



Tomado de: <https://pixabay.com/es/esqueleto-humano-el-cuerpo-humano-163715/>

Intervención educativa para el manejo del dolor en personal de enfermería

Educational intervention study in the management of pain in nursing staff

Rosa Margarita Ortega-López, Ma. Elena Aguirre-González, María Elena Pérez-Vega*, Paulina Aguilera-Pérez, María Dolores Sánchez-Castellanos, Jilema Arteaga-Torres

RESUMEN

En la actualidad, el dolor es considerado como el quinto signo vital. El objetivo del trabajo fue determinar la efectividad de un programa educativo para el personal de enfermería sobre manejo de dolor en pacientes con problemas crónicos degenerativos y quirúrgicos. El método usado fue el diseño pre-experimental con *pretest-postest*. La población de estudio estuvo integrada por personal de enfermería (42) de dos instituciones de salud de segundo nivel de atención, del sector público. Se utilizó el cuestionario Conocimiento y Actitudes Respecto al Dolor. La media de respuestas correctas del conocimiento *pretest* fue de 50.9 ($DE = 9.65$), valor mínimo de 28.1 y máximo 78.1; y en el *postest* la media fue de 70.4 ($DE = 10.9$) valor mínimo de 40.6 y máximo 90.6. Posterior a la intervención educativa, se encontró mayor conocimiento en el personal de enfermería ($t(41) = -12.98$; $P < 0.001$). El estudio de intervención educativa del personal de enfermería fue efectivo para mejorar el conocimiento sobre el manejo del dolor en los pacientes, ya que los primeros brindaron una mejor atención y cuidados, posteriores a la intervención educativa, no obstante, este fue insuficiente para la mayoría del personal participante.

PALABRAS CLAVE: programa de intervención, personal de enfermería, conocimiento, manejo de dolor.

ABSTRACT

Pain is currently considered as the fifth vital sign. The objective of the study was to determine the effectiveness of an educational program for nurses on pain management for patients with chronic degenerative and surgical problems. The employed method was a pre-experimental design with a *pre-test* and a *post-test*. The research population was made up of 42 nurses from two secondary health care institutions in the public sector. The Nurse's Knowledge and Attitudes Survey Regarding Pain was used. Results showed that the pre-test mean knowledge of correct answers was 50.9 ($SD = 9.65$), with a minimum value of 28.1 and a maximum value of 78.1. The *post-test* mean was 70.4 ($SD = 10.9$) with a minimum value of 40.6 and a maximum value of 90.6. After the educational intervention, nurses demonstrated an increased level of knowledge regarding pain management ($t(41) = -12.98$; $P < 0.001$). The educational intervention study for nurses was effective in improving their knowledge regarding pain management in patients, since the participating nurses provided better attention and care after the educational intervention. This, however, was insufficient for most of the participating personnel.

KEYWORDS: intervention program, nursing staff, knowledge, pain management.

*Correspondencia: meperez@docentes.uat.edu.mx / Fecha de recepción: 3 de enero de 2017/ Fecha de aceptación: 27 de junio de 2017
Universidad Autónoma de Tamaulipas, Facultad de Enfermería de Tampico, Centro Universitario Sur, Av. Universidad y Adolfo López Mateos S/N, Tampico, Tamaulipas, México, C.P. 89140.

INTRODUCCIÓN

El dolor, considerado como el quinto signo vital (Bottega y Fontana, 2010), es un síntoma de los pacientes con problemas crónicos degenerativos y quirúrgicos, y es reconocido como un tema crítico en la atención del paciente, por su gran repercusión en el área de la salud, ya que afecta a los pacientes, a sus familias y a la institución que los atiende; y su abordaje debe constituir una acción fundamental de atención primaria en salud (Hanke y Teresinha, 2010; PARRA, 2010). En México, más de 28 millones de habitantes padecen el dolor crónico degenerativo y su prevalencia en los adultos mayores es de 41.50 % (Covarrubias-Gómez y col., 2010).

En el ámbito quirúrgico, aproximadamente 75 % de los pacientes postoperados reportaron experimentar dolor moderado a severo después de haber recibido alguna forma de analgesia (Calderón y col., 2012; García-Miranda y col., 2012; Moreno y col., 2014).

El inadecuado conocimiento del dolor es una de las principales barreras para su manejo efectivo en el paciente por parte del personal de enfermería, aunado a la falta de comprensión de las estrategias preventivas para su control, las creencias erróneas, las expectativas de los pacientes, las inconsistencias en las prácticas de evaluación del dolor, uso de analgésicos por razón necesaria y la falta de tratamientos analgésicos (Ortega y col., 2008; Navarro y Caminos, 2013; Ruiz y col., 2013; Vera, 2014).

