



El dolor de los pacientes: una prioridad para cuidar *The pain of patients: a priority to care for*

Manuel Alejandro Delgado Reyes*¹, Marcia Andrea Quiñonez Mora¹, Laura Riveros Gómez¹
y Alexander Casallas Vega²

¹Los Cobos Medical Center. Bogotá, Colombia. ²Universidad El Bosque. Bogotá, Colombia

RESUMEN

Objetivo: Describir el nivel de conocimientos y actitudes de un grupo de profesionales en enfermería sobre el manejo del dolor en pacientes adultos en los diferentes procesos hospitalarios de una institución de cuarto nivel en Bogotá, Colombia.

Materiales y métodos: Estudio descriptivo de corte transversal en el que participaron de manera voluntaria 85 profesionales en enfermería de un hospital de alta complejidad en Colombia en los servicios de urgencias, hospitalización, cirugía y cuidado crítico. Se analizaron las características demográficas, experiencia profesional y formación académica, y se evaluó el nivel de conocimientos y actitudes sobre el manejo del dolor con el cuestionario *Knowledge and Attitudes Survey Regarding Pain* (KASRP) en su versión en español. Este incluye 37 preguntas que se agrupan en 4 dominios: dolor oncológico, evaluación del dolor, farmacología y abuso de sustancias, y dependencia física.

Resultados: El 66 % de los participantes eran mujeres y la edad promedio fue de $34,2 \pm 7,3$ años. El 17,6 % tenía especialización y el 34,1 % maestría. El 52,9 % refería haberse capacitado formalmente en manejo avanzado del dolor. En promedio, los enfermeros lograron una puntuación de 53 respuestas correctas ante la escala, lo cual se encuentra dentro del rango aceptable (50-75 %) y muestra mayor cercanía al límite de bajo conocimiento.

Conclusiones: La mayoría de los enfermeros que participaron en el estudio son profesionales jóvenes con alto nivel académico y experiencia clínica. Sin embargo, a pesar de que la mayoría refería contar con estudios avanzados en el manejo de dolor, los resultados de este estudio evidencian vacíos significativos de conocimiento y actitudes sobre el manejo del dolor, que pueden ser susceptibles de intervención a través de acciones formativas que incluyan una metodología de aprendizaje basado en el problema en los programas de pregrado

ABSTRACT

Objective: To describe the level of knowledge and attitudes of patients about pain management in adult patients in different hospital services in high-level institution in Bogotá, Colombia.

Materials and methods: A descriptive cross-sectional study was carried out in which 85 nurses from a high complexity hospital in Colombia. Nurses participated voluntarily in emergency, hospitalization, surgery and critical care services. Demographic characteristics, professional experience and academic training were analyzed. The level of knowledge and attitudes about pain management was evaluated through Knowledge and Attitudes Survey Regarding Pain (KASRP) questionnaire in Spanish version. This questionnaire includes 37 questions that are grouped into 4 domains: cancer pain, pain assessment, pharmacology, and substance abuse; and physical dependence.

Results: 66 % of the participants were women and the average age was 34.2 ± 7.3 years. 17.6 % have a specialization and 34.1 % have a master's degree. 52.9 % reported formal training in advanced pain management. On average, the nurses achieved a score of 53 correct responses to the scale. This result is in acceptable range of (50-75 %), showing greater proximity to the limit of poor knowledge.

Conclusions: Most of nurses are young professionals with high academic level and clinical experience. However, even though most reported having advanced training in pain management, the results of this study show significant gaps in knowledge and attitudes about pain management. These knowledge and attitudes can be improved through training actions that include problem-based learning method in undergraduate and

Recibido: 16-12-2022
Aceptado: 05-12-2024

y posgrado de enfermería, así como espacios de formación continua y multidisciplinaria.

Palabras clave: Manejo del dolor, enfermería, paciente, actitudes, conocimientos.

postgraduate programs and continuous and multidisciplinary training.

Key words: Pain management, nursing, patient, attitudes, knowledge.

INTRODUCCIÓN

El dolor es definido por la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor como "El dolor es una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada a una lesión real o potencial o descrita en los términos de dicha lesión" (1). La Sociedad Americana del Dolor lo describe como el quinto signo vital, el cual debe registrarse y evaluarse en el momento de la valoración del paciente (2). Una de las áreas donde se describe mayor incidencia de dolor es la unidad de cuidados intensivos (UCI), entre el 33,2 % y el 95 % de los pacientes (3). Lo anterior conduce a una serie de respuestas fisiopatológicas y psicológicas que impactan negativamente en la evolución clínica de la persona al relacionarse de manera directa con el aumento de los días de ventilación mecánica, mayor riesgo de inestabilidad hemodinámica y alteraciones de tipo psiquiátrico y emocional, lo que lleva al incremento de los días de estancia en UCI, peores desenlaces clínicos y aumento de la mortalidad (2).

De acuerdo con el mecanismo fisiopatológico que desencadene el dolor, puede clasificarse en nociceptivo, causado por la estimulación de los nociceptores por daño tisular e inflamación, y neuropático, como consecuencia de una lesión en el sistema nervioso sea periférico o central (4). El dolor agudo experimentado por el paciente puede ser una manifestación de la enfermedad o de las intervenciones terapéuticas en los diferentes escenarios de cuidado. Los procedimientos más dolorosos y angustiosos en entornos hospitalarios para los pacientes son el cambio de posición, la terapia respiratoria, la colocación de accesos vasculares y sondas, los cambios bruscos de temperatura, la terapia física, las curaciones de heridas y ostomías, entre otros. Adicionalmente, los pacientes pueden adquirir síndromes de dolor crónico durante su estancia hospitalaria, secundarios a experiencias dolorosas prolongadas que fueron tratadas inadecuadamente (4).

