomaremos el dolor como el de mayor relevancia ya que es incapacitante e interfiere en la calidad de vida de los pacientes y sus familias.

Estado del Arte.

A continuación, se realizó un breve resumen de los artículos seleccionados en la búsqueda bibliográfica, algunos de los cuales se refieren a la gestión del cuidado mientras que otros se centraron en los cuidados paliativos, principalmente en el manejo y conocimientos sobre tratamiento del dolor.

El primer artículo seleccionado del fichaje bibliográfico fue una investigación realizada en la ciudad de Rosario, Argentina (2019) que tuvo como objetivo analizar el conocimiento de enfermería para demostrar la necesidad e incumbencia de dichos conocimientos con respecto a la valoración de los síntomas en pacientes que requerían de cuidados paliativos. Para ello, se realizó una encuesta desde julio a septiembre del 2017, a 120 enfermeros de instituciones privadas y públicas, y que trabajaban de manera independiente. Los mismos fueron seleccionados por un muestreo no probabilístico y se tuvieron en cuenta criterios de inclusión y exclusión. Se incluyeron a enfermeros que se desempeñaban en efectores sanitarios, enfermeros que se desempeñaban en cuidados paliativos y también los que trabajaban en internación domiciliaria. Se excluyeron a los que se negaran a responder el instrumento, también se excluyeron a los auxiliares de enfermería y a los enfermeros con menos de dos años de experiencia laboral. Se evaluó el conocimiento en la valoración de los síntomas a través de varias escalas que detallan

a continuación. La escala de Karnofsky, es una herramienta estandarizada para medir el estatus funcional en pacientes con cáncer, permite estimar el estado de funcionalidad, progresión y desenlace de la enfermedad; por otra parte, el Sistema de Evaluación de Síntomas de Edmonton (ESAS) es una lista de 10 escalas numéricas que promedian la intensidad de diferentes síntomas en un período de tiempo determinado; la escala visual análoga (EVA), que consiste en una línea horizontal de 100 mm, en cuyos bordes se encuentran las expresiones extremas del síntoma, a la izquierda se indica ausencia de dolor y a la derecha mayor intensidad; por último, la Pap Score, que se utiliza para la validación del índice pronóstico de supervivencia y permite el cálculo de supervivencia al exponer de manera realista el curso de la enfermedad. Como resultado se concluyó que muy pocos conocían las escalas internacionales para evaluar los síntomas que presentaban los pacientes de cuidados paliativos, especialmente en el manejo del dolor como así también en otras afecciones presentes. En relación con la dimensión valoración de los síntomas y planificación del plan de cuidados, la mayoría de los participantes refirieron que utilizaban la observación y el diálogo. También se obtuvo como resultado que los enfermeros dominaban el conocimiento teórico del concepto de cuidados paliativos. (Ponti E. y., 2019).

Otro artículo seleccionado, fue realizado por Armijos Pintado y otros (2021) en Colombia. El mismo tuvo un enfoque cualitativo-fenomenológico y, como objetivo, identificar las percepciones del paciente oncológico en fase terminal frente a las intervenciones no farmacológicas para el manejo del dolor en un hospital público de Bogotá, desde la comprensión de las vivencias de las personas con cáncer en fase terminal. En el estudio participaron 12 personas, la población estuvo formada por pacientes hospitalizados durante el primer semestre de 2021. Los criterios de inclusión que se aplicaron fueron los siguientes; sujetos de atención que estaban en fase terminal, mayores de 18 años, ubicados en tiempo y espacio, que aceptaron participar del proyecto y que estuvieran bajo tratamiento farmacológico con dolor agudo o crónico. Para los criterios de exclusión, por otra parte, no se tuvieron en cuenta pacientes con déficit cognitivo o alteración de la conciencia y aislamiento por COVID-19. El muestreo fue a conveniencia; la muestra se realizó hasta que se alcanzó la saturación teórica de los datos. Se realizaron entrevistas semiestructuradas, las cuales fueron grabadas, transcritas y luego analizadas. Las principales categorías apriorísticas de análisis fueron; a) Percepción del dolor; b) Conoce técnicas no farmacológicas para el manejo del dolor; c) Conocimiento de las enfermeras frente a las intervenciones no farmacológicas; y d) Experiencias de las técnicas no farmacológicas. El estudio

contó con la aprobación del comité de ética e investigación donde se desarrolló, el mismo fue clasificado de riesgo mínimo, se tuvieron en cuenta las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud, y se realizó el consentimiento informado. Esta investigación permitió mencionar la relevancia de aplicar intervenciones no farmacológicas que ayudan a aliviar el dolor oncológico. Se demostró que el dolor afecta la calidad de vida de las personas desde el comienzo de los síntomas. También se evidenció que el personal de enfermería realizó acciones no farmacológicas para el manejo del dolor y estas intervenciones ayudaron a aliviar sus molestias a pesar de ser un síntoma descripto como insoportable. Este estudio también permitió fomentar técnicas no farmacológicas ya que no poseen efectos secundarios tomando al paciente de manera holística e integral. (Armijos Pintado y otros, 2022)

Por otra parte, un estudio realizado por Criollo Peralta y otros (2021) en Ecuador. El objetivo del estudio fue evaluar el rol interdependiente en la comunicación y coordinación de la gestión del cuidado, en profesionales enfermeros prestadores de servicios en el primer nivel de atención de la ciudad de Cuenca en el primer semestre de dicho año. El enfoque del trabajo fue cuantitativo, analítico descriptivo, no experimental, correlacional de corte transversal. La población se constituyó por el personal de enfermería que trabajaba en los establecimientos de primer nivel de atención en Cuenca-Norte. Se realizó un muestreo aleatorio simple. Los criterios de inclusión aplicados fueron enfermeros con nivel de educación desde el terciario, registrados en el SENESCYT, que fueran prestadores de servicios en el primer nivel de atención en salud de la ciudad de Cuenca-Norte y que firmaron el consentimiento informado de forma voluntaria, se excluyeron a quienes no cumplieron con los criterios mencionados anteriormente. Para la recolección de datos se utilizó un instrumento con dos partes; la primera para la información demográfica como profesión, edad, género, años de servicio, condición laboral; la segunda parte, el instrumento denominado Cuestionario de Práctica Colaborativa ICU Médico Enfermera. Esta escala de comunicación y coordinación permite evaluar las percepciones que tiene cada enfermera de manera individual y privada dando respuesta a 53 ítems (31 ítems para la comunicación y 22 ítems para la coordinación) donde los subconstructos que se encuentran en el instrumento, miden liderazgo, comunicación, coordinación, resolución de problemas, manejo de conflictos, cohesión de la unidad y efectividad de la unidad, y el mismo fue validado para el habla hispana en el contexto colombiano. La mayoría de los participantes fueron mujeres, población joven, con título universitario y pocos con título de cuarto nivel. Con respecto a la comunicación, la dimensión que

mayor puntaje obtuvo en todas las salas y en todas las áreas fue la de entendimiento o comprensión dentro del grupo entre enfermeras y médicos. La de menor puntaje fue la de comunicación dentro el grupo en distintos turnos, en casi todas las salas y áreas. Los resultados mostraron que en todas las salas fueron notorios los problemas de comunicación no solo dentro del grupo sino dentro de los grupos, así como la apertura o franqueza con otros grupos. Respecto a la coordinación, la dimensión que mayor puntaje obtuvo fue la de coordinación entre la unidad, la de coordinación dentro de la unidad en todas las salas y áreas, estos resultados evidenciaron que los procedimientos orientados a coordinar el personal de la unidad con el resto del personal del hospital muy efectivos. La dimensión de relación entre las unidades fue la más baja en todas las salas y áreas, es decir que el grado de percepción de colaboración que reciben de otras unidades es bajo. Se concluyó que la comunicación y la coordinación es una fortaleza para las enfermeras que trabajan en las diferentes salas o áreas, permitiendo la armonía entre colegas y facilitando el funcionamiento y cumplimiento exitoso de sus objetivos de calidad. (Criollo Peralta, 2021)

Continuando, la investigación mexicana realizada por Gómez Lucio, M. (2022) demostró la importancia y el impacto positivo que generó la aplicación de un cuidado humanizado y de calidad a los pacientes hospitalizados en un centro de oncología, permitiéndoles enfrentar el proceso y el progreso de la enfermedad. Mencionó un cuidado integral basado en la comunicación, sobre todo la escucha para generar confianza, la base científica y habilidades técnicas. La investigación fue bajo el método cuantitativo, diseño descriptivo, observacional y corte transversal. La población de estudio fueron los pacientes hospitalizados en un centro de oncología de 3er nivel del Estado de México, la misma estuvo compuesta por 35 participantes, se realizó un muestreo no probabilístico de oportunidad y secuencial. Los criterios de inclusión fueron los pacientes que se encontraban internados durante la aplicación del instrumento, activos, sin restricciones (ECOG 0), y los que podían cuidarse a sí mismos, pero no podían realizar otras actividades (ECOG 2). Se excluyeron los pacientes externos al servicio de hospitalización, los que ingresaron fuera del período de aplicación del instrumento, los que no quisieron participar y los que tuvieron un ECOG diferente al acordado. El cuestionario aplicado fue diseñado en base al instrumento ‘Percepción del cuidado humanizado en pacientes hospitalizados’, elaborado por Hermosilla Ávila y otros (2016) de la Universidad del Bío-Bío, Chile. La herramienta que se aplicó para la recolección de datos estuvo compuesta por 36 ítems, ordenados en 10 dimensiones de acuerdo con la teoría transpersonal del cuidado de Watson. Cada dimensión contó con 3 a 6

indicadores. El estudio fue aprobado por los comités de ética e investigación de la institución donde se realizó. Como resultado se concluyó que el nivel de cuidado humanizado de calidad brindado por enfermería estuvo sustentado bajo fundamentos científicos, actitud empática, habilidad técnica y profesional, como así también la experiencia basada en la observación. Los participantes refirieron que el trato recibido y el tiempo dedicado a escuchar sus dudas, permitieron enfrentar positivamente el proceso de la enfermedad. Según el instrumento aplicado, se evidenció que el cuidado proporcionado al paciente oncológico fue percibido como ‘muy humanizado’, lo cual resaltó el trabajo ofrecido por enfermería. (Gómez Lucio, 2022)

Por otra parte, un estudio realizado por Cabrera, O (2022), llamado “Estilos de liderazgo de la enfermera jefa y motivación del personal de enfermería”, se centró en analizar los diferentes estilos de liderazgo de la enfermera jefa y la motivación del personal de enfermería, el mismo se llevó a cabo en una institución pública de la Ciudad de Buenos Aires. El enfoque metodológico fue cuantitativo, diseño descriptivo, no experimental y transversal. La muestra estuvo compuesta por 133 enfermeras y enfermeros que fueron seleccionados a través de un muestreo no probabilístico. Para el procedimiento de recolección de datos se aplicaron dos cuestionarios, uno para las variables laborales y sociodemográficas, y otro para los estilos de liderazgo y motivación realizado por Alcántara Torres. Previamente a la aplicación de los instrumentos se firmó el consentimiento informado, garantizando el anonimato. Como resultado se obtuvo que la edad promedio fue de 40.13 años, hubo mayor predominio de Licenciados en enfermería con un 61.65%, la antigüedad laboral fue de 15.33 años y la media fue de 11.85 años. Con respecto a los estilos de liderazgo de la enfermera jefa, tuvo mayor prevalencia los estilos autocrático y democrático y en menor grado los estilos participativo y permisivo. Luego, se analizaron los estilos en la toma de decisiones, en mayor medida se ubicó la autonomía y con puntuaciones medias se ubicaron la libertad y responsabilidad. Los estilos de comunicación (escrita, verbal y asertiva) se ubicaron de manera similar positivamente. Por último, se llegó a la conclusión que para afrontar los retos actuales y futuros teniendo en cuenta la importancia del liderazgo, es necesario potenciar y promover el desarrollo de mejores estilos de liderazgo como el transformacional, así como también poder potenciar las cualidades que un enfermero líder debe poseer entre ellas compromiso; flexibilidad; responsabilidad; comunicación efectiva; buenas relaciones interpersonales, capacidad de creación, organización y escucha. (Cabrera, 2022).

