



Universidad de Oviedo
Centro Internacional de Postgrado
Máster Universitario en Enfermería de Urgencias y
Cuidados Críticos.

Análisis del conocimiento de los profesionales de enfermería sobre el dolor y su influencia en la satisfacción de los pacientes sobre su manejo hospitalario.

Cristina Gómez Villabrille.

Mayo del 2021.

Trabajo Fin de Máster.



Universidad de Oviedo
Centro Internacional de Postgrado
Máster Universitario en Enfermería de Urgencias y
Cuidados Críticos.

Análisis del conocimiento de los profesionales de enfermería sobre el dolor y su influencia en la satisfacción de los pacientes sobre su manejo hospitalario.

Trabajo Fin De Master Autora:

Cristina Gómez Villabrille

Tutor:

David Zuazua

Cotutor:

Alba Maestro



David Zuazua Rico, Doctor por la Universidad de Valencia, Exponer Área y Profesor Asociado de Ciencias de la Salud, Departamento Medicina, área Enfermería y Profesor del Máster de Enfermería de Urgencias y Cuidados Críticos por la Universidad de Oviedo.

Alba Maestro González, Doctora por la Universidad de Burgos, Profesora Asociada LOU3, Departamento de Medicina, área Enfermería y Profesora del Máster Enfermería de Urgencias y Cuidados Críticos por la Universidad de Oviedo.

CERTIFICAN: Que el Trabajo Fin de Máster presentado por Dña. Cristina Gómez Villabrille, titulado “Análisis del conocimiento de los profesionales de enfermería sobre el dolor y su influencia en la satisfacción de los pacientes sobre su manejo hospitalario”, realizado bajo la dirección de la Dr. David Zuazua Rico y la Dra. Alba Maestro González, dentro del Máster en Enfermería de Urgencias y Cuidados Críticos por la Universidad de Oviedo, reúne a nuestro juicio las condiciones necesarias para ser admitido como Trabajo Fin de Máster en la Universidad de Oviedo. Y para que así conste dónde convenga, firman la presente en Oviedo a 23 de mayo de 2021.

Fdo. David Zuazua Rico.

Tutor del Proyecto.

Vº Bº

Fdo. Alba Maestro Gonzalez

Cotutora del Proyecto.

Vº Bº

Agradecimientos

Quiero agradecer a mi tutor, David Zuazua Rico, por haber aceptado la propuesta para realizar este trabajo, su apoyo y consejos hasta el último momento para poder realizar este trabajo.

También a mi cotutora Alba Maestro González por sus correcciones y aportaciones.

Para finalizar, gracias a mis compañeras de trabajo de la UVI del Hospital de Cabueñes, por su gran apoyo y compañerismo durante estos meses tan duros de trabajo.

ÍNDICE

<u>1.INTRODUCCIÓN.</u>	3
<u>1.1.El dolor.</u>	4
<u>1.2.Fisiopatología del dolor.</u>	5
<u>1.2.1. Procesos básicos en la producción del dolor.</u>	5
<u>1.3. Tipos de dolor.</u>	7
<u>1.3.1. Según su duración:</u>	7
<u>1.3.2. Según su localización:</u>	8
<u>1.3.3. Según su curso:</u>	8
<u>1.3.4. Según su intensidad:</u>	8
<u>1.3.5. Según su patogenia:</u>	9
<u>1.4. Valoración y diagnósticos del dolor.</u>	9
<u>1.4.1. Instrumentos de evaluación del dolor.</u>	11
<u>1.5. Impacto del dolor sobre el paciente.</u>	14
<u>1.6. Tratamiento del dolor.</u>	16
<u>1.7. Conocimientos del dolor por los profesionales enfermeros.</u>	18
<u>1.8. Influencia en la satisfacción del paciente sobre su manejo del dolor hospitalario.</u>	19
<u>2.HIPÓTESIS.</u>	22
<u>3.OBJETIVOS.</u>	22
<u>3.1. Objetivo principal.</u>	22
<u>3.2. Objetivos secundarios.</u>	22
<u>4.METODOLOGÍA.</u>	23
<u>4.1- Ámbito de estudio.</u>	23
<u>4.2. Diseño.</u>	23
<u>4.3. Población a estudio.</u>	23
<u>4.3.1. Criterios de inclusión.</u>	24
<u>4.3.2. Criterios de exclusión.</u>	24
<u>4.4. Tamaño muestral.</u>	24
<u>4.5. Selección de muestra.</u>	25
<u>4.6. Variables.</u>	25
<u>4.6.1. Variables principales.</u>	25
<u>4.6.2. Variables sociodemográficas y laborales.</u>	26
<u>4.6.3. Variables de costes directos.</u>	26

<u>4.6.4. Variables de costes indirectos.</u>	27
<u>4.7. Instrumentos de recogida de datos.</u>	27
<u>4.8. Recogida de datos.</u>	27
<u>4.9. Análisis estadístico.</u>	29
<u>4.10. Aspectos éticos.</u>	30
<u>4.11. Limitaciones del estudio.</u>	30
<u>5.PLAN DE TRABAJO.</u>	31
<u>5.1. Cronograma.</u>	31
<u>5.2. Presupuestos solicitados.</u>	32
<u>5.2.1. Gastos de ejecución.</u>	32
<u>5.2.2. Gastos de difusión.</u>	32
<u>7.BIBLIOGRAFÍA.</u>	33
<u>7.ANEXOS.</u>	38
<u>ANEXO 1: Consentimiento informado.</u>	38
<u>ANEXO 2: Cuadernillo para recogida de datos en el personal sanitario.</u>	39
<u>ANEXO 3: Cuestionarios de satisfacción para los pacientes, relacionado al manejo del dolor durante la estancia en el hospital.</u>	41
<u>ANEXO 4: Pain management in hospitals: patients satisfaction and related barriers.</u>	42
<u>ANEXO 5: Pain management association with patient satisfaction among emergency department patients.</u>	43
<u>ANEXO 6: Percepción del dolor por cáncer y analgésicos opioides según lo determinado por el cuestionario del paciente.</u>	44
<u>ANEXO 7: APS Revised Patient Outcome Questionnaire Psychometrics</u>	50
<u>ANEXO 8: Cuestionario knowledge and attitudes survey regarding pain.</u>	55
.....	56

1. INTRODUCCIÓN.

Según la International Association for de Study of Pain (IASP) y la Sociedad Española del Dolor (SED) el dolor es *"una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada con una lesión presente o potencial o descrita en términos de la misma"* (1).

La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor en el año 2020 realizó una nueva definición sobre el dolor, definiendo a este como, una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada o similar a la asociada con daño tisular real o potencial. Las siguientes consideraciones fueron tomadas en cuenta para la nueva definición (1):

El dolor es una experiencia personal influenciada en diferentes grados por factores biológicos, psicológicos y sociales.

- El dolor y la nocicepción son fenómenos diferentes. El dolor no puede ser inferido solamente por la actividad de las neuronas sensoriales.
- Las personas aprenden el concepto de dolor a través de las experiencias de vida.
- Si una persona manifiesta una experiencia dolorosa, ésta debe ser respetada.
- Aunque el dolor usualmente cumple una función adaptativa, puede tener efectos adversos sobre la funcionalidad y el bienestar social y psicológico.

Una de las maneras para expresar dolor es por la descripción verbal; la incapacidad para comunicarse no niega la posibilidad de que un humano o animal experimente dolor (2).

La hospitalización de un paciente y las diferentes pruebas invasivas e intervenciones quirúrgicas que se pueden producir en su ingreso, suelen dar dolor en él, generando una

serie de respuestas negativas. El correcto manejo del dolor por parte de los cuidados enfermeros se ve relacionado con el grado de satisfacción final del paciente, por ello es importante que nuestra intervención sea lo más satisfactoria posible e, ya que influirá directamente en la calidad de cuidados percibidos por el paciente, reducirá los costes económicos de la atención sociosanitaria y disminuirá las complicaciones secundarias que pueden producirse sobre el paciente.

1.1. El dolor.

El dolor es una respuesta fisiológica, a modo de defensa, que tiene el objetivo de guardar la salud y de producir una alerta en cuanto a la existencia de agresiones que puedan producir lesiones. Esto conlleva a una visión positiva del dolor, siendo este esencial para conservar la integridad (3).

Según la revisión realizada por Martínez-Vázquez de Castro J et al. (4), la incidencia de dolor postoperatorio en España es elevada, situándose entre un 46%-53% y se sigue tratando de forma inadecuada debido entre otras causas, a la formación insuficiente de los profesionales responsables del cuidado de los enfermos en el período postoperatorio, a la falta de programas bien diseñados de analgesia postoperatoria y a la escasa importancia que se ha dado al dolor en el pasado (5). Su intensidad está influenciada principalmente por factores físicos, psíquicos y emocionales, aspectos de la personalidad, factores sociales, culturales, la existencia de una experiencia previa frente al dolor, la preparación en el preoperatorio, posibles complicaciones postoperatorias, el tratamiento anestésico y la calidad de los cuidados.

1.2. Fisiopatología del dolor.

Cuando se percibe un estímulo capaz de realizar una lesión en nuestro organismo, se percibe una señal de aversión y desagradable que nos lleva a defendernos o a huir de ese estímulo dañino. Esa percepción dolorosa que llega al cerebro, es un resultado de muchos eventos que desencadenan de una manera coordinada en nuestras neuronas, que componen la vía nociceptiva. Las señales nociceptivas después de llegar a la medula espinal, viajan por los tractos espinotalámicos hasta llegar a tálamo y otros núcleos del sistema límbico, donde se ven implicadas las respuestas emocionales y se pueden modular por una serie de mecanismos emocionales, para finalmente llegar a la corteza somatosensorial, donde finalmente se integra el fenómeno como dolor (6).

