

Universidad de Oviedo

Centro Internacional de Postgrado

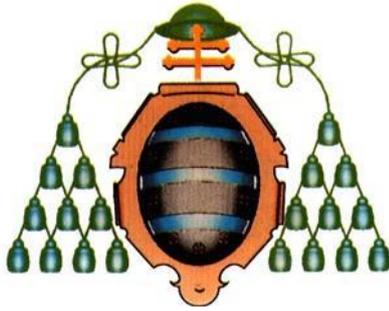
Máster Universitario en Enfermería de Urgencias y Cuidados Críticos

“Evaluación del manejo del dolor en el Área de Gestión Clínica de Medicina Interna del Hospital de Cabueñes (Gijón)”

Kenya Nektxea Lezaun

20 de Mayo de 2015

Trabajo Fin De Máster



Universidad de Oviedo

Centro Internacional de Postgrado

Máster Universitario en Enfermería de Urgencias y Cuidados Críticos

**“Evaluación del manejo del dolor en el Área de Gestión Clínica de Medicina
Interna del Hospital de Cabueñes (Gijón)”**

Trabajo Fin De Master

Kenya Nektxea Lezaun

Joaquín Moris de la Tassa



MÁSTER UNIVERSITARIO EN ENFERMERÍA DE URGENCIAS Y CUIDADOS CRÍTICOS

D. Joaquín Moris de la Tassa, Doctor en Medicina y Cirugía por la Universidad de Oviedo, Profesor Titular de Escuela Universitaria, Vinculado en el Departamento de Medicina – Área de conocimiento de Enfermería, y Director del Área de Gestión Clínica de Medicina Interna en el Hospital de Cabueñes, Gijón.

CERTIFICA:

Que el Trabajo Fin de Máster presentado por Dña. Kenya Nektorea Lezaun, titulado “Evaluación del manejo del dolor en el Área de Gestión Clínica de Medicina Interna del Hospital de Cabueñes (Gijón)”, realizado bajo mi dirección, reúne a mi juicio las condiciones necesarias para ser admitido como Trabajo Fin de Máster en la Universidad de Oviedo.

Y para que así conste dónde convenga, firmo la presente certificación en Oviedo a 20 de mayo de 2015.

Vº Bº

Fdo. Joaquín Moris de la Tassa.

Director/Tutor del Proyecto.

GLOSARIO DE ABREVIATURAS

- AGC: Área de Gestión Clínica
- APS: American Pain Society
- EVA: Escala Visual Analógica
- EVN: Escala Visual Numérica
- H.: Hospital
- IASP: International Association of the Study of Pain
- JCAHO: Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations
- NRS: Numerical Rating Scale
- SEMICYUC: Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias
- SINOC: Sistema de Información Normalizada de Objetivos de Calidad
- SINOC - AE: Sistema de Información Normalizada de Objetivos de Calidad en Atención Especializada
- SPSS: Statistical Package for Social Sciences

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	1
2. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS	7
2.1. Hipótesis central del trabajo	8
2.2. Objetivos del trabajo	8
2.2.1. Objetivo general	8
2.2.2. Objetivos específicos	8
3. SUJETOS Y MÉTODO	9
3.1. Ámbito de estudio	10
3.2. Tipo de estudio	10
3.3. Criterios de inclusión y exclusión	10
3.4. Cálculo y método de muestreo	11
3.5. Método de recogida de datos	11
3.6. Métodos estadísticos	21
3.7. Aspectos éticos	21
4. RESULTADOS	23
4.1. Características demográficas de la muestra estudiada	24
4.2. Características clínicas de la muestra estudiada	25
4.3. Prevalencia del dolor en la muestra estudiada	28
4.4. Cumplimiento de la evaluación del dolor	34
4.5. Medidas analgésicas puestas en marcha y efectividad de las mismas	42
5. DISCUSIÓN	52
5.1. Relevancia del tema y confrontación de los resultados con la literatura	53
5.2. Sesgos y limitaciones del estudio	59
5.3. Fortalezas y utilidad del trabajo	61
6. CONCLUSIONES	64
7. BIBLIOGRAFÍA	66

8. ANEXOS _____	69
Anexo I. Gráfica de enfermería. _____	70
Anexo II. Hoja de administración de medicamentos _____	71
Anexo III. Hoja de enfermero _____	72
Anexo IV. Hoja de recogida de datos _____	73
Anexo V. Solicitud de autorización del proyecto de investigación _____	75
Anexo VI. Autorización del Comité Ético de la Investigación Clínica Regional del Principado de Asturias. _____	76
Anexo VII. Calidad bibliográfica: factor de impacto de las revistas consultadas _____	77
Anexo VIII. Organigrama del Trabajo Fin de Máster _____	78

ÍNDICE DE TABLAS

<i>Tabla 1. Diferencias de edad por sexo</i>	25
<i>Tabla 2. Relación entre presencia de dolor durante el ingreso y sexo.</i>	28
<i>Tabla 3. Relación entre presencia de dolor durante el ingreso y edad.</i>	29
<i>Tabla 4. Relación entre motivo de ingreso y presencia de dolor durante el ingreso.</i>	30
<i>Tabla 5. Relación entre promedio de intensidad de dolor durante el ingreso (según escala EVA) y sexo.</i>	32
<i>Tabla 6. Relación entre promedio de dolor durante el ingreso y motivo de ingreso.</i>	33
<i>Tabla 7. Relación entre intensidad del dolor, edad y días de ingreso.</i>	34
<i>Tabla 8. Relación entre presencia del dolor durante el ingreso y evaluación del dolor una vez al día.</i>	37
<i>Tabla 9. Relación entre presencia del dolor durante el ingreso y evaluación sistemática del dolor cada 8 horas.</i>	37
<i>Tabla 10. Relación entre presencia de dolor durante el ingreso y registro de este dolor en la "hoja de enfermería" (no registrado en la gráfica de constantes).</i>	38
<i>Tabla 11. Relación entre evaluación del dolor por turno (cada 8 horas) y planta a la que pertenece el paciente.</i>	39
<i>Tabla 12. Relación entre evaluación diaria del dolor y planta a la que pertenece el paciente.</i>	40
<i>Tabla 13. Relación entre alteración cognitiva o comunicativa y evaluación del dolor mediante escala EVA.</i>	41
<i>Tabla 14. Relación entre presencia de dolor durante el ingreso y actuación de los profesionales sanitarios ante el dolor.</i>	47
<i>Tabla 15. Relación entre presencia de dolor durante el ingreso y administración de analgesia pautada.</i>	48
<i>Tabla 16. Relación entre toma de analgésicos a domicilio de manera crónica y pautada y sexo.</i>	50
<i>Tabla 17. Relación entre toma de analgésicos a domicilio de manera pautada y crónica y presencia de dolor durante el ingreso</i>	51

ÍNDICE DE FIGURAS

<i>Figura 1. Distribución de sexos.</i>	24
<i>Figura 2. Distribución de motivos de ingreso.</i>	26
<i>Figura 3. Distribución de presencia de alteración cognitiva o de comunicación.</i>	27
<i>Figura 4. Distribución de la presencia de dolor.</i>	28
<i>Figura 5. Distribución del promedio de intensidad del dolor durante el ingreso (según escala EVA).</i>	31
<i>Figura 6. Distribución de la evaluación diaria del dolor.</i>	35
<i>Figura 7. Distribución de la evaluación sistemática del dolor por turno (cada 8 horas).</i>	36
<i>Figura 8. Distribución de la actuación de los profesionales ante el dolor.</i>	42
<i>Figura 9. Distribución del tipo de pauta de Paracetamol.</i>	43
<i>Figura 10. Distribución del tipo de pauta de Metamizol.</i>	44
<i>Figura 11. Distribución del tipo de pauta de Cloruro Mórfico.</i>	45
<i>Figura 12. Distribución del tipo de pauta de otros analgésicos.</i>	46
<i>Figura 13. Distribución de la utilización de analgésicos pautados.</i>	47
<i>Figura 14. Distribución de la efectividad de las medidas analgésicas.</i>	49
<i>Figura 15. Distribución de la toma domiciliaria de analgésicos.</i>	50

1. INTRODUCCIÓN

Mejorar la calidad de la asistencia sanitaria es una prioridad para el Sistema Nacional de Salud español. Es por ello que se han desarrollado sistemas de indicadores para su monitorización, con el objetivo de identificar problemas o situaciones que deben ser estudiadas en profundidad o ser objeto de intervención para mejorar.¹

En este sentido, el Servicio de Salud del Principado de Asturias ha diseñado el Sistema de información normalizada de objetivos de calidad (SINOC), una herramienta para la determinación de objetivos e indicadores de calidad.

El SINOC-AE, específico de la atención especializada, desarrolla un módulo específico de hospitalización. Éste último describe, entre otros, objetivos de calidad relacionados con el manejo del dolor. El objetivo H5 se relaciona con la planificación de la asistencia, y especifica que en las 24 horas que siguen al ingreso, el médico y la enfermera responsables planificarán la atención del paciente y se registrarán las modificaciones que la evolución del paciente aconsejen. El objetivo H8, denominado “Controlar el dolor”, se constituye por dos indicadores. El primero hace alusión a la historia clínica de los pacientes, mencionando que en los que se haya detectado dolor deberá constar una orden de planificación analgésica. El segundo indicador expone que las órdenes de planificación analgésica deben cumplirse y registrarse.²

La importancia de este objetivo recae en que, tal y como considera la American Society of Pain, el dolor es uno de los principales síntomas y causa de discomfort en los pacientes hospitalizados; definiéndose éste como “una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada a una lesión presente o potencial o descrita en términos de la misma, y si persiste, sin remedio disponible para alterar su causa o manifestaciones, una enfermedad por sí misma”.³

En los últimos años se han producido grandes avances en el conocimiento del dolor y se han diseñado nuevas técnicas para su control. A pesar de ello y de que diferentes consensos internacionales coinciden en reconocer el alivio del dolor como un derecho humano fundamental, la realidad es que aún muchos enfermos sufren dolor innecesariamente.

Son varios los estudios epidemiológicos que demuestran la alta prevalencia de dolor en hospitales: estudios previos realizados revelan que entre el 54,7 y el 70,4% de los pacientes ingresados presentan dolor.⁴⁻⁶

Bolibar et al. en su estudio sobre el dolor en el hospital reflejan una prevalencia global del dolor del 54,7% y clasifican este total según la Escala Visual Analógica (EVA). Indican que el 43,5% padece un dolor candidato a tratamiento (intensidad >2 en la EVA) y que un 34,7% padece un dolor de intensidad moderada-intensa (>3 en la EVA). Añaden que un 18,7% de los pacientes de su estudio tributarios de analgesia no tienen prescripción y que la efectividad analgésica solamente se consigue en el 47,3% de los pacientes.⁶

En otro estudio, *Arbonés et al.* analizan separadamente a los pacientes que refieren dolor durante su estancia y destacan que un 19,2% de éstos no tiene pauta analgésica. Exponen que un 71,1% del total de los pacientes afirma que el dolor le ha dificultado sus actividades en el hospital.⁵

A pesar de la alta prevalencia y trascendencia del dolor, la práctica asistencial demuestra que con frecuencia es infravalorado por los profesionales de salud.⁷

El registro regular de la intensidad del dolor es un indicador de calidad asistencial y debería ser una actividad rutinaria en el proceso asistencial hospitalario, al igual que la valoración de otras constantes vitales como son la temperatura y la tensión arterial. No obstante, un estudio multicéntrico de la evaluación del dolor en el medio hospitalario refleja que únicamente se registra la intensidad del dolor en las historias clínicas en un 47,9% de los pacientes. Concluye mencionando que para establecer una terapéutica analgésica adecuada, es necesario que los

pacientes comuniquen el dolor que tienen y que los profesionales sanitarios evalúen y registren de manera sistemática su intensidad en las historias clínicas, pues en caso contrario podría pasar completamente desapercibido. Este importante aspecto de la actividad asistencial, que es la anotación del dolor en la documentación clínica, ha recibido poco interés y por ello existen pocos estudios publicados en nuestro país que hayan determinado la evaluación y el registro de la intensidad del dolor en los pacientes hospitalizados.⁸

La naturaleza del dolor en muchas ocasiones dificulta a los profesionales sanitarios la medición objetiva del mismo. No obstante, el dolor agudo puede ser evaluado de forma fiable pues existen herramientas unidimensionales validadas para tal fin. Son la escala visual analógica (EVA) y escala de calificación numérica (NRS) las dos escalas más extendidas para la evaluación de la intensidad del dolor y analgesiometría; ambas son las que con mayor exactitud detectan cambios en la intensidad del mismo.⁹

La SEMICYUC recomienda la escala visual analógica (EVA) y la escala verbal numérica (EVN) para la evaluación del dolor del paciente consciente,¹⁰ y esta es una de las razones por la que la mayoría de los estudios revisados utilizan la escala categórica o la escala visual analógica como herramienta de evaluación del dolor.^{4-6,11}

La escala analógica visual, descrita por Scott y Huskinsson en 1976, es una herramienta que consiste en un segmento cuya longitud representa diferentes intensidades de dolor. El segmento mide 10 centímetros, está numerado del 0 al 10 y sus extremos representan los límites extremos de una experiencia dolorosa (siendo el 0 “la ausencia de dolor” y el 10 “el máximo dolor soportable”). Se entiende que si se obtiene una puntuación EVA menor a 3 puntos el dolor será leve, si se obtiene una puntuación de 4 a 7 puntos el dolor será moderado y si se obtiene una puntuación de 8 a 10 puntos el dolor se considerará severo.

Esta escala es simple y ha demostrado una gran sensibilidad y reproducibilidad, permitiendo a los pacientes expresar la intensidad del dolor de una manera que permite posteriormente, de una manera muy fácil, asignen una puntuación numérica. A pesar de que ha demostrado ser bien entendida por el paciente y de gran utilidad en la práctica asistencial, un estudio transversal realizado en España demuestra que un 81,3% de los profesionales sanitarios pregunta al paciente si presenta dolor, pero solamente un 35,5% utiliza escalas categóricas y un 45,8% la escala visual analógica.^{11,12}

Esta subjetividad propia del dolor puede dificultar su manejo y el alcance de la analgesia. No obstante, se acepta la presencia de dolor como un sufrimiento innecesario, ya que en general puede controlarse eficazmente mediante los fármacos analgésicos y las técnicas disponibles actualmente. Visto esto, el adecuado tratamiento del dolor ha sido considerado como un indicador relevante de buena práctica clínica y calidad asistencial.⁶

Enfermería tiene el reto y la obligación, junto con el equipo multidisciplinar, de poner en marcha todas las medidas para el alivio o la mejora del dolor, puesto que uno de sus objetivos principales es proporcionar confort al paciente. Ello supone el reconocimiento, por parte de los profesionales, de los pros del adecuado manejo y los contras del inadecuado manejo del dolor, para poder así utilizar todos los medios que estén a su alcance y que puedan ser útiles para conseguir la desaparición o alivio de este padecer. En este sentido, la International Association of the Study of Pain (2010) expone que un adecuado manejo del dolor conlleva numerosos beneficios: alta de hospitalización más temprana con la consecuente reducción de los gastos sanitarios, menor uso de recursos, menor número de complicaciones, uso más eficaz del tiempo de enfermería, mayor satisfacción del paciente y menor número de días de discapacidad y pérdida de la productividad.