Otra investigación realizada en Perú por Quispe Mejía, A. y otros, realizaron un estudio cuantitativo, descriptivo, no experimental. La población estuvo compuesta por 96 profesionales de enfermería, para la selección de los participantes se realizó un muestreo no probabilístico aleatorio simple, para el proceso de recolección de datos se utilizó la encuesta mediante un cuestionario. El objetivo del estudio fue determinar qué relación existía entre la gestión del cuidado y seguridad del paciente desde la percepción del profesional de enfermería en tiempos de pandemia por Sars-Cov-2 (Covid-19) en un Hospital Público del Perú. Como resultado se obtuvo que el 46.9% de los profesionales de enfermería perciben una buena gestión del cuidado enfermero, el 24 % manifestaron una percepción excelente de la gestión del cuidado enfermero y por consiguiente en lo que respecta a la seguridad del paciente fue aceptable para ambos casos. Luego, el 44,8% de los enfermeros manifestaron percibir una buena gestión del cuidado enfermero y el 16.7 refirieron una excelente percepción del cuidado enfermero, ambas fueron aceptables en referencia a la práctica de seguridad del paciente en la unidad o área de trabajo. También el 30,2% manifestaron una excelente percepción de la gestión del cuidado enfermero, mientras que el 10,4% refirieron una regular percepción del cuidado enfermero, ambas percepciones fueron aceptables con respecto a supervisión como parte de la seguridad del paciente. Siguiendo en la misma línea, el 34,4% de los profesionales de enfermería expresaron percibir una buena gestión del cuidado enfermero y un 9,4% refirieron percibir una excelente gestión del cuidado, ambas fueron muy buena y aceptable respectivamente, con respecto a las formas de comunicación en el marco de seguridad del paciente en el nivel hospitalario. Continuando, el 51% de los enfermeros refirieron percibir una buena gestión del cuidado enfermero, mientras que el 19,8% expresaron una regular percepción, ambos casos fueron aceptables en relación con la función hospitalaria. En conclusión, la influencia de la gestión del cuidado en la calidad de los servicios de salud esta dada esencialmente por la utilización de los recursos disponibles, ya sean materiales, tecnológicos o humanos, siendo estos últimos fundamentales por el desarrollo de las capacidades técnicas y relacionales que deberá aplicar el profesional de enfermería para lograr una buena gestión del cuidado enfermero. (Quispe Mejía, 2023)

Otro estudio realizado por Montero, U. (2023), en la ciudad de Querétaro, México, propuso identificar el nivel de conocimientos del personal de enfermería del Hospital General de Querétaro de la Secretaría de Salud del Estado sobre los cuidados paliativos. El mismo se realizó bajo el enfoque cuantitativo, descriptivo, observacional y transversal en un Hospital de segundo

nivel. La muestra estuvo conformada por 20 enfermeros del servicio de medicina interna que desempeñaban su trabajo en los turnos mañana y tarde. Para la recolección de datos se aplicó el cuestionario “Palliative Care Quiz for Nursing” de Ross, M.M, Donald & Mc Guinness (1986), en la versión español. El mismo está constituido por tres dimensiones que evalúan los aspectos principales de los cuidados paliativos. La primera dimensión, filosofía y principios de los cuidados paliativos; la segunda, los aspectos psicosociales y la tercera, el control del dolor y síntomas. Contó con un total de 20 ítems con respuesta de verdadero/ falso. Para seleccionar la muestra se utilizaron criterios de inclusión, los mismos fueron personal de enfermería con contrato vigente y con diferentes niveles de estudio (técnico, licenciatura, especialidad y maestría). Por otra parte, se excluyeron al personal con menos de seis meses de antigüedad en el servicio, a quienes poseían una formación inferior al nivel técnico (auxiliares y estudiantes) y a aquellos que no respondieron el cuestionario por completo. Previamente al proceso de recolección de datos, se les explicó la finalidad del estudio a los participantes y se firmó el consentimiento informado. La recolección de datos se llevó a cabo durante el segundo semestre del 2022. Para el análisis de los datos se utilizó la estadística descriptiva a través del software SPSS. Durante toda la investigación se respetaron los principios bioéticos y se obtuvo previamente la aprobación ante el Comité de Ética de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Querétaro y también ante el Subcomité de Investigación del Hospital de Querétaro de la Secretaría de Salud del Estado de Querétaro. Como resultado se obtuvo que el 85% de los participantes eran mujeres, el resto varones. También el 85% reconoció que posee conocimientos previos sobre los cuidados paliativos, un 65% afirmó que, en algún momento de su formación académica, asistió a cursos, charlas o capacitaciones sobre el tema, el 35% restante negó haber asistido. Por último, un 90% respondió que aplicaba diariamente practicas enfocadas a los cuidados paliativos y el 10% restante negó aplicar estas intervenciones. Por otra parte, mediante la prueba no paramétrica U de Mann Whitney, se evidenció que no existe relación entre el nivel de conocimientos y el nivel de estudios. Por último, de forma general, el nivel de conocimiento de la muestra se clasificó como insuficiente ya que el 95% de los resultados de los cuestionarios fueron inferiores a 14 puntos. El 5% restante, obtuvo una clasificación de 15 a 17 puntos y se reflejó como suficiente. En base a los datos obtenidos y ante el aumento de pacientes que requirieron cuidados paliativos, se identificó la necesidad de capacitar al personal de enfermería sobre los cuidados paliativos, al igual que se recomendó

realizar más estudios con enfoque en esta área en los diversos servicios y en otros centros hospitalarios. (Uranga Montero, 2023)

Por último, Vargas Lozada y otros (2024), realizaron una investigación de diseño cuantitativo, descriptivo y transversal, con el objetivo de evidenciar la necesidad de fortalecer la formación del personal de enfermería y promover estrategias para optimizar el manejo del dolor en oncología. El estudio se centró en los conocimientos, prácticas, barreras y estrategias de atención a pacientes oncológicos, para ello utilizó un instrumento diseñado y validado con 15 preguntas de tipo Lickert, se distribuyó a 22 participantes mediante Google Forms. Como resultado se obtuvo que el 81,82% de los encuestados identificó la falta de recursos como una barrera para el manejo efectivo del dolor. El 63,64% hizo referencia a la ausencia de formación en el área. En cuanto a la evaluación del dolor, el 100% mencionó el uso de herramientas estandarizadas como la escala EVA, Escala Visual Análoga, además el 81,82% consideró que combinar intervenciones farmacológicas y no farmacológicas fue muy efectivo, resaltando la importancia del enfoque integral y humanizado. En consecuencia, se obtuvo que, para el manejo del dolor oncológico la perspectiva del personal de enfermería enfrenta barreras relacionadas con la falta de recursos y formación específica. Además, la percepción de los encuestados sobre su capacitación resultó moderada, y esto resalta la necesidad de programas educativos que fortalezcan las competencias en el manejo del dolor. La predominancia del uso de herramientas estandarizadas como la Escala Visual Análoga (EVA) y la escala FLACC reflejó un enfoque estructurado en el manejo del dolor, lo cual es fundamental para el manejo efectivo del dolor oncológico. Por otra parte, mencionó que, aunque se empleen herramientas efectivas para la evaluación del dolor, la ausencia de protocolos estandarizados limita la capacidad del personal de enfermería para ofrecer una atención coherente y basada en las mejores prácticas. Por otro lado, las estrategias no farmacológicas como, la realidad virtual y la risoterapia, se ve limitada en la práctica clínica, reportada por los participantes, subrayó la necesidad de incorporar enfoques innovadores y accesibles que puedan ser integrados en los protocolos de atención diario. Por último, resaltó la importancia del papel multifacético de enfermería en la promoción de la salud y la prevención de enfermedades, así como la implementación de estrategias innovadoras que abordan las barreras organizativas y estructurales. Pese a los avances en la práctica de enfermería, la sobrecarga laboral continúa siendo una barrera que impide a los profesionales a desempeñar plenamente sus funciones. Este estudio, a pesar de tener limitaciones metodológicas como el tamaño de la muestra y el diseño transversal, estos

hallazgos proporcionan un panorama útil para orientar futuras investigaciones y estrategias que optimicen la atención oncológica desde la enfermería. (Vargas Lozada, 2024).

Justificación.

En el hospital de Rojas, se identificó un incremento de consultas de pacientes oncológicos, también se observó que requirieron internación para diferentes tipos de tratamientos, así como también hubo ingresos de pacientes para calmar su dolor. Es importante destacar que la gestión clínica de cuidados incluye la planificación, coordinación y evaluación de los equipos de salud para asegurar un cuidado humanizado. Al observar la cantidad de este tipo de pacientes, y al carecer de servicios de cuidados paliativos, se buscará aportar datos que beneficien la atención de estos pacientes como así también otros usuarios que no son de origen oncológico y todos puedan recibir un cuidado integral, además también promover la capacitación continua del personal de enfermería en esta área y la posibilidad de utilizar protocolos de atención basados en control del dolor.

Propósito

El propósito de esta investigación es determinar la relación entre la gestión clínica de enfermería y el nivel de conocimientos sobre el tratamiento del dolor en pacientes oncológicos internados en el Hospital de Rojas, con el fin de divulgar los resultados obtenidos a las autoridades pertinentes para identificar áreas de oportunidad que permitan optimizar las prácticas de enfermería y, consecuentemente, mejorar el alivio del dolor y la calidad de vida de estos pacientes.

Formulación del problema.

¿Qué relación existe entre la gestión clínica de enfermería y el nivel de conocimientos sobre tratamiento del dolor en pacientes oncológicos internados en el Hospital de Rojas durante el mes de junio del año 2026?

Hipótesis.

Si la gestión clínica de enfermería se clasifica como “alta”, entonces el nivel de conocimientos sobre tratamiento del dolor será más alto que el de aquellos con gestión “moderada” o “baja”.

Objetivo general.

Determinar la relación entre la gestión clínica de enfermería y el nivel de conocimientos sobre tratamiento del dolor en pacientes oncológicos internados en el Hospital de Rojas durante el mes de junio del año 2026.

Objetivos específicos.

Identificar qué relación existe entre la gestión asistencial de enfermería según el indicador evaluación y el nivel de conocimientos sobre tratamiento del dolor.

Determinar qué relación existe entre la gestión por procesos de enfermería según los indicadores solución de conflictos y normas y el nivel de conocimientos sobre tratamiento del dolor.

Establecer qué relación existe entre la gestión por recursos de enfermería según los indicadores capacitación y recursos y el nivel de conocimientos sobre tratamiento del dolor.

Identificar la relación entre la gestión clínica de enfermería y el nivel de conocimientos sobre tratamiento del dolor según la dimensión tratamiento general del dolor.

Determinar la relación entre la gestión clínica de enfermería y el nivel de conocimientos sobre tratamiento del dolor según la dimensión tratamiento del dolor crónico.

Definir la relación entre la gestión clínica de enfermería y el nivel de conocimientos sobre tratamiento del dolor según indicador tipos de analgesia.

Marco teórico.

En el presente recorrido teórico, se profundizará en cuanto a aquellos saberes relacionados con la gestión clínica de enfermería y el nivel de conocimientos sobre tratamiento del dolor. Ambos aspectos son fundamentales a la hora de brindar un cuidado humanizado, comprendiendo no solo la calidad sino también la contención tanto a pacientes como el grupo familiar.

