

## Conocimientos y actitudes de las enfermeras de una unidad de cuidados intensivos acerca del dolor de los pacientes

### *Knowledge and attitudes of intensive care unit nurses regarding pain in patients*

<https://doi.org/10.23938/ASSN.0872>

M. Taínta, Y. Arteche, I. Martín, V. Salas, R. Goñi

#### RESUMEN

**Fundamento.** Las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) acogen pacientes que con frecuencia presentan dolor. La correcta valoración del mismo y su tratamiento óptimo son imprescindibles para una atención de calidad; la enfermera, por su cercanía con el paciente, está en una posición única para lograrlo. Por tanto, el objetivo de este estudio es conocer el nivel de conocimientos de las enfermeras y las actitudes que manifiestan hacia el manejo del dolor en su práctica diaria, así como relacionarlo con sus datos sociodemográficos.

**Método.** Estudio descriptivo, transversal, observacional en la UCI de un hospital universitario de nivel terciario. Se estudió el conocimiento y las actitudes en relación al dolor de las enfermeras, a través del cuestionario *Knowledge and Attitudes Survey Regarding Pain* traducido al español.

**Resultados.** Todas las enfermeras (n=37) que trabajaban en la UCI cumplimentaron el cuestionario con una puntuación media de 5,87 sobre 10 (DE: 0,98; rango: 7,89-3,68). La puntuación del cuestionario no se relacionó con la edad, los años de experiencia profesional, los años trabajados en UCI, la formación especializada y la formación en dolor. En cambio, las enfermeras con formación de máster obtuvieron puntuaciones medias significativamente más altas en el cuestionario (6,97; DE: 0,75 vs 5,73; DE: 0,92; p = 0,018).

**Conclusiones.** Las enfermeras de la UCI poseen conocimientos y actitudes insuficientes en relación al dolor. La formación de máster mejora los resultados obtenidos en el cuestionario sobre conocimientos y actitudes en relación al dolor.

**Palabras clave.** Dolor. Conocimiento. Actitud. Enfermería. Unidades de Cuidados Intensivos.

#### ABSTRACT

**Background.** Intensive Care Units (ICU) usually treat patients with pain. Being close to patients makes nurses key professionals for guaranteeing an optimal assessment and treatment of pain, which are crucial to ensure quality care. Therefore this study aims to describe the knowledge and attitudes of ICU nurses about pain management in their clinical practice, and its relationship with socio-demographic data.

**Methods.** Cross-sectional study carried out in a third level university teaching hospital ICU. The Knowledge and Attitudes Survey Regarding Pain (KARSP) translated into Spanish was used to obtain information about the knowledge and attitudes towards pain of nurses.

**Results.** All nurses (n = 37) working at the ICU answered the questionnaire. The mean score of the questionnaire was 5.87 over 10 (SD: 0.98, range: 7.89-3.68). There was not a statistically significant relationship among the questionnaire score and age, professional experience, time worked at the ICU, specialized training or pain training. However, nurses with a master's degree obtained significantly higher mean scores in the questionnaire (6.97; DE: 0.75 vs. 5.73; DE: 0.92; p = 0.018).

**Conclusions.** ICU nurses show insufficient knowledge and attitudes towards pain. Having a master's degree improves the results obtained in the questionnaire about knowledge and attitudes towards pain.

**Keywords.** Pain. Knowledge. Attitudes. Nursing. Intensive Care Units.

*An. Sist. Sanit. Navar.* 2020; 43 (2): 177-187

Unidad de Cuidados Intensivos. Clínica Universidad de Navarra.

Recepción: 03/01/2020

Aceptación provisional: 01/05/2020

Aceptación definitiva: 11/06/2020

#### Correspondencia:

Rosana Goñi Viguria  
Unidad de Cuidados Intensivos  
Clínica Universidad de Navarra  
Avda. Pío XII, 36  
31008 Pamplona, España  
E-mail: rgviguria@unav.es

## INTRODUCCIÓN

La *International Association for the Study of Pain (IASP)*<sup>1</sup> define el dolor como *una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada a una lesión hística real o potencial o descrita en términos de la misma*. La Sociedad Americana del Dolor (APS)<sup>2</sup> lo describe como la quinta constante vital que siempre debe ser registrada y evaluada. A nivel mundial, el manejo del dolor es una de las preocupaciones sanitarias más importantes<sup>3,4</sup>.

Las unidades de Cuidados Intensivos (UCI) acogen pacientes en estado crítico que presentan dolor con una prevalencia del 40-77%<sup>5-8</sup>. La presencia de dolor supone una barrera para una evolución clínica favorable y tiene consecuencias negativas como aumento de días de ventilación mecánica, mayor riesgo de inestabilidad hemodinámica o alteraciones psiquiátricas y trastornos depresivos<sup>7-11</sup>. Además, provoca un aumento en los días de ingreso en UCI, lo que hace más susceptible al paciente de padecer otras complicaciones, prolongando la estancia en el hospital e incrementando la mortalidad<sup>7,8</sup>. Pero la repercusión va más allá del alta hospitalaria, asociándose a secuelas neuromusculares y psicológicas que influyen negativamente en la calidad de vida del paciente<sup>7,12</sup>.