La educación en el manejo del dolor es esencial para dar al personal de enfermería un punto de inicio para el manejo del mismo, por lo que se ha señalado la importancia de incluirlo en los programas de estudio y en la educación continua para el personal de enfermería, ya que no requiere de nuevas estrategias; sino de la preparación educativa, que lleve al personal de enfermería al uso del conocimiento científico en su práctica diaria y a la comunicación efectiva de este conocimiento con otros miembros del equipo de salud (Gómez y Maldonado, 2011; Córdova y col., 2012; Navarro y Caminos, 2013; Vera, 2014).

Se ha encontrado que los estudios de intervención educativa aumentan el conocimiento y habilidades del personal de enfermería en el manejo del dolor, modificando las actitudes en el trabajo y los resultados de los pacientes, mejorando así la calidad del servicio de enfermería (Lui y col., 2008; Touriñán, 2011; Villegas y col., 2012; Jarrett y col., 2013; Carnero, 2014; Rubiño y col., 2016).

El objetivo del presente estudio fue establecer la efectividad de una intervención educativa sobre el conocimiento del manejo de dolor del paciente con problemas crónicos degenerativos y quirúrgicos, en el personal de enfermería.

MATERIALES Y MÉTODOS

El diseño del estudio fue pre-experimental con *pretest-postest*. (Burns y Grove, 2012), en virtud de que se aplicaron los instrumentos de medición antes y después de la intervención educativa. El estudio fue realizado en el Hospital General del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y en el Hospital General “Dr. Carlos Canseco”, instituciones ubicadas en Tampico, Tamaulipas, previa autorización de sus Comités de Ética e Investigación. La muestra se integró por personal de enfermería, con más de un año de antigüedad laboral, a cargo de pacientes hospitalizados, que aceptaron libremente participar en el estudio, previo consentimiento informado. Se excluyeron a los estudiantes de enfermería, pasantes de enfermería en servicio social y personal de enfermería con una antigüedad laboral menor a un año. Se tomó una población accesible a través de una invitación, considerándose sólo al personal que respondió a la convocatoria, quedando integrada por 42 (21 de cada hospital).

Como instrumentos de medición, se utilizó una cédula sociodemográfica que incluyó datos acerca de servicio de hospitalización, turno asignado, categoría laboral, sexo y edad, y dos preguntas relacionadas con la información recibida sobre dolor durante la carrera de enfermería. Para la medición del conocimiento de dolor en el personal de enfermería, se empleó

el cuestionario Conocimiento y Actitudes Respecto al Dolor de McCaffery y Robinson (2003), integrado por 31 reactivos distribuidos en dos secciones. La primera sección se refiere a aspectos de la valoración del dolor y está formada por 19 ítems con respuestas dicotómicas de verdadero y falso; la segunda sección corresponde al tratamiento farmacológico del dolor y está integrada por 12 ítems de respuesta de opción múltiple; y para determinar el nivel de conocimiento del personal de enfermería, se tomó como referencia el criterio actualizado y propuesto por Ferrell y McCaffery (2012), que establece como puntaje de aprobación, la obtención de un porcentaje igual o mayor del 80 % de aciertos, y como conocimiento inadecuado del manejo del dolor, la obtención de un porcentaje menor de 80 % de aciertos.

Este estudio se apegó a lo dispuesto en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (2014), particularmente en los señalamientos de la Fracción I en el artículo 14, referente a los fundamentos que justifiquen la realización, y la búsqueda de alternativas de solución a problemas de salud; en este caso, para la mejora en la prestación de servicios, Fracción V, en relación a contar con consentimiento informado de parte de los sujetos de investigación; y la Fracción VIII, en cuanto a contar con la autorización del titular de la institución. Así, al personal de enfermería que aceptó participar en esta investigación se le explicó en qué consistía el proyecto, solicitando el consentimiento informado por escrito.

El estudio se realizó en tres etapas: 1. Etapa Preprueba. Aplicación de la cédula sociodemográfica y aplicación del *pretest* del cuestionario Conocimiento y Actitudes respecto al Dolor; 2. Etapa de Intervención. Aplicación de la intervención educativa dirigida al personal de enfermería a cargo de pacientes hospitalizados, la cual se realizó en dos sábados en cada hospital con una duración total de 12 h (6 h diarias) y en horario de 08:00 h a 14:00 h. La intervención educativa se enfocó primordialmente en los temas del rol del personal

de enfermería en el manejo del dolor, valoración del dolor, tratamiento farmacológico, tratamiento no farmacológico, mitos y realidades del dolor, y orientación al paciente y familiares sobre manejo del dolor. Las sesiones incluyeron una presentación didáctica y una discusión interactiva, así mismo, se proporcionó al personal participante materiales educativos relacionados al manejo del dolor, como trípticos informativos y escalas de medición del dolor; 3. Etapa de posprueba: posterior a la intervención educativa (segundo día) se aplicó el *postest* del cuestionario Conocimiento y Actitudes Respecto al Dolor. Se procesó la información con el programa estadístico SPSS Versión 20. Se utilizó estadística descriptiva a través de medias, mediana, desviación estándar, valores mínimos y máximos. Para el análisis inferencial se empleó la prueba *t* para muestras relacionadas y la prueba de Ji-cuadrada (X^2), con un nivel de confianza de 95 % ($P < 0.05$). Se realizó la prueba de consistencia interna de los instrumentos a través del coeficiente Alpha de Cronbach ($\alpha = 0.80$).