El dolor se divide en 2 subtipos: agudo y crónico. En los diferentes procesos asistenciales los pacientes que experimentan dolor presentan barreras para comunicar su experiencia dolorosa, debido a que pueden estar bajo efectos de sedoanalgesia, con procedimientos invasivos o limitaciones cognitivas o neurológicas que les impiden verbalizar o manifestar lo que están percibiendo (4).

El profesional de enfermería desempeña un papel fundamental en la evaluación y control continuo del dolor debido a la cercanía constante con el paciente durante su estancia. Para manejar con éxito el dolor, se deben conocer la fisiología, las creencias culturales, conceptos erróneos sobre el dolor, la correcta evaluación y los comportamientos de los pacientes cuando lo padecen,

así como comprender tanto las técnicas farmacológicas y no farmacológicas para su manejo como los aspectos éticos en el manejo del dolor (4).

En la práctica clínica, la herramienta seleccionada para la valoración del dolor dependerá de las características propias del sujeto de cuidado, incluyendo edad, la capacidad de verbalización, el nivel de desarrollo y cognitivo, el estado de salud, la cultura, así como la alfabetización (5). Es importante contemplar la obligatoriedad de emplear instrumentos validados para realizar una valoración adecuada del dolor que permita la estandarización de procedimientos para el manejo. Sin embargo, a pesar de la extensa investigación sobre el tema, muchos pacientes informan una cantidad significativa de dolor durante su estancia hospitalaria (6).

Los principales factores que dificultan el manejo y diagnóstico oportuno del dolor se derivan del paciente, el personal de salud y las condiciones institucionales. En cuanto al paciente, se describen principalmente los aspectos culturales y el estado clínico. Respecto al personal de salud, se destaca una menor priorización del manejo del dolor a favor de otros parámetros como el patrón hemodinámico o la ventilación, que pueden ser elementos limitantes para un buen diagnóstico o un adecuado control del dolor. Con respecto a las condiciones institucionales que se identifican como barreras, están el déficit de conocimiento, los conceptos erróneos sobre la evaluación del dolor, la resistencia a usar herramientas validadas y la percepción de una carga de trabajo excesiva (7). Por otra parte, las políticas restrictivas o excesivamente conservadoras ante los avances en los tratamientos y las técnicas para el manejo del dolor constituyen los principales obstáculos atribuibles al sistema de salud (6).

Lo descrito se sustenta en estudios que identifican falencias en el manejo del dolor del paciente. Fothergill-Bourbonnais y Wilson-Barnett encontraron que los profesionales de enfermería de la UCI tenían menos conocimientos sobre el dolor que los profesionales de cuidados paliativos (8) y Erkes y cols. describieron que solo un tercio de los profesionales de la UCI mostraron un conocimiento moderado del dolor antes de una intervención educativa (9). Además, se identificó que los profesionales de enfermería de la UCI administraban dosis más bajas de medicación para el dolor que los profesionales de hospitalización cuando un paciente pedía más medicamento para su alivio (10). Adicionalmente, los profesionales de enfermería siempre han calificado el dolor de los pacientes por debajo del dolor reportado por ellos (11). Para superar estas falencias, es necesario mejorar el conocimiento y disminuir las barreras en el cuidado.

Otra investigación sobre "La atención de enfermería al paciente con dolor" evidenció que en la mayoría

de los casos la atención del dolor queda relegada exclusivamente a la administración del tratamiento farmacológico, prestando poca atención a otros factores como la comodidad, la compañía, la temperatura o la iluminación [12].

En el estudio realizado por Wang y Tsai [13], la tasa promedio general de respuestas correctas del profesional de enfermería para la escala de conocimientos fue del 53,4 %, lo que indicó un conocimiento deficiente del manejo del dolor. La principal barrera para controlar el dolor identificada fue "la prescripción necesita la aprobación del médico; no puede depender de mí como enfermera". Además, el conocimiento también difirió significativamente según el nivel de educación; así, los profesionales que poseían una especialización tenían puntuaciones de conocimiento significativamente más altas.

La evaluación del paciente con dolor es esencial para establecer su diagnóstico y abordar el tratamiento con la mayor eficacia. El dolor es una experiencia compleja y subjetiva que solo puede ser cuantificada de forma indirecta; los progresos en la evaluación han sido muy complejos [14], por lo que el compromiso de adquirir conocimientos sobre esta temática es fundamental para hacer un abordaje eficaz. Entre los beneficios del alivio del dolor se encuentran mejores resultados clínicos para el paciente, estadías más cortas, costos de atención reducidos, recuperación postoperatoria más rápida, mejor sueño y mayor movilidad. A su vez, estas mejoras dan como resultado una mayor satisfacción del paciente.

El propósito del presente estudio fue describir el nivel de conocimientos y actitudes de un grupo de profesionales de enfermería sobre el manejo del dolor en pacientes adultos utilizando el cuestionario *Knowledge and Attitudes Survey Regarding Pain* (Conocimientos y actitudes sobre el manejo del dolor) (KASRP) en los diferentes procesos hospitalarios de una institución de alta complejidad en la ciudad de Bogotá, Colombia.

El cuestionario KASRP fue desarrollado por Ferrel y McCaffery en 1987 y revisado en el año 2014. A pesar de sus limitaciones, es uno de los más utilizados para analizar el conocimiento sobre el manejo del dolor entre los profesionales de la salud. La versión en español se obtuvo del artículo de Zuazua-Rico y cols. [15].

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal en un hospital de alta complejidad de la ciudad de Bogotá, Colombia. La población de estudio estuvo conformada por 85 profesionales de enfermería de las áreas de urgencias, hospitalización, cirugía y UCI, que desempeñaban labores de tipo asistencial y que llevaban al menos 2 meses de vinculación con la institución. Fueron excluidos los enfermeros de pediatría y de servicios de neonatología. El estudio fue aprobado por el comité institucional de ética de investigación de la Universidad El Bosque con el acta número O16-2022 y todos los profesionales que aceptaron participar en el estudio dieron su consentimiento.