El control adecuado del dolor es reconocido como un derecho humano<sup>13</sup>. Asimismo, los profesionales de la salud tienen la obligación profesional, ética y legal de velar por el uso efectivo de medios para garantizar el bienestar y alivio del dolor de los pacientes<sup>13-15</sup>. Sin embargo, al tratarse de un dato subjetivo, experimentado y referido de forma única por cada paciente, resulta difícil su valoración, evaluación y manejo<sup>5,16</sup>. Igualmente, se debe dotar de significado al dolor que manifiesta cada individuo, pues experiencias previas o valores religiosos condicionan su percepción<sup>17</sup>.

Las enfermeras se encuentran en una posición privilegiada para la evaluación y control continuo del dolor por su cercanía constante con el paciente y por ser el profesional que cuida y comparte las 24 horas

del día con él<sup>3,18</sup>. Para que las enfermeras sean capaces de identificar, evaluar, tomar medidas de alivio del dolor y comprobar su eficacia, necesitan una serie de conocimientos técnicos y científicos, así como actitudes que favorezcan su abordaje<sup>17,19</sup>. La literatura describe que las enfermeras no poseen los conocimientos adecuados para el tratamiento del dolor; las barreras para su manejo se relacionan con la falta de formación, el uso inadecuado de herramientas de valoración y sus propias creencias<sup>6,9,17,20,21</sup>. La percepción de cada profesional condiciona la actitud que mostrará, lo que supone un obstáculo añadido al abordaje eficaz del dolor<sup>6,10,17,18,21</sup>. Además, las enfermeras de UCI dan mayor prioridad al compromiso vital de los pacientes que a favorecer su confort<sup>6</sup>.

Por todo ello, hemos realizado este estudio de investigación con el objetivo de describir los conocimientos y las actitudes de los profesionales de enfermería de UCI en relación al dolor, y relacionarlos con sus datos sociodemográficos.

## METODOLOGÍA

Este estudio descriptivo, transversal, se realizó en enero de 2019 en una UCI polivalente de doce camas, perteneciente a la Clínica Universidad de Navarra, hospital privado universitario de nivel terciario de trescientas camas. En esta unidad ingresan anualmente entre 800 y 1.000 pacientes, en torno al 80% de los cuales son quirúrgicos. El número de enfermeras que trabajan en la unidad a jornada parcial o completa es de treinta y siete, todas ellas con formación de postgrado en Cuidados Intensivos (título propio de la Universidad de Navarra). Además, otras once enfermeras se encuentran cursando dicho programa de postgrado, por lo que se les considera personal en formación.

La selección de la muestra fue de conveniencia. Los criterios de inclusión establecieron que las enfermeras estuvieran en posesión del título de formación de postgrado en Cuidados Intensivos y que aceptaran voluntariamente participar.

Para la recogida de datos el equipo investigador elaboró un documento que constaba de dos apartados:

- Hoja de datos sociodemográficos para registrar las variables edad, nivel educativo, formación especializada, horas de formación en dolor, frecuencia de atención a pacientes con dolor, años de experiencia profesional, y años de experiencia en la UCI.
- Cuestionario *Knowledge and Attitudes Survey Regarding Pain 2012 (KASRP)*<sup>22</sup> para determinar los conocimientos y actitudes sobre el dolor. Este instrumento consta de treinta y siete preguntas: veintiuna de verdadero o falso, catorce de opción múltiple y dos casos clínicos con 2 ítems de respuesta. Ferrel y McCaffery<sup>22</sup> recomiendan no hacer distinción en el análisis entre conocimientos y actitudes, ya que algunas preguntas valoran ambos aspectos. Se trata de un cuestionario validado en inglés con una alta fiabilidad interna (alfa de Cronbach >0,70) y externa (test-retest >0,80), tal y como señalan los autores. Fue traducido de la lengua original (inglés) al español mediante el método de la traducción inversa para asegurar la equivalencia conceptual, proceso en el que participaron un traductor profesional y dos profesionales de enfermería con conocimiento de los dos idiomas. Posteriormente, el cuestionario fue sometido a la revisión de un grupo de expertos con el objetivo de valorar si cada ítem evaluaba lo mismo y, además, para verificar el grado de comprensión del cuestionario se realizó un pretest con dos enfermeras no incluidas en el estudio. Finalmente, se analizó la consistencia interna del cuestionario (alfa de Cronbach = 0,77).

La recogida de datos la llevó a cabo el equipo investigador con cada una de las enfermeras que cumplían los criterios de inclusión. Se les explicó el objetivo y la importancia del estudio y se solicitó su

participación. En el caso de que dieran su libre consentimiento, un miembro del equipo investigador les explicaba la forma de cumplimentar el cuestionario y lo recogía cumplimentado. A todos los participantes se les garantizó el anonimato, la completa confidencialidad de los datos, así como la destrucción de los cuestionarios al finalizar la investigación. Se obtuvo la aprobación del Comité de ética de la Investigación de la Universidad de Navarra (Proyecto 2019.126).

