



Universidad de Oviedo

Centro Internacional de Postgrado

Máster Universitario en Enfermería de Urgencias y Cuidados Críticos

**“Conocimientos y Actitudes sobre el dolor en enfermeros de la UCI del
Instituto Hondureño de Seguridad Social”**

Nombre y Apellidos del Autor: Rosa María Zelaya Aguilar

Fecha: 20 de abril de 2022

Trabajo Fin De Máster



Universidad de Oviedo

Centro Internacional de Postgrado

Máster Universitario en Enfermería de Urgencias y Cuidados Críticos

“Conocimientos y Actitudes sobre el dolor en enfermeros de la UCI del

Instituto Hondureño de Seguridad Social”

Trabajo Fin De Máster

Nombre del Autor

Rosa María Zelaya

Nombre del Tutor

Ricardo Baldonado

Nombre del Cotutor

M° Pilar Mosteiro



MÁSTER UNIVERSITARIO EN ENFERMERÍA DE URGENCIAS Y CUIDADOS CRÍTICOS

Ricardo F. Baldonado Cernuda, Doctor en Medicina por la Universidad de Oviedo, Profesor Externo del Máster de Enfermería de Urgencias y Cuidados Críticos por la Universidad de Oviedo,

M^a Pilar Mosteiro Díaz, Doctora en Psicología por la Universidad de Oviedo, Departamento de Medicina, Área de Enfermería, Profesora del Máster Enfermería de Urgencias y Cuidados Críticos por la Universidad de Oviedo.

CERTIFICAN:

Que el Trabajo Fin de Máster presentado por Dña. Rosa Maria Zelaya Aguilar, titulado “Conocimientos y Actitudes sobre el dolor en enfermeros de la UCI del Instituto Hondureño de Seguridad Social”, realizado bajo nuestra dirección, 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 certificación en Oviedo a 3 de mayo de 2022

Vº Bº

Vº Bº

Fdo. Ricardo F. Baldonado Cernuda

Fdo. M^a Pilar Mosteiro Díaz

Director/Tutor del Proyecto

Cotutora del Proyecto

Índice

1.	INTRODUCCION Y JUSTIFICACION	8
1.1	Introducción	8
1.2	Justificación	9
2.	REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.....	10
1.3	Metodología	10
1.4	Definición del dolor	11
1.3	Valoración, diagnóstico y cuidados de enfermería.....	12
1.4	Escalas y cuestionarios para la medición del dolor	13
1.5	Investigaciones y aplicación de herramientas en UCI.....	18
1.6	Valoración del conocimiento del dolor en enfermería.....	23
3.	HIPOTESIS Y OBJETIVOS DEL TRABAJO	24
3.1	Pregunta de la investigación	24
3.2	Hipótesis	24
3.2.1	Hipótesis Alternativa	24
3.2.2	Hipótesis Nula.....	24
3.3	Objetivos.....	25
4.	MATERIAL Y METODOS	26

4.1	Tipo de estudio.....	26
4.2	Ámbito de estudio:.....	26
4.3	Tiempo de estudio.....	27
4.4	La población	27
4.5	Instrumento	27
4.6	Procedimiento	28
4.7	Variables	29
4.8	Aspectos éticos	31
4.9	Análisis estadístico	31
5.	CRONOGRAMA Y RECURSOS ECONOMICOS	33
5.1	Cronograma de actividades.....	33
5.2	Recursos económicos.....	34
6.	COMENTARIOS FINALES.....	35
7.	BIBLIOGRAFIA	36
8.	Anexos.....	41
8.1	Anexo 1. Cuestionario KARSP, Versión ingles	41
8.2	Anexo 2. Recogida de datos	45
8.3	Anexo 3 Cuestionario KASRP, Versión Española	48
8.4	Anexo 4 Consentimiento informado.....	59

Glosario de Abreviaturas

- BPS: *Behavioral Pain Scale* (Escala Conductual de Dolor)
- CDR: Cuaderno de Recogida de Datos
- CPOT: *Critical-Care Pain Observation Tool* (Escala Observacional del Dolor en Cuidados Críticos)
- ESCID: Escala Sobre Conductas Indicadoras de Dolor
- EVA: Escala Visual Analógica
- EVN: En la Escala Verbal Numérica
- FLACC: *the Face, Legs, Activity, Cry, Consolability pain assessment tool* (la escala de valoración de dolor de la Cara, Piernas, Actividad, Llanto y Consuelo)
- IHSS: Instituto Hondureño de Seguridad Social
- *KASRP: knowledge and attitudes survey regarding pain* (Encuesta de conocimientos y actitudes sobre el dolor)
- NVPS: *The Adult Non-Verbal Pain Scale* (Escala de Dolor en el adulto No Comunicativo)
- UCI: Unidad de Cuidados Intensivos
- UCP: Unidad de Cuidados Postoperatorios Cardiacos

1. INTRODUCCION Y JUSTIFICACION

1.1 Introducción

El presente trabajo procura informar acerca de la percepción y grado de conocimiento que tiene el personal de enfermería en cuanto a la valoración, manejo y utilización de las escalas del dolor en pacientes críticos sujetos a ventilación mecánica, puesto que, el manejo adecuado del dolor recae inicialmente sobre el personal de enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) del Instituto Hondureño de Seguridad Social.

Así mismo los profesionales que velan por el bienestar de los pacientes, precisan entender el concepto de dolor en su totalidad basado en conocimientos científicos, para así tomar decisiones acertadas en la valoración y manejo de pacientes en estado crítico. Esta investigación será de utilidad para realizar un plan de cuidados donde se incorpore el conocimiento acerca del impacto del dolor, tratamiento y evaluación de resultados, lo que al mismo tiempo incrementará la estabilidad y alivio de dolor del paciente (1)

1.2 Justificación

El reconocimiento del dolor en la UCI puede ser una tarea complicada en algunas situaciones, al no percatarse del dolor, puede ser pasado por alto y esto perjudica la salud y comodidad del paciente crítico, trayendo complicaciones médicas y posiblemente hasta la muerte, por esta razón es necesaria una escala que valore la magnitud del dolor para medirlo y a partir de ahí poder tratarlo.

Mi experiencia de trabajo como enfermera asistencial en el área de UCI del Instituto Hondureño de Seguridad Social, Durante el tiempo que labore me consta que tanto yo, como muchos de mis compañeros de trabajo nos hemos sentido impotentes y confusos ante las muestras de dolor de nuestros pacientes y esto es debido en gran medida a nuestra falta de conocimientos sobre el manejo del dolor en pacientes críticos.

Ahora que he recibido formación universitaria sobre el dolor, considero necesario este estudio debido al poco adiestramiento de los profesionales de la salud y a los limitados estudios al respecto, ya que es importante entender el manejo del dolor como un problema de salud pública.

Este estudio nos permitirá conocer la situación de conocimientos y actitudes sobre el dolor en pacientes críticos que tiene el personal de enfermería. y a partir de ahí poder formar y capacitar a los enfermeros sobre la valoración diagnóstico y tratamiento del dolor para beneficio de los pacientes críticos, ya que la calidad de vida de las personas atendidas se verá significativamente mejorada (2)

2. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

1.3 Metodología

Para la elaboración de este estudio y justificar la importancia del tema, se ha realizado búsqueda bibliográfica en diferentes bases de datos como: Pubmed, Google académico, revista Scielo y Biblioteca virtual de salud. monografías, libros y congresos.

La búsqueda de los artículos relevantes se realizó con ayuda de descriptores, empleándose para ellos los descriptores de Ciencias de la Salud (DeCS) y los “Medical Subject Heading” (MeSH):

DeCS: “Medición del Dolor”, “Escala Analógica del Dolor”, “Enfermedad Crítica”, “Ventilación Mecánica”

MeSH: "*Pain Measurement*", "*Analogue Pain Scale*", "*Critical Illness*", "*Mechanical Ventilation*"

Se han llevado a cabo diferentes búsquedas con la combinación de estos descriptores y empleando los operadores “AND” y “OR”

Tras la revisión de los artículos encontrados en las búsquedas realizadas, se citaron finalmente 25 artículos, y se tuvieron en cuenta escritos en español e inglés y se intentó seleccionar los más recientes. También se citó el libro de Mosteiro Diaz. y tesis doctoral de David Zuazua entre otras.