Se realizó un muestreo no probabilístico por conveniencia y la recolección de datos se hizo mediante el

cuestionario KASRP en su versión traducida y validada al español, asimismo se hicieron preguntas enfocadas a la información sociodemográfica de los participantes. Los resultados se llevaron a una base de datos de Excel y se analizaron mediante el software R versión 4.3 [16].

El cuestionario consta de 37 preguntas: 21 de verdadero o falso, 14 de opción múltiple y 2 casos clínicos con 2 ítems de respuesta cada uno. Las preguntas del cuestionario corresponden a 4 dominios: dolor oncológico, evaluación del dolor, farmacología y abuso de sustancias y dependencia física.

La puntuación del KASRP permite clasificar las actitudes y conocimientos con respecto al dolor en 3 grupos: pobre (< 50 %), aceptable (50-75 %) o bueno (> 75 %). La escala ha sido validada en inglés con una alta fiabilidad interna (alfa de Cronbach: 0,70) y externa (test retest: 0,80). Para la presente investigación se utilizó la versión validada al idioma español con igual grado de fiabilidad (alfa de Cronbach = 0,77).

Se calcularon medidas de frecuencia, tendencia central y de dispersión. Se realizó análisis bivariado, previa verificación de distribución normal, y se procedió a usar pruebas estadísticas no paramétricas tales como U de Mann-Whitney y Kruskal Wallis. Se usó el estadístico de correlaciones de Spearman para evaluar la correlación existente entre la edad de los profesionales de enfermería y la puntuación obtenida en la escala; todas las pruebas fueron hechas con una significación de 0,05. Como herramientas de resumen de datos se emplearon figuras y tablas según el tipo de la variable.

RESULTADOS

En este estudio participaron 85 profesionales de enfermería que trabajaban en servicios de hospitalización, urgencias y UCI de una institución de alta complejidad.

La mayoría de la población de estudio estuvo conformada por mujeres, la edad promedio fue de 34,2 años con desviación estándar de 7,3 años, y más del 65 % poseía estudios posgraduales de especialidad o maestría, lo cual indica un alto nivel de formación profesional. También, cerca de la mitad de los profesionales refirió haberse capacitado formalmente en manejo avanzado del dolor (Tabla I).

En promedio, los profesionales de enfermería lograron una puntuación del 53 % de respuestas correctas en el cuestionario, lo cual se encuentra dentro del rango razonable que se describe del 50-75 %, valor ubicado más cerca al límite de pobre conocimiento (Tabla II).

Se identificó que el 90 % de los participantes respondieron de manera correcta a las preguntas 12, 15 y 21 relacionadas con el uso de opioides. Más del 80 % tiene conocimiento acerca del uso de opioides en adultos mayores y de la vía de administración recomendada en dolor severo y agudo.

La mayoría consideró al paciente como el juez más importante en el momento de evaluar la intensidad del dolor; así como la importancia de evaluar la influencia cultural de forma individual. Más del 80 % reconoció

TABLA I. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS DE LOS PARTICIPANTES (N = 85).

Edad	n (%)
Menos de 25 años	2 (2,3)
25-34 años	52 (61,1)
35-44 años	22 (25,8)
45-55 años	9 (10,5)
Sexo	
Femenino	66 (77,6)
Masculino	19 (22,4)
Nivel académico	
Pregrado	41 (48,2)
Especialización	15 (17,6)
Maestría	29 (34,1)
Servicio en el que labora	
Hospitalización	42 (49,4)
UCI	27 (31,7)
Urgencias	10 (11,7)
Salas de cirugía	6 (7)
Años de experiencia laboral	
1-5 años	23 (27)
6-10 años	28 (32,9)
11-15 años	15 (17,4)
Mayor o igual a 15 años	19 (22,3)
Formación en el manejo de dolor	
Sí	46 (54,1)
No	39 (45,9)

que la analgesia multimodal permite alcanzar mejores resultados en el control del dolor con menos efectos secundarios (Tabla II).

Según el análisis descriptivo, respecto al servicio en el cual laboran los enfermeros, la UCI obtuvo mejores resultados en comparación con las demás áreas de cuidado; sin embargo, en todos los grupos hay resultados por debajo del umbral óptimo de conocimientos y actitudes (Figura 1).

Cuando se compara descriptivamente el comportamiento de las puntuaciones obtenidas según el nivel de formación, se encuentra que los enfermeros generales en promedio lograron resultados superiores a los que obtuvieron los enfermeros con nivel de formación de especialistas y de maestría (Figura 2).

En cuanto a los años de experiencia, las medidas de resumen mostraron que los enfermeros con más de 10 años de experiencia lograron porcentajes más altos de calificación del cuestionario, en comparación con los otros 2 grupos, aunque siguen estando presentes puntuaciones por debajo del nivel óptimo (Figura 3).

Con respecto al análisis bivariado y la aplicación de los estadísticos no paramétricos, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas con respecto a las puntuaciones del cuestionario según los grupos de análisis (Tabla III). Con respecto a la correlación de Spearman entre la edad de los profesionales y las puntuaciones obtenidas, se encontró $r = 0,085$ con un valor de $p = 0,43$. Sin embargo, es notorio que los enfermeros de UCI y que llevaban más de 10 años trabajando en el área asistencial tenían mejor desempeño.

TABLA II. FRECUENCIAS DE RESPUESTAS CORRECTAS OBTENIDAS EN LA APLICACIÓN DEL KNOWLEDGE AND ATTITUDES SURVEY REGARDING PAIN (KASRP) (N = 85).

