



ORIGINAL BREVE

Comparación de los conocimientos sobre dolor infantil en 2 poblaciones de profesionales de enfermería



C. Lobete Prieto^{a,*}, C. Rey Galán^b y A.H. Kiza^c

^a Servicio de Pediatría, Hospital del Oriente de Asturias, Arriondas, España

^b Sección de Cuidados Intensivos Pediátricos, Hospital Universitario Central de Asturias, Universidad de Oviedo, Oviedo, España

^c Erasmus Mundus Masters Candidate in Emergency and Critical Care Nursing, Universidad de Oviedo, Oviedo, España

Recibido el 11 de diciembre de 2013; aceptado el 4 de febrero de 2014

Disponible en Internet el 28 de mayo de 2014

PALABRAS CLAVE

Dolor;
Enfermería;
Analgésia

KEYWORDS

Pain;
Nursing;
Analgesia

Resumen

Objetivo: Comparar los conocimientos sobre dolor infantil entre un grupo de profesionales de enfermería de un hospital pediátrico y otro de un hospital general.

Material y métodos: Estudio descriptivo basado en la utilización de un cuestionario validado para la valoración de los conocimientos y actitudes del personal de enfermería sobre el dolor pediátrico (*Pediatric Nurses' Knowledge and Attitude Survey Regarding Pain [PNKAS]*). Se distribuyó el cuestionario entre el personal de enfermería de un hospital pediátrico y de un hospital general.

Resultados: La puntuación obtenida en el hospital pediátrico vs. hospital general fue: media, 51,7 vs. 47,2%, intervalo de confianza 95%: 47,5-56% vs. 43,6-50,8% ($p=0,098$).

Conclusiones: No existió una mejor puntuación en el cuestionario PNKAS en la enfermería que trabaja exclusivamente con niños que en la enfermería que trabaja con población general. Resulta necesario mejorar la formación sobre el dolor pediátrico en la enfermería que atiende al niño enfermo hospitalizado.

© 2013 Asociación Española de Pediatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Comparison between 2 groups of nursing professionals on the knowledge of pediatric pain

Abstract

Objective: To compare infant pain knowledge between a group of nurses who work in a pediatric hospital and one that works in a general hospital.

Material and methods: Descriptive study based on the use of a validated questionnaire for assessing the knowledge and attitudes of nurses about pediatric pain (*Pediatric Nurses'*

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: carloslobete@gmail.com (C. Lobete Prieto).

Knowledge and Attitude Survey Regarding Pain [PNKAS]). PNKAS questionnaire was distributed to the nursing staff of a pediatric hospital and a general hospital and the results were compared. **Results:** The average score obtained in the pediatric vs. the general hospital was: mean, 51.7% vs. 47.2%, 95% confidence interval, 47.5 to 56% vs. 43.6 to 50.8% ($P = .098$).

Conclusions: There were no differences between the scores in the PNKAS questionnaire between nurses working exclusively with children and nurses working with general population. Training on pediatric pain needs to be improved in nurses caring for sick children.

© 2013 Asociación Española de Pediatría. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

El dolor se ha definido como la experiencia sensorial y emocional desagradable que se asocia con una lesión corporal presente o potencial¹. Se trata de un fenómeno complejo y multidimensional que se origina a partir de estímulos sensoriales, tiene evidentes consecuencias afectivas y motivaciones, demanda asistencia y altera el pensamiento y el comportamiento². Tanto es así que el dolor es una de las razones más frecuentes que empujan a las personas a buscar la ayuda de los profesionales de la salud³.

El dolor infantil ha sido infravalorado e insuficientemente tratado. Las principales limitaciones para su manejo adecuado han sido los falsos mitos sobre la menor sensibilidad del niño al dolor y su mayor susceptibilidad a los efectos adversos de los analgésicos, la dificultad y la complejidad de la evaluación del dolor pediátrico^{4,5}.

El dolor pediátrico debe ser evaluado con frecuencia y documentado con el fin de facilitar su manejo^{6,7}. El personal sanitario debe mejorar su formación en dolor infantil para su correcta evaluación y el uso adecuado de analgésicos⁸⁻¹⁰.