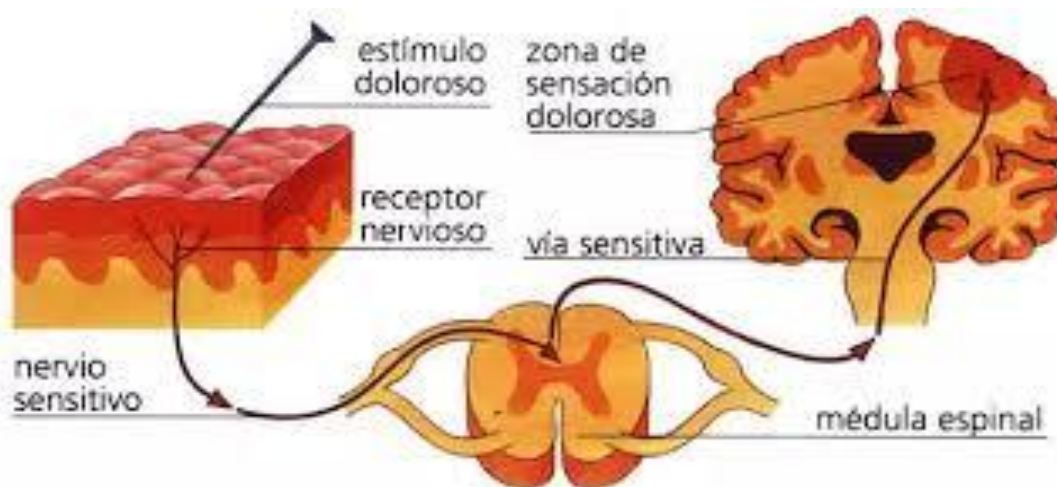
1.2.1. Procesos básicos en la producción del dolor.

Existen 4 procesos básicos en la producción de dolor (6):

- - **Transducción:** En la transducción los nociceptores traducen un estímulo físico, térmico o químico en una señal eléctrica.
- - **Conducción:** La señal eléctrica será conducida después a través de fibras nerviosas, principalmente tipo A-delta y C. Una vez que el estímulo nervioso llega a astas posteriores, entra el proceso de modulación.
- - **Modulación:** el proceso de modulación, en el cual se ven involucradas neuronas inhibitorias gabaérgicas y células de la glia. Del proceso de modulación resultante, la señal original puede ser aumentada o atenuada. La señal resultante viajará por los tractos espinotalámicos hasta llegar a tálamo y otros

núcleos del sistema límbico, donde se verán implicadas las respuestas emocionales y se pueden modular por emociones y atención, para finalmente llegar a la corteza somatosensorial donde finalmente se percibe como dolor. Tanto de la corteza como de núcleos del tallo cerebral se desencadena una respuesta inhibitoria descendente, mediada esencialmente por noradrenalina y serotonina. El objetivo de esta inhibición es disminuir el flujo de estímulos nociceptivos a corteza somatosensorial mas no abolir por completo estos estímulos.

En resumen, ante todo, esto, el paciente experimenta hipersensibilidad, disminución del umbral al dolor e hiperalgesia. Las células de amplio rango dinámico (WDR) que normalmente transmiten tacto, ahora transmiten dolor y hay una reducción en la inhibición moduladora eferente y en el número de interneuronas, que son inhibitorias (6,7). A todo este proceso se le llama sensibilización central y es la base de fondo en el dolor crónico.



1.3. Tipos de dolor.

La clasificación del dolor se puede realizar dependiendo de: su duración, localización, curso, intensidad y patogenia.

1.3.1. Según su duración:

- **Dolor Agudo.**

Limitado en el tiempo, es de instalación reciente y con duración menor a 3 meses, y está bien localizado. Presenta una serie de efectos indeseables, como consecuencia de la llegada del estímulo doloroso a distintos niveles del sistema nervioso central, aunque tiene un escaso componente psicológico (8).

- **Dolor Subagudo.**

Tiene mayor duración puede ir de los 3 a los 6 meses de duración.

- **Dolor Crónico.**

Es aquel que persiste a la causa original y tiene más de 3 meses de duración. No responde al tratamiento de una causa específica y no hay signos de actividad del Sistema Nervioso Autonomo. Se acompaña de componente psicológico, asociados a cambios de la personalidad y depresión (8).

- **Dolor Irruptivo.**

Se trata de un tipo de exacerbación del dolor, que se presenta de forma súbita y transitoria, de gran intensidad y de corta duración (usualmente inferior a 20-30 minutos), que aparece sobre la base de un dolor persistente estable (9).

1.3.2. Según su localización:

- **Dolor somático.**

Se trata de un dolor localizado, punzante. procedente de estímulos somáticos superficiales o profundos que resulta de activación de nociceptores y es transmitido por los nervios somáticos (8).

- **Dolor visceral.**

Es un dolor sordo, difuso y mal localizado, cuyo punto de partida son las vísceras huecas o parenquimatosas. Puede irradiarse a zonas alejadas al lugar donde se originó. Es habitual que se presente acompañado de síntomas neurovegetativos (6,7).

1.3.3. Según su curso:

- **Continuo.**

Persistente, que no desaparece en el tiempo.

- **Episódico.**

Dolor agudo transitorio en un paciente, cuyo dolor basal está controlado (10).

1.3.4. Según su intensidad:

- **Dolor Leve.**

Puede realizar actividades habituales.

- **Dolor Moderado.**

Interfiere con las actividades habituales. Suele precisar de tratamiento con opioides menores.

- **Dolor Intenso.**

Interfiere con el descanso. Precisa opioides mayores (6).

1.3.5. Según su patogenia:

- **Dolor neuropático.**

Es el resultado de una lesión y alteración de la transmisión de la información nociceptiva a nivel del sistema nervioso central o periférico.

- **Dolor nociceptivo.**

Es consecuencia de una lesión somática o visceral.

- **Dolor Psicógeno.**

Dolor no orgánico, que surge como consecuencia de padecimientos de origen psíquico. Interviene el ambiente psico-social que rodea al individuo (3,6).

1.4. Valoración y diagnósticos del dolor.

El dolor, como toda experiencia emocional es subjetivo; sólo el propio paciente sabe cuánto le duele, por eso, toda auto valoración debe ser tomada en cuenta (11).

Su cuantificación debe realizarse mediante la gran variedad de escalas, según los objetivos para las que están destinadas.

Ninguno de los signos físicos, como el aumento de la frecuencia cardíaca, tensión arterial, frecuencia respiratoria o cambios en la expresión facial que acompañan al dolor, mantienen una relación proporcional a la magnitud experimentada por el paciente. Tampoco los diferentes procesos a los que se someten los pacientes (intervenciones quirúrgicas, pruebas dolorosas, etc.) y su nivel de agresividad siempre son proporcionales a la intensidad del dolor, por lo que, dos pacientes con el mismo tipo de intervención no sienten el mismo grado de dolor, y la actitud que cada uno de ellos puede presentar dependerá de su personalidad, su cultura o su psiquismo (5).

En un intento de superar todos los inconvenientes citados anteriormente, para una valoración del dolor individualizada y lo más correcta posible, se han ido creando y validando una serie de escalas de medida.

La valoración es un proceso de base médica, mientras que la calificación de él, es un procedimiento ajustado a una normativa específica, tomando como referencia la valoración del paciente, previamente realizada. Lo correcto sería realizarla cuando el paciente presente la máxima mejoría clínica de la enfermedad, siendo agotadas todas las medidas de tratamiento existentes (11,12).

Para una correcta valoración y clasificación del dolor, el proceso patológico del paciente debe estar correctamente diagnosticado. En pacientes con enfermedades que presentan brotes, la valoración se realizará en los periodos intercríticos, teniéndose en cuenta la frecuencia y duración de los brotes.

1.4.1. Instrumentos de evaluación del dolor.

El dolor se trata de una dolencia individual y subjetiva, por lo que es bastante complicado realizar una valoración exacta y medible.

Recurriremos a diferentes instrumentos, que con el mínimo esfuerzo para el paciente, sean fácilmente comprensibles y que demuestren fiabilidad y validez, mediante las diferentes escalas y cuestionarios. Estas herramientas deben ser de fácilmente aplicables, útiles para la valoración cualquier tipo de dolor que presente el paciente y útiles y eficaces para cualquier persona. Destacaremos las escalas de medición del dolor.

Escalas de medición del dolor:

Nos permiten hacer una valoración inicial y comprobar el efecto de los tratamientos administrados. Se pueden dividir en: escalas subjetivas, escalas multidimensionales y escalas objetivas.

Escalas Subjetivas:

En estas, es el propio paciente el que nos informa acerca de su dolor. Hay varios tipos (13,14):

- **Escalas Unidimensionales:** tratan el dolor como una dimensión única o simple, y valoran exclusivamente su intensidad. Destacamos:
 - **Escala numérica verbal:** se interroga al paciente acerca de su dolor, 0 es “no dolor” y 10 el “máximo dolor imaginable”, dando un número con el que relacione su intensidad.
 - **Escala visual analógica (EVA):** línea horizontal o vertical de 10 cm de longitud dispuesta entre dos puntos donde figuran las expresiones “no dolor” y

“máximo dolor imaginable” que corresponden a la puntuación es de 0 y 10 respectivamente. El paciente marcará aquel punto de la línea que mejor refleje el dolor que padece.

- **Escala de expresión facial:** se representan una serie de caras con diferentes expresiones que van desde la alegría, modificándose sucesivamente hacia la tristeza hasta llegar al llanto.

- **Escalas Multidimensionales:** Valoran aspectos sensoriales y no sensoriales de la experiencia dolorosa incluyendo su intensidad, cualidad y aspectos emocionales (11,14). Entre ellos están:

- **Cuestionario de McGill:** se presenta al paciente una serie de palabras agrupadas que describen las dos dimensiones que integran la experiencia dolorosa (sensorial y emocional), incluyendo una tercera dimensión que es la evaluativa. Cada una de ellas tienen asignado un número para así obtener una puntuación; esta puntuación refleja el modo en que el paciente califica su propia experiencia dolorosa y así poder valorar la influencia dolorosa que ejercen los factores emocionales y sensoriales que la forman. Por su complejidad, este cuestionario es de poca utilidad en la valoración del dolor postoperatorio (5).

