



Universidad de Oviedo

Centro Internacional de Postgrado

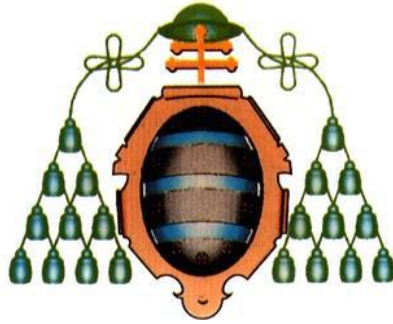
Máster Universitario en Enfermería de Urgencias y Cuidados Críticos

**“CONOCIMIENTOS SOBRE EL DOLOR EN EL PACIENTE POSTQUIRÚRGICO
DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA DE LOS SERVICIOS DE REANIMACIÓN Y
URPAS DEL HOSPITAL CENTRAL DE ASTURIAS”**

Noelia González Prieto

19 de mayo de 2015

Trabajo Fin De Máster



Universidad de Oviedo

Centro Internacional de Postgrado

Máster Universitario en Enfermería de Urgencias y Cuidados Críticos

**“CONOCIMIENTOS SOBRE EL DOLOR EN EL PACIENTE POSTQUIRÚRGICO
DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA DE LOS SERVICIOS DE REANIMACIÓN Y
URPAS DEL HOSPITAL CENTRAL DE ASTURIAS”**

Trabajo Fin De Máster

Noelia González Prieto

Ricardo Felipe Baldonado Cernuda

AGRADECIMIENTOS

Quiero agradecer a mi familia todo el acompañamiento que me han dedicado, facilitándome soledad en momentos de inspiración y compañía en momentos de incertidumbre.

En especial a Guillermo y a Lucas, por ser la motivación de mi vida.

Agradezco a mi tutor, Ricardo Baldonado, sus sabios consejos en el mundo de la investigación y la inmensa paciencia que demostró con esta principiante.

Y por último a todo el personal de las Reanimaciones y URPAS del Hospital Central de Asturias por su participación en este estudio.

1. INDICE

2.	INDICE DE ABREVIATURAS	5
3.	INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN	6
3.1	Introducción	6
3.2	Justificación	7
4.	REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA:	8
4.1	Definición de dolor	8
4.2	Dolor en la Unidad de Reanimación postquirúrgica:	8
4.4	Trabajos de investigación sobre dolor en unidades de Reanimación	13
4.5	Valoración del conocimiento del dolor en enfermería	13
5.	HIPOTESIS Y OBJETIVOS DEL TRABAJO	15
5.1	Hipótesis	15
5.2	Objetivos	15
6.	MATERIAL Y MÉTODO	16
6.1	Tipo de estudio	16
6.2	Tiempo y lugar	16
6.3	Población	16
6.4	Diseño	17
6.5	Variables	19
6.6	Estudio estadístico	20
6.7	Aspectos éticos	21
7.	RESULTADOS	22
7.1	Resultados Descriptivos.....	22
7.2	Respuestas al cuestionario sobre conocimientos de dolor.....	27
7.2.1	Preguntas verdadero/falso	27
7.2.2	Respuestas a preguntas con opción múltiple.....	29
7.3	Puntuaciones en el cuestionario.....	33
7.4	Grado de conocimiento de enfermería sobre el dolor ²³	33
7.5	Comparación de variables	34
8.	DISCUSIÓN	35
8.1	Limitaciones.....	35
8.2	Discusión.....	35
9.	CONCLUSIONES	39
9.1	Plan de mejora.....	39
10.	BIBLIOGRAFIA	40
11.	ANEXOS	44

2. INDICE DE ABREVIATURAS

URPA: Unidad de Recuperación Post-anestésica

OMS: Organización Mundial de la Salud

IASP: Asociación Internacional para el estudio del dolor

HUCA: Hospital Universitario Central de Asturias

AINES: Antiinflamatorios No Esteroideos

UCI: Unidad de Cuidados Intensivos

EVA: Escala Visual Analógica

ENV: Escala Numérica Verbal

Col.: Colaboradores

CPOT: Critical-Care Pain Observation Tool. Herramienta para la observación del dolor en el paciente crítico.

BPS: Behavioral Pain Scale. Escala Conductual.

MesH: Medical Subject Heading.

DeCS: Descriptores en Ciencias de la Salud.

SPSS: Statistical Product and Service Solutions. Programa estadístico.

Et. Al.: y colaboradores.

3. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

3.1 Introducción

Todo paciente al que se le realiza una intervención quirúrgica o procedimientos invasivos bajo anestesia general, regional ó sedación, precisa vigilancia monitorizada y terapéutica posterior hasta la recuperación y normalización de sus funciones fisiológicas¹.

El personal de los servicios de reanimación y URPA (Unidad de Recuperación Post-Anestésica) es el encargado de asistir al enfermo, con la máxima ayuda tecnológica y personal, durante el tiempo que transcurre tras finalizar la intervención quirúrgica hasta que el enfermo es trasladado a la unidad de hospitalización.

Pese a todos los adelantos que han permitido optimizar los cuidados, y que han conseguido que el dolor intraoperatorio haya sido controlado en mayor o menor medida, aún persiste un sentimiento generalizado de que todo postoperatorio conlleva la presencia de dolor en mayor o menor medida².

Aproximadamente el 80% de los pacientes han referido episodios de dolor durante el primer día postoperatorio. También se han detectado importantes deficiencias en la prescripción y administración de opiáceos y analgésicos antiinflamatorios no esteroideos³.

Algunos autores refieren que la evaluación y la gestión del dolor son desde hace tiempo la esencia de la responsabilidad de las enfermeras⁴. Además de ser un tema poco estudiado ya que tan solo el 5% de las publicaciones en revistas de enfermería abordan el dolor y su tratamiento⁵ el control del dolor debe ser una prioridad social y sanitaria, y el grado de alivio se considera indicador de eficiencia y calidad.

La campaña “Hacia un hospital sin dolor” iniciada por la OMS hace unos años, pretende aumentar la sensibilidad de los profesionales sanitarios sobre este tema y mejorar las pautas de

abordaje y manejo. Los profesionales deben evaluar cómo manejan el dolor y buscar el tratamiento más apropiado y eficaz dentro de un plan para la recuperación del paciente⁶.

3.2 Justificación

Este estudio pretende investigar el grado de conocimiento sobre el dolor en el paciente postquirúrgico del personal de enfermería de los servicios de reanimación y URPA del HUCA.

Mi trabajo como enfermera asistencial en una unidad de reanimación quirúrgica durante los últimos 6 años, me ha llevado a reflexionar en numerosas ocasiones acerca del dolor de los pacientes a los que atiendo. Trabajamos en un servicio en el que junto con los anestesiólogos, damos una atención integral a los pacientes recién intervenidos y entre otras prioridades está la de conseguir el máximo confort para el paciente.

Me consta que tanto yo como muchas de mis compañeros, nos hemos sentido impotentes y confusos ante las muestras de dolor de nuestros pacientes y esto es debido en gran medida a nuestras carencias de conocimiento sobre el dolor postquirúrgico.

Si bien muchos de nosotros hemos recibido formación en dolor, sobretodo en cursos postuniversitarios, ésta no ha sido lo suficientemente eficaz para asegurarnos una práctica clínica óptima.

Por todo esto y ante la falta de estudios sobre el conocimiento del dolor en el Hospital Central de Asturias decidí realizar un trabajo de investigación descriptivo, analítico y transversal que, mediante una encuesta, midiera el conocimiento sobre el dolor en enfermería y me ayudara a identificar dichas carencias.

4. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA:

4.1 Definición de dolor

Para realizar una óptima definición de dolor existen múltiples acepciones que hacen referencia a respuestas psicológicas, hemodinámicas, metabólicas, neuroendocrinas⁷ del cuerpo humano. Según la Asociación Internacional para el estudio del dolor (IASP) se define dolor como *“Una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada con una lesión presente o potencial o descrita en términos de la misma”⁸.*

La enfermera Margo Mccaffery considera que *“el dolor es todo aquello que la persona dice que experimenta cada vez que dice que lo está experimentando”⁹.*

Ambas aluden a una compleja experiencia personal, por lo que será complicado establecer unos criterios objetivos y cuantificables para medir dicho dolor.

Más específicamente, el dolor perioperatorio será aquél que está presente en el paciente quirúrgico debido a la enfermedad preexistente y/o actual, al procedimiento quirúrgico o una combinación de ambos¹⁰.

4.2 Dolor en la Unidad de Reanimación postquirúrgica:

El dolor postoperatorio es un tipo de dolor agudo causado por un traumatismo quirúrgico que desencadena una reacción inflamatoria y una descarga neuronal aferente, aunque puede llegar a cronificarse. En este tipo de dolor intervienen diversos mecanismos fisiológicos nociceptivos sobre los que influyen factores psicológicos, de conducta y emocionales además de los propios debidos a la intervención¹¹. Estos son los siguientes:

Factores relacionados con el paciente²:

- * Componentes emocionales y psicológicos relacionados con la personalidad.
- * Componentes sociales y culturales.

- * El sexo y la edad del paciente.
- * Presencia de dolor intenso en el postoperatorio por la enfermedad que motiva la intervención.
- * Dolor preoperatorio superior a seis meses.
- * Dolor intenso en intervenciones previas.
- * Alta expectativa de sufrir dolor en la intervención.
- * Presencia de dolor crónico.

Factores relacionados con la intervención quirúrgica:

- * La localización
- * La naturaleza de la misma y la cuantía de la agresión intraoperatoria
- * El tipo de incisión
- * La presencia de complicaciones postoperatorias
- * La técnica anestésica.

Existen numerosas evidencias clínicas de la alta prevalencia de este dolor iatrogénico e innecesario y su adecuado tratamiento tanto en nuestro país¹² como en casi todos los hospitales de otros países¹³.

Un alto porcentaje de pacientes (aproximadamente el 80%) refieren haber tenido episodios de dolor intenso durante el primer día de postoperatorio. También se detectan importantes deficiencias en la prescripción y administración de opiáceos y AINES. Estos resultados hacen pensar que el origen del problema podría residir en el limitado conocimiento que los profesionales de la salud tienen acerca del dolor, su control e implicación en la evolución postoperatoria³.