Por el contrario, el inadecuado control del dolor genera consecuencias tanto a nivel individual como a nivel social. A nivel individual genera aflicción psicológica (ansiedad y depresión), alteración del sueño, reducción de la función contribuyendo al desarrollo de incapacidades, desarrollo del dolor crónico y reducción de la calidad de vida. Entre los efectos sociales se encuentran la incapacidad para trabajar y el aumento de los costes en la atención a la salud. Por último, a nivel institucional proyecta una imagen muy negativa del medio sanitario.^{4,6,13}

Ante esta situación, varios autores afirman que el tratamiento del dolor a nivel hospitalario constituye una oportunidad de mejora en la que están implicados los profesionales sanitarios y los gestores.⁴ Organizaciones relevantes como The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) plantea la importancia de la evaluación continua para alcanzar los objetivos de mejorar el control del dolor, siendo para esto fundamental analizar las prácticas actuales de manejo del mismo.

Una de las primeras medidas de mejora asistencial para reducir el dolor en un centro sanitario consiste en conocer la prevalencia de este síntoma y analizar el abordaje terapéutico realizado.⁶

Teniendo en cuenta el marco teórico mencionado, es visible que el dolor es un factor prevalente y a su vez determinante en los pacientes hospitalizados. Las consecuencias de esta dolencia repercuten en la salud física y mental del paciente, en la recuperación y aparición de complicaciones y en la gestión de los recursos sanitarios.

Dada la trascendencia de este fenómeno, el objetivo de este trabajo se centra en evaluar el manejo del dolor en el Área de Gestión Clínica de Medicina Interna del Hospital de Cabueñes (Gijón); para poder de esta manera evaluar la calidad de la asistencia clínica y poder con ello explorar propuestas de mejora en esta área asistencial.

2. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

2.1. Hipótesis central del trabajo:

Los profesionales sanitarios del Área de Gestión Clínica de Medicina Interna del Hospital de Cabueñes (Gijón) evalúan sistemáticamente una vez por turno el dolor y llevan a cabo medidas analgésicas efectivas en los pacientes que lo padecen.

2.2. Objetivos del trabajo:

2.2.1. Objetivo general:

Evaluar el manejo del dolor en Área de Gestión Clínica de Medicina Interna del Hospital de Cabueñes (Gijón)

2.2.2. Objetivos específicos:

- Conocer la prevalencia del dolor en los pacientes hospitalizados en el Área de Gestión Clínica de Medicina Interna del Hospital de Cabueñes.
- Determinar el cumplimiento de la evaluación sistemática por turno del dolor en los pacientes que refieren tener dolor.
- Analizar la efectividad de las medidas analgésicas en los pacientes hospitalizados con dolor.
- Estudiar las características demográficas y clínicas de estos enfermos.

3. SUJETOS Y MÉTODO

3.1. Ámbito de estudio

El trabajo se ha desarrollado en Asturias, en el Área V de Salud, concretamente en el Área de Gestión Clínica de Medicina Interna del Hospital de Cabueñes de Gijón.

3.2. Tipo de estudio

El estudio desarrollado para dar respuesta a la hipótesis de investigación ha sido un estudio descriptivo, observacional, transversal y retrospectivo de historias clínicas en papel.

3.3. Criterios de inclusión y exclusión

Han sido incluidos en el estudio:

- Pacientes ingresados en el Área de Gestión Clínica de Medicina (AGC) Interna del Hospital de Cabueñes a lo largo del año 2014.
- Pacientes ingresados en las plantas de hospitalización del AGC mencionada: 5º planta par, 7º planta par y 7º planta impar.
- Pacientes ingresados en éste área con una estancia igual o menor a 15 días.

Han quedado excluidos del estudio:

- Pacientes ectópicos, es decir, aquellos pacientes ingresados en el AGC de Medicina Interna del Hospital de Cabueñes pero en plantas de otros servicios.
- Pacientes con una estancia hospitalaria mayor a 15 días en esta área.

3.4. Cálculo y método de muestreo

Se tomó como referencia la población de pacientes ingresados en el Área de Gestión Clínica de Medicina Interna del Hospital de Cabueñes en el año 2014, 2673 sujetos.

Para el cálculo del tamaño muestral se aplicó la siguiente fórmula:

$$\text{Tamaño muestral} = N z^2 pq / (i^2(n-1) + z^2 pq).$$

Para ello, se prefijó una frecuencia esperada (p) de 0.45, un error (i) del 0.1 y una seguridad (z) del 1.96. El tamaño de la población (N) equivale a 2673, el número total de historias del año 2014. El valor (q) se ha obtenido de la siguiente manera: $q=1-p$.

Tras los cálculos, se obtuvo una muestra de 92 sujetos. Del listado total de ingresos se seleccionaron de forma aleatoria 100 pacientes. En esta selección se tuvieron en cuenta los criterios de inclusión y exclusión; si alguno de los sujetos seleccionados cumplía alguno de los criterios de exclusión, se buscó otro sujeto de manera aleatoria para sustituirlo.

3.5. Método de recogida de datos

Tras elaborar un listado con los 100 sujetos, se ha solicitado el acceso a la documentación clínica al registro del Hospital de Cabueñes.

La fuente de obtención de los datos han sido las historias clínicas en papel de los pacientes incluidos en la muestra. Tras la revisión sistemática de estos registros se ha compilado información acerca de las siguientes variables: sexo, edad, motivo de ingreso, presencia de dolor durante el ingreso, alteración cognitiva o de comunicación, intensidad media de dolor durante el ingreso, duración del ingreso, duración de la exposición al dolor durante el ingreso, cumplimiento de la evaluación diaria del dolor, cumplimiento de la evaluación sistemática por turno del dolor, registro del dolor en "hoja de enfermería", actuación de los profesionales en los pacientes

hospitalizados que refieren dolor, pauta analgésica, uso de analgesia pautada, efectividad de las medidas analgésicas, uso de analgésicos en domicilio, destino de alta y planta de ingreso del paciente.

Los documentos pertenecientes al episodio de ingreso que se han consultado para la recogida de los datos han sido la gráfica de enfermería (*anexo I*), la hoja de administración de medicamentos (*anexo II*), la hoja de enfermería donde se escribe el evolutivo (*anexo III*) y el informe clínico de alta.

Con el fin de recoger los datos se ha utilizado una hoja de recogida elaborada para tal función (*anexo IV*). En esta hoja aparecen agrupadas las siguientes variables.

Descripción de las variables:

VARIABLE	CLASE O TIPO	DEFINICIÓN OPERATIVA	ESCALA DE MEDIDA
Sexo del paciente	Variable cualitativa, nominal, dicotómica, objetiva.	Condición orgánica masculina o femenina del individuo.	1.Hombre 2.Mujer
Edad del paciente	Variable cuantitativa, discreta, objetiva.	Tiempo que ha vivido el paciente.	Años
Motivo de ingreso del paciente	Variable cualitativa, nominal, objetiva.	Patología o cuadro de signos y síntomas causante del ingreso del paciente que aparece reflejado en la historia clínica del paciente.	Tabla de Categorías Diagnósticas Mayores de la CIE 9 –MC: 1. Asma 2. Diabetes Mellitus 3. Derrame Pleural 4. Esclerosis Múltiple 5. EPOC y bronquiectasias 6. Infecciones de la piel y del tejido celular s/c 7. Insuficiencia Cardíaca

			<ul style="list-style-type: none"> 8. Neoplasias 9. Insuficiencia Respiratoria 10. Insuficiencia Renal 11. Infección Urinaria 12. Neumonía 13. Fiebre de origen desconocido 14. Septicemia 15. Síndrome general a estudio 16. Infección respiratoria 17. Otros 18. Pluripatológico 19. Anemia
<p>Presencia de dolor durante el ingreso</p>	<p>Variable cualitativa, nominal, dicotómica, objetiva.</p>	<p>Presencia de dolor durante el ingreso reflejada en la historia clínica.</p>	<ul style="list-style-type: none"> 1.No 2.Sí

<p>Alteración cognitiva/comunicativa</p>	<p>Variable cualitativa, nominal, politémica, objetiva.</p>	<p>El paciente presenta demencia, coma, enfermedad psiquiátrica o imposibilidad de comunicación.</p>	<p>1.Ninguna 2.Demencia 3.Coma 4.Enfermedad psiquiátrica 5.Imposibilidad de comunicación</p>
<p>Intensidad media de dolor</p>	<p>Variable cualitativa, ordinal, objetiva.</p>	<p>Valor promedio de la intensidad del dolor obtenida mediante la escala EVA durante el ingreso.</p>	<p>1.Dolor nulo o leve: 0-3 2.Dolor moderado: 4-7 3.Dolor intenso: 8-10 4. No se ha valorado el dolor mediante la escala EVA</p>
<p>Duración del ingreso</p>	<p>Variable cuantitativa, discreta objetiva.</p>	<p>Número de días de ingreso en la planta de Medicina Interna del H. de Cabueñes.</p>	<p>Nº de días</p>
<p>Duración de la exposición al dolor durante el ingreso</p>	<p>Variable cuantitativa, discreta objetiva.</p>	<p>Número de días de ingreso en los que el paciente refiere dolor.</p>	<p>Nº de días</p>

<p>Cumplimiento de la evaluación diaria del dolor</p>	<p>Variable cualitativa, nominal, politómica, objetiva.</p>	<p>Los profesionales de enfermería evalúan el dolor una vez al día durante todo el ingreso mediante la Escala Visual Analógica (EVA).</p>	<p>1.Nunca 2.Algún día 3.Siempre</p>
<p>Cumplimiento de evaluación sistemática del dolor por turno</p>	<p>Variable cualitativa, ordinal, objetiva.</p>	<p>Los profesionales de enfermería evalúan el dolor por turno c/8h mediante la Escala Visual Analógica (EVA).</p>	<p>1.No se cumple en ningún día 2.Se cumple algún día 3.Se cumple todos los días</p>
<p>Registro del dolor en hoja de enfermería</p>	<p>Variable cualitativa, nominal, dicotómica, objetiva.</p>	<p>Los profesionales de enfermería reflejan el dolor del paciente en la hoja de enfermería en lugar de registrarlo en la gráfica de constantes.</p>	<p>1.No 2.Sí</p>

<p>Actuación de los profesionales en los pacientes hospitalizados que refieren dolor</p>	<p>Variable cualitativa, nominal, politómica, objetiva.</p>	<p>Pauta analgésica que prescribe el facultativo, administración de una nueva dosis del fármaco prescrito o intervención enfermera en pacientes con dolor.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1.Ninguna pauta analgésica 2.Analgesia a demanda 3.Analgesia fija y sin rescate 4.Analgesia fija y con rescate 5.Intervenciones de enfermería de alivio del dolor 6.Pauta secuencial
<p>Pauta Paracetamol</p>	<p>Variable cualitativa, nominal, politómica, objetiva.</p>	<p>Tipo de pauta de Paracetamol en el ingreso</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1.A demanda 2.Fija 3.No pautado 4.Progresiva
<p>Pauta Metamizol</p>	<p>Variable cualitativa, nominal, politómica, objetiva.</p>	<p>Tipo de pauta de Metamizol en el ingreso</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1.A demanda 2.Fija 3.No pautado 4.Progresiva

Pauta Cloruro Mórfico	Variable cualitativa, nominal, politómica, objetiva.	Tipo de pauta de Cloruro Mórfico en el ingreso	<ol style="list-style-type: none"> 1.A demanda 2.Fija 3.No pautado 4.Progresiva
Otros analgésicos	Variable cualitativa, de cadena, objetiva.	Nombre del analgésico pautado	
Pauta otros analgésicos	Variable cualitativa, nominal, politómica, objetiva.	Tipo de pauta de otros analgésicos en el ingreso	<ol style="list-style-type: none"> 1.A demanda 2.Fija 3.No pautado 4.Progresiva
Utilización de los fármacos prescritos	Variable cualitativa, nominal, dicotómica, objetiva.	Al paciente se le han administrado los fármacos analgésicos prescritos en algún momento del ingreso.	<ol style="list-style-type: none"> 1.Sí 2.No

<p>Efectividad de las medidas analgésicas</p>	<p>Variable cualitativa, nominal, politómica, objetiva.</p>	<p>El dolor (la puntuación en la escala EVA) disminuye tras la instauración de medidas analgésicas.</p>	<p>1.No disminuye 2.Disminuye en ocasiones 3.Disminuye siempre 4.El dolor no ha sido reevaluado 5.No se registró dolor</p>
<p>Toma de analgésicos domiciliarios</p>	<p>Variable cualitativa, nominal, dicotómica, objetiva.</p>	<p>El paciente tiene una pauta fija de analgésicos prescritos que toma a domicilio (previos al ingreso).</p>	<p>1.No 2.Sí</p>
<p>Analgésico domiciliario</p>	<p>Variable cualitativa, nominal, de cadena, objetiva.</p>	<p>Nombre del analgésico que el paciente toma de manera crónica en el domicilio</p>	<p>Nombre del fármaco</p>
<p>Planta a la que pertenece el paciente</p>	<p>Variable cualitativa, nominal, politómica, objetiva.</p>	<p>Planta a la que pertenece el paciente durante su ingreso en el Área.</p>	<p>1.5º Par 2.7º Par 3.7º Impar</p>

Destino de alta	Variable cualitativa, nominal, politémica, objetiva.	Lugar de destino del paciente una vez dado de alta del Servicio de Medicina Interna del Hospital de Cabueñes.	1.Domicilio 2.Residencia 3.Traslado 4.Exitus
------------------------	---	---	---

3.6. Métodos estadísticos

Una vez realizado el control de las variables recogidas, se ha procedido a su análisis estadístico tabulando los datos en una base de datos de Excel y posteriormente en SPSS 17.0 elaboradas a tal efecto.

Las variables cuantitativas se expresaron mediante la media, desviación típica, mediana, mínimo y máximo. Las variables cualitativas mediante proporciones.

Para comparar frecuencias entre diversas categorías de dos variables cualitativas se utilizó *Chi Cuadrado* y para comparar valores cuantitativos entre varias categorías de variables cuantitativas se utilizó la prueba *t de Student*.

Finalmente, para el análisis de variables politómicas se utilizó el *ANOVA* de un factor.

A lo largo de todo el estudio se utilizó un nivel de confianza del 95% y se consideró la *p* significativa cuando su valor fue inferior a 0,05.

3.7. Aspectos éticos

Al tratarse de un estudio retrospectivo basado en registros previamente realizados en historias clínicas y estar exento de intervención, no se existen riesgos físicos, sociales o legales a los que los pacientes puedan verse sometidos, por ello, no se consideró solicitar el Consentimiento Informado.

Previo a la realización del trabajo se solicitó Informe y autorización a la Gerencia del Area Sanitaria V (*Anexo V*).

En todo momento se ha mantenido la total restricción y confidencialidad de la información personal, garantizándose el cumplimiento de la Ley de Protección de Datos de carácter personal (Ley Orgánica 15/1999, del 13 de diciembre, de protección de datos). Se ha procedido a anonimizar los datos manteniendo un número de registro secuencial y el número de historia clínica para mantener la trazabilidad de los datos de los pacientes.

Teniendo en cuenta que permitir que un paciente experimente dolor insoportable o sufrimiento se define como mala praxis enfermera y que el alivio del dolor está reconocido como un derecho humano fundamental, la realización de este trabajo no debilita ninguno de los principios éticos como son la beneficencia, la no-maleficiencia, la justicia y la autonomía.

Finalmente, el trabajo ha sido aprobado por el Comité Ético de la Investigación Clínica Regional del Principado de Asturias (*Anexo VI*).