- **Brief Pain Inventory:** Desarrollado originalmente para el dolor oncológico; es muy utilizado en clínica e investigación para evaluar la intensidad e impacto del dolor y los efectos del tratamiento analgésico. Hay dos versiones, la larga y la corta, ambas validadas en español.

□ Escalas Objetivas.

En ellas, el observador es quien valora la intensidad del dolor que sufre el paciente. Está basada en la observación del comportamiento o actitudes del enfermo, como son la expresión facial, su movilidad, la tensión arterial o su frecuencia cardíaca. Al tratarse el dolor de algo subjetivo no será la más exacta para valorar, por lo que no es muy fiable. Si el observador carece de experiencia en la valoración y tiene prejuicios e ideas previas, puede generar sesgos en la valoración (5,14).

Las principales escalas objetivas son:

- **Behavioural Pain Scale (BPS):** escala para valorar el dolor en el paciente crítico que no puede comunicarse, en los casos de enfermos sometidos a sedación profunda, tratamiento con bloqueantes neuromusculares, tetraplejia o polineuropatía. Consta de tres ítems, valorando la expresión facial, el movimiento de miembros superiores y la adaptación a la ventilación mecánica (14).

- **Escala de conductas indicadoras de dolor (ESCID):** diseñada y validada para pacientes no comunicativos. Mide los ítems de, musculatura facial, tranquilidad, tono muscular y la adaptación a ventilación mecánica y su confortabilidad (15).

- **Critical-Care Pain Observation Tool (CPOT):** también se usa en los pacientes que no pueden comunicarse. Se valora cuatro ítems conductuales como son la expresión facial, los movimientos del cuerpo, la tensión muscular y la adaptación al ventilador en pacientes intubados o la vocalización en pacientes extubados (15).

- **Escala de Campbell:** La Sociedad Española de Medicina Intensiva y Unidades Coronarias (SEMICYUC) la propuso para su uso en pacientes críticos sin capacidad de comunicación. Consta de 5 ítems conductuales, la musculatura facial, tranquilidad, tono muscular, respuesta verbal y confortabilidad (16).

1.5. Impacto del dolor sobre el paciente.

Las diferentes respuestas fisiológicas y psicológicas, provocadas por un control inadecuado del dolor pueden provocar mayor morbilidad e incluso mortalidad. El dolor no tratado puede ser responsable del aumento de múltiples complicaciones en el paciente. El uso combinado de agentes analgésicos y sedantes disminuye la respuesta de estrés.

El dolor afecta de forma relevante la calidad de vida de la población, con importantes consecuencias en el ámbito personal, familiar y social.

▪ **Impacto del dolor postquirúrgico sobre el organismo.**

Según el estudio "Complicaciones del dolor postoperatorio", un mal control del dolor, aumenta la morbilidad del paciente, ya que actúa sobre todos los sistemas del organismo (18,19,20):

- **Sistema Respiratorio:** una de las complicaciones más importantes es el deterioro de la función respiratoria. El dolor postquirúrgico es uno de los principales responsables del deterioro de esta función (17). Los principales factores implicados en la aparición de complicaciones pulmonares son: la edad, el estado nutricional, patologías asociadas, hábito tabáquico, tipo de cirugía, la técnica quirúrgica y su duración. Para prevenir las complicaciones pulmonares se han utilizado numerosos métodos, destacando la fisioterapia respiratoria (16).

- **Sistema Cardiovascular:** causa importante de mortalidad postoperatoria (17).

Durante este periodo se produce un aumento la frecuencia cardíaca, la tensión arterial y el gasto cardíaco, facilitando la aparición de arritmias o patologías isquémicas. Estas alteraciones pueden ocasionar una descompensación aguda en pacientes de riesgo cardiológico, que pueden llegar a un infarto o fallo cardíaco durante el postoperatorio inmediato, ya que es en este periodo cuando el dolor suele alcanzar una mayor intensidad¹⁸.

- **Sistema Gastrointestinal:** la actividad digestiva disminuye, principalmente por la inactividad del paciente. Por tanto, las complicaciones vienen determinadas por este descenso de actividad digestiva, pudiendo llegar a aparecer una distensión abdominal, náuseas, vómitos o íleo paralítico. Esta depresión de la función gastrointestinal y la incidencia de náuseas y vómitos, puede verse agravada si el paciente es tratado con opioides contra el dolor postoperatorio (18).

- **Sistema Osteo-Muscular:** la inmovilización por la presencia de dolor, dificulta la recuperación. La rehabilitación, dificultará el desarrollo de la atrofia muscular (17).

▪ **Repercusiones del dolor a nivel psicológico.**

El dolor es una experiencia fundamentalmente emocional, el cual está formado por dos componentes (18,20):

- El físico: definido por el tipo y la intensidad de la sensación experimentada.
- El psicológico: formado por factores cognitivos y emocionales.

Las reacciones psicológicas ante el dolor, son emociones como la angustia, miedo, depresión o ansiedad, siendo esta la más relevante en el ámbito quirúrgico, reconociéndose que, a mayor dolor, mayor ansiedad (18).

No se puede cuestionar el impacto emocional del dolor, pero no se debe diferenciar del que ocasiona las diferentes circunstancias agregadas, como la personalidad del paciente, el ingreso en el hospital, el miedo al dolor, etc (1).

Los pacientes que reciben técnicas psicológicas preoperatorias, experimentan menos dolor postquirúrgico, por ello es importante la existencia de un apoyo psicológico a los pacientes que van a someterse a una cirugía, especialmente si estas son de carácter agresivo y/o pueden poner en peligro la vida del paciente (4).

Todo tipo de dolor y otros síntomas o signos clínicos que puedan surgir en todo el proceso hospitalario, deben evaluarse adecuadamente para evitar complicaciones mayores (5).

1.6. Tratamiento del dolor.

El dolor es un problema de salud cuyo abordaje resulta prioritario por su frecuencia y repercusión en la calidad de vida de las personas, así como por la variabilidad asociada a su manejo y el consiguiente impacto en los resultados en salud y en la calidad de vida de los pacientes.

Un tratamiento correcto del dolor, implica abordar todas las dimensiones personales del ser humano, tanto de manera física, psicológica, social y espiritual/existencial de la persona que lo experimenta. Para que el tratamiento sea efectivo se debe conocer la patología base del dolor.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha desarrollado una escalera de tres peldaños que ayuda a organizar el planteamiento farmacológico del tratamiento del dolor (19).

1. Los fármacos del peldaño 1, se utilizan para el dolor leve, que generalmente se clasifica entre 1 y 3 en una escala de 11 puntos, donde el 0 corresponde a la ausencia de dolor y el 10 al peor dolor posible.
2. Los fármacos del peldaño 2, se utilizan para el dolor moderado, que de forma característica se clasifica entre 4 y 6.
3. Los fármacos del peldaño 3 se utilizan para el dolor intenso, clasificado entre 7 y 10.

- **PELDAÑO 1: Tratamiento del dolor leve.**

El uso de no opioides, como son los antiinflamatorios no esteroideos (AINES), pirazonas, paracetamol o ácido acetil salicílico.

- **PELDAÑO 2: Tratamiento del dolor moderado.**

Se trata de opioides leves, como son la codeína y el tramadol.

- **PELDAÑO 3: Tratamiento del dolor intenso.**

El dolor intenso se trata con los opiáceos. Comprenden la morfina, la oxicodona, la hidromorfona, el fentanilo, el remifentanilo y la metadona (20).



1.7. Conocimientos del dolor por los profesionales enfermeros.

El conocimiento acerca del dolor es un factor importante para el correcto manejo del mismo.

En normas generales los profesionales de enfermería, son el principal personal sanitario encargado del manejo del dolor, el desconocimiento de esta personal resulta un factor limitante, por ello se busca realizar una guía de formación generalizada para ellos, relacionando que a mayor conocimiento mejor manejo del dolor y por lo tanto mayor satisfacción del paciente.

A pesar de la magnitud del problema y del interés profesional, científico y social que supone la atención y el tratamiento de la persona con dolor crónico, este problema está infravalorado o inadecuadamente tratado. En normas generales el personal enfermero es el principal personal sanitario encargado del manejo del dolor, el desconocimiento de esta personal resulta un factor limitante, por ello se busca realizar una guía de formación generalizada para ellos, relacionando que a mayor conocimiento mejor manejo del dolor y por lo tanto mayor satisfacción del paciente.

En la actualidad existen distintos cuestionarios que detectan el nivel de conocimientos que posee el personal sanitario sobre el dolor. Los principales cuestionarios son (21):

- **Knowledge and Attitudes Survey Regarding Pain.**

Permite diferenciar los niveles de conocimientos sobre el dolor, según las indicaciones de la “Organización Mundial de la Salud” (OMS), la “American Pain Society” y las “National Comprehensive Cancer Network Pain Guidelines”.

El cuestionario comprende 39 ítems, de las cuales son 22 preguntas de verdadero o falso, 15 preguntas de opción múltiple y 2 cuestiones con respuesta múltiple de dos

casos clínicos. Este instrumento es de los más utilizados en varios estudios en todo el mundo (22,23).

- **Pain Knowledge and Attitudes (PAK).**

Se trata de un cuestionario de 21 ítems en una escala Likert, en las que trata sobre todas las dimensiones del dolor. (22)

El cuestionario PAK cuantifica la adherencia a los criterios científicos relacionados con el conocimiento del dolor en una escala de 0 (puntuación estándar 0%; nivel de conocimiento y actitud menos favorable) a 40 (puntuación estándar 100%; puntuación más favorable). Sin embargo, la PAK no evalúa otros aspectos importantes del manejo del dolor más ligados a la práctica clínica, como el cumplimiento o la motivación para abordar el problema del dolor en el ámbito hospitalario.