4.3 Herramientas para la medición del dolor

En la actualidad existen múltiples herramientas que ayudan a valorar el dolor, en ellas se debe preguntar acerca de las características del dolor (localización, irradiación, tipo de dolor, factores precipitantes o de alivio), la intensidad, el mecanismo generador, el tipo de dolor y la respuesta al tratamiento instaurado. Para la correcta interpretación de las escalas hay que tener en cuenta no sólo el valor inicial que refiere el paciente, sino los cambios que se producen al instaurar el tratamiento⁷.

La evaluación sistemática del dolor genera una reducción en el uso y dosis de drogas hipnóticas y esto genera menos días de ventilación mecánica, menor estancia en UCI y hospital¹⁴.

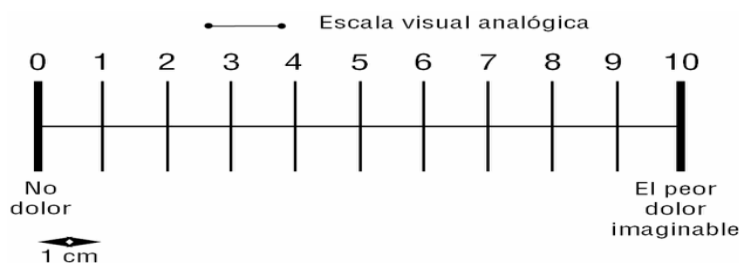
4.3.1 En los pacientes conscientes y comunicativos podemos utilizar¹⁵:

* Escala visual analógica (EVA)

En la escala visual analógica (EVA) la intensidad del dolor se representa en una línea de 10 cm. En uno de los extremos consta la frase de “no dolor” y en el extremo opuesto “el peor dolor imaginable”. La distancia en centímetros desde el punto de «no dolor» a la marcada por el paciente representa la intensidad del dolor. Aunque la escala no ha sido específicamente testada para pacientes en terapia intensiva, ésta es frecuentemente utilizada con esta población.

Graduación del dolor:

1-3: leve-moderado 4-6: moderado-grave > 6: muy intenso



*** Escala Numérica Verbal (ENV)**

En un paciente que se comunica verbalmente, se puede utilizar la escala numérica verbal (0 a 10) donde el paciente elige un número que refleja el nivel de su dolor, donde 10 representa el peor dolor¹⁶.

Puede ser hablada o escrita y por consiguiente más útil en pacientes críticos o geriátricos.

El Task Force de sedación y analgesia y la Sociedad de Cuidados Críticos recomiendan la utilización de escalas numéricas para evaluar dolor referido por el paciente¹⁷.

4.3.2. En los pacientes que pierden la capacidad de comunicación debemos utilizar indicadores fisiológicos y/o escalas de comportamiento:

*** Indicadores fisiológicos:**

Puntillo y col. (1997)¹⁸ refirieron que la taquicardia y la hipertensión arterial son los indicadores de dolor más precisos en los pacientes críticos con incapacidad para comunicarse. Sin embargo estos signos no son específicos, y menos en un paciente crítico ya que pueden ser causados por vasopresores, bloqueadores beta adrenérgicos, antiarrítmicos, sedantes, condiciones patológicas (sepsis, shock, hipoxemia) y miedo.

*** Escalas de comportamiento:**

A día de hoy, solo dos escalas han sido evaluadas respecto a su validez y fiabilidad para evaluar dolor en pacientes de UCI^{15,19}. Ellas son: la Behavioral Pain Scale (BPS) y la Critical-Care Pain Observation Tool (CPOT).

*** Escala conductual Behavioral Pain Scale (BPS).**

Es la primera escala conductual creada para pacientes sedados en las UCI. Fue creada por Payen y col. en 2001²⁰.

El instrumento valora del 1-4 la expresión facial, la movilidad y conducta de las extremidades superiores y la presencia o no de lucha contra el ventilador. Esta escala fue utilizada y validada en una población de 30 pacientes críticos postquirúrgicos.

La puntuación va de un mínimo de 3 (relajado y tolerando movimientos) hasta un máximo de 12 (haciendo muecas, miembros superiores totalmente retraídos y con imposibilidad de controlar el ventilador). Si la puntuación es ≥ 6 , se considera inaceptable.

Por esto, como regla general, es necesario evaluar el dolor con el BPS en el momento que el paciente esté en reposo, durante la movilización del paciente y durante las maniobras dolorosas. Luego se debe observar si se producen cambios en estos valores con el tratamiento.

*** Escala Critical-Care Pain Observation Tool – CPOT**

La escala Critical-Care Pain Observation Tool (CPOT) fue desarrollada en base a una serie de estudios dirigidos por Gélinas y col. (2004, 2005 y 2006)²¹. Incluye cuatro categorías de comportamiento: expresión facial, movimiento corporal, tensión muscular y asincronía con el ventilador / vocalización (según el paciente). Los ítems se puntúan de 0 al 2, con un total posible entre 0 y 8.

CPOT debe ser utilizado de la siguiente manera: Se debe observar al paciente en reposo durante un minuto para obtener el valor basal de CPOT. Luego, observar al paciente durante maniobras que puedan resultar dolorosas (aspiración de secreciones, higiene de heridas, etc.) para detectar cualquier cambio de la respuesta ante el dolor. Se debe anotar la mayor puntuación obtenida en cada categoría durante el período de observación (que incluye el reposo y la maniobra dolorosa). El paciente debe ser evaluado antes y en el momento de máximo efecto de la droga analgésica administrada para evaluar si el tratamiento fue efectivo para lograr analgesia.

4.4 Trabajos de investigación sobre dolor en unidades de Reanimación

De los diversos artículos encontrados sobre el dolor en unidades de reanimación, cabe destacar la preocupación que presentan la mayoría de los pacientes ante la posibilidad de padecer dolor moderado-intenso después de un procedimiento quirúrgico²².

Se estima que, independientemente del tipo de intervención, el 30% de los pacientes experimentan dolor leve tras la cirugía, el 30% dolor moderado y el 40% dolor severo. El dolor postoperatorio es más frecuente y más severo tras la cirugía torácica, abdominal y lumbar²³.

Un factor que podría representar una barrera en el tratamiento del dolor postoperatorio es el miedo de los pacientes a desarrollar adicción a los fármacos opiáceos. Sin embargo recientes estudios³, muestran que este no es un problema prevalente entre la población que se opera, el 65% de los encuestados prefería recibir opiáceos antes que sufrir dolor.

En cuanto al personal de enfermería, solo el 5% de las publicaciones en revistas de enfermería abordan el dolor y su tratamiento, y se constata la no utilización por enfermería de escalas de medición de la intensidad del dolor²⁴.

La formación es la llave para superar los temores exagerados acerca de la adicción y la depresión respiratoria asociadas a los analgésicos opiáceos. Se deben de conocer los fármacos adecuados para el manejo del dolor, así como otras terapias complementarias no farmacológicas⁶.

4.5 Valoración del conocimiento del dolor en enfermería

Al realizar la revisión bibliográfica sobre el conocimiento del dolor que poseen los profesionales de enfermería se encontró un cuestionario validado realizado por las enfermeras Betty Ferrell y Margot McCaffery²⁵, denominado ***“Nivel de conocimiento y actitudes de las enfermeras con respecto al dolor” (“knowledge and Attitudes Survey Regarding Pain”)***.

Dicho cuestionario fue desarrollado en 1987 y desde entonces hasta la actualidad (fue revisado 2008) ha sido una herramienta muy útil en la educación sobre dolor para enfermeras.

El contenido del cuestionario se deriva de estándares actuales del manejo del dolor, extraídos de la “American Pain Society”, “the World Health Organization” y “the Agency for health Care Policy and Research”. La validación del cuestionario ha sido establecida tras la comparación de las puntuaciones obtenidas por enfermeras con distintos grados de experiencia y las estudiantes de enfermería, recién graduados, enfermeras de las unidades de oncología, estudiantes de postgrado y expertos con experiencia en el conocimiento del dolor. El cuestionario identifica y diferencia entre los distintos grados de conocimiento.

Consta de 36 items, de los cuales 20 son de respuesta dicotómica (verdadero/falso) y 16 son de opción múltiple con respuesta única.

Se considera que la enfermera que obtiene más del 80% de aciertos está capacitada para manejar el dolor del paciente; el conocimiento bueno por tanto, se establece por encima del 80%; el conocimiento medio del 70 al 79% de los aciertos; el conocimiento bajo del 69% al 59% de los aciertos y el conocimiento muy bajo, menos del 58% de los aciertos²³.

Es por tanto realmente importante que el personal de enfermería que tan estrechamente trabaja con el paciente y su dolor, conozca y aplique las herramientas adecuadas para medirlo. Además han de creer a los pacientes cuando dicen que tienen dolor; la empatía es fundamental, entre otras cosas, para el control del dolor.

5. HIPOTESIS Y OBJETIVOS DEL TRABAJO

5.1 Hipótesis

R1 alternativa: Las enfermeras de los servicios de Reanimación y URPA del HUCA tienen un buen nivel de conocimientos sobre el dolor en el paciente postquirúrgica

RO Nula: Las enfermeras de los servicios de Reanimación y URPA del HUCA no tienen un buen nivel de conocimientos sobre el dolor en el paciente postquirúrgica

5.2 Objetivos

Objetivo principal:

- * Identificar el grado de conocimiento sobre del dolor en el paciente postquirúrgico de las enfermeras de los servicios de reanimación y URPA del HUCA.

Objetivos secundarios:

- * Conocer si existen diferencias significativas debido a las características sociodemográficas de cada enfermera.
- * Valorar la existencia de desigualdades en el nivel de conocimiento sobre el dolor en función de la pertenencia a un servicio u otro, el tipo de contrato, la antigüedad y la formación.

6. MATERIAL Y MÉTODO

6.1 Tipo de estudio

Estudio observacional, analítico y transversal.

6.2 Tiempo y lugar

Ha sido desarrollado entre los meses de diciembre de 2014 hasta mayo de 2015.

El ámbito de estudio fueron las unidades de:

- * Reanimación 1: asistencia a pacientes postquirúrgicos catalogados como críticos.
- * Reanimación 2: asistencia a pacientes postquirúrgicos con estancia inferior a 48h.
- * URPA 1 y URPA 2: unidades de recuperación postanestésica con estancia inferior a 12horas.
- * URPA 3: unidad de recuperación postanestésica con estancia inferior a 24h.
- * URPA 4: unidad de recuperación postanestésica ginecológica e infantil.