N.º	Preguntas del KASRP	n	%
1	Los signos vitales son siempre indicadores fiables de la intensidad del dolor de un paciente (F)	31	36,5
2	Debido a que su sistema nervioso está subdesarrollado, los niños menores de 2 años tienen menor sensibilidad al dolor y memoria limitada de experiencias dolorosas (F)	57	67,1
3	Los pacientes que pueden distraerse del dolor generalmente no tienen dolor intenso (F)	51	60,0
4	Los pacientes pueden dormir a pesar del dolor intenso (V)	14	16,5
5	El ácido acetilsalicílico y otros agentes antiinflamatorios no esteroideos NO son analgésicos efectivos para el dolor producido por las metástasis óseas (F)	38	44,7
6	La depresión respiratoria rara vez ocurre en pacientes que han estado recibiendo dosis mantenidas de opioides durante meses (V)	42	49,4
7	Combinar analgésicos con diferentes mecanismos de acción (por ejemplo, combinar un antiinflamatorio no esteroideo con un opioide) puede resultar en un mejor control del dolor y menos efectos secundarios que usar un solo agente analgésico (V)	70	82,4

(Continúa en la página siguiente)

TABLA II (CONT.) FRECUENCIAS DE RESPUESTAS CORRECTAS OBTENIDAS EN LA APLICACIÓN DEL KNOWLEDGE AND ATTITUDES SURVEY REGARDING PAIN (KASRP) (N = 85).

N.º	Preguntas del KASRP	n	%
8	La duración de acción analgésica habitual de 1-2 mg de morfina IV es de 4-5 h (F)	17	20,0
9	La investigación muestra que la prometazina (Phenergan®) y la hidroxizina (Vistaril®) son potenciadores reales de los opioides (F)	42	49,4
10	Los opioides no deben usarse en pacientes con antecedentes de abuso de sustancias (F)	36	42,4
11	Los pacientes de edad avanzada no toleran los opioides para aliviar el dolor (F)	72	84,7
12	Se debe alentar a los pacientes a soportar tanto dolor como sea posible antes de usar un opioide (F)	77	90,6
13	Los niños menores de 11 años no pueden reportar el dolor de manera confiable, por lo que los médicos deben confiar únicamente en la evaluación de los padres sobre la intensidad del dolor del niño (F)	76	89,4
14	Las creencias espirituales de los pacientes pueden llevarlos a pensar que el dolor y el sufrimiento son necesarios (V)	67	78,8
15	Después de administrar una dosis inicial de opioide, las dosis posteriores deben ajustarse de acuerdo con la respuesta individual del paciente (V)	79	92,9
16	Inyectar a los pacientes agua estéril (placebo) es una prueba útil para determinar si el dolor es real (F)	57	67,1
17	Vicodin (hidrocodona 5 mg + acetaminofeno 500 mg) por vía oral es aproximadamente igual a 5-10 mg de morfina por vía oral (V)	31	36,5
18	Si se desconoce la causa del dolor del paciente, no se deben usar opioides durante la evaluación del dolor, ya que esto podría enmascarar la capacidad de diagnosticar correctamente la causa del dolor (F)	20	23,5
19	Los medicamentos anticonvulsivos como la gabapentina (Neurontin) producen un alivio óptimo del dolor después de una única dosis (F)	52	61,2
20	Las benzodiazepinas no son analgésicos efectivos a menos que el dolor se deba al espasmo muscular (V)	34	40,0
21	La adicción a los narcóticos / opioides se define como una enfermedad neurobiológica crónica, caracterizada por uno o más de los siguientes comportamientos: deterioro del control sobre el uso de drogas, uso compulsivo, uso continuado a pesar del daño y ansiedad (V)	78	91,8
22	La vía recomendada para administrar los analgésicos opioides en pacientes con dolor oncológico persistente es: (Oral)	12	14,1
23	La vía recomendada para administrar los analgésicos opioides en pacientes con dolor breve y severo de inicio súbito como el trauma o el dolor postoperatorio es: (Intravenosa)	75	88,2
24	¿Cuál de los siguientes analgésicos se considera el fármaco de elección para el tratamiento crónico del dolor moderado-severo de pacientes con cáncer? (Morfina)	43	50,6
25	¿Cuál de las siguientes dosis de morfina IV administradas durante un periodo de 4 horas sería equivalente a 30 mg de morfina oral administrada cada 4 horas? (Morfina 10 mg i.v.)	19	22,4
26	Los analgésicos para el dolor postoperatorio inicialmente deberían darse: (Todo el día en un horario fijo)	57	67,1
27	Un paciente con dolor oncológico persistente ha estado recibiendo opioides diarios durante 2 meses. Ayer el paciente recibió 200 mg/h de morfina i.v. Hoy ha estado recibiendo 250 mg de morfina/hora i.v. La probabilidad de que el paciente desarrolle una depresión respiratoria clínicamente significativa en ausencia de nueva comorbilidad es: (< 1 %)	16	18,8

(Continúa en la página siguiente)

TABLA II (CONT.) FRECUENCIAS DE RESPUESTAS CORRECTAS OBTENIDAS EN LA APLICACIÓN DEL KNOWLEDGE AND ATTITUDES SURVEY REGARDING PAIN (KASRP) (N = 85).