Los resultados se expresaron como media y desviación estándar (DE), y las variables categóricas como frecuencias absolutas y porcentajes. Las diferencias entre dos grupos se analizaron mediante el test *t* de Student para muestras no pareadas, siempre que se demostrara normalidad (test de Shapiro-Wilks) o, en caso contrario, con el test no paramétrico *U* de Mann-Whitney. Para analizar las comparaciones entre más de dos grupos se empleó el test de ANOVA o el de Kruskal-Wallis, según la variable siguiera una distribución normal o no, respectivamente. Se consideran diferencias estadísticamente significativas aquellas con  $p < 0,05$ . El análisis estadístico se realizó utilizando el programa de IBM SPSS v.20.0.

## RESULTADOS

La muestra estuvo formada por la totalidad de las enfermeras ( $n = 37$ ) que trabajan en la UCI del hospital, y cuyos datos sociodemográficos se presentan en la tabla 1. Todas eran mujeres, un tercio en el grupo de edad 25-35 años y otro tercio  $\geq 45$  años. Solo 16 (44%) tenían formación en dolor, el 81% con menos de cinco horas; un 89% de las enfermeras se enfrentaban muy frecuentemente al dolor en el desempeño de su labor.

Las puntuaciones obtenidas en el cuestionario KASRP oscilaron entre 3,68 y 7,89 (sobre 10 puntos), con una puntuación media de 5,87 (DE: 0,98). La puntuación se relacionó con el nivel educativo, ya que las enfermeras con formación de máster obtuvieron puntuaciones significativamente

te mejores (6,97; DE: 0,75) respecto a las que no tenían dicha formación (5,73; DE: 0,92). En cambio, no se encontró asociación entre la puntuación y poseer más de una titulación especializada, haber recibido formación en dolor, ni con los años de experiencia (Tabla 2).

Respecto a las preguntas del cuestionario, el 100% de la muestra contestó correctamente a las preguntas 12, 23 y 30, y las preguntas 11, 13, 15, 26, 28 y 31 obtuvieron un índice de acierto superior al 90%. En el otro extremo, las preguntas 4, 17, 27, 32 y 36 fueron contestadas correctamente en menos del 15% de los casos (Tabla 3).

**Tabla 1.** Datos sociodemográficos

Datos sociodemográficos	n (%)
<b>Edad</b>	
<25 años	7 (18,9)
25-34 años	13 (35,1)
35-44 años	5 (13,5)
45-55 años	8 (21,6)
>55 años	4 (10,8)
<b>Nivel educativo</b>	
Grado/diplomatura	33 (89,2)
Máster	4 (10,8)
Doctorado	0
<b>Formación especializada</b>	
UCI	37 (100)
Otra titulación	18 (48,6)
<b>Formación en dolor</b>	
Sí	16 (44,4)
No	20 (55,6)
<b>Horas de formación en dolor</b>	
<5	13 (81,3)
5-10	2 (12,5)
>10	1 (6,3)
<b>Atención al paciente con dolor</b>	
Muy frecuente	32 (88,9)
Frecuente	4 (11,1)
Normal	0
Poco frecuente	0
Casi nunca	0
<b>Experiencia profesional</b>	
<5 años	12 (32,4)
5-20 años	11 (29,7)
>20 años	14 (37,8)
<b>Experiencia en UCI</b>	
<5 años	13 (35,1)
5-20 años	10 (27,0)
>20 años	14 (37,8)

**Tabla 2.** Puntuación del cuestionario según datos demográficos

Datos sociodemográficos	Puntuación media (DE)	p
<b>Nivel educativo</b>		0,01 <sup>a</sup>
Grado/diplomatura	5,73 (0,92)	
Máster	6,97 (0,75)	
<b>Formación especializada</b>		0,06 <sup>b</sup>
UCI	5,57 (0,82)	
Otra titulación	6,17 (1,06)	
<b>Formación en dolor</b>		0,96 <sup>b</sup>
Sí	5,91 (0,77)	
No	5,92 (1,07)	
<b>Años de experiencia profesional</b>		0,06 <sup>c</sup>
0-5 años	5,38 (0,85)	
5-20 años	6,33 (0,86)	
>20 años	5,91 (1,03)	

a: U-Mann-Whitney; b:t de Student; c:ANOVA.

**Tabla 3.** Frecuencia de respuestas correctas a cada pregunta del cuestionario *Knowledge and Attitudes Survey Regarding Pain 2012 (KASRP)*<sup>22</sup>