RESULTADOS

La edad promedio del personal de enfermería era de 40.9 años, predominando la categoría laboral de auxiliar de enfermería (33.33 %); el nivel académico que destacó fue el de licenciatura en enfermería (38.10 %); los servicios de terapia intensiva, medicina interna, hemodiálisis y ginecología-obstetricia y cirugía fueron los que despuntaron (30.95 %, respectivamente), así como el turno matutino (59.52 %) y el sexo femenino (92.86 %) (Tabla 1).

El 85.71 % del personal de enfermería recibió información del dolor durante sus estudios de enfermería. El tipo de información proporcionada que predominó fue referente a generalidades del dolor (88.10 %) y medidas farmacológicas (61.90 %), y aunque esta variable no se asumió como independiente, si se evaluó como característica de la población y por su papel interviniente en los resultados al evaluar la intervención educativa, toda vez que se constató, que el personal que recibió

■ **Tabla 1. Variables sociodemográficas del personal de enfermería.**
Table 1. Sociodemographic variables of the nursing staff.

Variables	N	%
Categoría laboral		
Auxiliar de enfermería	14	33.33
Enfermera(o) general	12	28.57
Enfermera(o) especialista	12	28.57
Jefe de piso	4	9.52
Nivel académico		
Enfermera(o) general	5	11.90
Enfermera(o) general curso postécnico	2	4.76
Licenciatura en enfermería	16	38.10
Licenciatura en enfermería curso postécnico	3	7.14
Licenciatura en enfermería especialista	14	33.33
Maestría de hospitalización	2	4.76
Servicio asignado		
Quirófano, recuperación y tococirugía	8	19.05
Urgencias	8	19.05
Terapia intensiva, medicina interna, hemodiálisis	13	30.95
Ginecología-obstetricia y cirugía	13	30.95
Turno asignado		
Matutino	25	59.52
Vespertino	2	4.76
Nocturno	8	19.05
Especial diurno	7	16.67
Sexo		
Femenino	39	92.86
Masculino	3	7.14

N = 42

información durante sus estudios de enfermería obtuvo mayor calificación en el *postest* (*pretest*: $\bar{x} = 50.34$; $DE = 9.76$; *postest*: $\bar{x} = 70.65$; $DE = 10.51$) (Tabla 2).

Posterior a la intervención educativa en el personal de enfermería, se observó un incremento de la media del conocimiento del *pretest* al *postest* (Tabla 3). Es decir, en la primera sección del instrumento, con respuestas de falso y verdadero, 16 ítems de los 19 (ítems 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 15, 16 y 18) presentaron incremento en las respuestas correctas posterior a la intervención educativa; de éstos, 4 ítems mostraron los porcentajes más altos

en el *postest*: 2. Debido a que su sistema nervioso está poco desarrollado, los niños menores de dos años tienen disminución de la sensibilidad al dolor (90.48 %); 7. La Escalera Analgésica de la Organización Mundial de la Salud sugiere utilizar en el manejo del dolor combinación de diferentes medicamentos analgésicos (97.62 %); 11. Los pacientes deben ser alentados a soportar tanto dolor como sea posible antes de solicitar un medicamento analgésico (100 %); 15. Dar a los pacientes agua estéril por inyección (placebo) es prueba útil para determinar si el dolor es real (92.86 %) (Tabla 4). A los ítems se aplicó *z* de proporciones, y al comparar el *pretest* y el *postest*

■ **Tabla 2. Tipo de información recibida sobre el manejo del dolor.**
Table 2. Type of information received on pain management.

Información recibida en la licenciatura	N	%	Calificación			
			Pretest		Posttest	
Recibió información			\bar{X}	DE	\bar{X}	DE
Sí	36	85.71	50.34	9.76	70.65	10.51
No	6	14.29	54.68	8.78	69.27	14.30
Tipo de información	N	%	Calificación			
			Pretest		Posttest	
			\bar{X}	DE	\bar{X}	DE
Generalidades del dolor	37	88.10	51.43	9.73	71.62	10.05
Valoración del dolor	23	54.76	51.90	8.57	72.14	9.74
Medidas farmacológicas	26	61.90	51.44	10.20	71.75	11.47
Uso de placebos	8	19.05	51.95	8.50	68.75	10.69
Medidas no farmacológicas	11	26.19	54.26	8.75	75.28	8.08
Educación al paciente y a su familia	11	26.19	52.27	7.13	75.28	6.91
Estrategias en la valoración cultural	3	7.14	48.95	4.77	70.83	4.77

N = 42

■ **Tabla 3. Conocimiento del personal sobre dolor crónico y agudo.**
Table 3. Staff knowledge of chronic and acute pain.