Según Tobar, F (2002), en su libro “Modelos de Gestión en Salud”, la gestión se definía en la antigüedad por los precursores de la administración como Frederic Taylor y Henry Fayol, en la acción de tomar decisiones orientadas a aumentar la producción de bienes y servicios. En la actualidad, el autor plantea que las acciones realizadas por la persona encargada de la gestión se centran en promover el cambio y la adaptación dentro de las organizaciones. Además, vincula al concepto de gestión con el control de los resultados, el enfoque estratégico y la conducción de personas (Tobar, 2002)

Según Huber, Diane L. (2020), la gestión también puede interpretarse como un proceso que implica acciones como coordinación e integración de los recursos, por medio de actividades como planificación, organización, coordinación, dirección o control, con el propósito de alcanzar los objetivos institucionales. De este modo, la gestión no es más que un conjunto de acciones y procedimientos por el cual se cumplen los propósitos y/o metas que posee una organización a través del aprovechamiento de los recursos y capacidades disponibles. (Huber, 2020)

Por otra parte, la gestión clínica se concibe como una estrategia orientada a optimizar la calidad de atención hospitalaria a través de la organización de los procesos asistenciales de manera eficaz. Se basa en la mejor evidencia científica disponible y promueve la participación activa de los profesionales de la salud en la toma de decisiones relacionadas con el cuidado del paciente. La gestión clínica se divide en tres niveles organizativos que están relacionados entre sí y son indispensables para el funcionamiento adecuado del sistema de salud. En primer lugar, la gestión comienza en un nivel macro, donde la política sanitaria actúa como un instrumento que debe crear y ajustar las condiciones necesarias para garantizar el acceso a la atención médica a toda la población, ya que esta es considerada un bien público. Luego, en el nivel

meso, la política sanitaria se lleva a cabo dentro de las estructuras organizativas del sistema de salud. Dentro de este nivel se desarrollan cinco funciones principales que son, planificación, dirección, organización, coordinación y control. Dichas funciones buscan favorecer la autonomía y la toma de decisiones de los profesionales de la salud, así como su responsabilidad en los procesos de gestión. Por último, en el nivel micro, la gestión se centra en la mejora continua de la calidad, la seguridad, la eficacia y la efectividad de las decisiones clínicas. En este nivel, la gestión clínica apunta a utilizar herramientas y recursos que hagan más confiables y seguras las decisiones que deben tomarse con respecto a la atención de los pacientes. (Del LLano & Pinto, 2011).

Es por ello que la gestión de enfermería puede definirse como un proceso que coordina e integra los recursos humanos y materiales, aplicando principios administrativos con el fin de alcanzar los objetivos del servicio y así garantizar una atención eficiente y de calidad. Para cumplir con esas metas es esencial aplicar el proceso de gestión. Los principios que rigen dicho proceso fueron enunciados por Fayol en 1949, quien señalaba que la persona encargada de la gestión debía desarrollar funciones específicas como planificar, organizar, coordinar y controlar, una actividad precisa y separada de la propia producción. En enfermería, el personal asistencial representa a quienes ejecutan tareas de atención directa al paciente, mientras que quienes asumen la gestión y supervisión son los encargados de articular y coordinar ese trabajo dentro de un sistema más amplio. La planificación es una de las funciones principales de la gestión. Consiste en realizar uno o varios planes que permitan organizar de manera eficiente los recursos disponibles, con el fin de responder adecuadamente a las necesidades o demandas existentes. Este proceso incluye, en primer lugar, detallar las metas a largo plazo y los objetivos reales que se desean alcanzar; en segundo lugar, enunciar las estrategias necesarias para obtenerlos; luego, organizar o crear los medios adecuados y, por último, poner en práctica, dirigir y controlar cada una de las etapas en el orden correspondiente. La planificación está estrechamente relacionada con la toma de decisiones. Es posible distinguir dos tipos de planificación. Por un lado, la planificación estratégica, que generalmente se centra en la misión institucional y las metas globales. Por otro lado, la planificación táctica, que se ocupa de los aspectos específicos y operativos como la organización de proyectos o la asignación del personal. La organización representa una función fundamental dentro del proceso de gestión, la misma está orientada a distribuir y utilizar adecuadamente los recursos disponibles para alcanzar los objetivos propuestos. Este proceso implica definir tareas, establecer relaciones entre las distintas áreas de trabajo, y coordinar los medios necesarios para

ejecutar los planes con eficacia. A través de la organización se logra estructurar el trabajo, fortalecer la colaboración entre los miembros del equipo y optimizar la interacción con el entorno. La función principal de la organización podría definirse como el proceso de integrar y articular los recursos humanos y materiales para garantizar el cumplimiento de las metas institucionales. Asimismo, la dirección es una de las funciones esenciales dentro del proceso de gestión, encargada de guiar, coordinar y acompañar al personal para que cumplan con las tareas y objetivos establecidos. También a esta función se la conoce como liderazgo o coordinación, ya que implica orientar las acciones del equipo y favorecer la colaboración entre sus miembros para alcanzar resultados esperados. La dirección también integra componentes como la comunicación y la motivación ambas son fundamentales para mantener el compromiso y la eficiencia en el grupo de trabajo. Motivar supone estimular el desarrollo personal y profesional, generando un entorno laboral positivo que favorezca el desempeño. Dirigir no solo implica supervisar, sino también promover la participación, la confianza y equilibrio dentro del grupo y para ello es necesario contar con habilidades interpersonales. Por otra parte, el control es una función de la gestión orientada a verificar, supervisar y ajustar los planes, procesos y recursos con el fin de alcanzar de manera efectiva los objetivos institucionales. La finalidad de esta etapa es evaluar el desarrollo de las actividades y determinar si los resultados alcanzados coinciden con los previstos. Esta etapa también es conocida como evaluación, puede definirse como una función esencial que se basa fundamentalmente en establecer criterios o estándares de referencia, analizar el desempeño real con dichos parámetros y, aplicar cuando sea necesario, medidas correctivas que aseguren el logro de las metas conforme a lo planificado. (Huber, 2020).

Como se mencionó anteriormente, la gestión de enfermería puede entenderse como el conjunto de actividades que realizan los profesionales de enfermería, en este caso un gestor, para organizar, coordinar, supervisar y evaluar los cuidados. El propósito de dicha gestión es lograr una atención segura, eficiente y de calidad, utilizando de la mejor manera posible los recursos disponibles. Esta gestión se lleva a cabo a través de distintas dimensiones y/o perspectivas que permiten analizar el desempeño y los cuidados desde diferentes puntos de vista. El perfil del gestor de enfermería combina habilidades técnicas, administrativas y relacionales. Desde el punto de vista técnico, debe dominar los procedimientos clínicos y conocer las normativas que regulan la práctica profesional. Con respecto al área administrativa debe tener la capacidad de planificar, organizar, coordinar los recursos humanos y materiales de manera efectiva. Por último, el gestor de

enfermería debe contar con capacidad interpersonal que le permitan ejercer el liderazgo, motivar al equipo, resolver conflictos y mantener una comunicación clara y efectiva. Entre las intervenciones que ejerce un gestor podríamos mencionar actividades como coordinar y supervisar el desempeño del personal de enfermería; garantizar la correcta aplicación de protocolos y guías de atención, evaluar indicadores de calidad y seguridad del paciente; promover la capacitación y el desarrollo personal del equipo; fomentar un ambiente laboral saludable y participativo; administrar los recursos materiales y tecnológicos para brindar atención de calidad. Podríamos resumir que, la gestión asistencial se centra en la atención directa al paciente, incluyendo la planificación, seguimiento y aplicación de los cuidados a través de la evaluación. Por otra parte, la gestión por procesos se relaciona con la aplicación de normas, protocolos y procedimientos que garantizan la continuidad de las prácticas de enfermería. Esta dimensión también abarca la resolución de conflictos dentro del equipo de trabajo. Por último, la gestión por recursos comprende el manejo de los materiales y medios necesarios para la atención, también hace referencia a la capacitación continua del personal. Conjuntamente estas tres dimensiones permiten evaluar de manera integral la gestión clínica de enfermería, garantizando que las acciones desarrolladas respondan a estándares de eficiencia y humanización del cuidado. (Quesada, 2016).

Por otra parte, Ramírez, A. (2009), en su artículo “La teoría del conocimiento en investigación científica: una visión actual” menciona que el conocimiento es un elemento fundamental del desarrollo humano, ya que permite al individuo interpretar, procesar y comprender la información que proviene del entorno. Se trata de un proceso intencional en el que intervienen tanto el sujeto que conoce como el objeto conocido y, este desarrollo ha acompañado a la evolución del pensamiento humano. La teoría del conocimiento explica como el ser humano comprende su entorno, se desarrolla como individuo y como especie, y su estudio ha dado orígenes a las diferentes ramas filosóficas. La epistemología es corriente de la filosofía que estudia los métodos, el desarrollo y resultados de las ciencias, buscando garantizar que el saber sea válido y comprobable. La gnoseología, en cambio, aborda el conocimiento desde una perspectiva general, considerando la forma en que la persona se relaciona con el mundo. Ambas ramas contribuyen a comprender el proceso por el cual el ser humano adquiere y aplica el conocimiento. El autor menciona que el conocimiento puede clasificarse según la forma en que se obtiene. El conocimiento empírico surge de la experiencia y la observación directa de la realidad, es el saber cotidiano que las personas adquieren a través de los sentidos y la práctica diaria. Por otra parte, el

conocimiento filosófico, aparece cuando el ser humano comienza a reflexionar críticamente sobre lo que conoce, buscando comprender el sentido y naturaleza de las cosas. Se caracteriza por ser crítico, libre, cuestionador, metafísico y universal, ya que intenta alcanzar una verdad general sobre el mundo y la existencia. Por último, el conocimiento científico se basa en la investigación y en la aplicación de métodos sistemáticos que permiten comprobar y validar los hechos. Su objetivo es explicar los fenómenos mediante teorías, métodos y procesos de verificación. A diferencia del conocimiento filosófico, el científico es verificable y está en constante revisión, ya que sus verdades pueden modificarse con nuevos descubrimientos. (Ramirez, 2009)

Según González Sánchez, J. (2014), en su artículo “Los niveles de conocimiento, el Aleph de la innovación curricular”, menciona que los niveles de conocimiento se relacionan con el grado de profundidad y reflexión con que una persona comprende la realidad. Estos niveles representan el proceso evolutivo del saber, que van desde el aprendizaje básico hasta la reflexión filosófica más compleja. El autor señala que el primer nivel es el instrumental y se centra en la búsqueda de información, luego el técnico en el uso de herramientas para obtenerla, y el metodológico en la aplicación crítica de métodos para analizar la realidad. Continúa por el nivel teórico que comprende la construcción de conceptos y explicaciones, el epistemológico aborda la forma en que se genera el conocimiento científico, el gnoseológico reflexiona sobre como el ser humano conoce, y por último el filosófico considera la concepción del mundo y del hombre que orienta todo el conocimiento. Estos niveles muestran una progresión desde lo concreto a lo abstracto y permiten entender como el ser humano avanza en su capacidad de conocer y explicar su entorno. En la educación, los niveles iniciales que son instrumental, técnico y metodológico se asocian con la enseñanza básica, mientras que los niveles teóricos, epistemológicos, gnoseológico y filosófico se desarrollan en los niveles de formación superior. (González Sánchez, 2014)

Comprendido el concepto de nivel de conocimiento, es necesario abordar ahora el objeto específico de dicho saber, el dolor. La IASP (Asociación Internacional para el Estudio del Dolor) en el artículo citado por Vidal Fuentes (2020) menciona que “el dolor es una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada a una lesión real o potencial o descrita en los términos de dicha lesión”, esta definición ampliamente aceptada en el mundo científico y sanitario ha sido también respaldada por la Organización Mundial de la Salud. El dolor constituye una de las principales causas de sufrimiento y consulta en los servicios de salud. Es una afección que

interfiere en la calidad de vida tanto del paciente como de sus familiares, este síntoma ha sido catalogado como el más importante e incapacitante. Su adecuado manejo requiere no solo de habilidades técnicas, sino también de una sólida base teórica que permita reconocer sus manifestaciones, causas y formas de tratamiento. (Vidal Fuentes, 2020).