Nº	Pregunta (respuesta correcta)	n (%)
1	Los signos vitales son siempre indicadores fiables de la intensidad del dolor de un paciente. <b>(F)</b>	26 (70,3)
2	Debido a que su sistema nervioso está subdesarrollado, los niños menores de dos años tienen menor sensibilidad al dolor y memoria limitada de experiencias dolorosas. <b>(F)</b>	21 (56,8)
3	Los pacientes que pueden distraerse del dolor generalmente no tienen dolor intenso. <b>(F)</b>	21 (56,8)
4	Los pacientes pueden dormir a pesar del dolor intenso. <b>(V)</b>	4 (10,8)
5	La aspirina y otros agentes antiinflamatorios no esteroides NO son analgésicos efectivos para el dolor producido por las metástasis óseas. <b>(F)</b>	14 (37,8)
6	La depresión respiratoria rara vez ocurre en pacientes que han estado recibiendo dosis mantenidas de opioides durante meses. <b>(V)</b>	29 (78,4)
7	Combinar analgésicos con diferentes mecanismos de acción (por ejemplo, combinar un AINE con un opioide) puede resultar en un mejor control del dolor y menos efectos secundarios que usar un solo agente analgésico. <b>(V)</b>	29 (78,4)
8	La duración de acción analgésica habitual de 1-2 mg de morfina IV es de 4-5 horas. <b>(F)</b>	21 (56,8)
9	La investigación muestra que la prometazina (Phenergan) y la hidroxizina (Vistaril) son potenciadores reales de los opioides. <b>(F)</b>	6 (16,2)
10	Los opioides no deben usarse en pacientes con antecedentes de abuso de sustancias. <b>(F)</b>	23 (62,2)
11	Los pacientes de edad avanzada no toleran los opioides para aliviar el dolor. <b>(F)</b>	35 (94,6)
12	Se debe alentar a los pacientes a soportar tanto dolor como sea posible antes de usar un opioide. <b>(F)</b>	37 (100)
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. <b>(F)</b>	34 (91,9)
14	Las creencias espirituales de los pacientes pueden llevarlos a pensar que el dolor y el sufrimiento son necesarios. <b>(V)</b>	33 (89,2)

Nº	Pregunta (respuesta correcta)	n (%)
15	Después de administrar una dosis inicial de opioide, las dosis posteriores deben ajustarse de acuerdo con la respuesta individual del paciente. <b>(V)</b>	35 (94,6)
16	Inyectar a los pacientes agua estéril (placebo) es una prueba útil para determinar si el dolor es real. <b>(F)</b>	21 (56,8)
17	Vicodin (hidrocodona 5 mg + acetaminofeno 500 mg) por vía oral es aproximadamente igual a 5-10 mg de morfina por vía oral. <b>(V)</b>	3 (8,1)
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. <b>(F)</b>	17 (45,9)
19	Los medicamentos anticonvulsivos como la gabapentina (Neurontin) producen un alivio óptimo del dolor después de una única dosis. <b>(F)</b>	22 (59,5)
20	Las benzodiazepinas no son analgésicos efectivos a menos que el dolor se deba al espasmo muscular. <b>(V)</b>	16 (43,2)
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. <b>(V)</b>	30 (81,1)
22	La vía recomendada para administrar los analgésicos opioides en pacientes con dolor oncológico persistente es: <b>(oral)</b>	6 (16,2)
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: <b>(intravenosa)</b>	37 (100)
24	¿Cuál de los siguientes analgésicos se considera el fármaco de elección para el tratamiento crónico del dolor moderado-severo de pacientes con cáncer?: <b>(morfina)</b>	23 (62,2)
25	¿Cuál de las siguientes dosis de morfina intravenosa administradas durante un período de 4 horas sería equivalente a 30 mg de morfina oral administrada cada 4 horas? <b>(morfina 10 mg IV)</b>	15 (40,5)
26	Los analgésicos para el dolor postoperatorio inicialmente deberían darse: <b>(todo el día en un horario fijo)</b>	36 (97,3)
27	Un paciente con dolor oncológico persistente, ha estado recibiendo opioides diarios durante 2 meses. Ayer el paciente recibió 200mg/h de morfina intravenosa. Hoy ha estado recibiendo 250 mg de morfina/hora intravenosa. La probabilidad de que el paciente desarrolle una depresión respiratoria clínicamente significativa en ausencia de nueva comorbilidad es: <b>(&lt;1%)</b>	2 (5,4)
28	La razón más probable por la cual un paciente con dolor solicitaría dosis mayores de analgésicos es: <b>(el paciente está experimentando un aumento de dolor)</b>	36 (97,3)
29	¿Cuál de las siguientes opciones es útil para el tratamiento del dolor oncológico? <b>(todas las anteriores)</b>	21 (56,8)
30	El juez más preciso de la intensidad del dolor del paciente es: <b>(el paciente)</b>	37 (100)
31	¿Cuál de los siguientes describe el mejor enfoque para considerar la influencia cultural en el cuidado de pacientes con dolor?: <b>(los pacientes deben ser evaluados individualmente para determinar las influencias culturales)</b>	34 (91,9)
32	¿Cuál es la probabilidad de que pacientes que desarrollen dolor ya tengan un problema de abuso de alcohol y/o drogas?: <b>(5-15%)</b>	3 (8,1)
33	El pico máximo del efecto de la morfina endovenosa se alcanza en: <b>(15 minutos)</b>	32 (86,5)
34	El pico máximo del efecto de la morfina oral se alcanza en: <b>(1-2 horas*)</b>	0
35	Tras la interrupción brusca de un opioide, la dependencia física se manifiesta de la siguiente manera: <b>(sudoración, bostezos, diarrea y agitación con pacientes cuando el opioide se suspende bruscamente)</b>	11 (29,7)