6.3 Población

Los sujetos a estudio fueron todas las enfermeras/os que trabajaban en las unidades anteriormente mencionadas.

Según unidades:

- Reanimación 1: Formada por 21 enfermeros (20 enfermeros asistenciales en turno rotatorio y 1 supervisora en turno de mañana).
- Reanimación 2- URPA3: Formada por 29 enfermeros (25 enfermeros en turno rotatorio, 1 enfermero en turno de mañana, 2 enfermeras en turno de mañanas/ tardes y 1 supervisora en turno de mañana)
- URPA1- URPA2: Formada por 7 enfermeros (6 enfermeros en turno de mañana/tarde y 1 supervisora en turno de mañana).

- URPA 4: Formada por 3 enfermeras (2 enfermeras en turno de mañana/tarde y 1 enfermera en turno fijo de mañana).
- Población total de Reanimaciones y URPA: 60 enfermeras.

Del total de enfermeras, 49 contestaron al cuestionario cumpliendo los criterios de inclusión. Suponiendo el 81,6% .

Criterios de inclusión:

- * Antigüedad mínima de tres meses
- * En activo en el momento de la recogida de datos
- * Acceder voluntariamente a participar en el estudio

Criterios de exclusión:

- * Personal ausente por incapacidad transitoria u otro tipo de permiso.
- * Antigüedad inferior a 3 meses.

Se solicitó a todas las participantes el consentimiento verbal, informándoles previamente sobre los objetivos del estudio.

6.4 Diseño

El trabajo de investigación comenzó con una revisión bibliográfica. Tras una búsqueda óptima de “tesauros” se encontraron las siguientes palabras clave:

- * MeSH (Medical subject heading): Nursing knowledge, postoperative pain
- * DeCS (Descriptores en Ciencias de la Salud): Enfermera, Conocimiento, Dolor postoperatorio.

Se introdujeron dichos descriptores en las bases de datos de ciencias de la salud recopilando un total de 290 artículos entre las bases Pubmed, Biblioteca Cochrane Plus y Cuiden.

Finalmente se obtuvieron 25 artículos que fueron revisados para el desarrollo de este trabajo de investigación. Se han desechado las revisiones bibliográficas, los estudios centrados en los cuidados paliativos, los referentes al dolor pediátrico, los realizados con estudiantes de enfermería y aquellos que no mencionaban los conocimientos de las enfermeras en dolor.

Se encontró un cuestionario validado americano²⁵ que era utilizado en varios estudios como herramienta para medir el nivel de conocimiento de las enfermeras sobre el dolor del paciente. A raíz de su hallazgo, se revisaron los estudios (en castellano y en inglés) que lo habían usado en su investigación. Si bien es un cuestionario americano escrito en inglés, se encontraron trabajos en castellano que lo habían usado con traducción y adaptación para nuestro país, decidiendo usar este último para nuestro trabajo. Al cuestionario validado con un total de 36 preguntas se le añadieron 16 cuestiones más, elaboradas por el investigador para conocer los datos sociodemográficos de los participantes (anexo 1).

Tras finalizar el diseño del cuestionario, se pidió el consentimiento al Comité Ético Regional de Investigación (anexo 2). Además se informó a la Dirección de enfermería del área IV a la que pertenece el Hospital Central de Asturias donde se llevó a cabo el estudio (anexo 3).

Tras obtener los permisos anteriormente descritos, se realizó una reunión con las supervisoras de las reanimaciones y URPAS implicadas en el estudio, informándoles de los objetivos del estudio y solicitándole la colaboración de todas las enfermeras que allí trabajaban. Tras esto y durante dos semanas se fueron entregando los cuestionarios (60), en todos los turnos, solicitándoles su consentimiento verbal e informándoles también de los objetivos del estudio. Se entregó a cada supervisora un sobre vacío en el que debían de introducir los cuestionarios cumplimentados para así garantizar el anonimato. En el plazo de un mes se recogieron los sobres.

Tras la recogida de los cuestionarios se comprobó que existía una muestra representativa para nuestro estudio, 49 cuestionarios que superaba el 80% de la población total.

6.5 Variables

Las variables estudiadas fueron:

* **Conocimientos sobre dolor:**

Se midió con tres componentes:

1. Las respuestas al cuestionario: respuestas individuales a cada una de las 36 preguntas del cuestionario. Siendo 36 variables con una respuesta correcta cada una.
2. Variable puntuación: *el número total de respuestas acertadas al cuestionario*. Cada respuesta correcta sumó 1 punto, no sumando nada las respuestas incorrectas o no contestadas. La puntuación total fue entre 0 puntos y 36 puntos.
3. Variable grado de conocimiento²³: *mide el porcentaje de aciertos en el total de ítems del cuestionario*.
 - a. El conocimiento bueno se establece por encima del 80%
 - b. El conocimiento medio del 70 al 79% de los aciertos
 - c. El conocimiento bajo del 69% al 59% de los aciertos
 - d. El conocimiento muy bajo, menos del 58% de los aciertos.

* **Sexo**: hombre y mujer.

* **Edad**: en años. Extrayéndose de ella la edad agrupada (< 30 años, entre 31 y 40 años, entre 41 y 50 años y >51 años)

* **Unidad de trabajo**: Reanimación1, Reanimación 2- URPA 3, URPA 1-URPA 2, URPA 4.

* **Años de antigüedad en el servicio**: < 3 meses, hasta 1 año, 1-5 años, 5-10 años, >10 años.

* **Tipo de contrato**: Fijo, interino y eventual.

* **Titulación universitaria**: Diplomado Universitario, grado, máster y doctor.

* **Formación universitaria en dolor**: sí y no.

* **Horas de formación universitaria en dolor**: < 10h, 10-20h y >20h.

- * Opinión de la necesidad sobre la formación universitaria en dolor: sí y no.
- * Formación postuniversitaria en dolor: sí y no.
- * Tipo de formación postuniversitaria en dolor: perfil universitario, máster universitario, doctorado y otros.
- * Formación a cargo del HUCA en dolor: sí y no.
- * Aplicación de herramientas para medir el dolor en las unidades de trabajo: sí y no.
- * Momento de aplicación de las herramientas para medir el dolor: únicamente a la llegada a la unidad; una vez por turno; además de las dos anteriores, también en caso de que el paciente refiera dolor; cada hora.
- * Escala utilizada para valorar la intensidad del dolor: EVA (Milenium), Escala numérica verbal, escala de caras, otras (citar).
- * Escritura en la historia del paciente del valor obtenido en la escala de dolor: sí y no.

6.6 Estudio estadístico

Una vez recopilados todos los datos pertinentes para nuestro estudio, se analizaron con el programa estadístico SPSS © versión 20.0.

- Variables cuantitativas: Para su descripción se utilizó la media aritmética como medida de tendencia central, y la desviación típica y el rango para la medida de dispersión de los datos.
- Variables cualitativas: Para su descripción se utilizaron las frecuencias totales y porcentajes.

La **comparación de variables** se realizó de la siguiente manera:

- Variables cuantitativas: Partiendo de una distribución normal (se comprobó con el Test de Kolmogorov-Smirnov), se utilizó la prueba T de Student para muestras independientes y el ANNOVA (en el caso de variables politómicas).
- Variables cualitativas: la prueba de Chi².

6.7 Aspectos éticos

El estudio se ha sometido a valoración y aprobación por el Comité de Ética (anexo 2).

Se ha obtenido el permiso de la Dirección de Enfermería del área IV para desarrollar el trabajo en el Hospital Central de Asturias (anexo 3).

El consentimiento informado se ha realizado de forma verbal.

Se ha aplicado el principio de beneficencia, no maleficencia, confidencialidad y anonimato.

7. RESULTADOS

7.1 Resultados Descriptivos

Variables sociodemográficas

7.1.1 Sexo

SEXO	Frecuencia	Porcentaje
MUJER	43	87,8%
HOMBRE	6	12,2%
Total	49	100 %

Se observa una mayoría de mujeres dentro del total de participantes.

7.1.2 Edad

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
EDAD	49	25	61	43,37	10,408

7.1.3 Edad agrupada

	Frecuencia	Porcentaje
<30 AÑOS	3	6,1%
ENTRE 31 Y 40	19	38,8%
ENTRE 41 Y 50	14	28,6%
>51	13	26,5%

Se observa que la mayoría de los participantes, casi un 70%, se encuentran en el rango de edad comprendido entre 31 y 50 años.

7.1.4 Unidad de trabajo

UNIDAD	Frecuencia (total de enfermeras de la unidad)	Porcentaje
REA 1	18 (21)	36,7%
REA 2-URPA 3	26 (29)	53,1%
URPA 1- URPA 2	2 (7)	4,1%
URPA 4	3 (3)	6,1%
Total	49 (60)	100%

Llama la atención la participación unánime en la URPA 4, así como la escasa participación en las URPA1 y URPA2.

7.1.5 Tiempo trabajado agrupado

TIEMPO TRABAJADO AGRUPADO	Frecuencia	Porcentaje
HTA 1 AÑO	17	32,6%
DE 1 A 5 AÑOS	5	10,2%
5 A 10 AÑOS	7	14,3%
> 10 AÑOS	21	42,9%

Se observa que en la distribución de los participantes por tiempo trabajado más del 45% se encuentran en dos grupos bien diferenciados, aquellos que llevan más de 10 años trabajando y los que llevan menos de un año (y más de 3 meses).

7.1.6 Tipo de contrato

TIPO CONTRATO	Frecuencia	Porcentaje
FIJO	25	51,0%
INTERINO	15	30,6%
EVENTUAL	9	18,4%

Más de la mitad de la muestra son personal fijo del hospital, destacando que tan sólo han participado un 18% de eventuales.

7.1.7 Titulación universitaria

TITULACIÓN UNIVERSITARIA	Frecuencia	Porcentaje
DIPLOMADO	44	89,8%
GRADO	1	2,0%
MÁSTER	2	4,1%
DOCTOR	2	4,1%

Prácticamente la totalidad de la muestra son diplomados universitarios, habiendo tan sólo 5 personas que poseen el título de grado, máster o doctor.