Conocimiento	\bar{X}	DE	Valor	
			Mínimo	Máximo
Calificación <i>pretest</i>	50.9	9.65	28.1	78.1
Calificación <i>posttest</i>	70.4	10.9	40.6	90.6

N = 42

resultaron 9 no significativos: 5, 9, 11, 12, 13, 14, 16, 17 y 18; y 5 de mayor significación: 4 (- 6.667 3), 3 (-5.085 5), 15 (- 5.273 3), 1 (- 3.800 9) y 19 (-2.133 5). Los ítems relacionados con el uso de analgésicos opiáceos (14 y 19), así como la valoración y suministro de los mismos (17, 23, 28 y 29) mostraron un decremento de sus valores en el *posttest*, aunque solo fue significativa para los ítems 19 y 29.

La Tabla 5 muestra que en la segunda sección del instrumento con ítems de opción múltiple, siete preguntas de las 12 que integran esta sección (ítems: 21, 22, 24, 26, 27, 30, 31), posterior a la intervención educativa, presentaron incremento en las respuestas correctas; así mis-

mo, 4 ítems presentaron los porcentajes más altos de respuestas correctas: 21. La vía de administración recomendada de analgésicos opioides para pacientes con dolor agudo de aparición repentina, como un trauma o dolor postoperatorio es: Intravenosa (97.62 %); 23. El analgésico para el dolor postoperatorio inicialmente se debe de suministrar: con horario fijo (95.24 %); 27. El juez más exacto de la intensidad del dolor en el paciente es: El paciente (97.62 %); y 31. En lo referente a la valoración del dolor (caso 1 tuvo la mayor puntuación: 90.48 %).

De acuerdo a la opinión del personal de enfermería en el manejo del dolor en el paciente, en la Tabla 6 se observa aumento del conocimiento

■ Tabla 4. Resultados de respuestas correctas del *pretest* y *posttest* de los ítems de la primera sección (falso y verdadero).

Table 4. *Pre-test* and *post-test* results of correct items in the first section (false and true).

Núm.	Ítems	Pretest		Posttest	
		N	%	N	%
1	Los signos vitales siempre son indicadores confiables de la intensidad del dolor (falso).	17	40.48	34	80.95
2	Debido a su sistema nervioso poco desarrollado, los niños menores de dos años tienen disminución de la sensibilidad al dolor y la memoria de experiencias dolorosas (falso).	31	73.81	38	90.48
3	Los pacientes que pueden distraerse del dolor por lo general no tienen dolor severo (falso).	13	30.95	36	85.71
4	Los pacientes pueden dormir a pesar del dolor severo (verdadero).	2	4.76	32	76.19
5	Los agentes anti-inflamatorios no esteroideos aspirina y otros analgésicos no son eficaces para metástasis óseas dolorosas (falso).	9	21.43	13	30.95
6	La depresión respiratoria rara vez ocurre en pacientes que reciben opiáceos en un periodo de varios meses (verdadero).	12	28.57	25	59.52
7	La Escalera Analgésica de la Organización Mundial de la Salud sugiere utilizar en el manejo del dolor combinación de diferentes medicamentos analgésicos (verdadero).	3	7.14	41	97.62
8	Los opioides no deben utilizarse en pacientes con antecedentes de abuso de sustancias (falso).	18	42.86	29	69.05
9	La morfina tiene un techo analgésico (es decir, aunque se aumente la dosis del medicamento no aumenta el alivio del dolor) (falso).	22	52.38	26	61.90
10	Los pacientes ancianos no pueden tolerar los opioides para aliviar el dolor. (falso).	27	64.29	36	85.71
11	Los pacientes deben ser alentados a soportar tanto dolor como sea posible antes de solicitar un medicamento analgésico (falso).	41	97.62	42	100
12	Los niños menores de 11 años no reportan el dolor con veracidad, la enfermera debe confiar en la valoración de sus padres sobre la intensidad del dolor del niño (falso).	30	71.43	36	85.71
13	Basado en las creencias religiosas de cada persona, un paciente puede pensar que el dolor y el sufrimiento son necesarios (verdadero).	29	69.05	34	80.95
14	Después de administrar dosis inicial de opioides, las dosis posteriores se ajustan a la respuesta individual del paciente (verdadero).	35	83.33	30	71.43
15	Dar a los pacientes agua estéril por inyección (placebo) es prueba útil para determinar si el dolor es real (falso).	16	38.10	39	92.86
16	Si se desconoce la fuente de dolor del paciente, los opioides no deben utilizarse, podría enmascarar el diagnóstico de la causa del dolor (falso).	4	9.52	6	14.29
17	Los medicamentos anticonvulsivos como gabapentina (Neurontin) producen alivio óptimo del dolor después de una dosis única (falso).	32	76.19	29	69.05
18	Los benzodiacepinas no son analgésicos eficaces a menos que el dolor se deba a un espasmo muscular (verdadero).	23	54.76	24	57.14
19	La adicción a los narcóticos/opiáceos se define como la dependencia psicológica, caracterizada por descontrol sobre el consumo de drogas, el deseo, uso compulsivo y continuado a pesar del daño (verdadero).	37	88.10	29	69.05

