

Conocimientos sobre el dolor en el paciente postquirúrgico del personal de enfermería de los servicios de Reanimación y Unidades de Recuperación Post-anestésica en un Hospital de tercer nivel

Noelia González Prieto
Hospital Universitario Central de Asturias

Contacto: aileongp@gmail.com

Manuscrito recibido: 1/11/2019
Manuscrito aceptado: 20/04/2020

Cómo citar este documento

González Prieto N. Conocimientos sobre el dolor en el paciente postquirúrgico del personal de enfermería de los servicios de Reanimación y Unidades de Recuperación Post-anestésica en un Hospital de tercer nivel. RqR Enfermería Comunitaria (Revista de SEAPA). 2020 Agosto; 8 (3): 5-15.

Resumen

Objetivos: Identificar el grado de conocimiento sobre el dolor postquirúrgico de enfermeras de Reanimación y Unidad de Recuperación Post-Anestésica (URPA) y determinar si existen diferencias debido a características sociodemográficas. Valorar la existencia de desigualdades en el nivel de conocimiento del dolor en función del servicio, contrato, antigüedad y formación.

Método: Estudio observacional, descriptivo y transversal que se realizó en las Reanimaciones y URPA. Los sujetos de estudio fueron enfermeras que trabajaban en

dichas unidades. Se recogieron variables demográficas, laborales y de formación. Para valorar los conocimientos y actitudes se utilizó el cuestionario validado Nurses' Knowledge and Attitudes Survey Regarding Pain.

Resultados: De los 60 cuestionarios entregados se recogieron correctamente cumplimentados 49 (81,6%). El 61,2% refiere haber recibido formación sobre dolor. Un 70% de los encuestados respondió erróneamente que es necesario confiar en los cambios de los signos vitales para verificar el

Original

dolor. El 85,7% refirió acertadamente que el paciente es el juez más exacto de la intensidad del dolor. Solo el 22,4% administrarían morfina a un paciente sonriente con un 8 en la escala EVA. El test presentó una media de 22,1 respuestas correctas (min 15 máx. 29), estableciendo que sólo un 22,4% de los participantes poseen un conocimiento

medio/bueno sobre el dolor en el paciente postquirúrgico. Se observaron diferencias en los resultados dependiendo de la unidad de trabajo.

Conclusión: Los conocimientos sobre el dolor en los sujetos a estudio no son los adecuados. Sería necesario realizar una intervención formativa y evaluar su impacto.

Palabras clave:

Enfermeras y enfermeros; Conocimiento; Dolor postoperatorio.

Knowledge about pain in the postoperative patient of the nursing staff of the Reanimation Unit and URPAS services in a level III hospital

Abstract

OBJECTIVE: To identify the degree of knowledge of post-surgical pain in nurses of Reanimación and Urpa and to know if there are differences due to sociodemographic characteristics. To assess the existence of inequalities in the level of knowledge of pain in terms of service, contract, seniority and training.

METHOD: An observational, analytical and transversal study that was carried out in the Reanimations and URPAS . The study subjects were nurses working in these units. Demographic, labor and training variables were collected. To assess the knowledge and attitudes, the validated questionnaire Nurses' Knowledge at Attitudes Survey Regarding Pain was used.

RESULTS: Of the 60 questionnaires delivered, 49 (81.6%) were correctly filled out. 61.2% reported having received training on pain. Seventy percent of the respondents mistakenly responded that it was necessary to rely on changes in vital signs to verify the pain. 85.7% accurately reported that the patient is the most accurate judge of pain intensity. The test presented an average of 22.1 correct answers (min 15 max 29), stating that only 22.4% of the participants had an average / good knowledge about pain in the postoperative patient. Differences in results were observed depending on the unit of work.

CONCLUSION: The knowledge about pain in the study subjects is not adequate. It would be necessary to make a formative intervention and its impact evaluated.

Keywords

Nurses; knowledge; Pain, Postoperative

Introducción:

Todo paciente al que se le realiza una intervención quirúrgica o procedimientos invasivos bajo anestesia general, regional o sedación, precisa vigilancia monitorizada y terapéutica posterior hasta la recuperación y normalización de sus funciones fisiológicas (1).