7.1.8 Formación universitaria en dolor

¿HA RECIBIDO FORMACION UNIVERSITARIA SOBRE DOLOR?	Frecuencia	Porcentaje
NO	18	36,7%
SI	30	61,2%
No contesta	1	2,0%

La mayoría de los participantes refirieron haber recibido formación universitaria sobre dolor.

7.1.9 Horas de formación universitaria en dolor

HORAS DE FORMACIÓN UNIVERSITARIA	Frecuencia	Porcentaje
<10H	12	24,5%
10 - 20H	4	8,2%
>20H	12	24,5%
No contesta	21	42,9%

Llama la atención que casi la mitad (42%) de los encuestados que han recibido formación universitaria en dolor no refieren cuantas horas ha durado dicha formación.

7.1.10 Necesidad de formación en dolor

¿CREE QUE ES NECESARIA FORMACIÓN UNIVERSITARIA SOBRE DOLOR?	Frecuencia	Porcentaje
NO	5	10,2%
SI	43	87,8%
No contesta	1	2,0%

Casi el 90% de los encuestados creen que es necesaria la formación en dolor.

7.1.11 Formación postuniversitaria en dolor

¿HA RECIBIDO FORMACIÓN POSTUNIVERSITARIA EN DOLOR?	Frecuencia	Porcentaje
NO	18	36,8%
SI	31	63,2%

7.1.12 Tipo de formación recibida

TIPO DE FORMACIÓN RECIBIDA	Frecuencia	Porcentaje
PERFIL UNIVERSITARIO	13	26,5%
MASTER	2	4,1%
DOCTORADO	1	2,0%
OTROS	15	30,6%
No contesta	18	36,7%

Llama la atención el número de personas que refiere no haber recibido formación postuniversitaria en dolor (desprendido del apartado anterior). Entre los que sí la han recibido, destaca el perfil universitario (un 26,5%).

7.1.13 Formación sobre dolor a cargo del HUCA

¿HA RECIBIDO FORMACIÓN SOBRE DOLOR A CARGO DEL HUCA?	Frecuencia	Porcentaje
NO	35	71,4%
SI	14	28,6%

La gran mayoría (71%) ha expresado que nunca ha recibido formación sobre el dolor a cargo del HUCA.

7.1.14 Herramienta para medir el dolor

¿APLICAN EN SU SERVICIO HERRAMIENTAS PARA MEDIR EL DOLOR?	Frecuencia	Porcentaje
NO	8	16,3%
SI	41	83,7%

7.1.15 Uso de herramienta para medir el dolor

¿CUANDO USA LA HERRAMIENTA PARA MEDIR EL DOLOR?	Frecuencia	Porcentaje
A LA LLEGADA A LA UNIDAD	0	0%
UNA VEZ POR TURNO	2	4,1%
ADEMÁS DE LAS 2 ANTERIORES SI REFIERE DOLOR	30	61,2%
CADA HORA	9	18,4%
No contesta	8	16,3%

Un 60% de los encuestados refiere usar la herramienta para medir el dolor en el paciente, cuando llega a la unidad, una vez por turno y si el paciente refiere dolor.

7.1.16 Escala utilizada

¿QUE ESCALA UTILIZA PARA VALORAR LA INTENSIDAD DEL DOLOR DEL PACIENTE?	Frecuencia	Porcentaje
EVA (Millenium)*	39	79,6%
ESCALA NÚMÉRICA VERBAL	5	10,2%
OTRAS	2	4,1%
No contesta	3	6,1%

*EVA aparece registrada en el programa informático Millenium que actualmente es usado por todos los profesionales del HUCA.

7.1.17 Valor obtenido en la escala

¿REFLEJA EN LA HISTORIA DEL PACIENTE EL VALOR QUE HA OBTENIDO EN LA ESCALA?	Frecuencia	Porcentaje
NO	4	8,2%
SI	43	87,7%
No contesta	2	4,1%

Más del 85% de los encuestados refiere escribir en la historia del paciente el valor obtenido en la escala para medir el dolor.

7.2 Respuestas al cuestionario sobre conocimientos de dolor

7.2.1 Preguntas verdadero/falso

PREGUNTA	RESPUESTA (Falso/Verdadero)	FRECUENCIA	%
1. Para verificar la existencia real de dolor en un paciente ¿es necesario confiar en los cambios en los signos vitales?	Correcta (Falso)	15	30,6%
	Incorrecta	34	69,3%
2. Los niños menores de 2 años tienen disminución de la sensibilidad al dolor y la memoria limitada para experiencias dolorosas debido a su sistema nervioso poco desarrollado.	Correcta (Falso)	34	69,3%
	Incorrecta	15	30,6%
3. Los pacientes que pueden distraerse del dolor por lo general no tienen dolor severo.	Correcta (Falso)	20	40,8%
	Incorrecta	29	59,1%
4. Los pacientes pueden dormir a pesar del dolor severo	Correcta (Verdadero)	14	28,6%
	Incorrecta	35	71,4%
5. La aspirina y otros AINES no son analgésicos eficaces para el dolor óseo causado por las metástasis	Correcta (Falso)	11	22,4%
	Incorrecta	38	77,5%
6. La depresión respiratoria rara vez ocurre en pacientes que han estado recibiendo opiáceos durante meses.	Correcta (Verdadero)	28	57,1%
	Incorrecta	21	4,9%
7. La escala de la OMS sugiere administrar agentes analgésicos solos, en lugar de combinar diferentes tipos de medicamentos.	Correcta (Falso)	42	85,7%
	Incorrecta	7	14,3%
8. La duración habitual de la analgesia de 1-2mg de morfina es de 4-5h.	Correcta (Falso)	33	67,4%
	Incorrecta	16	32,6%
9. Los opioides no deben utilizarse en pacientes con antecedentes de abuso de sustancias.	Correcta (Falso)	39	79,6%
	Incorrecta	10	20,4%
10. A partir de una cierta dosis de morfina, incrementando la dosis no se aprecia un mayor alivio del dolor.	Correcta (Falso)	25	51%
	Incorrecta	24	49%
11. Los pacientes en edad avanzada no toleran los opiáceos para el alivio del dolor.	Correcta (Falso)	45	91,8%
	Incorrecta	4	8,2%
12. Al paciente con dolor se le debe de animar a que aguante antes de recurrir a una medida de alivio del dolor.	Correcta (Falso)	47	95,9%
	Incorrecta	2	4,1%
13. Los niños menores de 11 años no pueden informar con fiabilidad del dolor, debemos basarnos únicamente en la evaluación de los padres de la intensidad del dolor.	Correcta (Falso)	48	98%
	Incorrecta	1	2%
14. Basándose en creencias religiosas, el paciente puede creer que el dolor y sufrimiento son necesarios.	Correcta (Verdadero)	40	81,6%
	Incorrecta	9	18,4
15. Después de administrar una dosis inicial de analgésico opioide, las dosis posteriores deben ajustarse de acuerdo con la respuesta individual del paciente.	Correcta (Verdadero)	47	95,9%
	Incorrecta	2	4,1%
16. La administración intravenosa de un placebo a pacientes con dolor suele ser una prueba útil para determinar si el dolor es real.	Correcta (Falso)	24	49%
	Incorrecta	25	51%
17. Si no se conoce el origen del dolor del paciente, los opiodes no deben usarse durante el periodo de evaluación del dolor, ya que esto podría enmascarar el diagnóstico.	Correcta (Falso)	4	8,2%
	Incorrecta	45	91,8%
18. Los medicamentos anticonvulsivos como la Gabapentina (Neurontin ©) producen un óptimo alivio del dolor después de una sola dosis.	Correcta (Falso)	34	69,4%
	Incorrecta	15	20,6%
19. Las benzodiacepinas no son analgésicos eficaces a menos que el dolor se deba a un espasmo muscular.	Correcta (Verdadero)	25	51%
	Incorrecta	24	49%
20. La adicción a los opiáceos se devine como una enfermedad neurobiológica crónica, con uno o más comportamientos como: deterioro sobre el control en el uso de drogas, uso convulsivo, uso continuado y deseo irresistible.	Correcta (Verdadero)	45	91,8%
	Incorrecta	4	8,2%

- Casi un **70%** de los encuestados respondió erróneamente a la pregunta que afirma que es necesario confiar en los cambios de los signos vitales para verificar la existencia de dolor.
- El **77,5 %** respondieron erróneamente como “verdadero” ante la afirmación de que la aspirina y otros AINES no son analgésicos eficaces para el dolor óseo causado por metástasis.
- Un **91,8%** de los participantes respondió correctamente como “falso” a la afirmación de que los pacientes con edad avanzada no toleran los opiáceos para el alivio del dolor.
- Un **95,9 %** de los participantes contestó de forma correcta como “falso” que al paciente con dolor se le debe animar a que aguante antes de recurrir a una medida de alivio del dolor.
- Un **98%** de los encuestados respondió correctamente como “falso” que los niños menores de 11 años no pueden informar con fiabilidad del dolor.
- Un **95,9%** afirmó correctamente (“verdadero”) que después de administrar una dosis inicial de analgésico opioide, las dosis posteriores deben ajustarse a la respuesta individual.
- Un **91,8%** de los participantes afirmó correctamente (“verdadero”) que la adicción a los opiáceos se define como una enfermedad neurobiológica crónica, con deterioro sobre el control del consumo, uso convulsivo, continuado y deseo irresistible.