N = 42

■ **Tabla 5. Resultados de respuestas correctas del *pretest* y *posttest* de los ítems de opción múltiple (segunda sección).**

Table 5. *Pre-test* and *post-test* results of correct items in the multiple-choice section (second section).

Núm.	Ítems	Pretest		Posttest	
		N	%	N	%
20	La vía de administración recomendada de analgésicos opioides para pacientes con dolor persistente relacionado con el cáncer es: Oral.	2	4.76	1	2.38
21	La vía de administración recomendada de analgésicos opioides para pacientes con dolor agudo de aparición repentina, como un trauma o dolor postoperatorio es: Intravenosa.	36	85.71	41	97.62
22	¿Cuál de los siguientes medicamentos analgésicos se considera el fármaco de elección para el tratamiento del dolor prolongado moderado a severo en pacientes con cáncer?: Morfina.	24	57.14	30	71.43
23	El analgésico para el dolor posoperatorio inicialmente se debe dar: Con horario fijo.	41	97.62	40	95.24
24	Un paciente con dolor crónico por cáncer ha estado recibiendo analgésicos opioides diariamente durante 2 meses. La probabilidad de que el paciente desarrolle depresión respiratoria es: Menos del 1 %.	2	4.76	36	85.71
25	La razón más probable de que el paciente con dolor pida mayores dosis de analgésicos es: El paciente experimenta un aumento del dolor.	29	69.05	29	69.05
26	Medicamentos analgésicos útiles para el tratamiento del dolor por cáncer: Ibuprofeno, Hidromorfona, Gabapentina.	16	38.10	21	50
27	El juez más exacto de la intensidad del dolor en el paciente es: El paciente.	30	71.43	41	97.62
28	¿Cuál de las siguientes opciones describe el mejor enfoque para las consideraciones culturales en el cuidado de los pacientes con dolor?: Los pacientes deben ser evaluados individualmente para determinar las influencias culturales.	28	66.67	25	59.52
29	¿Qué probabilidad existe de que una adicción opiácea se presente como resultado de tratar el dolor con analgésicos opiáceos?: 5 % a 15 %.	17	40.48	3	7.14
30	Después de la interrupción brusca de un opiáceo, la dependencia física se manifiesta en el paciente con: Sudoración, bostezos, diarrea y agitación.	13	30.95	32	76.19
31	1: Andrés tiene 25 años es su primer día después de una cirugía abdominal. Usted entra al cuarto, él sonríe y continúa hablando y bromeando con su visitante. Su valoración revela la siguiente información: PA = 120/80; FC = 80; R = 18; en una escala del 0 al 10 (0 = sin dolor; 10 = el peor dolor), él califica su dolor como 8. La valoración correcta es 8.	7	16.67	38	90.48
	2: Roberto tiene 25 años es su primer día después de una cirugía abdominal. Esta acostado en la cama y llora al realizar movimientos. Su valoración revela la siguiente información: PA = 120/80; FC = 80; R = 18; en una escala del 0 al 10 (0 = sin dolor; 10 = el peor dolor), él califica su dolor como 8. La valoración correcta es 8.	9	21.43	31	73.81

N = 42

en el *postest* en el personal de enfermería que administra los analgésicos con un horario fijo ($\bar{x} = 70.62$; $DE = 10.40$); con el propósito de alivio del dolor tanto como sea posible ($\bar{x} = 71.05$; $DE = 9.13$); y considera su labor “buena” en el alivio del dolor ($\bar{x} = 72.08$; $DE = 9.46$). Como indicador de la efectividad de la intervención en las personas se utilizó la calificación o porcentaje de aciertos (el cual es cociente entre el número de aciertos que tuvo la persona entre el número total de reactivos multiplicado por 100).

Para verificar la efectividad de la intervención educativa dirigida al personal de enfermería, se aplicó la prueba *t* para muestras relacionadas, al promedio de las diferencias de calificaciones inicial-final de las personas, resultando significativa ($P < 0.001$), como lo muestra la Tabla 7.