Diversos estudios han evaluado al personal de enfermería en el abordaje del dolor infantil y han determinado que existe un déficit de formación en este campo^{9,11-16}. Esta falta de conocimiento disminuye la calidad de la atención, puesto que se ha demostrado que la evaluación regular del dolor y su tratamiento adecuado conllevan una disminución de la incidencia del mismo y de la estancia hospitalaria¹².

Para evaluar el conocimiento y actitudes que el personal de enfermería tiene ante el dolor McCaffery y Ferrell diseñaron un cuestionario: *Nurses' Knowledge and Attitude Survey Regarding Pain* (NKAS)¹⁷. Posteriormente Manworren modificó este cuestionario para poder utilizarlo con enfermería que trabaje con niños: *Pediatric Nurses' Knowledge and Attitude Survey Regarding Pain* (PNKAS)¹⁸ (anexo 1). Es una herramienta con 40 preguntas en diferentes formatos: verdadero o falso (25 preguntas), opción múltiple (13 preguntas) y casos clínicos (2 casos, 4 preguntas).

Nuestro objetivo fue examinar y comparar el nivel de conocimientos y actitudes con respecto al manejo del dolor pediátrico del personal de enfermería de 2 hospitales diferentes (hospital general y hospital infantil).

Material y métodos

Estudio descriptivo basado en la utilización y posterior análisis de un cuestionario validado para la valoración de los

conocimientos y actitudes del personal de enfermería sobre el dolor pediátrico (PNKAS).

Se distribuyó el cuestionario PNKAS al personal con perfil pediátrico (atiende exclusivamente a población pediátrica en su trabajo diario) con más de 6 meses de experiencia del Centro Materno-Infantil del Hospital Universitario Central de Asturias (Oviedo) y el personal del Hospital del Oriente de Asturias (Arriendas) que atiende a población pediátrica, pero no de forma exclusiva durante su trabajo diario (enfermería de urgencias y de planta de hospitalización con camas pediátricas).

Los participantes rellenaron voluntariamente y de forma anónima el cuestionario. Además se les proporcionó un formulario de consentimiento informado por escrito.

La puntuación en el cuestionario PNKAS se expresó como porcentaje de acierto.

Se compararon las variables categóricas de ambos grupos usando el test Chi cuadrado de Pearson. En las variables cuantitativas se comprobó primero si cumplían las leyes de normalidad. A continuación, para la comparación de medias se usó el test paramétrico «t» de Student cuando la variable independiente tenía 2 categorías y análisis de la varianza (ANOVA de un factor) cuando la variable independiente tenía más de 2 categorías. Se utilizó un grado de significación estadística de p menor de 0,05.

Resultados

Se entregó el cuestionario a 85 profesionales de enfermería en el hospital pediátrico y a 41 en el hospital general. De ellos cumplimentaron la encuesta 30 en el hospital pediátrico (35,3%) y 32 en el hospital general (78%). En las tablas 1 y 2 se muestran la estadística descriptiva de las 2 muestras.

El porcentaje de acierto en el cuestionario en el hospital general fue: la media 47,2%, la mediana 47,6% y el intervalo de confianza al 95% (43,6-50,8). El porcentaje de acierto en el cuestionario en el hospital pediátrico fue: la media 51,7%, la mediana 52,4% y el intervalo de confianza al 95% (47,5-56). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas al comparar ambos grupos ($p = 0,098$).

Se analizó, sin tener en cuenta el hospital de procedencia, si había diferencias en las puntuaciones según la edad, experiencia como enfermera, experiencia como enfermera pediátrica, nivel de educación y frecuencia con la que asisten al tratamiento del dolor en niños en su trabajo. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones medias de cada grupo de

Tabla 1 Características demográficas en la enfermería del hospital general y del hospital pediátrico

Variable	Hospital general (n = 32)	Hospital pediátrico (n = 30)	Nivel de significación estadística
<i>Edad (años)</i>			
20-29	2 (6,3%)	3 (10%)	0,220
30-39	17 (53,1%)	16 (53,3%)	
40-49	11 (34,4%)	5 (16,7%)	
Más de 50	2 (6,3%)	6 (20%)	
<i>Experiencia como enfermera (años)</i>			
0-5	0 (0%)	4 (13,3%)	0,006
6-10	11 (34,4%)	12 (40%)	
11-20	17 (53,1%)	5 (16,7%)	
Más de 21	4 (12,5%)	9 (30%)	
<i>Experiencia como enfermera pediátrica (años)</i>			
0-5	32 (100%)	13 (43,3%)	< 0,0001
6-10	0 (0%)	9 (30%)	
11-20	0 (0%)	3 (10%)	
Más de 21	0 (0%)	5 (16,7%)	