- **Brockopp and Warden Pain Knowledge Questionnaire (BWPKQ).**

Es un cuestionario de 25 ítems con opciones de respuesta verdadero/falso acerca de las diferentes dimensiones de dolor. Su uso a día de hoy es limitado (22,23).

1.8. Influencia en la satisfacción del paciente sobre su manejo del dolor hospitalario.

La satisfacción entre personal sanitario y paciente, se puede considerar como un concepto multidimensional, con variedad de componentes, en función de la prestación ofrecida (hospitalización, consultas, urgencias, etc.) y directamente relacionada con el componente afectivo de la actitud hacia el sistema sanitario, donde la diferencia entre expectativas y percepciones es el elemento clave (30). Está considerada como un elemento deseable e

importante de la actuación médica y enfermera. Y depende de si el cuidado enfermero que se le proporciona, cumple con las expectativas del paciente o si este percibe el servicio brindado. Por lo que podemos decir que es una medida del resultado de la interacción entre el profesional de la salud y el paciente.

La satisfacción del paciente es el resultado tras realizar 3 etapas correctamente, realizadas en el cuidado enfermero del paciente, constaría de:

- 1- Un estudio transversal de la información.
- 2- Evaluación del paciente.
- 3- Tratamiento para paliar el dolor.

Diferentes investigaciones correlacionan la satisfacción del paciente con una menor intensidad del dolor y la percepción de control con un buen alivio del dolor.

Las encuestas que se realizan al paciente pueden proporcionar información útil a las prácticas que pueden ayudar a mejorar la experiencia del paciente de la atención y aumentar la retención de pacientes. Entre ellas podemos destacar (20,24):

- **Satisfacción con relación al manejo del dolor durante la estancia en el hospital (Anexo 3).** Realizada por los autores Arbonés E. et al., efectuada para mejorar el manejo del control del dolor en diferentes centros hospitalarios, dirigido a los pacientes ingresados en sus centros, con la finalidad de conocer la opinión y la actitud de los profesionales hospitalarios. El cual consta de 2 cuestiones, una sobre cuál es su grado de satisfacción con la atención recibida mientras ha sido tratado de su dolor y la segunda de como de satisfecho ha estado con los tratamientos aplicados para su dolor (25).

- **Manejo del dolor en los hospitales y la satisfacción de los pacientes (Anexo 4).**
Realizada por Tawin Samah et al., cuestionario que, mediante factores predictivos del manejo del dolor asociados con la satisfacción del paciente, como son el miedo a distintos efectos secundarios como son la adicción, la somnolencia, el estreñimiento, etc., y distintas cuestiones acerca de la interacción entre el paciente y el profesional que maneja su dolor (26).
- **Encuesta de satisfacción del manejo del dolor ofrecido en el servicio de urgencias (Anexo 5).** Elaborada por las autoras Hemangini C. Bhakta y Catherine A. Marco (27), se compone de dos cuestiones acerca de lo malo y bueno que salió de su visita en el servicio de urgencias.
- **Cuestionario de satisfacción en el manejo del dolor en el paciente oncológico (Anexo 6).** Se trata de un cuestionario de un total de 61 preguntas, diferenciadas en distintos apartados:
 - Cuestiones generales.
 - El tratamiento y su dolor en el tiempo.
 - Acerca de los cuidados médicos recibidos.
 - Dolor actual y la medicación recibida.
 - Rutas de medicación y sus vías de administración.
 - Este apartado se divide en 3: acerca de la medicación oral, intravenosa y transdérmica.
 - Cuestiones finales generales sobre la satisfacción y su dolor actual (28).

- **APS Revised Patient Outcome Questionnaire Psychometrics (Anexo 7).** Se trata de un cuestionario de 12 preguntas en las cuales se le pregunta al paciente postquirúrgico en las primeras 24 horas tras la intervención.

2.HIPÓTESIS.

Cuanto mayor es el conocimiento enfermero acerca del dolor, su manejo y tratamiento en los pacientes hospitalarios, la calidad del mismo y la satisfacción del paciente sobre el manejo de su dolor será mayor.

3.OBJETIVOS.

3.1. Objetivo principal.

- Analizar la relación que hay entre el conocimiento sobre el manejo del dolor que tienen los profesionales enfermeros y su influencia en la satisfacción percibida por los pacientes quirúrgicos a cargo del servicio de traumatología sobre el tratamiento de su dolor.

3.2. Objetivos secundarios.

- Analizar el nivel de conocimientos acerca del dolor, su manejo y tratamiento que poseen los profesionales de enfermería.
- Conocer el nivel de satisfacción de los pacientes acerca del manejo de su dolor.
- Determinar si existen diferencias en función de las diferentes variables sociodemográficas.

4.METODOLOGÍA.

4.1- Ámbito de estudio.

Este análisis se llevará a cabo en el Hospital Universitario de Cabueñes (HUCAB) de Gijón, en las distintas plantas de hospitalización del hospital donde se encuentren pacientes postquirúrgicos, que cumplan los criterios de inclusión marcados, proporcionándoles los cuestionarios a los pacientes hospitalarios.

El HUCAB es el hospital de referencia en el área V de Asturias, formada por los concejos de Gijón, Carreño y Villaviciosa. ubicado en la ciudad asturiana de Gijón. En el año 2020 tuvo un total de 457 camas, la media de la estancia hospitalaria del paciente fue de 7.30 días.

En cuanto al paciente a estudiar seleccionaremos el paciente postquirúrgico hospitalizado en el HUCAB. Este posee los servicios quirúrgicos de traumatología y ortopedia, cirugía general, cirugía vascular, otorrinolaringología, ginecología, oftalmología, dermatología y urología.

4.2. Diseño.

Se llevará a cabo un estudio descriptivo transversal.

4.3. Población a estudio.

- Pacientes postquirúrgicos, ingresados en el HUCAB.

4.3.1. Criterios de inclusión.

- Pacientes postquirúrgicos, ingresados en el Hospital de Cabueñes, que sean mayores de 18 años, que sepan leer y escribir y que otorguen su consentimiento para participar en el estudio.
- Para el personal: profesionales que poseen el título universitario de enfermería.

4.3.2. Criterios de exclusión.

- Pacientes que no comprendan el castellano.
- Pacientes menores de edad.
- Pacientes que se encuentren en fase terminal o con demencia y no puedan responder con facilidad al cuestionario de satisfacción.
- Profesionales enfermeros que no trabajen en plantas de hospitalización medicoquirúrgicas.

4.4. Tamaño muestral.

- **Profesionales enfermeros que trabajan en las plantas de hospitalización:**

El número total de enfermeras que trabajan en las plantas de hospitalización del HUCAB es de 184.

- **Pacientes postquirúrgicos hospitalizados en las plantas del HUCAB:**

Teniendo en cuenta la memoria del año 2019 del HUCAB, en el año 2019 se realizaron un total de 4379 intervenciones quirúrgicas programadas y 1802 de tipo urgente. Siendo en total de intervenciones quirúrgicas realizadas de 6.181 (31).

Para el cálculo muestral, basándose en el número de 6.181 cirugías totales realizadas, con un nivel de confianza del 95% y un margen de error del 5%, el número de personas que se debe realizar la encuesta, es decir, la satisfacción, es de 362 pacientes. Se añadirá un 20% más, por posibles pérdidas.

4.5. Selección de muestra.

- De los pacientes, se incluirán a todos los pacientes hospitalizados en la HUCAB tras una intervención quirúrgica y que cumplan los criterios de inclusión.
- Cuando la recogida de datos sea más amplia, se realizaría una ponderación de las cirugías por servicio. Destacando el servicio de mayor actividad quirúrgica y el que menos, para así distribuir la muestra para que sea proporcional.
- De los profesionales, se incluirán a todos los trabajadores que cumplan los criterios de inclusión.

4.6. Variables.

4.6.1. Variables principales.

- Grado de satisfacción del manejo de su dolor de los pacientes ingresados en el HUCAB tras una intervención quirúrgica traumatológica.
- Nivel de conocimiento del personal del HUCAB graduado universitario en enfermería acerca del dolor y su manejo.

4.6.2. Variables sociodemográficas y laborales.

- **De pacientes ingresados con dolencias en el Hospital de Cabueñes:**
 - Edad: en años.
 - Estado civil.
 - Sexo: mujer/hombre.
 - Nivel de estudios.
 - Situación laboral.
 - Tipo de cirugía.

- **De los profesionales que trabajan en el hospital:**
 - Sexo: mujer/hombre.
 - Edad: en años.
 - Experiencia profesional como enfermero en plantas de hospitalización médicoquirúrgicas.
 - Grado académico: ATS, DUE, Graduado, Máster, Doctorado.

4.6.3. Variables de costes directos.

- **Variables de recursos sanitarios:**
 - Tiempo de ingreso hospitalario.
 - Número de pruebas complementarias.
 - Tipo de pruebas complementarias.

4.6.4. Variables de costes indirectos.

- Pérdida de productividad laboral (días u horas de trabajo remunerado perdido)
- Actividades de ocio perdidas.

4.7. Instrumentos de recogida de datos.

- Para medir el grado de satisfacción de los pacientes ingresados, se utilizará el cuestionario APS Revised Patient Outcome Questionnaire Psychometrics.
- Para medir el conocimiento acerca del dolor en el profesional universitario en enfermería, se utilizará el cuestionario Knowledge and Attitudes Survey Regarding Pain.

4.8. Recogida de datos.

En primer lugar, se solicitará permiso al comité de ética e investigación regional. Posteriormente a la dirección de enfermería del HUCAB y finalmente contactará con las supervisoras de las plantas de hospitalización incluidas en el estudio para presentarles el proyecto y explicarles los objetivos de la investigación.