N.º	Preguntas del KASRP	n	%
28	La razón más probable por la cual un paciente con dolor solicitaría dosis mayores de analgésicos es: (El paciente está experimentando un aumento de dolor)	53	63,1
29	¿Cuál de las siguientes opciones es útil para el tratamiento del dolor oncológico? (Todas las anteriores)	23	27,1
30	El juez más preciso de la intensidad del dolor del paciente es: (El paciente)	71	83,5
31	¿Cuál de los siguientes describe el mejor enfoque para considerar la influencia cultural en el cuidado de pacientes con dolor? (Los pacientes deben ser evaluados individualmente para determinar las influencias culturales)	71	83,5
32	¿Cuál es la probabilidad de que pacientes que desarrollen dolor ya tengan un problema de abuso de alcohol y/o drogas? (5-15 %)	33	38,8
33	El pico máximo del efecto de la morfina i.v. se alcanza en: (15 min)	61	71,8
34	El pico máximo del efecto de la morfina por vía oral se alcanza en: (1-2 h)	42	49,4
35	Tras la interrupción brusca de un opioide, la dependencia física se manifiesta de la siguiente manera: (Sudoración, bostezos, diarrea y agitación con pacientes cuando el opioide se suspende bruscamente)	66	77,6
36	Paciente A: Andrew tiene 25 años y este es su primer día después de una cirugía abdominal. Al entrar en su habitación, él le sonríe y sigue hablando y bromeando con su visita. La exploración revela la siguiente información: TA = 120/80 mm Hg; FC = 80 lpm; FR = 18 rpm; en una escala de 0 a 10 (0 = sin dolor/malestar, 10 = peor dolor/malestar) califica su dolor como 8. En el registro del paciente, en la escala de abajo, debe marcar su dolor. Circula el número que representa tu evaluación del dolor de Andrew: (8)	21	24,7
36.1	La evaluación de arriba se realiza 2 h después de recibir morfina 2 mg i.v. La valoración del dolor cada media hora después de la inyección fluctuó entre 6 y 8, y no tuvo depresión respiratoria, sedación u otros efectos adversos clínicamente significativos. Él ha identificado 2/10 como un nivel aceptable de alivio del dolor. La orden médica de la analgesia es "morfina i.v. 1-3 mg cada hora hasta alivio del dolor PRN". Verifique la acción que tomará en este momento: (Administrar ahora 3 mg de morfina i.v.)	8	9,4
37	Paciente B: Robert tiene 25 años y este es su primer día después de la cirugía abdominal. Al entrar en su habitación, él está tumbado y en silencio en la cama y hace una mueca al girarse en la cama. Su evaluación revela la siguiente información: TA = 120/80 mm Hg; FC = 80 lpm; FR = 18 rpm; en una escala de 0 a 10 (0 = sin dolor/malestar, 10 = peor dolor/malestar) califica su dolor como 8. En el registro del paciente, debe marcar su dolor en la escala de abajo. Circula el número que representa tu evaluación del dolor de Robert: (8)	41	48,2
37.2	La evaluación de arriba se realiza 2 h después de que recibió morfina 2 mg i.v. La valoración del dolor cada media hora después de la inyección fluctuó entre 6 y 8, y no tuvo depresión respiratoria, sedación u otros efectos adversos clínicamente significativos. Él ha identificado 2/10 como un nivel aceptable de alivio del dolor. La orden médica de la analgesia es "morfina IV 1-3 mg cada hora hasta alivio del dolor PRN". Verifique la acción que tomará en este momento: (administrar ahora 3 mg de morfina i.v.)	18	21,2

FC: frecuencia cardiaca. FR: frecuencia respiratoria. i.v.: vía intravenosa. TA: tensión arterial.

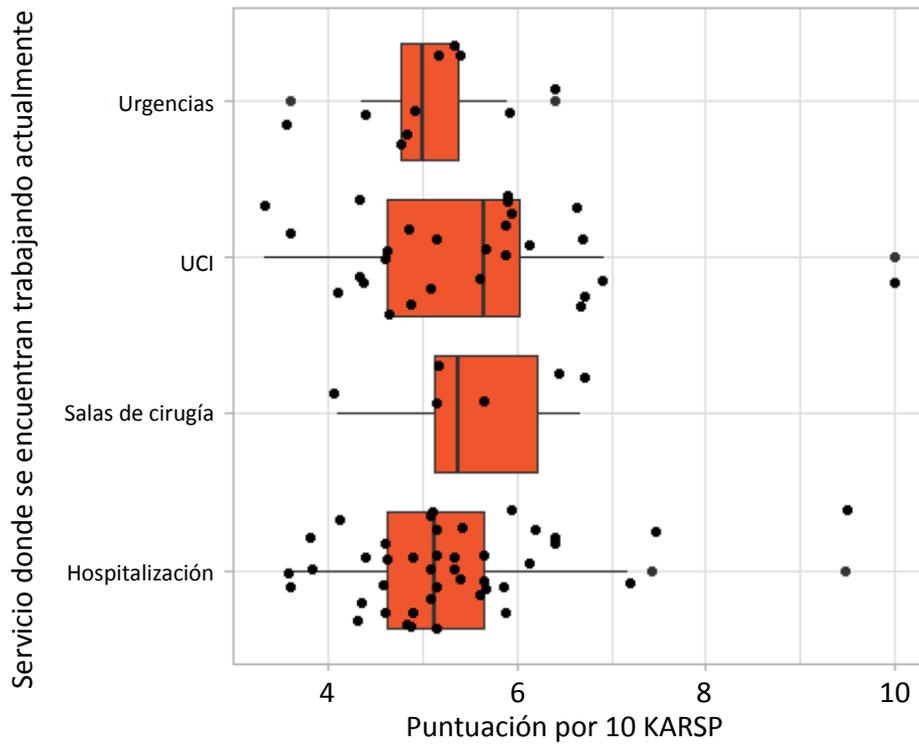


Fig. 1. Comportamiento de las puntuaciones en el cuestionario *Knowledge and Attitudes Survey Regarding Pain* (KASRP) según el servicio donde trabajaban los participantes.