Tabla 2 Características profesionales de la enfermería del hospital general y del hospital pediátrico

Variable	Hospital general (n = 32)	Hospital pediátrico (n = 30)	Nivel de significación estadística
<i>Nivel de educación</i>			
Diplomado	15 (46,9%)	9 (30%)	0,4
Grado	0 (0%)	1 (3,3%)	
Especialista o experto universitario	15 (46,9%)	18 (60%)	
Máster	1 (3,1%)	0 (0%)	
Doctorado	1 (3,1%)	2 (6,7%)	
<i>Frecuencia en el tratamiento del dolor en niños</i>			
Una vez a la semana o menos	28 (87,5%)	2 (6,6%)	< 0,0001
Varias veces a la semana	4 (12,5)	11 (36,7%)	
Una vez al día o más	0 (0%)	17 (56,7%)	

edad ($p=0,185$), de tiempo de experiencia como enfermera ($p=0,274$), de tiempo de experiencia como enfermera pediátrica ($p=0,177$), de nivel de educación ($p=0,627$) ni de frecuencia en el tratamiento del dolor en niños ($p=0,232$).

Discusión

En nuestro estudio hemos encontrado que la puntuación en el cuestionario PNKAS es llamativamente baja. Los porcentajes de acierto se situaron en torno al 50%, lo que podría revelar una necesidad de formación en estos grupos de profesionales de enfermería⁹. Este hallazgo está en consonancia con las aseveraciones descritas en la bibliografía consultada sobre el déficit de formación en la atención al dolor en la edad infantil^{11,13,14,16}. Por otro lado, no hemos encontrado diferencias en la puntuación obtenida por el grupo de profesionales que desarrollan su trabajo en un hospital pediátrico y el grupo que lo desarrolla en un hospital general.

Hemos encontrado algunas diferencias entre los grupos de población objeto de estudio. Las diferencias en el tiempo de experiencia como enfermera pediátrica, y en la

frecuencia en la que participa en la atención del dolor pediátrico en su trabajo diario son lógicas debido a la propia selección de los grupos. Así mismo, existe un mayor porcentaje de enfermeras con experiencia global como enfermera mayor de 21 años en el grupo del hospital pediátrico. Ello podría ser debido a que el hospital general donde se realizó el estudio se abrió hace 15 años y su personal es más joven. Sin embargo, no creemos que estas diferencias hayan influido en el resultado global, ya que parece demostrado que una mayor experiencia no se relaciona con un mejor resultado en el cuestionario PNKAS, independientemente del lugar de trabajo.

Tampoco se encontraron diferencias en las puntuaciones obtenidas de acuerdo a la edad, tiempo de experiencia profesional, tiempo de experiencia profesional como enfermera pediátrica, nivel de educación ni frecuencia en el tratamiento del dolor en niños. Estos datos apoyan aún más la hipótesis de que el déficit de formación es generalizado y no se focaliza en grupos de profesionales con características definidas.

Dentro de las limitaciones de nuestro estudio queremos destacar en primer lugar el tamaño de nuestra muestra. Es posible que un aumento de tamaño muestral haga que la

diferencia en el porcentaje de acierto en el cuestionario PNKAS entre los 2 grupos resulte estadísticamente significativa. En segundo lugar, la baja participación en el hospital pediátrico, donde solo un 35,3% rellenó el cuestionario, puede haber incurrido en un sesgo de selección, ya que es posible que solamente el personal con mayor conocimiento o más sensibilizado con este tema haya querido participar. Ambas limitaciones tienen efectos potenciales opuestos sobre los resultados, por lo que su efecto en todo caso tendería a compensar los hallazgos obtenidos.

Como fortaleza se trata del primer estudio que utiliza la herramienta PNKAS para examinar y comparar el nivel de conocimiento y actitud hacia el dolor pediátrico entre 2 poblaciones de enfermería diferentes (pediátrica y general). El personal de enfermería mantiene una relación más directa con el paciente y resulta clave en el manejo del dolor. El niño enfermo hospitalizado en nuestro sistema sanitario puede estar en un hospital pediátrico o en un hospital general. Por ello, creemos que es importante comparar los conocimientos y actitudes del personal de ambos tipos de hospitales.