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 medida (2).

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 esteroideos (3).

Por tanto lo primero que se debería definir es el término "dolor" y para ello existen múltiples acepciones que hacen referencia a respuestas psicológicas, hemodinámicas, metabólicas, neuroendocrinas (4) 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"* (5). 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"* (6).

Algunos autores refieren que la evaluación y la gestión del dolor son desde hace

tiempo la esencia de la responsabilidad de las enfermeras (7). 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 tratamiento (8) 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 paciente (9).

Objetivos:

Objetivo principal:

- Describir el grado de conocimiento sobre el dolor en el paciente postquirúrgico de las enfermeras de los servicios de reanimación y URPA del Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA).

Objetivos secundarios:

- Evaluar 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.
- Identificar las deficiencias en el conocimiento y manejo del dolor con el paciente postquirúrgico.

Método:

Se realizó un estudio observacional, descriptivo y transversal, cuyo ámbito de estudio fueron las unidades de Reanimación quirúrgica y Unidades de Recuperación Post anestésica (URPA) del Hospital Universitario Central de Asturias. Se realizó entre los años 2015 y 2016,

posteriormente se analizaron los datos, finalizando la redacción del estudio en septiembre de 2016.

Los sujetos a estudio fueron todas las enfermeras/os que trabajaban en las unidades anteriormente mencionadas que poseían una antigüedad mínima de tres meses, se encontraban en activo en el momento de la recogida de datos y accedieron voluntariamente a participar en el estudio. Se excluyeron a aquellas enfermeras ausentes por incapacidad transitoria u otro tipo de permiso. Se solicitó a todas las participantes el consentimiento verbal, informándoles previamente sobre los objetivos del estudio.

Las variables estudiadas fueron edad, sexo, años de antigüedad en la unidad, tipo de contrato laboral, estudios universitarios, formación específica sobre el dolor, uso de herramientas para medir el dolor y su anotación en la historia clínica, conocimientos sobre el dolor.

Para conocer los datos sociodemográficos y laborales de las enfermeras, se aplicó un cuestionario elaborado por la autora para este estudio. En la valoración de los conocimientos de las enfermeras sobre el dolor se utilizó un cuestionario validado americano (10) (Nurses' Knowledge and Attitudes Survey Regarding Pain). A raíz de su hallazgo, se revisaron los estudios (en castellano y en inglés) que lo habían usado en su investigación. Se encontraron trabajos en castellano con traducción y adaptación para nuestro país del citado cuestionario, destacando el de Salvadó y cols (9) decidiendo usar este último para nuestro trabajo.

El cuestionario original fue desarrollado en 1987 y revisado en 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 en castellano 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 ítems, 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 aciertos (11).

La validez de los resultados se estableció comparando los datos de enfermeras de distintos niveles de experiencia, con menos de un año de trabajo en unidades postquirúrgicas, enfermeras con experiencia amplia en dichas unidades y expertas sénior en pacientes recién intervenidos.

Se obtuvo una muestra de 49 cuestionarios correctamente cumplimentados lo que representaba más del 80% del total de la población a estudio.

La recogida de datos fue realizada por la investigadora en cada una de las unidades y turnos de trabajo. Una vez garantizados el anonimato y confidencialidad de los datos, los cuestionarios fueron autocumplimentados por las propias enfermeras durante los meses de diciembre de 2014 a mayo de 2015.

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

versión 20.0. Se realizó un análisis descriptivo para todas las variables: las cualitativas fueron descritas con frecuencias y porcentajes para cada una de sus categorías, y las cuantitativas con media y desviación estándar o con mediana, mínimo y máximo. Para contrastar las hipótesis planteadas y detectar las diferencias se calculó la prueba de la X², con un nivel de confianza del 95% ($p < 0,05$).

El estudio se llevó a cabo tras el consentimiento del Comité Ético Regional de Investigación. Además se informó a la Dirección de enfermería del área IV a la que pertenece el HUCA donde se llevó a cabo el estudio.