4. RESULTADOS

4.1. Características demográficas de la muestra estudiada

Una vez recogidos los datos pertinentes de los 100 sujetos seleccionados, la muestra ha quedado reducida a 78 sujetos a incluir en el estudio. La razón de esta pérdida ha sido la inaccesibilidad a ciertas historias clínicas por estar prestadas a otros servicios (7), la falta de documentos en papel necesarios para la recogida de información (10) o la ausencia de registro de alguno de los datos claves para la realización del estudio (5).

La muestra final estudiada fue de 78 sujetos, de los cuales 44 fueron hombres y 34 mujeres. Las proporciones se presentan en la *figura 1*.

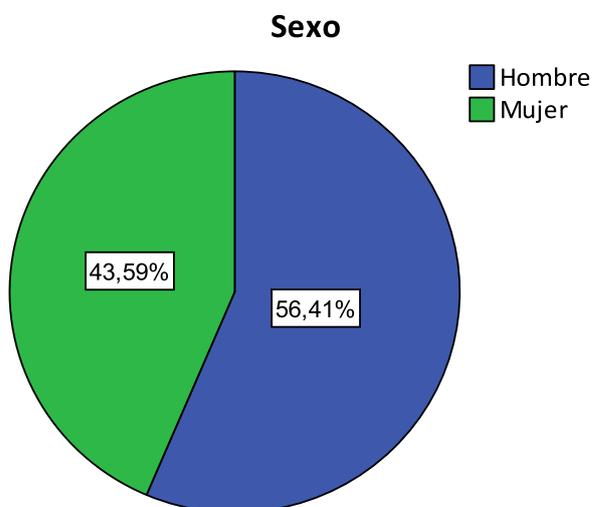


Figura 1. Distribución de sexos.

La media de edad de este grupo fue de 78,77 años ($\pm 10,42$). El sujeto más joven tenía 48 años y el sujeto de mayor edad tenía 99 años. La mediana fue de 80,5 años.

Se estudiaron las diferencias de edad entre hombres y mujeres. La media de edad de los hombres fue de 76,75 años ($\pm 10,59$) y la de las mujeres de 81,38 años ($\pm 9,74$). Las diferencias de edad entre hombres y mujeres alcanzaron el nivel límite de la significación estadística.

Tabla 1. Diferencias de edad por sexo

p = 0,051	Sexo	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Edad	Hombre	44	76,75	10,590	1,596
	Mujer	34	81,38	9,739	1,670

4.2. Características clínicas de la muestra estudiada

Fueron varias las causas que motivaron el ingreso en la muestra estudiada: infección respiratoria (16,7%), pluripatología (12,8%), neoplasias (11,5%), neumonía (10,3%), insuficiencia cardíaca (6,4%), fiebre de origen desconocido (6,4%), EPOC y bronquiectasias (5,1%), septicemia (5,1%), anemia (5,1%), asma (2,6%), derrame pleural (2,6%), infecciones de la piel (2,6%), infección urinaria (1,3%), síndrome general a estudio (1,3%) y otros motivos (7,7%). Las frecuencias de cada motivo de ingreso se representan mediante la *figura 2*.

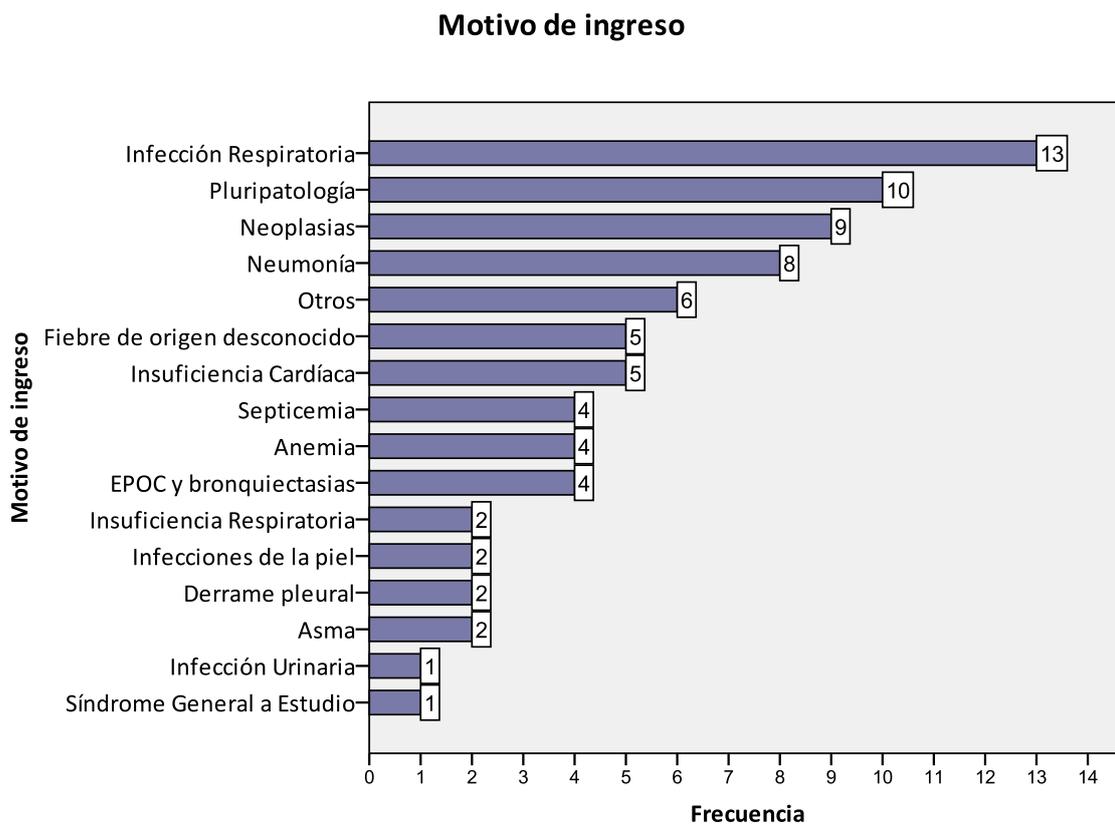


Figura 2. Distribución de motivos de ingreso.

De la muestra total de 78 pacientes, 6 padecían alguna demencia cognitiva (de tipo Enfermedad de Alzheimer, demencia multiinfarto, demencia vascular y otros) y un paciente enfermedad psiquiátrica descompensada; el resto no presentó ninguna alteración cognitiva o de comunicación. Los porcentajes aparecen representados en la figura 3.

Presencia de alguna alteración cognitiva o de comunicación

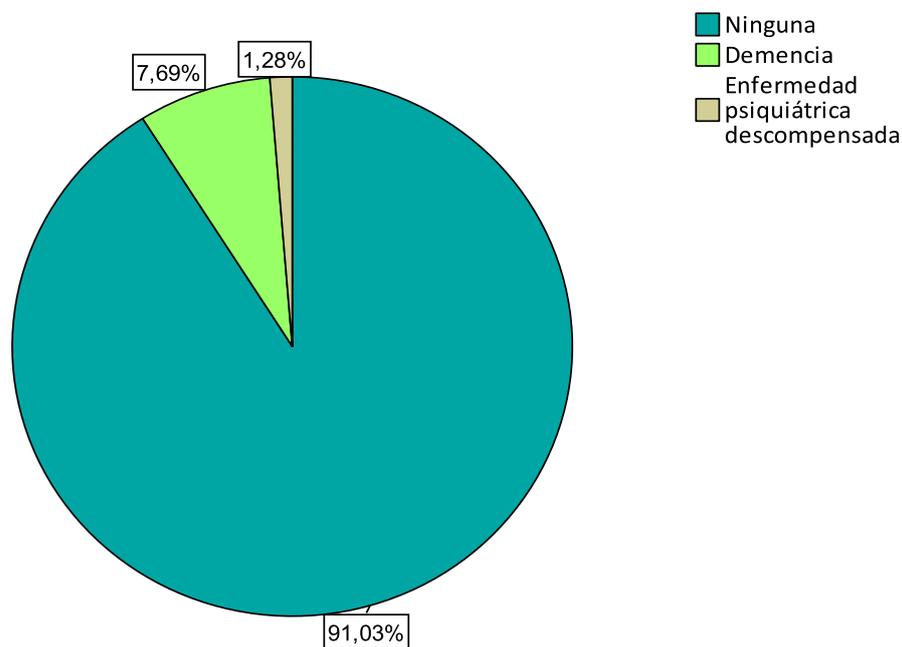


Figura 3. Distribución de presencia de alteración cognitiva o de comunicación.

En cuanto a la duración de la estancia hospitalaria, los sujetos pertenecientes al estudio tuvieron una media de 7,85 días de ingreso ($\pm 3,53$). La estancia mínima fue de 2 días y la estancia más prolongada de 15 días. La mediana fue de 7 días.

En lo que respecta al destino del paciente al alta, 64 sujetos tuvieron alta a domicilio (81%) y 14 pacientes fallecieron en el ingreso (17,7%). Ninguno fue trasladado a otro hospital ni dado de alta a un centro geriátrico.

De los sujetos de la muestra estudiada, 20 pertenecían a la 5ª planta par (25,64%), 24 a la 7ª planta par (30,77%) y 34 sujetos a la 7ª planta impar (43,59%).

4.3. Prevalencia del dolor en la muestra estudiada

Respecto a la presencia de dolor durante el ingreso, 41 sujetos lo presentaron y 37 no. Las proporciones se exponen de manera gráfica en la *figura 4*.

Presencia de dolor durante el ingreso

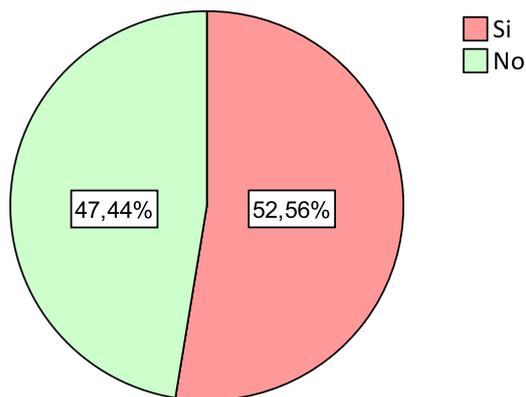


Figura 4. Distribución de la presencia de dolor.

La media de días de ingreso con dolor fue de 1,15 días ($\pm 1,73$), con un mínimo de 0 días con dolor y un máximo de 9 días. La mediana fue de 1 día con dolor.

Se estudió la relación entre sexo y presencia de dolor. De los sujetos que presentaron dolor, el 38,2% fueron mujeres y el 45,5% hombres. Las diferencias, tal y como se muestra en la *tabla 2*, no fueron estadísticamente significativas.

Tabla 2. Relación entre presencia de dolor durante el ingreso y sexo.

p = ns.		Presencia de dolor durante el ingreso		Total	
		No	Si		
Sexo	Mujer	N (%)	13 (38,2%)	21 (38,2%)	34 (100%)
	Hombre	N (%)	24 (54,5%)	20 (45,5%)	44 (100%)
Total		N (%)	37 (47,4%)	41 (52,6%)	78 (100%)

Se examinó la relación entre la presencia de dolor y la edad. Se encontró que la media de edad de los pacientes con presencia de dolor en algún momento del ingreso fue de 77,71 años y la media de edad de los que no tuvieron dolor fue de 79,95 años. Las diferencias encontradas no fueron estadísticamente significativas, tal y como se expone en la *tabla 3*.

Tabla 3. Relación entre presencia de dolor durante el ingreso y edad.

p = ns	Presencia de dolor durante el ingreso	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Edad	No	37	79,95	9,234	1,518
	Si	41	77,71	11,398	1,780

La *tabla 4* muestra la relación entre el motivo de ingreso y la presencia de dolor. La patología que más dolor generó fue la neoplasia (17,1% de los pacientes con neoplasia sufría dolor), seguido de la pluripatología (14,6%), la neumonía (12,2%) y la infección respiratoria (12,2%). Los resultados en este sentido no tuvieron significación estadística.

Tabla 4. Relación entre motivo de ingreso y presencia de dolor durante el ingreso.

p = ns.			Presencia de dolor durante el ingreso		Total
			No	Si	
Motivo de ingreso	Asma	N (%)	1 (2,7%)	1 (2,4%)	2 (2,6%)
	Derrame pleural	N (%)	2 (5,4%)	0 (0%)	2 (2,6%)
	EPOC y bronquiectasias	N (%)	2 (5,4%)	2 (4,9%)	4 (5,1%)
	Infecciones de la piel	N (%)	0 (0%)	2 (4,9%)	2 (2,6%)
	Insuficiencia Cardíaca	N (%)	2 (5,4%)	3 (7,3%)	5 (6,4%)
	Neoplasias	N (%)	2 (5,4%)	7 (17,1%)	9 (11,5%)
	Insuficiencia Respiratoria	N (%)	2 (5,4%)	0 (0%)	2 (2,6%)
	Infección Urinaria	N (%)	0 (0%)	1 (2,4%)	1 (1,3%)
	Neumonía	N (%)	3 (8,1%)	5 (12,2%)	8 (10,3%)
	Fiebre de origen desconocido	N (%)	1 (2,7%)	4 (9,8%)	5 (6,4%)
	Septicemia	N (%)	3 (8,1%)	1 (2,4%)	4 (5,1%)
	Síndrome General a Estudio	N (%)	1 (2,7%)	0 (0%)	1 (1,3%)
	Infección Respiratoria	N (%)	8 (21,6%)	5 (12,5%)	13 (16,7%)
	Otros	N (%)	2 (5,4%)	4 (9,8%)	6 (7,7%)
	Pluripatología	N (%)	4 (10,8%)	6 (14,6%)	10 (12,8%)
	Anemia	N (%)	4 (10,8%)	0 (0%)	4 (5,1%)
Total	N (%)	37 (100%)	41 (100%)	78 (100%)	

De la muestra total, 56 pacientes no presentaron dolor o el promedio de dolor fue leve, 4 sujetos tuvieron un promedio de dolor moderado y uno de ellos un promedio de dolor intenso. Mediante la *figura 5* se exponen de manera gráfica las proporciones.

Promedio de intensidad de dolor durante el ingreso (según escala EVA)

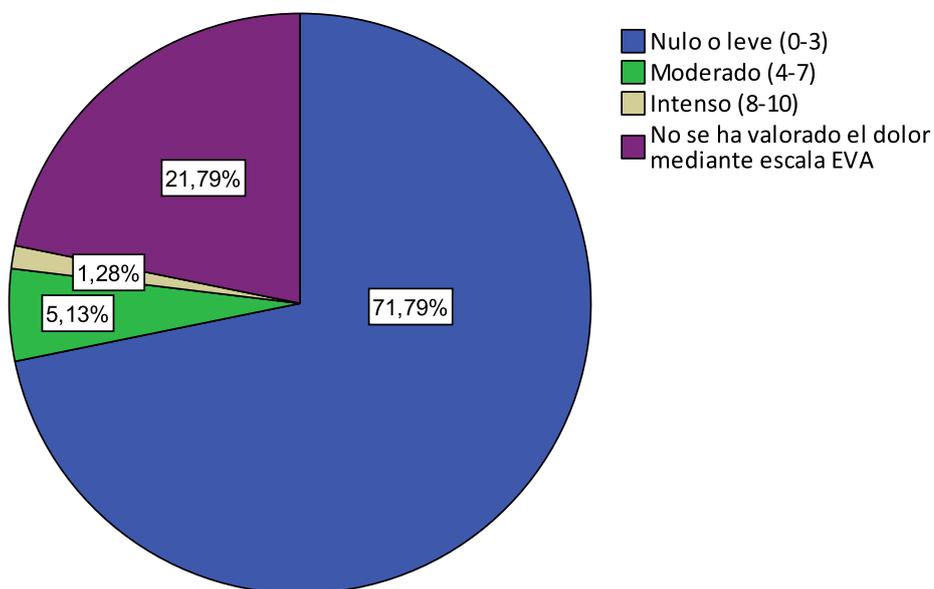


Figura 5. Distribución del promedio de intensidad del dolor durante el ingreso (según escala EVA).