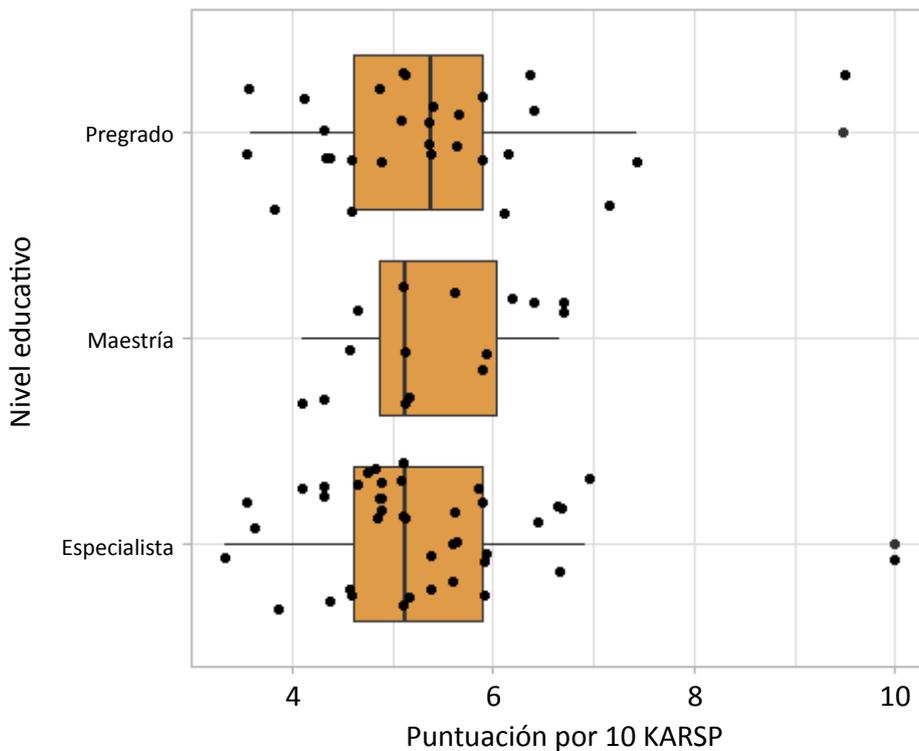


Fig. 2. Comportamiento de las puntuaciones en el cuestionario *Knowledge and Attitudes Survey Regarding Pain* (KASRP) según nivel de formación de los participantes.

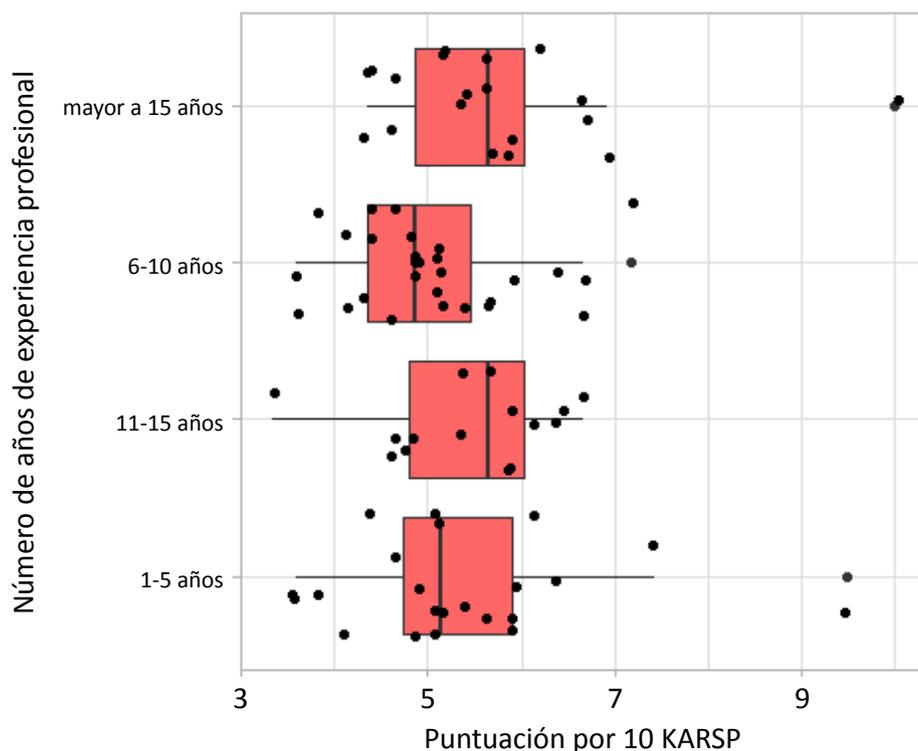


Fig. 3. Comportamiento de las puntuaciones en el cuestionario *Knowledge and Attitudes Survey Regarding Pain* (KASRP) según años de experiencia de los participantes.

TABLA III. ANÁLISIS BIVARIADO DE LAS VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y LOS HALLAZGOS DE PUNTUACIÓN DEL CUESTIONARIO (N = 85).

Variable sociodemográfica	n	Puntuación de la escala mediana (desviación estándar)	Percentil		Valor de p
			25	75	
Sexo					
Femenino	66	5,12 (1,20)	4,61	5,89	0,992 ^a
Masculino	19	5,38 (0,82)	4,80	5,89	
Nivel educativo					
Enfermera (o)	41	5,38 (1,24)	4,61	5,89	0,83 ^a
Especialista	15	5,12 (1,14)	4,61	5,89	
Maestría	29	5,12 (0,82)	4,87	6,02	
Servicio en el que trabaja el profesional					
Hospitalización	42	5,12 (1,08)	4,61	5,64	0,64 ^b
UCI	27	5,64 (1,33)	4,61	6,02	
Urgencias	10	5,0 (0,78)	4,77	5,38	
Cirugía	6	5,38 (0,94)	5,12	6,21	
Número de años de experiencia profesional					
1-5 años	23	5,12 (1,28)	4,74	5,8	0,22 ^b
6-10 años	28	4,8 (0,91)	4,35	5,44	
11-15 años	15	5,64 (0,89)	4,80	6,02	
Mayor de 15 años	19	5,64 (1,30)	4,87	6,02	
Formación en el manejo del dolor					
Sí	46	5,38 (1,29)	4,61	5,89	0,28 ^a
No	39	5,12 (0,86)	4,61	5,64	

^aU de Mann-Whitney. ^bKruskal Wallis.