Resultados

Del total de los 60 cuestionarios entregados, 49 de ellos cumplieron los criterios de inclusión en el estudio, suponiendo el 81,6% del total de las enfermeras. Entre ellas el 53 % trabajaban en Reanimación 2 (quirúrgica), el 37% en Reanimación 1 (médica) y el 10% en las URPA. El 87,8% eran mujeres y la media de edad fue de 43 años (DE=10,4). Se observa que en la distribución de los participantes por tiempo trabajado agrupado el grupo mayoritario (43%) es el que lleva trabajando más de 10 años, poseyendo más de un 50% de la población total un contrato fijo.

Un 61% manifestó tener formación universitaria sobre el dolor. La gran mayoría (71%) ha expresado que nunca ha recibido formación sobre el dolor a cargo de su centro de trabajo.

El 84% refiere aplicar en su servicio herramientas para medir el dolor y de ellos un 61% lo realiza a la llegada del paciente a la unidad, una vez por turno y si éste refiere un episodio de dolor. La escala más utilizada es la EVA (Evaluación Visual Analógica, el paciente elige un número que refleja el nivel de su dolor, donde 10 representa el peor dolor posible y el 0 la ausencia del mismo) (12) ya que aparece registrada en

el programa informático Millenium que es usado por todos los profesionales del Hospital a estudio.

En relación con las 36 preguntas del cuestionario Nurses' Knowledge and Attitudes Survey Regarding Pain, se obtuvo una media de 22 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.

Teniendo en cuenta que el cuestionario establece un conocimiento bueno cuando está por encima del 80% de aciertos (9) tan solo un 2% (1 persona) cumple con ese criterio y el 20% corresponde a un conocimiento medio (70-79% de aciertos), obteniendo en más del 70% de los cuestionarios un conocimiento bajo o muy bajo. (Tabla 1, Tabla 2).

Los resultados más relevantes de las respuestas (con opción verdadero/falso) al cuestionario sobre actitudes y creencias sobre el dolor de las enfermeras fueron los siguientes:

- A la afirmación de que el paciente con dolor se le debe animar a que aguante antes de recurrir a una medida de alivio del dolor (la respuesta era falso) Un 95,9 % (47) de los participantes contestó de forma correcta.
- Un 98% (48) de los encuestados respondió acertadamente como "falso" que los niños menores de 11 años no pueden informar con fiabilidad del dolor, pero un 14,3% (7) refirió en sus respuestas que no siempre el paciente es el juez más exacto de la intensidad del dolor.

En la *tabla 1* se muestran las respuestas a esta parte del cuestionario.

En la siguiente parte del cuestionario referente a los conocimientos sobre el dolor, estos fueron los resultados a destacar:

Tabla 1. Resultados de las respuestas correctas al cuestionario sobre conocimientos de dolor postquirúrgico en las enfermeras, con respuesta Falso/verdadero, según la unidad de trabajo