Nº	Pregunta (respuesta correcta)	n (%)
36.1	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. Tu exploración revela la siguiente información: TA = 120/80; FC = 80; FR = 18; en una escala de 0 a 10 (0 = sin dolor/malestar, 10 = peor dolor/malestar) califica su dolor como 8. En el registro del paciente, en la escala de abajo, debes marcar su dolor. Circula el número que representa tu evaluación del dolor de Andrew: <b>(8)</b>	25 (67,6)
36.2	La evaluación de arriba, se realiza dos horas después de recibir morfina 2 mg IV. 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: <b>(administrar ahora 3 mg de morfina IV)</b>	4 (10,8)
37.1	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; FC = 80; FR = 18; 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, debes marcar su dolor en la escala de abajo. Circula el número que representa tu evaluación del dolor de Robert: <b>(8)</b>	31 (83,8)
37.2	La evaluación de arriba, se realiza dos horas después de que recibió morfina 2 mg IV. 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: <b>(administrar ahora 3 mg de morfina IV)</b>	7 (18,9)

F: falso; V: verdadero; AINE: anti-inflamatorio no esteroideo; IV: intravenosa; TA: tensión arterial; FC: frecuencia cardíaca; FR: frecuencia respiratoria; PRN: por razones necesarias.

## DISCUSIÓN

La puntuación media del cuestionario refleja conocimientos y actitudes insuficientes para el abordaje del dolor, al igual que los hallazgos encontrados en gran parte de la literatura revisada<sup>6,8-10,16,19-21,23-25</sup>. Cabe destacar que, aunque la puntuación se aleja de los resultados de Francis y Fitzpatrick<sup>26</sup> y de Keen y col<sup>18</sup> (con puntuaciones medias de 6,93 y 7,81 respectivamente), es superior a la mayoría de los estudios<sup>6,10,16,21</sup>. Esto puede ser debido a que en nuestra unidad siempre ha habido una preocupación por la humanización de los cuidados, asegurando el confort del paciente<sup>27-29</sup>. Además, desarrollamos un modelo de cuidado centrado en la persona, definido por la institución<sup>30</sup>.

Teniendo en cuenta que el control del dolor es una prioridad social y sanitaria, las enfermeras tienen la obligación profesional, ética y legal de lograr el bienestar y alivio

del dolor de los pacientes<sup>13-15</sup>, considerado como un indicador de eficiencia y calidad<sup>27</sup>. La UCI es el lugar más adecuado para lograrlo, por la continua vigilancia y el acceso inmediato a medidas de tratamiento<sup>12</sup>. Hay que evitar las posibles complicaciones que puede producir el dolor no tratado y que este no sea el recuerdo más frecuente de los pacientes que han estado ingresados en estas unidades<sup>12,31</sup>.

Coincidiendo con los resultados encontrados en la bibliografía<sup>6,9,10,16,20</sup>, no se han encontrado diferencias significativas al analizar la experiencia profesional. Sin embargo, al evaluar los diferentes grupos, observamos que los profesionales con menor experiencia son los que obtienen las puntuaciones más bajas. Esto puede ser debido a que, como afirman Benner y col en su teoría de principiante a experto<sup>32</sup>, la enfermera novel necesita experiencia para ir adquiriendo competencias, de manera que

hay destrezas que solo se pueden adquirir con la práctica. A medida que la enfermera gana experiencia, el conocimiento clínico se convierte en una mezcla de conocimiento práctico y teórico. En este sentido, y a diferencia de otros estudios<sup>6,33,34</sup>, llama la atención que los profesionales con mayor experiencia no fueran los que tuvieran la puntuación más alta en el cuestionario. Esto puede explicarse, como apuntan Keen y col<sup>18</sup>, a que es más difícil eliminar mitos y prejuicios en enfermeras con mayor trayectoria profesional.

En nuestra unidad y de acuerdo con la literatura revisada<sup>16,23</sup>, las enfermeras con nivel de máster han obtenido puntuaciones significativamente mayores. Creemos que la formación de máster impacta en el grado de análisis y pensamiento crítico, haciendo que el juicio personal se aleje de los prejuicios que provienen de la experiencia. Sin embargo, el poseer otra titulación especializada diferente a la de UCI no influye en la puntuación del cuestionario. Este resultado sugiere que, probablemente, la formación recibida va más dirigida a proporcionar conocimientos que a modificar actitudes<sup>19</sup>.

Igualmente, las enfermeras que han recibido formación en dolor no han tenido puntuaciones significativamente mayores. Esto contrasta con los resultados de la literatura<sup>19,20,23,35</sup>. Van Dijk y col<sup>19</sup> y Yava y col<sup>23</sup> encontraron que, a mayor formación en dolor las enfermeras obtuvieron mejores puntuaciones en la escala, mejor nivel de conocimientos y menos barreras para el abordaje del dolor. Analizando las horas de formación de nuestra muestra en los dos últimos años, se observa que solo una persona ha recibido más de diez horas de formación, y dos, entre cinco y diez horas; las otras trece personas han recibido menos de cinco horas. Esto sugiere que la formación es escasa para dotar de suficientes conocimientos y actitudes que conlleven cambios en la práctica. La formación es tan importante como para que la *International Association for the Study of Pain* (IASP) declarara 2018 como el año de la excelencia en la formación en dolor<sup>1</sup>. Pero el abordaje óptimo del dolor va más allá del conoci-

miento teórico. Se necesita un ambiente de trabajo que fomente la empatía, la participación activa y multidisciplinar y el manejo de las creencias personales<sup>7,9,17</sup>. Las actitudes, así como las habilidades del cuidar de la enfermera, son fundamentales.

