

**PROJECTE DE RECERCA**  
**MÀSTER EN INFERMERIA D'ANESTÈSIA, REANIMACIÓ I TRACTAMENT DEL**  
**DOLOR 2010-2011**

**TÍTOL:**

**CORRELACIÓ DE LA VALORACIÓ DEL DOLOR POSTQUIRÚRGIC MITJANÇANT LA UTILITZACIÓ DE L'ESCALA VISUAL ANALÒGICA VERSUS L'ESCALA VERBAL NUMÈRICA.**

**AUTORS:**

- **García Bajo, M. José**
- **Méndez Miras, Ángeles**

**DATA: Barcelona, juny de 2011**

**1.- PROJECTE:**

**TÍTOL DEL PROJECTE:**

Estudi de la valoració del dolor postquirúrgic mitjançant la utilització de l'escala visual analògica versus l'escala verbal a l'Hospital General de Catalunya durant l'any 2011.

A. Duració: 19 mesos

B.Núm.total d'investigadors: 2

**2.- EQUIP INVESTIGADOR**

Investigador: Maria José García Bajo

1. Tipus de Treball: assistencial

2. Titulació: Infermera

3. Grau acadèmic: Diplomada

4. Unitat de Treball: Servei d'Anestesiologia, reanimació i tractament del dolor.

5. Centre: Hospital General de Catalunya

Investigador: Àngeles Méndez Miras

1. Tipus de Treball: assistencial

2. Titulació: Infermera

3. Grau acadèmic: Diplomada

4. Unitat de Treball: Servei d'Anestesiologia, reanimació i tractament del dolor.

5. Centre: Hospital General de Catalunya

Investigador:

1. Tipus de Treball:

2. Titulació:

3. Grau acadèmic:

4. Unitat de Treball:

5. Centre:

Investigador:

1. Tipus de Treball:

2. Titulació:

3. Grau acadèmic:

4. Unitat de Treball:

5. Centre:

### 3.- RESUM:

(Objectiu, disseny, àmbit i subjectes d'estudi, variables, recollida de dades i anàlisi de dades. Màxim 250-300 paraules fulls).

L'objectiu de l'estudi és conèixer les diferències de la valoració del dolor postquirúrgic dels pacients entre l'Escala Visual Analògica i l'Escala Verbal Numèrica a l'Hospital General de Catalunya l'any 2011 i 2012.

Es tracta d'un estudi observacional descriptiu transversal.

La població a estudiar són pacients que resten en les Unitats de Reanimació postanestèsia (URPA) i Unitat de Cures Intensives (UCI) en el postquirúrgic immediat, entenent aquest com les primeres 24h d'evolució posterior a la intervenció quirúrgica. Els pacients que inclourem en aquest estudi són els sotmesos a cirurgies que cursen amb un dolor d'intensitat moderat a sever, triant les que estan classificades dins del nostre hospital amb pautes d'analgèsia reforçada. Aquestes cirurgies són pròtesis total de genoll (PTG), artròdesis lumbar i cervical, histerectomies abdominals i toracotomies.

El mostreig serà no probabilístic per conveniència i inclourem en la mostra aquells pacients que compleixin els criteris de selecció. El període de reclutament previst és de 10 mesos. La mostra calculada mitjançant el programa Open Epi amb una mostra de 385 pacients amb una confiança del 95%, una precisió del 5% i una prevalença de dolor de 50%. Les variables principals són les escales de valoració del dolor, l'Escala Visual Analògica (EVA) i l'Escala Verbal Numèrica (EVN). Les variables secundàries són l'edat, gènere, ASA, tipus d'anestèsia, tipus de cirurgia i el temps postoperatori immediat. Per la recollida de dades s'ha creat un full per registrar i mesurar els resultats que estarà en les unitats indicades (URPA, UCI) i en tots els torn d'infermeria. L'anàlisi bivariant el farem a través de la correlació lineal de Pearson. L'anàlisi serà descriptiu diferencial.

PARAULES CLAU: Dolor postquirúrgic, escala visual analògica (EVA) i escala verbal numèrica (EVN).

4.- ANTECEDENTS:

(Antecedents i estat actual del tema Màxim 3 fulls.).