PREGUNTAS	RESPUESTA CORRECTA	ENFERMERA DE REA 2 (FRECUENCIA)	ENFERMERA DE REA 1 (FRECUENCIA)	ENFERMERAS DE URPAS (FRECUENCIA)
1. Para verificar la existencia real de dolor en un paciente ¿es necesario confiar en los cambios en los signos vitales?	Falso	29,1% (7)	25% (5)	80% (4)
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.	Falso	66,7% (16)	70% (14)	60% (3)
3. Los pacientes que pueden distraerse del dolor por lo general no tienen dolor severo.	Falso	41,7% (10)	35% (7)	60% (3)
4. Los pacientes pueden dormir a pesar del dolor severo	Verdadero	29,2% (7)	25% (5)	40% (2)
5. La aspirina y otros AINES no son analgésicos eficaces para el dolor óseo causado por las metástasis	Falso	29,2% (7)	50% (10)	40% (2)
6. La depresión respiratoria rara vez ocurre en pacientes que han estado recibiendo opiáceos durante meses.	Verdadero	66,7% (16)	50% (10)	40% (2)
7. La escala de la OMS sugiere administrar agentes analgésicos solos, en lugar de combinar diferentes tipos de medicamentos.	Falso	87,5% (21)	80% (16)	100% (5)
8. La duración habitual de la analgesia de 1-2 mg de morfina es de 4-5h.	Falso	62,5% (15)	75% (15)	60% (3)
9. Los opioides no deben utilizarse en pacientes con antecedentes de abuso de sustancias.	Falso	83,3% (20)	75% (15)	80% (4)
10. A partir de una cierta dosis de morfina, incrementando la dosis no se aprecia un mayor alivio del dolor.	Falso	50% (12)	45% (9)	80% (4)
11. Los pacientes en edad avanzada no toleran los opiáceos para el alivio del dolor.	Falso	95,8% (23)	95% (19)	60% (3)
12. Al paciente con dolor se le debe de animar a que aguante antes de recurrir a una medida de alivio del dolor.	Falso	95,8% (23)	95% (19)	100% (5)
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.	Falso	95,8% (23)	100% (20)	100% (5)
14. Basándose en creencias religiosas, el paciente puede creer que el dolor y sufrimiento son necesarios.	Verdadero	83,3% (20)	80% (16)	80% (4)
15. Después de administrar una dosis inicial de analgésico opioide, las dosis posteriores deben ajustarse de acuerdo con la respuesta individual del paciente.	Verdadero	100% (24)	90% (18)	100% (5)
16. La administración intravenosa de un placebo a pacientes con dolor suele ser una prueba útil para determinar si el dolor es real.	Falso	54,1% (13)	50% (12)	40% (2)
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 el diagnóstico.	Falso	4,2% (1)	10% (2)	0% (0)
18. Los medicamentos anticonvulsivos como la Gabapentina (Neurontin ©) producen un óptimo alivio del dolor después de una sola dosis.	Falso	66,7% (16)	70% (14)	80% (4)
19. Las benzodiacepinas no son analgésicos eficaces a menos que el dolor se deba a un espasmo muscular.	Verdadero	50% (12)	55% (11)	20% (1)
20. La adicción a los opiáceos se define como una enfermedad neurológica crónica, con uno o más comportamientos como: deterioro sobre el control en el uso de drogas, uso convulsivo, uso continuado y deseo irresistible.	Verdadero	87,5% (21)	90% (18)	100% (5)

Tabla 2. Resultados de las respuestas correctas a las preguntas del cuestionario sobre conocimientos, con opciones múltiples de respuesta, según unidad de trabajo de las enfermeras

PREGUNTA	RESPUESTA	REA 2 (FRECUENCIA)	REA 1 (FRECUENCIA)	URPAS (FRECUENCIA)
21. La vía de administración recomendada de opiáceos en pacientes con dolor oncológico prolongado es:	Oral	29,1% (7)	35% (7)	40% (2)
22. La vía de administración recomendada de opiáceos a pacientes con dolor breve pero severo y de inicio repentino es:	Intravenoso	87,5% (21)	95% (19)	100% (5)
23. La mejor opción para el tratamiento de dolor oncológico prolongado moderado o intenso es:	Morfina	83,3% (20)	95% (19)	100% (5)
24. La dosis de morfina iv administrada en intervalos de 4h que es equivalente a 30 mg de morfina vía oral cada 4 h es:	Morfina 10mg iv	20,8% (5)	45% (9)	60% (3)
25. Los analgésicos para el dolor postoperatorio se deben de dar inicialmente	Durante todo el día en horario fijo	95,8% (23)	100% (20)	100% (5)
26. La probabilidad de depresión respiratoria de un paciente que ha recibido durante 2 meses opiáceos a diario y hoy se le administran opiáceos iv (250 mg/h) durante 3h es:	<1%	12,5% (3)	10% (2)	40% (2)
27. La explicación más probable del porqué a un paciente con dolor solicitaría dosis crecientes de medicación:	El paciente experimenta aumento del dolor	75% (18)	65% (13)	100% (5)
28. Los siguientes medicamentos son útiles para el tratamiento del dolor oncológico	Todo lo anterior (ibuprofeno, hidromorfona, gabapentina)	50% (12)	45% (9)	100% (5)
29. El juez más exacto de la intensidad del dolor del paciente es:	El paciente	83,3% (20)	90% (18)	80% (4)
30. La mejor manera de tratar las consideraciones culturales al cuidar pacientes con dolor es:	Los pacientes deben ser evaluados individualmente para determinar las influencias culturales	87,5% (21)	85% (17)	60% (3)
31. La probabilidad de que la adicción a los opiodes sea consecuencia de un tratamiento con analgésicos opiáceos es:	5-15%	16,7% (4)	30% (6)	40% (2)
32. El tiempo que tarda la morfina iv en alcanzar el punto pico o de acción máxima es de:	15 Minutos	100% (24)	100% (20)	100% (5)
33. El tiempo que tarda la morfina oral en alcanzar el punto pico o de acción máxima es de:	1-2 Horas	33,3% (8)	45% (9)	60% (3)
34. Después de la interrupción brusca de un opiode, la dependencia física se manifiesta por lo siguiente:	Sudoración, bostezos, diarrea y agitación cuando el opiode se interrumpe.	41,7% (10)	40% (8)	80% (4)
35. A un paciente sonriente y que ha valorado su dolor con un 8 en la escala EVA ¿le administramos morfina?:	2 Mg iv de morfina ahora	25% (6)	25% (5)	0% (0)
36. A un paciente quejoso y que ha valorado su dolor con un 8 en la escala EVA ¿le administramos morfina?:	2 Mg iv de morfina ahora	62,5% (15)	60% (12)	40% (2)