El dolor constituye una experiencia subjetiva y particular para cada individuo, que puede variar según el momento y las circunstancias personales. Su percepción depende de la experiencia previa y puede verse afectado por factores del plano tanto físico como emocional, psicológico, social o externos. En el contexto oncológico, la frecuencia del dolor se relaciona con el estadio de la enfermedad, se estima que afecta entre el 24-30 % de los pacientes en las etapas iniciales y puede alcanzar entre un 60-90% en fases avanzadas. Los orígenes del dolor son diversos. En muchos casos se debe a la propia enfermedad, producto de la invasión del tumor en órganos o estructuras nerviosas, siendo este el tipo más frecuente (40-80%). También puede presentarse dolor asociado los efectos generales del cáncer, como el aumento del catabolismo, la pérdida de masa muscular o el reposo prolongado. Otra causa relevante es el dolor derivado del tratamiento, este se asocia a procedimientos quirúrgicos o efectos secundarios de tratamientos como la quimioterapia, radioterapia u hormonoterapia, y representan entre un 15-20% de los casos. Por último, también debe considerarse la aparición del dolor independiente de la enfermedad, que corresponde a molestias originadas por otras patologías ya sean previas o nuevas en el paciente, aunque su frecuencia es menor (3-15%), también debe considerarse la evaluación y manejo del dolor. Siguiendo en la misma línea, el dolor puede clasificarse de acuerdo con diferentes criterios tales como su localización, duración, evolución y tipo. En cuanto a la localización, se refiere a la región anatómica donde se manifiesta la sensación dolorosa. Desde un enfoque temporal, el dolor puede ser agudo, cuando su duración es menor a seis meses; crónico, cuando se extiende más de ese periodo de tiempo, o episódico cuando aparece de forma intermitente. Según su evolución o curso, el dolor puede ser continuo o basal, caracterizado por una presencia constante que varía en intensidad sin llegar a desaparecer, o irruptivo, que se manifiesta como un incremento súbito y transitorio de la sensación dolorosa, de corta duración (15-30 min.) y con frecuencia variable, incluso en pacientes cuyo dolor de base se encuentra controlado. En cuanto al tipo de dolor, se reconocen principalmente tres categorías. El dolor nociceptivo se produce cuando se activan los receptores encargados de detectar estímulos que pueden dañar el cuerpo. Dentro de este tipo se encuentra el dolor somático, que tiene origen en estructuras superficiales o profundas del cuerpo,

es localizado y responde a estímulos mecánicos, térmicos o químicos. El dolor visceral, proviene de los órganos internos, siendo difuso, mal localizado y, en ocasiones, percibido en una zona diferente a la del daño real. El dolor neuropático aparece como consecuencia de una lesión o disfunción en el sistema nervioso, y suele describirse como punzante, quemante y desagradable. Finalmente, el dolor mixto combina características de los anteriores, presentando mecanismos nociceptivos y neuropáticos. La evaluación del dolor se realiza principalmente mediante el uso de escalas, es uno de los métodos más frecuentes para medir la intensidad de la manifestación que refiere el paciente. Las escalas pueden ser unidimensionales o multidimensionales. Las escalas unidimensionales se centran en la intensidad del dolor. La escala descriptiva simple o verbal, clasifica el dolor en tres categorías, insoportable, intenso, moderado, leve o ausente, permitiendo además evaluar la efectividad del tratamiento. Es de fácil aplicación y comprensión para los pacientes. La escala analógica visual (EVA) consiste en que el paciente indique su grado de dolor sobre una línea, siendo un método universal, sencillo y rápido, aunque requiere cierta comprensión por parte de la persona que está siendo evaluada, presenta buena correlación con las escalas descriptivas y es reproducible. Además, existen otras formas de evaluación unidimensional, como la observación de expresiones faciales, la escala de grises de Luscher, la escala luminosa analógica de Nayman y el termómetro del dolor de Iowa. Por otra parte, las escalas multidimensionales permiten explorar no solo la intensidad del dolor, sino también aspectos físicos, emocionales, sociales y espirituales relacionados con la experiencia dolorosa. Entre estas se encuentran el *Edmonton Symptom Assessment System (ESAS)*, que evalúa dolor, fatiga, anorexia, ansiedad, depresión, náuseas, bienestar global, somnolencia y disnea; el *Support Team Assessment Schedule (STAS)*, que aborda síntomas físicos, psicológicos, espirituales y sociales; y la *Palliative Outcome Scale*, que se relaciona con la evaluación funcional y la calidad de vida, y esta validada en español. Además, el Cuestionario de Dolor de McGill, permite medir las dimensiones afectiva, sensitiva y cognitiva del dolor, mientras que el *Brief Pain Inventory* evalúa como los parámetros del dolor interfieren en la capacidad funcional del paciente. (Torcal Baz & Sagrario Ventoso, 2020)

Para poder comprender la variable “Nivel de Conocimiento sobre Tratamiento del Dolor”, se propuso contextualizar los cuidados paliativos, desde su concepto, orígenes y hacia donde están dirigidos en lo que respecta a esta investigación. Los cuidados paliativos, conocidos en un principio como cuidados tipo hospice en los países anglosajones, surgieron como una forma especial de atención destinada a brindar bienestar, confort y apoyo tanto a pacientes en etapa

terminal como a sus familias. La filosofía moderna de los cuidados paliativos se consolidó en la década de 1960 en Londres. Según Robert Twycross, sus raíces surgen en los hospicios medievales y, más adelante en los hospice católicos de Dublín y Londres hacia fines del siglo XIX. En la década de 1940, Cicely Saunders trabajó en algunos de estos centros, experiencia que la motivó a fundar el St. Christopher's Hospice, considerando el punto de partida del movimiento hospice contemporáneo y de los cuidados paliativos modernos. Saunders, destacó que, a diferencia de la tradición hipocrática, que desaconsejaba atender pacientes incurables por considerarlo un desafío a los designios divinos, el pensamiento cristiano introdujo una mirada compasiva hacia el sufrimiento. Así, desde el siglo IV, comenzaron a fundarse en Europa instituciones inspiradas en la caridad evangélica, conocidas como hospitales y hospicios, que sentaron las bases históricas de los cuidados paliativos actuales. (Centeno Cortes, 1997)

En la actualidad, los cuidados paliativos constituyen un enfoque integral de atención orientado a mejorar la calidad de vida de los pacientes que enfrentan enfermedades potencialmente mortales, así como la de sus familias. Su objetivo principal es aliviar el sufrimiento mediante la prevención y el control del dolor y otros síntomas físicos, psicológicos, sociales y espirituales. Este tipo de atención no busca prolongar ni acortar la vida, sino ofrecer confort, dignidad y apoyo emocional durante todo el proceso de enfermedad. Por su parte, la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL) los define como una atención activa, total e integral dirigida a personas con enfermedades progresivas y avanzadas y eventualmente mortales y que ya no responden a tratamientos curativos. En este sentido, los cuidados paliativos están destinados a asistir a pacientes de cualquier edad que padezcan patologías incurables, crónicas o en fases avanzadas, tales como enfermedades cardíacas, respiratorias, hepáticas, renales, infecciosas o neurológicas degenerativas que generan limitación funcional progresiva. En el presente trabajo, el enfoque se centrará en los cuidados paliativos aplicados a pacientes con enfermedades oncológicas, donde el tratamiento del dolor ocupa un papel fundamental para garantizar una atención humanizada y de calidad. (Instituto Nacional del Cáncer, 2007).

Por otra parte, el tratamiento del dolor constituye uno de los ejes centrales dentro de los cuidados paliativos, ya que su adecuado control permite mejorar la calidad de vida de los pacientes con enfermedades avanzadas o terminales. Aproximadamente un tercio de quienes reciben tratamiento oncológico presentan dolor, por eso deben aplicarse medidas de control junto

con las terapias específicas contra el cáncer. En los casos avanzados, más de dos tercios de los pacientes sufren dolor, convirtiéndose su manejo y el alivio de otros síntomas en el principal objetivo del tratamiento. El manejo del dolor puede realizarse mediante diversas estrategias que deben adaptarse a las necesidades de cada persona. Su abordaje requiere una valoración integral del tipo, la intensidad y la causa del dolor, considerando tanto los aspectos físicos como psicológicos, sociales y espirituales que influyen en su percepción. Entre los factores emocionales que pueden intensificarlo se encuentran la ansiedad, el miedo, la depresión y la sensación de impotencia. El propósito del tratamiento es lograr un alivio adecuado que permita al paciente mantener una calidad de vida aceptable y, llegado el fin, una muerte sin sufrimiento. El manejo del dolor se basa en una combinación de tratamientos farmacológicos y no farmacológicos, adaptados a las necesidades y características de cada paciente, estos pueden incluir el uso de medicamentos, intervenciones anestésicas o neuroquirúrgicas, técnicas de relajación, terapia física, apoyo psicológico y social. Sin embargo, el tratamiento farmacológico representa la base principal del control del dolor en el cáncer, ya que cuenta con una amplia evidencia clínica y se recomienda aplicarlo de forma general a todos los pacientes que lo necesitan. (Organización Mundial de la Salud, 1996).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) propuso en 1986 la llamada “escalera analgésica”, una guía práctica destinada al manejo progresivo del dolor, especialmente en pacientes con cáncer. Este modelo plantea un abordaje por etapas que busca lograr un control eficaz del dolor con la menor cantidad posibles de efectos adversos, adecuando el tipo y dosis del analgésico a la intensidad del dolor que presenta cada paciente. En el primer escalón, se utilizan analgésicos no opioides como el paracetamol o los antiinflamatorios no esteroideos (AINES), aplicados cuando el dolor es leve. También pueden añadirse coadyuvantes como antidepresivos o anticonvulsivantes, dependiendo la causa del dolor. En el segundo escalón, cuando el dolor es moderado, se emplean opioides débiles como codeína o tramadol, también se pueden combinar con los fármacos del primer nivel si es necesario. Por último, el tercer escalón, reservado para dolor intenso o persistente que responden con analgésicos de los niveles anteriores. En esta etapa se administran opioides potentes como morfina, oxycodona o fentanilo, junto con analgésicos no opioides y coadyuvantes según el cuadro clínico. El principio fundamental de esta estrategia es administrar los medicamentos de manera regular o reglada y no cuando el paciente refiere dolor, para mantener niveles constantes del fármaco en el organismo y prevenir la aparición del dolor.

Con el tiempo, la O.M.S., amplió este modelo a una “cuarta etapa”, que incluye intervenciones más avanzadas para casos de dolor refractario, como bloqueos nerviosos, técnicas neuroquirúrgicas o el uso de bombas de infusión. (Ministerio de Salud de la Nación Argentina, 2023).

Tras la descripción del manejo y tratamiento del dolor, es importante considerar las características de los pacientes oncológicos, ya que en ellos está centrada la atención en este estudio. Recibir un diagnóstico de cáncer representa un proceso complejo y desafiante, no solo por las implicancias clínicas de la enfermedad, sino también por su profundo impacto social y cultural. Actualmente se reconocen más de cien tipos de cáncer, y gracias a los avances médicos y tecnológicos, un número cada vez mayor de personas logra superar la enfermedad. Cada paciente es único, y su respuesta a los tratamientos varía según sus características físicas, emocionales y contextuales. Las personas diagnosticadas con cáncer pueden atravesar distintas reacciones emocionales y físicas antes, durante y después de las terapias, y su necesidad de información varía ampliamente, algunos desean conocer todos los detalles de situación, mientras que otros prefieren recibir explicaciones breves y generales. Del mismo modo, el impacto del cáncer no se limita al paciente, sino que también alcanza a su familia y cuidadores, quienes enfrentan una importante carga emocional y también necesitan acompañamiento. El cáncer es una enfermedad que trasciende el ámbito médico, afectando las relaciones familiares, sociales y laborales, así como los recursos económicos y la dinámica cotidiana del entorno cercano. Por otra parte, los pacientes oncológicos enfrentan una enfermedad compleja que frecuentemente cursa con síntomas crónicos y episodios agudos que afectan su funcionalidad y calidad de vida, siendo el dolor uno de los síntomas más prevalentes e intensos. Además, suelen experimentar efectos secundarios al tratamiento oncológico, como cirugía, quimioterapia y radioterapia y consecuencias sociales incluyendo ansiedad, depresión y pérdida de la autonomía, que modulan o afectan la percepción y respuesta al dolor. Por ello, la atención de enfermería hacia los pacientes oncológicos requiere un enfoque integral que convine evaluación sistemática del dolor, manejo farmacológico y no farmacológico, y soporte emocional y social, lo que hace que los servicios hospitalarios que atienden a este tipo de pacientes sean contextos particularmente pertinentes para estudiar el nivel de conocimientos del personal sobre el tratamiento del dolor. (Zurita Caceres, 2007).