Analizando las respuestas de nuestro cuestionario, encontramos que el 100% de las enfermeras considera al paciente como el juez más fiable para valorar su propio dolor, dato que refuerza la evidencia<sup>19,21,24,26</sup>. Al trasladarlo a la práctica, observamos que las enfermeras infravaloran la puntuación referida por el paciente (preguntas 36.1 y 37.1). Este hallazgo coincide con el encontrado en la bibliografía<sup>9,19,20,26</sup> y con los resultados de un estudio realizado en la misma unidad en 2018<sup>27</sup>. Además, la puntuación dada por la enfermera es aún menor cuando hay discrepancia entre el lenguaje verbal y no verbal del paciente (pregunta 36.1: 67,6% de acierto). Tal es así, que en nuestro estudio solo un 10,8% cree que el paciente puede dormir a pesar del dolor intenso. La bibliografía revisada muestra que las enfermeras realizan sus propias interpretaciones, restándole importancia a la puntuación referida si el paciente es capaz de sonreír, distraerse o dormir<sup>16,17,21,23</sup>. Además, un 29,7%, considera las constantes vitales siempre como un indicador fiable de la intensidad del dolor a pesar de que la ausencia de cambios hemodinámicos significativos no implica que el paciente no tenga dolor<sup>36</sup>.

De la misma forma, es llamativo que un 43,2 % de las enfermeras consideran el placebo como opción para determinar si el dolor del paciente es real. La bibliografía refleja puntuaciones superiores de esta misma práctica<sup>16,20</sup>. *The American Society for Pain Management Nursing*<sup>37</sup> sostiene que el placebo no debe ser utilizado como método de valoración ni de manejo de dolor del paciente sin importar su edad ni su diagnóstico. El único uso justificable de placebo es en los pacientes que participen en un ensayo clínico a ciegas. Este método de valoración del dolor desacredita el malestar que refiere el paciente cuando él debería ser el único juez para valorarlo. Las enfermeras, como parte de su deber, tienen que prote-



ger al paciente de este tipo de prácticas poco éticas<sup>37</sup>.

La mayoría de las preguntas que hacen referencia al dolor postquirúrgico (preguntas 23, 33 y 26) tienen un índice de acierto superior al 85%. En cambio, preguntas relacionadas con el dolor oncológico (preguntas 22 y 27) o con la farmacocinética (pregunta 17) no superan el 17% de respuesta correcta. Esto puede explicarse porque nuestra unidad es una UCI polivalente con un alto porcentaje de paciente postquirúrgico, en la que las enfermeras están familiarizadas con el dolor agudo y su tratamiento con morfina endovenosa.

Este estudio presenta algunas limitaciones metodológicas. En primer lugar, el cuestionario no está validado en castellano, aunque se hizo la retrotraducción y fue revisado por un panel de expertos para verificar la equivalencia conceptual y la comprensión. A pesar de la falta de validación en nuestro idioma, el cuestionario muestra un alfa de Cronbach mayor que el original, lo que implica que tiene una buena consistencia interna y que puede ser utilizado para explorar los conocimientos en castellano. No obstante, tras su aplicación se ha detectado que alguno de los ítems relacionados con medicamentos o patología de pacientes habría que adaptarlos a nuestro contexto, por ejemplo, el nombre comercial de los fármacos. No obstante, la percepción del dolor es subjetiva y su vivencia es independiente de la patología de base. Por otro lado, la pregunta número 34 hubo que excluirla por un error en su transcripción. Por último, el estudio se ha realizado en un único centro y la muestra ha sido pequeña, no siendo representativa de la población. Para futuras investigaciones, sería adecuado ampliar los centros y la muestra. Asimismo, sería conveniente, diseñar un programa de formación que fuera encaminado a trabajar las actitudes de las enfermeras respecto al dolor y utilizar el cuestionario como herramienta para evaluar la eficacia de dicho programa.

En conclusión, la puntuación del cuestionario refleja conocimientos y actitudes de las enfermeras de UCI insuficientes para un abordaje adecuado del dolor; ade-

más, no se ha encontrado relación significativa entre los datos sociodemográficos y la puntuación del cuestionario KARSF a excepción del nivel educativo, donde los profesionales con formación de máster obtienen mejores resultados. La formación es un aspecto clave para el abordaje óptimo del dolor, y los programas de formación deberían estar enfocados en las creencias y actitudes de los profesionales hacia el dolor y no solo en la adquisición de conocimientos teóricos.