DISCUSIÓN

Este estudio permitió destacar las oportunidades de mejora frente a la capacitación y formación de los profesionales de enfermería para la valoración y manejo del dolor en los diferentes procesos asistenciales. Además, resaltó que la formación universitaria no es suficiente para garantizar intervenciones de cuidado para el dolor en los entornos clínicos y por ello enfoca la necesidad de desarrollar planes y programas de formación continuada al interior de las instituciones prestadoras de servicios de tal manera que se impacte la capacidad de los profesionales de enfermería para la identificación temprana del dolor, implementación de intervenciones de cuidado enfocadas en controlar el dolor y, por ende, contribuir a la calidad de vida de los pacientes, a la mejora de los resultado clínicos, así como a mejorar la experiencia de cuidado del paciente.

La puntuación promedio obtenida en el cuestionario KASRP fue del 53 %, que se encuentra en un rango aceptable de acuerdo con lo descrito en la literatura [17]. Sin embargo, esta puntuación se sitúa cerca del límite inferior, lo que hace pensar que los profesionales de enfermería aún tienen oportunidad de mejorar sus conocimientos y actitudes frente al manejo del dolor.

Con respecto al tipo de formación, este estudio muestra que los profesionales de enfermería sin formación posgradual tienen mejores resultados en la puntuación del cuestionario que aquellos con formación de especialidad y maestría, lo cual no concuerda con lo descrito en diferentes estudios que argumentan que, a mayor formación existe mejor desempeño en el manejo y conocimiento del dolor [13,18].

Por otro lado, en este estudio se identificó que los profesionales de enfermería con más años de experiencia laboral obtuvieron mejores resultados en la puntuación del cuestionario KASRP, y esto se refuerza con el hecho de que este grupo de profesionales tiene una mejor relación entre la práctica y la teoría. En este mismo sentido, llama la atención que los profesionales de áreas del cuidado crítico registran un mejor desempeño en el cuestionario que otros especialistas como son los del área de urgencias y los de salas de cirugía, lo que puede estar mediado por la complejidad de los pacientes y el tipo de formación especializada sobre manejo del dolor, lo cual se ha reportado previamente en diferentes estudios [2,19]. Sin embargo, es importante aclarar que los profesionales que laboran en UCI tienen puntuaciones por debajo de los niveles óptimos al igual que en las demás categorías, lo cual invita a analizar y constatar la necesidad que existe de formar y priorizar la implementación de guías y protocolos institucionales para el manejo del dolor [12].

Como oportunidades de intervención se destacan la capacitación y aplicación práctica de los conocimientos referentes al dolor, pues las preguntas tipo caso fueron contestadas de forma correcta por el 50 % de los participantes. La metodología de aprendizaje basado en problemas puede ser una herramienta útil para permear las actitudes de los profesionales de la salud ante el dolor y que el conocimiento adquirido perdure en el tiempo, lo cual se ha descrito previamente en otros estudios realizados con profesionales de la salud y que concluyen que dicho método ha demostrado su utilidad en el aprendizaje [20,21].

Los resultados indican la existencia de brechas en conocimientos y actitudes que deben ser intervenidas mediante la implementación de actividades formativas y entrenamiento. Es necesario fortalecer la comprensión referente a las indicaciones, las dosis, equivalencias, las vías de administración y el tiempo de vida media de los diferentes analgésicos [22].

Al explorar y analizar las diferencias por grupos, no se evidenció ninguna diferencia estadísticamente significativa que demuestre en qué condiciones un profesional de enfermería tiene mayor capacidad para manejar el dolor de los pacientes. Esto indica la poca formación y priorización del dolor dentro de los entornos académicos y en la práctica misma, situación descrita previamente en algunos estudios [23].

Sin embargo, se reconoce la existencia de cursos orientados a fortalecer las competencias de valoración, manejo y seguimiento del dolor en el paciente, lo que ha permitido promover el reconocimiento del dolor como el quinto signo vital. En ese sentido es permitente contar con programas de educación formal exclusivos para el manejo del dolor.

Los resultados de este estudio pueden ayudar a promover planes de mejora a nivel institucional para capacitar al personal en el manejo del dolor y hace un llamado a las instituciones educativas para que incluyan esta temática en la formación tanto de pregrado de enfermería como de posgrado para el desarrollo de conocimientos y sensibilidad frente al dolor humano [17].

Una limitación de este estudio fue el tamaño de la muestra para el análisis, ya que la participación fue voluntaria y en una sola institución. Por ello, se recomienda hacer este tipo de evaluaciones a mayor escala e incluir a otros profesionales de salud como medicina y apoyo terapéutico con el propósito de ver si el comportamiento de los resultados cambia al mejorar el poder de las mediciones.

Otra limitación fue no contar con el número estimado de horas de formación continuada en el manejo del dolor por parte de los profesionales de enfermería ya que esto incide en el desarrollo de habilidades y conocimientos.

Se recomienda adelantar estudios de evaluación de intervenciones educativas en valoración y manejo del dolor.

AGRADECIMIENTOS

Los autores expresan su agradecimiento a los participantes por su interés y contribución en la identificación de las fortalezas y brechas existentes en los conocimientos y actitudes frente al manejo del dolor. Este es sin duda un paso importante en la construcción de una cultura de atención segura y humanizada que orienta sus esfuerzos en brindar servicios de alta calidad en beneficio de los pacientes y sus familias.

FUENTES DE FINANCIACIÓN

Este trabajo fue financiado con recursos propios de los investigadores.