La *tabla 5* muestra la relación entre sexo y promedio de dolor. El 68,2% de los hombres presentó dolor leve o nulo, el 4,5% moderado y un 2,2% de los hombres presentó dolor intenso. En cuanto a las mujeres, el 76,5% presentó dolor leve o nulo, el 5,9% moderado y ninguna dolor intenso. Al 25% de los hombres y el 17,6% de las mujeres no se les valoró el dolor utilizando la escala visual analógica. Las diferencias que se encontraron no fueron estadísticamente significativas.

Tabla 5. Relación entre promedio de intensidad de dolor durante el ingreso (según escala EVA) y sexo.

p = ns.			Promedio de intensidad de dolor durante el ingreso (según escala EVA)				Total
			Nulo o leve (0-3)	Moderado (4-7)	Intenso (8-10)	No se ha valorado el dolor mediante escala EVA	
Sexo	Hombre	N	30	2	1	11	44
		%	68,2%	4,5%	2,2%	25 %	100%
	Mujer	N	26	2	0	6	34
		%	76,5%	5,9%		17,6%	100%
Total		N	56	4	1	17	78
		%	71,8%	5,2%	1,3%	21,7%	100%

En la *tabla 6* se relaciona el motivo de ingreso y promedio de dolor durante el ingreso. Las patologías asociadas al dolor moderado fueron las neoplasias, el asma y la neumonía (aunque las diferencias no fueron significativas).

Tabla 6. Relación entre promedio de dolor durante el ingreso y motivo de ingreso.

p = ns.		Promedio de dolor durante el ingreso				Total	
		Nulo-leve (0-3)	Moderado (4-7)	Intenso (8-10)	No valorado mediante EVA		
Motivo de ingreso	Asma	N (%)	1 (50%)	1 (50%)	0 (0%)	0 (0%)	2 (100%)
	Derrame pleural	N (%)	2 (100%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	2 (100%)
	EPOC y bronquiectasias	N (%)	3 (75%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (25%)	4 (100%)
	Infecciones de la piel	N (%)	2 (100%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	2 (100%)
	Insuficiencia Cardíaca	N (%)	3 (60%)	0 (0%)	0 (0%)	2 (40%)	5 (100%)
	Neoplasias	N (%)	6 (66,7%)	2 (22,2%)	0 (0%)	1 (11,1%)	9 (100%)
	Insuficiencia Respiratoria	N (%)	2 (100%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	2 (100%)
	Infección Urinaria	N (%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (100%)	1 (100%)
	Neumonía	N (%)	4 (50%)	1 (12,5%)	0 (0%)	3 (37,5%)	8 (100%)
	Fiebre de origen desconocido	N (%)	2 (40%)	0 (0%)	0 (0%)	2 (60%)	4 (100%)
	Septicemia	N (%)	2 (50%)	0 (0%)	0 (0%)	2 (50%)	4 (100%)
	Síndrome General a Estudio	N (%)	1 (100%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (100%)
	Infección Respiratoria	N (%)	11 (84,6%)	0 (0%)	0 (0%)	2 (15,4%)	13 (100%)
	Otros	N (%)	4 (66,7%)	0 (0%)	1 (16,7%)	1 (16,7%)	6 (100%)
	Pluripatología	N (%)	9 (90%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (100%)	10 (100%)
	Anemia	N (%)	4 (100%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	4 (100%)
	Total	N (%)	56 (71,8%)	4 (5,1%)	1 (1,3%)	17 (21,8%)	78 (100%)

Se investigó la relación entre la intensidad del dolor medida mediante la escala EVA - expresada como cualitativa en cuatro categorías (Nulo o leve, Moderado, Intenso) y dos variables cuantitativas, la edad y los días de ingreso, mediante el Test de ANOVA que no mostró diferencias con significación estadística, tal como muestra la tabla adjunta (*tabla 7*).

Tabla 7. Relación entre intensidad del dolor, edad y días de ingreso.

		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Edad	Inter-grupos	131,974	3	43,991	,395	,757
	Intra-grupos	8231,872	74	111,242		
	Total	8363,846	77			
Número de días de ingreso	Inter-grupos	29,267	3	9,756	,774	,512
	Intra-grupos	932,887	74	12,607		
	Total	962,154	77			

4.4. Cumplimiento de la evaluación del dolor

De la muestra total de sujetos estudiados, a 7 pacientes nunca se les evaluó dolor, a 44 pacientes se les evaluó algún día y a 27 pacientes se les preguntó diariamente si tenían dolor. Las proporciones aparecen representadas en la *figura 6*.

Evaluación del dolor una vez al día

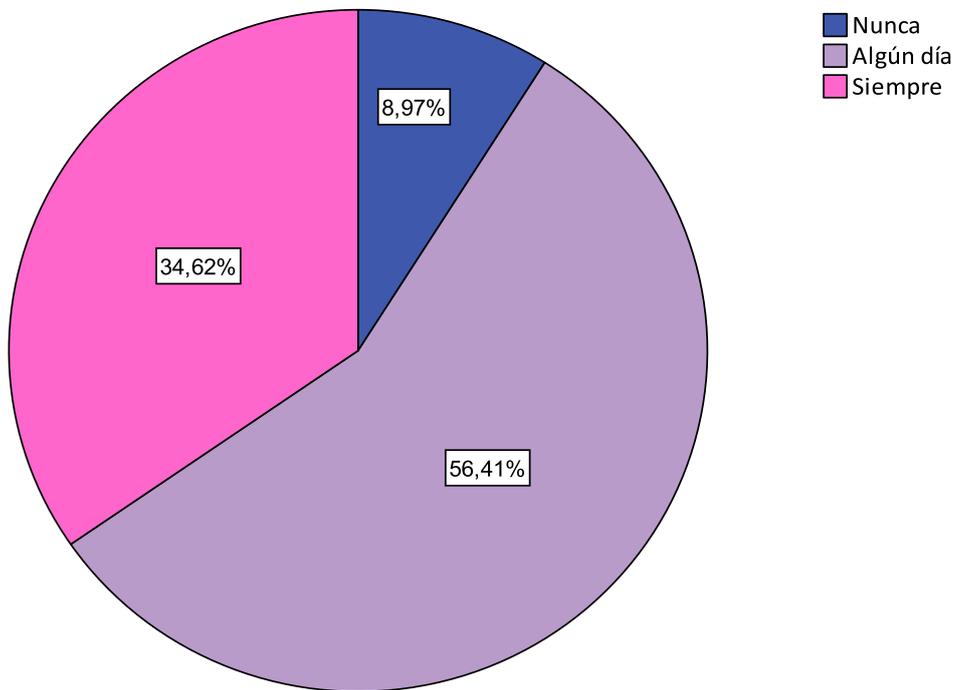


Figura 6. Distribución de la evaluación diaria del dolor.

De los 78 sujetos a 77 nunca se les preguntó por el dolor sistemáticamente por turno (cada 8 horas). Solamente a un sujeto se le evaluó el dolor por turno en alguno de los días de ingreso. Las proporciones en este sentido aparecen reflejados en la *figura 7*.

Evaluación del dolor por turno (c/8h)

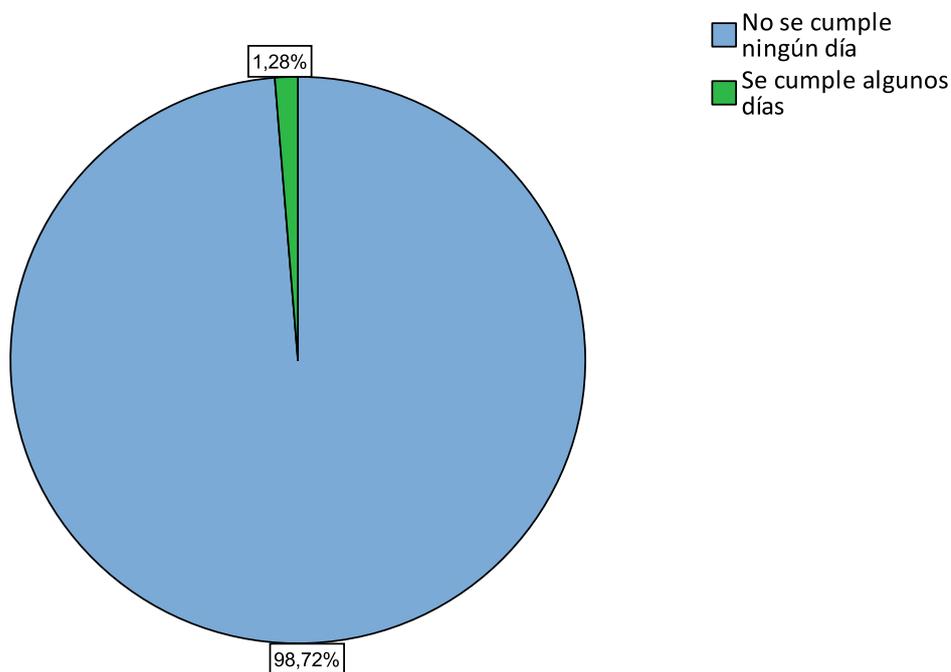


Figura 7. Distribución de la evaluación sistemática del dolor por turno (cada 8 horas).

Se relacionó la presencia de dolor y la evaluación del mismo y se obtuvieron los siguientes resultados: entre los pacientes que presentaron dolor al 7,3% ningún día se evaluó el dolor mediante la escala EVA, al 61% se le evaluó algún día y al 31,7% se le evaluó una vez al día. A pesar de que en algunos casos se evaluó una vez al día, en el 97,6% de los casos no se hizo cada 8 horas. Sólo al 2,4% de los pacientes con dolor se les evaluó sistemáticamente algún día utilizando la escala EVA.

Entre los pacientes sin dolor, al 51,4% se les evaluó algún día y a un 37,8% se les valoró el dolor a diario.

Los resultados obtenidos carecen de significación estadística, tal y como se muestra en la *tabla 8* y *tabla 9*.

Tabla 8. Relación entre presencia del dolor durante el ingreso y evaluación del dolor una vez al día.

p = ns			Evaluación del dolor una vez al día			Total
			Nunca	Algún día	Siempre	
Presencia de dolor durante el ingreso	No	N (%)	4 10,8%	19 51,4%	14 37,8%	37 100,0%
	Si	N (%)	3 7,3%	25 61,0%	13 31,7%	41 100,0%
Total		N (%)	7 9,0%	44 56,4%	27 34,6%	78 100,0%

Tabla 9. Relación entre presencia del dolor durante el ingreso y evaluación sistemática del dolor cada 8 horas.

p = ns			Evaluación del dolor por turno (c/8h)		Total
			No se cumple ningún día	Se cumple algunos días	
Presencia de dolor durante el ingreso	No	N (%)	37 100,0%	0 0,0%	37 100,0%
	Si	N (%)	40 97,6%	1 2,4%	41 100,0%
Total		N (%)	77 98,7%	1 1,3%	78 100,0%

La *tabla 10* muestra la relación entre la presencia de dolor durante el ingreso y la presencia de dolor reflejada en "hoja de enfermería". El 100% de los pacientes con dolor tenían reflejada esta dolencia en la hoja de enfermería; las diferencias que se obtuvieron fueron estadísticamente significativas ($p < 0,0001$).

Tabla 10. Relación entre presencia de dolor durante el ingreso y registro de este dolor en la "hoja de enfermería" (no registrado en la gráfica de constantes).

p < 0,0001			Presencia de dolor reflejada en "hoja de enfermería" (no registrado en la gráfica de constantes).		
			No	Si	Total
Presencia de dolor durante el ingreso	Si	N	16	25	41
		%	31,0%	100%	52,5%
	No	N	37	0	37
		%	69%	0,0%	41,5%
Total		N	53	25	78
		%	100%	100%	100,0%

Las diferencias en cuanto a evaluación del dolor diaria y por turno (cada 8 horas) según la planta en la que se encontraba hospitalizado el paciente no fueron significativas. Solamente en la planta 7ª impar se cumplió sistemáticamente la evaluación del dolor algún día. En las plantas 5ª y 7ª par la evaluación sistemática no se cumplió ningún día.

Los profesionales de la 5ª planta, en un 5% de los casos no evaluaron diariamente el dolor, en el 60% de los casos lo hicieron algún día y en el 35% de los casos diariamente. La 7ª planta par, en un 12,5% de los casos no evaluó diariamente el dolor, el 50% de los casos lo hizo algún día y 37,5% de los casos lo hizo diariamente. Los profesionales de la 7ª planta impar, en un 8,8% de los casos no evaluaron diariamente el dolor, el 58,8% de los casos lo hicieron algún día y 32,4% de los casos evaluaron el dolor diariamente. Las frecuencias y proporciones al respecto se reflejan en las *tablas 11 y 12*.

Tabla 11. Relación entre evaluación del dolor por turno (cada 8 horas) y planta a la que pertenece el paciente.

			Planta a la que pertenece el paciente			Total
			5º PAR	7º PAR	7º IMPAR	
Evaluación del dolor por turno (c/8h)	p = ns					
	No se cumple ningún día	N (%)	20 100%	24 100%	33 97,1%	77 98,7%
	Se cumple algunos días	N (%)	0 0%	0 0%	1 2,9%	1 1,3%
Total		N (%)	20 100%	24 100%	34 100%	78 100%

Tabla 12. Relación entre evaluación diaria del dolor y planta a la que pertenece el paciente.

p = ns			Planta a la que pertenece el paciente			
			5º PAR	7º PAR	7º IMPAR	Total
Evaluación del dolor una vez al día	Nunca	N (%)	1 5%	3 12,5%	3 8,8%	7 9%
	Algún día	N (%)	12 60%	12 50%	20 58,8%	44 56,4%
	Siempre	N (%)	7 35,0%	9 37,5%	11 32,4%	27 34,6%
Total		N (%)	20 100%	24 100%	34 100%	78 100%

Con el fin de evaluar la correcta aplicación de la escala EVA, se relacionó la presencia de alguna alteración cognitiva o de comunicación con la evaluación del dolor diaria mediante la escala EVA. Al 83,3% de los pacientes con demencia diagnosticada y al 100% de los pacientes con enfermedad psiquiátrica descompensada se les evaluó el dolor algún día mediante la escala EVA, aunque las diferencias estadísticas encontradas no fueron significativas. Las frecuencias se reflejan en la tabla adjunta (tabla 13).

Tabla 13. Relación entre alteración cognitiva o comunicativa y evaluación del dolor mediante escala EVA.

p = ns.			Evaluación del dolor una vez al día			Total
			Nunca	Algún día	Siempre	
Presencia de alguna alteración cognitiva o de comunicación	Ninguna	N	6	38	27	71
		%	8,5%	53,5%	38%	100%
	Demencia	N	1	5	0	6
		%	16,7%	83,3%	0%	100%
	Enfermedad psiquiátrica descompensada	N	0	1	0	1
		%	0%	100%	0%	100%
Total	N	7	44	27	78	
	%	9,0%	56,4%	34,6%	100,0%	

4.5. Medidas analgésicas puestas en marcha y efectividad de las mismas

En lo que respecta a la actuación de los profesionales sanitarios ante el dolor, a 37 sujetos se les pautó analgesia a demanda, a 4 analgesia fija y sin rescate, a 7 sujetos analgesia fija y con rescate. 16 sujetos presentaron una pauta secuencial (es decir, la pauta varió en función de las necesidades del paciente) y 14 no tuvieron pauta analgésica en su ingreso. Las proporciones se reflejan en la *figura 8*.