1.4 Definición del dolor

Una de las definiciones más conocida y aceptada es la de *International Association for the Study of Pain (IASP) 1979*, que determinó el significado de dolor “como una vivencia emocional y sensorial desagradable, asociada con un daño tisular real o potencial” (3)

El dolor es una sensación desagradable, una experiencia emocional que cada individuo lo vive a través de la experiencia ya que es un proceso subjetivo y complejo. El dolor tiene un gran impacto en la calidad de vida de las personas ya que puede modificar el bienestar físico, social, psicológico y espiritual. (4)

Asimismo, el dolor deja como resultado ansiedad y estrés lo que provoca una activación del sistema simpático, causando taquicardias, incrementando la necesidad de oxígeno en el miocardio e incremento de la degradación de los nutrientes orgánicos; si estas complicaciones se manifestaran en un paciente crítico, significaría un incremento en los sedantes y en el lapso de ventilación mecánica, secuelas físicas o también psicológicas y un aumento en el tiempo de estancia en la UCI, con un consiguiente aumento en los costos y posiblemente en la enfermedad. (5)

En la UCI entre 50 y 90% de pacientes referidos, señalan haber sufrido dolor durante su estancia, aunque sea un área con vigilancia rigurosa sobre el paciente, esto es evidencia de que el dolor es una de las experiencias más desagradables recordadas por los pacientes de esta unidad. (5)

1.3 Valoración, diagnóstico y cuidados de enfermería.

La valoración del dolor es la evaluación de la experiencia emocional, fisiológica, cognitiva y conductual de cada individuo.

Por esto, en la UCI, la valoración del dolor es de suma importancia, puesto que, durante la estancia de un paciente crítico se dan muchos cambios fisiológicos, también es crucial saber, que en el entorno de la UCI es muy complicado valorar el dolor, ya que, el dolor es una percepción subjetiva y la forma más óptima de evaluarlo, en el caso de pacientes críticos sometidos a ventilación mecánica no invasiva es preguntar al paciente. (6)

En los pacientes críticos sometidos a ventilación mecánica invasiva (pacientes no comunicativos), para poder realizar la valoración del dolor es mediante escalas que han sido creadas y validadas para medir el dolor en este tipo de pacientes. Y debe recordarse que el dolor, también existe en el paciente sedado y por cual es importante comprender las diferencias entre sedación y analgesia, ya que muchas veces los pacientes críticos están con sedación, relajantes musculares, pero sin analgesia.

Es a partir del dolor que siente el paciente que surgen los métodos para evaluar y esta es la base de los profesionales de la salud para la toma de las decisiones, de igual forma el médico debe tomar en cuenta las percepciones que se pueden modificar a partir del dolor como: la edad, la situación cognitiva, el estado emotivo, las situaciones de experiencia dolorosas y las expectativas sobre el dolor (7)

En un estudio realizado por Jiménez (8) enfatiza la importancia del manejo del dolor en pacientes que se les realizara una cirugía , en ellos se deben planificar y realizar un plan de cuidados e intervenciones tanto preoperatorios como postoperatorios, ya que debido a los cuidados que realiza enfermería como; una correcta administración de medicamentos, la implementación de una dieta y un curso postoperatorio agradable, contribuirá de forma positiva para sobre llevar el dolor leve, moderado y severo presente en el paciente.

1.4 Escalas y cuestionarios para la medición del dolor

Los instrumentos de valoración son de gran importancia en situaciones en las que el paciente en esta unidad, no pueda expresar sus molestias de forma clara, lo que sucede con regularidad en la UCI, estos instrumentos de valoración deben tener claridad, ser precisos, tener mínima variabilidad con el cambio de persona, cuantificar el dolor y distinguir la reacción al tratamiento (9)

Escalas subjetivas de dolor: Su fuente de datos es el paciente, y son las más utilizadas en la práctica habitual. Se subdividen en 2 tipos; 1. Escalas unidimensionales: que son una serie de escalas elementales muy sencillas y fácil de utilizar. De las cuales tenemos:

-Escala verbal simple: se utiliza un lenguaje claro y sencillo (no dolor, molestias, dolor ligero, intenso/fuerte e insoportable).

-Escala visual analógica: Determina el nivel de dolor de la persona mediante la representación en papel de dos líneas paralelas de 10 cm con los extremos marcados por 2 líneas principales; en ella señalará con el dedo su nivel de dolor, representando el lado izquierdo la ausencia de este y el derecho el dolor insoportable. (10)

-Escala verbal numérica: Determina el nivel de dolor de la persona otorgando un valor numérico a su grado de dolor, pudiendo ir desde 0= no dolor hasta 10= insoportable. (10)

-Escala de expresión facial: Consiste en la representación de 5 rostros con diferentes semblantes que van desde una cara sonriente, que será la ausencia de dolor, una cara llorosa que es el peor dolor posible. Es muy utilizado en personas con déficit cognitivos, niños o quienes no entienden nuestro idioma. (10)

2. Escalas subjetivas multidimensionales: Estas se utilizan para la valoración del dolor crónico, ya que valoran otros aspectos más allá de evaluar la intensidad del dolor. Y de cuales tenemos:

-Cuestionario de McGill (MPQ): Se realiza a través de 100 preguntas en múltiples dimensiones (sensorial-discriminativa, motivacional-afectiva y cognitivo-evolutivo) se relaciona con la escala visual analógica. (10)

-Brief Pain Inventory: Se puede realizar este cuestionario mediante una llamada telefónica o mediante una entrevista. Este valora 7 aspectos de la vida de la persona: actividad general, deambulacion, trabajo, relaciones interpersonales, estado de ánimo,

sueño y entretenimiento. Además, consta con apartados, localización y características del dolor y dispone de un cuestionario abreviado que puede ser respondido en 2-3 minutos. (10)

Las escalas Objetivas del dolor: se utilizan en pacientes que tienen efectos profundos de sedantes como es el caso de pacientes en ventilación mecánica invasiva. Y dentro de ellas tenemos:

-Behavioral Pain Scale: (BPS): esta escala fue desarrollada por Payen et al. (11) y se basa en tres ítems que evalúan la expresión facial, movimiento de extremidades superiores y adaptación a la ventilación mecánica, con posibles puntuaciones del 1 al 4 en cada ítem, lo que significa que la puntuación total podría ser de entre tres (ausencia de dolor) y doce (mayor intensidad de dolor); esta escala está diseñada para la valoración de dolor en pacientes críticos no comunicativos, sin embargo, su uso se limita a pacientes totalmente sedados, con bloqueantes neuromusculares, tetraplejia o polineuropatía (Ver tabla 1).

Tabla 1. Behavioral Pain Scale o Escala Conductual del dolor.

Expresión facial	Relajada	1
	Parcialmente tensa	2
	Totalmente tensa	3
	Haciendo muecas	4
Movimiento de los miembros superiores	Relajado	1
	Parcialmente flexionado	2
	Totalmente flexionado	3
	Totalmente contraído	4
	Tolerando movimientos	1

Ventilación mecánica	Tosiendo: pero tolerando durante la mayor parte del tiempo	2
	Luchando contra el ventilador	3
	Imposibilidad de controlar el ventilador	4

Nota: datos obtenidos de Payen et al. (11)

-Escala de Campbell: se basa en cinco ítems de comportamiento, respuesta facial, tranquilidad, musculatura, respuesta verbal y confort, con puntuaciones desde cero, ausencia de dolor y diez, mayor intensidad de dolor. (Ver tabla 2). (12)

Tabla 2. Escala de Campbell

Escala de evaluación del dolor y comportamiento (Para pacientes con imposibilidad para comunicarse de forma espontánea) Rango de puntuación: 0-10				
	0	1	2	Puntuación parcial
Musculatura facial	Relajada	En tensión, ceño fruncido y/o mueca de dolor	Ceño fruncido de forma habitual y/o dientes apretados	
«Tranquilidad»	Tranquilo, relajado, movimientos normales	Movimientos ocasionales de inquietud y/o de posición	Movimientos frecuentes, incluyendo cabeza o extremidades	
Tono muscular*	Normal	Aumentado. Flexión de dedos de manos y/o pies	Rígido	
Respuesta verbal**	Normal	Quejas, lloros, quejidos o gruñidos ocasionales	Quejas, lloros, quejidos o gruñidos frecuentes	
Confortabilidad	Confortable y/o tranquilo	Se tranquiliza con el tacto y/o la voz. Fácil de distraer	Difícil de confortar con el tacto o hablándole	
Puntuación Escala de Campbell *En caso de lesión medular o hemiplejía valorar el lado sano **Puede ser poco valorable en vía aérea artificial				/10
Rango puntuaciones	0: no dolor	1-3: dolor leve-moderado	4-6: dolor moderado-grave	> 6: dolor muy intenso
La puntuación ideal es mantenerlo en 3 o menos				

Nota: datos obtenidos de Pardo et al. (7)

-Escala Sobre Conductas Indicadoras de Dolor (ESCID): esta escala es una modificación de la escala de Campbell realizada por Latorre (9), la cual tiene cinco ítems de evaluación de comportamiento: expresión facial, movimientos, musculatura, confort y adaptación a la ventilación mecánica, este último punto es el que hace la diferencia con la Escala de Campbell; cada uno de los puntos se evalúa con números del cero al dos, dando como puntuación máxima diez. (Ver tabla 3).