Tomando en cuenta lo planteado, es importante mencionar el rol que desempeña el personal de enfermería, un papel esencial en la valoración, manejo y alivio del dolor, especialmente en contextos oncológicos y paliativos. Su función no se limita a la administración de medicamentos, sino que implica una observación continua, la identificación en cambios en la percepción del dolor, y la implementación de intervenciones que favorezcan el bienestar físico y emocional del paciente. Según el Manual de Enfermería Oncológica, la enfermera actúa como nexo entre el paciente, la familia y el equipo interdisciplinario, promoviendo una comunicación efectiva que facilite la toma de decisiones clínicas. (Instituto Nacional del Cáncer, 2007).

Zulueta, E. y otros (2018), destacan que la calidad del cuidado enfermero se vincula directamente con la capacidad del personal para brindar una atención humanizada, centrada en la persona y sus necesidades de alivio del sufrimiento. El rol enfermero en el tratamiento del dolor combina competencias técnicas y relacionales, integrando conocimiento científico con empatía y acompañamiento emocional, pilares fundamentales para garantizar un cuidado integral y de calidad. (Zulueta Egea, 2018)

Es importante señalar que, “la gestión clínica de enfermería” y “el nivel de conocimientos sobre tratamiento del dolor” se encuentran estrechamente vinculadas, ya que ambas variables determinan la eficacia y la calidad de los cuidados brindados al paciente, en este caso los pacientes oncológicos. Una gestión clínica adecuada favorece la planificación, organización y evaluación de las intervenciones, garantizando un abordaje integral y humanizado del dolor. A su vez, el conocimiento científico y técnico del personal de enfermería resulta esencial para aplicar correctamente las estrategias terapéuticas y reconocer las necesidades individuales de cada paciente. En conjunto, ambas contribuyen a mejorar la calidad de vida de los pacientes, optimizar los recursos sanitarios disponibles y fortalecer el rol profesional de la enfermería dentro del equipo de salud.

El presente estudio se desarrollará en el Servicio de Internación del Hospital de Rojas, un servicio que brinda atención a pacientes con diversas patologías médicas y quirúrgicas. En los últimos meses, se ha observado un incremento en el número de consultas e ingresos de pacientes con enfermedades oncológicas, lo que ha generado una mayor demanda de cuidados integrales orientados al manejo del dolor y al acompañamiento en etapas avanzadas de la

enfermedad. Sin embargo, este servicio no cuenta con un área específica de cuidados paliativos ni con un equipo interdisciplinario dedicado al tratamiento del dolor, lo que evidencia la necesidad de fortalecer los conocimientos del personal de enfermería en este aspecto. La elección de este contexto responde a la relevancia que tiene la enfermería en la atención directa y continua de los pacientes, especialmente en el alivio del sufrimiento y la mejora de la calidad de vida. Evaluar el nivel de conocimiento sobre el tratamiento del dolor permitirá identificar fortalezas y posibles áreas de mejora en la práctica profesional, promoviendo una atención más humana, eficaz y basada en la evidencia. De esta manera, el estudio busca aportar a la formación y actualización del equipo de salud, así como el fortalecimiento de la gestión clínica de enfermería dentro del hospital. Esta investigación toma como referencia el estudio realizado por Tuñoque Coronado, Sonia E. (2024), titulado “Gestión clínica del tratamiento del dolor en emergencia de hospitales”, el cual abordó la relación entre la gestión clínica y el conocimiento del personal de enfermería en torno al manejo del dolor en el contexto hospitalario. Dicha investigación constituye un antecedente relevante, ya que valida los instrumentos utilizados y resalta la importancia de la gestión clínica como componente fundamental para garantizar una atención de calidad en el control del dolor. (Tuñoque Coronado, 2024)

Por último, Jean Watson afirma que el cuidado es la esencia de la enfermería y constituye el núcleo que diferencia esta disciplina de otras profesiones de la salud. Su teoría del Cuidado se basa en una visión holística del ser, entendiendo a la persona como un ser integral conformado por dimensiones físicas, emocionales, sociales, espirituales e intelectuales. Según Watson, para cuidar verdaderamente a otros, el profesional primero debe desarrollar amor y respeto hacia sí mismo. Este amor propio posibilita ejercer un cuidado auténtico hacia los demás, sustentado en valores como la empatía, la compasión, la tolerancia, la solidaridad y el respeto. Estos valores se reflejan en la práctica enfermera a través de habilidades interpersonales y emocionales que permiten comprender las necesidades del paciente y establecer una relación terapéutica significativa. Desde esta perspectiva, el cuidado en enfermería no se limita a la aplicación de procedimientos o intervenciones técnicas, sino que implica una presencia significativa, que no es ni más ni menos que saber escuchar, mirar, tocar y acompañar con sensibilidad. Estos gestos fortalecen la confianza, brindan consuelo y otorgan dignidad a la persona cuidada, especialmente en contextos de enfermedad avanzada o dolor. Watson afirma que el acto de cuidar como una intervención terapéutica en sí misma, donde el vínculo enfermero- paciente

tiene un poder sanador que trasciende lo físico. Así, el cuidado se convierte en un proceso recíproco de aprendizaje, donde tanto quien cuida como quien recibe el cuidado se transforman a través de la experiencia humana compartida. En este sentido, la teoría de Watson se relaciona directamente con este estudio, ya que la gestión clínica de enfermería y el nivel de conocimiento sobre tratamiento del dolor adquieren verdadero significado cuando se integran bajo una concepción humanista del cuidado. Controlar el dolor, acompañar al paciente oncológico y asistir a su familia no solo requiere de competencia técnica, sino también de una actitud empática y una comprensión profunda del sufrimiento humano. (Alligood, 2023).

Material y métodos

Tipo de estudio.

La investigación se realizará bajo el abordaje cuantitativo ya que se utilizará una medida numérica para la reconstrucción de las variables, “gestión clínica de enfermería” y “nivel de conocimientos sobre tratamiento del dolor”, bajo el análisis estadístico.

Con respecto al tipo de estudio, será no experimental, dado que no habrá manipulación de la variable independiente, solo se limitará a la observación de los factores asociados a las variables, la “gestión clínica de enfermería” (VI), y “nivel de conocimiento sobre tratamiento del dolor” (VD). El estudio será de corte transversal, debido a que los datos se recolectarán en un solo momento por participante, para ello se aplicarán instrumentos validados durante el mes de junio a cada una de las unidades de análisis. Su alcance será descriptivo ya que se buscará identificar las características de las variables en estudio, y correlacional porque tendrá como finalidad conocer si existe relación entre ambas. Según el momento de recolección de la información será prospectivo, pues los hechos se irán registrando a medida que vayan ocurriendo, es decir que no se tendrán en cuenta datos previos. (Hernández Sampieri & Fernández Collado, 2014).

Sitio y contexto de la investigación.

El sitio seleccionado para llevar a cabo la investigación será un Hospital de Rojas, Provincia de Buenos Aires, dado que es el único nosocomio de la ciudad y es el que recibe a toda la población y el contexto será el Servicio de Internación de este. El Hospital atiende tanto a

personas con obra social como a las que no tienen cobertura, ya que el municipio no cuenta con servicio de atención privada. Dicho Hospital es el centro de atención de localidades aledañas como Rafael Obligado, Carabelas, Roberto Cano, Los Indios, entre otros, así como también otros parajes rurales. La institución cuenta con dos plantas, en la planta baja se encuentran los servicios de Internación (incluye clínica médica y quirúrgica, traumatología, salud mental, oncología), Maternidad y Pediatría (incluye ginecología), Neonatología, Unidad de Terapia Intensiva, Servicio de Guardia y Emergencias, consultorios externos, Servicio de Diagnostico por Imágenes (incluye radiografía, mamografía, ecografía y tomografía), Servicio de Laboratorio, Servicio de Hemoterapia, Farmacia, Servicio de Vacunación, también en la parte inferior cuenta con Centro Preventivo Asistencial y Tratamiento de Adicciones (incluye Servicio Social). Además, en la planta inferior separados por un patio se encuentra el Servicio de Kinesiología y Rehabilitación, Servicio de Oncología y quimioterapia. El hospital dispone de un área destinada a geriatría y adultos mayores, con capacidad para varios internados. En la planta alta se encuentran las oficinas de Dirección Médica y Administrativa, Dirección de Salud, Recursos Humanos y Servicio de Estadística. Por otra entrada en la planta alta también se encuentra el Servicio de Hemodiálisis, este servicio se brinda mediante gestión tercerizada.

El Servicio de Internación de adultos cuenta con un plantel de 50 enfermeros, incluyendo a los jefes de servicio que son 2, y un supervisor que desarrolla actividades exclusivamente en ese sector. El equipo está conformado por tres licenciados en Enfermería y 47 técnicos en Enfermería. La sala posee 40 camas disponibles, de las cuales 8 están destinadas a pacientes del área de salud mental, el resto se asigna según la demanda, ya sean pacientes de clínica médica, cirugía u oncología. La información sobre la distribución de tareas, roles en el equipo de trabajo, organización del trabajo diario, toma de decisiones, días de descanso (francos), entre otras, fue brindado mediante una entrevista con las jefas del servicio, que en este caso son dos y la supervisora también aportó información. Los turnos en los que desempeñan las tareas son rotativos y de 6 horas y los días de descanso son dos semanalmente.

La guía de convalidación de sitio se aplicó con el fin de identificar amenazas a la validez interna del estudio; la misma se llevó a cabo luego de obtener las correspondientes autorizaciones. Una investigación tendrá validez interna si los resultados obtenidos concuerdan y responden a las variables en estudio. A través de este proceso, se pretende garantizar que tales

resultados reflejen con precisión la realidad analizada, evitando la influencia de variables intervinientes sobre los mismos.

Durante la entrevista a las jefas del servicio de Internación se documentó que no existen políticas institucionales para abordar a los pacientes que requieren cuidados paliativos ni tampoco un protocolo para el tratamiento del dolor, ya sea de origen oncológico u otra causa. Además, refirieron que al verse incrementado el caudal de pacientes con patologías oncológicas, se vieron en la necesidad de realizar actualizaciones y capacitaciones para mejorar la atención como así también poder transmitir dichos conocimientos al personal que realiza tareas asistenciales. Por otra parte, se documentó que el sector no cuenta con personal especializado en cuidados paliativos ni tratamiento del dolor. También manifestaron que a los pacientes oncológicos se los distribuye según la ocupación de las camas y el tipo de patologías. Los casos de los pacientes oncológicos comenzaron a documentarse en una base de datos a través del Servicio de Estadística y la Dirección Médica y se evidenció que en el último año se registró un aumento de las consultas, cirugías y tratamientos relacionados con este tipo de pacientes. También es importante destacar que no se brindan capacitaciones periódicas por profesionales especializados para este tipo de patologías ni tampoco para el tratamiento del dolor, y, como se mencionó anteriormente, solo se comparten conocimientos por parte de las encargadas del servicio, que son las que han realizado en algún momento actualizaciones en el área. Tampoco se documentaron estudios de investigación en el hospital.

De acuerdo con la información ofrecida por las jefas del servicio, la aplicación de los instrumentos se llevará a cabo en la oficina de estos ya que cuenta con escritorio, sillas, y es un ambiente cerrado que permite tranquilidad y privacidad para responder los cuestionarios.

Población y muestra.

Conforme a la información recabada a través de la guía de convalidación de sitio, se estima que el universo estará constituido por un total de 47 enfermeros del Servicio de internación del Hospital de Rojas. Los 47 enfermeros que componen el universo poseen el título de Técnico Superior en Enfermería y todos realizan el mismo trabajo al momento de la convalidación de sitio.

La unidad de análisis quedará conformada por cada uno de los enfermeros que desarrollen actividades asistenciales, que acepten participar del estudio durante el mes de junio del año 2026.

Se incluirán a todos los enfermeros que posean más de 6 meses de experiencia en el sector, y a quienes manifiesten voluntariamente su consentimiento informado para participar de la investigación. Por otra parte, se excluirán a los jefes del servicio y supervisora debido a que no siempre realizan tareas directas hacia los pacientes, ya que generalmente sus ocupaciones son organizativas y/o administrativas. A partir de los criterios mencionados anteriormente la población estará compuesta por 47 enfermeros, esto quiere decir que se tomará en su totalidad, por tal motivo no se realizará muestreo. Con respecto a la validez externa del estudio, es importante destacar que, al tomar el total de la población, los resultados obtenidos, reflejarán con precisión el contexto estudiado. No será posible generalizar los resultados a otros hospitales o servicios, ya que las características estructurales, organizativas y poblacionales pueden ser diferentes a las de otras instituciones.