BIBLIOGRAFÍA

1. Vidal Fuentes J. Versión actualizada de la definición de dolor de la IASP: un paso adelante o un paso atrás. *Rev. Soc. Esp. Dolor*. 2020;27(4):232-3. DOI: 10.20986/resed.2020.3839/2020.
2. Taínta M, Arteché Y, Martín I, Salas V, Goñi R. [Knowledge and attitudes of intensive care unit nurses regarding pain in patients]. *An Sist Sanit Navar*. 2020;43(2):177-87.
3. Zhai Y, Cai S, Zhang Y. The diagnostic accuracy of critical care pain observation tool (CPOT) in ICU patients: A systematic review and meta-analysis. *J Pain Symptom Manage*. 2020;60(4):847-856.e13. DOI: 10.1016/j.jpainsymman.2020.06.006.
4. Lindenbaum L, Milia DJ. Pain management in the ICU. *Vol. 92, Sur Clin North Am*. 2012;92(6):1621-36.
5. Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario. Valoración y manejo del dolor. 3.a ed. Ontario: Investén isciiii. 2013. p. 1-106.
6. Olsen BF, Rustøen T, Sandvik L, Miaskowski C, Jacobsen M, Valeberg BT. Implementation of a pain management algorithm in intensive care units and evaluation of nurses' level of adherence with the algorithm. *Heart Lung*. 2015;44(6):528-33.
7. Salameh B. Nurses' knowledge regarding pain management in high acuity care units: A case study of Palestine. *Int J Health Sci (Qassim)*. 2018;12(3):51-7.
8. Al-khazleh BA, AlBashtawy M, Alkhalwaldeh A, AlBashtawy S, Alkhalwaldeh H, AlBashtawy Z. Nurses knowledge and attitudes towards pain management in palliative care situations: A mini review. *ECPP*. 2021;10(4):19-26.
9. Erkes EB, Parker VG, Carr RL, Mayo RM. An examination of critical care nurses' knowledge and attitudes regarding pain management in hospitalized patients. *Pain Manag Nurs*. 2001;2(2):47-53. DOI: 10.1053/jpmn.2001.23177.
10. Dahlman GB, Dykes AK, Elander G. Patients' evaluation of pain and nurses' management of analgesics after surgery. The effect of a study day on the subject of pain for nurses working at the thorax surgery department. *J Adv Nurs*. 1999;30(4):866-74. DOI: 10.1046/j.1365-2648.1999.01153.x.
11. Puntillo KA, White C, Morris AB, Perdue S, Stanik-Hutt J, Thompson CL, et al. Patients' perceptions and responses to procedural pain: Results from Thunder Project II. *Am J Crit Care*. 2001;10(4):238-51.
12. Peñaloza Rojas AA, Contreras Barreto KP, Beltrán Hernández G, Michilena Osorio BE. Conocimientos de enfermería: manejo del dolor. *Revista Conecta Libertad*. 2018;2(2):26-35.
13. Wang H-L, Tsai Y-F. Nurses' knowledge and barriers regarding pain management in intensive care units. *J Clin Nurs*. 2010;19(21-22):3188-96. DOI: 10.1111/j.1365-2702.2010.03226.x.
14. Shannon K, Bucknall T. Pain assessment in critical care: What have we learnt from research. *Intensive Crit Care Nurs*. 2003;19(3):154-62. DOI: 10.1016/S0964-3397(03)00027-2.
15. Zuazua-Rico D, Maestro-González A, Mosteiro-Díaz MP, Fernández-Garrido J. Spanish version of the Knowledge and Attitudes Survey Regarding Pain. *Pain Manag Nurs*. 2019;20(5):497-502. DOI: 10.1016/j.pmn.2018.12.007.
16. Jamovi-open statistical software for the desktop and cloud [Internet]. [citado 10 Nov 2022]. Disponible en: <https://www.jamovi.org/>
17. Nguyen AT, Dang AK, Nguyen HTT, Nguyen TX, Nguyen TN, Nguyen TTH, et al. Assessing knowledge and attitudes regarding pain management among nurses working in a geriatric hospital in Vietnam. *J Multidiscip Healthc*. 2021;14:799-807.
18. Jarrett A, Church T, Fancher-Gonzalez K, Shackelford J, Lofton A. Nurses' knowledge and attitudes about pain in hospitalized patients. *Clin Nurse Spec*. 2013;27(2):81-7.
19. Damico V, Murano L, Macchi G, Molinari AF, Dal Molin A. Knowledge and attitude of pain management among Italian nurses in intensive care unit: A multicentric descriptive study. *Ann Ig*. 2021;33(3):220-30.
20. Mendoza-Espinosa H, Méndez-López JF, Torruco-García U. Aprendizaje basado en problemas (ABP) en educación médica: sugerencias para ser un tutor efectivo. *Inv Ed Med*. 2012;1(4):235-7. DOI: 10.22201/fm.20075057e.2012.04.00011.
21. Velásquez-Guillén JM, Díaz-Pazos LC, Vargas-Soriano JA, Velásquez-Guillén JM, Díaz-Pazos LC, Vargas-Soriano JA. Retos para la implementación del aprendizaje basado en problemas en facultades de medicina en América Latina. *FEM. Revista de la Fundación Educación Médica*. 2020;23(5):295. DOI: 10.33588/fem.235.1086.
22. Hroch J, VanDenKerkhof EG, Sawhney M, Sears N, Gedcke-Kerr L. Knowledge and attitudes about pain management among Canadian nursing students. *Pain Manag Nurs*. 2019;20(4):382-9. DOI: 10.1016/j.pmn.2018.12.005.
23. Ortiz MI, Cuevas-Suárez CE, Cariño-Cortés R, Navarrete-Hernández J de J, González-Montiel CA. Nurses knowledge and attitude regarding pain: A systematic review and meta-analysis. *Nurse Educ Pract*. 2022;63:103390. DOI: 10.1016/j.nepr.2022.103390.
24. Lafaurie Villamil MM, Cabal Escandón VE. Humanización del cuidado en la formación profesional de enfermería. 1.a ed. Bogotá: Universidad El Bosque. 2022. p. 9-57.