Tabla 3. Escalas de conductas indicadoras de dolor (ESCID)

	0	1	2	Puntuación parcial
Musculatura facial	Relajada	En tensión, ceño fruncido/gesto de dolor	Ceño fruncido de forma habitual/ dientes apretados	
“Tranquilidad”	Tranquilo, relajado, movimientos normales	Movimientos ocasionales de inquietud y/o posición	Movimientos frecuentes, incluyendo cabeza o extremidades	
Tono muscular	Normal	Aumentado. Flexión de dedos de manos y/o pies	Rígido	
Adaptación a ventilación mecánica (VM)	Tolerando ventilación mecánica	Tose, pero tolera VM	Lucha con el respirador	
Confortabilidad	Confortable, tranquilo	Se tranquiliza al tacto y/o a la voz. Fácil de distraer	Difícil de confortar al tacto o hablándole	
				Puntuación total 10
0: no dolor	1-3: dolor leve-moderado	4-6: dolor moderado-grave	> 6: dolor muy intenso	
	Considerar otras posibles causas			

Nota: datos obtenidos de Latorre et al. (9)

- Critical-Care Pain Observación Tool (CPOT): Es una escala Observacional del Dolor en Cuidados Críticos, fue diseñada por Gélinas et al. (13) usando componentes de otras escalas de valoración del dolor como la BPS y otros elementos propios de investigaciones anteriores del autor, esta escala consta de cuatro puntos de evaluación de comportamiento: expresión facial, movimientos corporales, tensión de los músculos y adaptación a la ventilación mecánica, con una puntuación de entre cero y dos con un valor máximo de ocho como mayor intensidad de dolor (Ver tabla 4).

Tabla 4. Critical-Care Pain Observation Tool (CPOT)

Ítem	Descripción	Puntos
Expresión facial	Relajada	0
	Tensa	1
	Muecas	2
Movimiento corporal	No movimientos	0
	Lento y cauteloso, pide atención.	1
	Inquieto, tira del tubo, agrede..	2
Tono muscular	Relajado	0
	Tenso, rígido.	1
	Muy tenso o rígido	2
Adaptación al ventilador	Adaptado.	0
	Tose, pero tolera.	1
	"Lucha"	2
Vocalización (extubados)	Habla, tono normal.	0
	Suspirando, gimiendo.	1
	Gritando, llorando.	2

Resultado
Rango de 0-8

Nota: datos obtenidos de *Rapid Critical Care Consult* (14)

-The Adult Non-Verbal Pain Scale (NVPS): Es una escala de Dolor en el adulto No Comunicativo, se desarrolló con la finalidad de ayudar a la unidad de pacientes quemados. La NVPS consta de 5 elementos de evaluación: movimiento facial, movimiento corporal, reflejos, fisiología I (presión arterial, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria) y fisiología II (pupilas dilatadas, rubor, sudoración, palidez), cada elemento tiene una puntuación de cero a dos con una puntuación total de diez como mayor intensidad de dolor. (15)

1.5 Investigaciones y aplicación de herramientas en UCI

Pozas et al (16) realizaron una investigación en la UCP del Hospital Universitario Gregorio Marañón de Madrid donde mediante la magnitud de dolor de los pacientes después de una cirugía cardíaca utilizando la escala BPS, se observaron pacientes mayores a 18 años, sin complicaciones en la comunicación y con uso de

sedantes y sometidos a ventilación mecánica, en 20 pacientes se efectuaron 2 procedimientos que se valoran como dolorosos: el cambio de postura y aspiración de secreciones. En 27 mediciones de los procesos considerados dolorosos, los resultados de las BPS mostraron que 70% de los pacientes no sentían dolor, el 22.2% sentían dolor leve-moderado, y el 7.4% sentían dolor intolerable. Este estudio mostró que los pacientes sienten dolor en el postoperatorio y se encuentra un pequeño grupo con dolor inaguantable, estos resultados funcionaron como una guía para la valoración del dolor Y el manejo del mismo en el postoperatorio. (16)

Pardo et al. (17) afirma los puntos clave que se deben tener presente para la monitorización del dolor; como primer punto se reconoce que la presencia del dolor es un problema que se presenta con frecuencia en los pacientes en estado crítico, se muestra que la capacidad para detectar y controlar el dolor de los pacientes debe ser el objetivo fundamental de todos los profesionales de la salud, debido a que el control de salud no solo es la responsabilidad por cuestiones humanitarias, sino que se basa en una obligación médica para reducir el dolor y la mortalidad del paciente.

Martín (18) realizó un estudio de las escalas de valoración de dolor utilizando la escala ESCID, en los pacientes críticos imposibilitados comunicativamente, la finalidad del estudio era verificar la veracidad de la escala de valoración de dolor en pacientes no comunicativos, se investigó en una serie de base de datos electrónicas, los criterios de elección de los pacientes y estos fueron: Pacientes críticos con incapacidad comunicativas verbal, escrita o gesticular, Mayores de 18 años. El estudio concluyo que la escala conductual del dolor (ESCID), constituye una herramienta útil y válida

para valorar el dolor en pacientes críticos no comunicativos y sometidos a ventilación mecánica.

El dolor en los pacientes puede presentarse a partir de diferentes orígenes donde se detalla que: La propia enfermedad motiva el ingreso del dolor en los pacientes al presentarse como: traumatismos, fracturas, inflamación, hemorragia subaracnoidea, derrames, entre otras. Pueden ocasionar dolor en los pacientes; los procesos invasivos que se utilizan para tratamiento como por ejemplo la colocación de drenajes. Las técnicas que se requieren para el manejo de los pacientes, los cuales pueden ser; la utilización del tubo orotraqueal, las mascarillas de ventilación, catéteres, sondas, entre otros. Las técnicas de enfermería (cambios de apósitos, fisioterapia, movilizaciones, aspiración endotraqueal Y la presencia de infecciones que se encuentran ocultas en el organismo como ser; sinusitis, otitis, abscesos rectales y la propia inmovilidad del paciente. (19)

En la investigación realizada por Gélinas (20) explicó la experiencia de dolor de los pacientes de la UCI con cirugía cardíaca, luego del traslado al área quirúrgica, se encuestó a 93 pacientes sobre la experiencia con la magnitud de dolor, 61 pacientes (65.6%) recordaban estar con ventilación mecánica y 72 pacientes (77.4%) recordaron sentir dolor siendo la movilización una de las fuentes de dolor más comunes sufrido por los pacientes, 47.3% indicó el tórax como la causa de su dolor; todos los pacientes se les realizó una incisión externa de los cuales 16 sintieron dolor leve, 21 moderado y 25 severo.

Palacios (21) realizó el siguiente estudio para la evaluación e intervención por parte de los profesionales de la salud a los pacientes con dolor de la UCI, el dolor representa un problema de gran valor porque es causante de una variedad de malestares y otras consecuencias, el estudio también mostró que pacientes críticos que sentían un dolor grave, podrían sentirlo aun después del alta y transformarse en algo crónico, el manejo eficiente del dolor de los pacientes necesita de cualidades interdisciplinarias con la ayuda y punto de vista de expertos con especialidades clínicas, asimismo el método psicológico es eficaz en el tratamiento del dolor, con base en evidencia científica.