## BIBLIOGRAFÍA

1. International Association for the Study of Pain. IASP Terminology. Consultado el 20 diciembre de 2019. <https://www.iasp-pain.org/Education/Content.aspx?ItemNumber=1698#Pain>.
2. National Pain Management Coordinating Committee. Veterans Health Administration. Pain: The fifth vital sign. Washington: Department of Veterans Affairs, 2000. [http://www.va.gov/PAINMANAGEMENT/docs/Pain\\_As\\_the\\_5th\\_Vital\\_Sign\\_Toolkit.pdf](http://www.va.gov/PAINMANAGEMENT/docs/Pain_As_the_5th_Vital_Sign_Toolkit.pdf)
3. RUBIÑO DIAZ JA, LLADÓ SALAMANCA S, PÉREZ GALMES CA, SOCIAS MOYA M. Percepción de los profesionales sanitarios en el abordaje del dolor en el Servicio de Urgencias. *Rev Soc Esp Dolor* 2016; 23: 229-237. <https://doi.org/10.20986/resed.2016.3457/2016>
4. BALKER DW. The Joint Commission's Pain Standards: origins and evolution. Consultado el 20 de diciembre de 2019. Disponible en: [https://www.jointcommission.org/assets/1/6/Pain\\_Std\\_History\\_Web\\_Version\\_05122017.pdf](https://www.jointcommission.org/assets/1/6/Pain_Std_History_Web_Version_05122017.pdf)
5. KEMP HI, BANTEL C, GORDON F, BRETT SJ, PLAN, SEARCH, LAYCOCK HC. Pain Assessment in Intensive Care (PAIN): an observational study of physician-documented pain assessment in 45 intensive care units in the United Kingdom. *Anaesthesia* 2017; 72: 737-748. <https://doi.org/10.1111/anae.13786>
6. WANG HL, TSAI YF. Nurses' knowledge and barriers regarding pain management in intensive care units. *J Clin Nurs* 2010; 19: 3188-3196. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2010.03226.x>
7. SIGAKIS MJ, BITTNER EA. Ten myth and misconceptions regarding pain management in the ICU. *Crit Care Med* 2015; 43: 2468-2478. <https://doi.org/10.1097/ccm.0000000000001256>

8. GARCÍA RAMÍREZ PE, VALENZUELA MOLINA C, ZAZUETA ARAUJO E, LÓPEZ MORALES M, CABELLO MOLINA R, MARTÍNEZ HERNÁNDEZ MAGRO P. Prevalencia de dolor en pacientes hospitalizados en unidad de cuidados intensivos metabólicos con intubación orotraqueal y bajo sedación, medido con escala COMFORT. *Rev Soc Esp Dolor* 2018; 25: 7-12. <https://doi.org/10.20986/resed.2017.3581/2017>
9. KIEKKAS P, GARDELI P, BAKALIS N, STEFANOPOULOS N, ADAMAPOULOU K, AVDULLA C et al. Predictors of nurses' knowledge and attitude toward postoperative pain in Greece. *Pain Manag Nurs* 2015; 16: 2-10. <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2014.02.002>
10. AL QADIRE M, KHALAILEH M. Jordanian nurses knowledge and attitude regarding pain management. *Pain Manag Nurs* 2014; 15: 220-228. <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2012.08.006>
11. DOERING LV, CHEN B, MCGUIRE A, BODÁN RC, IRWIN MR. Persistent depressive symptoms and pain after cardiac surgery. *Psychosom Med* 2014; 76: 437-444. <https://doi.org/10.1097/psy.0000000000000074>
12. CHAMORRO C, ROMERA MA. Dolor y miedo en la UCI. *Med Intensiva* 2015; 39: 442-444. <https://doi.org/10.1016/j.medin.2015.05.005>
13. MARTÍNEZ CABALLERO C, COLLADO COLLADO F, RODRÍGUEZ QUINTOSA J, MOYA RIERA J. El alivio del dolor: un derecho humano universal. *Rev Soc Esp Dolor* 2015; 22: 224-230. <https://doi.org/10.4321/s1134-80462015000500007>
14. ALZGHOUL BI, CHEW ABDULLAH NA. Pain management practices by nurses: an application of the knowledge, attitude and practices (KAP) model. *Glob J Health Sci* 2016; 8: 154-160. <https://doi.org/10.5539/gjhs.v8n6p154>
15. American Nurses Association. Position Statement. The ethical responsibility to manage pain and the suffering it causes. Consultado el 20 de diciembre de 2019. Disponible en: <https://www.nursingworld.org/~495e9b/globalassets/docs/ana/ethics/theethicalresponsibilitytomanagepainandthesufferingitcauses2018.pdf>
16. SALAMEH B. Nurses' knowledge regarding pain management in high acuity care units: a case study of Palestine. *Int J Health Sci (Qassim)* 2018; 12: 51-57.
17. PONSELL VICENS ME. Percepciones de los diferentes profesionales de la salud ante el manejo del dolor infantil y atención a la familia en el ámbito de la atención hospitalizada en Mallorca. Tesis Doctoral. Universitat de les Illes Balears (Mallorca), 2012. <https://dspace.uib.es/xmlui/handle/11201/2678>
18. KEEN A, McCRATE B, McLENNON S, ELLIS A, WALL D, JONES S. Influencing nursing knowledge and attitudes to positively affect care of patients with persistent pain in hospital setting. *Pain Manag Nurs* 2017; 18: 137-143. <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2017.04.002>
19. VAN DIJK J, SCHUURMANS MJ, ALBLAS EE, KALKMAN CJ, VAN WLUCK AJM. Postoperative pain: knowledge and beliefs of patients and nurses. *J Clin Nurs* 2017; 26: 3500-3510. <https://doi.org/10.1111/jocn.13714>
20. ALQAHTANI M, JONES LK. Quantitative study of oncology nurses' knowledge and attitudes towards pain management in Saudi Arabian hospitals. *Eur J Oncol Nurs* 2015; 19: 44-49. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2014.07.013>
21. EID T, MANIAS E, BUCKNALL T, ALMAZROOA A. Nurses' knowledge and attitudes regarding pain in Saudi Arabia. *Pain Manag Nurs* 2014; 15: e25-e36. <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2014.05.014>
22. FERREL BR, MCCAFFERY M. Knowledge and attitudes survey regarding pain. Disponible en: [https://prc.coh.org/Knowledge%20%20&%20Attitude%20Survey%207-14%20\(1\).pdf](https://prc.coh.org/Knowledge%20%20&%20Attitude%20Survey%207-14%20(1).pdf)
23. YAVA A, CICEK H, TOSUN N, ÖZCAN C, YILDIZ D, DIZER B. Knowledge and attitudes of nurses about pain management in Turkey. *Int J Caring Sci* 2013; 6: 494-505.
24. ALBAQAWI H, MAUDE P, SHAWHAN-AKL L. Saudi Arabian nurses' knowledge and attitudes regarding pain management: survey results using the KASRP. *Int J Health Sci Public Health* 2016; 6: 150-164.
25. TUFAIL N, ZAEEM K, GHANI M, AFSHAN S, AYESHA. Association of the knowledge of nurses about the pain management with their attitude towards cancer patients. *Anaesth Pain Intensive Care* 2017; 21: 166-169.
26. FRANCIS L, FITZPATRICK JJ. Postoperative pain: nurses' knowledge and patients experiences. *Pain Manag Nurs* 2013; 14: 351-357. <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2012.05.002>
27. LÓPEZ ALFARO MP, ECHARTE NUIN I, FERNÁNDEZ SANGIL P, MOYANO BERARDO BM, GOÑI VIGURIA R. Percepción del dolor de los pacientes posquirúrgicos en una unidad de cuidados intensivos. *Enferm Intensiva* 2019; 30: 99-107. <https://doi.org/10.1016/j.enfi.2018.12.001>
28. GOÑI VIGURIA R, LABIANO PÉREZ-SEGANE C, ANDUEZA ALEGRIÁ I, EZENARRO MURUAMENDIARAZ A, FALGUERA ALEGRE MG, JUANDEABURRE PEDROARENA B et al. Ventilación mecánica no invasiva: percepciones del paciente. *Enferm Cardiol* 2017; 24: 50-55.
29. CARRERA HERNÁNDEZ L, AIZPITARTE PEJENAUETE E, ZUGAZOITIA CIARRUSTIA N, GOÑI VIGURIA R. Percep-