7.2.2 Respuestas a preguntas con opción múltiple

PREGUNTA	RESPUESTA	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje correctos/incorrectos
21. LA VIA DE ADMINISTRACIÓN RECOMENDADA DE OPIACEOS EN PACIENTES CON DOLOR ONCOLOGICO PROLONGADO ES:	ORAL (correcto)	16	32,7%	32,7%
	Intramuscular	0	0%	67,3%
	Subcutáneo	26	53,1%	
	Rectal	0	0%	
	Intravenoso	7	14,3%	
22. LA VIA DE ADMINISTRACIÓN RECOMENDADA DE OPIACEOS A PACIENTES CON DOLOR BREVE PERO SEVERO Y DE INICIO REPENTINO ES:	INTRAVENOSO (correcto)	45	91,8 %	91,8%
	Subcutáneo	3	6,1%	8,2%
	Oral	0	0%	
	Rectal	0	%	
	Intramuscular	1	2,0%	
23. LA MEJOR OPCIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DOLOR ONCOLÓGICO PROLONGADO MODERADO O INTENSO ES:	MORFINA (correcto)	43	87,8%	89,6%
	Codeína	1	2,0%	10,4%
	Meperidina	1	2,0%	
	Tramadol	3	6,1%	
	No contesta	1	2,0%	
24. LA DOSIS DE MORFINA IV ADMINISTRADA EN INTERVALOS DE 4H QUE ES EQUIVALENTE A 30MG DE MORFINA VIA ORAL CADA 4H ES:	MORFINA 10MG IV (correcto)	17	34,7%	41,5%
	Morfina 5mg IV	16	32,7%	58,5%
	Morfina 30mg IV	6	12,2%	
	Morfina 60mg IV	2	4,1%	
	No contesta	8	16,3%	
25. LOS ANALGÉSICOS PARA EL DOLOR POSTOPERATORIO SE DEBEN DE DAR INICIALMENTE:	DURANTE TODO EL DÍA EN HORARIO FIJO (correcto)	48	98,0%	98%
	Sólo cuando el paciente pida medicación	0	0%	
	Sólo cuando la enfermera lo determine	0	0%	
	No contesta	1	2,0%	2%
26. LA PROBABILIDAD DE DEPRESIÓN RESPIRATORIA DE UN PACIENTE QUE HA RECIBIDO DURANTE 2 MESES OPIACEOS A DIARIO Y HOY SE LE ADMINISTRAN OPIACEOS IV (250MG/H) DURANTE 3H ES:	a. < 1% (correcto)	7	14,3%	14,3%
	b. 1-10%	16	32,7%	
	c. 20.11%	2	4,1%	
	d. 21-40%	4	8,2%	
	e. >41%	8	16,3%	
	No contesta	12	24,5%	

PREGUNTA	RESPUESTA	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje correctos/incorrectos
27. LA EXPLICACIÓN MÁS PROBABLE DEL PORQUÉ UN PACIENTE CON DOLOR SOCILITARÍA DOSIS CRECIENTES DE MEDICACIÓN	a. EL PACIENTE EXPERIMENTA AUMENTO DEL DOLOR (correcto)	36	73,5%	73,5%
	b. El paciente experimenta aumento de la ansiedad o depresión	1	2,0%	26,5%
	c. El paciente pide más atención personal	0	0%	
	d. las peticiones del paciente se relacionan con la adicción	8	16,3%	
	No contesta	4	8,2%	
28. LOS SIGUIENTES MEDICAMENTOS SON ÚTILES PARA EL TRATAMIENTO DEL DOLOR ONCOLÓGICO	No contesta	3	6,1	46,8%
	a. Ibuprofeno	2	4,1%	
	b. Hidromorfona	10	20,4%	
	c. Gabapentina	8	16,3%	
	TODO LO ANTERIOR (correcto)	26	53,1%	53,2%
29. EL JUEZ MÁS EXACTO DE LA INTENSIDAD DEL DOLOR DEL PACIENTE ES:	EL PACIENTE (correcto)	42	85,7%	85,7%
	La enfermera	6	12,2%	14,3%
	El médico	0	0%	
	El farmacéutico	0	0%	
	El cónyuge o la familia del paciente	1	2,0%	
30. LA MEJOR MANERA DE TRATAR LAS CONSIDERACIONES CULTURALES AL CUIDAR PACIENTES CON DOLOR ES:	a. Ya no existen influencias culturales	2	4,1%	16,3%
	b. Las influencias culturales pueden ser determinadas por el origen étnico	5	10,2%	
	c. Las influencias culturales pueden ser determinadas por el nivel socioeconómico	1	2,0%	
	d. LOS PACIENTES DEBEN SER EVALUADOS INDIVIDUALMENTE PARA DETERMINAR LAS INFLUENCIAS CULTURALES (correcto)	41	83,7%	83,7%
31. LA PROBABILIDAD DE QUE LA ADICCIÓN A LOS OPIOIDES SEA CONSECUENCIA DE UN TRATAMIENTO CON ANALGESICOS OPIACEOS ES:	a. 5-15% (correcto)	12	24,5%	24,5%
	b. <1%	18	36,7%	75,5%
	c. 25-50%	6	12,2%	
	d. 75-100%	2	4,1%	
	No contesta	11	22,4%	
32. EL TIEMPO QUE TARDA LA MORFINA IV EN ALCANZAR EL PUNTO PICO O DE ACCIÓN MÁXIMA ES DE:	a. 15 MINUTOS (correcto)	49	100%	100%
	b. 45 minutos	0	0%	0%
	c. 1 hora	0	0%	
	d. 2 horas	0	0%	
33. EL TIEMPO QUE TARDA LA MORFINA ORAL EN ALCANZAR EL PUNTO PICO O DE ACCIÓN MÁXIMA ES DE:	a. 5 minutos	1	2,0%	61,2%
	b. 30 minutos	26	53,1%	
	c. 3 horas	3	6,1%	
	1-2 HORAS (correcto)	19	38,8%	38,8%

<i>PREGUNTA</i>	<i>RESPUESTA</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Porcentaje correctos/incorrectos</i>
34. DESPUES DE LA INTERRUPCIÓN BRUSCA DE UN OPIOIDE, LA DEPENDENCIA FÍSICA SE MANIFIESTA POR LO SIGUIENTE:	a. Sudoración, bostezos, diarrea y agitación cuando el opiode se interrumpe (correcto)	22	44,9%	44,9%
	b. Deterioro del control sobre el consumo de drogas, con uso y deseo compulsivo	1	2,0%	55,1%
	c. Necesidad de dosis más altas para lograr el mismo efecto	1	2,0%	
	d. A Y B	24	49,0%	
	No contesta	1	2,0%	
35. A UN PACIENTE SONRIENTE Y QUE HA VALORADO SU DOLOR CON UN 8 EN LA ESCALA EVA ¿LE ADMINISTRAMOS MORFINA?:	No contesta	1	2,0%	77,5%
	a. No le administramos morfina en ese momento	28	57,1%	
	b. Le administramos 1mg de morfina en ese momento	7	14,3%	
	c. Le administramos 3mg de morfina en ese momento	2	4,1%	
	d. LE ADMINISTRAMOS 2 MG DE MORFINA AHORA (correcto)	11	22,4%	22,4%
36. A UN PACIENTE QUEJOSO Y QUE HA VALORADO SU DOLOR CON UN 8 EN LA ESCALA EVA ¿LE ADMINISTRAMOS MORFINA?:	No contesta	1	2,0%	40,8%
	a. No le administramos morfina en ese momento	1	2,0%	
	b. Le administramos 1mg de morfina en ese momento	8	16,3%	
	c. Le administramos 3mg de morfina en ese momento	10	20,4%	
	d. LE ADMINISTRAMOS 2 MG DE MORFINA AHORA (correcto)	29	59,2%	59,2%

- Un **91,8%** contestó correctamente que la vía venosa es la recomendada para la administración de opiáceos a pacientes con dolor agudo.
- Casi un **90%** eligió de forma correcta que la morfina es la mejor opción para el tratamiento de dolor oncológico prolongado.
- Un **98%** contestó correctamente que los analgésicos para el dolor postoperatorio se deben de dar durante todo el día en horario fijo.
- Tan solo un **14,3%** afirmaron correctamente que la probabilidad de depresión respiratoria en un paciente que ha recibido durante 2 meses opiáceos y hoy se le administran 250mg/h durante 3h es de menos de 1%.
- El **85,7%** refirió acertadamente que el paciente es el juez más exacto de la intensidad del dolor.
- El **100%** de los participantes respondieron correctamente que el tiempo que tarda la morfina EV en alcanzar el punto pico es de 15 minutos.
- Solamente el **22,4%** respondió correctamente a las dos preguntas que mencionaban que ante una valoración de un ocho en la escala EVA de dos pacientes pero uno sonriente y otro quejoso, a ambos se les debería de administrar 2mg de morfina EV.

7.3 Puntuaciones en el cuestionario

Estadísticos descriptivos

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
PUNTUACION DEL TEST	49	15	29	22,16	3,016

EL test de conocimiento presenta una media de 22,1 respuestas correctas.

En el rango superior, 29 respuestas correctas, solo se encuentra un participante del estudio.

En el rango inferior, 15 respuestas correctas, también se encuentra un solo participante.

7.4 Grado de conocimiento de enfermería sobre el dolor²³:

Grado de conocimiento	Nº de enfermeras	Porcentaje
<i>Conocimiento bueno</i>	1	2%
<i>Conocimiento medio</i>	10	20,40%
<i>Conocimiento bajo</i>	24	48,97%
<i>Conocimiento muy bajo</i>	14	28,57%

Solo un 22,4% de los participantes poseen un conocimiento medio/bueno sobre el dolor en el paciente postquirúrgico.

7.5 Comparación de variables

VARIABLE	RESULTADOS		P
	Variable	Media del índice (0-36)	
Sexo	Mujer	21,60	0,52*
	Hombre	23,50	
Edad agrupada	<30 años	18,33	0,097*
	31 años-40 años	22,47	
	41años- 50 años	23,14	
	> 51 años	21,54	
Unidad	REA 1	22,16	0,010**
	REA 2/ URPA 3	21,88	
	URPA1/URPA2	22,50	
	URPA 4	25,00	
Contrato	Fijo	22,36	0,6*
	Interino	22,60	
	Eventual	20,89	
Formación universitaria en dolor	Sí	22,17	0,131*
	No	22,28	
Formación en dolor a cargo del HUCA	Sí	22,57	0,967*
	No	22,00	

* $p > 0,05$ no significativa. La variable no influye sobre el resultado.

** $p < 0,05$ significativa. La variable influye sobre el resultado.

De esta tabla se desprende que el tipo de unidad en la que trabajaban los encuestados influyó en sus respuestas al cuestionario, $p < 0,05$. Se observa además, una media bastante superior de los participantes de la URPA 4.

La edad agrupada obtiene una p 0,097 que se aproxima bastante a la significación.

8. DISCUSIÓN

8.1 Limitaciones

Posibles errores de selección:

- La muestra es pequeña, ya que la población total de las Reanimaciones y URPAS del Hospital Central de Asturias cuenta con 60 profesionales de enfermería.
- Los resultados no pueden generalizarse a otros hospitales.