El dolor s'ha manifestat com una desagradable emoció des de que l'home va aparèixer a la terra. Els avenços de la medicina, en la farmacologia i en especial de l'anestesiologia han propulsat de forma molt importat l'abordatge del tractament del dolor. Dins de la història de la medicina, i limitat al anàlisi de l'aspecte del dolor, la lluita contínua de l'home, en qualsevol temps sobre la possibilitat de limitar-ho o al menys fer-ho més suportable és de vegades un gran repte per la seva complexitat.

Malgrat els avenços terapèutics, els nous fàrmacs i les noves tècniques anestèsiques encara, a la nostre societat i dintre dels hospitals, tenim una incidència molt alta de dolor. Les tasses de dolor agut dintre dels nostres hospitals han demostrat que encara tenim un llarg camí per recórrer en el tractament del dolor. Per una altre banda, el dolor crònic té un gran pes a la nostre societat. L'esperança de vida cada vegada més gran i les patologies degeneratives van en augment creant una demanda i necessitat dins la nostra població. El realitzar una bona valoració del dolor i un correcte diagnòstic amb un tractament inicial precoç és l'inici d'unes bones actuacions. La valoració del dolor és una tasca difícil per les seves connotacions subjectives amb totes les implicacions personals de l'individu (experiències prèvies al dolor, edat, pronòstic, cultura, emocions).

Bill Noble i cols<sup>(1)</sup>, al 2005, van realitzar una revisió de las mesures del dolor a través de la història, dividint-les en tres models: la psicofísica, qüestionaris estandarditzats multidimensionals utilitzant descriptors i les escales unidimensionals d'intensitat de dolor. Aquests models varen aparèixer en el temps de forma paral·lela i complementària. Ja com preveien aquests autors, de vegades aquestes escales entraven en conflicte i unes altres eren complementàries.

En els anys 70 Ronald Melzack en MacGill Universitat de Montreal en col·laboració amb Warren Torgerson, professor de psicologia en Johns Hopkins identifiquen tres dimensions separades del dolor (multidimensional): sensorial, afectiva i avaluativa. Aquest fet significa el naixement de l'escala de dolor de McGill<sup>(2)</sup>. Aquesta és l'escala de valoració pels descriptors per excel·lència, però d'ús poc factible en el context del tractament de dolor agut.

Ja en el context pràctic i unidimensional de l'avaluació del dolor, el cardiòleg Kenneth amb molt d'interès en la història de la medicina i concretament del dolor, va fer una nova classificació. Va crear una escala categòrica del dolor expressat de manera verbal (EV) que al 1940 Hower i Keele van reforçar l'estudi i van demostrar que es

podria reconstruir una representació gràfica del dolor<sup>(3)</sup>.

Michael Bond, Pilowsky Issy i Graham Spear psiquiatres de l'hospital Erwin Stengel Sheffield en la dècada de 1960 van adaptar una mesura no verbal, que va ser coneguda com a Escala Visual Analògica (EVA), per parlar de diferents fenòmens relacionats amb la intensitat del dolor i que no es relacionava amb l'escala verbal<sup>(1)</sup>.

En 1974 es va publicar una variació de l'Escala Visual Analògica on es van utilitzar les classificacions gens de dolor i dolor intens. Aquesta visió de plantejament va produir una disminució en les puntuacions de les valoracions del dolor. Posteriorment es comença a parlar d'una escala unidimensional que és la que avui en dia coneixem com l'Escala Numèrica (EN) que també es pot fer ús de forma verbal (EVN). A l'any 2001 l'Associació de Cures Pal·liatives de la Unió Europea<sup>(4)</sup> va validar i estandarditzar amb valors universals aquests tres tipus d'escala: EVA, EV i EN.

A finals de 1990 el dolor es considera com la cinquena constant vital del pacient<sup>(5)</sup>, que actualment s'ha convertit en una rutina dins de la monitorització.

En la actualitat el mesurar el dolor postoperatori en la seva intensitat constitueix una necessitat i un deure fonamental i per això hem de fer servir totes les eines que tenim a la nostra disposició.

Segons un estudi sobre l'anàlisi de la sensibilitat de diversos instruments realitzat per Lázaro i cols<sup>(6)</sup>, al 2003, arriben a la conclusió que les escales multidimensionals tenen més eficàcia per tots els paràmetres analitzats que la EVA i la EV. No obstant això, són més difícils d'executar en la pràctica i estan dissenyats per a l'àmbit de recerca.