- **Recogida de datos acerca del nivel del conocimiento del dolor por los profesionales enfermeros:**

La recogida de datos se realizará mediante el cuestionario Knowledge and Attitudes Survey Regarding Pain (Anexo 8).

El procedimiento será el siguiente: tras el contacto y la aprobación de las supervisoras de las plantas de hospitalización se les proporcionará el cuestionario, este está comprendido de 39 ítems, de los cuales son, 22 preguntas de verdadero o falso, 15 preguntas de opción múltiple y 2 cuestiones con respuesta múltiple de dos casos clínicos. Cuando se desarrolló este test, no estaba establecido la nota en la cual se

consideraba una aprobación correcta de conocimientos acerca del dolor. Sin embargo, en estudios posteriores se estableció como aprobado una puntuación del 80% (22).

Se le expondrá los criterios de inclusión y exclusión del estudio de los profesionales de enfermería para poder participar.

La selección del personal será realizada bajo la supervisión del investigador y la supervisora de planta.

Las enfermeras una vez estén informadas acerca del estudio y de sus objetivos y acepten la participación voluntaria del mismo, se les entregará el cuestionario Knowledge and Attitudes Survey Regarding Pain (22,23), tras la información oportuna del mismo. A todos los participantes se les garantizará el anonimato y la completa confidencialidad de los datos. Para la recogida de los cuestionarios se dejarán unos sobres cerrados en las distintas plantas hospitalarias, indicando a los participantes que depositen allí las encuestas, una vez cumplimentadas. El investigador principal pasará posteriormente a recogerlas.

▪ **Recogida de datos de los pacientes postquirúrgicos hospitalizados:**

Se realizará un consentimiento informado que se les proporcionará a cada uno para participar en el estudio. Se solicitará un registro diario (de lunes a viernes) de los pacientes ingresados en las plantas asignadas.

El procedimiento será el siguiente: tras el ingreso hospitalario, se localizará la habitación del paciente en planta de hospitalización. Una vez que el paciente esté informado del estudio y acepte participar de forma voluntaria en el mismo, firmará el consentimiento informado y se le entregará el cuestionario APS Revised Patient Outcome Questionnaire Psychometrics.

El cuestionario será distribuido por la investigadora principal, que no estará implicada en la atención del paciente durante su ingreso hospitalario. Acudirá a las plantas de hospitalización, una vez cumplimentados el cuestionario, serán introducidos en un sobre cerrado que será custodiado por la investigadora principal del estudio. Para la recogida de los cuestionarios se dejarán unos sobres cerrados en las distintas plantas hospitalarias, indicando a los participantes que depositen allí las encuestas, una vez cumplimentadas. El investigador principal pasará posteriormente a recogerlas.

Los datos serán estrictamente confidenciales y serán utilizados únicamente para la investigación.

4.9. Análisis estadístico.

Se realizará un análisis descriptivo de cada variable, proporcionando la distribución de frecuencias para variables cualitativas, y medidas de posición tales como la media, la mediana, desviación típica y rango, en el caso de variables cuantitativas.

A la hora de realizar la comparación de variables se optará por un modelo de efectos fijos.

La comparación de variables cuantitativas entre dos grupos se llevará a cabo a través del test t de Student (con la correlación de Welch si las varianzas son distintas), o el test de Wilcoxon para muestras independientes según se verifique o no la hipótesis de normalidad.

La comparación de variables cuantitativas entre 3 categorías se realizará con el test ANOVA y el test post hoc de Tukey o del test de Kruskal-Wallis y test post hoc de Dunn, según se cumplan o no las hipótesis previas de normalidad (test de Shapiro-Wilk) y homocedasticidad (test de Bartlett y test de Ansari- Bradley).

El coeficiente de correlación de Pearson o de Spearman y el contraste de hipótesis asociado se emplearán para el estudio de relación lineal entre variables continuas en función del cumplimiento o no de la hipótesis de normalidad.

4.10. Aspectos éticos.

Toda la información obtenida durante el estudio será tratada conforme a la Ley Orgánica 3/2018, del 5 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal y garantía de derechos digitales. Se garantiza la confidencialidad de los datos y de la información obtenidos en este estudio. Todos los participantes que lo deseen recibirán información sobre el estudio. El consentimiento informado, que debe ser firmado para la participación, seguirá las pautas recogidas en la Ley 41/2002, del 14 de noviembre, reguladora de la autonomía del paciente y de los derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, que completa la Ley General de Sanidad. Los participantes podrán abandonar el estudio cuando deseen.

4.11. Limitaciones del estudio.

- 1- El momento en el que se realicen las entrevistas y se seleccionen los participantes puede influir sobre los resultados, ya que, de haberlo hecho en otro momento, se obtendría otra muestra distinta, con unos resultados que podrían diferir de los que nosotros obtengamos.
- 2- La actual pandemia del coronavirus (Covid-19) ha cambiado completamente la actividad sanitaria. También es probable que el periodo de estudio planeado sufra cambios en función de la evolución de la pandemia. Pudiéndose ver afectada la recogida de datos.

3- Al ser una recogida de carácter voluntario, puede que no se obtenga una cantidad adecuada de enfermeros y pacientes, que quieran participar en el estudio.

5.PLAN DE TRABAJO.

5.1. Cronograma.

ACTIVIDADES	Dic. 20	En. 21	Feb. 21	Mar. 21	Ab. 21	May. 21	Jun. 21	Jul. 21	Ag. 21	Sept. 21	Oct. 21	Nov. 21	Dic. 21	En. 22
Reunión de investigadores														
Búsqueda bibliográfica, elaboración del proyecto y aceptación del estudio.														
Búsqueda de colaboradores.														
Solicitud de permisos														
Recogida de datos.														
Análisis y obtención de resultados.														
Presentación del informe final con los resultados.														
Comienzo de la difusión de resultados.														

5.2. Presupuestos solicitados.

5.2.1. Gastos de ejecución.

- - Compra de bienes y contratación de servicios (bienes inventariables, material fungible, gastos complementarios):
 - Bibliografía: 300€
 - Elaboración cuaderno de recogida de datos y cuestionarios: 300€
 - Asesoría estadística y metodológica: 400€
 - Traducciones: 800 €

5.2.2. Gastos de difusión.

- - Publicaciones en acceso abierto: 1.000€
- - Presentación en congreso nacional:
 - Inscripción: 400€
 - Transporte y manutención: 500€

7. BIBLIOGRAFÍA.

1. La IASP actualiza la definición de dolor por primera vez desde 1979 [Internet]. www.sedolor.es. 2020 [citado 2 enero 2021]. Disponible en: <https://www.sedolor.es/la-iasp-actualiza-la-definicion-de-dolor-por-primera-vez-desde-1979/>
2. Nueva definición de dolor según la IASP [Internet]. www.dolor.com. 2020 [citado 2 enero 2021]. Disponible en: <https://www.dolor.com/es-es/para-sus-pacientes/tipos-de-dolor/nueva-definicion-dolor>.
3. Zegarra Piérola Jaime Wilfredo. Bases fisiopatológicas del dolor. Acta méd. peruana [Internet]. 2007 mayo [citado 2021 enero 08]; 24(2): 35-38. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172007000200007&lng=es.
4. Martínez-Vázquez de Castro J, Torres LM. Prevalencia del dolor postoperatorio. Alteraciones fisiopatológicas y sus repercusiones. Rev Soc Esp Dolor. 2000; 7(7): 465-476.
5. Muñoz JM. Manual de dolor agudo postoperatorio. Madrid: Comisión Hospital sin Dolor. Hospital Universitario La Paz; 2010.
6. Puebla Díaz F. Tipos de dolor y escala terapéutica de la O.M.S.: Dolor iatrogénico. Oncología (Barc.) [Internet]. 2005 Mar [citado 2021 enero 08]; 28(3): 33-37. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0378-48352005000300006&lng=es.

7. García-Andreu Jorge. Manejo básico del dolor agudo y crónico. Anest. Méx. [revista en la Internet]. 2017 [citado 2021 mayo 06]; 29(Suppl 1): 77-85. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2448-87712017000400077&lng=es.
8. López Timoneda F. Servicio de publicaciones. Definición y clasificación del dolor. Madrid. Universidad Complutense de Madrid; 1996. 49-55. (López Timoneda F. Clínicas urológicas de la Complutense; vol 4).
9. Cánovas Martínez L., Rodríguez Rodríguez A. B., Castro Bande M., Pérez Arvizu L., López Soto C., Román Nuñez R.. Tratamiento del dolor irruptivo. Rev. Soc. Esp. Dolor [Internet]. 2012 Dic [citado 2021 Enero 16]; 19(6): 318-324. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462012000600006&lng=es.
10. Nabal M., Madrid F.. Dolor episódico: definición, etiología y epidemiología. R e v. Soc. Esp. Dolor [Internet]. 2002. [citado 2021 enero 16]; (9): 88-93. Disponible en: [2002_02_04.pdf \(sedolor.es\)](http://sedolor.es/2002_02_04.pdf)
11. Serrano- Atero MS, Caballero J, García-Saura PL, Serrano-Álvarez C, Prieto J. Valoración del dolor. Rev Soc Esp Dolor. 2002; 9 (2): 52-66.
12. Vicente-Herrero M.T., Delgado-Bueno S., Bandrés-Moyá F., Ramírez-Iñiguez-de-la-Torre M.V., Capdevilla-García L.. Valoración del dolor. Revisión comparativa de escalas y cuestionarios. Rev. Soc. Esp. Dolor [Internet]. 2018 Ago [citado 2021 enero 08]; 25(4): 228-236. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462018000400228&lng=es. <https://dx.doi.org/10.20986/resed.2018.3632/2017>.