Posibles errores de información:

- Mala cumplimentación por parte de personal inadecuado o debido a una mala interpretación de las pregunta
- Complacencia: estos pueden falsear de forma deliberada las respuestas simplemente para complacer al entrevistador o contestar aleatoriamente. Se incluirá en este error el personal que no realice el estudio.

8.2 Discusión

Los resultados obtenidos en este trabajo reflejan que las enfermeras/os encuestados poseen un nivel de conocimientos bajo ante el dolor postoperatorio. Estos resultados son similares a los obtenidos por estudios previos como el de Ortega et. al. (2008)²⁶, Watt-Watson²⁷, Puls-McColl y Cols²⁸, Ortega et. al. (2005)²⁹, Tse³⁰, y Matthews³¹ los cuales documentan que el conocimiento del dolor por parte de las enfermeras es inadecuado. Se diferencian de otros estudios como los desarrollados por Vázquez et al²³, Osorio et al³² y Francis L³³ en donde las enfermeras alcanzaron un conocimiento del dolor medio.

En cuanto a la relación entre el nivel de conocimiento y la unidad hospitalaria, Ortega et. al. (2008)²⁶, Watt-Watson²⁷, Puls-McColl y cols²⁸, Nasser y cols²⁹, no encontraron diferencias

significativas en contraposición con el presente estudio, que si encontró una correlación entre la unidad de trabajo y el nivel de conocimientos.

En nuestro estudio también hemos observado que la edad (como edad agrupada), aunque se le atribuye una p no significativa, de 0,09, se aproxima bastante a la significación, existiendo una diferencia de 5 puntos entre el grupo de enfermeras menores de 30 años que obtuvieron 18,33 puntos de media y el grupo formado por las enfermeras entre 41 y 50 años con una media de 23,14.

Las enfermeras de la URPA 4 fueron las que obtuvieron los mejores resultados. Su unidad es la encargada de atender a las pacientes intervenidas por el servicio de ginecología y a los pacientes de pediatría (en el período de tiempo que se encuentran cerradas las unidades de atención pediátrica o cuando la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos carece de boxes libres). Su mayor puntuación puede ser debida a la correcta valoración del dolor de sus pacientes y al uso generalizado de analgésicos opiáceos que administran en las pacientes ginecológicas. Su unidad cuenta con profesionales de anestesia propios, por lo que sería interesante hacer un estudio entre los anestesiólogos y observar si existen diferencias en la prescripción de analgésicos opiáceos entre los distintos servicios de anestesia de nuestro hospital.

Además, como hemos visto anteriormente, la edad ejerce cierta influencia sobre el grado de conocimiento, destacando que el 100% de la plantilla de la URPA 4 tiene más de 51 años.

Es preciso resaltar la unanimidad en algunas cuestiones que remarca las buenas prácticas que también se dan entre las enfermeras de reanimación y URPA. El 98% de los encuestados contestó correctamente que “los analgésicos para el dolor postoperatorio se deben de dar durante todo el día en horario fijo”. El 100% respondió adecuadamente que “el tiempo que tarda la morfina EV en alcanzar el punto pico de acción máxima es de 15 minutos”, lo cual alude al extenso manejo de la morfina EV en dolor agudo que poseen estas enfermeras. El 98% de los encuestados contestó acertadamente como falsa la afirmación de que “los niños menores de 11 años no pueden

informar con fiabilidad del dolor” y esto pese a que muchos encuestados refirieron no tener experiencia con niños a la entrega del cuestionario.

Pero también, como se aprecia en los resultados de este estudio, no se deben de obviar las respuestas a la cuestión que plantea la administración de morfina a dos pacientes con la misma valoración en la escala EVA, uno quejumbroso y otro sonriente. A éste último tan solo un 22% de las enfermeras le administrarían la dosis adecuada de morfina, lo cual nos hace reflexionar acerca de la interpretación inadecuada que las enfermeras hacen de la escala EVA. Hemos observado que las respuestas a estas dos preguntas han sido muy similares en otros estudios⁶.

Además debemos de recapacitar sobre los bajos porcentajes de respuestas correctas a las cuestiones como “para verificar la existencia real de dolor es necesario confiar en los cambios en los signos vitales” (falso) en la que un 30,6% respondió adecuadamente. En otro enunciado “los pacientes pueden dormir a pesar del dolor severo” (verdadero) solo el 28,6% acertó. Y especialmente la siguiente “si no se conoce el origen del dolor del paciente, no se deben de dar opioides durante la evaluación del dolor” (falso) en la que tan solo un 8,2 % contestó correctamente.

Se ha comprobado que tras una intervención formativa el porcentaje de enfermeras con un conocimiento adecuado mejora considerablemente³⁴. Al participar en un programa de mejora de la calidad de la gestión del dolor, las enfermeras aumentaron su conocimiento sobre éste y cambiaron su rutina. La formación continuada puede mejorar el nivel de conocimientos de las enfermeras sobre la gestión del dolor³⁵.

A la vista de los resultados de este estudio, es necesario que las enfermeras nos replanteamos qué es lo que sabemos y desconocemos acerca del dolor postoperatorio en el paciente y como la formación debe de ser una prioridad para nuestro desarrollo profesional.

Es necesario incrementar la calidad de nuestros cuidados y para ello deberemos olvidarnos de los prejuicios acerca de la administración de opiáceos y las posibles adicciones que ellos conllevan³.

Es importante, aunque complicado, que apliquemos la objetividad en nuestras valoraciones sobre el dolor, ya que sólo a través de ella conseguiremos optimizar la atención integral que merecen nuestros pacientes.

9. CONCLUSIONES

- * Los conocimientos sobre el dolor en el paciente postquirúrgico del personal de enfermería de los servicios de reanimación y URPA del HUCA son deficientes. Solo una enfermera de todas las encuestadas alcanzó el nivel de conocimiento sobre el dolor bueno, y tan solo la cuarta parte de las participantes alcanzaron un nivel medio de conocimiento.
- * Por todo ello rechazamos la Hipótesis alternativa (H1) “Las enfermeras de los servicios de Reanimación y URPA del HUCA tienen un buen nivel de conocimientos sobre el dolor en el paciente postquirúrgica”.
- * No existen diferencias significativas debido a las características sociodemográficas de cada enfermera. El sexo no ha influido en las respuestas de los participantes.
- * Existen desigualdades en el nivel de conocimiento sobre el dolor en función de la pertenencia a un servicio u otro, siendo las puntuaciones de las enfermeras de la URPA 4 notablemente superiores al del resto de unidades.

9.1 Plan de mejora

A la vista de los resultados del presente estudio, creemos necesaria realizar una intervención formativa en dolor postoperatorio generalizada a todo el personal de las Reanimaciones y URPAS del HUCA.

10. BIBLIOGRAFIA

¹HUCA: Hospital Universitario Central de Asturias [Internet]. Oviedo : SESPA; abril 2010 [actualizado abril 2010; citado 12 febrero 2015]. Disponible en: <http://www.hca.es/huca/web/contenidos/servicios/dirmedica/almacen/documentos/clinica/protocolo%20ingreso%20postoperatorio.pdf>

²MOSTEIRO MP, BALDONDENO RF. Dolor postoperatorio. En: Dolor y cuidados enfermeros. Serie cuidados avanzados. Madrid: DAE; 2010. P. 155-175.

³Fernández-Galinski DL, DEAA, Gordo F, López-Galera S, Pulido C, Real J. Conocimientos y actitudes de pacientes y personal sanitario frente al dolor postoperatorio. Rev. Soc. Esp. Dolor. 2007[citado 14 Feb 2015]; I: 3-8. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/dolor/v14n1/original1.pdf>

⁴Acello B. Cumplimiento de las normas de acreditación para el control del dolor. Nursing. 2000 ; 18, 8: 13-15.

⁵Brown C, Richardson C. Nurse's in the multi-professional pain team: A study of attitudes, beliefs and treatment endorsements. Eur J Pain [internet]. 2006 [citado el 15 Feb 2015];41:13-22. Disponible en:

http://www.researchgate.net/publication/7477808_Nurses'_in_the_multi-professional_pain_team_a_study_of_attitudes_beliefs_and_treatment_endorsements.

⁶ Salvadó-Hernández C, Fuentelsaz-Gallego C, Arcay-Veira C, López-Meléndez C, Villar-Arnal T, Casas-Segala N; en representación del grupo de investigación del proyecto FIS PI03/0138. Conocimientos y actitudes sobre el manejo del dolor por parte de las enfermeras de unidades de cirugía y oncología de hospitales de nivel III. Enferm Clin. 2009 [citado 21 Ene 2015];19(6):322-9. Disponible en:

<http://www.elsevierinstituciones.com/ficheros/pdf/35/35v19n06a13145625pdf001.pdf>

⁷ Achury D. Dolor: la verdadera realidad. Aquichan [Internet], 2008: [Fecha de consulta: 12 de febrero de 2015] ; 8 (2): 146-158..)

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=74180203>

⁸IASP: The International Association for the Study of Pain. Washington, D.C: International Association for the Study of Pain; 1973 [actualizado abril 2015, citado 1 de febrero de 2015]. Disponible en:

<http://www.iasp-pain.org/>

⁹McCaffery M, Pasero C. *Pain: Clinical manual*. 2ª ed. St. Louis: Mosby; 1999.