No se encontró asociación de la efectividad de la intervención educativa con las variables nivel

académico ($X^2 (5, N = 42) = 8.27, P = 0.142$); servicio de hospitalización ($X^2 (9, N = 42) = 9.84, P = 0.364$); y turno asignado ($X^2 (4, N = 42) = 2.2, P = 0.7$), mostrando asociación sólo con la variable información recibida en la licenciatura ($X^2 (1, N = 42) = 7.24, P < 0.01$).

DISCUSIÓN

Los resultados mostraron que la media del conocimiento del personal de enfermería se incrementó al recibir el programa para el manejo del dolor (*pretest*: $\bar{x} = 50.9$; $DE = 9.65$ y *postest*: $\bar{x} = 70.4$; $DE = 10.9$), coincidiendo con los resultados encontrados por otros autores (Abdallahim y col., 2011; Gómez y Maldonado, 2011; Carnero, 2014; Moreno y col., 2014), que reportaron mejoras significativas en el conocimiento del personal de enfermería acerca del dolor y actitudes hacia los pacientes con dolor después de intervenciones educativas. En este estudio, independientemente de que se incrementó el conocimiento en el *postest* del perso-

■ **Tabla 6. Opinión del personal de enfermería sobre el alivio del dolor en el paciente.**

Table 6. Nursing staff's opinion regarding pain relief in patients.

Información	N	%	Calificación			
			Pretest		Postest	
			\bar{X}	DE	\bar{X}	DE
Administración de medicamentos						
En forma preventiva	7	16.67	53.12	10.36	74.10	11.51
Con un horario fijo	25	59.52	50	10.28	70.62	10.40
P.R.N. (por razón necesaria)	9	21.43	51.38	8.24	69.09	11.73
Cuando el paciente lo solicite	1	2.38	56.25	0	53.12	0
Propósito en la administración de analgésicos						
Alivio completo del dolor	10	23.81	49.06	6.59	68.12	10.90
Alivio del dolor tanto como sea posible	19	45.24	54.27	9.15	71.05	9.13
Alivio del dolor suficiente para la función	1	2.38	68.75	0	84.37	0
Alivio del dolor suficiente para ser tolerado	12	28.57	45.83	9.73	70.31	13.75
Labor en la administración de analgésicos						
Excelente	4	9.52	40.62	12.23	56.25	14.87
Buena	30	71.43	51.35	8.19	72.08	9.46
Regular	8	19.05	54.46	12.08	74.55	6.09

N = 42

■ **Tabla 7. Efectividad de la intervención educativa.**
Table 7. Effectiveness of the educational intervention.

Conocimiento	\bar{X}	DE	t	Gl	P
Calificación inicial-final	- 6.23	3.11	- 12.98	41	0.001

N = 42

nal de enfermería, el nivel de conocimiento fue insuficiente (*postest*: $\bar{x} = 70.4$), ya que; al respecto, McCaffery y Robinson (2003), consideran un conocimiento adecuado, cuando se tiene más del 80 % de respuestas correctas, además, se tiene que analizar el caso de los ítems donde hubo decremento en el *postest*, en torno a la administración de opiáceos y algunos aspectos específicos sobre analgésicos en general, por lo que se considera, que debiera revalorarse y mejorar el taller de intervención educativa.

La mayoría del personal de enfermería que integró esta investigación recibió información sobre el manejo del dolor en sus estudios (85.71%), cifra considerablemente mayor a la de Ortega y col. (2008), quienes reportaron en su estudio que el 52.2 % del personal de enfermería había recibido formación en el manejo del dolor.

En el *pretest*, en relación a la opinión del personal de enfermería sobre el manejo del dolor, más de la mitad aplicaba los medicamentos con un horario fijo y consideraban que su labor en el alivio del dolor era “buena”; en el *postest*, aumentaron estas acciones en más de un 20 %.

Antes de la intervención educativa, menos de la mitad consideraba que el propósito en la administración de analgésicos es el alivio del dolor tanto como sea posible, lo que es preocupante por ser un valor bajo, ya que las metas en el manejo del dolor son minimizar o eliminar la incomodidad, facilitar la recuperación del proceso y eliminar las complicaciones (Söderhamn y Idvall, 2003); siendo un requisito el alivio del dolor para que el paciente logre la recuperación y calidad óptima de vida.

En lo referente a la efectividad de la intervención educativa, para aumentar el conocimiento del manejo del dolor, se obtuvo una significancia alta (P = 0.001), lo que puede influenciar positivamente las conductas de la práctica de enfermería y las actitudes hacia los pacientes, concordando con los resultados reportados en estudios previos (Abdalahim y col., 2011; Jarrett y col., 2013; Carnero, 2014). La asociación del conocimiento recibido en la intervención educativa sobre el manejo de dolor, con las variables sociodemográficas del personal de enfermería, únicamente mostró asociación con la variable información recibida durante los estudios de enfermería. No obstante que el número de respuestas correctas mejoró posterior a la intervención educativa, el personal de enfermería presentó respuestas incorrectas en los ítems relacionados con el conocimiento de medicamentos analgésicos, vía de administración recomendada, efectos y duración de la acción analgésica de los opioides, probabilidad a la adicción y la influencia cultural en la valoración del dolor.