13. Lázaro C, Caseras X, Torrubia R, Baños JE. Medida del dolor postoperatorio: análisis de la sensibilidad de diversos instrumentos de autovaloración. Rev Esp Anestesiol Reanim. 2003; 50 (5): 230-236.
14. Pardo C., Muñoz T., Chamorro C.. Monitorización del dolor: Recomendaciones del grupo de trabajo de analgesia y sedación de la SEMICYUC. Med. Intensiva [Internet]. 2006 Nov [citado 2021 Enero 07]; 30(8): 379-385. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0210-56912006000800004&lng=es.
15. López López C., Murillo Pérez M.A., Torrente Vela S., et al. Aplicación de la Escala de conductas indicadoras de dolor (ESCID) en el paciente con trauma grave no comunicativo y ventilación mecánica. Med intensiva. 2013; 24 (4): 137-144.
16. Topolovec Vranis J, Gélinas C, Li Y, Pollmann Mudryj MA, Innis J, McFarlan A, Canzian S. Validation and evaluation of two observational pain assessment tools in a trauma and neurosurgical intensive care unit. Pain Res Manag. 2013; 18(6):107-114.
17. Marchán Espinosa S, Gómez-Rico Pareja A. Manejo del dolor en el postoperatorio inmediato en pacientes intervenidos de prótesis total de rodilla. NURE Inv [revista en Internet] 2011 septiembre-octubre. [acceso 21 de diciembre de 2014]; 8(54): Disponible en: http://web2014.fuden.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/ORIGINAL/NURE54_original_manejodeldolor1872011171012.pdf
18. Muñoz-Blanco F, Salmerón J, Santiago J, Marcote C. Complicaciones del dolor postoperatorio. Rev Soc Esp Dolor. 2001; 8(3): 194-211.

19. Puebla Díaz F. Tipos de dolor y escala terapéutica de la O.M.S.: Dolor iatrogénico. *Oncología (Barc.)* [Internet]. 2005 Mar [citado 2021 enero 10]; 28(3): 33-37. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0378-48352005000300006&Ing=es.
20. Font Calafell A, Prat Borrás I, Arnau Barts A, Torra Feixas MJ, Baeza Ransanz T. Intervención educativa de enfermería para la gestión del dolor post-operatorio en cirugía mayor ambulatoria. *Enferm Clin*. 2011; 21(5): 248-255.
21. Tilquín C, Ferrús L, Portella E. Estrategias de medida de los cuidados de enfermería. *Gac Sanit*. 1992;6(29):71-7.
22. Zuazua-Rico, D et al., Spanish Version of the Knowledge and Attitudes Survey Regarding Pain, *Pain Management Nursing*, <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2018.12.007>
23. Zanolin ME, Visentin M, Trentin L, Saiani L, Brugnolli A, Grassi M. A Questionnaire to Evaluate the Knowledge and Attitudes of Health Care Providers on Pain. *J Pain Symptom Manage*. 2007;33(6):727-36.
24. Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad. Documento marco para la mejora del abordaje del dolor en el SNS. Madrid: Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad Centro de Publicaciones; 2014.680-14-160-8.
25. Arbonés E., Montes A., Riu M., Farriols C., Mínguez S.. El dolor en los pacientes hospitalizados: estudio transversal de la información, la evaluación y el tratamiento. *Rev. Soc. Esp. Dolor* [Internet]. 2009 Sep [citado 2021 marzo 07]; 16(6): 314-322. Disponible en:

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462009000600004&lng=es.

26. Tawil Samah, Iskandar Katia, Salameh Pascale. Pain management in hospitals: patients' satisfaction and related barriers. *Pharmacy Pract (Granada)* [Internet]. 2018 Sep [citado 2021 marzo 07]; 16(3): 1268. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1885642X2018000300010&lng=es. Epub 14-Oct-2019. <https://dx.doi.org/10.18549/pharmpract.2018.03.1268>.
27. Bhakta HC, Marco CA. Pain management: association with patient satisfaction among emergency department patients. *J Emerg Med*. 2014 Apr;46(4):456-64. doi: 10.1016/j.jemermed.2013.04.018. Epub 2013 Jul 10. PMID: 23849365.
28. Lim SN, Han HS, Lee KH, Lee SC, Kim J, Yun J, Park S, Park M, Choe Y, Ryoo HM, Lee K, Cho D, Zang DY, Choi J. A satisfaction survey on cancer pain management using a self-reporting pain assessment tool. *J Palliat Med*. 2015 Mar;18(3):225-31. doi: 10.1089/jpm.2014.0021. Epub 2015 Feb 4. PMID: 25650504.
29. Gordon DB, Polomano RC, Pellino TA, et all. .Revised american pain society patient outcome questionnaire (APS-POQ-R) for quality improvement of pain management in hospitalized adults: preliminary psychometric evaluation. *J pain*. 2010; 10 (11): 1172-1186.
30. Mira JJ, Aranaz J. La satisfacción del paciente como una medida del resultado de la atención sanitaria. *Medicina Clínica* 2000;114 (Supl 3):26-33
31. Servicio de salud del Principado de Asturias. Hospital de Cabueñes. Cierre anual 2020 Cuadro de mandos, información asistencial e indicadores. Gijón. SESPA. 2020.

7.ANEXOS.

ANEXO 1: Consentimiento informado.

INVESTIGADORA PRINCIPAL: Cristina Gómez Villabrille.

TÍTULO DEL PROYECTO: Análisis del conocimiento de los profesionales de enfermería sobre el dolor y su influencia en la satisfacción de los pacientes sobre su manejo hospitalario.

Yo..... con DNI....., manifiesto que:

- He recibido información sobre las características y los objetivos del estudio.
- He podido plantear todas las preguntas sobre el estudio necesarias para comprender sus condiciones. También podré ponerme en contacto en un futuro mediante el correo electrónico: cristinavillabrille@gmail.com
- He sido informado de forma clara y precisa de que todos los datos personales serán tratados de forma confidencial y anónima, protegidos e incluidos en una base de datos que estará sometida a la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.
- Conozco la posibilidad de abandonar de forma voluntaria la participación en el estudio sin necesidad de dar explicaciones.
- He leído y conozco el contenido del presente documento, comprendo los compromisos que asumo y los acepto expresamente. Por ello, presto libremente mi conformidad para participar en el estudio.

Fecha y firma.

ANEXO 2: Cuadernillo para recogida de datos en el personal sanitario.

HOJA DE INFORMACIÓN PARA EL PERSONAL PARTICIPANTE

INVESTIGADORA PRINCIPAL: Cristina Gómez Villabrille.

TÍTULO DEL PROYECTO: Análisis del conocimiento de los profesionales de enfermería sobre el dolor y su influencia en la satisfacción de los pacientes sobre su manejo hospitalario.

○ **¿Cuál es el propósito de este estudio?**

El propósito principal de este estudio es conocer la relación entre la formación de personal enfermero acerca del dolor y su tratamiento, con la satisfacción percibida por el paciente sobre su manejo de su dolor.

○ **¿Por qué me ofrecen participar en el estudio?**

La selección de los sujetos a participar depende de algunos de los criterios que se describen en el protocolo de investigación. A usted se le invita a participar ya que cumple con estos criterios.

○ **¿En qué consiste mi participación?**

La participación en este estudio se basa en la cumplimentación de un cuestionario. Usted podrá suspender su participación en cualquier momento del estudio.

○ **¿Qué riesgos o inconvenientes tiene?**

Este estudio no presenta ningún tipo de riesgo. El posible inconveniente que puede presentar es la sensación de incomodidad ante algún tema en concreto y que no desee contestar.

- **¿Obtendré algún beneficio por participar?**

No se espera que usted obtenga beneficio directo por participar en el estudio. La investigación pretende conocer si la formación acerca del dolor a los profesionales enfermeros está relacionado con la satisfacción y mejoría percibida por el paciente. En un futuro, es posible que estos descubrimientos sean de utilidad para mejorar la atención sanitaria al paciente con dolor.

- **¿Recibiré la información que se obtenga del estudio?**

Si lo desea, se le facilitará un resumen de los resultados del estudio.

- **¿Se publicarán los resultados de este estudio?**

Los resultados de este estudio serán remitidos a publicaciones científicas para su difusión, pero no se transmitirá ningún dato que pueda llevar a la identificación de los participantes.

- **¿Cómo se protegerá la confidencialidad de los datos?**

El tratamiento, la comunicación y la cesión de datos se realizará de conformidad con lo dispuesto en la Ley 3/2018, del 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. En todo momento, tendrá acceso a sus datos y podrá rectificarlos o cancelarlos.

Muchas gracias por su colaboración.

ANEXO 3: Cuestionarios de satisfacción para los pacientes, relacionado al manejo del dolor durante la estancia en el hospital.

1. ¿Cuál es su grado de satisfacción con la atención recibida mientras ha sido tratado de su dolor?

- Mucho o bastante contento.
- Indiferente.
- Algo o muy disgustado.
- Desconocido.

2. ¿Cómo de satisfecho ha estado con los tratamientos aplicados para su dolor?

- Mucho o bastante contento.
- Indiferente.
- Algo o muy disgustado.
- No registrado.

ANEXO 4: Pain management in hospitals: patients satisfaction and related barriers.