Actuación de los profesionales sanitarios ante el dolor

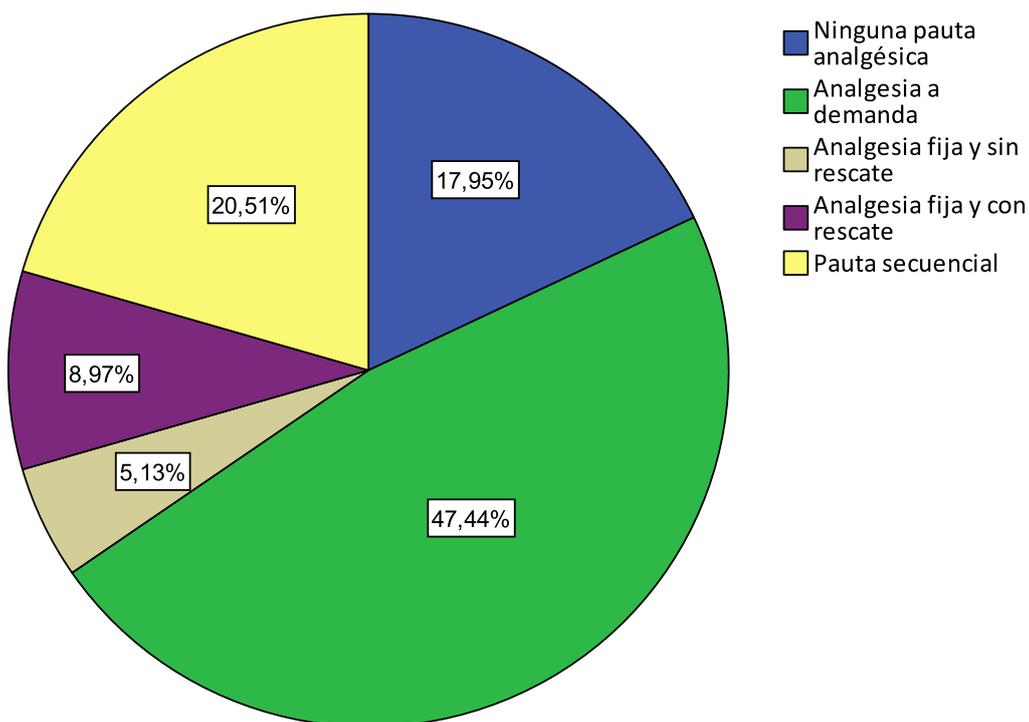


Figura 8. Distribución de la actuación de los profesionales ante el dolor.

Los fármacos analgésicos pautados en los sujetos a estudio fueron principalmente Paracetamol, Metamizol y Cloruro Mórfico.

El paracetamol fue pautado a demanda en 41 sujetos, fijo en 8, de manera progresiva en 11 y no se pautó en 18 sujetos. Las proporciones aparecen representadas en la *figura 9*.

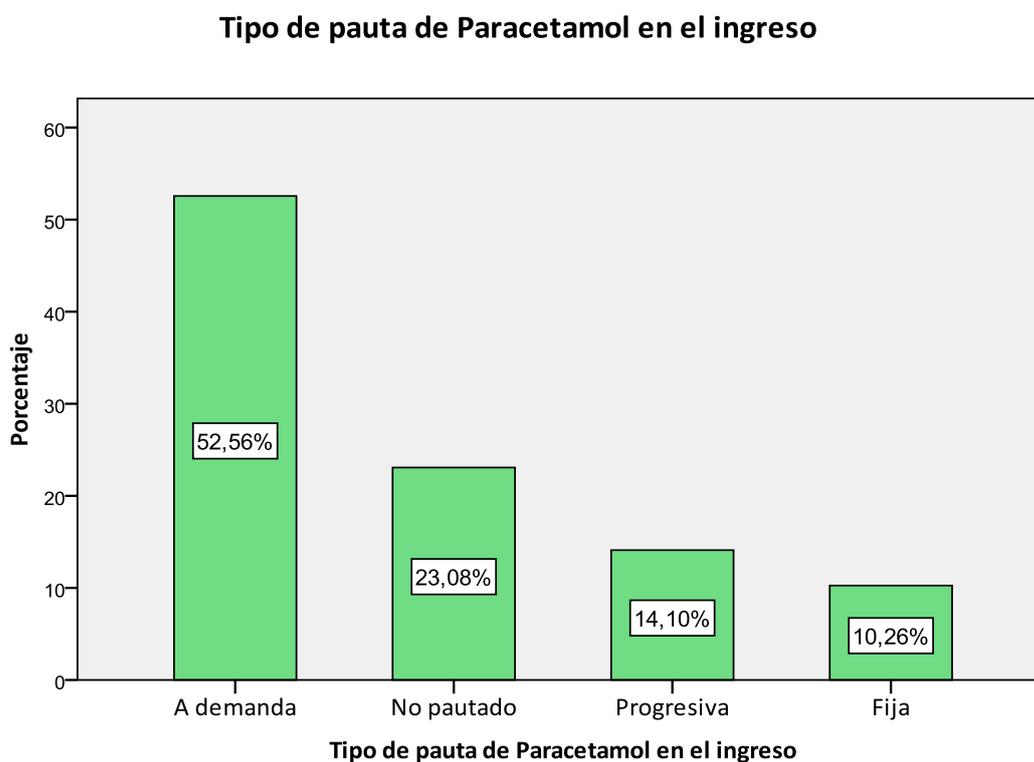


Figura 9. Distribución del tipo de pauta de Paracetamol.

El metamizol se pautó a demanda en 16 sujetos, fijo en un sujeto y de manera progresiva en otro.

60 sujetos no tenían pautado este fármaco. Las proporciones se reflejan en la *figura 10*.

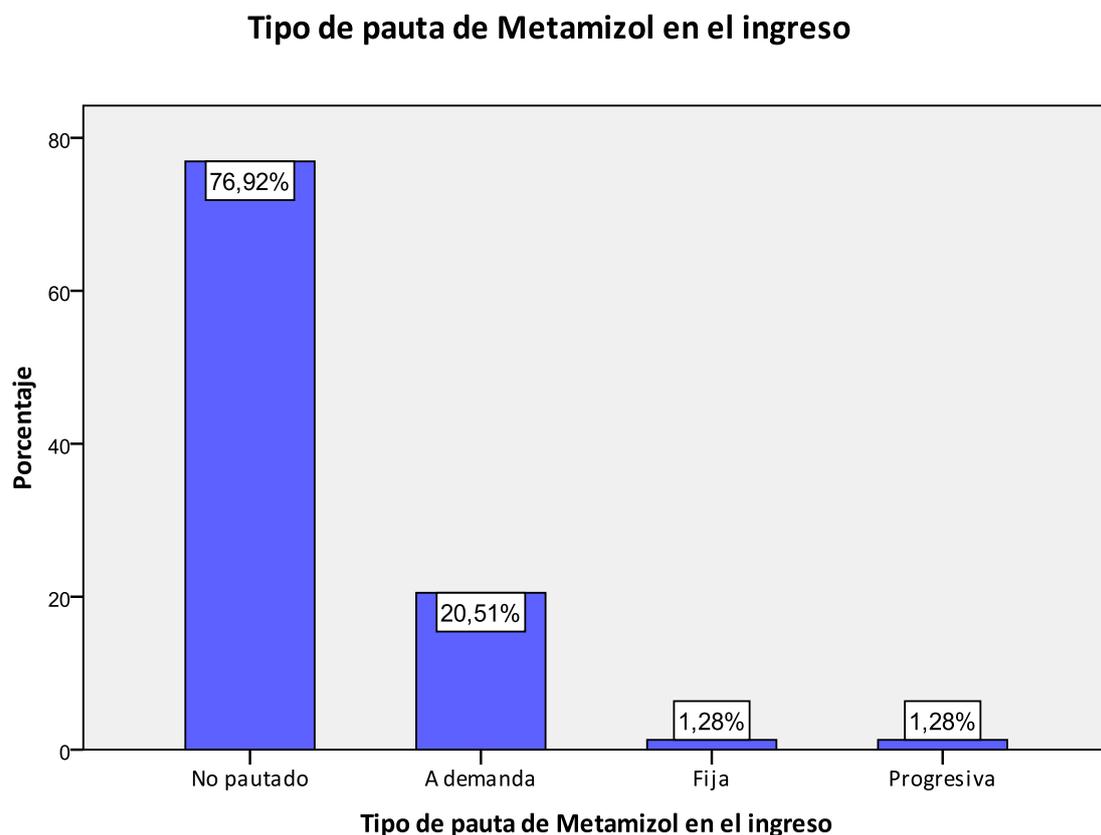


Figura 10. Distribución del tipo de pauta de Metamizol.

El cloruro mórfico se pautó a demanda en 12 sujetos, de manera fija en 3 y 63 sujetos no lo tenían pautado. La *figura 11* representa las proporciones.

Tipo de pauta de Cloruro Mórfico en el ingreso

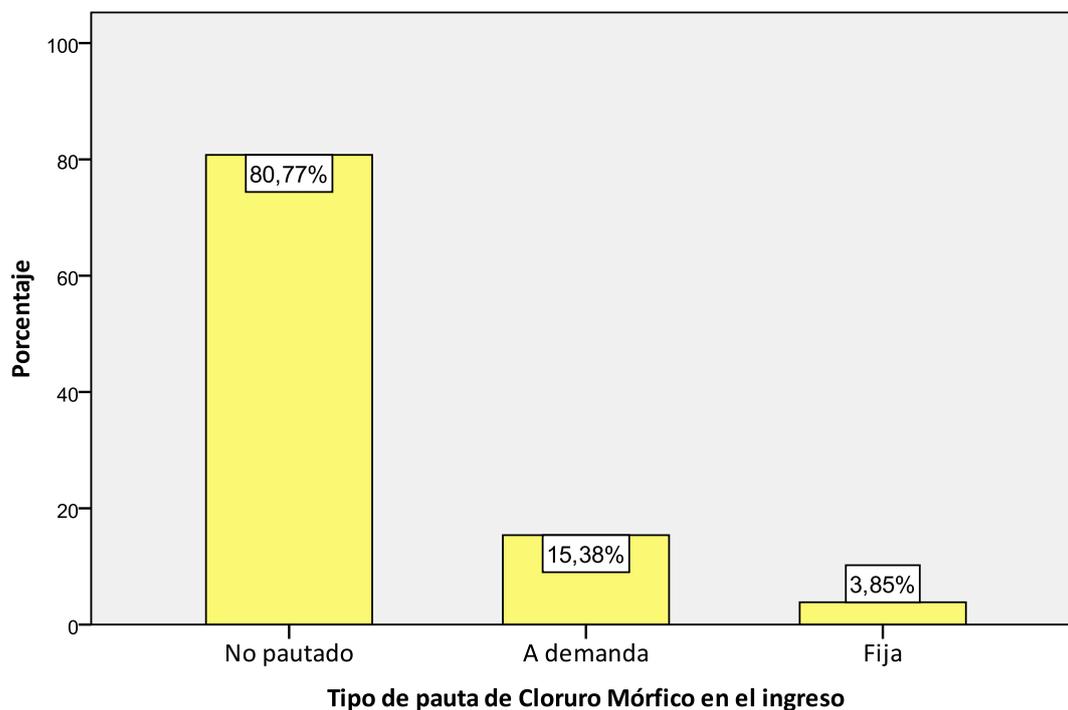


Figura 11. Distribución del tipo de pauta de Cloruro Mórfico.

En el grupo de otros analgésicos encontramos los siguientes fármacos: Buscapina, Tramadol, Meperidona, Fentanilo y Dexketoprofeno. 2 sujetos tenían alguno de éstos fármacos pautado a demanda, 7 de manera fija y 69 sujetos no tenían pautado ninguna de los mencionados. La distribución de proporciones se representa en la *figura 12*.

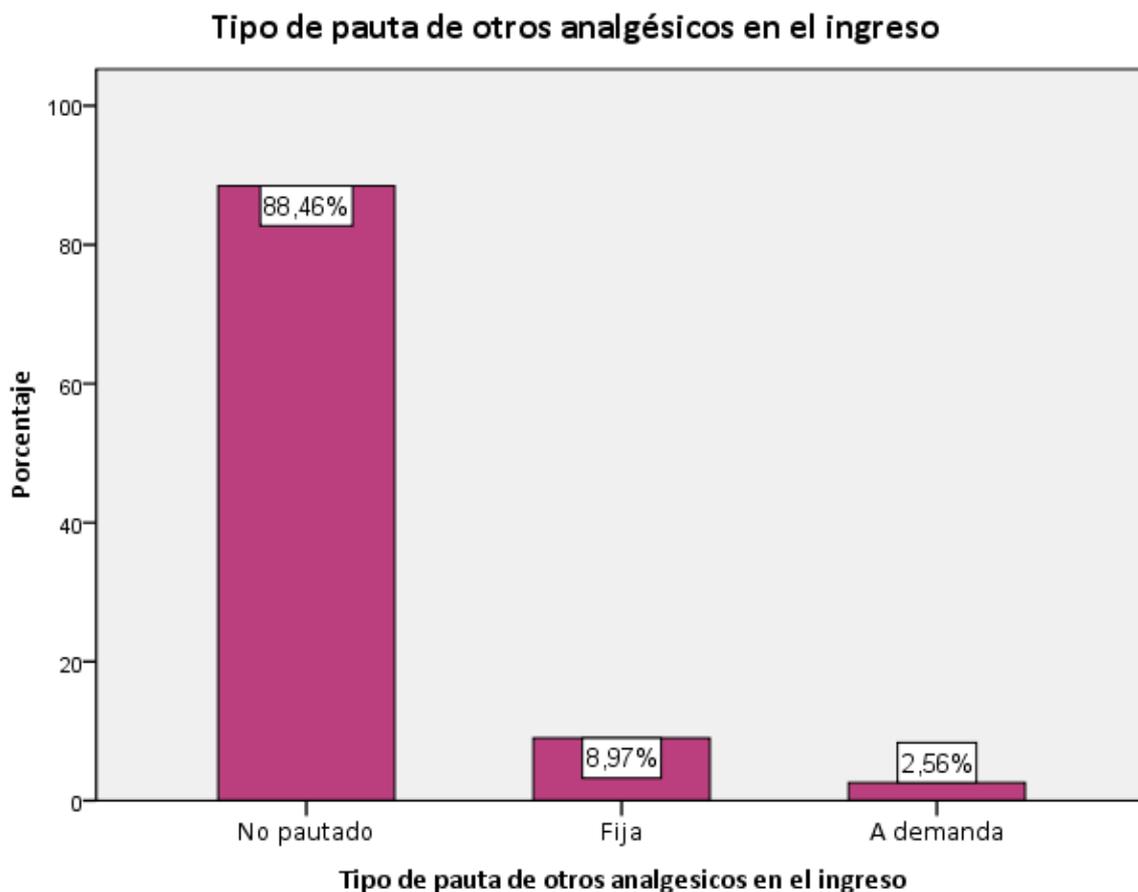


Figura 12. Distribución del tipo de pauta de otros analgésicos.