A la vista de los resultados del estudio podemos concluir que no existe un mejor nivel de conocimientos sobre el dolor pediátrico en la enfermería que trabaja exclusivamente con niños que en la que trabaja con población general. Parece necesario mejorar la formación sobre el dolor pediátrico en los profesionales que atienden al niño enfermo hospitalizado. La reciente incorporación de la enfermería pediátrica al sistema de especialidades puede contribuir a mejorar esta formación.

Appendix A. [{{(Anexo 1)}}]

Pediatric Nurses' Knowledge and Attitudes Survey Regarding Pain (PNKAS)

Cuestionario para enfermería sobre conocimientos y actitudes acerca del dolor infantil

Sección 1. Verdadero/falso—rodee con un círculo la respuesta correcta.

- V F 1. Para comprobar la afirmación de que un niño o adolescente tiene un dolor intenso debe basarse en la observación de cambios en las constantes vitales.
- V F 2. Debido a que su sistema neurológico está en desarrollo los niños menores de 2 años de edad tienen disminuidas la sensibilidad al dolor y la memoria de experiencias dolorosas.
- V F 3. Si el bebé/niño/adolescente puede ser distraído de su dolor significa normalmente que no está experimentando un alto nivel de dolor.
- V F 4. Los bebés/niños/adolescentes pueden dormir a pesar del dolor intenso.
- V F 5. Estímulos similares en diferentes niños producen la misma intensidad de dolor.
- V F 6. El ibuprofeno y otros fármacos antiinflamatorios no esteroideos no son analgésicos efectivos para el dolor óseo causado por metástasis.
- V F 7. Las intervenciones no farmacológicas (por ejemplo calor, música, dibujos animados, etc.) son muy eficaces para el control del dolor leve a moderado, pero rara vez son útiles para el dolor más intenso.

- V F 8. Los niños que requieren procedimientos dolorosos repetidos (por ejemplo, extracciones de sangre diarias), deben recibir el máximo tratamiento para el dolor y la ansiedad durante el primer procedimiento para minimizar el desarrollo de la ansiedad anticipatoria en los siguientes procedimientos.
- V F 9. La depresión respiratoria es rara en niños/adolescentes que han estado recibiendo opioides durante un período de meses.
- V F 10. Paracetamol 650 mg vía oral tiene un efecto analgésico aproximadamente igual que la codeína 32 mg vía oral.
- V F 11. La escalera del tratamiento del dolor de la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda el uso de analgésicos en monoterapia en lugar de combinar distintas clases de analgésicos (por ejemplo, combinación de un opioide con AINE).
- V F 12. La duración habitual del efecto analgésico de la morfina intravenosa es de 4 a 5 h.
- V F 13. Las investigaciones han demostrado que la prometazina (Actithiol®, Fenargan®) es un fármaco potenciador seguro de los analgésicos opioides.
- V F 14. Los padres no deben estar presentes durante los procedimientos dolorosos.
- V F 15. A los adolescentes con antecedentes de abuso de sustancias no se les debe administrar opioides para el dolor, ya que tienen un alto riesgo de reproducir la adicción.
- V F 16. Por encima de una cierta dosis de morfina aumentar la dosis no proporcionará un mayor alivio del dolor.
- V F 17. Los niños pequeños, de menos de 6 meses de edad, no pueden tolerar los opioides para el alivio del dolor.
- V F 18. Los niños/adolescentes con dolor deben ser alentados a soportar el dolor tanto como sea posible antes de recurrir a una medida de alivio del dolor.
- V F 19. Los niños menores de 8 años no son capaces de determinar la intensidad del dolor y, por tanto, la enfermera debe basarse en la evaluación que hacen los padres de la intensidad del dolor del niño.
- V F 20. Basándose en sus creencias religiosas un niño/adolescente puede pensar que el dolor y el sufrimiento son necesarios.
- V F 21. Los ansiolíticos, sedantes y barbitúricos son medicamentos apropiados para el alivio del dolor durante procedimientos dolorosos.
- V F 22. Después de la dosis inicial recomendada de analgésico opioide, las dosis posteriores deben ajustarse según la respuesta individual del paciente.
- V F 23. En el niño/adolescente se aconseja el uso de intervenciones no farmacológicas contra el dolor de forma independiente en lugar de forma simultánea con medicamentos para el dolor.
- V F 24. Dar a los niños/adolescentes placebos (agua estéril o suero salino fisiológico por inyección) es a menudo una prueba útil para determinar si el dolor es real.
- V F 25. Para ser efectivos el calor y el frío se deben aplicar directamente en la zona dolorosa.