- ción del sueño de los pacientes en una unidad de Cuidados Intensivos. *Enferm Intensiva* 2018; 29: 53-63. <https://doi.org/10.1016/j.enfi.2018.01.002>
30. RUMEU CASARES C, OROVIOGOICOECHA C, JONES DA, SARACÍBAR RAZQUIN M. Modelo de práctica profesional de enfermería Clínica Universidad de Navarra: marco para el desarrollo de la práctica enfermera. *Tesela* 2017; 22. Disponible en <http://www.index-f.com/tesela/ts22/ts11379.php>
  31. GÓMEZ P, MONSALVE V, SORIANO JF, DE ANDRÉS J. Alteraciones emocionales y necesidades psicológicas de pacientes en una unidad de Cuidados Intensivos. *Med Intensiva* 2007; 31: 318-325. [https://doi.org/10.1016/s0210-5691\(07\)74830-1](https://doi.org/10.1016/s0210-5691(07)74830-1)
  32. BENNER P, SUTPHEN M, KAHN V, DAY L. Formation and everyday ethical comportment. *Am J Crit Care* 2008; 17: 473-476. <https://doi.org/10.4037/ajcc2008.17.5.473>
  33. TORTORELLA GT. Evaluating medical-surgical nurses knowledge and attitudes regarding pain: a descriptive comparative analysis. Tesis Doctoral. William Paterson University (New Jersey), 2014.
  34. LATIMER MA, RITCHIE JA, JOHNSTON CC. Individual nurse and organizational context considerations for better knowledge use in pain care. *J Pediatr Nurs* 2010; 25: 274-281. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2009.03.004>
  35. BRANT JM, MOHR C, COOMBS NC, FINN S, WILMARTH E. Nurses' knowledge and attitudes about pain: personal and professional characteristics and patient reported pain satisfaction. *Pain Manag Nurs* 2017; 18: 214-223. <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2017.04.003>
  36. ASGAR POUR H. Association between acute pain and hemodynamic parameters in a postoperative surgical intensive care unit. *AORN J* 2017; 105: 571-578. <https://doi.org/10.1016/j.aorn.2017.04.006>
  37. ARNSTEIN P, BROGLIO K, WUHRMAN E, KEAN MB. Use of placebos in pain management. *Pain Manag Nurs* 2011; 12: 225-229. <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2010.10.033>