La siguiente tabla (*tabla 14*) expone que un 12,2% de los pacientes con dolor no tuvieron ninguna pauta analgésica pautada, un 46,3% tuvo una pauta analgésica a demanda, un 22% una pauta secuencial según necesidades del paciente, un 4,8% analgesia fija con rescate y el 4,8% restante pauta analgésica fija y sin rescate.

De los pacientes que no presentaron dolor, un 48,6% tenía pautado un analgésico a demanda, un 8,1% tenía una pauta fija de analgesia con rescate y un 18,9% una pauta secuencial.

Tabla 14. Relación entre presencia de dolor durante el ingreso y actuación de los profesionales sanitarios ante el dolor.

p = ns		Actuación de los profesionales sanitarios ante el dolor					Total
		Ninguna pauta analgésica	Analgesia a demanda	Analgesia fija y sin rescate	Analgesia fija y con rescate	Pauta secuencial	
Presencia de dolor durante el ingreso	Si N (%)	5 12,2%	19 46,3%	4 9,8%	4 9,8%	9 22,0%	41 100,0%
	No N (%)	9 24,3%	18 48,6%	0 0,0%	3 8,1%	7 18,9%	37 100,0%
Total	N (%)	14 17,9%	37 47,4%	4 5,1%	7 9,0%	16 20,5%	78 100,0%

Del total de pacientes estudiados (incluyendo pacientes con dolor y sin dolor) en 47 sujetos se administró la analgesia pautada por el médico y en 31 sujetos no se administró. La *figura 13* representa las proporciones de utilización de analgésicos pautados.

Se recurre a administración de analgesia pautada

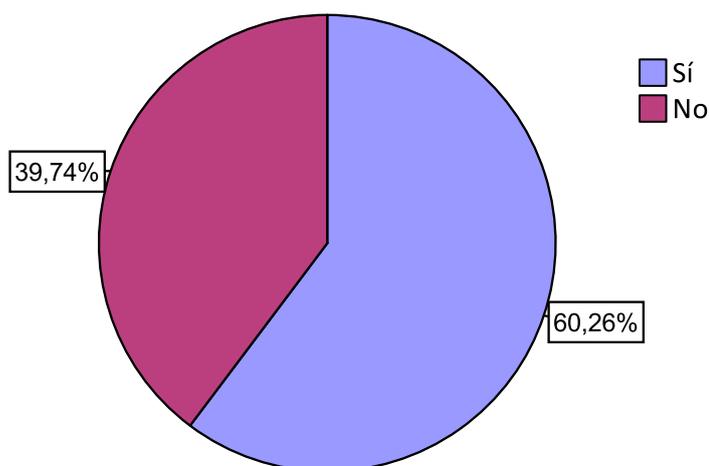


Figura 13. Distribución de la utilización de analgésicos pautados.

Existe relación estadísticamente significativa ($p = 0,004$) entre la presencia de dolor durante el ingreso y la administración de analgesia pautada (*tabla 15*). En el 66% de los casos que presentaron dolor se les administró la analgesia pautada, pero en el 32,3% de los casos con dolor, no se recurrió a la administración de analgesia. En cambio, a un 34% de los pacientes sin dolor se les administró la analgesia pautada.

Tabla 15. Relación entre presencia de dolor durante el ingreso y administración de analgesia pautada.

p = 0,004		Presencia de dolor durante el ingreso		Total	
		No	Si		
Se recurre a administración de analgesia pautada	Sí	N (%)	16 (34%)	31 (66%)	47 (100%)
	No	N (%)	21 (67,7%)	10 (32,3%)	31 (100%)
Total	N (%)		37 (47,4%)	41 (52,6%)	78 (100%)

En relación a la efectividad de los fármacos administrados en 4 sujetos el dolor disminuyó siempre, en 10 disminuyó en ocasiones, en 3 sujetos no disminuyó el dolor y en 21 sujetos el dolor no fue reevaluado tras la administración de analgesia.

Las proporciones se representan mediante la *figura 14*.

Disminución del dolor tras instauración de medidas analgésicas

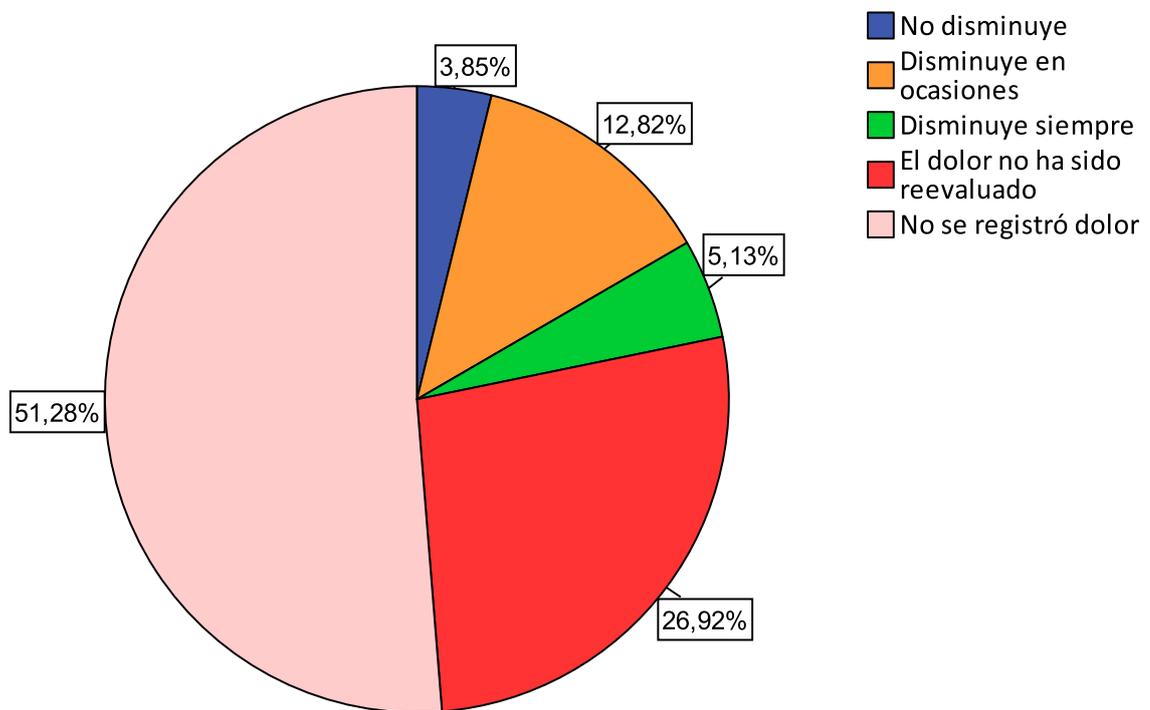


Figura 14. Distribución de la efectividad de las medidas analgésicas.

De la muestra estudiada, 61 sujetos no tomaban medicación analgésica de manera crónica y pautada en el domicilio, 17 sí lo tomaban. Las proporciones se representan de manera gráfica en la figura 15.

Toma de analgésicos a domicilio de manera crónica y pautada

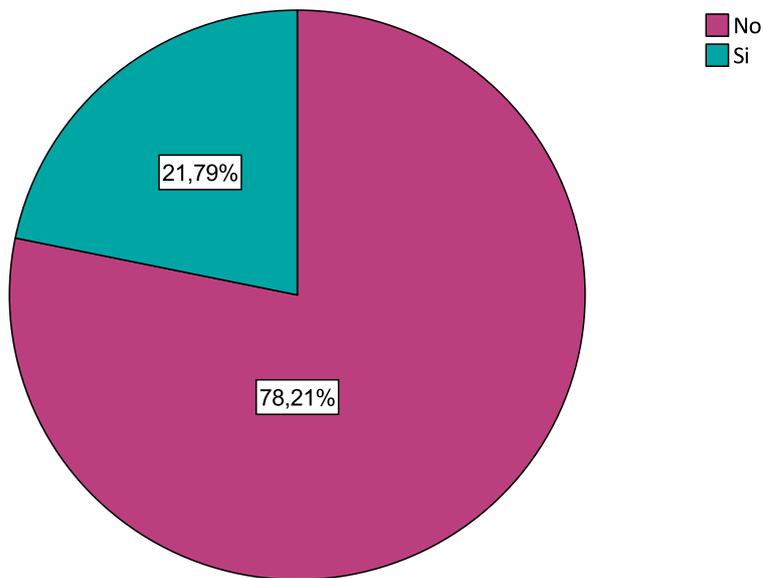


Figura 15. Distribución de la toma domiciliaria de analgésicos.

En la *tabla 16* se expresa la relación entre la toma de analgésicos domiciliarios y el sexo. El 47,1% de los pacientes que tomaban analgesia domiciliaria fueron mujeres y el 52,9% hombres, aunque las diferencias que se encontraron no fueron estadísticamente significativas.

Tabla 16. Relación entre toma de analgésicos a domicilio de manera crónica y pautada y sexo.

p = ns.			Toma de analgésicos a domicilio de manera crónica y pautada		Total
			No	Si	
Sexo	Hombre	N (%)	36 (59%)	8 (47,1%)	44 (56,4%)
	Mujer	N (%)	25 (41%)	9 (52,9%)	34 (43,6%)
Total		N (%)	61 (100%)	17 (100%)	78 (100%)

Para finalizar, en la *tabla 17* se expresa la relación entre toma de analgésicos domiciliarios y presencia de dolor durante el ingreso. El 50,8% de los pacientes sin analgesia domiciliaria y el 58,8% de los pacientes con domiciliaria presentaron dolor al ingreso, aunque no se encontraron diferencias estadísticamente significativas.

Tabla 17. Relación entre toma de analgésicos a domicilio de manera pautada y crónica y presencia de dolor durante el ingreso

p = ns			Presencia de dolor durante el ingreso		Total
			No	Si	
Toma de analgésicos a domicilio de manera crónica y pautada	No	N (%)	30 (49,2%)	31 (50,8%)	61 (100%)
	Si	N (%)	7 (41,2%)	10 (58,8%)	17 (100%)
Total		N (%)	37 (47,4%)	41 (52,6%)	78 (100%)

5. DISCUSIÓN

5.1. Relevancia del tema y confrontación de los resultados con la literatura

5.1.1. El dolor: importancia y consecuencias

En el presente estudio se llevó a cabo una investigación sobre el manejo del dolor en la Unidad de Gestión Clínica de Medicina Interna del Hospital de Cabueñes. El dolor, catalogado como el quinto signo vital,¹⁴ es uno de los trastornos que más afecta y preocupa a las personas. Constituye una problemática frecuente en adultos mayores puesto que un gran número de personas recibe un manejo inadecuado del dolor. Su presencia es además fuente de numerosos problemas, como efectos adversos fisiopatológicos y psicoemocionales, aumento de la morbilidad y alargamiento de las estancias hospitalarias.^{6,15}

Es por ello fundamental que los profesionales de enfermería otorguemos al dolor la importancia que merece y que conozcamos las consecuencias que, de no ser aliviado, puede generar.

El dolor, al ser una experiencia multidimensional, afecta el sentir de las personas, pudiendo generar repercusiones funcionales, emocionales y sociales sobre la calidad de vida. En este sentido, hay estudios que explican diferencias significativas entre la intensidad del dolor y alteraciones en el sueño, aislamiento social, estado de salud general y ansiedad,¹⁵ y otros que encuentran correlaciones positivas con relevante significación estadística entre la intensidad del dolor y la interferencia del dolor en las actividades de la vida diaria.¹⁶

En vista está que el dolor compromete la calidad de vida de los pacientes y que su elevada prevalencia genera áreas de mejora en la calidad asistencial.⁶

Son muchos los estudios que demuestran que la prevalencia del dolor en adultos hospitalizados sigue manteniendo cifras inaceptables; entre 54,7 y 70,4% de los pacientes hospitalizados presentan dolor.^{15,16}

Uno de los hallazgos más importantes del presente estudio fue la elevada prevalencia del dolor. Se encontró una prevalencia del 52,56%, un porcentaje algo inferior a los estudios mencionados, pero todavía elevado. No se detectaron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la prevalencia del dolor según género, edad o días de estancia; tampoco se encontraron en otros estudios.⁶

Es alarmante que, a pesar de las relevantes repercusiones de esta dolencia, esta tendencia no se haya invertido en las últimas décadas a pesar de la formación continuada, los nuevos medicamentos analgésicos, nuevas técnicas y los nuevos descubrimientos en la fisiopatología del dolor. Diversos estudios atribuyen esta alta prevalencia del dolor hospitalario al tratamiento analgésico inadecuado o al escaso uso de escalas de valoración de dolor, así como su registro en las historias clínicas de los pacientes.^{8,12}

5.1.2. Medidas analgésicas ante el dolor

Tanto en este trabajo como en otro realizado por Bolibar et al. se objetivan algunos aspectos de mejora en la calidad asistencial del control del dolor. Nuestro estudio revela que un 12,2% de los pacientes con dolor no tuvieron ningún analgésico pautado; en el estudio consultado un 18,7% de los enfermos candidatos a tratamiento analgésico no tenían ninguna prescripción por parte del médico.⁶

Este último estudio mencionado expone que la efectividad analgésica se consiguió en el 47,3%, cifras más elevadas que en el presente estudio. En este trabajo, el registro inadecuado de la presencia o ausencia de dolor dificultó la valoración de la efectividad analgésica. En el 27% de los casos la intensidad del dolor no fue reevaluada, por lo que en éstos se desconoce si las medidas

antiálgicas fueron efectivas. Es de mencionar que, tal y como afirman diversos estudios, la clave del buen control analgésico en los hospitales radica principalmente en la educación, en la correcta evaluación, registro y el tratamiento del dolor, y no en nuevas tecnologías y medicaciones analgésicas.¹²

5.1.3. Registro del dolor

De la subjetividad propia del dolor surge la necesidad del adecuado registro de éste. El personal de enfermería, de manera general, utiliza su experiencia y sobre todo valora la apariencia y los signos físicos del paciente (como las expresiones faciales y los movimientos corporales) más que el dolor que manifiesta el propio paciente.¹⁷ No es esta una conducta adecuada si se contempla el dolor como una experiencia esencialmente subjetiva. Su comprobación se fundamenta en la información que refiere el paciente, puesto que los signos físicos que lo acompañan son inespecíficos y no siempre van asociados a la presencia ni a la intensidad del dolor.⁸ En definitiva, cuando una persona afirma que tiene dolor debemos asumir que, efectivamente, lo tiene.

El 100% de los pacientes pertenecientes a este estudio tenían reflejado el dolor en la hoja de enfermería, no obstante, sólo el 34,62% de los pacientes tenían la intensidad del dolor registrada diariamente en las historias clínicas y únicamente el 1,28% de los pacientes la tenía sistemáticamente cada 8 horas (a pesar de estar esta valoración incluida en la gráfica de enfermería).

En definitiva, se ha visto que pese a que se refleje la presencia de dolor en la hoja de enfermería, no se está cumplimentando la gráfica de enfermería adecuadamente. El registro del dolor debería realizarse cada 8 horas, anotando un 0 en la escala de EVA en los casos de ausencia de dolor y anotando la intensidad del dolor en caso de que el paciente lo refiera.

Este hallazgo pone de manifiesto que, los profesionales sanitarios del AGC de Medicina Interna del Hospital de Cabueñes, no le están otorgando al dolor la importancia que merece y que la valoración y registro del dolor constituyen una amplia área de mejora en cuanto a calidad.