Por su parte, Jiménez (22) ha efectuado una investigación sobre “El manejo del dolor por el personal de enfermería en pacientes postquirúrgicos” teniendo como objetivo; determinar el control del dolor por los profesionales de enfermería en pacientes postquirúrgicos, la cual se estableció que para accionar con relación a la mejoría de la calidad en la atención se demanda el capacitar de forma comprometida tanto al personal de salud, familiares y al paciente, por tanto, en la investigación se determinó que en el manejo del dolor de los pacientes influye el crear un ambiente cómodo y de confianza donde se debe de fomentar la comunicación siendo una base muy sólida para en toda relación entre el profesional de la salud, el paciente y la familia o las personas que cuidan de los pacientes que sufren de dolor.

En el estudio realizado por Rueda y García (23) sobre la “Intensidad del dolor agudo postoperatorio y la satisfacción del paciente en el manejo del dolor” se ha establecido como objetivo; describir la relación sobre la intensidad de dolor severo

postoperatorio con la satisfacción en el control del dolor del paciente post operado, en la investigación se realizó bajo el método de estudio descriptivo de corte transversal, con la aplicación de una entrevista dirigida a los pacientes del “Hospital General de Enfermedades y Gineco Obstetricia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social”, se obtuvieron los resultados que después de las 24 horas los pacientes presentan una intensidad severo del dolor postoperatorio, es así como se concluyó que el dolor severo es predominante en la mayoría de los pacientes, de igual forma se evidenció que la mayoría de los pacientes se sienten satisfechos con la atención brindada en lo que se refiere al manejo del dolor.

La investigación que realizó Lorenzo (24) con el título “Evaluación del efecto de una intervención sobre la valoración, evaluación y manejo del dolor en pacientes hospitalizados” la cual se realizó con el objetivo de: valorar el efecto de una intervención formativa en la valoración, evaluación y registro del dolor y en las habilidades del tratamiento, por ende, en la investigación se utilizó un proceso de recolección de datos y para la optimización de los mismos se diseñó un Cuaderno de Recogida de Datos (CRD) establecido mediante un código de 3 cifras con el propósito de preservar el anonimato del paciente, es así como la información obtenida se codificó y almacenó en la base de datos, en los resultados se evidenció que el 95% de los pacientes internados en el Hospital Clínico San Carlos de Madrid, que sentían dolor contaban con una prescripción analgésica con el predominio de pautas combinadas.

1.6 Valoración del conocimiento del dolor en enfermería

El personal de enfermería es el encargado del manejo y valoración del dolor, es por esto que el conocimiento sobre el dolor es un factor importante para la correcta toma de decisiones en el manejo de pacientes ya que el desconocimiento resulta ser un factor limitante. (25)

Es por ello que se realizó una búsqueda bibliográfica y se encontró una herramienta para la recolección de datos, La herramienta KASRP se puede emplear para evaluar los conocimientos de las enfermeras y otros profesionales en su entorno, este instrumento de valoración se desarrolló en 1987 y se ha utilizado generalmente desde la misma fecha hasta la actualidad también ha sido examinada a lo largo de los años para verificar los cambios en el proceso del manejo del dolor (26)

La herramienta KASRP para especificar los conocimientos y actitudes sobre el dolor, es una herramienta que consiste en 39 preguntas divididas en tres secciones: 22 preguntas de verdadero y falso, 15 preguntas de opción múltiple y 2 casos clínicos con cuatro posibles respuestas para el tratamiento.

En cuanto a la fiabilidad y validez de la herramienta KASRP, la validez del test se ha realizado por medio de diferentes especialistas en dolor y se deriva de los estándares del manejo del dolor, sobre la validez de fabricación, se ha realizado por la comparación de puntajes de enfermeras en varios niveles de conocimiento y experiencia como ser estudiantes, egresados, enfermeras de oncología y expertos en dolor (27)

3. HIPOTESIS Y OBJETIVOS DEL TRABAJO

3.1 Pregunta de la investigación

¿Cuál es el grado de conocimiento y actitud de los profesionales de enfermería acerca de la valoración de dolor en pacientes críticos del área la UCI del Instituto Hondureño de Seguridad Social?

3.2 Hipótesis

3.2.1 Hipótesis Alternativa

El personal de enfermería dispondrá de un nivel medio de conocimientos y Actitudes acerca de la valoración de dolor de pacientes críticos con ventilación mecánica remitidos a la UCI del Instituto Hondureño de Seguridad Social.

3.2.2 Hipótesis Nula

El personal de enfermería tendrá un nivel muy bajo de conocimiento acerca de la valoración de dolor de pacientes críticos con ventilación mecánica remitidos a la UCI del Instituto Hondureño de Seguridad Social.

3.3 Objetivos

Objetivo principal:

Determinar el nivel de conocimiento de los enfermeros acerca de la valoración de dolor para el manejo de pacientes críticos sometidos a ventilación mecánica de la UCI del Instituto Hondureño de Seguridad Social.

Objetivos secundarios

- Conocer las características Sociodemográficas del personal de enfermería que labora en el área de UCI del Instituto Hondureño de Seguridad Social.
- Evaluar las diferencias del grado de conocimiento y actitudes en los enfermeros en función del tiempo trabajado en el área, tipo de contrato y formación universitaria sobre el dolor.

4. MATERIAL Y METODOS

4.1 Tipo de estudio

Estudio observacional, descriptivo y transversal.

4.2 Ámbito de estudio:

Este estudio se llevará a cabo en el Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS) barrio la Granja de Tegucigalpa, En la Unidad de Cuidados Intensivos Adulto e Intermedios, donde se encuentra el personal de enfermería que labora en estas áreas. El seguro social es una institución que mediante una organización tecnificada y de cobertura nacional, garantiza el acceso a los servicios de salud a los trabajadores hondureños y sus familias.

Fue creado por el estado para ser una institución de servicios públicos, de carácter obligatorio para todos los empleadores y trabajadores de Honduras, sean de empresas nacionales o extranjeras. Atiende aproximadamente alrededor del 12% de la población.

La Unidad de cuidados intensivos Adultos. Atiende una gran variedad de pacientes de diferentes patologías excepto procedimientos de patologías cardiacas, este consta; de 9 camas. En la Unidad de cuidados intensivos Intermedio se realizan procedimientos de patologías cardiacas. Y este consta; de 5 camas. El personal sanitario rota en ambas áreas y es de aproximadamente; 40 enfermeras, 30 auxiliares de enfermería y 8 médicos.

4.3 Tiempo de estudio

La recogida de datos se iniciará en julio de 2022 hasta completar la recogida de los mismos.

4.4 La población

La población serán los 40 profesionales de enfermería que rotan por la UCI adulto e intermedios del Instituto Hondureño de Seguridad Social.

➤ Criterios de inclusión

Todos los profesionales de enfermería que decidan participar de manera voluntaria, y firmen el consentimiento informado.

➤ Criterios de exclusión

Profesionales de enfermería que se encuentren de descanso médico, vacaciones o personal que tenga menos de 6 meses de laborar y estudiantes

4.5 Instrumento

Se elaboró una hoja de recogida de datos que consta de una primera parte de variables sociodemográficas como: edad, sexo estado civil. una segunda parte de variables Laborables; tipo de contrato, tiempo laborando y experiencia en el área. Y una tercera sobre formación universitaria en dolor (Anexo 2).

Por otra parte, para medir el nivel de conocimiento en los enfermeros sobre el dolor en pacientes críticos sometidos a VM se utilizará el cuestionario de conocimientos y actitudes sobre el dolor validado al castellano en España por Zuazua (2). Ya que este cuestionario permite un amplio proceso de investigación para obtener y analizar datos de manera rápida y eficaz en profesionales de habla hispana. Este cuestionario se aplicará a los enfermeros que trabajan en el área de UCI del Instituto Hondureño de Seguridad Social.

4.6 Procedimiento

Una vez obtenida la autorización de la gerencia y dirección de enfermería del Instituto Hondureño de Seguridad Social de barrio abajo en Tegucigalpa.

Se realizará una reunión con las supervisoras de la unidad de cuidados intensivos polivalente e intermedios para implicarlas en el estudio, informándoles de los objetivos del estudio, que la información que se reciba será confidencial y con un consentimiento firmado para que su participación sea de manera voluntaria.

Se coordinará con las supervisoras un lugar para reunir las enfermeras asistenciales, ahí se les explicará la importancia y objetivos del estudio. Se les aplicará el cuestionario. Este será realizado al final de cada jornada de mañana. Por lo cual la investigadora irá personalmente de lunes a viernes (hasta completar las encuestas a los 40 enfermeros), para despejar cualquier duda en cuanto a las preguntas del cuestionario.

Luego de que se obtenga los cuestionarios, se digitalizará la información y estos papeles serán desechados para mantener el anonimato.

4.7 Variables

Variables sociodemográficas

- Sexo: hombre, mujer
- Edad: en años
- Estado Civil: Soltera, Casada, Viuda y Divorciada
- Nivel de estudios: grado, master, doctorado.

Variables Laborables

- Experiencia profesional en la UCI en años: 6 meses a 1 año, 1-5 años 5-10 años, y más 10 años
- Tipo de contrato:
 - a). Contrato Temporal (1, 3 y 6 meses).
 - b) Contrato Permanente.
 - c) Contrato Indefinido: es aquel que se acuerda sin establecer límites de tiempo.

Variables de formación sobre Dolor

- Formación universitaria en dolor: si, no
- Horas de formación universitaria en dolor: <10 H, 10-20 H., >20 H.
- Opinión sobre la necesidad sobre formación universitaria de dolor: Si, No

Aplicación de herramientas para medir el dolor en las unidades de trabajo: Si, No

Momento de aplicación de las herramientas para medir el dolor:

- a). A la llegada a la unidad.
- b). Una vez por turno.
- c). Si el paciente refiere dolor; cada hora

Escala utilizada para medir el dolor en pacientes con VM sin sedación: Escala Visual Analógica (EVA), Escala Numérica (EN), Verbal, Expresión facial, otras.

Escala utilizada para medir el dolor en pacientes con VM con sedación: BPS, ESCID, CPOT, Campbell, otras.

Variable del Conocimiento sobre el dolor de la encuesta *knowledge and attitudes survey regarding pain (KASRP)*. Se utilizará la validada en España por Zuazua D. (2). adaptada en Castellano.

Grado de conocimiento: se medirá en porcentaje, valiendo cada respuesta correcta del cuestionario 1 punto, haciendo un total de 39 preguntas distribuidas de la siguiente manera; 22 de "V" o "F", 15 de respuesta única y 2 casos prácticos. Para obtener el porcentaje de cada encuesta se realizará de la siguiente forma; Se sumarán las respuestas correctas se dividirán entre el total de las preguntas y se multiplicara por 100.

- a) Nivel de conocimiento bueno se establece por encima del 80%
- b) Nivel de conocimiento medio 70-79% de los aciertos
- c) Nivel de conocimiento bajo 69-59% de los aciertos
- d) Nivel de conocimiento muy bajo menos del 58% de los aciertos.

4.8 Aspectos éticos

En el proyecto se tendrá en cuenta las consideraciones éticas para la aplicación del instrumento:

- El consentimiento libre e informado
- Se informará a la población de estudio sobre la investigación que se está realizando para que su participación sea de manera voluntaria.
- Se aplicarán los principios de beneficencia, no maleficencia, confidencialidad y anonimato

4.9 Análisis estadístico

Para el estudio estadístico se utilizará la herramienta SPSS; previamente se creará una base de datos con las variables descritas en el estudio.

Para describir las variables nominales se utilizará el valor nominal y su porcentaje y se utilizará la media, desviación estándar y el rango para describir las variables numéricas

Para comparar las medias de valores nominales se utilizará el test de la T de Student y el ANOVA. Para comparación de valores nominales entre sí se usará la Chi². Se acepta que la significación cuando la $p \leq 0,05$.

5. CRONOGRAMA Y RECURSOS ECONOMICOS

5.1 Cronograma de actividades

Años	2022												2023	
Actividades/Meses	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	E	F
Recopilación de la información para la propuesta del proyecto														
Revisión de la bibliografía y construcción del marco teórico.														
Reunión con investigadores														
Diseño y aplicación de Metodología														
Aceptación del proyecto														
Solicitud de permisos														
Entrevista con las supervisoras														
Recogida de datos														
Análisis de los datos y obtención de los resultados.														
Conclusiones y presentación de los resultados.														

5.2 Recursos económicos

Para poder llevar a cabo este proyecto, es necesario un presupuesto sobre los gastos que se van a realizar como ser: -Gastos de ejecución: contratación de un especialista en asesoramiento estadístico y metodológico, Fotocopias de las hojas de recogida de datos, cuestionario y consentimiento informado.

-Gastos de difusión: publicación en un acceso abierto, y presentación en el congreso nacional de enfermería de Honduras incluyendo; transporte y alimentación.

Recurso	Costo
Asesoría estadística y metodológica	L. 15,000.00
Impresión de hoja de recogida de datos, cuestionario y consentimiento informado.	L. 3,000.00
Publicación en un acceso abierto	L. 2,500.00
Presentación en el congreso nacional de enfermería de Honduras incluyendo; transporte y alimentación.	L. 14,500.00

Total: L. 35,000.00

Nota: La moneda de Honduras es el Lempira (L.). 1 euro equivale a 28 lempiras.

6. COMENTARIOS FINALES.

Esta investigación ha de contribuir de forma muy importante para determinar y reconocer los puntos débiles en el manejo y tratamiento de pacientes críticos de la UCI del Instituto Hondureño de Seguridad Social, considerando métodos para distinguir la manifestación de dolor en pacientes críticos sometidos a ventilación mecánica, ya que esto puede ser un problema para el personal de enfermería. Entender que la atención integral a este tipo de pacientes críticos, deja muchas cosas en que reflexionar y por eso es importante llevar a cabo una buena investigación.

Dentro de los puntos más importantes de este proyecto es detectar cual es el estado real de la valoración del dolor que realiza el personal de enfermería hacia los pacientes críticos, para que esto no se convierta en un obstáculo, y así pueda mejorar la calidad de atención, estabilidad física y emocional del paciente. Esperando un aumento en las capacidades de los profesionales de enfermería para responder a las necesidades de dichos pacientes.

7. BIBLIOGRAFIA

1. Pardo C, Muñoz T, Chamorro C. Monitorización del dolor. Recomendaciones del grupo de trabajo de analgesia y sedación de la SEMICYUC. Med. Intensiva. 2006;30(8):379-85.
2. Zuazua Rico D, carga de trabajo en enfermería y su relación con el conocimiento y actitudes frente al dolor en cuidados intensivos [Tesis.] Valencia: Universidad de Valencia, abril, 2019.
3. IASP: The International Association for the study of pain [Internet]. Washington: The International Association for the study of pain; 1973 [Citado el 18 de marzo del 2022.] Disponible en: <https://www.dolor.com/es-es/para-sus-pacientes/tipos-de-dolor/nueva-definicion-dolor>
4. Mosteiro Diaz MP. Dolor y cuidados de enfermeros. Madrid: Difusión Avances de Enfermería; 2010.
5. Mansouri P, Javadpour S, Zand F, Ghodsbin F, Sabetian G, Masjedi M, et al Implementation of a protocol for integrated management of pain, agitation, and delirium can improve clinical outcomes in the intensive care unit: a randomized clinical trial. J Crit Care. 2013; 28(6):918-22.
6. Puntillo KA. The phenomenon of pain and critical care nursing. Heart Lung. 1988;17(3):262-73.

7. Pardo C, Muñoz T, Chamorro C, SEMICYUC Gdtdays. Monitorización del dolor. Recomendaciones del grupo de trabajo de analgesia y sedación de la SEMICYUC. Med. Intensiva. 2006 ; 30(8) :379-85.
8. Jiménez H. Manejo del dolor por el personal de enfermería en pacientes postquirúrgicos. [Tesis]. Ambato: Universidad Técnica de Ambato, Facultad de Ciencias de la Salud ; 2018.
9. López López C, Murillo Perez MA, Torrente Vela S, Bauer C, Garcia Iglesias M, Martín M, et al. Aplicación de la Escala de conductas indicadoras de dolor (ESCID) en el paciente con trauma grave no comunicativo y ventilación mecánica. Enfermería Intensiva. 2013; 24(4):137-44.
10. Mosteiro Diaz MP, Baldonado Cernuda RF. Valoración del dolor. Escalas y cuestionarios de medidas. Registro y cuidados de enfermería. En: Mosteiro Diaz MP. Dolor y cuidados enfermeros, 1ª ed. Madrid: Difusión Avances de Enfermería; 2010. P. 37- 47
11. Payen JF, Bru O, Bosson JL, Lagrasta A, Novel E, Deschaux I, et al. Assessing pain in critically ill sedated patients by using a behavioral pain scale. Crit Care Med. 2001; 29(12):2558-63.
12. Erdek MA, Pronovost PJ. Improving assessment and treatment of pain in the critically ill. Int J Qual Health Care. 2004;16(1):59-64.

13. Gélinas C, Fillion L, Puntillo KA, Viens C, Fortier M. Validation of the Critical-care pain observation tool in adult patients. *Am J Crit Care.* 2006;15(4):420-7.
14. RCCC. Rapid Critical Care Consult.. [internet.]. Madrid.[cited 2022 Marzo del 2022] Valoración del dolor Cuidados Críticos CPOT. Disponible en: <https://www.rccc.eu/protocolos/sedoanalgesia/CPOT.html>
15. Payen JF, Bru O, Bosson JL, Lagrasta A, Novel E, Deschaux I, et al. Assessing pain in critically ill sedated patients by using a behavioral pain scale. *Crit Care Med.* 2001; 29(12):2558-63.
16. Pozas Abrila J, Toraño Olivera MJ, Latorre-Marco I. Valoración del dolor durante el postoperatorio inmediato de cirugía cardíaca mediante la Behavioural Pain Scale. *Enfermería Intensiva.* 2014; 25(1): 24-29.
17. Pardo C, Muñoz T, Chamorro C, SEMICYUC Gdtdays. Monitorización del dolor. Recomendaciones del grupo de trabajo de analgesia y sedación de la SEMICYUC. *Med. Intensiva.* 2006; 30(8) :379-85.
18. Martín Baute MJ. Implementación de una escala del dolor en pacientes intubados en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Nuestra Señora de la Candelaria [Tesis]. Universidad de La Laguna, Facultad de Ciencia de la Salud; 2018.
19. López López C, Murillo Perez MA, Torrente Vela S, Bauer C, Garcia Iglesias M, Martín M, et al. Aplicación de la Escala de conductas indicadoras de dolor (ESCID) en el paciente con trauma grave no

- comunicativo y ventilación mecánica. *Enfermería Intensiva*. 2013; 24(4):137-44.
20. Gélinas C. Management of pain in cardiac surgery ICU patients: Have we improved over time? *Intensive Critical Care Nursing*. 2017; 23(5):298-303
21. Palacios-Espinosa X, Pulido-Rozo J, Ramos-Zamudio D. Intervención interdisciplinaria del paciente con dolor en Unidades de Cuidado Intensivo. *Rev. Ind. Santander. Salud*. 2017; 49(2): 380-90.
22. Jiménez H. Manejo del dolor por el personal de enfermería en pacientes postquirúrgicos. [Tesis]. Ambato: Universidad Técnica de Ambato, Facultad de Ciencias de la Salud ; 2018.
23. Rueda Y, García C. Intensidad del dolor agudo postoperatorio y la satisfacción del paciente en el manejo del dolor. [Tesis]. Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas; 2018.
24. Lorenzo L. Evaluación del efecto de una intervención sobre la valoración, evaluación y manejo del dolor en pacientes hospitalizados. [Tesis]. Madrid: Universidad Complutense de Madrid , Facultad de enfermería, Fisioterapia y Podología; 2020.
25. Ferrell B, McCaffery M. Knowledge and Attitudes Survey Regarding pain [Internet]. 2014 [citado el 10 de marzo de 2022]. Disponible en:

[https://prc.coh.org/Knowledge%20%20&%20Attitude%20Survey%207-14%20\(1\).pdf](https://prc.coh.org/Knowledge%20%20&%20Attitude%20Survey%207-14%20(1).pdf)

26. Arias-Gómez J, Villasís-Keever MÁ, Miranda Novales MG. El protocolo de investigación III: la población de estudio. Revista Alergia México. 2016; 63(2) 1-7.

27. Clarett M. Escalas de evaluación de dolor y protocolo de analgesia en terapia intensiva. [Internet]. 2012 [citado el 15 de marzo de 2022].

Disponible en:

https://www.academia.edu/24263995/ESCALAS_DE_EVALUACION_DE_DOLOR_Y_PROTOCOLO_DE_ANALGESIA_EN_TERAPIA_INTENSIVA

8. Anexos

8.1 Anexo 1. Cuestionario KARSP, Versión ingles

Knowledge and Attitudes Survey Regarding Pain

True/False – Circle the correct answer.

- | | | |
|---|---|--|
| T | F | 1. Vital signs are always reliable indicators of the intensity of a patient's pain. |
| T | F | 2. Because their nervous system is underdeveloped, children under two years of age have decreased pain sensitivity and limited memory of painful experiences. |
| T | F | 3. Patients who can be distracted from pain usually do not have severe pain. |
| T | F | 4. Patients may sleep in spite of severe pain. |
| T | F | 5. Aspirin and other nonsteroidal anti-inflammatory agents are NOT effective analgesics for painful bone metastases. |
| T | F | 6. Respiratory depression rarely occurs in patients who have been receiving stable doses of opioids over a period of months. |
| T | F | 7. Combining analgesics that work by different mechanisms (e.g., combining an NSAID with an opioid) may result in better pain control with fewer side effects than using a single analgesic agent. |
| T | F | 8. The usual duration of analgesia of 1-2 mg morphine IV is 4-5 hours. |
| T | F | 9. Opioids should not be used in patients with a history of substance abuse. |
| T | F | 10. Elderly patients cannot tolerate opioids for pain relief. |
| T | F | 11. Patients should be encouraged to endure as much pain as possible before using an opioid. |
| T | F | 12. Children less than 11 years old cannot reliably report pain so clinicians should rely solely on the parent's assessment of the child's pain intensity. |
| T | F | 13. Patients' spiritual beliefs may lead them to think pain and suffering are necessary. |
| T | F | 14. After an initial dose of opioid analgesic is given, subsequent doses should be adjusted in accordance with the individual patient's response. |
| T | F | 15. Giving patients sterile water by injection (placebo) is a useful test to determine if the pain is real. |
| T | F | 16. Vicodin (hydrocodone 5 mg + acetaminophen 300 mg) PO is approximately equal to 5-10 mg of morphine PO. |
| T | F | 17. If the source of the patient's pain is unknown, opioids should not be used during the pain evaluation period, as this could mask the ability to correctly diagnose the cause of pain. |
| T | F | 18. Anticonvulsant drugs such as gabapentin (Neurontin) produce optimal pain relief after a single dose. |
| T | F | 19. Benzodiazepines are not effective pain relievers and are rarely recommended as part of an analgesic regimen. |
| T | F | 20. <u>Narcotic/opioid addiction</u> 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 | F | 21. The term 'equianalgesia' means approximately equal analgesia and is used when referring to the doses of various analgesics that provide approximately the same amount of pain relief. |
| T | F | 22. Sedation assessment is recommended during opioid pain management because excessive sedation precedes opioid-induced respiratory depression. |

Multiple Choice – Place a check by the correct answer.

23. The recommended route of administration of opioid analgesics for patients with persistent cancer-related pain is
 a. intravenous
 b. intramuscular
 c. subcutaneous
 d. oral
 e. rectal
24. The recommended route administration of opioid analgesics for patients with brief, severe pain of sudden onset such as trauma or postoperative pain is
 a. intravenous
 b. intramuscular
 c. subcutaneous
 d. oral
 e. rectal
25. Which of the following analgesic medications is considered the drug of choice for the treatment of prolonged moderate to severe pain for cancer patients?
 a. codeine
 b. morphine
 c. meperidine
 d. tramadol
26. A 30 mg dose of oral morphine is approximately equivalent to:
 a. Morphine 5 mg IV
 b. Morphine 10 mg IV
 c. Morphine 30 mg IV
 d. Morphine 60 mg IV
27. Analgesics for post-operative pain should initially be given
 a. around the clock on a fixed schedule
 b. only when the patient asks for the medication
 c. only when the nurse determines that the patient has moderate or greater discomfort
28. A patient with persistent cancer pain has been receiving daily opioid analgesics for 2 months. Yesterday the patient was receiving morphine 200 mg/hour intravenously. Today he has been receiving 250 mg/hour intravenously. The likelihood of the patient developing clinically significant respiratory depression in the absence of new comorbidity is
 a. less than 1%
 b. 1-10%
 c. 11-20%
 d. 21-40%
 e. > 41%
29. The most likely reason a patient with pain would request increased doses of pain medication is
 a. The patient is experiencing increased pain.
 b. The patient is experiencing increased anxiety or depression.
 c. The patient is requesting more staff attention.
 d. The patient's requests are related to addiction.
30. Which of the following is useful for treatment of cancer pain?
 a. Ibuprofen (Motrin)
 b. Hydromorphone (Dilaudid)
 c. Gabapentin (Neurontin)
 d. All of the above
31. The most accurate judge of the intensity of the patient's pain is
 a. the treating physician
 b. the patient's primary nurse
 c. the patient
 d. the pharmacist
 e. the patient's spouse or family

32. Which of the following describes the best approach for cultural considerations in caring for patients in pain:
- a. There are no longer cultural influences in the U.S. due to the diversity of the population.
 - b. Cultural influences can be determined by an individual's ethnicity (e.g., Asians are stoic, Italians are expressive, etc).
 - c. Patients should be individually assessed to determine cultural influences.
 - d. Cultural influences can be determined by an individual's socioeconomic status (e.g., blue collar workers report more pain than white collar workers).
33. How likely is it that patients who develop pain already have an alcohol and/or drug abuse problem?
- < 1% 5 – 15% 25 - 50% 75 - 100%
34. The time to peak effect for morphine given IV is
- a. 15 min.
 - b. 45 min.
 - c. 1 hour
 - d. 2 hours
35. The time to peak effect for morphine given orally is
- a. 5 min.
 - b. 30 min.
 - c. 1 – 2 hours
 - d. 3 hours
36. Following abrupt discontinuation of an opioid, physical dependence is manifested by the following:
- a. sweating, yawning, diarrhea and agitation with patients when the opioid is abruptly discontinued.
 - b. Impaired control over drug use, compulsive use, and craving.
 - c. The need for higher doses to achieve the same effect.
 - d. a and b
37. Which statement is true regarding opioid induced respiratory depression:
- a. More common several nights after surgery due to accumulation of opioid.
 - b. Obstructive sleep apnea is an important risk factor.
 - c. Occurs more frequently in those already on higher doses of opioids before surgery.
 - d. Can be easily assessed using intermittent pulse oximetry.

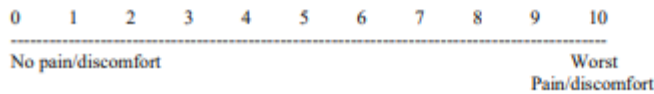
Case Studies

Two patient case studies are presented. For each patient you are asked to make decisions about pain and medication.

Directions: Please select one answer for each question.

38. 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.

A. 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.

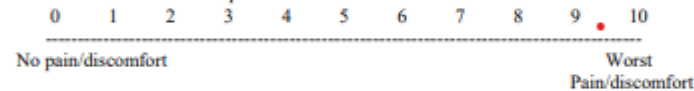


B. Your assessment, above, is made two hours after he received morphine 2 mg IV. Half hourly pain ratings following the injection ranged from 6 to 8 and he had no clinically significant respiratory depression, sedation, or other untoward side effects. He has identified 2/10 as an acceptable level of 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.

- 1. Administer no morphine at this time.
- 2. Administer morphine 1 mg IV now.
- 3. Administer morphine 2 mg IV now.
- 4. 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.

A. 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:



B. Your assessment, above, is made two hours after he received morphine 2 mg 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:

- 1. Administer no morphine at this time.
- 2. Administer morphine 1 mg IV now.
- 3. Administer morphine 2 mg IV now.
- 4. Administer morphine 3 mg IV now.

8.2 Anexo 2. Recogida de datos

HOJA DE RECOGIDA DE DATOS

Valoración del dolor en enfermeros que trabajan en la UCI con pacientes críticos sometidos a ventilación mecánica del IHSS

Este trabajo de investigación es sobre el nivel de conocimiento sobre la valoración del dolor de los enfermeros que trabajan en la UCI del IHSS. Le rogamos conteste a este cuestionario basándose en su experiencia laboral, conocimientos y actitudes.

Datos Sociodemográficos

1. Sexo:

Hombre Mujer

2. Edad _____ Años

3. Estado Civil:

Soltero Casado(a) Divorciado Viudo(a)

4. Nivel de Estudios

Licenciatura en Enfermería (Grado) Master Doctorado

Datos Laborables

5. Tipo de contrato:

Temporal Indefinido Permanente

6. Experiencia Profesional enfermero (a) en años: _____

Formación Recibida

7. Ha recibido formación universitaria sobre el dolor

Si No

8. En caso afirmativo cuantas horas le dedicaron;

< 10 h 10-20 h >20 h

9. Cree que es necesaria la formación universitaria en dolor:

Si No

10. Ha recibido formación post universitaria sobre el dolor:

Si No

11. En caso afirmativo que tipo de información a recibo

Perfil Universitario Master Doctorado Otros

12. ¿Ha recibido formación sobre el dolor a cargo del hospital donde trabaja?

Si No

13. ¿Aplica en su trabajo alguna herramienta para medir el dolor?

Si No

14. En caso afirmativo cuando la utiliza

A la llegada a la unidad

Una vez por turno

Además de las dos anteriores, si el paciente refiere dolor

Cada hora

15. ¿Qué escala utilizada para medir el dolor en pacientes con VM sin sedación:

EVA,

EN,

Verbal,

expresión facial,

otras

16. ¿Qué escala utilizada para medir el dolor en pacientes con VM con sedación:

ESCID,

CPOT

Campbell,

BPS,

otras

8.3 Anexo 3 Cuestionario KASRP, Versión Española

Encuesta de conocimientos y actitudes frente al dolor

Verdadero/Falso –Encierra en un círculo la respuesta correcta.

V	F	1. Los signos vitales son siempre indicadores fiables de la intensidad del dolor de un paciente
V	F	2. Debido a que su sistema nervioso está poco desarrollado, los niños menores de dos años tienen una menor sensibilidad al dolor y una memoria limitada de las experiencias dolorosas.
V	F	3. Los pacientes que pueden distraerse del dolor generalmente no tienen dolor intenso.
V	F	4. Los pacientes pueden dormir a pesar del dolor intenso
V	F	5. El Acido Acetil Salicílico (AAS) y otros agentes antiinflamatorios no esteroideos NO son analgésicos efectivos para las metástasis óseas dolorosas.
V	F	6. La depresión respiratoria raramente se da en pacientes que han estado recibiendo dosis fijas de opioides durante un período de meses.
V	F	7. combinar analgésicos que funcionan por diferentes mecanismos (p. ej., la combinación de un AINE con un opioide) puede resultar con un mejor control del dolor con menos efectos secundarios que usar un solo agente analgésico.
V	F	8. La duración habitual de la analgesia de 1-2 mg de morfina IV es de 4-5 horas.

V	F	9. Los opioides no deben usarse en pacientes con antecedentes de abuso de sustancias.
V	F	10. Los pacientes ancianos no pueden tolerar los opioides para aliviar el dolor.
V	F	11. Se debe animar a los pacientes a soportar tanto dolor como sea posible antes de usar un opioide.
V	F	12. Los niños menores de 11 años no pueden informar el dolor de manera fiable, así que los médicos deben confiar únicamente en la evaluación de los padres sobre la intensidad del dolor del niño.
V	F	13. Las creencias religiosas de los pacientes pueden llevarlos a pensar que el dolor y el sufrimiento son necesarios.
V	F	14. Después de administrar una dosis inicial de analgésico opioide, las dosis posteriores deben ajustarse de acuerdo con la respuesta individual del paciente.
V	F	15. Administrar a los pacientes placebo es una prueba útil para determinar si el dolor es real.
V	F	16. ZALDIAR (Tramadol 37.5 mg + paracetamol 325 mg) VO es aproximadamente igual a 5-10 mg de morfina VO.
V	F	17. Si la causa del dolor del paciente es desconocida, no se deben usar opioides durante el período de evaluación del dolor, ya que esto podría enmascarar el correcto diagnóstico de la causa del mismo.
V	F	18. Drogas anticonvulsivantes como la gabapentina producen un alivio óptimo del dolor tras una única dosis.
V	F	19. Las benzodiazepinas no son analgésicos efectivos y rara vez se recomiendan como parte de un régimen analgésico.

V	F	20. Adicción a narcóticos/opiáceos se define como una enfermedad neurobiológica crónica, caracterizada por comportamientos que incluyen uno o más de los siguientes: reducción de la capacidad de control sobre el consumo de drogas, consumo compulsivo, consumo continuado a pesar de que se produzca daños.
V	F	21. El término “Equianalgesia” significa analgesia aproximadamente igual” Analgesia” y se usa al hablar de las dosis de diferentes analgésicos que tienen aproximadamente la cantidad equivalente de efecto analgésico.
V	F	22. Se recomienda evaluar el estado de sedación del paciente mientras el dolor se controle con opiáceos, ya que una sedación excesiva precede de la depresión respiratoria inducida por opiáceos.