¹⁰Saralegui J. UNIDAD DE DOLOR AGUDO. *Anest Analg Reanim* [internet]. 19(1):4-5. 2004 [citado 12 Feb 2015]. Disponible en:

http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=S1688-12732004000100002&script=sci_arttext

- ¹¹Chabás E. Dolor postoperatorio y unidades de dolor agudo. Rev Soc Esp Dolor [internet] 2004 [citado 20 Feb 2015]; 11(5):257-259. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/dolor/v11n5/editorial.pdf>
- ¹²Rando K, Solla G, Sálice L, Lambrosquini N, Basigniani N, Lanzaro R et al. Evaluación de la calidad y la satisfacción de la recuperación postanestésica de los pacientes operados en el Hospital de Clínicas. Anest Analg Reanim [internet] 2003 [citado 18 Feb 2015]; 18(2): 11-8. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=S1688-12732004000100002&script=sci_arttext
- ¹³Oates JDL, Snowdon SL, Jayson WH. Failure of pain relief after surgery attitudes award staff to postoperative analgesia. Anaesthesia [internet] 1994 [citado 12 Feb 2015]; 49 : 755-8. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7978127>
- ¹⁴Payen J, Bosson J, Chanques G, et al. Pain assessment is associated with decreased duration of mechanical ventilation in the intensive care unit. Anesthesiology [internet] 2009 [citado 14 Feb 2015]; 111: 1308-16. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19934877>
- ¹⁵Sati: Sociedad Argentina de Terapia Intensiva [internet]. Argentina: SATI; 2014 [actualizado abril 2015; citado 10 Feb 2015]. Disponible en: <http://www.sati.org.ar/files/kinesio/monos/MONOGRAFIA%20Dolor%20-%20Clarett.pdf>. [Consultado el 5 de febrero de 2015]
- ¹⁶Sessler CN, Pedram S. Protocolized and target-based sedation and analgesia in the ICU. Crit Care Clin [internet], 2009 [citado 11 Feb 2015]; 25:489-513. Disponible en: http://www.researchgate.net/publication/26646479_Protocolized_and_Target-based_Sedation_and_Analgesia_in_the_ICU
- ¹⁷Jacobi J, Fraser GL, Coursin DB, Douglas B, Richard R, Riker M et al. Clinical practice guidelines for the sustained use of sedatives and analgesics in the critically ill adult. Crit Care Med [internet]. 2002 [citado 14 Feb 2015]; 30(1):119-141. Disponible en: <http://www.learnicu.org/Docs/Guidelines/SedativesAnalgesicsAdult.pdf>
- ¹⁸Puntillo KA, Neighbor ML. Two methods of assessing pain intensity in English-speaking and Spanish-speaking emergency department patients. J Emerg Nurs [internet]. 1997 [citado 18 Feb 2015];23(6):597-601. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9460399>
- ¹⁹Vázquez Calatayud M, Pardavila Belio MI, Maldonado ML, Aguado Y, Margall M, Asain C et al. Pain assessment in turning procedures for patients with invasive mechanical ventilation. British Association of Critical Care Nurses [internet] 2011 [citado 18 Feb 2015]; 16(4):178-185. Disponible en: http://www.researchgate.net/publication/250927938_Pain_assessment_in_turning_procedures_for_patients_with_invasive_mechanical_ventilation
- ²⁰Payen JF, Bru O, Bosson JL, et all. Assessing pain in critically ill sedated patients by using a behavioral pain scale. Crit Care Med [internet]. 2001 [citado 18 feb 2015]; 29:2258-63. Disponible en: <http://www.consensus-conference.org/data/Upload/Consensus/1/pdf/1640.pdf>

- ²¹Gélinas C, Fillion L, Puntillo KA, Viens C, Fortier M. Validation of the critical-care pain observation tool in adult patients. *Am J Crit Care* [internet]. 2006 [citado 15 Feb 2015];15(4):420-427. Disponible en: <http://ajcc.aacnjournals.org/content/15/4/420.full.pdf>
- ²²Apfelbaum JL, Chen C, Mehta SS, Shilpa S, Tong J. Gan. Postoperative pain experience: results from a national survey suggest postoperative pain continues to be undermanaged. *Anesth Analg* [internet] 2003 [citado 18 Feb 2015]; 97: 534-40. Disponible en: <http://clinicaldepartments.musc.edu/medicine/education/residency/acute%20pain%20apfelbaum.pdf>
- ²³Vázquez YY, Frías B, Ávila H, Sánchez E, Gracia G N, Vázquez L. Nivel de conocimiento de las enfermeras(os) ante el dolor de los pacientes postoperados. *Rev Paraninfo Digital* [internet], 2013 [citado 11 May 2015];19. Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n19/007d.php>
- ²⁴ De la Rivera MA, Sanz M, Urraca V, García V, Azpiazu R. Visión de enfermería del dolor postoperatorio no controlado. *Rol de enfermería*. 2005; 2 (8): 178-184.
- ²⁵ Ferrel BR, McCaffery M. Nurses' Knowledge and Attitudes Survey Regarding Pain. *Prc.coh.org*. 2008 April [citado 28 enero 2015] Disponible en: <http://prc.coh.org/Knowledge%20Attitude%20Survey%20-%20updated%205-08.pdf>
- ²⁶Ortega RM, Romero RM, Sánchez MD, García M, Cruz O, Fang MA. Conocimiento de Enfermería sobre Dolor Posoperatorio. *Desarrollo Científ Enferm* [internet]. 2008 [citado 16 Feb 2015] julio, 16(6). Disponible en: <http://www.index-f.com/dce/16pdf/16-250.pdf>
- ²⁷Watt-Watson J, Stevens B, Garfinkel P, Streiner, D. Relationship between nurses' pain knowledge and pain management outcomes for their postoperative cardiac patients. *Journal of Advanced Nursing* [internet]. 2001 [citado 11 Abr 2015]; 36(4):535-545. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11703548>
- ²⁸Puls-McColl PJ, Holden JE, Tank M. Pain management: an assessment of surgical nurses' knowledge. *MT MEDSURG Nursing* [internet]. 2001 [citado 28 Feb 2015];10(4):185-9. Disponible en: <http://www.highbeam.com/doc/1G1-77400061.html>
- ²⁹ Ortega-López RM, Sánchez-Castellanos MD, García-Báez M, Cruz-Pecina O, Romero-Hernández RM, Fang-Huerta MA. Orientación del Manejo del Dolor por el Personal de Enfermería al Paciente Hospitalizado. *Desarrollo Científ Enferm* [internet] 2005 [citado 15 Mayo 2015] octubre, 13(9). Disponible en: <http://www.index-f.com/dce/13/r13-267.php>
- ³⁰ Tse MMY, Chan BSH. Knowledge and attitudes in pain management: Hong Kong nurses' perspective. *J Pain Palliat Care Pharmacother*[internet]. 2004 [citado 15 mayo 2015]; 18: 47-58. Disponible en: <http://www.pubfacts.com/detail/15148008/Knowledge-and-attitudes-in-pain-management:-Hong-Kong-nurses-perspective>.
- ³¹ Matthews E, Malcolm C. Nurses' knowledge and attitudes in pain management practice. *Br J Nurs* [internet]. 2007 [citado 15 mayo 2015];16: 174-9. Disponible en:

http://www.magonlinelibrary.com/doi/abs/10.12968/bjon.2007.16.3.22972?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori%3Arid%3Aacrossref.org&rfr_dat=cr_pub%3Dpubmed&

³²Osorio Z, Ávila H, Sánchez E, Gracia GN, Frías B, Ruiz JM. Conocimiento y Actitudes de las Enfermeras(os) en Relación al Dolor. *Rev Paraninfo Digital* [internet], 2012 [citado 15 mayo 2015]; 16. Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n16/037d.php>

³³Francis L, Fitzpatrick JJ. Postoperative pain: nurses' knowledge and patients' experiences. *Pain Manag Nurs* [internet]. 2013 Dec [citada 15 mayo 2015];14(4):351-7. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24315258>

³⁴Mccaferry M. Control del dolor. Superar las barreras para controlar el dolor. *Nursing*. 2001: 41.

³⁵Hansson E, Fridlund B, Halström I. Effects of a quality improvement program in acute care evaluated by patients, nurses, and physicians. *Pain Manag Nurs* [internet]. 2006 [citado 14 mayo 2015]; 7:93-108. Disponible en:

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1524904206000853>

11. ANEXOS

11.1 ANEXO 1

GRADO DE CONOCIMIENTO SOBRE DOLOR EN EL PACIENTE POSTQUIRÚRGICO, DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA DE LOS SERVICIOS DE REANIMACIÓN Y URPA DEL HUCA

Este es un trabajo de investigación sobre el grado de conocimiento del personal de reanimación y URPA en el dolor postquirúrgico.

Le rogamos conteste a este cuestionario basándose en su experiencia laboral, conocimientos y actitudes. Una vez cumplimentado, guarde el cuestionario en el sobre de los “cuestionarios cumplimentados” para garantizar su anonimato. Gracias por su participación.

1. Sexo:
 Hombre Mujer

2. Edad: _____ años

3. Unidad en la que trabaja:
 Reanimación 1 Reanimación 2 / URPA 3 URPA 1 URPA 2
 URPA 4

4. Tiempo que lleva trabajando en el servicio:
 3meses- 1año 1-5 años 5- 10 años >10 años

5. Tipo de contrato:
 Fijo interino eventual

6. Titulación universitaria
 Diplomado Universitario Grado Máster Doctor

7. Ha recibido formación universitaria sobre el dolor:
 sí no

8. En caso afirmativo, cuantas horas le dedicaron:
 <10h 10-20h >20h

9. Opina que es necesaria la formación universitaria específica en dolor
 sí no

10. Ha recibido formación postuniversitaria en dolor:
 sí no

11. En caso afirmativo que tipo de formación ha recibido:
 Perfil universitario Máster universitario Doctorado Otros

12. ¿Ha recibido formación sobre el dolor a cargo del hospital en el que trabaja?
 sí no

13. Aplican en su servicio alguna herramienta para medir el dolor:
- sí no
14. ¿En caso afirmativo cuando la utilizan?:
- Únicamente a la llegada a la unidad
- Una vez por turno
- Además de las dos anteriores, también en caso de que el paciente refiera dolor
- Cada hora
15. ¿Qué escala utiliza para valorar la intensidad del dolor del paciente?
- EVA (Escala Visual Analógica)
- Escala numérica verbal
- Escala de caras
- otras (citar)
16. ¿Refleja en la historia del paciente el valor que se ha obtenido en la escala?
- sí no

CONOCIMIENTOS SOBRE EL DOLOR:

- **A continuación se le expondrán una serie de cuestiones acerca del dolor en el paciente, con respuesta verdadero/falso, conteste a las preguntas rodeando la respuesta que usted considera más correcta.**
1. Para verificar la existencia real de dolor en un paciente es necesario confiar en los cambios de los signos vitales.
Verdadero **Falso**
 2. Debido a que su sistema nervioso está poco desarrollado, los niños menores de dos años de edad tienen disminución de la sensibilidad al dolor y la memoria limitada para experiencias dolorosas.
Verdadero **Falso**
 3. Si se puede distraer al paciente de su dolor es signo evidente de que no tiene un dolor de alta intensidad.
Verdadero **Falso**
 4. A pesar de sufrir un dolor moderado o intenso el paciente puede dormir.
Verdadero **Falso**
 5. La aspirina y otros AINES no son analgésicos eficaces para el dolor óseo causado por las metástasis
Verdadero **Falso**