Contrastando este hecho con la literatura encontramos que es un fenómeno extendido en el ámbito hospitalario.

El grupo Catalán de Investigación del Dolor Hospitalario realizó un estudio transversal en quince hospitales de su comunidad. Tras seleccionar una muestra de los pacientes hospitalizados con dolor, se recogió información clínica y se consultaron los registros de intensidad del dolor en las historias. Al estudiar la calidad de éstos, encontraron que en la mayoría de las historias se había registrado el dolor, pero sólo en la mitad de éstas se había anotado la intensidad del mismo. No observaron diferencias entre el registro del dolor y la edad o del sexo de los pacientes; y tampoco diferencias en función de los servicios clínicos en los que estuvieron ingresados los pacientes.⁸

A nivel nacional, se realizó una encuesta entre los jefes de servicio de anestesiología de más de 300 hospitales españoles. Esta encuesta abordaba el manejo del dolor postoperatorio y se encontró que sólo una tercera parte de los encuestados respondió que se realizaba la evaluación y el registro de la intensidad del dolor postoperatorio en sus hospitales.¹⁸

Los estudios epidemiológicos efectuados en hospitales de otros países también indican que la evaluación y el registro del dolor es escasa.

En Alemania, se evaluó la calidad del manejo del dolor postoperatorio mediante una encuesta. Se incluyeron datos de más de 400 hospitales y se evidenció que la evaluación regular y el registro del dolor en las historias clínicas fue el criterio de calidad más deficiente y que menos se cumplía.¹⁹

Los resultados de una encuesta internacional sobre la implantación de las unidades de dolor agudo, que fue realizada en 17 países europeos e incluyó datos de más de 100 hospitales, indicaron que la evaluación y el registro del dolor en las historias clínicas era escasa, a pesar de que en un 40% de los hospitales se disponía de escalas de evaluación de la intensidad del dolor.²⁰

No obstante, no parece ocurrir lo mismo fuera de Europa. Un estudio descriptivo-transversal llevado a cabo en un hospital universitario canadiense indicó que de una muestra de 88 sujetos, 81 pacientes expresaron que el personal del hospital les interrogó acerca de la presencia de dolor. El 69% de los sujetos estudiados expusieron que la enfermera “siempre” hizo lo que estuvo en sus manos para ayudarles a manejar el dolor.¹⁶

5.1.4. Factores que inciden en el registro del dolor

En el presente estudio se desconocen los motivos que llevan a la incorrecta cumplimentación de la evaluación del dolor.

En este sentido, diversos estudios investigaron acerca de los factores que se asocian a un mayor registro de la intensidad del dolor o acerca de barreras que dificultan el adecuado registro del mismo.

Existen factores individuales, como la comunicación espontánea del dolor por parte de los pacientes, que se asocian a una mayor probabilidad del registro en las historias clínicas. Es relevante mencionar que los pacientes, por norma general, tienen unas expectativas de alivio del dolor muy bajas, estando este hallazgo relacionado con las experiencias previas así como con las creencias acerca de la naturalidad de padecer dolor después de una intervención quirúrgica o durante el curso natural de una enfermedad. Asimismo, no solicitan medicación de rescate ni comunican al personal cuando presentan dolor. Estos datos claman por una mejor educación en

el manejo del dolor para intentar cambiar las creencias erróneas de los pacientes y así evitar el sufrimiento silencioso de éstos.^{8, 12} El APS Quality of Care Committee ha proporcionado una explicación similar.²¹

Existen también factores demográficos y clínicos relacionados con un mayor registro de la intensidad del dolor en las historias clínicas: las características demográficas (edad avanzada) y clínicas de los pacientes (neoplásicos, traumáticos y los que comunicaron espontáneamente el dolor al personal sanitario) y las características hospitalarias (servicios clínicos de medicina interna y cirugía general, grandes hospitales y hospitales docentes). Tanto en el presente estudio como en otros similares se encontró que la intensidad del dolor fue mayor en los pacientes neoplásicos, lo que indica una mayor sensibilización de la importancia del registro en este tipo de pacientes. Estas diferencias resaltan la importancia de instaurar medidas educativas entre los pacientes y los profesionales sanitarios y de medidas organizativas en los hospitales y servicios clínicos para mejorar la evaluación y el registro del dolor.⁸

Son diversas las barreras asistenciales que dificultan la evaluación y el adecuado registro del dolor. En primer lugar, se ha descrito que no existe conciencia del problema, ya que una gran mayoría del personal médico y de enfermería está satisfecho con el manejo del dolor en sus pacientes, y considera que evalúa correctamente el dolor, aunque los resultados en la práctica clínica asistencial indican una necesidad de mejorar la evaluación del dolor por el personal de hospital.⁸ En este sentido, estudios destacan que los profesionales de enfermería que han tenido una experiencia previa de dolor intenso evalúan más la intensidad del dolor de sus pacientes que aquellas que no han tenido una experiencia similar,²² lo que corrobora que no existe una conciencia profesional si no personal del dolor.

Esta escasa evaluación del dolor se ha relacionado también con las cargas de trabajo del personal de enfermería, las presiones de tiempo y la prioridad de otras actividades laborales.²³

Visto esto, el siguiente paso a este trabajo en la línea de investigación podría ser la exploración de los motivos que llevan a los profesionales sanitarios al escaso registro del dolor.

5.2. Sesgos y limitaciones del estudio

La recogida de información se basó en Historias Clínicas en papel, esto complicó la recogida de datos. Por una parte dificultó la legibilidad de los datos y por otra creó pérdidas por el extravío de documentos en papel.

En primer lugar se encontró el sesgo de selección, que subyace en la ausencia de registros del dolor por parte del personal de enfermería. Como estrategia minimizadora se recurrió al cálculo de un tamaño muestral adaptado a los objetivos del estudio y a la ampliación de esa muestra (de 92 a 100 sujetos) como anticipo a las posibles pérdidas de sujetos a estudio por ausencia de datos. Otra de las medidas que se llevó a cabo fue aleatorizar la selección de los pacientes y concretar estrictos criterios de selección y exclusión.

En segundo lugar se encontró el sesgo de información debido a la inevitable subjetividad propia del dolor. Para minimizarla se contó con una escala estandarizada y validada para la medición de la intensidad del dolor en los pacientes hospitalizados, como es la escala visual analógica (EVA). Esta escala es la que, por protocolo, se utiliza en el Hospital de Cabueñes; la representación de los registros obtenidos mediante esta escala aparecen reflejados en la gráfica de enfermería (*anexo I*). Cabe mencionar que aunque es una de las más utilizadas en la práctica clínica, no determina otras dimensiones del dolor a diferencia de los cuestionarios multidimensionales del dolor (como por ejemplo el Cuestionario de McGill). Sin embargo, existe evidencia de que éstos últimos son más complejos, requieren más tiempo para su evaluación que las escalas unidimensionales y, por

tanto, son difíciles de aplicar en la práctica clínica asistencial, lo que limita su uso rutinario en todos los pacientes hospitalizados.

Una gran limitación de este estudio ha sido el tamaño muestral. Del tamaño que se pretendía de 100 pacientes, se redujeron a 78; el porcentaje de pérdidas fue del 22%. Un 7% se perdió por la inaccesibilidad a Historias Clínicas por estar prestados los dossiers a otros servicios, un 10% de las pérdidas derivaron de la falta de documentos en papel necesarios para la recogida y un 5% de las pérdidas a la ausencia de registro de datos. No se puede inferir que los resultados de un estudio realizado en una planta de un hospital ubicado en Gijón, pueda representar el estado de los hospitales del área estudiada o de la población en general.

Otra limitación deriva de la elección de un estudio retrospectivo y del registro de la intensidad del dolor en la gráfica de enfermería de las historias clínicas como una de las variables principales del estudio. Por un lado, la elección de un estudio retrospectivo impide la comparación de los resultados obtenidos con la vivencias reales de los pacientes. Por otro lado, puede que esta única variable no refleje la evaluación real de la intensidad del dolor en la práctica asistencial, y es por eso que se ha incluido en el estudio la revisión de la hoja de enfermería como uno de los indicadores de registro del dolor. En este sentido, es posible que el personal de enfermería evalúe la intensidad del dolor de los pacientes pero no registre esta medida en las Historias Clínicas. No obstante, esta conducta no resulta adecuada, puesto que las historias clínicas son los documentos en los que se deben registrar todos los acontecimientos de interés durante el proceso de hospitalización, y el dolor y la intensidad del mismo son acontecimientos relevantes que se deben registrar, así como se registran las medidas analgésicas correspondientes. Esta limitación recae en que si los profesionales sanitarios no evaluaron y registraron de manera regular y sistemática la intensidad del dolor de los pacientes en las historias clínicas, la presencia de dolor en algunos pacientes pudo pasar completamente desapercibida. Es por ello que el inadecuado registro de la

intensidad del dolor es un indicador de que la calidad asistencial es mejorable en este sentido, ya que el dolor puede ser un indicador de muchos otros problemas en el proceso asistencial.

5.3. Fortalezas y utilidad del trabajo

El estudio fue llevado a cabo por un único investigador, por lo cual los datos fueron recogidos y tratados de igual manera, al igual que el análisis de los resultados.

Con el método utilizado se llegó a los resultados previstos para este trabajo y se han podido ampliar los conocimientos relacionados al modo de detectar el dolor, evaluarlo y tratarlo.

Los pacientes de la planta de hospitalización en la que se centra este estudio presentan una edad media de 79 años, por lo que este trabajo podría facilitar claves para el adecuado manejo del dolor en la población anciana, tal y como propone un estudio acerca del dolor y calidad de vida en pacientes ancianos hospitalizados.¹⁵

Los trabajos acerca del dolor en nuestro medio hospitalario son escasos. Además, la mayoría de estudios que han analizado este problema se han centrado en pacientes postoperados.⁸

Este estudio basado en la población hospitalizada en una planta médica, amplía, por tanto, la visión de la problemática del dolor a otras áreas.

Teniendo en cuenta que una de las primeras medidas de mejora asistencial para reducir el dolor en un centro sanitario consiste en conocer la prevalencia de este síntoma y analizar el abordaje terapéutico realizado, este trabajo está contribuyendo en la mejora de la calidad asistencial en este sentido.

El presente estudio refuerza, junto con los estudios de otros autores, la necesidad de una mayor concienciación en los profesionales sanitarios sobre la importancia del dolor: tener siempre presente este síntoma en la atención al enfermo, disponer de una valoración y un seguimiento

rigurosos y sistemáticos del dolor como parte de la rutina general de evaluación clínica, y mantener una buena comunicación con el paciente y entre todos los profesionales que lo atienden.

El estudio se ha realizado en el Principado de Asturias, una comunidad que ha diseñado el Sistema de información normalizada de objetivos de calidad (SINOC) que consiste en una herramienta para la determinación de objetivos e indicadores de calidad. En este sistema, son varios los objetivos que se relacionan con el dolor, por lo que podemos decir que están instaurados estándares e indicadores de calidad. Autores aconsejan la instauración de este tipo de medidas, junto con la realización de estudios periódicos que determinen el grado en que son alcanzados.⁶ Este trabajo podría ser el comienzo de esta segunda recomendación.

Con la recogida de datos se consultaron gráficas de enfermería antiguas, y se objetivó que la representación de los registros obtenidos tras la evaluación de la intensidad del dolor mediante la escala EVA en la gráfica de enfermería no constaba en ellas. Este estudio revela que este aspecto es mejorable y que es necesario desarrollar nuevas medidas para mejorar el registro del dolor y de su intensidad en el AGC de Medicina Interna del Hospital de Cabueñes. Partiendo de que el registro del dolor está protocolizado en la gráfica de enfermería, se propone trabajar en la educación de los pacientes para que comuniquen el dolor que padecen y diseñar programas de educación continua del personal sanitario para aumentar la conciencia de la importancia de la evaluación, el registro y el manejo adecuado del dolor.⁸ Estas medidas junto con la aplicación de sistemas de recuerdo (como pueden ser auditorias e informes periodicos del registro del dolor) podrían contribuir a una mejora de la calidad en este sentido.

En conclusión, ante la necesidad de derrotar la “ética de infratratamiento” que exponen diversos estudios, este trabajo impulsa una mayor atención hacia el dolor por parte de los profesionales de

enfermería. De esta manera, pretende promocionar el alivio del dolor por parte del personal asistencial, puesto que ésto constituye un derecho humano fundamental.^{24,25}

La relevancia de este proyecto en cuanto a su impacto clínico-asistencial recae en que, tras la obtención de los resultados, serán importantes los beneficios potenciales que podrán obtener los usuarios ingresados en los diferentes hospitales de Asturias; puesto que lo que se pretende mediante este trabajo es evaluar el manejo del dolor a nivel de hospitalización y poder así reflejar áreas de mejora de calidad del abordaje clínico y asistencial en este sentido.

6. CONCLUSIONES

1. Más de la mitad de los pacientes hospitalizados en el Área de Gestión Clínica de Medicina Interna de Cabueñes presentó dolor en algún momento del ingreso.
2. En todos de los pacientes se reflejó la presencia de dolor en la hoja de enfermería. No obstante, sólo una tercera parte de éstos tenían la intensidad del dolor registrada diariamente en las historias clínicas y únicamente al 1,28% de los pacientes se les registró sistemáticamente por turno. A pesar de estar contemplada esta evaluación del dolor por turno en la gráfica de enfermería, su cumplimiento por parte de enfermería constituye un área de mejora asistencial.
3. En el 3,85% de los pacientes las medidas analgésicas no fueron efectivas, en el 12,82% fueron efectivas parcialmente y en el 5,13% fueron totalmente efectivas. En un amplio porcentaje de los sujetos no se pudo evaluar la efectividad de las medidas antiálgicas puesto que el dolor no fue reevaluado tras la instauración de las mismas.
4. De los sujetos que presentaron dolor predominaron los hombres sobre las mujeres, de edad avanzada y con patología neoplásica. No se encontró relación entre sexo, motivo de ingreso e intensidad del dolor, ni entre esta última con la edad o los días de ingreso.