De acuerdo a los resultados de esta investigación, se coincide con los planteamientos de Moreno y col. (2014) e IMSS (2016), en cuanto a que se requiere mayor formación del personal de enfermería para que identifique, valore y ponga en práctica las medidas necesarias contra el dolor; e igualmente con los señalamientos de Rubiño y col. (2016), de que es necesario, además de la capacitación, contar con mejores protocolos de actuación; y con Zavala y González (2008) y Brea y col. (2011), de que se requiere revisar y adecuar los programas y asignaturas de formación en enfermería, en cuanto a buenas prácticas en la atención de personas con dolor. Dichas adecuaciones crea-

rían una oportunidad de mejora en la calidad de la atención (Montealegre, 2014), y constituyen una cuestión de derechos humanos y de ética clínica (Soler, 2011; Saruwatari y Siqueiros, 2012). Los resultados también permitieron visualizar que deben revisarse los contenidos del programa de capacitación empleado en este proyecto antes de ser replicado. El número de personal de enfermería que atendió a la convocatoria para participar en este estudio fue pequeño, además de utilizar un muestreo no probabilístico y un diseño pre-experimental, lo que, si bien dio la posibilidad de visualizar la importancia de la capacitación sobre el tema, se considera una limitación para realizar inferencias al total de la población.

CONCLUSIONES

En el presente estudio, el conocimiento del personal de enfermería sobre manejo del dolor mejoró en el *postest*, no obstante que la intervención educativa incrementó el conocimiento, éste fue no adecuado para la mayoría del personal participante. Las áreas del conocimiento en el manejo del dolor en donde el personal de enfermería presentó mayor debilidad fueron las relacionadas al tratamiento farmacológico, resaltando el desconocimiento sobre la acción y consideraciones de uso de los opiáceos. Estos resultados señalan la necesidad de implantar intervenciones educativas para mejorar el conocimiento del manejo del dolor en personal de enfermería de las áreas clínica y docente.

REFERENCIAS

- Abdalahim, M. S., Majali, S. A., Stomberg, M. W., and Bergbom, I. (2011). The effect of postoperative pain management program on improving nurse's knowledge and attitudes toward pain. *Nurse Education in Practice*, 11(4): 250-255.
- Bottega, F. y Fontana, R. T. (2010). El dolor como quinto signo vital: uso de la escala de evaluación por las enfermeras en los hospitales generales, en *Texto & Contexto Enfermagem*. [En línea]. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072010000200009&script=sci_abstract&tlng=es. Fecha de consulta: 3 de enero de 2017.
- Brea, R. P., Salguero, C. R., Almuedo, P. A., Rojas-de-la-Mora, F. A. y Torres, O. A. (2011). Buenas prácticas profesionales en la atención de las personas con dolor. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 18(5): 297-302.
- Burns, N. y Grove, S. (2012). *Investigación en enfermería. Desarrollo de la práctica enfermera basada en la evidencia* (Quinta edición). España: Elsevier. 580 Pp.
- Calderón-Estrada, M., Pichardo-Cuevas, M., Suárez-Muñoz, M. P., Ramírez-Montiel, M. L. y Contreras-Carretero, N. (2012). Calidad de atención del dolor postoperatorio en cirugía ginecológica. *Revista de Investigación Médica Sur Mexicana*, 19(3): 144-148.
- Carnero, Q. (2014). El papel de la enfermería en el manejo del dolor. Retrieved from *Repositorio Documental*. [En línea]. Disponible en: <http://uvadoc.uva.es/bitstream/10324/5538/1/TFG-H80.pdf>. Fecha de consulta: 20 de enero de 2017.
- Córdova, J. A., Ortíz, R. M., Salazar, E. H. y García, A. D. (2012). Manejo del dolor por personal de enfermería en paciente pediátrico post-quirúrgico de apendicectomía. *Revista Cuidarte*, 3(1): 287-292.
- Covarrubias-Gómez, A., Guevara-López, U., Gutiérrez-Salmerón, C., Betancourt-Sandoval, J. y Córdova-Domínguez, J. (2010). Epidemiología del dolor crónico en México. *Revista Mexicana de Anestesiología*, 33(4): 207-213.
- Ferrell, B. R. and McCaffery, M. (2012). Knowledge and attitudes survey regarding pain. [En línea]. Disponible en: http://www.midss.org/sites/default/files/knowledge_attitude_survey_10-12.pdf. Fecha de consulta: 3 de enero de 2017.
- García-Miranda, M., Guevara-López, U., Serratos-Vázquez, M. C., Roa-Aguirre, L. y Rivera-Saldívar, G. (2012). Tendencias de prescripción en el control del dolor en un Hospital de Ortopedia y Traumatología. *Revista Mexicana de Anestesiología*, 35(1): 40-45.
- Gómez, T. D. y Maldonado, G. V. (2011). La enfermera: profesional que interviene en el alivio del dolor nociceptivo del paciente. *Revista Horizontes en Salud*, (3): 84-95.
- Hanke, B. F. y Teresinha, F. R. (2010). A dos como quinto sinal vital: utilização da escala de avaliação por enfermeiros de um hospital geral, en *Texto & Contexto Enfermagem*. [En línea]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=71416097009>. Fecha de consulta: 22 de enero de 2017.
- IMSS, Instituto del Seguro Social (2016). *Guías de*