Técnicas e instrumentos para la recolección de los datos.

Como técnica se utilizará la encuesta, en la cual los enfermeros responderán dos cuestionarios, ambos tendrán instrucciones sencillas, datos generales y podrán contestarlos en un tiempo prudencial, esto permitirá obtener datos medibles, confiables y detallados de las variables en estudio.

El primer instrumento que se aplicará será un cuestionario llamado “Cuestionario de gestión clínica”, el mismo fue diseñado y validado por Tuñoque Coronado (2023), dicho cuestionario se basa en una serie de preguntas orientadas para obtener información sobre la gestión clínica (Evaluación, normas, capacitación, entre otros). El instrumento consta de 3 dimensiones, en primer lugar: la gestión asistencial, esta dimensión presenta un indicador (evaluación) con 5 ítems, en segundo lugar, la gestión por proceso, esta dimensión presenta 2 indicadores (normas y solución de conflictos) con 5 ítems y, por último, la dimensión gestión por recursos, está compuesta por 2 indicadores (capacitación y recursos) también con 5 ítems. La clasificación de las respuestas se realizará a través de la escala de Likert y como alternativa de respuesta los puntos serán: (1) “nunca”, (2) “casi nunca”, (3) “a veces”, (4) “casi siempre” y (5) “siempre”.

El segundo cuestionario también fue diseñado y validado por Tuñoque Coronado (2023), llamado “Cuestionario sobre Tratamiento de Dolor”, dicho cuestionario evalúa de forma general el nivel de conocimiento que posee el personal de Enfermería sobre el tratamiento y manejo del dolor (tipos de dolor, escala de valoración, analgesia, entre otros). El mismo consta de 3 dimensiones, la primera dimensión es el tratamiento general del dolor, posee un indicador (tipos de dolores) con 7 ítems, la segunda dimensión es el tratamiento del dolor crónico, cuenta con un indicador (detención del dolor) con 5 ítems, y por último la dimensión tratamiento del dolor, analgesia y escalas también cuenta con un indicador (tipos de analgesia) con 5 ítems. La clasificación de las respuestas del último instrumento es de opción múltiple, contando con una respuesta correcta por pregunta. (Tuñoque Coronado, 2024).

Los cuestionarios serán autoadministrados, contarán con instrucciones sencillas para su correcta interpretación, si surgiera cualquier tipo de duda con respecto a las preguntas podrán ser despejadas en el momento ya que la investigadora estará presente durante el procedimiento de recolección. Como ventajas de esta técnica se destaca la libertad para responder ya que permite el anonimato, además de obtener gran cantidad de respuestas en corto tiempo y también es una ventaja el bajo costo. Como desventaja se menciona que las respuestas están limitadas a las opciones ofrecidas en el cuestionario, también puede mencionarse como desventaja que el segundo instrumento puede sensibilizar o intimidar al personal de Enfermería ya que se trata de una autoevaluación. Por último, se expresa que el segundo cuestionario fue modificado a conveniencia del investigador. Fue modificada la dimensión “tratamiento del dolor NO oncológico”, ya que en la misma hacen referencia a los tipos de analgesia, localizaciones, efectos secundarios y al conocimiento de escalas para medir el dolor, y puede aplicarse para el tipo de pacientes al cual nos centramos en este estudio. Solo se modificó el nombre de la dimensión y se la llamó “Tratamiento del Dolor, Analgesia y Escalas”. También fueron modificados los ítems donde la opción de respuesta es “no conoce”, por la opción “ninguna de las anteriores”. Se omitieron las preguntas 7, 8 y 10 de la dimensión “Tratamiento General del Dolor”, las primeras dos interrogan sobre el uso de un analgésico utilizado habitualmente en pacientes oncológicos y la 10 se interpreta como una indicación médica. Por otra parte, en la dimensión “Tratamiento del Dolor Crónico”, se omitieron las preguntas 12 y 16, la primera interroga sobre diversas patologías no relacionadas a pacientes oncológicos y la otra, como expresamos anteriormente también se relaciona con el uso de opioides en estos pacientes. También se reformularon las preguntas 13, 14,

15 y 17, para adaptarlas a los pacientes mencionados. Por último, en la dimensión “Tratamiento del Dolor, Analgesia y Escalas”, se omitió la pregunta 21 y se reformuló la 20, se unificaron ambas ya que interrogan sobre efectos adversos del uso de analgésicos. De esta manera, el cuestionario quedó conformado por tres dimensiones con un total de 17 preguntas, con una opción de respuesta correcta por pregunta. Cabe aclarar que las modificaciones realizadas no alteran las propiedades psicométricas del instrumento, por lo que su validez y confiabilidad se mantienen.

Por otra parte, se realizó una prueba piloto con 4 enfermeros de otro servicio y con los encargados del servicio de Internación, de esta manera se evitará la difusión de las preguntas de los cuestionarios entre los participantes y controlar la amenaza “difusión del tratamiento”. A través de la prueba piloto, se observó que los instrumentos fueron comprendidos e interpretados de manera correcta con un tiempo estimado de 20 minutos para ambos cuestionarios. Por otra parte, para controlar amenazas como la inestabilidad del ambiente, se asegurará que todos los participantes cuenten con las mismas condiciones al momento de responder los cuestionarios, para ello se utilizará la oficina de los jefes de servicio que cuenta con escritorio, sillas y es un lugar que garantiza las condiciones de privacidad y tranquilidad. En cuanto a la aplicación de los instrumentos, se hará de lunes a viernes en horarios rotativos y en el cambio de turnos, para que todo el personal que trabaja en el servicio pueda participar, se harán pasar de a cuatro enfermeros por vez y así agilizar los tiempos y no entorpecer su rutina laboral. La aplicación de los instrumentos se extenderá durante el período del mes de junio ya que durante esta temporada aún no hay personal con licencia por vacaciones. Previamente al procedimiento de recolección de datos se informará y pedirá autorización a la encargada del servicio que se encuentre de turno. Por último, se expresa que la investigadora estará presente en todo momento para aclarar cualquier duda que pudiera surgir. (Hernández Sampieri & Fernández Collado, 2014).

Consideraciones éticas.

Esta investigación, al igual que todas las que son realizadas con la participación de seres humanos, se llevará a cabo respetando estrictamente los principios bioéticos (Autonomía, Beneficencia/ No maleficencia y Justicia) planteados en la Resolución 1480/2011 “Guía para Investigaciones con Seres Humanos”.

Se brindará a todos los participantes la información necesaria acerca del estudio, la finalidad, los objetivos, riesgos, beneficios y financiamiento. También se les hará saber que uno de los cuestionarios es una autoevaluación sobre los conocimientos acerca del tratamiento del dolor, se dejará en claro que se mantendrá el anonimato y no serán informados los resultados de dicho cuestionario de manera individual a las autoridades del Hospital ni a los jefes del servicio. Dichos resultados, serán publicados de manera general, los mismos son solo con fines académicos y tienen como propósito mejorar el área en estudio. Quienes decidan formar parte de la investigación, lo harán de manera voluntaria y libre de influencia o incentivo indebido. Se respetará el principio de Autonomía al brindar el consentimiento informado.

Por otra parte, los participantes serán seleccionados equitativamente y todos tendrán la posibilidad de formar parte de la investigación, siempre y cuando se cumplan con los criterios de inclusión y exclusión pautados por la investigadora, de este modo se respetará el principio de Justicia. También se mantendrá un ambiente de tranquilidad y privacidad para que todos los participantes puedan responder los cuestionarios bajo las mismas condiciones, asegurándoles la confidencialidad de sus respuestas. Se almacenará y procesará la información de manera segura y el acceso a la misma será solo por parte de quien realiza el estudio.

Con respecto a los riesgos que implica la investigación, son menores, pero el segundo instrumento al tratarse de una autoevaluación podría generar sensibilidad o sentimiento de intimidación en algún/a participante. Si bien solo se trata de responder preguntas relacionadas a la disciplina, el mayor riesgo podría ser que la toma de conciencia por parte de los sujetos de su propia falta de conocimiento durante el proceso de la autoevaluación puede alterar su estado emocional, llevando a una reacción que contamine las respuestas. Por ese motivo, se les recordará que el cuestionario es anónimo y confidencial, y su objetivo principal es identificar áreas de mejora, no evaluar individualmente su desempeño o conocimiento personal, también se les brindará el tiempo necesario para que respondan con tranquilidad y sinceridad. Como eventual beneficio del estudio será la posibilidad de conocer cómo se manifiestan las variables en estudio y a partir de ello se propondrán intervenciones como generar protocolos de trabajo, mejorar la atención hacia los pacientes, promover capacitaciones y actualizaciones, entre otras. Como también así, aportar los resultados para nuevas investigaciones en el área. De esta manera se

respetarán todos los principios bioéticos durante toda la investigación. (Ministerio de Salud de la Nación Argentina, 2011).

Plan de análisis.

El análisis de los datos se realizará en dos etapas. En primer lugar, se efectuará un análisis univariado, para describir el comportamiento individual de cada una de las variables en estudio. Posteriormente, se procederá a realizar un análisis bivariado con el fin de establecer la relación entre las dos variables “la gestión clínica de enfermería” y “el nivel de conocimiento sobre tratamiento del dolor”, como se mencionó en el objetivo general.

Se aplicará estadística descriptiva para resumir y organizar la información obtenida, utilizando frecuencias absolutas y relativas, así como medidas de tendencia central y dispersión, según corresponda. Posteriormente, se utilizará la estadística inferencial mediante la prueba no paramétrica de coeficiente de correlación de Spearman, con el propósito de poner a prueba las hipótesis y establecer la existencia, fuerza y dirección de la relación entre las variables de estudio. Es importante señalar que, se utilizará el total de la población (47 enfermeros) y los resultados no se utilizarán para realizar inferencias o generalizaciones a un universo mayor, sino únicamente para describir y analizar dicha población. Los datos serán codificados y procesados mediante el programa estadístico SPSS V23. Los resultados se representarán posteriormente en cuadros y tablas que faciliten su interpretación y análisis. (Hernández Sampieri & Fernández Collado, 2014)

Para la reconstrucción de la variable “gestión clínica”, la cual corresponde a una variable cualitativa, compleja, independiente, de escala de medición ordinal, se realizará una reconstrucción global de la variable, para ello se utilizará una codificación donde se le asignará una puntuación a cada respuesta de frecuencia obtenida en el cuestionario, siendo 1 el número más bajo (Nunca) y 5 el número más alto (Siempre). Posteriormente, se sumarán los puntajes de cada participante y se establecerán categorías para su interpretación, los rangos serán gestión baja (24 o menos puntos), gestión moderada (25 a 50 puntos) y gestión alta (más de 50 puntos).

Por otra parte, la reconstrucción de la variable “nivel de conocimiento sobre tratamiento del dolor”, la cual corresponde a una variable cualitativa, compleja, dependiente, de escala de medición ordinal, se realizará mediante una reconstrucción global, para ello, se codificará

analizando cada una de las respuestas del cuestionario, considerando cada una como correcta o incorrecta según lo establecido en guías y protocolos internacionales sobre manejo del dolor en pacientes oncológicos, tales como los presentados por la O.M.S, así como también guías nacionales de cuidados paliativos.. A partir de ello, se calculará el porcentaje de respuestas correctas de cada participante y se clasificará el nivel de conocimiento sobre manejo del dolor en categorías, un porcentaje inferior al 50% (8 o menos respuestas correctas) se clasificará como bajo, moderado entre el 50% y el 70% (de 9 a 12 respuestas correctas) y será alto cuando se alcance un 75% o más que correspondería 13 o más respuestas correctas. (Tuñoque Coronado, 2024) (Organización Mundial de la Salud, 1996).