- Un 91,8% (45) contestó correctamente que la vía venosa es la recomendada para la administración de opiáceos a pacientes con dolor agudo, en consonancia con el casi 90% (43) que eligió de forma correcta entre varias opciones que la morfina es la mejor elección para el tratamiento de dolor oncológico prolongado.
- El 100% (49) 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% (11) respondió correctamente a la pregunta de que ante una valoración de un ocho en la escala EVA de un paciente sonriente se le debería de administrar 2 mg de morfina EV. A éste mismo paciente pero quejumbroso un 59,2% (29) de los encuestados sí le administrarían 2 mg de morfina.

En la *tabla 2* aparecen los resultados de las respuestas a esta parte del cuestionario.

El tipo de unidad en la que trabajaban los encuestados influyó en sus respuestas al cuestionario, con una significación $p < 0,05$ ($p=0,010$). Las enfermeras de la URPA 4 obtuvieron los mejores resultados (25 respuestas correctas). 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). La 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.

En este estudio también se pone de manifiesto 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. Es preciso destacar que el 100% de la plantilla de la URPA 4 tiene más de 51 años, por lo que se observa una relación entre la edad, la unidad de trabajo y el grado de conocimiento.

En cuanto al tipo de contrato y antigüedad si bien no obtienen significación van íntimamente relacionados con la edad de los participantes (el 98% de los mayores de 50 años poseen plaza fija y una antigüedad mayor de 20 años).

Discusión

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 quirúrgico (13).

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 lumbar (11).

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 estudios (3), 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.

Respecto a las publicaciones en revistas de enfermería, tan solo en un 5% de los artículos se aborda el dolor y su tratamiento, constatándose además la infrutilización de escalas de medición del dolor por parte del personal de enfermería (14).

Respecto a las publicaciones en revistas de enfermería, tan solo en un 5% de los artículos se aborda el dolor y su tratamiento, constatándose además la infrautilización de escalas de medición del dolor por parte del personal de enfermería

Los resultados obtenidos en este trabajo reflejan que las enfermeras/os encuestadas/os poseen un nivel de conocimientos bajo ante el dolor postoperatorio.

Estos resultados son similares a los obtenidos por estudios previos como el de Salvadó et al (2009) (9) cuyo cuestionario adaptado al castellano se ha utilizado en el presente estudio y otros como los de Ortega et. al. (2008) (15), Watt-Watson (16), Puls-McColl y Cols (17), Ortega et. al. (2005) (18), Tse (19), y Matthews (20) 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 al (11), Osorio et al (21) y Francis L (22) 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) (15), Watt-Watson (16), Puls-McColl y cols (17), no encontraron diferencias significativas en contraposición con el estudio de Salvadó et al. (2009) (9) que indican *“el nivel de conocimientos sobre el dolor que tenían las enfermeras estudiadas no era demasiado elevado, aunque era ligeramente superior el de las pertenecientes a unidades de oncología”*.