6. La depresión respiratoria ocurre raramente en pacientes que han estado recibiendo opiáceos durante meses.
Verdadero **Falso**
7. La escala de la OMS sugiere administrar agentes analgésicos solos en lugar de combinar diferentes tipos de medicamentos (p. ej., combinando un opiáceo con un AINES).
Verdadero **Falso**
8. La duración habitual de la analgesia de 1-2 mg de morfina IV es de 4-5h.
Verdadero **Falso**
9. A los pacientes con historial de abuso de sustancias no se les debe administrar opiáceo para el dolor, ya que tienen alto riesgo de generar adicción recurrente.
Verdadero **Falso**
10. A partir de una cierta dosis de morfina, incrementado la dosis no se aprecia un mayor alivio del dolor.
Verdadero **Falso**
11. Los pacientes en edad avanzada no toleran los opiáceos para el alivio del dolor.
verdadero **Falso**
12. Al paciente con dolor se le debe animar a que aguante el dolor tanto como sea posible antes de recurrir a una medida de alivio del dolor
Verdadero **Falso**
13. Los niños menores de 11 años no pueden informar con fiabilidad del dolor, las enfermeras deben basarse únicamente en la evaluación de los padres de la intensidad del dolor del niño.
Verdadero **Falso**
14. Basándose en sus creencias religiosas, el paciente puede creer que el dolor y el sufrimiento son necesarios.
Verdadero **Falso**
15. Tras la dosis de analgésico opiáceo inicialmente recomendado las dosis siguientes deberán ajustarse teniendo en cuenta la respuesta individual de cada paciente.
Verdadero **Falso**
16. La administración intravenosa de un placebo a pacientes con dolor suele ser una prueba útil para determinar si el dolor es real.
Verdadero **Falso**
17. Si no se conoce el origen del dolor del paciente, los opioides no deben usarse durante el periodo de evaluación del dolor, ya que esto podría enmascarar la capacidad de diagnosticar correctamente la causa del dolor.
Verdadero **Falso**
18. los medicamentos anticonvulsivos como la gabapentina (Neurontin) producen un óptimo alivio del dolor después de una sola dosis.
Verdadero **Falso**

19. Las benzodiazepinas no son analgésicos eficaces a menos que el dolor se deba a un espasmo muscular.

Verdadero **Falso**

20. La adicción a los narcóticos/ opiáceos se define como una enfermedad neurobiológica crónica, caracterizada por comportamientos que incluyen uno o más de los siguientes: deterioro del control sobre el consumo de drogas, uso convulsivo, uso continuado a pesar del daño y deseo irresistible de consumir una determinada sustancia.

Verdadero **Falso**

• ***En las siguientes cuestiones de respuesta múltiple deberá señalar con un círculo la opción correcta, que únicamente será una de ellas.***

21. La vía de administración recomendada de analgésicos opiáceos a los pacientes con dolor oncológicos prolongado es:

- a. Intravenoso
- b. Intramuscular
- c. Subcutáneo
- d. Oral
- e. Rectal

22. La vía de administración recomendada de los analgésicos opiáceos a los pacientes con dolor breve pero severo y de inicio repentino (p. ej., traumatismo o dolor postoperatorio) es:

- a. Intravenoso
- b. Intramuscular
- c. Subcutáneo
- d. Oral
- e. Rectal

23. La mejor opción para el tratamiento de dolor oncológico prolongado moderado o intenso es:

- a. codeína
- b. morfina
- c. meperidina
- d. tramadol

24. La dosis de morfina i.v. administrada en intervalos de 4h que es equivalente a 30mg de morfina vía oral cada 4h es:

- a. La Morfina 5mg IV
- b. La morfina 10mg IV
- c. La morfina 30mg IV
- d. La morfina 60mg IV

25. Los analgésicos para el dolor postoperatorio se deben dar inicialmente:

- a. Durante todo el día en un horario fijo
- b. Sólo cuando el paciente pide la medicación
- c. Sólo cuando la enfermera determina que el paciente tiene una incomodidad moderada o mayor

26. La probabilidad de depresión respiratoria de un paciente que ha estado recibiendo durante 2 meses analgésicos opiáceos a diario y que hoy se le administra analgésicos opiáceos (250mg/h intravenoso) durante 3h es:
- Menos del 1%
 - 1-10%
 - 20.11%
 - 21-40%
 - >41%
27. La explicación más probable del porqué un paciente con dolor solicitaría dosis crecientes de medicación es:
- El paciente está experimentado un aumento del dolor.
 - El paciente experimenta aumento de la ansiedad o la depresión.
 - Al paciente se le pide más atención personal.
 - Las peticiones del paciente se relacionan con la adicción.
28. Los siguientes medicamentos son útiles para el tratamiento del dolor oncológico:
- El ibuprofeno.
 - La hidromorfona
 - La gabapentina
 - Todo lo anterior
29. El juez más exacto de la intensidad del dolor del paciente es:
- El médico tratante
 - La enfermera de cabecera del paciente
 - El paciente
 - El farmacéutico
 - El cónyuge o la familia del paciente.
30. La mejor manera de tratar las consideraciones culturales al cuidar pacientes con dolor es:
- Ya no existen influencias culturales debido a la diversidad de la población
 - Las influencias culturales pueden ser determinadas por el origen étnico de una persona.
 - Los pacientes deben ser evaluados individualmente para determinar las influencias culturales.
 - Las influencias culturales pueden ser determinadas por el nivel socioeconómico de una persona.
31. La probabilidad de que la adicción a los opiodes sea consecuencia de un tratamiento con analgésicos opiáceos es:
- <1%
 - 5 – 15%
 - 25– 50%
 - 75 – 100%
32. El tiempo que tarda la morfina administrada por vía intravenosa en alcanzar el “punto pico” o de acción máxima es de:
- 15 minutos
 - 45 minutos
 - 1 hora
 - 2 horas

33. El tiempo que tarda la morfina administrada por vía oral en alcanzar el “punto pico” o de acción máxima es de:
- 5 min.
 - 30 min
 - 1 - 2 horas
 - 3 horas.
34. Después de la interrupción brusca de un opiode, la dependencia física se manifiesta por lo siguiente:
- sudoración, bostezos, diarrea y agitación en los pacientes cuando el opiode se interrumpe abruptamente.
 - deterioro del control sobre consumo de drogas, con uso y deseo compulsivo.
 - necesidad de dosis más altas para lograr el mismo efecto.
 - a y b
35. A un paciente sonriente y que ha valorado su dolor con un 8 en la escala EVA ¿le administramos morfina?
- No le administramos morfina en ese momento
 - Le administramos 1mg de morfina ahora.
 - Le administramos 2mg de morfina ahora.
 - Le administramos 3mg de morfina ahora.
36. A un paciente quejoso y que ha valorado su dolor con un 8 en una escala EVA ¿le administramos morfina?
- No le administramos morfina en ese momento
 - Le administramos 1mg de morfina ahora.
 - Le administramos 2mg de morfina ahora.
 - Le administramos 3mg de morfina ahora.

11.2 ANEXO 2

Respuesta del Comité de ética.

	SERVICIO DE SALUD DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS	HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS
		Comité de Ética de la Investigación del Principado de Asturias C/ Castiello Villanov 54 33008 - Oviedo Tfno: 985.10.79.27/985.10.80.28 e-mail: ética_asturias@bca.es
		Área Científica
Oviedo, 13 de Febrero de 2015		
<p>El Comité Ético de Investigación Clínica Regional del Principado de Asturias, ha revisado el Proyecto de Investigación nº 26/15, titulado: "GRADO DE CONOCIMIENTO SOBRE EL DOLOR EN EL PACIENTE POSQUIRÚRGICO DEL PERSONAL DE ENFERMERIA DE LOS SERVICIOS DE REANIMACION Y URPA DEL HOSPITAL CENTRAL DE ASTURIAS" Investigadora Principal Noelia González Prieto . Departamento de Medicina universidad e Oviedo.</p>		
<p>El Comité ha tomado el acuerdo de considerar que el citado proyecto reúne las condiciones éticas necesarias para poder realizarse y en consecuencia emite su autorización.</p>		
<p>Le recuerdo que deberá guardarse la máxima confidencialidad de los datos utilizados en este proyecto.</p>		
Fdo: Eduardo Arnáez Moral Secretario del Comité Ético de Investigación Clínica Regional del Principado de Asturias		

11.2 ANEXO 3

Respuesta de la Dirección de Enfermería del HUCA.



SERVICIO DE SALUD
DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

GERENCIA ÁREA SANITARIA IV

HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS

DIRECCIÓN DE ENFERMERÍA

Oviedo, 19 de febrero de 2015

Asunto: Respuesta a solicitud para realización trabajo de investigación.

D. Ramón Corral Santoveña, Director de Gestión de Cuidados y Enfermería del Área Sanitaria IV, autoriza a:

D^a. NOELIA GONZÁLEZ PRIETO

Alumna del Master en Enfermería de Urgencias y Cuidados Críticos de la Universidad de Oviedo, para la recogida de datos destinada al trabajo Fin de Master que lleva por título **“Grado de conocimiento sobre el dolor en el paciente posquirúrgico, del personal de enfermería de los Servicios de Reanimación y URPA del Hospital Central de Asturias”**

Se recuerda a los solicitantes que en la utilización de estos datos debe mantenerse en todo momento la confidencialidad y privacidad de los mismos, tal como está previsto en la L.O. 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, y del R.D. 1720/2007, de 21 de diciembre, por el que se aprueba el Reglamento de Desarrollo de la Ley Orgánica 15/1999.

Asimismo le informamos que deberá de ponerse en contacto con el supervisor/a o responsable del servicio para presentarse y exponerle su proyecto.

Un saludo.



Fdo./ Ramón Corral Santoveña

Director de Gestión de Cuidados y Enfermería del Área IV