Cronograma de actividades.

| Actividades | Meses | | | | | | | | | | | |
|--|-------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |
| Relevamiento bibliográfico | x | X | x | x | x | x | x | x | x | x | | |
| Recolección de datos. | | | | | | x | | | | | | |
| Análisis e interpretación de los resultados. | | | | | | | x | x | x | | | |
| Elaboración del primer borrador del informe final. | | | | | | | | | | x | | |
| Elaboración y presentación del informe final. | | | | | | | | | | | x | |
| Publicación de resultados. | | | | | | | | | | | | x |

Infraestructura y equipamiento.

Todas las actividades pautadas anteriormente estarán a cargo de la investigadora. A continuación, se detallarán los recursos materiales que se utilizarán.

Para la prueba piloto se utilizaron 4 biomes, 6 ejemplares de consentimiento informado y 12 copias de los instrumentos de recolección de datos (6 de cada cuestionario).

Para la recolección de datos deberá contarse con 94 copias de los cuestionarios, se tendrán en cuenta dos extras de cada uno por si surge algún error, 4 biomes más dos de repuesto, 47 ejemplares de consentimiento informado. También se contará con un escritorio y sillas que se encuentran en la oficina de las jefas del servicio donde se realizará el procedimiento de recolección, previamente se pedirán las autorizaciones correspondientes.

Para el almacenamiento y análisis de los datos se utilizará una computadora mediante un software, el programa que se utilizará se denomina “SPSS V23”.

Referencias bibliográficas

Alligood, M. R. (2023). *Modelos y Teorías en Enfermería* (10ma ed.). Elsevier.

Armijos Pintado, A. F., García García, M. A., & Gómez Salas, Y. J. (Diciembre de 2022). Percepciones del paciente oncológico terminal ante intervenciones de enfermería no farmacológicas para el dolor en un hospital público, Bogotá 2021. *MedUNAB*, 25(3), 406-418. <https://doi.org/https://doi.org/10.29375/01237047.4273>

Baldeon Puchoc, N. J. (2023). Manejo del dolor y la calidad de vida en pacientes con cáncer de cérvix en la unidad de emergencia de un Instituto Oncológico Especializado, Lima 2023. *UNIVERSIDAD NORBERT WIENER*, 1-66.

Cabrera, O. (2022). Estilos de liderazgo de la enfermera jefa y motivación del personal de enfermería. *Salud, Ciencia y Tecnología*, 2(54).
<https://doi.org/10.56294/saludcyt202254>

Cañaverall Estrella N. L, L. P. (Mayo de 2023). Atención de enfermería en pacientes oncológicos con cuidados paliativos. *Ciencia, Salud y Tecnología*.(3), 488.
https://www.researchgate.net/publication/372634197_Atencion_de_enfermeria_en_pacientes_oncologicos_con_cuidados_paliativos

Centeno Cortes, C. (Diciembre de 1997). *Historia de los Cuidados Paliativos*. Centro Regional de Medicina Paliativa y Tratamiento del Dolor: <https://www.secpal.org/historia-de-los-cuidados-paliativos/>

Criollo Peralta, K. J. (30 de 09 de 2021). Rol interdependiente en enfermería en la comunicación y coordinación de la gestión del cuidado. *Pro Sciences: Revista De Producción, Ciencias E Investigación*, 5(40), 330-343.
<https://doi.org/http://doi.org/10.29018/issn.2588.1000vol5iss40.2021pp330-343>

Del LLano, J., & Pinto, S. (2011). Gestión Clínica . En G. P. Corrales (Ed.), *Gestión Clínica* (págs. 13-29). Fundación Gaspar Casal. <https://fundaciongasparcasal.org/wp-content/uploads/2021/05/libro-gestion-clinica-aplicada-a-unidades-de-dolor.pdf>

Figueredo Borda, N. R. (Diciembre de 2019). Modelos y Teorías de Enfermería: sustento para los cuidados paliativos. *Enfermería: Cuidados Humanizados*, 8(2), 33-56.
<https://doi.org/https://doi.org/10.22235/ech.v8i2.1846>

Gómez Lucio, M. d. (2022). Cuidado humanizado del profesional de enfermería en la atención del paciente oncológico hospitalizado. *Revista de Enfermería Neurológica*, 22(1), 31-46. <https://doi.org/10.51422/ren.v22i1.421>

González Sánchez, J. (2014). Los niveles de conocimiento, El Aleph en la innovación curricular. *Innovación Educativa*, 14(65), 133-142.
<https://www.scielo.org.mx/pdf/ie/v14n65/v14n65a9.pdf>

Hernández Sampieri, R., & Fernández Collado, C. y. (2014). *Metodología de la Investigación. 6ta edición.* (6ta ed.). McGraw-Hill Interamericana.
https://periodicooficial.jalisco.gob.mx/sites/periodicooficial.jalisco.gob.mx/files/metodologia_de_la_investigacion_-_roberto_hernandez_sampieri.pdf

Huber, D. L. (2020). *Gestión de los Cuidados Enfermeros y Liderazgo* (6ta ed.). Elsevier.

Hurtado Montes, S. A. (1 de 08 de 2025). Gestion del cuidado y seguridad del paciente en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplasicas. Centro, Concepcion 2021. *UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAVELICA*, 40-44.
<https://hdl.handle.net/20.500.14597/8986>

Instituto Nacional del Cáncer. (2007). *Manual de Enfermería Oncológica* (1era ed.). (F. R. M.^a Luisa de Cáceres Zurita, Ed.)
https://seom.org/seomcms/images/stories/recursos/infopublico/publicaciones/manual_pacientes.pdf

Ministerio de Salud de la Nación Argentina. (Septiembre de 2011). *Guia para investigaciones con seres humanos, Resolución 1480/2011.* Ministerio de Salud de la Nación.:
<https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/resoluci%C3%B3n-1480-2011-187206>

Ministerio de Salud de la Nación Argentina. (2023). *Manual de Cuidados Paliativos para la Atención Primaria en Salud. Programa Nacional de Cuidados Paliativos.* (A. G. Ilicff, Ed.)
https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2019/04/manual_de_cuidados_paliativos_para_atencion_primaria_de_la_salud.pdf

Organización Mundial de la Salud. (1996). *Alivio del Dolor en el Cáncer : con una guía sobre la disponibilidad de opioides, 2a ed.* OMS:
<https://iris.who.int/handle/10665/41854>

Ponti, E. y. (19 de 11 de 2019). Conocimiento de Enfermería en la valoración y revisión continua de los síntomas en cuidados paliativos. *Educacion Medica Superior*, 33(3). <https://ems.sld.cu/index.php/ems/article/view/1642>

Quesada, E. (13 de Julio de 2016). *Instituto de Salud Publica y Gestión Sanitaria*. Gestión por Procesos en las Instituciones de Salud: https://www.isg.org.ar/wp-content/uploads/2016/07/Gestion_por_procesos_Quesada.pdf

Quispe Mejía, A. y. (2023). Gestión del cuidado desde la percepción de profesional de enfermería en tiempos de pandemia por Sars-Cov-2 (Covid-19) en un Hospital Público del Perú: implicancias en la seguridad del paciente. *Revista de Investigación e Innovación Científica y tecnológica Gnosis Wisdom*, 3(2), 23-29. <https://doi.org/https://doi.org/10.54556/gnosiswisdom.v3i2.59>

Ramirez, A. (2009). La Teoría del Conocimiento en Investigación Científica: Una Visión Actual. *Anales de la Facultad de Medicina* , 70(3), 217-224. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=37912410011>

Tobar, F. (2002). *Modelos de Gestión en Salud*. https://www.academia.edu/36650684/Modelos_de_Gesti%C3%B3n_en_Salud

Torcal Baz, M., & SAGRARIO Ventoso, A. (2020). Manejo y tratamiento del dolor en cuidados paliativos. *Revista Clinica de Medicina de Familia*, 13(3), 203-211. <https://archivo.revclinmedfam.com/PDFs/42e77b63637ab381e8be5f8318cc28a2.pdf>

Tuñoque Coronado, S. E. (2024). Gestión clínica del tratamiento del dolor en emergencia de hospitales. *UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO*, 1-84.

U.N.R. (2024). *Epistemología y Saber Enfermero. Recopilación Bibliográfica*.

Uranga Montero, C. G. (2023). Nivel de Conocimiento Sobre Cuidados Paliativos del Personal de Enfermería en un Hospital de Segundo Nivel. *European Scientific Journal*, 14(234). <https://doi.org/https://doi.org/10.19044/esipreprint.2.2023.p234>

Vargas Loazada, A. y. (2024). Conocimientos, prácticas y barreras en el manejo del dolor oncológico: perspectivas del personal de enfermería. *E-Revista Multidisciplinaria Del Saber*, 2. <https://doi.org/http://doi.org/10.61286/e-rms.V2i.125>

Vidal Fuentes, J. (2020). Versión actualizada de la definición de dolor de la IASP: un paso adelante o un paso atrás. *Revista de la Sociedad Española del Dolor.*, 27(4), 232/233. [https://doi.org/DOI: 10.20986/resed.2020.3839/2020](https://doi.org/DOI:10.20986/resed.2020.3839/2020)

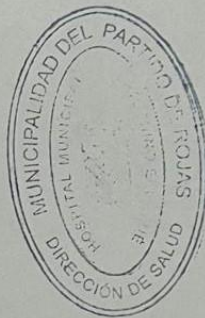
Zulueta Egea, M. y. (2018). La calidad del cuidado enfermero en el ámbito paliativo. *Cultura de los Cuidados*, 22(52), 195-204. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2018.52.18>

Zurita Cáceres, M. e. (2007). *Manual para el Paciente Oncológico y su Familia*. Sociedad Española de Oncología Médica. M.^a Luisa de Cáceres Zurita, Francisca Ruiz Mata, José Ramón. https://doi.org/https://seom.org/seomcms/images/stories/recursos/infopublico/publicaciones/manual_pacientes.pdf

Anexo I. Aval institucional.

A través de la dirección del Hospital Saturnino E. Unzué de Rojas, se autoriza a Michaud Griselda DNI: 29.378.866, estudiante de la carrera Licenciatura en Enfermería, de la Universidad Nacional de Rosario, a realizar entrevistas a referentes de la institución con el fin de obtener información pertinente según la temática seleccionada, con el fin de tomar decisiones para la planificación de un proyecto de investigación. Cabe aclarar que el nombre de la institución no será explicitado en el proyecto, solo se hará referencia a la dependencia y complejidad de la misma.

A pedido del interesado se expide la presente autorización en la ciudad de Rojas, Provincia de Buenos Aires a los 10 días del mes de junio del año 2025.



Dra. ANALIA GIVIERA
DIRECTORA MEDICA ASOCIADA
HOSPITAL SATURNINO E. UNZUE
MUNICIPALIDAD DE ROJAS

A handwritten signature in blue ink, consisting of a stylized, cursive script.

Anexo II.

Operacionalización de las variables.

Variable I: Gestión clínica de enfermería, es una variable de tipo cualitativa, compleja, de función independiente, escala de medición ordinal.

Definición conceptual: La gestión clínica tiene como objetivo asegurar que la atención hospitalaria se brinde de manera eficiente, segura y de calidad. Para ello, es necesario que los profesionales de la salud, en este caso las enfermeras, integren sus capacidades administrativas con sus conocimientos asistenciales, a fin de ofrecer un mejor cuidado a los pacientes. En el contexto organizacional, la gestión clínica está comprendida por cuatro pasos; planificación, organización, ejecución y evaluación. (Tuñoque Coronado, 2024).

Definición operacional: La gestión clínica de enfermería se define operacionalmente como el puntaje total o los puntajes totales obtenidos en cada una de sus tres dimensiones derivado de la aplicación del instrumento llamado ‘Cuestionario de Gestión clínica’, diseñado y validado por Tuñoque Coronado Sonia Elizabeth, en junio del 2023. Este cuestionario mide la gestión asistencial, la gestión por procesos y la gestión por recursos, las tres componen un conjunto de tareas que realiza enfermería para brindar una atención eficiente, segura y de calidad. (Tuñoque Coronado, 2024).

Dimensión 1: Gestión asistencial.

Indicadores: Evaluación (5 ítems):

Dimensión 2: Gestión por proceso.

Indicadores: Normas y solución de conflictos (5 ítems).

Dimensión 3: Gestión por recursos.