Es preciso resaltar la unanimidad en algunas cuestiones que remarca las buenas

prácticas que también se dan entre las enfermeras de reanimación y URPA.

En cuanto a las respuestas al cuestionario se observa que dos de las respuestas al cuestionario más falladas han sido muy similares en otros estudios (9), y son aquellas referentes a la escala EVA y los signos detectados por las enfermeras para detectar el dolor.

Actualmente 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 tratamiento (4). 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 hospital (23).

Tras la comparación de los resultados de este estudio y las investigaciones precedentes, se ha de constatar que pese al cada vez más extendido uso de herramientas para medir el dolor por parte de los profesionales de enfermería, existe un componente altamente subjetivo basado en creencias y actitudes propias de la cultura enfermera que induce a la mala interpretación de los resultados obtenidos en dichas escalas lo que repercute directamente en un mal manejo del tratamiento del dolor de los pacientes.

Limitaciones del estudio:

La muestra era pequeña, ya que la población total de las Reanimaciones y URPAS del hospital cuenta con 60 profesionales de enfermería por lo tanto, los resultados no podrían generalizarse a otros hospitales.

Tras la comparación de los resultados de este estudio y las investigaciones precedentes, se ha de constatar que pese al cada vez más extendido uso de herramientas para medir el dolor por parte de los profesionales de enfermería, existe un componente altamente subjetivo basado en creencias y actitudes propias de la cultura enfermera que induce a la mala interpretación de los resultados obtenidos en dichas escalas lo que repercute directamente en un mal manejo del tratamiento del dolor de los pacientes.

Además al trabajar con cuestionarios autocumplimentados existía la posibilidad de una mala cumplimentación debido a una mala interpretación de las preguntas, o la posibilidad de que los encuestados puedan falsear de forma deliberada las respuestas simplemente para complacer al entrevistador o contestar aleatoriamente.

Conclusiones

A la vista de los resultados de este estudio, es necesario que las enfermeras tomen conciencia de qué es el dolor postoperatorio y como la formación debe de ser una prioridad para su desarrollo profesional.

Es preciso incrementar la calidad de los cuidados y para ello deben olvidarse de los prejuicios acerca de la administración de opiáceos y las posibles adicciones que ellos conllevan (24). Es importante, aunque complicado, que se aplique la objetividad en las valoraciones sobre el dolor, ya que sólo a través de ella se consigue optimizar la atención integral que merecen nuestros pacientes.

Se ha comprobado que tras una intervención formativa el porcentaje de enfermeras con un conocimiento adecuado mejora considerablemente (25). Al participar en un programa de mejora de la calidad de la gestión del dolor, las enfermeras aumentan su conocimiento sobre éste y cambiarían su rutina. La formación continuada puede mejorar el nivel de conocimientos de las enfermeras sobre la gestión del dolor (26).

Tras los resultados del trabajo se inició un programa de formación en dolor para los profesionales de enfermería, en el presente año 2020 se continúan realizando sesiones sobre el manejo del dolor, incidiendo en las carencias observadas.

En la actualidad se está elaborando un protocolo de actuación en el manejo del dolor del paciente crítico.

A la vista de los resultados de este estudio, es necesario que las enfermeras tomen conciencia de qué es el dolor postoperatorio y como la formación debe de ser una prioridad para su desarrollo profesional.