práctica clínica: Intervenciones de enfermería para la valoración y manejo del dolor agudo en pacientes de 3 a 6 años. [En línea]. Disponible en: <http://imss.gob.mx/profesionales-salud/gpc>. Fecha de consulta: 22 de enero de 2017.

Jarrett, A., Church, T., Fancher-Gonzalez, K., Shackelford, J., and Lofton, A. (2013). Nurse's knowledge and attitudes about pain in hospitalized patients. *Clinical Nurse Specialist*. 27(2): 81-87.

Lui, L. Y., So, W. K., and Fong, D. Y. (2008). Knowledge and attitudes regarding pain management among nurse's in Hong Kong medical units. *Journal of Clinical Nursing*. 17(15): 2014-2021.

McCaffery, M. y Robinson, E. S. (2003). El enfermo sufre dolor. Aquí están sus respuestas. *Elsevier*. 21(4): 8-16.

Montealegre, G. D. (2014). Retos para enfermería en el cuidado de personas con dolor: una forma de humanización. *Revista Cuidarte*. 5(1): 679-688.

Moreno, M. M., Muñoz, R. M. e Interrial, G. M. (2014). Satisfacción con el manejo del dolor postoperatorio en pacientes hospitalizados. *Aquichán*. 14(4): 460-472.

Navarro, V. J. y Caminos, P. J. (2013). El laberinto del dolor y la necesidad de impulsar la investigación básica. *Colombiana de Anestesiología*. 4(1): 1-3.

Ortega, R., Romero, R. M., Sánchez, M. D., García, M., Cruz, O. y Fang, M. A. (2008). Conocimiento de enfermería sobre dolor postoperatorio. *Desarrollo Científico de Enfermería*. 16(6): 250-253.

Parra, G. D. (2010). Valoración del V signo vital en Atención Primaria. *Revista El Dolor*. 19(53): 11-16.

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (2014). Título primero. Disposiciones generales, en [salud.com.mx](http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.html). [En línea]. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.html>. Fecha de consulta: 19 de enero de 2015.

Rubiño, D. J., Llado, S. S., Pérez, G. C. y Socias, M. M. (2016). Percepción de los profesionales sanitarios en el abordaje del dolor en los servicios de urgencias. *Revista Sociedad Española del Dolor*. 23(5): 229-237.

Ruiz, M., Gómez, A., Córcoles, L., Herreros, L., Segovia, M. I., Lopez, J., ... y Castillo, Ma. D. (2013). Valoración y manejo del dolor en pacientes hospitalizados, en *Protocolo Consensuado 2013. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete*. [En línea]. Disponible en: http://www.chospab.es/enfermeria/RNAO/guias/protocolo_valoracion_y_manejo_del_dolor_en_pacientes_hospitalizados.pdf. Fecha de consulta: 21 de junio de 2017.

Saruwatari, Z. J. y Siqueiros, G. J. (2012). El Alivio del dolor: ¿es un derecho humano?. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*. 19(3): 147-156.

Söderhamn, O. and Idvall, E. (2003). Nurse's influence on quality of care in postoperative pain management: a phenomenological study. *International Journal of Nursing Practice*. 9(1): 26-32.

Soler, C. E. (2011). El derecho a no sentir dolor. Aspectos éticos en el tratamiento del dolor. *Revista Méthode*. (71): 93-97.

Touriñán, J. M. (2011). Intervención Educativa, intervención pedagógica y educación: la mirada pedagógica. *Revista Portuguesa de Pedagogía Extra-Série*. 283-307.

Vera, M. (2014). La decadencia de la escalera analgésica frente a la efectividad del ascensor analgésico. *Revista Enfermería CyL*. 16(1): 23-30.

Villegas, G. J., Villegas, A. O. y Villegas G. V. (2012). Semiología de los signos vitales: una mirada novedosa a un problema vigente. *Archivos de Medicina*. 12(2): 221-240.

Zavala, R. M. y González, S. F. (2008). Conocimientos y manejo del dolor en alumnos de enfermería. *Aquichán*. 18(2): 212-226.