Indicadores: Capacitación y recursos (5 ítems).

Variable II: Nivel de conocimientos sobre tratamiento del dolor, es una variable de tipo cualitativa, compleja, de función dependiente y escala de medición ordinal.

Definición conceptual: Es el grado de comprensión que poseen los profesionales de enfermería respecto a las acciones dirigidas a la disminución de las cargas físicas, emocionales y psicológicas asociadas con los eventos estresantes de la vida, así como cualquier comportamiento que se observa en respuesta a la amenaza o daño. Estas acciones se basan en la administración de medicamentos, como también terapias no farmacológicas como la modificación del ambiente, masajes o técnicas de relajación. Dicho tratamiento depende del estado en que se encuentre el paciente, la causa e intensidad del dolor.

Definición operacional: El nivel de conocimientos sobre tratamiento del dolor se medirá mediante los resultados obtenidos en un cuestionario para evaluar las acciones dirigidas a pacientes con patologías oncológicas para disminuir la carga física, emocionales y psicológicas que se encuentran en el servicio de internación del Hospital de Rojas. Para ello se utilizará como técnica la encuesta, que consta de 3 dimensiones, el instrumento que se utilizará fue diseñado y validado por Tuñoque Coronado, Sonia Elizabeth en el año 2023, el mismo fue llamado “Cuestionario sobre Tratamiento del Dolor”.

Dimensión I: Tratamiento general del dolor.

Indicador: Tipos de dolores (10 ítems).

Dimensión II: Tratamiento del dolor crónico.

Indicador: Detención del dolor. (7 ítems):

Dimensión III: Tratamiento del dolor, analgesia y escalas. (6 ítems).

Instrumentos de recolección de datos.

Cuestionario de Gestión Clínica

El siguiente cuestionario evalúa de manera general como se desarrolla la gestión clínica de enfermería, consta de tres dimensiones (gestión asistencial, gestión por procesos y gestión por

recursos) las cuales permitirán recibir información sobre la evaluación hacia los pacientes, normas y resolución de conflictos en el servicio, como así también capacitaciones y recursos con los que cuenta en su ámbito laboral.

Lea con atención las siguientes preguntas y marque con un “X” o encierre en un círculo la respuesta que considere correcta.

Si usted considera que la pregunta mencionada a continuación es “nunca” marque el 1, si considera que es “a veces” marque el 3 y así sucesivamente con los demás ítems.

A continuación, se expresan las referencias para las respuestas:

| | | | | |
|-------|------------|---------|--------------|---------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Nunca | Casi Nunca | A Veces | Casi Siempre | Siempre |

| N° | Gestión Clínica | Escala | | | | |
|---------------------|---|--------|---|---|---|---|
| | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Gestión Asistencial | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1 | Utilizan instrumentos para evaluar a los pacientes | | | | | |
| 2 | Supervisan directamente su atención hacia el paciente. | | | | | |
| 3 | Le realiza entrevistas periódicas | | | | | |
| 4 | Aplican guías clínicas durante la supervisión sobre la atención de enfermería. | | | | | |
| 5 | Se promueve la cooperación con los miembros del equipo de salud. | | | | | |
| Gestión Por proceso | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6 | Identifica el uso de los materiales según las normas establecidas en la atención al paciente | | | | | |
| 7 | Las normas de su institución le facilitan trabajar de manera correcta | | | | | |
| 8 | En una situación de conflicto en el servicio actúa directamente para ayudar a solucionar el conflicto | | | | | |
| 9 | En una situación de conflicto en el servicio avisa a sus supervisores | | | | | |

| | | | | | | |
|----------------------|--|---|---|---|---|---|
| 10 | Su superior le orienta sobre el manejo de equipos especiales | | | | | |
| Gestión por recursos | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11 | Recibe capacitaciones constantes de cómo tratar de manera adecuada el dolor | | | | | |
| 12 | Coordina las actividades de enfermería con el equipo de salud relacionado a la atención del paciente | | | | | |
| 13 | Verifica el mantenimiento de los materiales y equipos según las normas establecidas en la atención a los pacientes | | | | | |
| 14 | Cuenta con los recursos necesarios para desempeñar sus actividades y poder tratar el dolor de los pacientes. | | | | | |
| 15 | Se motiva a una enfermera insatisfecha y poco estimulada | | | | | |

Cuestionario Sobre Tratamiento Del Dolor

El siguiente cuestionario es para realizar una autoevaluación sobre el nivel de conocimientos que tiene el personal de Enfermería sobre el tratamiento del dolor (esto comprende los tipos de dolor, localización, escalas, analgesia, entre otros). Se deja expresamente aclarado que dicha autoevaluación es con fines investigativos y los resultados serán publicados de manera general una vez finalizada la investigación, no serán enviados a las autoridades del Hospital ni a los jefes del servicio. Responda con tranquilidad y sinceridad.

Lea con atención las siguientes preguntas y marque con un “X” o encierre en un círculo la respuesta que crea correcta. En algunos casos puede marcar más de una respuesta.

D 1: Tratamiento General del Dolor

1. El dolor nociceptivo se presenta en...

- a) Hueso

- b) Tejido blando
- c) Viscera (por ejemplo, intestino o vejiga)
- d) Todos los anteriores
- e) Ninguna de las anteriores

2. El dolor neuropático se presenta en....

- a) Compresión nerviosa
- b) Infiltración nerviosa
- c) Todos los anteriores
- d) Ninguna de las anteriores

3. ¿Conoce la escalera analgésica de la OMS?

- a) Sí
- b) No

4. Si marco “Sí”, ¿Cuáles son los fármacos del primer escalón?

- a) Paracetamol
- b) Aines, Aspirina
- c) Metamizol
- d) Valdecoxid parenteral
- e) Todas las anteriores
- f) Ninguna de las anteriores

5. Si marco “Sí”, ¿Cuáles son los fármacos del segundo escalón?

- a) Paracetamol (325 mg)

b) Tramadol (37,5 mg).

c) Retard

d) Todas las anteriores

e) Ninguna de las anteriores

6. Si marco “Sí”, ¿Cuáles son los fármacos del tercer escalón?

a) Morfina y Codeína

b) Dihidrocodeína y Buprenorfina

c) Naloxona

d) Todas las anteriores

e) Ninguna de las anteriores

7. ¿Cuál es la dosis máxima de la morfina?

a) 50 mg/día

b) 100 mg/día

c) 200 mg/día

d) no existe dosis máxima

D 2: Tratamiento Del Dolor Crónico

8. ¿En qué tiempo se puede detectar el dolor crónico?

a) 1 – 3 meses

b) 3 – 6 meses

c) De 6 meses a más

9. Para este tipo de pacientes, ¿Cuáles son los fármacos que pueden ser indicados?

- a) Antiinflamatorios no esteroideos y paracetamol
- b) Opioides
- c) Antidepresivos y anticonvulsivantes.
- d) Todas las anteriores
- e) Ninguna de las anteriores

10. De la siguiente lista, identifique cuales son opioides

- a) Morfina y Codeína
- b) Oxycodona e hidromorfona
- c) Tramadol y Tapentadol
- d) Todas las anteriores
- e) Ninguna de las anteriores

11. ¿Cuál de los siguientes síntomas se relaciona con los efectos adversos de los opioides?

- a) Náuseas, vómitos, somnolencia
- b) Estreñimiento, alucinaciones
- c) Todas las anteriores
- d) Ninguna de las anteriores

12. Considera que los opioides solo deben ser utilizados para:

- a) Pacientes terminales
- b) Pacientes oncológicos

D 3: Tratamiento Del Dolor, Analgesia y Escalas.

13. ¿Qué tipo de analgesia controlada para el paciente conoce?

- a) Epidural
- b) Intravenosa
- c) Regional
- d) Todas las anteriores
- e) Ninguna de las anteriores

14. ¿Qué tipo de analgesia regional en dolor conoce?

- a) Infiltraciones, Axilar e Infraclavicular
- b) Interescalénico, Intrapleural y Paravertebral
- c) Intercostal, Femoral y Ciático
- d) Epidural y Espinal
- e) Todas las anteriores
- f) Ninguna de las anteriores

15. ¿Cuáles son los efectos adversos ante la aplicación de antiinflamatorios no esteroideos?

- a) Indigestión.
- b) Acidez estomacal
- c) sangrado de tubo digestivo
- d) Todas las anteriores
- e) Ninguna de las anteriores

16. ¿Conoce la escala visual analógica (EVA) y verbal para la valoración del dolor?

a) Si

b) No

17. El dolor mal controlado es causa de...

) Función respiratoria deficiente, retención de secreciones, atelectasia, neumonía

b) Alteración de la respuesta del sistema inmunológico

c) Alteración de la cicatrización

d) Retraso de la motilidad intestinal

e) Retraso en la deambulaci3n y rehabilitaci3n

f) Todas las anteriores

g) Ninguna de las anteriores.

Lista de cotejo con respuestas correctas para el cuestionario "Tratamiento del Dolor".

DI: Tratamiento general del dolor.

1) Respuesta correcta. D

2) Respuesta correcta. C

3) Respuesta correcta. A

4) Respuesta correcta. E

5) Respuesta correcta. D

6) Respuesta correcta. A-B

7) Respuesta correcta. B

DII: Tratamiento del dolor cr3nico.

8) Respuesta correcta. B

9) Respuesta correcta. A - B

10) Respuesta correcta. D

11) Respuesta correcta C

12) Respuesta correcta. A- B- C - D -E

DIII: Tratamiento del dolor, analgesia y escalas.

13) Respuesta correcta. D

14) Respuesta correcta. E

15) Respuesta correcta. D

16) Respuesta correcta. A

17) Respuesta correcta. F

Consentimiento Informado

Rojas, Buenos Aires, junio 2025.

El objetivo de este consentimiento es brindar a los participantes de esta investigación una explicación clara y sencilla de la misma y su rol en ella como participantes.

Yo _____, DNI: _____, acepto participar voluntariamente de esta investigación llamada “Relación entre la gestión clínica de enfermería y el nivel de conocimientos sobre el tratamiento del dolor en pacientes oncológicos internados en el Hospital de Rojas durante el mes de junio del año 2026”, que será desarrollado por la Sra. Michaud Griselda, en el Servicio de Internación del Hospital de Rojas. La investigación tiene como propósito obtener información acerca del desarrollo de la disciplina, organización del trabajo, normas, resolución de conflictos, capacitaciones, entre otros aspectos, así como también recabar datos sobre el nivel de conocimientos que posee el personal de enfermería sobre el tratamiento del dolor en pacientes oncológicos internados en el área mencionada anteriormente.

He sido informado/a que, en el caso de aceptar mi participación en esta investigación, tendré que responder dos cuestionarios que están relacionados con la disciplina laboral, uno de ellos es una autoevaluación sobre el nivel de conocimientos sobre el tratamiento del dolor. Me han informado que los mismos me llevarán un tiempo aproximado de 15/20 minutos en responderlos y puedo realizar las preguntas que me surgieren para su correcta interpretación. Me comprometo a responder con sinceridad cada una de las

preguntas realizadas en los cuestionarios, y de esta manera proporcionar datos que permitan obtener información real y sirva para generar nuevos conocimientos al respecto.

He sido informado/a que los resultados de los cuestionarios no serán informados de manera individual a las autoridades del hospital ni a los jefes del servicio, principalmente el segundo que se trata de una autoevaluación sobre el nivel de conocimientos. Por otra parte, de deja expresamente aclarado que dicha evaluación es solo con fines académicos e investigativos.

He sido informado/a que la información que yo provea a este estudio es confidencial y no será utilizada para ningún otro propósito. Esta participación es totalmente anónima y voluntaria.

He sido informado/a que mi participación en la investigación no aportará beneficios directos hacia mi persona, pero sí, contribuirá a obtener información útil con el objetivo de mejorar la atención de los pacientes, como también la creación e implementación de nuevos protocolos, promoción de capacitaciones y aportes para investigaciones futuras y así generar nuevos conocimientos.

He leído y comprendo la información expresada en este ejemplar y soy consciente que el mismo es totalmente voluntario.

Nombre y apellido del participante:

Firma del participante:

Fecha:

Firma y aclaración del Investigador:

