



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

MAESTRÍA EN ENFERMERÍA
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

“CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DEL
PERSONAL DE ENFERMERÍA ACERCA DEL
DOLOR”

TESIS

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRA EN ENFERMERÍA
(ORIENTACIÓN: EDUCACIÓN EN ENFERMERÍA)

P R E S E N T A

LIC. ENF. MIROSLAVA ILIANA CARRASCO GONZÁLEZ

DIRECTORA DE TESIS: Mtra. Magdalena Franco Orozco

MÉXICO, D.F.

NOVIEMBRE 2009



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS

A las autoridades del Hospital Infantil de México Federico Gómez por la oportunidad y apoyo brindado para realizar los estudios de Maestría en Enfermería, especialmente al Dr. José Ignacio Santos Preciado; Director General, la Mtra. Magdalena Franco Orozco; Subdirectora de Atención Integral al Paciente y Lic. Enf. Virginia Lucero Caballero; Jefe del Departamento de Enfermería.

A la Mtra. Magdalena Franco Orozco por todo su apoyo, creer en este proyecto desde el inicio, aceptar dirigirlo, compartir sus conocimientos y experiencia.

A la Dra. Ana María Lara Barrón por su valiosa asesoría durante la investigación.

A los maestros de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala y Zaragoza por sus aportaciones durante los dos años de Maestría.

A las enfermeras del Hospital Infantil de México que participaron en la investigación, a las supervisoras del segundo turno por su apoyo durante el tiempo de formación, así como quienes participaron en la aplicación del instrumento de recolección de datos.

DEDICATORIA

A todas las personas más importantes en mi vida, en especial:

A quien siempre creyó y me apoyó en todos y cada uno de mis sueños. Con todo mi amor y admiración, este logro es tuyo: **MAMÁ**[†]

A Mis hermanas:

Nancy, Mirna, Tehua

A Mis sobrinas (os):

Tassia, Michell, Andrea, Ángel

A mis amigos:

Gustavo López M

Dr. Carlos De Villegas C

Dr. Víctor Olivar L

Héctor Sánchez R

A mis amigas:

Lupita Cruz, Lupita Sánchez, Marú,

Margarita, Olivia, Araceli, Paty.

Tabla de contenido

Resumen	
Introducción	1
I Marco Teórico	
1.1 El dolor en las unidades hospitalarias	3
1.2 El conocimiento humano	5
1.3 Formación de actitudes	9
1.4 Principales barreras para el alivio del dolor	12
II Planteamiento del problema	29
III Hipótesis	31
IV Objetivos	30
V Material y Métodos	
5.1 Tipo de estudio	32
5.2 Universo de estudio	32
5.3 Tipo de muestra y muestreo	33
5.4 Variables de estudio	33
5.4.1.1 Operacionalización de las variables	34
5.5 Procedimiento de recolección de datos	35
5.6 Características del instrumento de recolección de datos	36
5.7 Análisis estadístico	37
5.8 Aspectos éticos	37

VI Resultados	38
VII Discusión	51
VIII Conclusiones	58
IX Perspectivas	60
Referencias	62
Anexos	

Resumen

Introducción: El dolor, es una experiencia humana universal, es el síntoma por el cual las personas solicitan un servicio médico, su complejidad representa un reto para los profesionales de la salud, los conceptos erróneos acerca de como valorar el dolor y la falta de conocimientos sobre farmacología de los analgésicos conducen a actitudes negativas como; el temor a ocasionar adicción en quienes reciben opioides y subestimar el dolor que sienten los pacientes. Por ello, el objetivo de la investigación fue identificar el nivel de conocimientos que presentan las enfermeras de un hospital pediátrico de la ciudad de México y la relación que existe con sus actitudes acerca de dolor.

Metodología: Se realizó un estudio descriptivo, transversal, en una muestra de 220 enfermeras, para la recolección de datos se utilizó la versión en español de la encuesta para medir los conocimientos y actitudes de las enfermeras pediatras con relación al dolor, Pediatric Nurses' Knowledge and Attitudes Survey Regarding Pain (PNKAS por sus siglas en inglés). El análisis de los datos se realizó a través del paquete estadístico SPSS versión 12.0, se aplicaron pruebas descriptivas y no paramétricas.

Resultados: El personal participante en su mayoría fue femenino (96%), con una media de edad de 36 años. En relación a la escolaridad, predominó el nivel técnico. Acerca de los conocimientos del dolor; se encontró que ninguno de los participantes en esta investigación obtuvo un nivel de conocimientos suficientes, el 73% presentó conocimientos insuficientes. El mayor porcentaje de conocimientos insuficientes se encontró en las enfermeras de los servicios de terapia intensiva (80%), con una significancia estadística ($p= 0.005$) en comparación con las de las áreas oncológicas (65%) y las de urgencias (62%). Respecto a las actitudes, el 86% mostró temor a ocasionar adicción en los pacientes con tratamiento con opioides. Finalmente los hallazgos demostraron que entre los conocimientos y las actitudes existe una relación positiva estadísticamente significativa ($r_s= 0.15$, $p<0.05$).

Conclusiones: Los hallazgos encontrados en este estudio coinciden con los reportados en los artículos de investigación en otros países, lo que refleja deficiencia en los conocimientos en el personal de enfermería acerca del dolor.

Palabras claves: Dolor, Conocimientos, Actitudes, Enfermería, Pediatría

Introducción

El dolor como una sensación subjetiva, íntima y personal, es extremadamente complejo, varía en etiología, presentación y duración, se considera el motivo más frecuente de solicitud de atención médica. En los últimos 20 años, los profesionales de la salud han buscado un mejor entendimiento del mismo, formas más efectivas de detectarlo y tratarlo. La literatura científica revela grandes avances acerca de este tema, su estudio ha tenido progresos en todas las disciplinas de la salud, actualmente hay un sinnúmero de artículos y libros acerca del tema, pero no solo debe difundirse la información, debe reconocerse el control y alivio del dolor como una prioridad y con ello mejorar la atención y cuidado del paciente.

Dentro del cuidado de los pacientes, se ha considerado al dolor como el quinto signo vital, el cual debe ser valorado, interpretado y registrado en todos los pacientes como las demás constantes vitales. En el área de pediatría, se han desarrollado herramientas útiles para valorarlo de acuerdo a cada etapa de desarrollo, de igual forma existen en el mercado farmacéutico diversos analgésicos que se pueden utilizar en el área de pediatría para el alivio del dolor.

Algunos de los estudios de investigación realizados acerca del dolor, se han enfocado a identificar el nivel de conocimientos y las actitudes que presentan las enfermeras acerca de este problema, la mayoría efectuados en enfermeras que laboran en áreas de atención al paciente adulto. Con relación a las enfermeras pediatras se han realizado pocas investigaciones, sin embargo, los resultados reportados en ambas áreas han revelado que las enfermeras presentan un nivel de conocimientos deficientes acerca de los principios básicos para la valoración y tratamiento del dolor, así como un temor persistente a ocasionar adicción y depresión respiratoria en los pacientes que reciben analgésicos opioides o narcóticos.

Por lo anterior, el presente trabajo se enfocó a identificar el nivel de conocimientos y las actitudes que tienen las enfermeras de un hospital pediátrico acerca del dolor y se estructuró de la siguiente forma: se presenta un marco teórico, en donde se plasma; el conocimiento de las diversas formas de valoración y las intervenciones farmacológicas para aliviar el dolor, la fisiopatología del dolor. El conocimiento en el hombre y en la disciplina de enfermería. La formación de las actitudes y algunas de las barreras que se han mencionado en la literatura como factores intervinientes para el alivio del dolor en los pacientes.

Posteriormente se describen; el planteamiento del problema y la pregunta de investigación, la hipótesis de trabajo, los objetivos y la metodología utilizada. Los resultados del estudio en donde se describen las características de los participantes, el nivel de conocimientos que presentan las enfermeras del Hospital Infantil, lo cuales fueron deficientes y las actitudes presentadas; como el temor al uso de analgésicos opioides en los pacientes pediátricos. Aunque la relación entre los conocimientos y las actitudes fue muy débil, casi nula, se observó una significancia estadística, los resultados se contrastaron con los hallazgos reportados por otros investigadores.

Por último se presenta la conclusión, encontrando que el nivel de conocimientos no tiene relación con las actitudes de las enfermeras, que existen otros factores intervinientes relacionados con aspectos emotivos, conductuales y hasta culturales, lo que sugiere realizar otras investigaciones para detectar cuál es el factor determinante o con mayor influencia en las actitudes y lograr resolver este problema en la práctica clínica, también se presentan las referencias bibliográficas y los anexos empleados.

I MARCO TEÓRICO

1.1 El dolor en la unidades hospitalarias

El profesional de la salud debe conocer que el dolor es un fenómeno universal, experimentado por la humanidad desde el comienzo del tiempo.¹ Es una entidad extremadamente compleja, que varía en incidencia, prevalencia, ámbito, naturaleza y significancia clínica. Es un síntoma que acompaña a múltiples enfermedades y es la causa más frecuente de consulta médica.^{2,3} Muchos de los profesionales de la salud han centrado su atención en buscar nuevas y mejores formas para un control, tratamiento y alivio efectivo de este fenómeno en todos los pacientes, de tal forma que esto se ha visto reflejado en; la extensión de los programas que establecen el control del dolor como una alta prioridad, y que se han fundamentado en los lineamientos o estándares descritos por las organizaciones formadas para su estudio.

La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (International Association for the Study of Pain, IASP por sus siglas en inglés) es un organismo creado, para agrupar las diferentes especialidades del campo de la salud que se interesan en el adecuado manejo y tratamiento del dolor, cuenta con un comité de taxonomía que se encarga de proponer las definiciones y conceptos que se pueden emplear por todos los especialistas que trabajan en esta área.⁴ El dolor ha sido definido como: “una experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada a una lesión existente o potencial y descrita en términos de dicha lesión”.⁵ Esta definición es revisada cada cuatro años y se mantiene vigente.

En el año 2001, la IASP propuso que se agregara a la definición “no se excluyen los limitados mentales o por alteración de la conciencia, ni los ancianos, sordomudos y niños”. Fue necesario hacer énfasis en esta parte, ya que es mucho

el sufrimiento que se vive en los servicios de geriatría y pediatría. Aunado a ello, también se ha trabajado en dos aspectos principales: declarar al dolor como el quinto signo vital.^{6,7,8} Que exigirá a que sea evaluada la intensidad del dolor en todos los pacientes y que se registre en todas las historias clínicas, hojas de enfermería y notas de evolución, al igual que ocurre con las otras cuatro constantes vitales (presión arterial, frecuencia cardiaca, respiratoria y temperatura), así como declarar el alivio del dolor como un derecho humano fundamental.^{9,10}

Otros apartados que también han sido motivo de estudio, son la fisiología del dolor, a partir de las cuales, se tienen teorías que poyan su abordaje de mejor forma.¹¹ Existen múltiples clasificaciones de dolor pero tal vez la más utilizada es aquella basada en su evolución (agudo o crónico) y en la naturaleza de su origen (oncológico y no oncológico). Existen, además otras formas de clasificarlo de acuerdo con su etiología, mecanismos fisiopatológicos, sintomatología y función biológica, de acuerdo a la evolución o con el origen.^{12, 13}

Esta clasificación ha dado lugar a las subespecialidades, sin embargo, el dolor se ha convertido en un problema presente en todas las personas y las instituciones de salud. En la práctica, una de las situaciones a las que más se enfrenta el profesional de enfermería es al dolor que sufren los pacientes. El efectivo alivio del mismo se ve interferido por diversas causas, entre las que se reportan la falta de conocimientos y las actitudes erróneas por parte de los profesionales de la salud, las cuales pueden obstaculizar, retardar un tratamiento, o bien ayudar a resolver de forma satisfactoria una necesidad.

Para que se dé el conocimiento, se requieren dos elementos; por un lado, alguien que conoce: el sujeto cognoscente y por otro lado, aquello que se conoce: el objeto cognoscible, es decir aprehender al objeto.

1.2 El conocimiento humano

El ser humano para relacionarse con el exterior y satisfacer sus necesidades requiere de conocer todo lo que pasa a su alrededor y por qué pasa, este conocimiento no se produce de un modo aislado, independiente, el hombre no elabora teorías y conceptos a partir de una sola idea, es el resultado de la interacción de ideas que se producen entre el sujeto y el objeto.¹⁴ La producción del conocimiento esta históricamente condicionado, no nace y se desarrolla fuera de un contexto, es un proceso histórico – social, colectivo, culturalmente determinado, relativo al estilo y calidad de vida de los pueblos y a sus condiciones de accesibilidad a los diferentes tipos de riquezas en cada lugar y tiempo.

Desde el punto de vista de la filosofía, el conocimiento es una operación intelectual, mediante las cual se establece una relación entre un sujeto y un objeto, de forma que el primero dispone y utiliza en relación con el segundo, técnicas encaminadas a determinar su naturaleza. Desde el punto de vista de la psicología, el desarrollo del conocimiento es un dato fundamental en la evolución de la persona humana.¹⁵

Las diversas corrientes sobre el conocimiento, tanto en la antigüedad como en el presente dan la pauta para determinar lo importante que es el saber y estos contenidos dan bases al pensamiento científico y con ello forman el conocimiento humano. El conocimiento brinda diversos conceptos y teorías que estimulan el pensamiento humano creativo, guían la enseñanza y la investigación, lo que permite generar y formar nuevos conocimientos.¹⁶

1.2.1 Formación del conocimiento

Tradicionalmente, el conocimiento humano ha sido considerado en el contexto de las disciplinas y las profesiones. Una profesión ha sido definida por algunos autores como; una forma especial de organización ocupacional basada en un cuerpo de conocimientos sistemáticos adquiridos a través de una formación escolar. Quien tiene una profesión, tiene una fuente de motivación y la ejerce en forma continua, además de que posee un cuerpo especializado de conocimientos y habilidades adquiridos durante un periodo determinado de educación y entrenamiento.¹⁷

El concepto de profesión ha estado vinculado a la formación profesional. Se entiende por formación profesional al proceso educativo que tiene lugar en las instituciones de educación superior; orientada a obtener conocimientos, habilidades, actitudes, valores culturales y éticos, contenidos en un perfil profesional y que corresponde a los requerimientos para un determinado ejercicio de una profesión.¹⁸

Por otro lado, las disciplinas surgen como resultado del pensamiento creativo de hechos importantes relacionados con ésta. Se distinguen por un dominio de indagación que representa una creencia compartida por sus miembros y se relaciona con su "razón de ser".¹⁹ Su núcleo deriva de un sistema de creencias y valores acerca del compromiso social de la profesión, la naturaleza de los servicios y el área de responsabilidad en el desarrollo de su propio conocimiento. Las disciplinas han evolucionado como consecuencia de una perspectiva y sintaxis distintas, que determinan, en cual contexto van a ser vistos tales fenómenos, cuales preguntas van a plantearse, cuáles métodos de estudio van a usarse y cuales cánones de evidencia van a requerirse.

En la identificación y clasificación de las disciplinas, se considera la naturaleza y estructura de todo el conocimiento humano. Una distinción por parte de los filósofos entre la generalidad de los fenómenos naturales y la particularidad de los eventos humanos conduce a una distinción entre ciencias y disciplinas.²⁰ La calidad de las teorías y diseños de investigación y la validez de las conclusiones obtenidas dentro de una disciplina dependen de su congruencia con todo el conocimiento.

Por lo tanto, el conocimiento en una disciplina puede establecer restricciones o ampliar el proceso de indagación en otra. Cada una existe en parte para proporcionar conocimientos que van a ser utilizados y por consiguiente tienen un campo asociado de práctica. Tienen docentes e investigadores que funcionan en su campo para impartir la base de conocimientos necesarios a otros profesionales y expandir el conocimiento a través de las investigaciones y su actividad diaria en la práctica. Dentro de las disciplinas profesionales que integran una práctica de servicio se encuentra enfermería, la cual requiere de una base de conocimiento propio para satisfacer las necesidades de quien requiere sus servicios.

1.2.2 El conocimiento en la disciplina de enfermería

La disciplina de enfermería está conformada por un cuerpo de conocimientos científicos y fundamentos que guían la práctica. Está compuesta por elementos: perspectiva, dominio, definiciones, conceptos, así como patrones de conocimiento. La perspectiva presenta cuatro características esenciales: la naturaleza de la enfermería como ciencia humanística, los aspectos de la práctica, las relaciones de cuidado que se desarrollan entre las personas y las enfermeras, sin olvidar la percepción que se tiene de salud y bienestar.

El dominio no solo engloba los resultados derivados la investigación, también el conocimiento que se genera de la práctica, el cual está sustentado en la filosofía e historia de la disciplina, la práctica pasada, el sentido común, las teorías y una genealogía de ideas, congruentes con metodologías, procesos de enfermería y otros procedimientos que son esenciales para el desarrollo del conocimiento.²¹ Meleis (Citada por Durán, 2002) sugiere que las definiciones y conceptos aceptados por la enfermería se relacionan con el manejo de los fenómenos del dominio que a su vez, se sustentan en teorías de enfermería, cuyas fuentes son: práctica de enfermería en su totalidad, el paradigma biomédico, la experiencia, los roles, las ciencias básicas, la práctica ideal, el proceso de enfermería, los diagnósticos e intervenciones.

A pesar de que la disciplina recibe marcada influencia de las creencias y valores que la sustenten y de su razón social, es el núcleo de la disciplina y su desarrollo; a través de la indagación científica, lo que la distingue de otras áreas del conocimiento afines y ello se convierte, entonces en su marco epistemológico. Por esta razón, se puede decir que el marco epistemológico de la enfermería es el conocimiento que se genera a partir del desarrollo de su núcleo disciplinar, en respuesta a las necesidades de la práctica.

El marco epistemológico de la enfermería se puede resumir en lo que Fawcett ha denominado; “Jerarquía estructural del conocimiento”.²² Que muestra la manera como se derivan los aspectos básicos de la disciplina, a partir de los elementos filosóficos generales y se llega hasta definir los elementos más empíricos y operativos de la misma. Cada escalón de la jerarquía señala el nivel de abstracción y generalidad del conocimiento, a partir de los conceptos básicos y neutros del metaparadigma (persona, salud, ambiente y cuidado de enfermería) y se dice que en la medida que estos reciben la influencia de las visiones de la realidad o filosofía de cada teórica en particular, se van tornando en elementos más concretos, matizados y únicos.

Por otra parte, la expresión del conocimiento de la disciplina y su relación con la filosofía y las metodologías utilizadas para el desarrollo del conocimiento y del manejo de la práctica tienen gran relación con los conocimientos científicos – empíricos, éticos, estéticos y personales que según Bárbara Carper son los patrones de conocimiento de enfermería.²³ Esta relación se genera porque, sencillamente, la calidad de la práctica no se puede concebir sin comprender la interacción del cuidado y de las acciones o intervenciones de enfermería con el paciente.

Estos patrones son formas características de expresión externa e interna que dejan ver la manera como se piensa sobre un fenómeno, no aumentan el conocimiento, más bien ponen su atención en el significado de conocer y sobre las clases de conocimiento que son de apoyo para la práctica de enfermería.²⁴ En la medida en que el profesional de enfermería conozca un objeto, lo entienda, lo aplique, será su actitud hacia él.

1.3 La formación de actitudes

La manera como la persona perciba o conozca las cosas, dará origen a sus actitudes, las cuales pueden ser favorables o desfavorables hacia el sujeto u objeto de estudio. Dentro de la psicología y la sociología, el estudio y medición de las actitudes ha sido una tarea continua, para ayudar a resolver problemas de la práctica o proporcionar conocimiento que ayude a crecer a las personas y grupos sociales. El término actitud, ha sido definido; como una reacción afectiva, positiva o negativa hacia un objeto o proposición.²⁵ Otra definición dice que es una idea cargada de emoción que permite una clase de acción ante ciertas situaciones sociales.

Se entiende por actitud; una tendencia, disposición o inclinación para actuar de determinada manera, en la actitud podemos encontrar varios elementos, como los pensamientos y las emociones.²⁶ Un ejemplo de ello es la actitud que se tiene hacia determinado partido político, comida o a los animales. Todos tenemos determinadas actitudes ante los objetos que conocemos y formamos nuevas ante los objetos que para nosotros son también nuevos. Una vez formulada una actitud es difícil que se modifique, ello depende en gran medida de las creencias, convicciones y juicios que se formen en la familia de origen y pueden haberse formulado desde los primeros años de la vida como es el respeto a los símbolos patrios o a los valores morales y reforzado después con la educación escolar.

Sin embargo, otras actitudes se aprenden de la sociedad o directamente del individuo como; por ejemplo, en el estudio de una carrera, si la actitud es favorable, encontraremos pensamientos positivos referentes a ella; así como, emociones de simpatía y agrado por esos estudios. Las emociones son así ingredientes normales en las actitudes. Cada actitud, está determinada por aspectos afectivos y cognitivos que forman parte de ella.

1.3.1 Componentes de la actitud

Existen tres tipos de componentes en las actitudes: el cognitivo, emotivo y conductual. El componente cognitivo, es el conjunto de datos e información que el sujeto adquiere acerca del objeto de actitud. Puede considerarse que éste es un conjunto de categorías que los individuos utilizamos para dar nombre a todos los estímulos. Necesitamos la representación cognoscitiva de un objeto para poder formarnos una actitud hacia él; la cual puede ser a favor o en contra.²⁷ Lo que se siente, es el componente emocional y son las sensaciones o sentimientos que dicho objeto produce en el sujeto. Es el componente de mayor importancia en una

actitud, se le toma como la respuesta afectiva o emotiva que va asociada con una categoría cognoscitiva de la actitud. Se forma por el contacto que ocurre entre la categoría y circunstancias placenteras o desagradables.

La tendencia a manifestar los pensamientos y emociones es el tercer componente; el conductual, se refiere a las intenciones, disposiciones o comportamientos hacia un objeto, es cuando surge una verdadera asociación entre el objeto y el sujeto. Los esfuerzos por predecir la conducta han sido un elemento fundamental en el interés por estudiar las actitudes. Este componente ayudará a predecir que conducta mostrará la persona cuando se enfrente al objeto de la actitud. Es decir, no sólo explican y permiten predecir la conducta, sino que también ayudan a modificarla cuando se considere necesario para dar solución a una necesidad humana o social.²⁸

Las razones que explican la actitud por parte del personal de enfermería están relacionadas en general con el desconocimiento de algunos aspectos de la enfermedad. Hay veces que las actitudes pueden modificarse, esto obedece a diversos motivos y uno de ellos es la información que se tiene acerca del objeto. Si se puede cambiar o inducir un cambio en los conocimientos que una persona tiene de algún objeto, es probable que se produzca un cambio en los sentimientos y la manera de actuar que dicha persona muestra ante tal objeto.²⁹

En la práctica, una de las situaciones a las que más se enfrenta el profesional de enfermería es al dolor que sufren los pacientes, su efectivo alivio se ve interferido por las actitudes erróneas que se tienen acerca del mismo o del tratamiento prescrito, lo cual puede ser causado quizá por la falta de conocimientos entre otros factores. Lo anterior puede convertirse en barreras, las cuales pueden obstaculizar o retardar un tratamiento, o bien pueden ayudar a resolver de forma satisfactoria una necesidad

1.4 Principales barreras para el alivio del dolor

A través de los años y de los avances realizados en diferentes países con relación al dolor que sufren los pacientes en las instituciones de salud, algunos autores han llegado a la conclusión de que unas de las barreras u obstáculos que pudieran dificultar el tratamiento y la puesta en marcha del desarrollo de hospitales libres de dolor se encuentran; la falta de conocimientos por parte de los profesionales de la salud, las actitudes incorrectas hacia el tratamiento y las dificultades para su investigación en las instituciones de salud.³⁰

Al incorporar el concepto de el efectivo alivio del dolor como parte integral de la atención del paciente en la mente de los profesionales de la salud, se garantiza que la disponibilidad de las intervenciones farmacológicas y no farmacológicas se encuentren accesibles en los servicios de un hospital, es saberse útil a un concepto tan viejo como es el alivio del dolor, basado en el esfuerzo personal, auténtico y decidido de credibilidad y no de prejuicio sobre aquellos que padecen de dolor. Significa acudir, escuchar con detenimiento, con solidaridad, hacerse con el otro, convencidos de que mañana puedo ser uno mismo, algún amigo o familiar quien reclame este tipo de conocimiento y actitud.³¹

1.4.1 Conocimientos acerca del dolor.

En materia de educación acerca del dolor emergen de forma importante dos áreas: la educación al personal de salud y la educación a pacientes, familiares y sociedad. La educación al personal de salud en relación al dolor es vital; el dolor ha sido considerado como el Quinto Signo Vital y como tal debe tenerse el conocimiento del mismo.³² McCaffery en uno de sus estudios reportó que en las

universidades no se contempla el estudio y cuidado del dolor, así como los síntomas asociados en su currícula, debido a que se le ha considerado parte inherente del proceso salud – enfermedad.⁶⁴ Lo que produce una gran cantidad de profesionales de la salud sin el conocimiento básico de la valoración del dolor, los fármacos analgésicos y procedimientos no farmacológicos que son el equipo necesario para su control, así como actitudes negativas hacia el uso de analgésicos opioides o narcóticos.

Después de hacer una revisión de la literatura, se encontraron investigaciones que han explorado el nivel de conocimientos y las actitudes de las enfermeras acerca del dolor en diferentes contextos, quienes han reportado las áreas donde existe déficit de conocimiento y el tipo de actitud mostrada hacia el dolor y tratamiento empleado (Ver cuadro 1).

Desde el punto de vista teórico, la evaluación del dolor que experimenta un paciente puede considerarse un reto, ya que el dolor es una experiencia subjetiva, por lo que sólo la persona que lo sufre, es la única que puede evaluarlo y decir cuál es la intensidad del mismo.^{33,34} A este respecto se ha señalado que la evaluación de dolor en los niños no es fácil, que requiere concientización del equipo médico para comprender los constantes cambios de percepción, interpretación y expresión de dolor con relación a la edad, estado de desarrollo, experiencias dolorosas previas y factores ambientales. De la valoración adecuada que se haga, dependerá la eficacia del tratamiento que se instaure, es por ello que la evaluación debe ser de fácil aplicabilidad, de acuerdo a la edad del paciente y al pie de la cama.³⁵

1.4.1.1 Valoración del dolor

Uno de los grandes problemas a los que se enfrenta el profesional de enfermería es poder valorar el dolor de forma más certera. Si los pacientes pudieran decir siempre lo que les duele y los médicos y enfermeras aceptar lo que ellos dicen como un hecho, la valoración y el tratamiento del dolor sería mucho más sencillo de lo que es. Sin embargo, esto no siempre sucede, en la práctica clínica, para realizar una efectiva valoración del dolor, se deben considerar los siguientes lineamientos:

1.- Se ha pensado que el equipo de salud es quien conoce o dice si el paciente tiene dolor, esto, es totalmente falso, hay que recordar que la persona que sufre el dolor, es la única autoridad o juez para decirlo, la sensación dolorosa solo puede sentirla la persona que lo sufre.³⁶ Por ello, toda valoración del mismo debe atender necesariamente al informe del enfermo³⁷.

Para realizar una valoración lo más acertada posible, se han realizado numerosas investigaciones para desarrollar instrumentos que ayuden al paciente a comunicar información sobre este, existen escalas de valoración que se pueden aplicar a pacientes adultos y pacientes pediátricos y con ello poder medir el dolor.^{38,39,40}

La búsqueda de métodos que permitan determinar con mayor exactitud el grado de dolor experimentado por los pacientes, constituye uno de los objetivos prioritarios de los profesionales de la salud. Una definición en la clínica es: "el dolor, es lo que el paciente dice que es y no lo que los demás piensan que debe ser".⁴¹ Incluso en los neonatos que difícilmente pueden verbalizar el dolor, existen en la literatura evidencias para afirmar que antes de la semana 28 de gestación se percibe el dolor.^{42,43}

Dentro de la forma de valorar el dolor, también se han considerado los cambios en el comportamiento (expresión facial, llanto) y/o en medidas fisiológicas (frecuencia cardiaca, respiratoria, presión arterial, saturación de oxígeno, sudoración palmar, niveles de catecolaminas).^{44, 45} Los parámetros fisiológicos para evaluar el dolor en los niños son objetivos pero no específicos, se pueden encontrar variantes en los signos vitales por otras causas y no mantienen necesariamente una relación con el dolor, por lo que deben descartarse otros problemas.^{46, 47}

De igual forma se han publicado registros de valoración con escalas validadas como la de caras, descrita para ser utilizada en pacientes de 3 a 12 años, la escala visual análoga, entre otras.⁴⁸

2.- A muchos profesionales de la salud, se les enseña a relacionar el sueño con la ausencia de dolor, se sabe que mientras el paciente pueda dormir significa que no está experimentado dolor. Sin embargo, la literatura reporta desde 1950 en estudios doble ciego de analgésicos, que los paciente incluso con dolor intenso pueden dormir, o puede cerrar los ojos y quedarse quietos, este comportamiento es realizado para que el dolor sea más soportable.³⁵

3.- Todo paciente con dolor presenta llanto. En la práctica, el paciente puede reír o bromear con sus familiares, e incluso acompañarlos por la sala y posteriormente acudir a buscar a una enfermera para que le dé un analgésico, se ha reportado que la distracción es un buen método para hacer que el dolor sea más tolerable. La falta de expresión dolorosa no significa ausencia de este, conductualmente algunos enfermos minimizan sus expresiones de dolor por varias razones entre las cuales se encuentran: ser un buen paciente, evitar ser conocido como una persona débil y agotamiento entre otras. Después de que el paciente ha estado sintiendo dolor por horas o días, al final se encontrara cansado hasta quedarse dormido.³⁵

4.- Para valorar la percepción que se tiene del dolor: se cree que estímulos físicos similares producen la misma intensidad de dolor en diferentes personas. Los médicos y enfermeras tienden a esperar que la respuesta al dolor sea la misma en todos sus pacientes, la literatura revela que esto no es posible ya que cada persona es diferente y su umbral de dolor (intensidad mínima a partir de la cual un estímulo se percibe como doloroso) es variable aunque se someta al mismo tipo de intervención y tenga características similares.

5.- Uso de medicamentos placebos para corroborar si el dolor es real: no hay evidencia científica que justifique el uso de placebos para determinar la presencia o ausencia de dolor, si es físico o psicogénico, de hecho es una práctica limitada dentro del ámbito clínico y tiene implicaciones éticas.⁴⁹ El término placebo ha tenido una larga y polémica historia en la medicina, en la década de los años cincuenta, hubo un gran auge en los estudios científicos relacionados con este fenómeno.

Beecher, en 1955, popularizó el concepto “placebo”, como una sustancia inerte y desprovista de cualquier efecto específico, puede producir beneficios terapéuticos clínicamente significativos en aproximadamente un tercio de las respuestas subjetivas de las personas que lo reciben.⁵⁰ Desde el punto de vista ético, la declaración de Helsinki ha trabajado acerca de este tema, en la última revisión realizada en el año 2000, se abordó la controversia planteada acerca del uso de placebos en los ensayos clínicos, con la participación de varios profesionales relacionados con la salud, se llegó al acuerdo de que todo estudio que incluya el uso de placebos, debe estar científicamente y éticamente justificado.⁵¹

También, se establece cuándo se puede utilizar el placebo en investigación clínica, el gran problema ético es; el de que en virtud del azar a un grupo de pacientes no se les da una terapia existente cuyo beneficio está fuera de duda y no se le advierte al firmar el consentimiento informado de que a un grupo de ellos

elegidos al azar.⁵² Su uso ha sido descrito en la investigación o en la clínica bajo ciertas condiciones y sólo cuando:

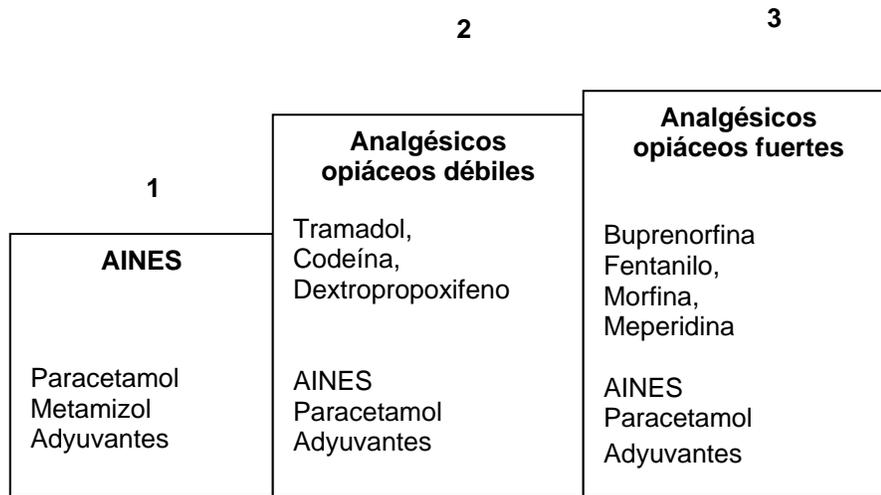
- No existe tratamiento eficaz para la patología en estudio, o éste presenta un número muy elevado de efectos secundarios importantes
- La patología es leve o moderada y presenta respuesta favorable.

1.4.1.2 Tratamiento para el dolor

La Organización Mundial de la Salud (OMS), propone tres lineamientos para el manejo de dolor por cáncer, no obstante se ha visto que estos principios pueden ser aplicables a otros tipos de dolor como el agudo o crónico.⁵³ Los cinco conceptos esenciales de la terapia farmacológica son:

1. Por vía oral: siempre que el paciente pueda comer, esta es la vía de elección por que es más confortable, segura y barata.
2. Por horario: los analgésicos deben ser administrados en forma regular y no “según dolor”. El objetivo es prevenir la aparición del dolor, para ello es necesario que el paciente reciba la dosis antes de que este se presente, dosis extras o de rescate deberán planificarse para un óptimo manejo de la analgesia.
3. Con uso de la escalera: el esquema analgésico se elige según la intensidad del dolor y este concepto está basado en una escalera analgésica, la cual consta de tres peldaños. Una escalera analgésica, consta de tres peldaños (figura 1).

Figura 1. Escalera analgésica propuesta por la OMS



Tomado de la OMS.

El primer peldaño, es para el dolor leve a moderado, son analgésicos de acción periférica, representado por los analgésicos no opioides del tipo antiinflamatorios no esteroides (AINES) como; acetaminofen, aspirina, diclofenaco, ibuprofeno, paracetamol y metamizol, entre otros.⁵⁴ Se pueden usar fármacos adyuvantes, los cuales son aquellos fármacos que no están clasificados como analgésicos, pero que se usan de forma individual o combinados, para aumentar la eficacia analgésica en los diferentes tipos de dolor.³⁵ Entre los medicamentos coadyuvantes o adyuvantes, se encuentran los que pertenecen a los grupos; antidepresivos (Amitriptilina); las benzodiazepinas (Diazepam, Bromazepan, Lorazepam, Clonazepam); los neurolépticos (Haloperidol, Clorpromazina, Prometazina), los anticonvulsivantes (Carbamacepina, Fenitoína, Gabapentin) y los Corticoides (Prednisona, Dexametasona).

El segundo peldaño se utiliza cuando el dolor persiste o aumenta y se encuentran los analgésicos centrales débiles, como la codeína o la hidrocodona, se le debe agregar al AINES (no sustituir) un opioide. Los opioides, son la clase más importante de analgésicos en el manejo de dolor moderado a severo. Los analgésicos opioides se clasifican en; agonistas puros, agonistas parciales, agonistas – antagonistas. La buprenorfina es un agonista parcial, el agonista – antagonista más indicado es la nalbufina. Los agonistas puros usualmente utilizados son: morfina, codeína, tramadol, metadona y fentanilo.

El tercer escalón se refiere a los fármacos centrales fuertes, entre ellos la morfina, meperidina, metadona y oxicodona. La morfina es el opioide más utilizado en el tratamiento del dolor moderado a severo por su disponibilidad, farmacocinética y farmacodinamia, es la que se emplea como droga estándar.⁵³

4. De manera individual: la escalada en la elección del peldaño analgésico debe hacerse en función del grado/tipo de dolor y patología del paciente, de ser posible seguir la escala propuesta pero NUNCA enlentecer la administración de analgésicos al paciente.

5. Con atención a la evolución: cuando se prescriba un régimen terapéutico debe valorarse su efectividad y reajustarla de acuerdo al alivio o no del dolor.

El tratamiento del dolor debe satisfacer cuatro condiciones básicas: debe ser continuado, completo, combinado y preferentemente preventivo, es decir, que el dolor debe prevenirse y no esperar que el niño presente el dolor. La incorporación y el apoyo de los padres del niño expuesto a sufrir dolor, resulta fundamental para su tratamiento, porque lo tranquilizan y le dan seguridad, haciendo más tolerable esta experiencia para el niño mejorando su relación con el personal de enfermería.⁵⁵

La terapia analgésica, correctamente utilizada según la OMS, podría aliviar el dolor en más del 90% de los pacientes. Sin embargo, la realidad actual es que

muchos de ellos continúan sufriendo innecesariamente a causa de la falta de conocimiento por parte de los profesionales de la salud, con relación a la terapia farmacológica o al dolor presente en los pacientes, situación que no se presenta en otro tipo de intervención, ya que ningún profesional de la salud dudaría en administrar un antibiótico, un digitalico, anticonvulsivo, entre otros.⁵⁶

1.4.2 Actitudes acerca del dolor

Hasta hace poco el dolor, que por diversas causas se producía en el paciente pediátrico, no se trataba por diferentes razones, entre ellas; la falta de un plan general de acción que se encargue de estos aspectos, la presunta inmadurez que tiene el sistema nervioso central del neonato, que hacía pensar que conllevaba una menor percepción del dolor y por tanto no requería una atención importante, se pensaba que el niño olvidaba el dolor que podía producirse y por tanto no representaba un problema, el niño al no poder verbalizar en muchos momentos el dolor, éste no se podía medir y por tanto parecía un problema menor, el tratamiento podría resultar peligroso y era mejor no administrarlo.⁵⁷ Así como la escasa preparación de los profesionales y la falta de tiempo para atender al paciente de un modo integral.^{58, 59}

Aunado a ello, están los aspectos psicológicos y culturales, porque cada persona aprende el significado de la palabra dolor a través de su propia experiencia personal. A dicha situación subyacen también todas las creencias, mitos e incluso, supersticiones que las personas traen consigo; algunas son vivencias que han ido adquiriendo a lo largo de sus vidas, y que serán la base de la actitud que a futuro tendrán hacia el niño que padece dolor.⁶⁰

Entre las actitudes que se presentan en los médicos y enfermeras acerca del dolor y su tratamiento se han reportado las siguientes:

1.- Temor a provocar depresión respiratoria por el uso de opioides o narcóticos. Todos los narcóticos son capaces de producir este efecto y alterar en mayor o menor grado todas las fases de la respiración. Esto no pone en peligro la vida, ni siquiera es clínicamente significativo en la mayoría de los pacientes. Los estudios realizados acerca del uso de este tipo de analgésicos demuestran que algunas dosis equianalgésicas de narcóticos agonistas producen el mismo grado de depresión respiratoria. Es imposible saber qué dosis producirá depresión respiratoria clínicamente significativa en un paciente concreto. Muchos de los casos que ocurren en el ámbito hospitalario no requieren de otro tipo de intervención que no sea la disminución de la dosis o la frecuencia de administración, si el paciente está consciente y puede cooperar se le pide que respire de forma lenta.³⁵

2.- El temor de los profesionales, los pacientes y sus familias, a crear adicción en los pacientes que reciben analgésicos opioides o narcóticos.⁶¹ Este temor, miedo o desconocimiento parece ser el principal motivo para no establecer un tratamiento efectivo y apropiado. El temor de que la administración de narcóticos provoque adicción es irracional e indocumentado.⁶² La incidencia de la adicción como resultado de la toma de narcóticos para el alivio del dolor raramente ocurre, los estudios realizados reportan que en menos del 1% de los pacientes hospitalizados que reciben este tipo de fármacos cada cuatro horas se convierte en adicto.⁶³

Los adolescentes con antecedentes de abuso de drogas (adictos), no deben recibir tratamiento con narcóticos por el riesgo de aumentar o reactivar la dependencia. Esta pregunta surge en los profesionales cuando se enfrentan a una persona que sufre dolor y se encuentra en rehabilitación o con antecedentes de abuso de drogas. Debe recordarse, que la decisión debe ser tomada por los

pacientes y no por el equipo de salud, debe hablarse con el paciente y aliviar su dolor, al mismo tiempo que se le apoya en sus esfuerzos para mantenerse libre de cualquier adicción.

La adicción a los narcóticos se define como dependencia psicológica, un deseo de usar la sustancia por distintas razones a las decisiones del médico para indicarla, para el alivio del dolor los analgésicos narcóticos son de uso legal.³⁵

3.- Temor a la dependencia física (síndrome de abstinencia). Este temor, se encuentra relacionado a la creencia errónea de que hay signos de abstinencia que ponen en peligro la vida. La incidencia de dependencia física es impredecible puede incluso ocurrir desde la primera dosis o no presentarse en todo el tratamiento, los síntomas pueden presentarse tan leves que son irreconocibles, o pueden manifestarse por; agitación, irritabilidad, movimientos musculares espasmódicos, dolor abdominal, diarrea y prurito. Se presentan cuando se han suspendido de forma violenta los fármacos.⁵⁹

Cuadro 1. Conocimiento y actitud del personal de enfermería acerca del dolor

Autor	País	Objetivo	Población	Instrumento	Variables	Hallazgos
McCaffery y Ferrel (1995). ⁶⁴	Canadá, Japón, España, Australia y Estados Unidos	Identificar los conocimientos de las enfermeras de cinco países acerca del dolor por cáncer	1428 enfermeras	Nurses' knowledge and Attitudes Survey Regarding Pain (NKAS) desarrollado por McCaffery y Ferrel (1987)	Servicio Edad Experiencia laboral Nivel educativo Nivel de conocimientos y actitudes	<p>Conocimiento de la valoración del dolor a través del uso de placebos, fue reconocido como aceptable entre las enfermeras de España (51%), Japón (28%), Australia (15%).</p> <p>Conocimiento del uso apropiado de analgésicos; las enfermeras de Estados Unidos presentó más respuestas incorrectas (22%)</p> <p>Conocimiento de la ruta de administración de analgésicos, se respondió correctamente por las enfermeras de Canadá (71%) y Australia (66%).</p> <p>Temor a ocasionar adicción en los pacientes fue reportado en las enfermeras de Canadá (19%), Estados Unidos (29%) y Australia (32%).</p>
Clarke EB, et al. (1996). ⁶⁵	Estados Unidos de Norteamérica	<p>Identificar los conocimientos y actitudes de las enfermeras acerca del dolor</p> <p>Registro de la intensidad del dolor en las hojas de enfermería.</p>	<p>120 enfermeras y</p> <p>82 registros.</p>	Nurses' knowledge and Attitudes Survey Regarding Pain (NKAS) desarrollado por McCaffery y Ferrel (1987)	Edad Nivel educativo Experiencia profesional Área de trabajo Conocimientos Y actitudes	<p>Las enfermeras con grado de maestría presentan mayor puntaje de respuestas correctas (74%), con relación a las licenciadas y diplomadas.</p> <p>Las enfermeras de la unidad oncológica presentan mejor nivel de conocimientos ($p=0.0001$), en relación con las unidades de cirugía, ortopedia y cuidado intensivo.</p> <p>Respecto a cuándo administrar una nueva dosis de analgésicos las enfermeras respondieron incorrectamente ($p<0.002$)</p> <p>El 76% de las enfermeras no utiliza un instrumento de valoración del dolor, para registrarlo</p>

Autor	País	Objetivo	Población	Instrumento	Variables	Hallazgos
McCaffery M, Ferrel B (1997). ⁶⁶		Revisión de la literatura sobre los estudios publicados hasta 1995 acerca del conocimiento que tienen las enfermeras del dolor, dosis de opioides y riesgos de adicción	Estudios conducidos hasta 1995	Revisión de la literatura	Conocimientos acerca del dolor Actitud hacia el tratamiento	<p>Los hallazgos de esta revisión muestran que las enfermeras tienen deficientes conocimientos en dos áreas:</p> <p>El autorreporte del dolor; menos del 75% de las enfermeras en un estudio realizado en 1980 reportó que ellas preguntan al paciente directamente la intensidad de dolor.</p> <p>Incremento de la dosis de opioides; estudios realizados en los años 70`s, a este respecto mostraron que 50% o más de las enfermeras no incrementa la dosis de analgésicos a pesar de no lograr el alivio en los pacientes.</p> <p>Riesgo de adicción por uso de opioides; se documentó en los estudios revisados, persiste un exagerado temor por parte de las enfermeras a ocasionar adicción en los pacientes</p>
Salantera (1999). ⁶⁷	Finlandia	Indagar las actitudes y creencias acerca de dolor en niños	303 enfermeras	Desarrollado por la autora	Edad Nivel educativo Unidad de trabajo Experiencia laboral	<p>Las enfermeras con 11 a 20 años de experiencia laboral presentaron mejor nivel de conocimientos ($p= 0.006$) con relación a las que tienen más de 20 años.</p> <p>Una correlación significativa se encontró entre el hospital donde laboran las enfermeras y su conocimiento acerca del desarrollo psicológico del niño hacia el dolor ($p=0.02$)</p> <p>El servicio también mostro significancia con relación a su percepción de proporcionar una adecuada gerencia de dolor ($p=<0.001$), así como para trabajar con otro personal ($p=0.003$) y con los familiares ($p=<0.001$).</p> <p>En este estudio se concluyó que las enfermeras tienen un nivel regular de conocimiento acerca aspectos psicológicos, sociales fisiológicos del dolor en niños.</p>

Autor	País	Objetivo	Población	Instrumento	Variables	Hallazgos
McCaffery y Robinson (2003). ⁶⁸	Multicentrico	Proporcionar un instrumento de autoevaluación de los conocimientos acerca del dolor.	3,282 enfermeras	Nurses' knowledge and Attitudes Survey Regarding Pain (NKAS) desarrollado por McCaffery y Ferrel (1987)	Conocimientos acerca de dolor Nivel académico Cargo Unidad de trabajo Servicio Experiencia laboral Edad	<p>Las enfermeras con nivel académico más elevado presentaron mejores puntuaciones; Maestría (83%). Las de unidades oncológicas también presentaron mejor conocimiento (77%) con relación a las de unidades quirúrgicas (71%).</p> <p>El conocimiento acerca de la valoración del dolor mostró un 94% de respuestas correctas.</p> <p>El conocimiento acerca del tratamiento del dolor mostró un 60% de respuestas correctas.</p> <p>Sólo 129 encuestados (4%), respondió de forma correcta todas las preguntas.</p> <p>Sólo un 42% de los participantes obtuvo una puntuación de respuestas correctas superior a 80%, lo que significa que la mitad de la muestra tiene una grave falta de conocimientos acerca de dolor.</p>
Rushton et al. (2003). ⁶⁹	Estados Unidos de Norteamérica	Comparar el conocimiento y las actitudes de las enfermeras oncológicas y no oncológicas con relación al dolor por cáncer	44 enfermeras oncológicas y 303 no oncológicas,	Nurses' knowledge and Attitudes Survey Regarding Pain (NKAS) desarrollado por McCaffery y Ferrel (1987)	Edad Nivel educativo Experiencia laboral Experiencia en el cuidado de pacientes oncológicos Categoría laboral Cursos acerca de dolor. Conocimiento y actitudes	<p>Las enfermeras oncológicas presentaron un total de respuestas correctas estadísticamente significativa más alto ($p < 0.0001$) con relación a las enfermeras no oncológicas.</p> <p>Las enfermeras oncológicas presentan dificultades en el conocimiento de aspectos relacionados al la farmacología de los analgésicos.</p>

Autor	País	Objetivo	Población	Instrumento	Variables	Hallazgos
Broekmans et al. (2004). ⁷⁰	Bélgica	Exploraron las actitudes de las enfermeras de hacia el uso de opioides en los pacientes como tratamiento para el dolor	350 enfermeras	Wisconsin Cancer Pain Initiative nurses' Survey (2 preguntas) La escala de actitud hacia los opioides	Actitudes Servicio Edad Experiencia en el cuidado de pacientes con cáncer	Las enfermeras quirúrgicas se percibían ellas mismas con actitudes más liberales con relación a las enfermeras de otras unidades (p=0.036) En la escala de actitud hacia los opioides mostraron "neutral" a "positivo" su temor hacia crear adicción en los pacientes Las enfermeras de oncología presentaron porcentaje más alto que los de medicina general El nivel de conocimiento presento significancia estadística con relación a la experiencia en el cuidado de pacientes con cáncer (p=0.004).
Bishop (2005). ⁷¹	Estados Unidos de Norteamérica	Evaluar el conocimiento y actitudes de las enfermeras acerca del dolor. Evaluar la efectividad de una intervención educativa en términos de cambios en el conocimiento	16 enfermeras y 42 pacientes	Instrumento diseñado por el investigador acerca del confort del paciente. Nurses' knowledge and Attitudes Survey Regarding Pain (NKAS) Desarrollado por McCaffery y Ferrel (1987)	Edad Nivel académico	Las enfermeras asociadas presentan mejor nivel de conocimiento que las licenciadas. Las enfermeras con más de 20 años de experiencia laboral presentan mejores puntajes de aciertos (93%) con relación a las que tienen menos de 10 años. Se encontró una correlación significativa entre el nivel educativo y el nivel de conocimiento en el pre-intervención (r=.159) La autora concluyó que la intervención si incrementa el conocimiento de las enfermeras Los días de estancia de los pacientes en el pre-intervención eran de 7 días y disminuyó a 4 en el pos- intervención.

Autor	País	Objetivo	Población	Instrumento	Variables	Hallazgos
Greenberger Ch, et al. (2006). ⁷²	Israel	Examinar el conocimiento y actitudes de las estudiantes de enfermería de un curso formal de educación acerca de dolor	1,149 participantes	La versión en hebreo del Nurses' knowledge and Attitudes Survey Regarding Pain (NKAS) Desarrollado por McCaffery y Ferrel (1987)	Género Estado civil Nacionalidad Religión Edad Conocimiento y actitudes	<p>Las estudiantes con más años de preparación presentaron más altos aciertos ($r=0.44$, $p=0.001$)</p> <p>Entre los factores que intervienen en el conocimiento y las actitudes hacia el dolor se encuentran: el nivel educativo, la religión.</p> <p>Nivel de conocimientos y las actitudes con relación al cuidado de pacientes con dolor se encontró una significancia estadística ($r_s=0.36$; $p=0.0001$)</p> <p>Los investigadores concluyeron que en esta investigación las estudiantes con más años de preparación presentan mejor conocimiento y es más alto su nivel cuando la preparación es de carácter formal.</p>
Bernardi M, et al. (2007). ⁷³	Italia	Explorar el nivel de conocimiento y las actitudes de las enfermeras de las unidades de cuidados paliativos relacionados al dolor	66 enfermeras	La versión en Italiano del Nurses' knowledge and Attitudes Survey Regarding Pain (NKAS) Desarrollado por McCaffery y Ferrel (1987)	Experiencia laboral Nivel académico Cursos de dolor	<p>Se encontraron diferencias estadísticamente significativas del conocimiento de dolor ($p<.03$) entre las enfermeras que trabajan al sur del país.</p> <p>De igual forma al relacionar el nivel de conocimientos con los años de experiencia ($p=.046$) y entre los grados académicos ($p=.001$).</p> <p>Para el análisis de los dos casos clínicos se identificó que 55% y 21% de las enfermeras subestimaron el dolor de los pacientes. Solo el 14% y 27% de los participantes administraron la dosis correcta de morfina para aliviar el dolor.</p> <p>Por lo que los autores pudieron concluir que las enfermeras de las unidades de cuidados paliativos presentan deficientes conocimientos acerca del dolor por cáncer.</p>

Autor	País	Objetivo	Población	Instrumento	Variables	Hallazgos
Fernández – Galinski, et al. (2007). ⁷⁴	España	Identificar el nivel de conocimientos y las actitudes de pacientes y personal sanitario en relación al dolor postoperatorio.	100 enfermeras 65 médicos 100 pacientes	Elaborado por los autores	Experiencia laboral	<p>91% de las enfermeras conoce las escalas de valoración de dolor, pero no se utilizaron en la práctica</p> <p>18% del personal de enfermería desconoció el manejo de opioides por vía intramuscular e intravenosa, así como deficientes conocimientos relacionados con el tratamiento</p> <p>45% presentó temor a ocasionar adicción y depresión respiratoria en los pacientes, lo que condicionó su administración</p>
Manworren (2000). ⁷⁵	Estados Unidos de Norteamérica	Identificar acerca de los conocimientos y actitudes de las enfermeras pediatras con respecto al dolor	247 enfermeras	Pediatrics Nursing Knowledge Attitudes Survey (PNKAS) Modificación del instrumento desarrollado por McCaffery y Ferrel		<p>Las enfermeras con grado de maestría registraron una calificación más alta (75%) que las enfermeras de otros niveles educativos.</p> <p>Se identificó un nivel deficiente de conocimientos</p> <p>Las enfermeras pediatras desconocen aspectos acerca de; la valoración del dolor en los niños, farmacología de los analgésicos incluyendo los opioides, no opioides y coadyuvantes.</p> <p>Entre las actitudes presentadas, persistió el miedo a ocasionar adicción principalmente en los adolescentes, depresión respiratoria en los pacientes más pequeños</p>

Planteamiento del problema

El dolor es un síntoma tan antiguo como la propia humanidad, ha formado parte inseparable de ésta.^{76,77} Es un fenómeno complejo, determinado por diversas causas, resultado de la interacción de factores fisiológicos, psicológicos y socioculturales.⁷⁸ Por su complejidad es uno de los problemas más desafiantes para el clínico,⁷⁹ su diagnóstico y tratamiento representan un reto, no solo por su fuerte impacto en los pacientes,⁸⁰ sino también por su indudable peso epidemiológico y económico, es una de las principales causas por la que las personas acuden al médico.^{81,82} En el área pediátrica, el dolor también constituye el motivo más frecuente de solicitud de cuidados.⁸³ Generalmente los niños son sometidos a estímulos dolorosos, propios de pruebas diagnósticas y tratamientos, los cuales llegan a constituir un grave problema que interfieren en la recuperación.⁸⁴

La importancia del dolor, radica en su alta prevalencia hospitalaria.^{85,86} Con importantes repercusiones laborales, económicas y administrativas. Su tratamiento supone hoy un punto importante en el presupuesto global de un país, por el consumo de recursos para su control.⁷⁷ Existen estudios que demuestran la relación que existe entre la presencia de dolor y la prolongación de los procesos patológicos, así como la estancia hospitalaria, de tal forma, que el alivio del dolor debe ser una intervención prioritaria para la recuperación de la salud.⁸⁷

Aunque el cuidado de estos pacientes es idealmente multidisciplinario, en muchos casos los cuidados de enfermería son la piedra angular. Cuando la enfermera es conocedora de lo que significa el dolor, desde como valorarlo, hasta las pautas farmacológicas y no farmacológicas, tiene la oportunidad de individualizar estas intervenciones para aliviarlo efectivamente. Una carencia sobre el conocimiento del dolor y el temor exagerado sobre las probabilidades de desarrollar dependencia psicológica y adicción en los pacientes, por el uso de analgésicos

opioides o narcóticos, representan una barrera y conducen a una dirección e intervención inadecuada para el alivio del dolor en la práctica clínica.^{88, 89}

Algunos de los estudios de investigación realizados acerca del dolor, se han enfocado a identificar el nivel de conocimientos y las actitudes que presentan las enfermeras acerca de este problema, la mayoría efectuados en enfermeras que laboran en áreas de atención al paciente adulto, sin embargo, son escasos los estudios en el ámbito pediátrico. los resultados obtenidos en ambas áreas han revelado que las enfermeras presentan un nivel de conocimientos deficiente acerca de los principios básicos para la valoración y tratamiento del dolor, así como un temor persistente a ocasionar adicción y depresión respiratoria en los pacientes que reciben analgésicos opioides o narcóticos.^{90,91,92}

Por lo que se plantea la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es la relación entre el nivel de conocimientos y las actitudes del personal de enfermería del Hospital Infantil de México Federico Gómez acerca del dolor?

III Hipótesis

El nivel de conocimientos tiene relación con las actitudes del personal de enfermería acerca del dolor.

IV Objetivos

General:

Determinar la relación entre el nivel de conocimientos del personal de enfermería con sus actitudes acerca del dolor

Específicos:

Determinar el nivel de conocimientos y las actitudes del personal de enfermería acerca del dolor.

Determinar qué factores sociodemográficos y laborales tienen relación con los conocimientos y actitudes del personal de enfermería acerca del dolor

Identificar la relación del servicio donde labora el personal de enfermería con el nivel de conocimientos y actitudes acerca del dolor.

V Material y Métodos

5.1 Tipo de estudio

Se realizó un estudio transversal, correlacional.

5.2 Universo de estudio

El universo estuvo constituido por 487 enfermeras (os), del Hospital Infantil de México "Federico Gómez", que laboran en las áreas de hospitalización, que cumplió con los siguientes criterios de selección: un año mínimo de experiencia, asignados a los servicios seleccionados de forma permanente, de cualquier nivel académico, categoría o turno, que aceptó participar en el estudio y se encontraba laborando durante el periodo de recolección de datos. Se excluyeron del estudio: estudiantes o pasantes de enfermería, personal del área de quirófano, CEyE y supervisión.

5.3 Tipo de muestra y Muestreo

Para el estudio se realizó un muestreo probabilístico y la selección del tamaño de la muestra fue de 220 enfermeras, basada en los siguientes criterios:

1.- Por cada variable que constituye el instrumento (10 sujetos por cada variable + 10%= $10 \times 15 = 150 + 15 = 165$)

2.- De 3 a 5 sujetos por ítem para validar el instrumento (3 a 5 X ítem + 10%= $5 \times 40 = 200 + 20 = 220$)

3.- Para población infinita: $n = \frac{Z^2 p q}{d^2} = \frac{1.96^2 (70) (30)}{25} = \frac{4116}{25} = 164$

5.4 Variables de estudio

Variable dependiente: Actitudes del personal de enfermería hacia del dolor

Variable independiente: Conocimientos acerca del dolor, nivel académico, servicio, turno, experiencia laboral.

Las cuales se operacionalizaron e integraron el instrumento de recolección de datos (Anexo 1)

5.4.1 Operacionalización de variables (Anexo 2)

Variable conocimiento:

Definición conceptual. Se consideró aquel conocimiento que la enfermera posee acerca de la valoración e intervenciones farmacológicas y no farmacológicas del dolor²⁸.

Definición operacional. Se consideró el total de respuestas correctas que presentó el personal de enfermería acerca del dolor y se clasificó en suficientes e insuficientes.

Variable actitud:

Definición conceptual. Es una reacción afectiva, positiva o negativa hacia un objeto o proposición⁵².

Definición operacional: Se consideró el total de respuestas que el participante obtuvo de las preguntas relacionadas a actitudes hacia el dolor en los niños y el tratamiento con analgésicos opioides y narcóticos, como temor a la adicción, depresión respiratoria, subvaloración de dolor y aplicación de menor dosis de analgésicos.

5.5 Procedimiento de recolección de datos

La recolección de datos se hizo a través de la versión en español de la encuesta para medir los conocimientos y actitudes de las enfermeras pediatras con relación al dolor, Pediatric Nurses' Knowledge and Attitudes Survey Regarding Pain (PNKAS por sus siglas en inglés). Para ello, se realizaron tres traducciones al idioma en español previa autorización de la editorial. (Anexo 3). Posterior a las traducciones y al verificar que no existieron diferencias en los ítems, se estructuró el instrumento que se aplicó a un grupo de 30 enfermeras las cuales no participarían en la investigación para ver su aplicabilidad y confiabilidad en el contexto a estudiar (prueba piloto).

Posteriormente se realizó la validez de contenido por expertos de enfermería del hospital. Quedando finalmente el instrumento que se aplicó a 220 enfermeras del área de hospitalización que constituyeron la muestra seleccionada, con un alpha de Cronbach's de 0.80 para los ítems que miden el conocimiento y de 0.77 para los de actitudes, quedando un alpha de 0.82 para todo el instrumento.

El instrumento se aplicó con autorización de los directivos del hospital previo consentimiento informado por escrito de las enfermeras, en un aula seleccionada para juntas del hospital durante el periodo de noviembre – diciembre del 2007, con la participación del personal de supervisión de enfermería quien aplicó el instrumento previa capacitación por el autor principal.

5.6 Características del instrumento de recolección de datos

El instrumento para medir los conocimientos y actitudes de las enfermeras pediatras con relación al dolor, Pediatric Nurses' Knowledge and Attitudes Survey Regarding Pain (PNKAS por sus siglas en inglés). Es una modificación que Renne Manworren realizó para ser utilizado en el área de pediatría del instrumento desarrollado originalmente por McCaffery y Ferrell: Nurses' Knowledge and Attitudes Survey Regarding Pain (NKAS). Las razones por las que se realizaron las modificaciones, son para cumplir con los estándares de la práctica clínica de la Comisión sobre Acreditación de Organización de Cuidado de la Salud (JCAHO), para el cuidado de pacientes con dolor, así como en los estándares de la Sociedad Americana para el estudio del Dolor y la OMS⁹³.

Las categorías incluidas que fueron modificadas para el área de pediatría son:

- a) Modificación de las dosis de medicamentos
- b) Se removieron las preguntas relacionadas con la meperidina y aspirina.
- c) Se adicionaron preguntas de procedimientos de toma de decisión de dolor
- d) Identificación de pacientes como; neonatos, niños y/o adolescentes

Es un instrumento auto administrado, de 40 ítems, que miden los conocimientos de las enfermeras con relación al dolor, en 27 ítems que se clasifican en; valoración a través de las preguntas; 1, 3, 4, 5, 19, 24 y 35. El tratamiento farmacológico y no farmacológico contemplado en los ítems; 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 21, 22, 23, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 34. De los cuales se consideró un nivel suficiente cuando se presentaron de 22 a 27 respuestas correctas, un nivel regular de 13 a 21 aciertos y nivel insuficiente cuando se obtuvieron menos de 12 respuestas correctas.

Las actitudes se englobaron en 13 ítems catalogados también en valoración en los ítems; 2, 14, 18, 20, 36, 37 y tratamiento en los reactivos; 15, 16, 17, 33, 38. Se plantearon dos casos clínicos a partir de los cuales las enfermeras deben tomar una decisión acerca del dolor en los ítems; 39, 39^a, 40 y 40^a.

5.7 Análisis estadístico

El análisis estadístico se llevó a cabo utilizando las pruebas estadísticas paramétricas para datos nominales y no paramétricas para correlación de variables, utilizando el paquete Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 12.0.

5.8 Aspectos éticos

La importancia de realizar un estudio acerca del dolor, deriva de la elevada prevalencia de este problema en las unidades hospitalarias de todos los países, incluido el nuestro, en donde las actitudes y la falta de conocimiento por parte de los profesionales han contribuido al mal tratamiento y alivio del dolor, así como incremento en los días estancia por este motivo. Es de relevancia considerar que el alivio del dolor constituye un derecho humano que no se puede pasar por alto en todas las unidades hospitalarias.

Para realizar el estudio se consideraron los principios enlistados en la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud, publicado en el Diario Oficial de la federación el 7 de Febrero de 1983 y su última reforma el 18 de Diciembre del 2007⁹⁴. Por lo anterior, la presente investigación no representa riesgo alguno para los participantes, solo se trata de una encuesta de opinión sobre un tema de interés para la disciplina de enfermería.

VI Resultados

Después de la aplicación del instrumento, los hallazgos de la presente investigación se describen en cuadros de la siguiente forma: primero se presentan las características sociodemográficas de la población participante, posteriormente los relacionados a las variables de conocimientos y actitudes del personal de enfermería acerca del dolor.

8.1 Características de la población de estudio.

Los datos de la sección sociodemográfica se muestran en tablas que reflejan las variables que se midieron; edad, servicio, turno, experiencia laboral y asistencia a cursos relacionados con el dolor.

Cuadro 1. Edad por rangos del personal de enfermería

	Frecuencia (F)	Porcentaje (%)
De 20 a 30 años	39	18
De 31 a 40 años	133	60
De 41 a 50 años	35	16
De 51 a 60 años	13	6
Total	220	100

Se observa que el 60% del personal encuestado es joven, se encuentra en el rango de 31 a 40 años de edad, con una media en 36 años \pm 6.9.

Cuadro 2. Nivel académico del personal de enfermería

	Frecuencia (F)	Porcentaje (%)
Técnico	130	59
Posttécnico	9	4
Licenciatura	68	31
Postgrado	13	6
Total	220	100

En cuanto al nivel académico que tiene el personal de enfermería participante, se encontró que el personal con nivel técnico presenta un mayor porcentaje (59%), el personal que cuenta con licenciatura fue del 31% de los encuestados y con 6% los que tienen un nivel de postgrado.

Cuadro 3. Áreas donde labora el personal de enfermería

Áreas	Frecuencia (F)	Porcentaje (%)
Urgencias	26	12
Quirúrgicas	49	22
Oncológicas	26	12
Terapias	71	32
Pediatrías	48	22
Total	220	100

De acuerdo al servicio donde labora el personal de enfermería de las áreas de hospitalización, predominó el número de participantes que laboran en las unidades de terapia intensiva con un 32%, las de áreas quirúrgicas y de pediatría general con un 22%, y las de unidades de oncología y urgencias con un 12%.

Cuadro 4. Experiencia laboral del personal de enfermería

Años	Frecuencia (F)	Porcentaje (%)
De 1 a 10 años	77	35
De 11 a 20	113	51
De 21 a 30	20	9
De 31 a 40	10	5
Total	220	100

Con referencia a la experiencia laboral del personal dentro del hospital, se encontró que la media de años se encuentra en 13.2 ± 7.7 , en un rango de 1 a 40 años.

En el rubro acerca de la asistencia a cursos de dolor, como parte de su formación, se observó que el 84% del personal de enfermería de la institución no asistió a ningún curso relacionado con el tema en los últimos dos años.

8.2 Nivel de conocimientos del personal de enfermería acerca del dolor.

Para determinar el nivel de conocimientos del personal de enfermería con relación al dolor, se realizó la suma de todos los ítems que medían la variable. Posteriormente, se clasificó en dos grupos de forma ordinal: suficientes e insuficientes.

Cuadro 5. Nivel de conocimientos del personal de enfermería acerca del dolor

Nivel de Conocimiento	Frecuencia (F)	Porcentaje (%)
Suficiente	0	0
Regular	59	27
Insuficiente	161	73
Total	220	100

Los hallazgos de esta investigación mostraron que el personal de enfermería de Hospital Infantil de México tiene un nivel insuficiente de conocimientos acerca del dolor que sufren los pacientes.

Cuadro 6. Nivel de conocimientos del personal de enfermería acerca de la valoración y tratamiento del dolor

Valoración de dolor		
Nivel de Conocimiento	F	(%)
Suficiente	10	4
Regular	147	67
Insuficiente	63	29
Total	220	100
Tratamiento de dolor		
Suficiente	3	1
Regular	115	53
Insuficiente	102	46
Total	220	100

El conocimiento, se vierte en dos aspectos relacionados al dolor, el primero engloba la valoración que el personal de enfermería debe hacer en cada paciente y el segundo se enfoca hacia el tratamiento prescrito, de los cuales se encontró que el personal presenta un nivel de conocimientos regular en ambas áreas.

Cuadro 7. Nivel de conocimientos del personal de enfermería acerca de la valoración de dolor a partir de los cambios en los signos vitales.

Nivel de Conocimiento	Frecuencia (F)	Porcentaje (%)
Suficiente	64	29
Regular	0	0
Insuficiente	156	71
Total	220	100

Para realizar la valoración del dolor, se han diseñado herramientas útiles para el área de pediatría, una de las cuales incluye la escala fisiológica, dentro de los resultados se encontró que un porcentaje elevado de los participantes tiene insuficientes conocimientos acerca de los cambios observables en los signos vitales del paciente como indicador de dolor.

Al personal de enfermería, también se le cuestiono acerca de su conocimiento relacionado al uso de placebos como una prueba para determinar si el dolor de los pacientes es real. Encontrándose que un 69% de las enfermeras del Hospital si considera el realizar esta práctica para valorar el dolor.

Cuadro 8. Nivel de conocimiento del personal de enfermería acerca del dolor por servicio

Servicio	Conocimiento					
	Suficiente		Regular		Insuficiente	
	F	(%)	F	(%)	F	(%)
Urgencias	0	0	10/26	38	16/26	62*
Quirúrgicas	0	0	13/49	26	36/49	74
Oncológicas	0	0	9/26	35	17/26	65* +
Terapias	0	0	14/71	20	57/71	80 ⁺
Pediatrías	0	0	13/48	27	35/48	73
Total	0	0	59/220	27	161/220	73

$X^2 = 0.009$ $p = 0.005$

*Servicio de urgencias vs unidades de terapia intensiva

+Servicios oncológicos vs unidades de terapia intensiva

Al realizar el cruce de la variable nivel de conocimiento acerca del dolor con el servicio o unidad donde laboran las enfermeras, se encontró que el servicio si muestra una significancia estadística. Las enfermeras del servicio de urgencias presentaron un porcentaje más alto de conocimientos (38%), seguido de las enfermeras de la unidades oncológicas (35%), el porcentaje más bajo se encontró en quienes se encuentran adscritas a los servicios de terapia intensiva.

Cuadro 9. Nivel de conocimientos del personal de enfermería acerca del dolor por turno

Turno	Conocimiento					
	Suficiente		Regular		Insuficiente	
	F	(%)	F	(%)	F	(%)
Matutino	0	0	18/69	26	51/69	74
Vespertino	0	0	20/79	25	59/79	75
Nocturno	0	0	21/72	29	51/72	71
Total	0	0	59/220	27	161/220	73

El turno de trabajo en el cual las enfermeras desarrollan sus labores muestra que quienes se encuentran en el turno nocturno, presentan mejor nivel de conocimiento (29%) acerca del dolor. el personal del turno vespertino presentó un nivel más deficiente de conocimientos (75%).

Cuadro 10. Conocimientos acerca del dolor por nivel académico

Nivel académico	Conocimiento					
	Suficiente		Regular		Insuficiente	
	F	(%)	F	(%)	F	(%)
Técnico	0	0	34/130	26	96/130	74
Pos técnico	0	0	3/9	33	6/9	67
Licenciatura	0	0	16/68	23	52/68	77
Postgrado	0	0	6/13	46	7/13	54
Total	0	0	59/220	27	161/220	73

Los resultados del estudio revelaron que las enfermeras que cuentan con preparación educativa de postgrado presentan menor nivel de conocimientos insuficientes (54%), aunque no se encontró significancia estadística, las enfermeras con nivel licenciatura presentaron mayor nivel de conocimientos insuficientes acerca del dolor (77%), así como las que cuentan con nivel técnico (74%)

Cuadro 11. Nivel de conocimientos de personal de enfermería acerca del dolor por experiencia laboral

Experiencia laboral	Conocimiento					
	Suficiente		Regular		Insuficiente	
	F	(%)	F	(%)	F	(%)
1 a 10 años	0	0	21/77	27	56/77	73
11 a 20 años	0	0	32/113	28	81/113	72
21 a 30 años	0	0	6/20	30	14/20	70
31 a 40 años	0	0	0/10	0	10/10	100
Total	0	0	59/220	27	161/220	73

La experiencia laboral del profesional de enfermería, con la variable conocimiento, mostró que las enfermeras que tienen de 21 a 30 años laborando en la institución presenta mejor nivel de conocimientos (30%), con relación a las de menor antigüedad. Por otra parte, aunque no se encontró significancia estadística, las enfermeras con más de 30 años de trabajo mostraron un alto índice de conocimientos insuficientes acerca del dolor (100%),

8.3 Las actitudes del personal de enfermería acerca del dolor.

En los resultados obtenidos se observó que un alto porcentaje (87%) del personal encuestado presenta en general actitudes negativas.

Los resultados del estudio mostraron que un alto porcentaje (88%) de las enfermeras piensa que los pacientes tienden a exagerar la intensidad del dolor que experimentan.

Cuadro 12. Temor del personal de enfermería a ocasionar adicción en los pacientes

	Frecuencia (F)	Porcentaje (%)
Si	190	86
No	30	14
Total	220	100

Con relación al temor a ocasionar adicción en los pacientes que reciben analgésicos opioides o narcóticos para el alivio del dolor, se encontró que esta actitud es presentada en un alto porcentaje (86%) de profesionales de enfermería.

Cuadro 13. Personal de enfermería que administró menos dosis de analgésicos a los pacientes con dolor

	Frecuencia (F)	Porcentaje (%)
Dosis indicada	18	8
Menor dosis indicada	202	92
Total	220	100

$\chi^2 = 0.009$ $p = 0.005$

Por último, se encontró que la mayoría del personal de enfermería en este estudio administró una dosis menor de analgésicos de lo que estaba prescrito a los pacientes después de hacer una valoración. Este hallazgo es el resultado del planteamiento de dos casos clínicos incluidos en el instrumento, mostrando una significancia estadística.

8.4 Conocimientos y Actitudes hacia el dolor

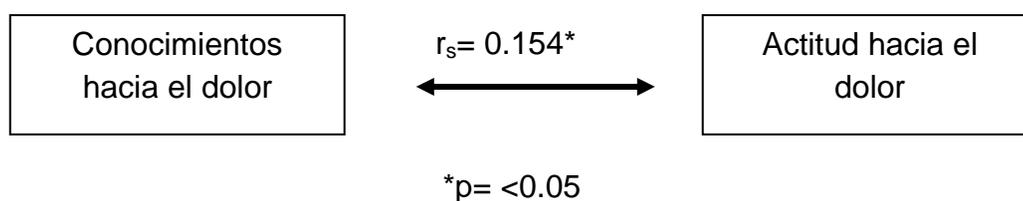
Al realizar la presente investigación se planteo la siguiente hipótesis:

El nivel de conocimientos tiene relación con las actitudes del personal de enfermería acerca del dolor.

Para determinar si existe relación entre el conocimiento y las actitudes, se utilizó la prueba estadística de correlación no paramétrica de Rho de Spearman y se

encontró una relación lineal, directamente proporcional y estadísticamente significativa débil entre el nivel de conocimiento y sus actitudes acerca del dolor de las enfermeras del Hospital Infantil de México Federico Gómez ($r_s= 0.154$, $p=0.023$)

Relación entre el nivel de conocimientos y las actitudes del personal de enfermería acerca del dolor



La misma prueba se utilizó para ver si existe relación entre el nivel académico, la experiencia laboral y el servicio donde laboran las enfermeras con las actitudes acerca del dolor, encontrándose una relación débil, sin significancia estadística.

Variable sociodemográficas	Actitudes	
	r_s	P
Nivel académico	0.127	>0.05
Experiencia laboral	0.220	>0.05
Servicio	0.087	>0.05

VII Discusión

En este apartado se analizan los resultados obtenidos en la presente investigación, los cuales permitirán al profesional de enfermería de unidades pediátricas identificar los puntos débiles con relación al cuidado de pacientes con dolor. También representan información importante para la institución en donde se llevó a cabo el estudio ya que permitirá implementar estrategias necesarias que permitan el alivio de este síndrome a todos los paciente, otorgando un cuidado de calidad por parte de los profesionales de enfermería, así como instituir la valoración del dolor como quinto signo vital y el alivio efectivo del mismo cumplimiento así con un derecho humano.

Respecto a la asistencia a cursos de actualización afines con el tema de dolor, se encontró que una gran parte de las enfermeras, no participó en este tipo de cursos (84%). A este respecto, se ha encontrado en la literatura, que por diversas razones, el personal sanitario o responsable del cuidado ha estado lejos de ofrecer un tratamiento adecuado al dolor de estos pacientes.⁹⁵ Un reporte publicado por Cometto, refiere que en el currículo de enfermería se observa que no hay espacios tan claros para el estudio del dolor, no se enseña el dolor como una materia o asignatura única, se le ha visto como una respuesta del organismo a una alteración en particular, parte inherente a un tratamiento o actividad diagnóstica, aunado a ello, se ha considerado que la resolución a este problema es sólo de competencia médica y no del profesional de enfermería.⁹⁶

Por otro lado se ha observado en la práctica clínica, que en la programación de cursos de actualización, estos no han sido enfocados a tratar el tema de dolor, se le ha considerado como un tópico aislado en aquellos cursos donde se tratan patologías o procedimientos que puede ocasionar o desencadenar el dolor.

La falta de preparación del personal de enfermería en las aulas y durante la práctica profesional puede ser un factor interviniente para que las enfermeras presenten un nivel de conocimientos insuficiente acerca del dolor.

Los hallazgos de este estudio revelaron que el cien por ciento las enfermeras no obtuvo un nivel suficiente de conocimientos, un alto porcentaje presentó un nivel insuficiente, este resultado coincide con lo reportado por McCaffery y Ferrel;^{59,66} quienes encontraron en su estudio que las enfermeras tienen deficientes conocimientos acerca del dolor. Por otra parte Salantera,⁶⁷ en su investigación identificó que las enfermeras de Finlandia poseen un nivel regular de conocimientos. McCaffery y Robinson,⁶⁸ revelaron que solo el 4 % de las enfermeras en su investigación respondió de forma correcta el instrumento para medir los conocimientos. Rushton,⁶⁹ mencionó que las enfermeras oncológicas presentan dificultades en el conocimiento relacionado al tratamiento farmacológico para aliviar el dolor y Manworren,⁷⁵ identificó un nivel deficiente entre las enfermeras pediatras.

Uno de los aspectos relevantes en el cuidado de los pacientes con dolor, es la valoración que debe hacerse del mismo en todos los pacientes. En esta investigación, se encontró que el profesional de enfermería posee deficientes conocimientos relacionados a las formas de valorarlo en las diferentes etapas de desarrollo del paciente, lo que coincide con el estudio realizado por Alconero y colaboradores, quienes reportaron que las enfermeras tienen conocimientos deficientes en la valoración de dolor y por lo tanto sus registros eran poco fiables con respecto a este problema presentado en los pacientes.⁹⁷

Clarke, por otro lado plasmó en sus resultados que las enfermeras en más del setenta por ciento, no utiliza un instrumento de valoración. Con relación al autorreporte; McCaffery y Ferrel,⁶⁵ describieron que menos del 75% de las enfermeras pregunta al paciente acerca de su dolor. Es importante mencionar que en el trabajo de McCaffery y Robinson,⁶⁸ se encontró que el conocimiento acerca

de la valoración casi el cien por ciento de los encuestados respondió correctamente las preguntas. Sin embargo, Fernández – Galinski,⁷⁴ identificó que el 91% de las enfermeras de su estudio conocían las escalas de valoración, pero no eran utilizadas en la práctica.

Una forma de valoración, es a través de la valoración fisiológica, los resultados mostraron que un elevado porcentaje de las enfermeras espera encontrar cambios en las constantes vitales como efecto del dolor en los niños, así mismo más del cincuenta por ciento de los participantes si considera el uso de placebos en la valoración. Estos hallazgos se relacionan con lo reportado por McCaffery y Ferrel;⁶⁴ quienes evidenciaron que las enfermeras de países como Australia, Japón y España aceptan también el uso de placebos para determinar si la presencia de dolor es real.

La valoración eficaz del dolor debe atender necesariamente al reporte de los pacientes que pueden expresar la intensidad de su dolor. Los hallazgos de este estudio muestran que a pesar de que las enfermeras si preguntan al paciente acerca de la intensidad de su dolor, hay quienes anotan en sus registros una intensidad menor a la expresada por él. Esto se relaciona con lo que la literatura menciona acerca del dolor en los pacientes pediátricos, dado que el dolor es una experiencia personal, privada, es imposible para los profesionales conocer con precisión el dolor que padece otra persona.⁶⁶ Se han realizado estudios que sugieren que existen diferentes niveles del umbral del dolor en los diversos grupos, influenciados también por aspectos culturales.⁹⁸ Un reporte expone que los niños de la cultura china reciben menos analgesia después de sufrir una quemadura en comparación con los de cultura occidental. En contraste, otros estudios reportan que se encuentran pocas diferencias en los niños asiático-americanos, latinoamericanos, árabe-americanos y alemanes.⁹⁹

Con relación a los conocimientos del profesional de enfermería acerca del tratamiento para el dolor, se encontró un porcentaje extremadamente bajo de conocimientos suficientes en esta área, la mayoría presentó un nivel regular e insuficiente. Lo que coincide con algunos estudios realizados en otros contextos, como el de McCaffery y Ferrel,⁶⁴ quienes evidenciaron que las enfermeras de los Estados Unidos de Norteamérica no tienen un conocimiento suficiente del uso apropiado de los analgésicos. McCaffery y Ferrel,⁶⁶ sin embargo reportaron que el sesenta por ciento de las enfermeras que participaron en su estudio tiene conocimiento acerca del tratamiento utilizado para el alivio del dolor. Rushton⁶⁹ y Manworren,⁷⁵ reportaron que las enfermeras en sus investigaciones presentan conocimientos deficientes de farmacología.

Se planteó una pregunta relacionada con la presencia de depresión respiratoria en los pacientes como resultado de la administración de analgésicos opioides. Las enfermeras que participaron en este estudio, espera encontrar éste signo en los pacientes quienes reciben este tipo de medicamentos, más cuando el paciente es menor a 5 años. Estos resultados coinciden con lo reportado por McCaffery,^{64,66} McCaffery y Robinson,⁶⁸ Bishop,⁷¹ Manworren,⁷⁵ quienes encontraron la misma respuesta en las enfermeras incluidas en sus investigaciones donde fueron realizadas.

Entre las actitudes presentadas por los profesionales en enfermería, se encuentran; el temor a ocasionar adicción en los pacientes por el uso prolongado de opioides o analgésicos narcóticos. Un alto porcentaje del personal de enfermería del Hospital Infantil de México, también presentó este temor. Dicha actitud es reportada también en los estudios de Broekmans,⁷⁰ Bishop,⁷¹ Rushton,⁶⁹ Fernández-Galinski,⁷⁴ Manworren⁷⁵ y McCaffery y Ferrel,^{64,66} estas últimas expresaron que el miedo a ocasionar adicción se presentó principalmente en las enfermeras de Canadá, Estados Unidos y Australia en menos del cincuenta por ciento.

Durante más de 20 años, varios estudios han demostrado que las posibilidades de presentarse adicción por la administración de opiáceos, incluso en periodos prolongados son escasas, probablemente en menos del 1%. Estudios realizados en el Reino Unido en los años setenta cuando la utilización de heroína como analgésico estaba ampliamente extendido, más de 500 pacientes tomaron dosis de heroína por vía oral o parenteral por varios meses y no pudo documentarse ningún caso de adicción en los sujetos.⁵⁸

No sólo la enfermera participa de este temor y presenta este tipo de actitudes, es una reacción en cadena: el médico los prescribe poco, la enfermera administra menos dosis y el paciente o la familia tienen miedo a favorecer una adicción. Es necesario cambiar esta práctica, de forma que se pueda prevenir la aparición del dolor en vez de tratarlo una vez instaurado.⁶⁵

Otra actitud presente en los participantes se encuentra el subestimar el dolor de los pacientes y consecuencia de ello a administrar menos dosis de analgésicos. Encontrándose en esta exploración, que casi un cien por ciento de las enfermeras en el caso presentado administró menos dosis de analgésico prescrito para el tratamiento del dolor. Este hallazgo también fue encontrado por Bernardi,⁷³ quien identificó que la mitad de sus participantes subestimaron el dolor de los pacientes y solo alrededor de un veinte por ciento de ellas administró la dosis correcta.

Se ha mencionado que el personal de enfermería al realizar una valoración de dolor, espera encontrar cambios en el comportamiento de los niños para administrar el analgésico. La literatura menciona que un concepto erróneo es; si el niño puede dormir, juega o se distrae de su dolor de alguna otra forma, es que no siente mucho dolor. Hay que recordar que los niños tienen un talento especial para un uso eficaz de la distracción y la actividad física para tratar de disminuir la experiencia dolorosa.⁶⁸

Al realizar el cruce de la variable conocimiento del personal de enfermería acerca del dolor con el servicio donde las enfermeras realizan sus actividades, se encontró significancia estadística, siendo más alto el porcentaje de nivel insuficiente en los servicios de; urgencias, las áreas oncológicas y terapia intensiva, lo que se relaciona con lo encontrado por McCaffery,^{64,66} quien reportó también que las enfermeras de las unidades oncológicas y las quirúrgicas mostraban un mejor nivel de conocimientos. Por otra parte Clarke,⁶⁵ Rushton,⁶⁹ Broekmans,⁷⁰ por su parte encontraron que las enfermeras oncológicas presentan un mejor nivel de conocimiento y más actuales que el resto de sus colegas adscritas a los servicios de cirugía, ortopedia y cuidado intensivo. Salantera,⁶⁷ también reportó que el servicio tuvo significancia estadística en su estudio.

El servicio es un factor determinante en el conocimiento acerca del dolor, ya que a los paciente con cáncer dentro del cuidado integral se le ha dado mayor énfasis a que no sufra dolor,⁵² en los casos donde el cáncer es terminal, la finalidad de los cuidados paliativos es evitar al máximo el dolor en los pacientes y las enfermeras se vuelven más susceptibles ante esta problemática en sus pacientes.⁶¹ Por otra parte en la unidades quirúrgicas las primeras horas el dolor se ha considerado un elemento determinante en la evolución del paciente y la gran mayoría en especial los niños salen con analgesia en infusión o con un esquema establecido.^{30,55}

Otro hallazgo encontrado en el estudio, es que las enfermeras con mayor nivel académico presentó mejor nivel suficiente de conocimientos acerca del dolor, como es el caso de las enfermeras con estudios de postgrado quienes presentaron un nivel menor de conocimientos insuficientes, en comparación con las enfermeras con preparación de licenciatura y técnico quienes mostraron porcentajes superiores a setenta. Clarke,⁶⁵ publico en su estudio que las enfermeras con grado de maestría obtuvieron puntajes más altos de respuestas correctas del instrumento que midió los conocimientos, con relación a las licenciadas y diplomadas. McCaffery y Robinson,⁶⁸ mencionaron que las enfermeras con más nivel académico alcanzaron mejores resultados, como fue el

caso de las de maestría, quienes obtuvieron más del ochenta por ciento. Lo mismo se reportó por Bishop,⁷¹ Greenberg,⁷² Bernardi⁷³ y Manworren.⁷⁵

La experiencia laboral mostró que las enfermeras con más de 30 años de experiencia en el Hospital Infantil presentan un cien por ciento de conocimientos insuficientes acerca de este problema. Lo que coincide con lo expuesto por Salantera,⁶⁷ quien encontró también que las enfermeras con una experiencia de más de 20 años tienen insuficientes conocimientos. Por su parte Broekmans,⁷⁰ Bernardi,⁷³ encontraron significancia estadística al relacionar el conocimiento con la experiencia en el cuidado de pacientes con cáncer. Bishop,⁷¹ describió que más del 90% de las enfermeras con más de 20 años presentan mejores aciertos.

Por último se encontró que el nivel de conocimientos del profesional de enfermería, no tiene relación con las actitudes que presentan ante el dolor, aunque muestra significancia estadística, tiene una correlación lineal débil, casi nula, lo que expresa que las actitudes pueden formarse ser por otros factores, como los aspectos, sociales, culturales, personales, entre otros, no solo por la falta de conocimiento.

Aunque se ha señalado que para la formación de las actitudes, están relacionados; el desconocimiento de algunos aspectos del objeto o sujeto y la información que se tiene acerca del mismo, en este estudio el conocimiento no es un factor determinante o influencia para adoptar alguna actitud específica, o conducta, como el temor, rechazo o aceptación. Otro aspecto que se ha considerado en la formación del conocimiento es la experiencia, o el tiempo que se pasa en contacto con algún objeto, situación o actividad. Por ello, se relacionó la experiencia laboral, el turno y la preparación académica, encontrando que también presentan una relación lineal débil y estas variables sin significancia estadística.

VIII Conclusiones

Hipótesis: ***El nivel de conocimientos tiene relación con las actitudes del personal de enfermería acerca del dolor.***

El dolor, es un tema que se ha estudiado desde hace más de veinte años, se han desarrollado avances en el ámbito clínico, con la finalidad de aliviarlo eficazmente, se han publicado muchos artículos acerca del dolor, pero pocos de ellos han reportado qué o cuáles estrategias se han implementado para lograr aliviarlo en los pacientes hospitalizados.

Se han creado herramientas útiles para valorarlo en cada paciente de acuerdo a su edad, como son las escalas visuales, aunque se ha mencionado que el dolor es un síntoma subjetivo y sólo quien lo sufre puede decir la intensidad del mismo, estos instrumentos son útiles para tener una aproximación más cercana a la intensidad del mismo. Sin embargo, no se ha realizado la validación de alguna escala en el ámbito pediátrico en el país, para poder utilizarla con sustento científico durante el cuidado de los pacientes.

En esta investigación se encontró que el personal de enfermería presenta insuficientes conocimientos de la valoración del dolor en los pacientes, así como en el tratamiento del dolor, del uso adecuado de la escalera analgésica, la cual recientemente cumplió 20 años de creación. Y en los programas académicos institucionales y educativos no se ha integrado el dolor como un tema específico y completo, se le sigue viendo como parte inherente de un problema de salud, quizá necesario en algunos casos.

Es importante resaltar que aunque se ha mencionado que el tratamiento es multidisciplinario, la enfermera en nuestro contexto no tiene la autoridad requerida para prescribir o iniciar un régimen terapéutico en los pacientes con dolor, esta acción sólo es de índole médico, aunque se ha resaltado que las enfermeras de otros hospitales tienen la gerencia total del cuidado del paciente con dolor.

En el Hospital, a pesar de encontrarse una unidad de medicina del dolor, es poca la participación del personal de enfermería en este ámbito, el tratamiento y las modificaciones al mismo siguen son responsabilidad médica. La clínica de dolor solo trabaja por la mañana, lo que intervine para el efectivo alivio del dolor del paciente las horas restantes del día, lo que aumenta la estancia hospitalaria y la presencia de otras complicaciones.

Las actitudes presentadas por el personal de enfermería en este estudio también fueron encontradas en las enfermeras de otros países, no obstante, se puede concluir que el conocimiento acerca del dolor no es un factor determinante o el que influye directamente en las actitudes. Para que se forme una actitud en la persona se encuentran relacionados otros aspectos como; los emocionales, conductuales, culturales e incluso experiencias previas.

XI Perspectivas

Los hallazgos encontrados se centraron únicamente a identificar el nivel de conocimientos del profesional de enfermería acerca del dolor. Lo que abre la posibilidad de hacer un estudio que se enfoque a explorar de forma específica el conocimiento y la validación de las escalas de valoración existentes y aplicables para niños en español, así como aspectos más específicos de los analgésicos opioides y narcóticos utilizados en niños.

El estudio se realizó en enfermeras de un hospital pediátrico, con características específicas, se aportaría un panorama más amplio del conocimiento de los profesionales de enfermería en el país si se realizara un estudio comparativo con enfermeras de otra institución pediátrica con condiciones afines ya que la literatura reporta poca evidencia científica en enfermeras del área de pediatría y en nuestro contexto.

Con relación a las actitudes, esta investigación solo describió las que con mayor frecuencia se presentan en la literatura; temor a la adicción, a la depresión respiratoria por el uso de opioides, a la subvaloración del dolor y la administración de menos dosis de analgésicos. Se requiere profundizar en este aspecto y realizar estudio de tipo cualitativo para encontrar otros factores que determinen las actitudes de los profesionales de enfermería, entre las cuales se han señalado; las creencias, los sentimientos, las experiencias previas y la percepción personal de cada enfermera ante el dolor.

Una intervención educativa en el personal de enfermería del Hospital Infantil de México acerca del dolor revelaría si esta estrategia educativa incrementa el nivel de conocimientos y con ello la modificación de las actitudes, al demostrarlo, se tendría la posibilidad de cambiar la forma de intervenir en el cuidado de los pacientes, se tendría la competencia profesional para formar parte activa en el

equipo multidisciplinario en las clínicas de dolor las 24 horas del día, aliviando el dolor en todos los pacientes ocasionado por diversos procedimientos, no solo en los pacientes post quirúrgicos.

Incluir en los planes curriculares de enfermería de tipo formal y complementario el tema de dolor como una unidad temática que permita desde las escuelas aportar el conocimiento requerido para otorgar un cuidado de calidad en los pacientes y satisfacer una necesidad humana.

Referencias

- ¹ Collao C, Behn V. El dolor en el niño desde una perspectiva ética. Revista Cubana de Enfermería [serie en Internet] 2003 [Citado 16 Octubre 2007]; 19 (2). Disponible en <http://scielo.sld.cu/>
- ² Merino ND, Palomar GC, García PF, López SM, Melchor M. Competencias del profesional de enfermería en el dolor infantil. Constitución y validación de un cuestionario. Caber Revista Enfermería de Urgencias. [Serie en Internet] 2004 [Citado 10 Enero 2007]; 15: 101 – 108. Disponible en <http://www.Enfermeriadeurgencias.com/>
- ³ Barajas DC. Aproximación epidemiológica y psicometría al estudio del dolor pediátrico. En: Contexto de dolor en el niño. [tesis doctoral] 2003 [Citado 4 Marzo 2007]. Disponible en: <http://www.tdx.cesca.es/>
- ⁴ Vargas SG, González de MN, Castejon J, Fuenmayor F. Tratamiento del dolor en el paciente pediátrico= Consideraciones generales. Archivos Venezolanos de Puericultura y Pediatría [Serie en Internet] 2002 [Citado 14 Febrero 2007]; 65 (1): 5-9. Disponible en: <http://www.dynabizvenezuela.com/>
- ⁵ Gomezese R OF, González O HL. Dolor: Una mirada introductoria. MEDUNAB [Serie en Internet] 2001 [Citado 21 Octubre 2006]; 4 (10): 1-6. Disponible en <http://editorial.unab.edu.co/>
- ⁶ Hernández C JJ, Moreno BC. Dolor, el quinto signo vital [serie en Internet], [Citado 31 Octubre 2006]. Disponible en: <http://www.urosario.edu.co/>
- ⁷ Eberhard F ME, Mora DX. Manejo del dolor en el paciente pediátrico. Revista Chilena de pediatría. [Serie en Internet] 2004 [Citado 21 Febrero 2007]; 75 (3): 277-9. Disponible en: <http://www.scielo.cl/>
- ⁸ Robinson S. Pain. The 5th Vital Sign: The University Health Network Adaptation. Canadian Nurses' Pain Issues working Group [Serie en Internet] 2006 [Citado 29 Enero 2007]: 2-3. Disponible en: http://fm_cfs.ca/PainMay152006.pdf
- ⁹ Brennan F, Cousins MJ. El alivio del dolor como un derecho humano. Rev. Soc. Esp. Dolor [serie en Internet] 2005 [Citado Enero 2007]; 12 (1): 17-23. Disponible en: <http://revistas.sedolor.es/>
- ¹⁰ At the United Nations. Pain Initiative. [Citado 27 Noviembre 2007]. Disponible en <http://www.pain-initiative-un.org/>
- ¹¹ Gutiérrez GG, Cadena ALP. Breve reseña histórica sobre el estudio del dolor. MEDUNAB. [serie en Internet] 2001 Abril [Citado 5 Diciembre 2006] ; 4(10) [aprox. 5 páginas] Disponible en: <http://www.editorial.unab.edu.co/>

-
- ¹² Miguel M MN. Actuación de enfermería en el dolor de tipo neuropático: protocolo de anestésicos locales intravenosos (IVLA). Nure Investigación. [serie en Internet] 2006 Noviembre- Diciembre.[Citado 5 diciembre 2006] Disponible en: <http://www.funden.es/>
- ¹³ López TF. Definición y clasificación del dolor. Clínicas urológicas de la Complutense.4, 49-55. Servicio de publicaciones. UCM, Madrid, 1996. en <http://www.ucm.es/>
- ¹⁴ Diccionario de Psicología. Conocimiento. 1985; Orbis: Argentina. p. 10
- ¹⁵ Mazza M, Quiroga D. conocimiento del personal de enfermería sobre cuidados paliativos. [Tesis] 2001. [Citado 27 Noviembre 2007]. Disponible en: <http://www.sap.org.ar/staticfiles/actividades/>
- ¹⁶ Montesinos JG. El conocimiento y la enfermería. Editorial. Rev Mex Enf Cardiol. 2002; 10 (1): 4. [Citado el 17 Octubre 2007]. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/>
- ¹⁷ Fernández PJ. Elementos que consolidan al concepto de profesión. Notas para su reflexión. Revista Electrónica de Investigación Educativa. [Citado 28 Octubre 2007].2001; 3(1). Disponible en: <http://redie.ens.uabc.mx/>
- ¹⁸ Benner P. Diferencias entre saber teórico y conocimiento práctico. En práctica progresiva en enfermería. Manual de comportamiento profesional.1ª ed. Barcelona: Grijalbo; 1987.
- ¹⁹ Newman M, Sime M, Corcoran-Perry S. The focus of the discipline of nursing. ANS Adv Nurs Sci. 1991; 14(1):1-5
- ²⁰ Donaldson SK, Crowley DM. The Discipline of nursing. Nurs Outlook. 1978; 26(2):113-20.
- ²¹ Durán de V MM. Marco epistemológico de la enfermería. Revista Aquichan. 2002; 2: 7-18
- ²² Fawcett J. Nursing models and theories in Analysis and Evaluation of contemporary nursing knowledge. 3 ed.Philadelphia: Davis company; 2000.
- ²³ Carper B. Fundamental patterns of knowing in nursing. ANS Adv Nurs Sci. 1978; 1(1): 13-23
- ²⁴ Durán de V MM. La ciencia, la ética y el arte de enfermería a partir del conocimiento personal. Revista Aquichan. 2005; 5(1): 86-95
- ²⁵ Morris Ch G. Psicología: actitudes. 5ª ed. México: Prentice-Hall Hispanoamericana; 1987. p. 512-516

-
- ²⁶ Whittaker JO. Actitudes. En la psicología social en el mundo de hoy. México: Trillas; 2004. 237-262
- ²⁷ Morris Ch, M.Maisto A. Psicología. 10ª ed. México: Pearson Educación; 2001. p. 93-4,123-4, 586-588
- ²⁸ Gross R. Psicología: la ciencia de la mente y la conducta. México: Manual Moderno; 1994. p. 431-461.
- ²⁹ Villela RE, Lara B AM. Conocimiento y actitud de enfermería en pacientes con Sida. Desarrollo científico de enfermería.2004; 12(6): 167-170.
- ³⁰ Donovan M, Dillon P, Mc Guire L. Incidente and characteristics of pain in a simple of medical-surgical inpatients. Pain [serie en Internet] 1987 [Citado 4 Marzo 2007]; 30: 69-78.
- ³¹ Burns JW, Hodsman NB, McLintock TT, Gillies GW, Kenny GN, McArdle CS. The influence of patient characteristics on the requirements for postoperative analgesia. Anaesthesia. 1989; 44:2-6.
- ³² Aréchiga-Ornelas GE. Nuevos Conceptos en la Certificación del Dolor. Institucionalizando el Alivio del Dolor. 2005. [Citado 30 Noviembre 2007]. 17 (1). Disponible en: <http://www.anestesiaenmexico.org/>
- ³³ Chapman CR, Casey KL, Dubner R, Foley KM, Gracely RH, Reading AE. Pain measurement: an overview. Pain. 1985; 22: 1-31
- ³⁴ Valdivieso SA. Dolor agudo, analgesia y sedación en el niño: detección y valoración. An Esp Pediatr. 1998; 48: 81-88
- ³⁵ Bayter M JE, Chona V JE. Dolor en el niño: cómo evaluarlo y tratarlo eficazmente. MEDUNAB. 2001; 10 (4): 1-10
- ³⁶ McCaffery M, Beebe A. Perspectivas sobre el dolor: historia, situación actual y desarrollo del papel de la enfermera. En Manual clínico para la práctica de enfermería. Barcelona: Salvat; 1992. 1-5
- ³⁷ Serrano- Atero M, Caballero J, Cañas A, García- Saura P, Serrano-Álvarez C, Prieto J. Valoración del dolor. Rev Soc Esp Dolor. 2002; 9(2): 52-63
- ³⁸ Asociación de Médicos Residentes del instituto especializado de Salud del niño. Evaluación del dolor [Serie en Internet]. 2002. [Citado 1 Diciembre 2007]; 4(2): 27-40. disponible en: <http://sisbib.unmsm.edu.pe/BvRevistas/paediatica/>
- ³⁹ Arecon A, Llobet E, Rayo F, Moreno C, Nocolau M, Romeo E. Escalas de valoración. [Serie en Internet]. 2004. [Citado 1 Diciembre 2007]. Disponible en: http://www accurauhd.com/doc_escalas.html

-
- ⁴⁰ Miró J, Huguet A, Nieto R, Paredes S, Baos J. Valoración de la escala de dolor de caras-revisada para evaluar la intensidad del dolor pediátrico en niños castellano parlantes. *Rev Soc Esp Dolor*. 2005; 12 (7): 407-416
- ⁴¹ Bernardotti I. Curso de formación en bioética para enfermería en la atención del paciente en el final de la vida. [Serie en Internet]. Comité hospitalario de Bioética. San Martín, Argentina. [Citado 1 Diciembre 2007]. Disponible en: <http://www.bioética.org/bioetica/>
- ⁴² Pérez VR, Villalobos AE, Aguayo GK, Guerrero FM. Valoración y estrategias no farmacológicas en el tratamiento del dolor neonatal. *Revista Cubana de Pediatría*. 2006; 78(3): 1-4
- ⁴³ Vidal M. A., Calderón E., Martínez E, González A, Torres L. M. Dolor en neonatos. *Rev Soc Esp Dolor*. [Serie en la Internet]. 2005 [Citado 01 Diciembre 2007]; 12(2):98-111. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/scielo.php>
- ⁴⁴ Anand KJ, Hickey PR. Pain and its effects in the human neonato and fetus. *N Engl J Med*. 1987; 317: 1321-1347
- ⁴⁵ Ibarra F AJ, Gil H MR, Llanos O IM, Quesada RC, Martínez FF, Bonillo M FJ. Escala de valoración de dolor en neonatología. *Revista Internacional para el Cuidado del Paciente Crítico*. 2004; 4(1): 4-6
- ⁴⁶ Álvarez T. el dolor en los neonatos, enfoque diagnóstico y terapéutico. *IATREIA*. 2000;13(4): 246-255.
- ⁴⁷ Hernández- Hernández AR, Vázquez-Solano E, Juárez- Chávez A, Villa-Guillen M, Villanueva-García D, Murguía-De Sierra T. valoración y manejo de dolor en neonatos. *Boletín Médico Hospital Infantil de México Federico Gómez*. 2004; 61: 164-173
- ⁴⁸ Sostega D, Frank J, Pellino T. assesment of the validity and reliability of the University of value Hospital Pain Scale for preverbal and nonverbal children. *Paediatr Nurs*. 1999;25 (6): 670-676
- ⁴⁹ Agurto VM. Analgésicos no opioides en dolor postoperatorio pediátrico. *Boletín el dolor [serie en Internet]* 2005 [Citado 21 Febrero 2007]; 14 (43): 33-38. Disponible en: <http://www.ached.cl7>
- ⁵⁰ Beecher HK. The powerful placebo. *JAMA*. 1995;15: 1602-1606
- ⁵¹ Carpenter WT, Appelbaum PS, Levine RJ. The declaration of Helsinki and clinical trials: a focus on placebo-controlled trials in schizophrenia. *Am J Psychiatry*. 2003; 160:356-362

-
- ⁵² Franco A. Dilemas éticos sobre el uso de placebo en investigación terapéutica. *Rev Colomb Psiquiatr.* [Serie en Internet]. 2003. [Citado 26 Agosto 2009]; 32(1): 93-107. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/>
- ⁵³ Jacox A, Carr DB, Payne R, et al. Management of cancer pain. *Clinical Practice Guideline.* *N Engl J Med.* 1994; 330 (9): 651-5.
- ⁵⁴ Rodríguez RF, Daza P, Rodríguez MF. Tratamiento farmacológico del dolor en pacientes con cáncer. *Colombia Médica.* 2006; 37(3): 242-246.
- ⁵⁵ Bosch N, Domenech D, González M, López MA, Oliver D. La Presencia de la Madre como un Factor Modificador de la Ansiedad del Niño. *Enfermería Clínica.* 1993; 6(2):51- 6.
- ⁵⁶ Higgins SS, Turley KM, Harr J, Turley K. Prescription and administration of around the clock analgesics in postoperative Pediatric cardiovascular surgery patients. *Prog Cardiovasc Nurs.* 1999;14(1):19-24.
- ⁵⁷ Molina J, Sagaseta de IM, Busto N, Azanza MJ, Lezoun I, Cia ML. et. al. Tratamiento del dolor en pediatría hospitalaria. *Anales Sis. San. Navarra* [serie en Internet] 2002 [Citado Diciembre 2006]; 25 (1): 37-45. Disponible en: <http://www.cfnavarra.es/>
- ⁵⁸ Fernández BM, García P AM, Ramos M, Luque MD, Méndez D, Castilla M. Importancia del dolor pediátrico en las publicaciones científicas. *Rev. Soc. Esp. Dolor* [serie en Internet] 2000 [Citado 21 Febrero 2007]; 7 (5): 279 -284. Disponible en: <http://revista.sedolor.es/>
- ⁵⁹ Walco GA, Cassidy RC, Schechter NL. Pain, Hurt and Harm: The Ethics of pain control in infants and children. *The New England Journal of Medicine* [serie en Internet] 1994 [Citado 10 Octubre 2006]; 331 (8): 541-544. Disponible en: <http://www.cirp.org/library/ethics/walco/>
- ⁶⁰ Collao C. Actitud del personal de enfermería hacia el niño con dolor. *Rev Cubana de Enfermería.* 2007. [Serie en Internet]; 23 (2). Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php>
- ⁶¹ Jorge D MY, Bonilla P JC, Lima CN, Bonilla P JL. Dolor postoperatorio en pacientes pediátricos tras apendicetomía. *Enfermería en anestesia* [serie en Internet] 2004 [Citado 21 febrero 2007]; 12: 26-28. Disponible en: <http://www.aseedar-td.org/>
- ⁶² Charap AD. The knowledge, attitudes and experience of medical personnel treating pain in the terminally ill. *Mt Sinai J Med.* 1978; 45: 561-580

-
- ⁶³ Marks RM, Sachar EJ. Undertreatment of medical inpatients with narcotic analgesics. *Ann Intern Med.* 1973; 78: 173-181.
- ⁶⁴ McCaffery M, Ferrel B. Nurses' knowledge about cancer pain: A survey of five countries. *J Pain Symptom Manage.* 1995; 10(5): 356-369.
- ⁶⁵ Clarke EB, Frech B, Bildeau ML, Capasso VC, Edwards A, Empoliti J. Pain Management Knowledge, Attitudes and Clinical Practice: The Impact of Nurses' Characteristics and Education. *J Pain Symptom Manage.* 1996; 11 (1): 18 – 31.
- ⁶⁶ McCaffery M, Ferrel B. Nurses' knowledge of pain assessment and management: How much progress have we made? *J Pain Symptom Manage.* 1997; 14 (3): 175-188.
- ⁶⁷ Salanterä S. Finnish nurses' attitudes to pain in children. *J Adv Nurs.* 1999; 29 (3): 727-736.
- ⁶⁸ McCaffery M, Robinson ES. El enfermo sufre dolor aquí están sus respuestas. *Nursing.* 2003; 21 (4): 8-16.
- ⁶⁹ Rushton P, Egget D, Sutherland CW. Knowledge and Attitudes about Cancer Pain Management: A Comparison of Oncology and Nononcology Nurses. *Oncol Nurs Forum.* 2003; 30 (5):849-855.
- ⁷⁰ Broekmans S, Vanderschueren S, Morlion B, Kumar A, Evers G. Nurses' attitudes toward pain treatment with opioids: a survey in a Belgian university hospital. *Int J Nurs Stud.* 2004; 41 (2): 183-189.
- ⁷¹ Bishop DL. Nursing knowledge and attitudes regarding the pain management of cancer patients [Tesis de Maestría en Internet]. 2005. [Citado 31 Oct 2006] Disponible en: http://etd.lib.fsu.edu/theses/available/etd-11142005-095919/unrestricted/dlb_thesis.pdf
- ⁷² Greenberger Ch, Reches H, Riba Sh. Levels and Predictors of Knowledge and Attitudes Regarding Pain among Israeli Baccalaureate Nursing Students and Nurses Pursuing Specialty Certification. *International Journal of Nursing Education Scholarship.* 2006; 3(1): 1-21. [Citado 5 de Agosto 2007]. Disponible en: <http://www.bepress.com/>
- ⁷³ Bernardi M, Catania G y Tridello G. Knowledge and Attitudes about Cancer Pain management. A National Survey of Italian Hospice Nurses. *Cancer Nurs.* 2007; 30 (2): 20-26
- ⁷⁴ Fernández - Galinski DL, Gordo F, López - Galera S, Pulido C y Real J. Conocimientos y actitudes de pacientes y personal sanitario frente al dolor postoperatorio. *Rev Soc Esp Dolor.* 2007; 14 (1): 1-8.

-
- ⁷⁵ Manworren RC. Pediatric nurses' knowledge and attitudes survey regarding pain. *Pediatr Nurs*. 2000; 26 (6): 610-614
- ⁷⁶ José de Andrés. Tratamiento del dolor. Evolución histórica hacia la intervención multidisciplinar. *Boletín de Psicología*. 2005; 84: 11-21
- ⁷⁷ Pérez –Cajaraville J, Abejón D, Ortiz JR, Pérez JR. El dolor y su tratamiento a través de la historia. *Rev Soc Esp Dolor*. 2005; 12(6):373-384
- ⁷⁸ Mejía M, Díaz V, Paulo M. El Médico ante el dolor humano. *FERMENTUM*. 2005; 15 (42): 88-103.
- ⁷⁹ Covarrubias-Gómez A. Las clínicas del dolor en México. *Rev Mex Anest*. 2008; 31(1): 66-70
- ⁸⁰ Gallego JL, Rodríguez de la T MR, Vázquez G JC, Gil M. Estimación de la prevalencia e intensidad del dolor postoperatorio y su relación con la satisfacción de los pacientes. *Rev Soc Esp Dolor [serie en Internet]* 2004 [Citado 21 Febrero 2007]; 11 (4): 197-202. Disponible en: <http://www.scielo.isciii.es/pdf/>
- ⁸¹ Gala FJ, Lupiani M, Guillén C, Gómez Sanabria A, Lupiani S. Aspectos psicosociales del dolor. *C Med Psicossom* 2003; 6: 46-57.
- ⁸² D'Arcy Y. Eliminación de dolor ¿Conoce usted las nuevas técnicas? *Nursing*. 2006; 24(2): 9-13.
- ⁸³ American Academy of Pediatrics. The Assessment and management of Acute Pain in infants, Children, and Adolescents. *Pediatrics*. 2001; 108(3):793-797.
- ⁸⁴ Ellis JA, Sharp D, Newbook K, Coben J. Selling confort: a survey of interventions for needle procedures in a pediatric hospital. *Pain Manag Nurs*. 2004; 5 (4): 144-15
- ⁸⁵ Bolivar I, Catalá E, Cadena R. El dolor en el hospital: de los estándares de prevalencia a los de calidad. *Rev Esp Anestesiol Reanim [Serie en Internet]* 2005 [Citado 6 Abril 2007]; 52 (3): 131-140. Disponible en <http://www.sedar.es/>
- ⁸⁶ Catalá E, Reig E, Artes M, Aliaga L, López JS, Segú JL. Prevalence of pain in the Spain population: telephone survey in 5000 homes. *Eur. J. Pain. [serie en Internet]* 2002 [Citado 6 Abril 2007]; 6 (2): 133-140. Disponible en: <http://translate.google.com/>
- ⁸⁷ Bennett M. Pain assessment and management in paediatric intensive care. *Paediatr Nurs*. 2001; 13(5):26-28.

-
- ⁸⁸ Desai G, Chaturvedi S. Conocimiento sobre el narcótico entre enfermeras. Cuidado indio [serie en Internet]. 2003. [Citado 24 Oct 2006]; 9(2):78-83. Disponible en: <http://www.jpalliativecare.com/>
- ⁸⁹ Oden RV. Acute postoperative pain: incidence, severity and the etiology of inadequate treatment. In Editor Management of postoperative pain. Filadelfia; WB Saunders Company. 1998; 1-15
- ⁹⁰ Sanz-Rubiales A, del Valle ML, González C, Hernansanz S, García C, Maestre M. et. al. Formación en el uso de opioides: ¿repercute en la práctica diaria? Rev. Soc. Esp. Dolor [serie en Internet] 2001 [Citado 6 Abril 2007]; 8(7): 461-467. Disponible en: http://revista.sedolor.es/pdf/2001_07_02.pdf
- ⁹¹ Casanovas M, Soto R, Ramón J, Martínez C, Sancho R, Serrano I. La Valoración del dolor por los profesionales de enfermería. Impacto en el tratamiento y bienestar del paciente. Enferm Clin. 2000;10(6):235-244.
- ⁹² Nash R, Yates P, Edwards H, Fentiman B, Deward A, McDowell J, Clark R. Pain and the administration of analgesia: what nurses say? J Clin Nurs. 1999; 8(2): 180- 189
- ⁹³ Manworren R. Development and Testing of the Pediatric Nurses' Knowledge and Attitudes Survey Regarding Pain. Paediatr Nurs. 2001
- ⁹⁴ Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. [Serie en Internet] 1984. [Citado el 01 Septiembre 2008]. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/>
- ⁹⁵ Reinoso BF: el dolor de los niños: ¿un gran desconocido o un gran olvidado?. Rev Soc Esp Dolor. 2000[Editorial]; 7: 277-278.
- ⁹⁶ Cometto MC. El dolor, un cuidado. Enfermería Global [Serie en Internet]. 2007 [Citado 01 Diciembre 2008]; 10: 1-4. Disponible en: <http://www.um.es/ojs/eglobal/>
- ⁹⁷ Alconero C AR, Pérez MS, Fernández GR, Sola V JM. Registros de enfermería en La valoración de dolor en El infarto agudo de miocardio. Enferm Cardiol. 1999; 6(17): 20-24
- ⁹⁸ International Association for study of pain. Cultura and pain Clinical Updates. 2002; 10(5)
- ⁹⁹ Franck LS, Greenberg CS, Stevens B. pain Assessment in infants and children. Pediatr Clin North Am. 2000;47: 487-512

Anexos

Anexo N° 1 Instrumento de recolección de datos



Folio # 01

INSTRUMENTO PARA MEDIR LOS CONOCIMIENTOS Y LAS ACTITUDES DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA ACERCA DEL DOLOR

Instrucciones: Lea cuidadosamente cada una de las preguntas y coloque una X, o encierre en un círculo la respuesta que considere correcta. En cada pregunta solo hay una opción de respuesta. Si tiene alguna duda consulte al encuestador.

I. Sección: Datos demográficos

Edad: _____ Sexo: _____ Servicio: _____

Turno: a) Matutino b) Vespertino c) Nocturno

Nivel de estudios: a) Técnico b) Licenciatura c) Postgrado d) Otro

¿Cuánto tiempo lleva laborando en el Hospital? _____

¿Ha tomado cursos acerca del dolor en los últimos 2 años? Sí: _____ No: _____ Cuántos: _____

II. Sección: Índice de conocimientos y actitudes

1. F V Los cambios observables en los signos vitales son siempre indicadores confiables para evaluar la intensidad del dolor en los niños
2. F V Por que su sistema nervioso esta poco desarrollado, los niños menores de dos años de edad tienen sensibilidad al dolor disminuida y su memoria esta limitada a las experiencias dolorosas
3. F V Si el niño puede ser distraído de su dolor, puede ser usualmente un indicador de que no esta experimentando niveles altos de dolor
4. F V Los niños pueden dormir a pesar de dolor severo
5. F V Estímulos comparables en diferentes personas produce la misma intensidad de dolor
6. F V El Ibuprofeno y otros agentes anti-inflamatorios no esteroideos, NO son analgésicos efectivos para el dolor óseo causado por metástasis
7. F V Las intervenciones no farmacológicas (ejemplo; calor, música, imágenes,) son muy efectivos para el control de dolor moderado, pero son poco efectivos para dolor severo.
8. F V Los niños quienes requerirán repetidos procedimientos dolorosos, deben recibir tratamientos máximos para el dolor y la ansiedad desde el primer procedimiento, para minimizar el desarrollo de ansiedad anticipada previa a

los procedimientos subsecuentes.

9. F V La depresión respiratoria raramente ocurre en niños que han estado recibiendo opioides por un periodo de varios meses
10. F V 650 mg de Acetaminofen vía oral es igual al efecto analgésico aproximadamente de 32mg de Codeína vía oral
11. F V La escala de dolor de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sugiere frecuentemente el uso de analgésicos solos, que la combinación de las diferentes clases de analgésicos (ejemplo; combinar un opioide con agente no esteroideo)
12. F V La duración usual de analgesia de la Morfina Intravenosa es de 4-5 horas
13. F V Las investigaciones muestran que la prometazina (fenegan) es un confiable potenciador de analgésicos opioides
14. F V Los padres no deben estar presentes durante los procedimientos dolorosos
15. F V Adolescentes con una historia de abuso de drogas no debe recibir analgésicos opioides para el dolor, por que ello puede aumentar el riesgo repetido de adicción
16. F V Incrementar las dosis de morfina, no proporcionarán alivio al incremento de dolor
17. F V Los niños menores de seis meses de edad, no puede tolerar analgésicos opioides para el alivio del dolor
18. F V Los niños con dolor deben ser animados para aguantar tanto dolor como sea posible antes de recurrir a un analgésico para el alivio del dolor
19. F V Los niños menores de 8 años de edad no pueden reportar confiablemente la intensidad de dolor por lo que las enfermeras deben solicitar a los padres que evalúen la intensidad del dolor que tienen sus niños
20. F V Basado en algunas creencias religiosas, un niño puede pensar que el dolor y el sufrimiento es necesario
21. F V Los ansiolíticos, sedantes y barbitúricos son medicamentos apropiados para el alivio del dolor durante algunos procedimientos dolorosos
22. F V Después de una dosis inicial recomendada de analgésicos opioides, las dosis subsecuentes deberían ser ajustadas en concordancia con la respuesta individual del paciente
23. F V El niño debe ser notificado del uso de técnicas no farmacológicas para complementar con las medicaciones para el dolor
24. F V Dar a los pacientes agua estéril por inyección (placebo) es frecuentemente una prueba para determinar si el dolor es real.
25. F V Para ser eficaz, el calor y frío deben ser aplicados directamente en el área dolorosa
26. La ruta recomendada de administración de analgésicos opioides a niños con dolor prolongado relacionado con cáncer es:
 - a) Intravenosa
 - b) Intramuscular
 - c) Subcutánea
 - d) Oral
 - e) Rectal
 - f) No se
27. La ruta recomendada de administración de analgésicos opioides a niños con dolor leve o severo de aparición repentina como resultado de un trauma, o postoperatorio es:

- a) Intravenosa
- b) Intramuscular
- c) Subcutánea
- d) Oral
- e) Rectal
- f) No sé

28. ¿Cuál de los siguientes medicamentos analgésicos es considerado la droga de elección para el tratamiento prolongado del dolor (moderado o severo) en niños con cáncer?

- a) Fentanyl
- b) Codeína
- c) Morfina
- d) Meperidina (demerol)
- e) No sé

Cuál de las siguientes dosis intravenosas de morfina administrada puede ser equivalente a 15 mg de morfina oral.

- 29.
- a) Morfina 3mg IV
 - b) Morfina 5mg IV
 - c) Morfina 10mg IV
 - d) Morfina 15mg IV

30. Analgésicos para el dolor postoperatorio debe ser administrado inicialmente:

- a) Sobre un programa de un horario fijo
- b) Solo cuando el niño pregunta por la medicación
- c) Solo cuando la enfermera determina que el niño tiene dolor moderado a severo

31. Un niño con dolor crónico por cáncer ha recibido diariamente analgésicos opioides por dos meses. La dosis se incrementó durante este periodo de tiempo. Ayer, el niño estaba recibiendo 20mg de morfina por hora, intravenosa. Hoy, él ha estado recibiendo 25 mg /hora, intravenosa por tres horas. La posibilidad de que el niño desarrolle depresión respiratoria clínicamente significativa es:

- a) Menor al 1%
- b) De 1-10%
- c) De 11-20%
- d) De 21-24%
- e) Más de 41%

32. La analgesia para el dolor crónico por cáncer debe ser administrado:

- a) Sobre un programa de un horario fijo
- b) Solo cuando el niño pregunta por la medicación
- c) Solo cuando la enfermera determina que el niño tiene dolor moderado a severo

33.- La más frecuente explicación por la cual un niño con dolor puede requerir incremento en la dosis de medicamento para el dolor es:

- a) El niño esta experimentando incremento de dolor
- b) El niño esta experimentando incremento de ansiedad o depresión
- c) El niño esta requiriendo más atención del personal
- d) El niño esta requiriendo más por que esta relacionada a adicción

34.- ¿Cuál de los siguientes medicamentos son útiles para el tratamiento de dolor por cáncer?

- a) Ibuprofeno (Motrin)
- b) Morfina
- c) Amitriptelina (elavil)
- d) Todos las anteriores

35.- El juez más exacto de la intensidad de dolor en niños es:

- a) El médico tratante
- b) La enfermera del paciente
- c) El niño
- d) El farmacéutico
- e) Los padres del niño

36.-Cuál de los siguientes párrafos, describe mejor el acercamiento para las consideraciones culturales en el cuidado de los niños con dolor:

- a) Debido a las diversas culturas mezcladas en el país, no hay una influencia cultural en la experiencia de dolor
- b) Las enfermeras deben usar el conocimiento que ha definido claramente la influencia de la cultura sobre el dolor (ejemplo; los asiáticos son generalmente insensibles o que los hispanos son expresivos y exagerados de su dolor)
- c) Los niños deben ser evaluados individualmente para determinar la influencia cultural sobre el dolor.

37.- ¿Cuál piensas que es el porcentaje de pacientes que sobrerreporta la intensidad de dolor que ellos tienen?

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

38.- La adicción por narcóticos/opioides es definida como una dependencia psicológica, acompañada por la preocupación abrumadora con la obtención y uso de narcóticos para efectos físicos, no por razones médicas. Eso puede ocurrir con o sin los cambios fisiológicos de tolerancia a la analgesia y dependencia física (retiro). Usando esta definición.

¿Cómo es probable que ocurra la adicción al opioide como resultado del tratamiento de dolor con analgésicos opioides?

<1% 5% 25% 50% 75% 100%

III. Sección: Estudio de caso

39.- Paciente A:

Andrés tiene 15 años de edad, y éste es el primer día posterior a cirugía abdominal. Cuando usted entra al cuarto, él le sonríe y continúa hablando y bromeando con su visitante. Su valoración revela la siguiente información: T/A de 120/80, FC de 80, FR de 18, en una escala de dolor de 0 a 10 (donde 0 significa sin dolor/incomodidad, y 10 es mayor dolor/incomodidad), el clasifica su dolor en el número 8.

En la hoja de registros del paciente, hay una escala de dolor como la de abajo. Circule el número que represente su valoración del dolor de Andrés.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

No dolor

Mayor dolor

La valoración que hizo en la escala de arriba esta hecha dos horas después de que él había recibido 2 mg de morfina IV. Después de recibir la morfina, sus grados de dolor cada media hora estuvieron en el rango de 6 a 8 y él no tuvo depresión respiratoria clínicamente significativa, sedación u otros efectos secundarios adversos. Él ha identificado el número 2 como un nivel aceptable de alivio del dolor. Su médico ha prescrito analgesia con morfina de 1-3mg I.V para una hora por razón necesaria para alivio del dolor.

Marque la decisión que usted tomará en este momento.

- a) No administrar morfina en este momento
- b) Administrar morfina 1mg IV ahora
- c) Administrar morfina 2mg IV ahora
- d) Administrar morfina 3mg IV ahora

40.- Paciente B.

Roberto tiene 15 años de edad y éste es el primer día posterior a cirugía abdominal. Cuando usted entra al cuarto, él está acostado muy quieto en la cama y hace muecas mientras se da vuelta en la cama. Su valoración revela la siguiente información: T/A; 120/80, FC de 80, FR de 18, en una escala de dolor de 0 a 10 (donde 0 significa sin dolor/incomodidad, y 10 es mayor dolor/incomodidad), él clasifica su dolor en el número 8.

En la hoja de registros del paciente, hay una escala de dolor como la de abajo. Circule el número que represente su valoración del dolor de Roberto.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

No dolor

Mayor dolor

La valoración que hizo en la escala de arriba esta hecha dos horas después de que él había recibido 2 mg de morfina IV, Después de recibir la morfina, sus grados de dolor cada media hora estuvieron en el rango de 6 a 8 y él no tuvo depresión respiratoria clínicamente significativa, sedación u otros efectos secundarios adversos. Él ha identificado el número 2 como un nivel aceptable de alivio del dolor. Su médico ha prescrito analgesia con morfina de 1-3mg I.V para una hora por razón necesaria para alivio del dolor.