Factores predictivos del manejo del dolor asociados con la satisfacción del paciente		
Miedo a la adicción	SI	NO
Miedo a los efectos secundarios	SI	NO
Miedo al estreñimiento	SI	NO
Miedo a la somnolencia	SI	NO
Miedo a los costos adicionales	SI	NO
Miedo a más inyecciones	SI	NO
¿Cree que la falta de comunicación con un HCP puede ser una causa de mala gestión del dolor?	SI	NO
¿Cree que quejarse de dolor puede distraer al profesional de la salud del problema principal?	SI	NO
¿Crees que las buenas personas evitan hablar de su dolor?	SI	NO
¿Crees que el dolor construye el carácter?	SI	NO
¿Cree que los analgésicos deberían evitarse para enfermedades más graves?	SI	NO
¿Crees que el dolor es un tipo de castigo?	SI	NO
¿Se evaluó adecuadamente su dolor antes de la administración de analgésicos?	SI	NO
¿Cuál fue el tiempo más largo que tuvo que esperar para recibir un analgésico?	SI	NO
¿Hizo algún HCP seguimiento de su dolor?	SI	NO
¿Un HCP lo educó sobre el tratamiento del dolor?	SI	NO
¿Preguntó acerca de los analgésicos, pero no se los dieron?	SI	NO
¿Crees que el manejo del dolor fue útil?	SI	NO

Análisis multivariable para los predictores de satisfacción del paciente.

Variables independientes en modelo de regresión logística
¿Pidió medicamentos para el dolor, pero no se los dieron?
¿Se evaluó adecuadamente su dolor antes de la administración de analgésicos?
¿Tuvo que esperar más de 30 minutos antes de recibir un analgésico?
Miedo a los efectos secundarios.
Fear of additional costs

ANEXO 5: Pain management association with patient satisfaction among emergency department patients.

¿Qué salió bien durante esta visita al servicio de urgencias?

Encuesta de satisfacción del paciente.	
¿Qué salió bien durante esta visita al servicio de urgencias?	Salió bien. Buen manejo del dolor. Personal amable. Buen momento. Buena comunicación de información. Otros.
¿Qué no salió bien?	Todo salió mal. Mal manejo del dolor. Personal antipático. Mal momento. Mala comunicación de información. Otros.

ANEXO 6: Percepción del dolor por cáncer y analgésicos opioides según lo determinado por el cuestionario del paciente.

Percepción de dolor y analgésicos narcóticos	Absolutamente sí o sí	No o Absolutamente no	No sé	No o absolutamente no	No sé
Un buen paciente debe aguantar el dolor tanto como sea posible.					
La mayor parte del dolor se alivia lo suficiente.					
El uso de un analgésico puede fácilmente resultar una adicción.					
Es más fácil soportar el dolor que soportar los efectos secundarios de analgésicos.					
Los analgésicos deben guardarse para dolor severo.					
Deseo estar libre de dolor independientemente de la cura.					
El personal médico tiende a subestimar mi dolor.					
Creo que es mejor tener menos dolor que vivir más tiempo.					
El dolor causado por el cáncer puede ser controlado eficazmente por analgésicos.					
Quiero hablar con el personal médico sobre mi dolor en detalle.					

C.J. Evans et al. / Pain 112 (2004) 254–266

A Satisfaction Survey on Cancer Pain Management Using a Self-Reporting Pain Assessment Tool.

The Pain Treatment Satisfaction Scale

General

1. In general do you feel that your health is: *(check one)*

- ₁ Excellent
 ₂ Very Good
 ₃ Good
 ₄ Fair
 ₅ Poor

The following statements ask you about the level of pain that you suffer from. On a scale from 0 to 10, with 0 representing "no pain" and 10 representing the "worst pain possible," please circle the number that represents:

2.	How much pain you had in the last week.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	No pain											Worst pain possible
	pain											
3.	How much pain you had in the last 24 hours.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	No pain											Worst pain possible
	pain											
4.	How much pain you have right now.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	No pain											Worst pain possible
	pain											
5.	The level of pain you reach before asking your doctor for medication.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	No pain											Worst pain possible
	pain											
6.	The level of pain you reach before taking your medication.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	No pain											Worst pain possible
	pain											

Information About Pain and Its Treatment

The following questions ask about your **pain and its treatment**. Please answer each question below by checking the box that best represents your opinion (check only one box per question).

How much information would you have liked to have received about each of the following:		I would have liked much more information	I would have liked a little more information	The amount of information was right for me	I would have liked less information	I would have liked no information
7.	My illness or injury	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
8.	The cause(s) of my pain	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
9.	Treatment options for my pain	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
10.	Pain medication, in general	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
11.	Possible side effects of pain medication	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

Medical Care

The following statements ask about your **medical care**. Please answer each question below by checking the box that best represents your opinion (check only one box per question).

How much do you agree or disagree with each of the following statements:		Strongly agree	Somewhat agree	Neither agree nor disagree	Somewhat disagree	Strongly disagree
12.	It is easy to ask the medical staff questions.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
13.	The medical staff always do their best to keep me from worrying.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
14.	The medical staff is willing to provide me with the pain medication that I feel I need.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
15.	The medical staff provide adequate follow-up care.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
16.	The medical staff does not ask me about the pain I experience.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

Current Pain Medication

The following statements are about your **current pain medication**. Please answer each question below by checking the box that best represents your opinion (check only one box per question).

How much do you agree or disagree with each of the following statements:		Strongly agree	Somewhat agree	Neither agree nor disagree	Somewhat disagree	Strongly disagree
17.	My pain medication has a positive effect on my physical health .	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
18.	My pain medication helps me have a better outlook on life .	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
19.	My pain medication allows me to perform my daily activities more easily.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
20.	My pain medication allows me to participate in my leisure activities more often.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

21.	My pain medication helps me do things <u>independently</u> .	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
22.	My pain medication allows me to have better <u>relationships with others</u> .	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
23.	My pain medication improves my <u>mood</u> .	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
24.	My pain medication allows me to <u>concentrate</u> better.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

Pain Medication Route of Administration

How is your current pain medication administered? Please check all that apply and complete those sections.

- Orally (pills, capsules, liquid, etc.) → GO TO SECTION A
- By intravenous injections → GO TO SECTION B
- By patches → GO TO SECTION C

SECTION A

TO BE ANSWERED BY PATIENTS TAKING **ORAL** PAIN MEDICATION

How much do you agree or disagree with each of the following statements:		Strongly agree	Somewhat agree	Neither agree nor disagree	Somewhat disagree	Strongly disagree
25.	My oral pain medication is easy to swallow.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
26.	My oral pain medication leaves an after-taste.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

SECTION B

TO BE ANSWERED BY PATIENTS TAKING **INTRAVENOUS (IV)** PAIN MEDICATION

How much do you agree or disagree with each of the following statements:		Strongly agree	Somewhat agree	Neither agree nor disagree	Somewhat disagree	Strongly disagree
27.	My IV pain medication works quickly.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
28.	My IV pain medication hurts when it is injected.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
How much do you agree or disagree with each of the following statements:		Strongly agree	Somewhat agree	Neither agree nor disagree	Somewhat disagree	Strongly disagree
29.	My IV injections leave too many bruises.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

SECTION C

TO BE ANSWERED BY PATIENTS TAKING **PATCH** PAIN MEDICATION

How much you agree or disagree with each of the following statements:		Strongly agree	Somewhat agree	Neither agree nor disagree	Somewhat disagree	Strongly disagree
30.	My patch pain medication irritates my skin.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input checked="" type="checkbox"/> ₅

31.	My patch pain medication is easy to apply to my skin.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
32.	My patch pain medication is easy to take off.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
33.	My patch pain medication falls off easily.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

Side Effects of Medication

The following statements ask about **side effects** of your current pain medication. Please answer each question below by checking the box that best represents your opinion (check only one box per question).

Because of your pain medication, how much were you bothered by the following:		Did not experience	Not bothered at all	A Little bothered	Moderately bothered	Quite bothered	Extremely bothered
34.	Unintentional weight gain	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
35.	Excessive fatigue	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
36.	Drowsiness	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
37.	Inability to concentrate	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
38.	Nausea	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
39.	Diarrhea	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
40.	Dizziness	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
41.	Constipation	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
42.	Skin rashes	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
43.	Stomach aches	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
44.	Heartburn	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
45.	Vomiting	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

Satisfaction with Current Pain Medication and Care

The following statements are about your satisfaction with your **current pain medication and the care you receive**. Please answer each question below by checking the box that best describes your level of satisfaction (check only one box per question).

How satisfied are you with each of the following:		Very satisfied	Satisfied	Neither satisfied nor dissatisfied	Dissatisfied	Very dissatisfied
46.	The information that you received about your pain and its treatment	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
47.	The amount of time that doctors devoted to you during their visits/consultations	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
48.	The care provided by the nurses for your pain and its treatment	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
49.	The form of your medication (for example, pill, capsule, patch or injection)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
50.	How often you take your medication	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
51.	The amount of pain medication you take	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

How satisfied are you with each of the following:		Very satisfied	Satisfied	Neither satisfied nor dissatisfied	Dissatisfied	Very dissatisfied
52.	The time that it takes your pain medication to work	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
53.	The level or amount of pain relief provided by your pain medication	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
54.	The duration of pain relief provided by your pain medication	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

55. **Overall**, how satisfied are you with your current pain medication?

- ₁ Very Satisfied
₂ Satisfied
₃ Neither satisfied nor dissatisfied
₄ Dissatisfied
₅ Very Dissatisfied

56. **Overall**, how does your **level of pain relief** meet your expectations of pain relief?

- ₁ Greatly exceeds my expectations
₂ Somewhat exceeds my expectations
₃ Meets my expectations
₄ Does not quite meet my expectations
₅ Does not meet my expectations at all

57. Do you think that your current pain medication **could be** more effective in relieving your pain?

- ₁ Yes, definitely
₂ Probably yes
₃ I don't know
₄ Probably not
₅ Definitely not

58. Would you like to **continue** taking your current pain medication?

- ₁ Yes, definitely
₂ Probably yes
₃ I don't know
₄ Probably not
₅ Definitely not

59. Some people say that they get nervous at the thought of taking a pain medication for a **short time period**. Please check the closest description of how nervous you feel about taking your current pain medication for a short time period.

- ₁ Not at all nervous
₂ A little nervous
₃ Moderately nervous
₄ Very nervous
₅ Extremely nervous

60. Some people say that they get nervous at the thought of taking a pain medication for a **long time period**. Please check the closest description of how nervous you feel about taking your current pain medication for a long time period.