Test de respuesta múltiple: marque la opción correcta

23. La vía recomendada de administración de analgésicos opiáceos en pacientes con dolor de tipo oncológico crónico, es;

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

24. La vía recomendada de administración de analgésicos opiáceos en pacientes con dolor breve e intenso de aparición súbita, como en el caso de un traumatismo o de dolor postquirúrgico, es:

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

25. ¿Cuál de los siguientes analgésicos se considera de primera elección para el tratamiento de dolor crónico de tipo moderado a intenso en pacientes oncológicos?

- a) Codeína.
- b) Morfina.
- c) Meperidina.
- d) Tramadol.

26. Una dosis de 30 mg de morfina oral equivale aproximadamente a:

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

27. La analgesia para el dolor postoperatorio debería administrarse inicialmente:

- a) Siguiendo una pauta horaria fija/prescrita.
- b) Solo cuando el paciente lo pida
- c) Solo cuando la enfermera considere que el paciente tiene un disconfort moderado o mayor.

28. Un paciente con dolor oncológico persistente ha estado recibiendo analgésicos opioides diarios durante 2 meses. Ayer el paciente estaba recibiendo morfina 200 mg/hora por vía intravenosa. Hoy ha estado recibiendo 250 mg/hora por vía intravenosa. La probabilidad de que el paciente desarrolle una depresión respiratoria clínicamente significativa en ausencia de una nueva comorbilidad es:

- a) Menos que 1%
- b) 1 – 10%
- c) 11-20%
- d) 21 – 40%
- e) > 41%

29. La razón más probable por la que un paciente con dolor pediría aumentar la dosis de analgesia es:

- a) El paciente experimenta un aumento del dolor.
- b) El paciente está experimentando un aumento de la ansiedad o la depresión.
- c) El paciente está solicitando más atención del personal.
- d) Las solicitudes del paciente están relacionadas con la adicción.

30. ¿Cuál de los siguientes fármacos útil para el tratamiento del dolor oncológico?

- a) Ibuprofeno.
- b) Hidromorfona.
- c) Gabapentina.
- d) Todos los anteriores.

31. La persona que mejor puede juzgar la intensidad del dolor del paciente es:

- a) El médico que le trata.
- b) La enfermera de atención primaria del paciente.
- c) El paciente.
- d) El farmacéutico.
- e) El cónyuge o la familia del paciente.

32. ¿Cuál de los siguientes describe el mejor abordaje para las consideraciones culturales en el cuidado de pacientes con dolor?

a) Ya no existen influencias culturales en los España debido a la diversidad de la población.

b) Las influencias culturales se pueden determinar por el origen étnico del individuo (p. ej., los asiáticos son estoicos, los italianos son expresivos, etc.).

c) Los pacientes deberían ser evaluados individualmente para determinar las influencias culturales.

d) Las influencias culturales de un individuo pueden determinarse por el estatus socioeconómico (p. ej., los trabajadores declaran más dolor que los trabajadores cualificados).

33. ¿Cuál es la probabilidad de que los pacientes que desarrollan dolor ya tengan un problema de abuso de alcohol y/o drogas?

a) <1%

b) 5-15%

c) 25-50%

d) 75-100%

34. El efecto máximo de la morfina administrada por IV se produce tras:

a) 15 minutos.

b) 45 minutos.

c) 1 hora.

d) 2 horas.

35. El efecto máximo de la morfina administrada por VO se produce tras:

- a) 5 minutos.
- b) 30 minutos.
- c) 1 – 2 horas.
- d) 3 horas.

36. tras la interrupción súbita de un opiáceo, la dependencia física se manifiesta con los siguientes:

- a) Sudoración, bostezos, diarrea y agitación.
- b) Afectación sobre el control sobre de consumo de drogas, uso compulsivo y ansiedad.
- c) La necesidad de dosis más altas para lograr el mismo efecto.
- d) a y b

37. ¿Qué afirmación es verdadera con respecto a la depresión respiratoria inducida por opioides?

- a) Es más común después de varias noches postcirugía debido a la acumulación de opioides.
- b) La apnea obstructiva del sueño es un factor de riesgo importante.
- c) se da más frecuentemente en aquellos que estaban con dosis altas de opiáceos antes de la cirugía
- d) Puede valorarse fácilmente usando una pulsioximetría de forma intermitente.

Casos Prácticos

Se presentan dos casos prácticos con pacientes. se te pide que tome decisiones sobre el dolor y la medicación para cada paciente.

38. Paciente **A**: Andrés tiene 25 años y este es su primer día tras una cirugía abdominal. Al entrar en su habitación, te sonrío y continúa hablando y bromeando con su visitante. Tu valoración revela la siguiente información: BP = 120/80; FC = 80; FR = 18; en una escala de 0 a 10 (0 = sin dolor/malestar, 10 = peor dolor/ malestar) califica su dolor como 8.

A. En el registro del paciente, debe marcar su dolor en la escala a continuación.

Encierre en un círculo el número que representa su evaluación del dolor de Andrew

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Sin malestar

El peor dolor

B. Su evaluación, arriba, se hace dos horas después de que recibió morfina 2 mg IV. Las calificaciones de dolor cada media hora después de la inyección oscilaron entre 6 y 8 y no tuvo depresión respiratoria clínicamente significativa, sedación u otros efectos secundarios adversos. Ha identificado 2 de 10 como un nivel aceptable de alivio del dolor. La orden de su médico para la analgesia es "morfina IV 1-3 mg q1h PRN para el alivio del dolor". Marque la acción que tomará en este momento.

1. No administre morfina en este momento.
2. Administrar morfina 1 mg IV ahora.
3. Administrar morfina 2 mg IV ahora.
4. Administrar morfina 3 mg IV ahora.

39. Paciente **B**: Roberto tiene 25 años y este es su primer día después de una cirugía abdominal. Cuando entras en su habitación, él está tumbado tranquilamente en la cama y hace una mueca cuando se da vuelta en la cama. Su evaluación revela la siguiente información: PA = 120/80; FC = 80; R = 18; en una escala de 0 a 10 (0 = sin dolor/malestar, 10 = peor dolor/malestar) califica su dolor como 8.

A. En el registro del paciente, debe marcar su dolor en la escala a continuación. Encierre en un círculo el número que representa su evaluación del dolor de Robert:

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Sin malestar

El peor dolor

B. Su evaluación, arriba, se hace dos horas después de que recibió morfina 2 mg IV. Las calificaciones de dolor cada media hora después de la inyección oscilaron entre 6 y 8 y no tuvo depresión respiratoria clínicamente significativa, sedación u otros efectos secundarios adversos. Ha identificado 2 de 10 como un nivel aceptable de alivio del dolor. La orden de su médico para la analgesia es "morfina IV 1-3 mg q1h PRN para el alivio del dolor". Marque la acción que tomará en este momento:

1. No administre morfina en este momento.
2. Administrar morfina 1 mg IV ahora.
3. Administrar morfina 2 mg IV ahora.
4. Administrar morfina 3 mg IV ahora.

8.4 Anexo 4 Consentimiento informado

YO: _____ ID:

Mayor de edad y con pleno dominio de mis capacidades mentales, acepto participar de manera voluntaria, anónima y no remunerada en el proyecto de investigación: **Valoración del dolor en enfermeros que trabajan en la UCI con pacientes críticos sometidos a ventilación mecánica.**

La investigación tendrá lugar en las unidades de cuidados intensivos adulto e intermedios del Instituto Hondureño de Seguridad Social. De barrio la granja, Tegucigalpa, Honduras.

El estudio será realizado por Rosa Maria Zelaya Aguilar

Este estudio pretende Determinar el nivel de conocimiento de los enfermeros que la laboran en UCI y la aplicación de Escalas de valoración. Y Conocer las habilidades de los enfermeros en el reconocimiento y tratamiento del dolor en los pacientes críticos de la UCI del IHSS.

La información obtenida en este estudio, aunque sea anónima, será mantenida con estricta confidencialidad por el investigador.

He leído y comprendido la información anterior y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria. He informado y entiendo que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines científicos. Acepto participar en este estudio.

Firma del Participante.