Sección II. Opción múltiple-coloque una marca junto a la respuesta correcta. 26. La vía de administración recomendada de analgésicos opioides para niños con dolor prolongado por cáncer es:

- _____ A. Intravenosa.
- _____ B. Intramuscular.
- _____ C. Subcutánea.
- _____ D. Oral.
- _____ E. Rectal.
- _____ F. No sé.

27. La vía de administración recomendada de analgésicos opioides para niños con dolor agudo, intenso de inicio súbito, por ejemplo, traumático o dolor postoperatorio, es:

- _____ A. Intravenosa.
- _____ B. Intramuscular.
- _____ C. Subcutánea.
- _____ D. Oral.
- _____ E. Rectal.
- _____ F. No sé.

28. ¿Cuál de los siguientes medicamentos analgésicos se considera el fármaco de elección para el tratamiento del dolor crónico de intensidad moderada a grave en los niños con cáncer?

- _____ A. Solución Brompton.
- _____ B. Codeína.
- _____ C. Morfina.
- _____ D. Meperidina (Demerol®).
- _____ E. Metadona.
- _____ F. No sé.

29. ¿Cuál de las siguientes dosis ^{iv} de morfina sería equivalente a 15 mg de morfina oral?

- _____ A. Morfina 3 mg ^{iv}.
- _____ B. Morfina 5 mg ^{iv}.
- _____ C. Morfina 10 mg ^{iv}.
- _____ D. Morfina 15 mg ^{iv}.

30. En el dolor postoperatorio los analgésicos inicialmente se deben dar:

- _____ A. Durante todo el día en un horario fijo.
- _____ B. Solamente cuando el niño/adolescente pide la medicación.
- _____ C. Solamente cuando la enfermera determina que el niño/adolescente tiene un malestar de intensidad moderada o mayor.

31. Un niño con dolor crónico oncológico ha estado recibiendo diariamente analgésicos opioides durante 2 meses. Las dosis se fueron incrementando durante este período de tiempo. Ayer, el niño recibía morfina 20 mg/h por vía ^{iv}. Hoy ha estado recibiendo 25 mg/h ^{iv} durante 3 h. La probabilidad de que el niño desarrolle depresión respiratoria clínicamente significativa es:

- _____ A. Menos de 1%.
- _____ B. 1-10%.
- _____ C. 11-20%.
- _____ D. 21-40%.
- _____ E. > 41%.

32. La analgesia para el dolor crónico oncológico debe ser administrada:

- _____ A. Durante todo el día en un horario fijo.
- _____ B. Solamente cuando el niño/adolescente pide la medicación.
- _____ C. Solamente cuando la enfermera determina que el niño/adolescente tiene un malestar de intensidad moderada o mayor.

33. La explicación más probable de por qué un niño/adolescente con dolor pediría dosis más altas de medicamentos contra el dolor es:

- _____ A. El niño/adolescente está experimentando un aumento del dolor.
 - _____ B. El niño/adolescente está experimentando un aumento de la ansiedad o depresión.
 - _____ C. El niño/adolescente está pidiendo más atención del personal sanitario.
 - _____ D. Las peticiones del niño/adolescente están relacionadas con la adicción.
34. ¿Cuáles de los siguientes medicamentos son útiles para el tratamiento del dolor del cáncer?

- _____ A. Ibuprofeno.
- _____ B. Morfina.
- _____ C. Amitriptilina.
- _____ D. Todas las anteriores.

35. La valoración más precisa de la intensidad del dolor del niño/adolescente es la realizada por:

- _____ A. El médico que lo atiende.
- _____ B. Enfermera de atención primaria del niño/adolescente.
- _____ C. El niño/adolescente.
- _____ D. El farmacéutico.
- _____ E. Los padres del niño/adolescente.

36. ¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor el enfoque de las influencias culturales en el cuidado de niños/adolescentes con dolor?:

- _____ A. Debido a la variedad de culturas existentes en España ya no hay influencias culturales destacables en la experiencia del dolor.
- _____ B. Las enfermeras deben utilizar las creencias establecidas sobre la influencia que la cultura tiene en el dolor (por ejemplo, los asiáticos son generalmente estoicos, los latinoamericanos son expresivos y exageran su dolor, etc.).
- _____ C. Los niños/adolescentes deben ser evaluados individualmente para determinar las influencias culturales sobre el dolor.

37. ¿Cuál cree que es el porcentaje de pacientes que exageran la intensidad del dolor que tienen? Señale la respuesta correcta.

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

38. La adicción a los opioides se define como la dependencia psicológica acompañada de una preocupación abrumadora para la obtención y el uso de opioides para el efecto psíquico, no por razones médicas. Puede ocurrir con o sin los cambios fisiológicos de la tolerancia al efecto analgésico y la dependencia física (síndrome de abstinencia).

Usando esta definición, ¿cuál es la probabilidad de que se produzca adicción a los opiáceos si se han utilizado analgésicos opioides para el tratamiento del dolor? Señale el porcentaje más cercano a lo que considere la respuesta correcta.

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

Sección III. Casos clínicos

Se presentan 2 casos clínicos. En cada paciente se le pedirá que tome decisiones sobre la valoración del dolor y la medicación. Por favor, seleccione una respuesta única para cada pregunta.

39. Paciente A: Andrés tiene 13 años y está ingresado en el primer día tras una cirugía abdominal. Al entrar en su habitación te sonríe y sigue hablando y bromeando con su acompañante. Su evaluación revela la siguiente información: tensión arterial 120/80; frecuencia cardiaca 80, frecuencia respiratoria 18; en una escala de 0 a 10 (0=sin dolor/malestar, 10=peor dolor/malestar) califica su dolor como 8.

A. En el registro del paciente debe marcar la intensidad del dolor en la escala siguiente (círculo en el número que representa la evaluación del dolor de Andrés).

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
No hay dolor/ malestar										Peor dolor/ malestar

B. Su evaluación anterior se realizó 2 h después de haber recibido morfina 2 mg iv. Después de recibir la morfina su intensidad del dolor cada media hora fue desde 6 hasta 8, y no tuvo depresión respiratoria, sedación u otros efectos secundarios adversos. Se ha identificado 2 como un nivel aceptable de alivio del dolor. Su orden del médico para la analgesia es «morfina iv 1-3 mg cada hora si precisa para el alivio del dolor». ¿Qué acción tomará en este momento?:

- 1) No administrar morfina en este momento.
- 2) Administrar morfina 1 mg intravenosa ahora.
- 3) Administrar morfina 2 mg intravenosa ahora.
- 4) Administrar morfina 3 mg intravenosa ahora.

40. Paciente B: Roberto tiene 13 años y está ingresado en el primer día tras una cirugía abdominal. Al entrar en su habitación él está tumbado tranquilamente en la cama y hace una mueca mientras se revuelve en la cama. Su evaluación revela la siguiente información: tensión arterial 120/80; frecuencia cardiaca 80; frecuencia respiratoria 18; en una escala de 0 a 10 (0=sin dolor/malestar, 10=peor dolor/malestar) califica su dolor como 8.

A. En el registro del paciente debe marcar la intensidad del dolor en la escala siguiente (círculo en el número que representa la evaluación del dolor de Roberto).

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
No hay dolor/ malestar										Peor dolor/ malestar

B. Su evaluación anterior se realizó 2 h después de haber recibido morfina 2 mg iv. Después de recibir la morfina su intensidad del dolor cada media hora fue desde 6 hasta 8 y no tuvo depresión respiratoria, sedación u otros efectos secundarios adversos. Se ha identificado 2 como un nivel aceptable de alivio del dolor. Su orden del médico para la analgesia es «morfina iv 1-3 mg cada hora si precisa para el alivio del dolor». ¿Qué acción tomará en este momento?:

- 1) No administrar morfina en este momento.
- 2) Administrar morfina 1 mg intravenosa ahora.
- 3) Administrar morfina 2 mg intravenosa ahora.
- 4) Administrar morfina 3 mg intravenosa ahora.