- ₁ Not at all nervous
₂ A little nervous
₃ Moderately nervous
₄ Very nervous
₅ Extremely nervous

61. Have you ever **used** another pain medication?

- Yes
 No

If Yes, overall, how would you compare your current pain medication with the other one?

- ₁ This medication is much better than my other one
₂ This medication is somewhat better than my other one
₃ This medication is about the same as my other one
₄ This medication is somewhat worse than my other one
₅ This medication is much worse than my other one

Thank you for your help.

ANEXO 7: APS Revised Patient Outcome Questionnaire Psychometrics

Las siguientes preguntas se refieren al dolor que experimentó durante las primeras 24 horas en el hospital o después de la operación.

1. En esta escala, indique el menor dolor que tuvo en las primeras 24 horas:

0 no dolor.

10 peor dolor posible.

2. En esta escala, indique el peor dolor que tuvo en las primeras 24 horas:

0 no dolor.

10 peor dolor posible.

3. ¿Con qué frecuencia tuvo dolor intenso en las primeras 24 horas? Marque con un círculo su mejor estimación del porcentaje de tiempo que experimentó dolor intenso:

0 nunca experimenté dolor extremo.

10 siempre percibí el dolor extremo.

4. Indique en el recuadro el número que mejor describa cuánto dolor interfirió o le impidió:

a. Realizar actividades en la cama como girar, sentarse, reposicionarse.

0 no interfiere.

10 interfiere completamente.

b. Realizar actividades fuera de la cama, como caminar, sentarse en una silla, pararse junto al fregadero.

0 no interfiere.

10 interfiere completamente.

c. Quedarse dormido.

0 no interfiere.

10 interfiere completamente.

d. Mientras duerme.

0 no interfiere.

10 interfiere completamente.

5. El dolor puede afectar nuestro estado de ánimo y nuestras emociones. En esta escala, marque con un círculo el número que mejor muestre cuánto le causó el dolor.

a. Ansiedad.

0 no mucho.

10 extremadamente.

b. Deprimido

0 no mucho.

10 extremadamente.

c. Aterrado.

0 no mucho.

10 extremadamente.

d. Indefenso

0 no mucho.

10 extremadamente.

6. ¿Ha tenido alguno de los siguientes efectos secundarios? Por favor ponga un "0", si no; En caso afirmativo, indique el número que mejor muestre la gravedad de cada una:

a. **Nauseas.**

0 ninguna.

10 severas.

b. **Somnolencia.**

0 ninguna.

10 severas.

c. **Picor.**

0 ninguna.

10 severas.

d. **Mareos.**

0 ninguna.

10 severas.

7. En las primeras 24 horas, ¿Cuánto alivio del dolor recibió? Rodee con un círculo el porcentaje que mejor muestre la cantidad de alivio que ha recibido de todos los tratamientos para el dolor combinados (tratamientos con medicamentos y sin medicamentos).

0% 10 % 20% 30% 40 % 50% 60% 70 % 80% 90% 100%

No alivio

Completamente aliviado

8. ¿Se le permitió participar en las decisiones sobre su tratamiento del dolor tanto como quisiera?

0 para nada – 10 Mucho.

9. Indique el número que mejor muestre su grado de satisfacción con los resultados de su tratamiento para el dolor mientras está en el hospital.

0 extremadamente insatisfecho – 10 Extremadamente satisfecha.

10. ¿Recibió alguna información sobre sus opiniones sobre el tratamiento del dolor?

___ No, ___ Sí.

- En caso afirmativo, indique el número que mejor muestre cuán útil fue la información:

0 nada útil – 10 Extremadamente útil.

11. ¿Usó algún método no medicinal para aliviar su dolor? ___No, ___Sí, En caso afirmativo, marque todo lo que corresponda:

___paquete frío.

___respiración profunda.

___distracción (como mirar televisión, leer).

___calor.

___imágenes o visualización.

___masaje.

___otro (por favor describa) ___.

___meditación.

___escuchar música.

___oración.

___relajación.

___para caminar.

12. ¿Con qué frecuencia le animó una enfermera o un médico a utilizar métodos sin medicación?

_____ Nunca _____ A veces _____ Siempre

ANEXO 8: Cuestionario knowledge and attitudes survey regarding pain.

Item No.	Item Content
True/false questions	
1	Vital signs are always reliable indicators of the intensity of a patient's pain. (F)
2	Because their nervous system is underdeveloped, children under 2 years of age have decreased pain sensitivity and limited memory of painful experiences. (F)
3	Patients who can be distracted from pain usually do not have severe pain. (F)
4	Patients may sleep in spite of severe pain. (T)
5	Aspirin and other nonsteroidal antiinflammatory agents are NOT effective analgesics for painful bone metastases. (F)
6	Respiratory depression rarely occurs in patients who have been receiving stable doses of opioids over a period of months. (T)
7	Combining analgesics that work by different mechanisms (e.g., combining an opioid with an NSAID) may result in better pain control with fewer side effects than using a single analgesic agent. (T)
8	The usual duration of analgesia of 1–2 mg morphine IV is 4–5 hours. (F)
9	Research shows that promethazine (Phenergan) and hydroxyzine (Vistaril) are reliable potentiators of opioid analgesics. (F)
10	Opioids should not be used in patients with a history of substance abuse. (F)
11	Morphine has a dose ceiling (i.e., a dose above which no greater pain relief can be obtained). (F)
12	Elderly patients can not tolerate opioids for pain relief. (F)
13	Patients should be encouraged to endure as much pain as possible before using an opioid. (F)
14	Children less than 11 years old can not reliably report pain, so nurses should rely solely on the parent's assessment of the child's pain intensity. (F)
15	Patients' spiritual beliefs may lead them to think pain and suffering are necessary. (T)
16	After an initial dose of opioid analgesic is given, subsequent doses should be adjusted in accordance with the individual patient's response. (T)
17	Giving patients sterile water by injection (placebo) is a useful test to determine if the pain is real. (F)
18	Revacod (hydrocodone 5 mg + acetaminophen 500 mg) PO is approximately equal to 5–10 mg of morphine PO. (T)
19	If the source of the patient's pain is unknown, opioids should not be used during the pain evaluation period, because this could mask the ability to correctly diagnose the cause of pain. (F)
20	Anticonvulsant drugs such as gabapentin (Neurontin) produce optimal pain relief after a single dose. (F)
21	Benzodiazepines are not effective pain relievers unless the pain is due to muscle spasm. (T)
22	Narcotic/opioid addiction is defined as a chronic neurobiologic disease, characterized by behaviors that include one or more of the following: impaired control over drug use, compulsive use, continued use despite harm, and craving (T)
Multiple-choice questions	
23	The recommended route of administration of opioid analgesics for patients with persistent cancer-related pain is: (oral)
24	The recommended route administration of opioid analgesics for patients with brief severe pain of sudden onset, such as trauma or postoperative pain, is: (intravenous)
25	Which of the following analgesic medications is considered to be the drug of choice for the treatment of prolonged moderate to severe pain for cancer patients? (morphine)
26	Which of the following IV doses of morphine administered over a 4-hour period would be equivalent to 30 mg oral morphine given q 4 hours. (morphine 10 mg IV)
27	Analgesics for postoperative pain should initially be given: (around the clock on fixed schedule)

Item No.	Item Content
28	A patient with persistent cancer pain has been receiving daily opioid analgesics for 2 months. Yesterday the patient was receiving 200 mg/h morphine intravenously. Today he has been receiving 250 mg/h intravenously. The likelihood of the patient developing clinically significant respiratory depression in the absence of new comorbidity is: (less than 1%)
29	The most likely reason a patient with pain would request increased doses of pain medication is: (the patient is experiencing increased pain)
30	Which of the following is useful for treatment of cancer pain? (all of the above)
31	The most accurate judge of the intensity of the patient's pain is: (the patient)
32	Which of the following describes the best approach for cultural considerations in caring for patients in pain? (patient should be individually assessed to determine cultural influence)
33	How likely is it that patients who develop pain already have an alcohol and/or drug abuse problem? (5%–15%)
34	The time to peak effect for morphine given IV is: (15 min)
35	The time to peak effect for morphine given orally is: (1–2 h)
36	Following abrupt discontinuation of an opioid, physical dependence is manifested by the following: (sweating, yawning, diarrhea, and agitation with patients when the opioid is abruptly discontinued)
Case studies	
37	Patient A: Andrew is 25 years old and this is his first day following abdominal surgery. As you enter his room, he smiles at you and continues talking and joking with his visitor. Your assessment reveals the following information: BP = 120/80; HR = 80; R = 18; on a scale of 0 to 10 (0 = no pain/discomfort; 10 = worst pain/discomfort) he rates his pain as 8. On the patient's record you must mark his pain on the scale below. Circle the number that represents your assessment of Andrew's pain. (8)
38	Your assessment, above, is made 2 hours after he received 2 mg morphine IV. Half-hourly pain ratings following the injection ranged from 6 to 8 and he had no clinically significant respiratory depression, sedation, or other untoward side effects. He has identified 2/10 as an acceptable level of pain relief. His physician's order for analgesia is "morphine IV 1–3 mg q1h PRN pain relief." Check the action you will take at this time. (administer morphine 3 mg IV now)
39	Patient B: Robert is 25 years old and this is his first day following abdominal surgery. As you enter his room, he is lying quietly in bed and grimaces as he turns in bed. Your assessment reveals the following information: BP = 120/80; HR = 80; R = 18; on a scale of 0 to 10 (0 = no pain/discomfort; 10 = worst pain/discomfort) he rates his pain as 8. On the patient's record you must mark his pain on the scale below. Circle the number that represents your assessment of Robert's pain: (8)
40	Your assessment, above, is made 2 hours after he received 2 mg morphine IV. Half-