7. BIBLIOGRAFÍA

1. Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Construcción y validación de indicadores de buenas prácticas sobre seguridad del paciente. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008.
2. Díaz C, Suárez R, Navia-Osorio JM, Mola P. Sistema de Información Normalizado para los Objetivos de Calidad (SINOC). Oviedo: Servicio de Salud del Principado de Asturias; 2011.
3. Ibarra E. Una Nueva Definición de “Dolor”. Un Imperativo de Nuestros Días. *Rev Soc Esp Dolor*. 2006;13:65-75.
4. Muñoz-Ramón JM, Mañas AR, Aparicio PG. La Comisión «Hospital sin Dolor» en la estructura de gestión de la calidad de un hospital universitario. *Rev Soc Esp Dolor* 2010;17:343–8.
5. Arbonés E, Montes A, Riu C, Farriols C, Mínguez S. El dolor en los pacientes hospitalizados: estudio transversal de la información, la evaluación y el tratamiento. *Rev Soc Esp Dolor*. 2009;16:314–22.
6. Bolívar I, Català E, Cadena R. El dolor en el hospital: de los estándares de prevalencia a los de calidad. *Rev Esp Anestesiol Reanim*. 2005;52: 131-140.
7. Sola A, Pedrosa P, Salvatore A, Salomón S, Carena J. Manejo del dolor en pacientes hospitalizados. *Revista Médica Universitaria* 2012;8:1-14.
8. Vallano A, Payrullet P, Malouf J, Baños JE y Grupo Catalán de Investigación del Dolor Hospitalario. Estudio multicéntrico de la evaluación del dolor en el medio Hospitalario. *Rev Esp Anestesiol Reanim*. 2007;54:140-146.
9. Breivik H, Borchgrevink PC, Allen SM, Rosseland LA, Romundstad L, Breivik Hals EK, et al. Assessment of Pain. *Brit J Anaesth*. 2008;101: 17–24.
10. Pardo C, Muñoz T, Chamorro C, Grupo de Trabajo de Analgesia y Sedación de la SEMICYUC. Monitorización del dolor. Recomendaciones del grupo de trabajo de analgesia y sedación de la SEMICYUC. *Med Intensiva*. 2006;30:379-85.
11. Montes A, Arbonés E, Planas J, Muñoz E, Casamitjana M. Los profesionales sanitarios ante el dolor: estudio transversal sobre la información, la evaluación y el tratamiento. *Rev Soc Esp Dolor*. 2008;2:75–82.
12. Malouf Sierra, J. Tratamiento del dolor en pacientes hospitalizados: relación entre satisfacción y tratamiento analgésico [tesis doctoral]. Barcelona: Universitat Pompeu Fabra, Departament de Ciències Experimentals i de la Salut; 2011. 95 p. [consultado 26 de mayo de 2015]. Disponible en: <http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/80777/tjms.pdf?sequence=1>
13. Purser L, Warfield K, Richardson C. Making pain visible: an audit and review of documentation to improve the use of pain assessment by implementing pain as the fifth vital sign. *Pain Manag Nurs*. 2014;15:137–42.
14. Cano JM, De Juan S. Valoración del dolor: quinta constante vital. *Rev Soc esp Dolor*. 2006;6:428-430.
15. Molina JM, Rodríguez, AF, Figueroa J. Dolor, calidad de vida y estado anímico relacionados con la salud de pacientes ancianos hospitalizados. *Pensam Psicol*. 2007;11:43 -53.

16. Jabusch KM, Lewthwaite BJ, Mandzuk LL, Schnell-Hoehn KN, Wheeler BJ. The Pain Experience of Inpatients in a Teaching Hospital: Revisiting a Strategic Priority. *Pain Manag Nurs*. 2015;16:69-76
17. Kim HS, Schwartz-Barcott D, Tracy SM, Fortin JD, Sjostrom B. Strategies of pain assessment used by nurses on surgical units. *Pain Manag Nurs*. 2005;6:3-9.
18. Puig MM, Montes A, Marrugat J. Management of postoperative pain in Spain. *Acta Anaesthesiol Scand*. 2001;45:465-70.
19. Stamer UM, Mpsios N, Stuber F, Maier C. A survey of acute pain services in Germany and a discussion of international survey data. *Reg Anesth Pain Med*. 2002;27:125-31.
20. Rawal N, Allvin R. Acute pain services in Europe: a 17-nation survey of 105 hospitals. The EuroPain Acute Pain Working Party. *Eur J Anaesthesiol*. 1998;15:354-63.
21. Quality improvement guidelines for the treatment of acute pain and cancer pain. American Pain Society Quality of Care Committee. *JAMA* 1995;274:1874-80.
22. Holm K, Cohen F, Dudas S, Medema PG, Allen BL. Effect of personal pain experience on pain assessment. *Image J Nurs Sch*. 1989;21:72-5.
23. Manias E, Botti M, Bucknall T. Observation of pain assessment and management--the complexities of clinical practice. *J Clin Nurs*. 2002;11:724-33.
24. Brennan F, Cousins MJ. Pain relief as a human right. *Rev Soc Esp Dolor* 2005;12:17-23.
25. Lohman I, Schleifer R, Amon JJ. Access to pain treatment as a human right. *BMC Medicine*. 2010;8:8.

8. ANEXOS

Anexo I. Gráfica de enfermería.



SERVICIO DE SALUD
DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS
HOSPITAL DE CABUEÑES
GIJÓN

N.º Historia _____ N.º S. S.: _____
 Primer apellido _____
 Segundo apellido _____
 Nombre _____ Sexo _____
 Edad _____ Fecha nacimiento _____

SERVICIO _____ Cama _____

DÍA	Días de Observación																										
60	140	40																									
50	120	39																									
40	100	38																									
30	80	37																									
20	60	36																									
10	40	35																									
R P T M																											
TA																											
DOLOR	ESCALA EVA (0-10)		M																								
			T																								
			N																								
BALANCE HÍDRICO	ENTRADAS	Fluidoterapia																									
		Ingesta																									
		Hemoterapia																									
	SALIDAS	Diuresis																									
	Deposición																										
PESO Y TALLA																											
Sonda vesical																											
Sonda gástrica																											
Catéter IV																											
Catéter nutrición																											
GRUPO Y RH												ALERGIAS															
TERAPEUTICA																											

HOJA DE GRÁFICA
8 c

Anexo II. Hoja de administración de medicamentos



SERVICIO DE SALUD
DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

AREA V GIJON

HOSPITAL DE CABUEÑES

N.º Historia _____ N.º S.S. _____
 Primer apellido _____
 Segundo apellido _____
 Nombre _____ Sexo _____
 Edad _____ Fecha nacimiento _____

SERVICIO _____ Cama _____

• ALERGIAS: _____	• DIA: _____		• FECHA: _____		Hora		Firma																	
	Hora	Firma	Hora	Firma	Hora	Firma	Hora	Firma	Hora	Firma	Hora	Firma	Hora	Firma	Hora	Firma	Hora	Firma	Hora	Firma	Hora	Firma		
• MEDICAMENTO: _____																								
• VIA: _____ • DOSIS: _____																								
• FRECUENCIA: _____																								
• FECHA INICIO: _____																								
• MEDICAMENTO: _____																								
• VIA: _____ • DOSIS: _____																								
• FRECUENCIA: _____																								
• FECHA INICIO: _____																								

HC-346

HOJA DE ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS

8 E

Anexo IV. Hoja de recogida de datos

Formulario para la recogida de datos – Kenya Nekotxea

Nº Historia Clínica: _____

Fecha de ingreso: _____

Planta a la que pertenece el paciente: 1. 5ºP 2. 7ºP 3. 7ºI

1. Sexo del paciente:
 - 1. Masculino
 - 2. Femenino
2. Edad del paciente: _____ años
3. Motivo de ingreso del paciente: _____
4. Presencia de dolor durante el ingreso:
 - 1. No
 - 2. Si
5. Alteración cognitiva/comunicativa:
 - 1. Ninguna
 - 2. Demencia
 - 3. Coma
 - 4. Enfermedad psiquiátrica descompensada
 - 5. Imposibilidad de comunicación

- 1. Asma
 - 2. Diabetes Mellitus
 - 3. Derrame Pleural
 - 4. Esclerosis Múltiple
 - 5. EPOC y bronquiectasias
 - 6. Infecciones de la piel y del tejido celular s/c
 - 7. Insuficiencia Cardíaca
 - 8. Neoplasias
 - 9. Insuficiencia Respiratoria
 - 10. Insuficiencia Renal
 - 11. Infección Urinaria
 - 12. Neumonía
 - 13. Fiebre de origen desconocido
 - 14. Septicemia
 - 15. Síndrome general a estudio
 - 16. Infección respiratoria
 - 17. Otros
 - 18. Pluripatológico
 - 19. Anemia

6. Intensidad de dolor durante el ingreso por turno:

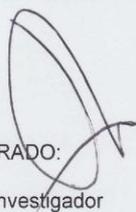
Día de ingreso	M	T	N	Día de ingreso	M	T	N	Día de ingreso	M	T	N
1º				6º				11º			
2º				7º				12º			
3º				8º				13º			
4º				9º				14º			
5º				10º				15º			

7. La presencia de dolor ha sido reflejada en la “hoja de enfermería” incumpliendo la escala EVA:
 - 1. No
 - 2. Si
8. Promedio de dolor durante el ingreso según escala EVA: 0 ...1 ...2 ...3 ...4 ...5 ...6 ...7 ...8 ...9 ...10
 - 1. Nulo o leve (0-3)
 - 2. Moderado (4-7)
 - 3. Intenso (8-10)
 - 4. No se ha valorado el dolor mediante escala EVA
9. Duración del ingreso: _____ días
10. Número de días de ingreso en los que el paciente refiere dolor: _____ días
11. Cumplimiento de la evaluación diaria del dolor:
 - 1. No
 - 2. Algún día
 - 3. Si

12. Cumplimiento de la evaluación sistemática por turno del dolor:
- 1. No se cumple ningún día
 - 2. Se cumple algunos días
 - 3. Se cumple todos los días
13. Actuación de los profesionales ante dolor
- 1. Ninguna pauta
 - 2. Analgesia a demanda
 - 3. Analgesia fija y sin rescate
 - 4. Analgesia fija y con rescate
 - 5. Intervenciones de enfermería de alivio del dolor
 - 6. Pauta secuencial
14. Paracetamol
- 1. A demanda
 - 2. Pauta fija
 - 3. No pautado
 - 4. Progresiva
15. Metamizol
- 1. A demanda
 - 2. Pauta fija
 - 3. No pautado
 - 4. Progresiva
16. Cloruro mórfico
- 1. A demanda
 - 2. Pauta fija
 - 3. No pautado
 - 4. Progresiva
17. Otros analgésicos
- 1. A demanda
 - 2. Pauta fija
 - 3. No pautado
 - 4. Progresiva
18. Administración de analgésicos prescritos durante el ingreso
- 1. Sí
 - 2. No
19. El dolor (la puntuación en la escala EVA) disminuye tras la instauración de medidas analgésicas:
- 1. No disminuye
 - 2. Disminuye en ocasiones
 - 3. Disminuye siempre
 - 4. El dolor no ha sido reevaluado
 - 5. No se registró dolor
20. Toma analgésicos domiciliarios:
- 1. No
 - 2. Sí. Especificar: _____
21. Destino de alta:
- | | |
|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1. Domicilio | <input type="checkbox"/> 3. Traslado |
| <input type="checkbox"/> 2. Residencia | <input type="checkbox"/> 4. Exitus |

Anotaciones:

Anexo V. Solicitud de autorización del proyecto de investigación

	SERVICIO DE SALUD DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS	GERENCIA DEL ÁREA SANITARIA V
Autorización proyecto de investigación		
SOLICITUD		
Investigador/es:		
Dña. Kenya Nekotxea Lezaun.		
Tutor/ Asesor metodológico:		
D. Joaquín Morís De La Tassa.		
Título del proyecto de investigación:		
Evaluación del manejo del dolor en el Área de Gestión Clínica de Medicina Interna del Hospital de Cabueñes (Gijón).		
Fecha: 16 de Febrero de 2015		
REVISIÓN UNIDAD DE INVESTIGACIÓN		
¿Precisa autorización de la Dirección?	<input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Precisa visto Bueno de la Comisión de Investigación	<input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Se adjunta Acta nº
¿Precisa autorización del Comité Ético de Investigación Clínica en Asturias?	<input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Se adjunta informe
AUTORIZACIÓN		
Leído el proyecto y vistos los informes de la Comisión de investigación y, en su caso, del Comité Ético de Investigación Clínica en Asturias, la Gerencia del Área V /Dirección de Asistencia Sanitaria y Salud Pública del Área V, autoriza la realización del proyecto con las siguientes consideraciones:		
Consideraciones:		
APROBACION		
		
ELABORADO: Fecha Grupo Investigador	REVISADO: Fecha Unidad de Investigación D. Patricio Suárez Gil	AUTORIZADO: Fecha Director A. Sanitaria y Salud Pública

ADMÓN. PRINCIPADO DE ASTURIAS
 Reg. Entrada N.º 2015010699002395
 25/02/2015 09:31:37

Anexo VI. Autorización del Comité Ético de la Investigación Clínica Regional del Principado de Asturias.



SERVICIO DE SALUD
DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS

Comité de Ética de la Investigación del
Principado de Asturias
C/ Celestino Villamil s/n
33006.-Oviedo
Tfno: 985.10.79.27/985.10.80.28
e-mail: csicr_asturias@hica.es

Área Sanitaria

Oviedo, 23 de Febrero de 2015

El Comité Ético de la Investigación del Principado de Asturias ha evaluado el Estudio 33/15, titulado: "EVALUACIÓN DEL MANEJO DEL DOLOR EN ÁREA DE GESTIÓN CLÍNICA DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL DE CABUEÑES (GIJÓN)" Investigadora Principal Dña. Kenya Nekotxea Lezaun. Trabajo fin de Maxter de Enfermería.

El Comité ha tomado el acuerdo de considerar que el citado estudio reúne las condiciones éticas necesarias para poder realizarse y, en consecuencia, emite su autorización.

Le recuerdo que deberá guardar la máxima confidencialidad de los datos utilizados en este estudio.

Le saluda atentamente.

Fdo: Eduardo Arnáez Moral
Secretario del Comité Ético de Investigación
Clínica Regional del Principado de Asturias



Anexo VII. Calidad bibliográfica: factor de impacto de las revistas consultadas

Nombre abreviado de la revista	Índice de factor de impacto
<i>BMC Med</i>	<i>JCR 7.276</i>
<i>Brit J Anaesth</i>	<i>JCR 4.354</i>
<i>Pain Manag Nurs</i>	<i>JCR 1.787</i>
<i>Med Intensiva</i>	<i>JCR 1.240</i>
<i>J Clin Nurs</i>	<i>JCR 1.233</i>
<i>Rev Soc Esp Dolor</i>	<i>SJR 0.163</i>
<i>Rev Esp Anesthesiol Reanim</i>	<i>SJR 0.163</i>
<i>Eur J Anaesthesiol</i>	<i>SJR 0.123</i>
<i>Acta Anaesthesiol Scand</i>	<i>SJR 0.122</i>
<i>Image J Nurs Sch</i>	<i>Sin factor de impacto</i>
<i>Pensam Psicol</i>	<i>Sin factor de impacto</i>
<i>Revista Médica Universitaria</i>	<i>Sin factor de impacto</i>
<i>Reg Anesth Pain Med</i>	<i>Sin factor de impacto</i>

Anexo VIII. Organigrama de Trabajo Fin de Máster

Fecha	Tareas	Responsable
16/12/2015	Reunión con el tutor para definir temática de estudio	Alumna y tutor
29/12/2015 - 22/01/2015	Búsqueda bibliográfica y redacción de introducción, hipótesis y objetivos	Alumna
23/01/2015 - 9/02/2015	Desarrollo de material y métodos: tipo de estudio, ámbito, criterios de inclusión y exclusión, variables y método de recogida de datos	Alumna
10/02/2015 - 15/02/2015	Desarrollo del apartado de limitaciones y sesgos de estudio	Alumna
16/02/2015	Petición autorizaciones y permisos	Alumna y tutor
30/02/2015	Muestreo y aleatorización. Solicitud de permiso de acceso a documentación clínica.	Alumna y tutor
31/02/2015- 15/03/2015	Redacción de sujetos y métodos. Tutoría.	Alumna
16/03/2015	Recogida de datos: estudio piloto. Modificaciones hoja de recogida de datos.	Alumna y tutor
17/03/2015 - 15/04/2015	Recogida de datos y creación de base de datos en SPSS Statistics 17	Alumna y tutor
16/04/2015 - 21/04/2015	Ampliación de bibliografía y redacción del trabajo realizado	Alumna
22/04/2015	Análisis estadístico	Alumna (con tutoría)
25/04/2015 - 30/04/2015	Redacción de resultados	Alumna
1/05/2015 - 15/05/2015	Redacción de la discusión y conclusiones. Corrección final.	Alumna