Sección iv - Información demográfica

41. Edad.

- 1 20 a 29.
- 2 30 a 39.

3 40 a 49.

4 Mayor de 50 años.

42. Tiempo total de experiencia como enfermero/a:

1 0-5 años.

2 6-10 años.

3 11-20 años.

4 21 años o más.

43. Años de experiencia trabajando exclusivamente con bebés/niños/adolescentes:

1 0-5 años.

2 6-10 años.

3 11-20 años.

4 21 años o más.

Nivel más alto de educación en enfermería (marcar uno):

1 Diplomado en enfermería.

2 Grado en enfermería.

3 Curso de especialista/experto.

4 Máster.

5 Doctorado.

45. ¿Con qué frecuencia participa usted en el tratamiento del dolor en niños de 0-18 años?

1 Una vez a la semana o menos.

2 Varias veces a la semana.

3 Una vez al día o más.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

- Pain terms: A list with definitions and notes on usage. Recommended by the IASP. Subcommittee on Taxonomy. *Pain*. 1979;6:249.
- Blanchard JF, Murnaghan DA. Nursing patients with acute chest pain: Practice guided by the Prince Edward Island conceptual model for nursing. *Nurse Educ Pract*. 2010;10:48-51.
- Manworren RC. It's time to relieve children's pain. *J Spec Pediatr Nurs*. 2007;12:196-8.
- Molina J, Sagaseta DI, Busto N, Lezaun I, Cia ML, Carrascosa S, et al. Tratamiento del dolor en pediatría hospitalaria. *An Sist Sanit Navar*. 2002;25:37-45.
- Srouji R, Ratnapalan S, Schneeweiss S. Pain in children: Assessment and nonpharmacological management. *Int J Pediatr*. 2010;2010:474838.
- Gordon DB, Dahl JL, Miaskowski C, McCarberg B, Todd KH, Paice JA, et al. American pain society recommendations for improving the quality of acute and cancer pain management: American Pain Society Quality of Care Task Force. *Arch Intern Med*. 2005;165:1574-80.
- Herr K, Coyne PJ, Key T, Manworren R, McCaffery M, Merkel S, et al. Pain assessment in the nonverbal patient: Position statement with clinical practice recommendations. *Pain Manag Nurs*. 2006;7:44-52.
- Riaño I, Mayoral B, Solís G, Orejas Rodríguez-Arango G, Malaga S. Opinión de los pediatras sobre el dolor infantil. *An Esp Pediatr*. 1998;49:587-93.
- McCaffery M, Robinson ES. Your patient is in pain-here's how you respond. *Nursing*. 2002;32:36-45.
- Wang XS, Tang JY, Zhao M, Guo H, Mendoza T, Cleeland CS. Pediatric cancer pain management practices and attitudes in China. *J Pain Symptom Manage*. 2003;26:748-59.
- Nimbalkar AS, Dongara AR, Ganjiwale JD, Nimbalkar SM. Pain in children: Knowledge and perceptions of the nursing staff at

- a rural tertiary care teaching hospital in India. *Indian J Pediatr.* 2013;80:470–5.
12. Rose L, Smith O, Gelinas C, Haslam L, Dale C, Luk E, et al. Critical care nurses' pain assessment and management practices: A survey in Canada. *Am J Crit Care.* 2012;21:251–9.
 13. Mathew PJ, Mathew JL, Singhi S. Knowledge, attitude and practice of pediatric critical care nurses towards pain: Survey in a developing country setting. *J Postgrad Med.* 2011;57:196–200.
 14. Subhashini L, Vatsa M, Lodha R. Knowledge, attitude and practices among health care professionals regarding pain. *Indian J Pediatr.* 2009;76:913–6.
 15. Heath DL. Nurses' knowledge and attitudes concerning pain management in an Australian hospital. *Aust J Adv Nurs.* 1998;16:15–8.
 16. Manworren RC. Pediatric nurses' knowledge and attitudes survey regarding pain. *Pediatr Nurs.* 2000;26:610–4.
 17. McCaffery M, Ferrell BR. Nurses' knowledge of pain assessment and management: How much progress have we made? *J Pain Symptom Manage.* 1997;14:175–88.
 18. Manworren RC. Development and testing of the Pediatric Nurses' Knowledge and Attitudes Survey Regarding Pain. *Pediatr Nurs.* 2001;27:151–8.