Bibliografía

1. Norma funcional rehabilitación cirugía general. HUCA: Hospital Universitario Central de Asturias [Internet]. 2010 [consultado 12 feb 2015]. Disponible en: http://www.hca.es/huca/web/enfermeria/html/f_archivos/NORMA%20FUNCIONAL%20REA%20CG.pdf
2. Mosteiro MP, Baldonado RF. Dolor postoperatorio. MADRID: DAE; 2010.
3. Achury D. Dolor: la verdadera realidad. Rev. Aquichan. 2008; 8(2):146-158.
4. IASP: The International Association for the Study of Pain. [Internet]. 1973 [consultado 12 feb 2015]. Disponible en: <http://www.iasp-pain.org>.
5. McCaffery M, Pasero C. Pain: Clinical manual. 2nd ed. St Louis: Mosby; 1999.
6. Fernández-Galinski D, 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; 1:3-8.
7. Acello B. Cumplimiento de las normas de acreditación para el control del dolor. Nursing. 2000; 18(8):13-15.
8. Brown C, Richardson C. Nurse's in the multi-professional pain team: A study of attitudes, beliefs and treatment enorsements. Eur J Pain. 2006; 41:13-22.
9. Salvadó-Hernández C, Fuentelsaz-Gallego c, Arcay-Veira C, López-Meléndez C, Villar-Arnal T, Casas-Segala N. 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; 19(6):322-9.
10. Ferrel B, McCaffery M. Prc.coh.org. [Internet]. 2008 [consultado 28 ene 2015]. Disponible en : <http://prc.coh.org/knowledge%20%20attitude%20Survey%20-%20updated%205-08.pdf>
11. Vázquez Y, Frías B, Ávila H, Sánchez E, Gracia G, Vázquez L. Nivel de conocimiento de las enfermeras(os) ante el dolor de los pacientes postoperados. Rev Paraninfo Digital. 2013;(19).
12. Sessler C, Pedram S. Protocolized and target-based sedation and analgesia in the ICU. Crit Care Clin. 2009; 25:489-513.
13. Apfelbaum J, Chen C, Mehta S, Shilpa S, Tong J. Postoperative pain experience: results from a national survey suggest postoperative pain continues to be undermanaged. Anesth Analg. 2003;(97):534-540.
14. De la Rivera M, Sanz M, Urraca V, García V, Azpiazu R. Visión de enfermería del dolor postoperatorio no controlado. Rol de enfermería. 2005; 2(8):178-184.
15. Ortega R, Romero R, Sánchez M, García M, Cruz O, Fang M. Conocimiento de enfermería sobre dolor postoperatorio. Desarrollo Científ Enferm. 2008; 16(6):250-253.
16. Watt-Watson J, Stevens B, Garfinkel P, Streiner D. Relationship between nurses' pain knowledge and pain management outcomes for their postoperative cardiac patients. Journal of Advance d Nursing. 2001; 36(4):535-545.
17. Puls-McColl P, Holden J, Tank M. Pain management: an assessment of surgical nurses' knowledge. MT MED-SURG Nursing. 2001; 10(4):185-9.
18. Ortega-López R, Sánchez-Castellanos M, García-Báez M, Cruz-Pecina O, Romero-Hernández R, Fang-Huerta M. Orientación del Manejo del Dolor por el Personal de Enfermería al Paciente Hospitalizado. Desarrollo Científ Enferm. 2005; 13(9).
19. Tse M, Chan B. Hong Kong nurses' perspective. J Pain Palliat Care Pharmacother. 2004; 18:47-58.
20. Matthews E, Malcolm C. Nurses' knowledge and attitudes in pain management practice. Br J Nurs. 2007; 16: p. 174-9.
21. Osorio Z, Ávila H, Sánchez E, Gracia G, Frías B, Ruiz J. Conocimiento y Actitudes de las enfermeras (os) en Relación al Dolor. Rev Paraninfo Digital. 2012; 16.
22. Francis L, Fitzpatrick J. Postoperative pain: nurses' knowledge and patients' experiences. Pain Manag Nurs. 2013; 14(4):351-357.
23. Payen J, Bosson J, Chanques G. Pain assessment is associated with decreased duration of mechanical ventilation in the intensive care unit. Anesthesiology. 2009; 111:1308-16.
24. Sati: Sociedad Argentina de Terapia Intensiva [Internet]. 2014. [consultado el 10 abr 2015]. Disponible en: <http://www.sati.org.ar/files/kinesio/monos/MONOGRAFIA%20Dolor%20-%20Clarett.pdf>.
25. Montealegre G. Retos para enfermería en cuidado de personas con dolor: una forma de humanización. Revista Cuidarte. 2014; 5(1):679-688.
26. Jacobi J, Fraser G, Coursin D, 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. 2002; 30(1):119-141.