Marque la decisión que usted tomará en este momento

- a) No administrar morfina en este momento
- b) Administrar morfina 1mg IV ahora
- c) Administrar morfina 2mg IV ahora
- d) Administrar morfina 3mg IV ahora

Gracias por su participación, con esta información contribuye al avance de la disciplina

Anexo N° 2 Operacionalización de variables

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADOR	PREGUNTA	TIPO DE RESPUESTA	NIVEL DE MEDICIÓN
Conocimiento acerca del dolor	Conocimiento que la enfermera posee acerca de la valoración e intervenciones farmacológicas y no farmacológicas del dolor ²⁸ .	Total de respuestas correctas que presento el personal de enfermería acerca del dolor	Conocimientos de valoración para el dolor	Los cambios observables en los signos vitales son siempre indicadores confiables para evaluar la intensidad del dolor en los niños	Falso Verdadero	Nominal
				Si el niño puede ser distraído de su dolor, puede ser usualmente un indicador de que no está experimentando niveles altos de dolor	Falso Verdadero	Nominal
				Los niños pueden dormir a pesar de dolor severo	Falso Verdadero	Nominal
				Estímulos comparables en diferentes personas produce la misma intensidad de dolor	Falso Verdadero	Nominal
				Los niños menores de 8 años de edad no pueden reportar confiablemente la intensidad de dolor por lo que las enfermeras deben solicitar a los padres que evalúen la intensidad del dolor que tienen sus niños	Falso Verdadero	Nominal
				Dar a los pacientes agua estéril por inyección (placebo) es frecuentemente una prueba para determinar si el dolor es real.	Falso Verdadero	Nominal

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADOR	PREGUNTA	TIPO DE RESPUESTA	NIVEL DE MEDICIÓN
				El juez más exacto de la intensidad de dolor en niños es: a) El médico tratante b) La enfermera del paciente c) El niño d) El farmacéutico e) Los padres del niño	Correcto Incorrecto	Nominal
			Conocimientos del tratamiento farmacológico para el dolor	El Ibuprofeno y otros agentes anti-inflamatorios no esteroideos, NO son analgésicos efectivos para el dolor óseo causado por metástasis	Falso Verdadero	Nominal
				Las intervenciones no farmacológicas (ejemplo; calor, música, imágenes,) son muy efectivos para el control de dolor moderado, pero son poco efectivos para dolor severo	Falso Verdadero	Nominal
				Los niños quienes requerirán repetidos procedimientos dolorosos, deben recibir tratamientos máximos para el dolor y la ansiedad desde el primer procedimiento, para minimizar el desarrollo de ansiedad anticipada previa a los procedimientos subsecuentes.	Falso Verdadero	Nominal
				La depresión respiratoria raramente ocurre en niños que han estado recibiendo opioides por un periodo de varios meses	Falso Verdadero	Nominal
				650 mg de Acetaminofen vía oral es igual al efecto analgésico aproximadamente de 32mg de Codeína vía oral	Falso Verdadero	Nominal

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADOR	PREGUNTA	TIPO DE RESPUESTA	NIVEL DE MEDICIÓN
				La escala de dolor de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sugiere frecuentemente el uso de analgésicos solos, que la combinación de las diferentes clases de analgésicos (ejemplo; combinar un opioide con agente no esteroideo)	Falso Verdadero	Nominal
				La duración usual de analgesia de la Morfina intravenosa es de 4-5 horas	Falso Verdadero	Nominal
				Las investigaciones muestran que la prometazina (fenergan) es un potenciador confiable de analgésicos opioides	Falso Verdadero	Nominal
				Los ansiolíticos, sedantes y barbitúricos son medicamentos apropiados para el alivio del dolor durante algunos procedimientos dolorosos	Falso Verdadero	Nominal
				Después de una dosis inicial recomendada de analgésicos opioides, las dosis subsecuentes deberían ser ajustadas en concordancia con la respuesta individual del paciente	Falso Verdadero	Nominal
				El niño debe ser notificado del uso de técnicas no farmacológicas para complementar con las medicaciones para el dolor	Falso Verdadero	Nominal
				Para ser eficaz, el calor y frío deben ser aplicados directamente en el área dolorosa	Falso Verdadero	Nominal

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADOR	PREGUNTA	TIPO DE RESPUESTA	NIVEL DE MEDICIÓN
				<p>La ruta recomendada de administración de analgésicos opioides a niños con dolor prolongado relacionado con cáncer es:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Intravenosa b) Intramuscular c) Subcutánea d) Oral e) Rectal f) No se 	<p>Correcto Incorrecto</p>	Nominal
				<p>La ruta recomendada de administración de analgésicos opioides a niños con dolor leve o severo de aparición repentina como resultado de un trauma, o postoperatorio es:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Intravenosa b) Intramuscular c) Subcutánea d) Oral e) Rectal f) No sé 	<p>Correcto Incorrecto</p>	Nominal
				<p>Cuál de los siguientes medicamentos analgésicos es considerado la droga de elección para el tratamiento prolongado del dolor (moderado o severo) en niños con cáncer:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Fentanyl b) Codeína c) Morfina d) Meperidina (demerol) e) No sé 	<p>Correcto Incorrecto</p>	Nominal

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADOR	PREGUNTA	TIPO DE RESPUESTA	NIVEL DE MEDICIÓN
				<p>Cuál de las siguientes dosis intravenosas de morfina administrada puede ser equivalente a 15 mg de morfina oral.</p> <p>a) Morfina 3mg IV b) Morfina 5mg IV c) Morfina 10mg IV d) Morfina 15mg IV</p>	<p>Correcto Incorrecto</p>	Nominal
				<p>Analgésicos para el dolor postoperatorio debe ser administrado inicialmente:</p> <p>a) Sobre un programa de un horario fijo b) Solo cuando el niño pregunta por la medicación c) Solo cuando la enfermera determina que el niño tiene dolor moderado a severo</p>	<p>Correcto Incorrecto</p>	Nominal
				<p>Un niño con dolor crónico por cáncer ha recibido diariamente analgésicos opioides por dos meses. La dosis se incrementó durante este periodo de tiempo. Ayer, el niño estaba recibiendo 20mg de morfina por hora, intravenosa. Hoy, él ha estado recibiendo 25 mg /hora, intravenosa por tres horas. La posibilidad de que el niño desarrolle depresión respiratoria clínicamente significativa es:</p> <p>a) Menor al 1% b) De 1-10% c) De 11-20% d) De 21-24% e) Más de 41%</p>	<p>Correcto Incorrecto</p>	Nominal

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADOR	PREGUNTA	TIPO DE RESPUESTA	NIVEL DE MEDICIÓN
				<p>La analgesia para el dolor crónico por cáncer debe ser administrado:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Sobre un programa de un horario fijo b) Solo cuando el niño pregunta por la medicación c) Solo cuando la enfermera determina que el niño tiene dolor 	<p>Correcto Incorrecto</p>	Nominal
				<p>¿Cuál de los siguientes medicamentos son útiles para el tratamiento de dolor por cáncer?</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Ibuprofeno (Motrin) b) Morfina c) Amitriptelina (elavil) d) Todos las anteriores 	<p>Correcto Incorrecto</p>	Nominal
				<p>La adicción por narcóticos/opioides es definida como una dependencia psicológica, acompañada por la conciente preocupación abrumadora con la obtención y uso de narcóticos para efectos físicos, no por razones médicas. Eso puede ocurrir con o sin los cambios fisiológicos de tolerancia a la analgesia y dependencia física (retiro). Usando esta definición.</p> <p>¿Cómo es probable que ocurra la adicción al opioide como resultado del tratamiento de dolor con analgésicos opioides?</p> <p><1%, 5%, 25%, 50%, 75% , 100%</p>	<p>Correcto Incorrecto</p>	Nominal

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADOR	PREGUNTA	TIPO DE RESPUESTA	NIVEL DE MEDICIÓN
Actitudes acerca del dolor	Es una reacción afectiva, positiva o negativa hacia un objeto o proposición ⁵² .	Total de respuestas que el participante obtuvo de las preguntas relacionadas a actitudes hacia el dolor en los niños y el tratamiento con analgésicos opioides y narcóticos, como temor a la adicción, depresión respiratoria, subvaloración de dolor y aplicación de menor dosis de analgésicos.	Actitud hacia la valoración (Negativa)	Porque su sistema nervioso esta poco desarrollado, los niños menores de dos años de edad tienen sensibilidad al dolor disminuida y su memoria está limitada a las experiencias dolorosas	Falso verdadero	Nominal
			(Negativa)	Los padres no deben estar presentes durante los procedimientos dolorosos	Falso verdadero	Nominal
			(Negativa)	Los niños con dolor deben ser animados para aguantar tanto dolor como sea posible antes de recurrir a un analgésico para el alivio del dolor	Falso verdadero	Nominal
				Basado en algunas creencias religiosas, un niño puede pensar que el dolor y el sufrimiento es necesario	Falso verdadero	Nominal
				<p>Cuál de los siguientes párrafos, describe mejor el acercamiento para las consideraciones culturales en el cuidado de los niños con dolor:</p> <p>a) Debido a las diversas culturas mezcladas en el país, no hay una influencia cultural en la experiencia de dolor</p> <p>b) Las enfermeras deben usar el conocimiento que ha definido claramente la influencia de la cultura sobre el dolor (ejemplo; los asiáticos son generalmente insensibles o que los hispanos son expresivos y exagerados de su dolor)</p> <p>c) Los niños deben ser evaluados individualmente para determinar la influencia cultural sobre el dolor.</p>		

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADOR	PREGUNTA	TIPO DE RESPUESTA	NIVEL DE MEDICIÓN
			(Negativa)	¿Cuál piensas que es el porcentaje de pacientes que exagera la intensidad de dolor que ellos tienen? 0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%	Correcto Incorrecto	Nominal
			Actitud hacia el tratamiento (Negativa)	Adolescentes con una historia de abuso de sustancias no debe recibir analgésicos opioides para el dolor, porque ello puede aumentar el riesgo repetido de adicción	Falso verdadero	Nominal
				Incrementar las dosis de morfina, no proporcionarán alivio al incremento de dolor	Falso verdadero	Nominal
			(Negativa)	Los niños menores de seis meses de edad, no puede tolerar analgésicos opioides para el alivio del dolor	Falso verdadero	Nominal
				La más frecuente explicación por la cual un niño con dolor puede requerir incremento en la dosis de medicamento para el dolor es: a) El niño esta experimentando incremento de dolor b) El niño esta experimentando incremento de ansiedad o depresión c) El niño esta requiriendo más atención del personal d) El niño esta requiriendo más porque esta relacionada a adicción	Correcto Incorrecto	

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADOR	PREGUNTA	TIPO DE RESPUESTA	NIVEL DE MEDICIÓN
			Toma de decisión	<p>Paciente A:</p> <p>Andrés tiene 15 años de edad, y éste es el primer día posterior a cirugía abdominal. Cuando usted entra al cuarto, él le sonríe y continúa hablando y bromeando con su visitante. Su valoración revela la siguiente información: T/A de 120/80, FC de 80, FR de 18, en una escala de dolor de 0 a 10 (donde 0 significa sin dolor/incomodidad, y 10 es mayor dolor/incomodidad), el clasifica su dolor en el número 8.</p> <p>En la hoja de registros del paciente, hay una escala de dolor como la de abajo. Circule el número que represente su valoración del dolor de Andrés.</p> <p style="text-align: center;"> <u>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</u> No dolor Mayor dolor </p> <p>La valoración que hizo en la escala de arriba está hecha dos horas después de que él había recibido 2 mg de morfina IV. Después de recibir la morfina, sus grados de dolor cada media hora estuvieron en el rango de 6 a 8 y él no tuvo depresión respiratoria clínicamente significativa, sedación u otros efectos secundarios adversos. Él ha identificado el número 2 como un nivel aceptable de alivio del dolor. Su médico ha prescrito analgesia con morfina de 1-3mg I.V para una hora por razón necesaria para alivio del dolor.</p> <p>Marque la decisión que usted tomará en este momento.</p> <ul style="list-style-type: none"> a) No administrar morfina en este momento b) Administrar morfina 1mg IV ahora c) Administrar morfina 2mg IV ahora d) Administrar morfina 3mg IV ahora 	Correcto Incorrecto	Nominal

				<p>Paciente B. Roberto tiene 15 años de edad y éste es el primer día posterior a cirugía abdominal. Cuando usted entra al cuarto, él está acostado muy quieto en la cama y hace muecas mientras se da vuelta en la cama. Su valoración revela la siguiente información: T/A; 120/80, FC de 80, FR de 18, en una escala de dolor de 0 a 10 (donde 0 significa sin dolor/incomodidad, y 10 es mayor dolor/incomodidad), el clasifica su dolor en el número 8.</p> <p>En la hoja de registros del paciente, hay una escala de dolor como la de abajo. Circule el número que represente su valoración del dolor de Roberto.</p> <p style="text-align: center;"> <u>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</u> No dolor Mayor dolor </p> <p>La valoración que hizo en la escala de arriba esta hecha dos horas después de que él había recibido 2 mg de morfina IV, Después de recibir la morfina, sus grados de dolor cada media hora estuvieron en el rango de 6 a 8 y él no tuvo depresión respiratoria clínicamente significativa, sedación u otros efectos secundarios adversos. Él ha identificado el número 2 como un nivel aceptable de alivio del dolor. Su médico ha prescrito analgesia con morfina de 1-3mg I.V para una hora por razón necesaria para alivio del dolor.</p> <p>Marque la decisión que usted tomará en este momento</p> <ol style="list-style-type: none"> a) No administrar morfina en este momento b) Administrar morfina 1mg IV ahora c) Administrar morfina 2mg IV ahora d) Administrar morfina 3mg IV ahora 	<p>Correcto Incorrecto</p>	<p>Nominal</p>
--	--	--	--	---	--------------------------------	----------------

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADOR	TIPO DE RESPUESTA	NIVEL DE MEDICIÓN
Género	Es el conjunto de características psicológicas, sociales y culturales, socialmente asignadas a las personas	Es el género al que pertenece la enfermera	Sexo	Femenino Masculino	Nominal
Edad	Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo	Edad en años de la enfermera	Edad	El que aparezca	Intervalar
Turno en que labora	Tiempo durante el cual el trabajador se pone a disposición del empleador para prestar sus servicios	Horario en el que se encuentra trabajando la enfermera	Turno	Matutino Vespertino Nocturno	Nominal
Escolaridad	Se refiere al último grado de estudios aprobado por la población y reconocido por el sistema educativo nacional	Nivel máximo de estudios de la enfermera	Nivel de estudios	Técnico Licenciada Postgrado Otro	Ordinal
Servicio en el que labora	Lugar de trabajo donde la persona desempeña sus actividades y jornada laboral	Es el servicio donde se encuentra trabajando la enfermera	servicio	El que aparezca	Nominal
Experiencia laboral	Práctica prolongada que proporciona conocimiento o habilidad para hacer algo	Tiempo en años que tiene la enfermera laborando en el hospital	¿Cuánto tiempo lleva laborando en el Hospital?	El que aparezca	Intervalar
Cursos acerca de dolor	La capacitación continuada acerca de un tema de interés o en el que se desea perfeccionar	Número de cursos que a los que ha asistido la enfermera relacionados al dolor		El que aparezca	Nominal Ordinal
Nivel de conocimientos	Conocimiento de la valoración y tratamiento de dolor	Total de respuestas correctas se clasifico en	Conocimientos acerca del dolor	Suficiente Regular Insuficiente	Ordinal

Anexo N° 3 Solicitud para utilizar el instrumento de recolección de datos

México D.F. a 1º de Mayo del 2007

Janice S Hayes

PhD, RN.

Publisher of pediatric nursing section

P r e s e n t:

I am very pleased to be able to contact and to congratulate you because of the articles exposed in the units of the magazine, which contribute to the discipline knowledge about the works of investigation which they are being made in different topics. One of them is the pain subject, which has been of great benefit for the nurses that we face this problem every day.

Me, as servant, and lawyer in infirmary, that I work in the Children Hospital of Mexico "Federico Gómez" like supervisor of clinical area. At the moment I am attending the Masters in infirmary with direction in Education in the "Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia" (ENEO) of the "Univeridad Nacional Autónoma de México" (UNAM). As part of the program we made an investigation project that will be thesis of degree to receive the rank.

Of personal form I chose the subject of the pain, so that I have identified that, this one is neither valued nor registered in all the patients of the hospital, that's the reason why I am working in a project titled; "Knowledge and Attitudes of nursing about pain in the postoperating one the pre-scholastic patients", that it is a descriptive study of crossing section, which would be tasted in 150 nurses who work in 5 surgical units of the Children Hospital of Mexico.

Making a review of Literature, I have found information, one of them so important, is the one of vol 26, number 6, of nursing pediatric, year 2000. In which they show an article of Renee. C.B. Manworren, in which, she used for the data collection: Pediatric Nurses' Knowledge and Attitudes Survey Regarding Pain (PNKAS),

which is an adaptation for the pediatric area of the instrument developed by McCaffery and Ferrel to measure the knowledge and the attitudes of the nurses about pain.

In coordination with the tutorial committee and seeing the trustworthiness and validity of the instrument used by Manworren, and this would make bigger and would have so many benefits in our investigation, we want you to ask for your support or if you could inform us about the author in order we can contact him and get more information about the instrument as well as to get the permission to use it in our study community

We look forward to knowing about you as soon as possible because we are so interested about it.

Sincerely yours:

Lic. In Enf. Miroslava Iliana Carrasco Gonzalez
Student of the Masters, ENEO - UNAM and
Nurse of the Children Hospital of Mexico Federico Gomez

Our e mail Address is: sorimi15@hotmail.com and/or anaili_7011@yahoo.com

sorimi15@hotmail.com

Impreso(s): Jueves, 03 de Mayo de 2007 10:03:17 a.m.

De: Laura Landoll <Landoll@ajj.com>

Enviado el: Miércoles, 02 de Mayo de 2007 09:37:45 a.m.

Para: <sorimi15@hotmail.com>, <anaili_7011@yahoo.com>

Asunto: Permissions Request

Dear Ms. Gonzalez,

I have received your request to reproduce the instrument used in, "Pediatric Nurses' Knowledge and Attitudes Survey Regarding Pain," by Renee C.B. Manworren. As copyright for this material belongs to *Pediatric Nursing*, your request is granted. If you reprint the article, please use the following line on all copies:

Reprinted from *Pediatric Nursing*, 2000, Volume 26, Number 6, p. 610-614. Reprinted with permission of the publisher, Jannetti Publications, Inc., East Holly Avenue, Box 56, Pitman, NJ 08071-0056; (856) 256-2300; FAX (856) 589-7463; Web site: www.pediatricnursing.net; For a sample copy of the journal, please contact the publisher.

I will also contact Ms. Manworren and relay your request to speak with her. I will provide her with your email addresses so she can contact you.

Thank you,
Laura

Laura Landoll
Editorial Coordinator
Anthony J. Jannetti, Inc.
East Holly Ave, Box 56
Pitman, NJ 08071-0056
Landoll@ajj.com
P: 856-256-2344
F: 856-256-2345
www.ajj.com/jpi

Anthony J. Jannetti, Inc. is an ASAE accredited association management company.