La necessitat d'objectivar i sistematitzar l'estudi del dolor ha portat al món científic a la creació i disseny d'instruments per poder mesurar de forma pràctica i útil el dolor i així facilitar les decisions terapèutiques. L'Escala Analògica Visual (EVA) és un test unidimensional per mesurar el dolor i és l'escala de valoració del dolor més coneguda i acceptada de forma universal. Intenta convertir variables qualitatives, com la percepció del dolor del propi pacient, en variables quantitatives que poden, segons la seva graduació, donar una idea de la intensitat del dolor i, per tant, de l'analgèsia necessària. A l'hora d'establir els graus de dolor, l'Organització Mundial de la Salut (OMS) indica el criteri de les escales de valoració. Segons aquestes pautes, el grau de dolor és lleu si l'EVA s'indica un valor entre el 2 i el 4, el dolor és moderat si el valor pertany a l'interval 4 a 6 i és sever en cas de que es marqui un valor major de 6. Aquesta escala consisteix en una línia de 10 cm que per un extrem marca amb l'expressió gens de dolor i en el altre extrem que indica el pitjor dolor imaginable.

En l'estudi "Valoració del dolor agut postoperatori" realitzat per E.Diez-Alvarez i cols<sup>(7)</sup> de l'hospital Alto Deba de Mondragón, Espanya, arriben a la conclusió que l'EVA a les 2h hores de la intervenció té un alt valor predictiu positiu per identificar als pacients que presentaran dolor postoperatori i que requeriran un tractament analgèsic més intens.

A l'any 2008 Breivik i cols<sup>(8)</sup>, Noruega, confirmen que l'avaluació adequada del dolor és una eina imprescindible i essencial per la gestió eficaç del tractament del dolor. També en altres països s'ha demostrat que una incorrecta valoració del dolor repercuteix directament en una gestió ineficaç del tractament del dolor. Per aquest motiu, al 2009 Machata i cols<sup>(9)</sup> del Medical University de Viena, Àustria, elaboren una nova escala que anomenen Paula. És un instrument de valoració del dolor que per una banda té l'escala numèrica de 100mm de l'EVA estàndard i per l'altre banda substitueix la línia continua convencional de l'EVA per una sèrie de cinc cares graduades en intensitat entre "sense dolor" i "el pitjor dolor possible". El estudis indiquen que aquesta escala és més precisa que l'EVA. Tot i que aquesta conclusió no fa referència al nostre estudi pensem que és important fer-ho constar.

De totes l'escales unidimensionals l'EVA és la més robusta des del punt de vista estadístic, però amb una variabilitat de fins 20% entre mesuraments que la fan la més difícil d'utilitzar en el context pràctic<sup>(10)</sup>.

L'escala numèrica, introduïda per Downie en 1978<sup>(11)</sup>, és una de les més utilitzades. El pacient ha d'assignar al dolor un valor numèric entre dos punts extrems (0 a 10). En aquest tipus d'escala es considera el dolor com un concepte unidimensional simple i només és mesura la seva intensitat. L'escala és discreta, no contínua i és útil com instrument de mida per valorar la resposta a un tractament seleccionat.

Ja han estat realitzats estudis que comparen les escales EVA i verbal. Al 2003 el Departament de Anestesiologia del Johns Hopkins Bayview Medical Center, realitza un estudi en el que correlaciona l'EVA i l'EV en el postoperatori immediat, conclouent que ambdues escales es correlacionen correctament però amb imprecisions<sup>(12)</sup>. Altres estudis han comparat directament les escales verbals amb l'EVA, i ha demostrat un major grau de discriminació de la verbal numèrica respecte l'EVA<sup>(11,13-16)</sup>.

Infermeria dins de la seva pràctica clínica va incorporant aquestes actuacions, però, s'ha de constatar d'una manera més sistemàtica, ja que no es deixa constància documentada ni es posen en marxa programes d'entrenament. Degut a això i segons totes les anteriors referències d'estudis de la valoració del dolor, queda justificada la seva importància, validesa i utilitat pel bon control del dolor. El nostre estudi es basa en

demostrar quin tipus de correlació existeix entre les dues eines de monitorització més utilitzades l'EVA i l'Escala Verbal Numèrica (EVN) als serveis de URPA i UCI de l'Hospital General de Catalunya.



## 5.- BIBLIOGRAFIA:

(Indicar les bases de dades consultades i citar segons normes de Vancouver)

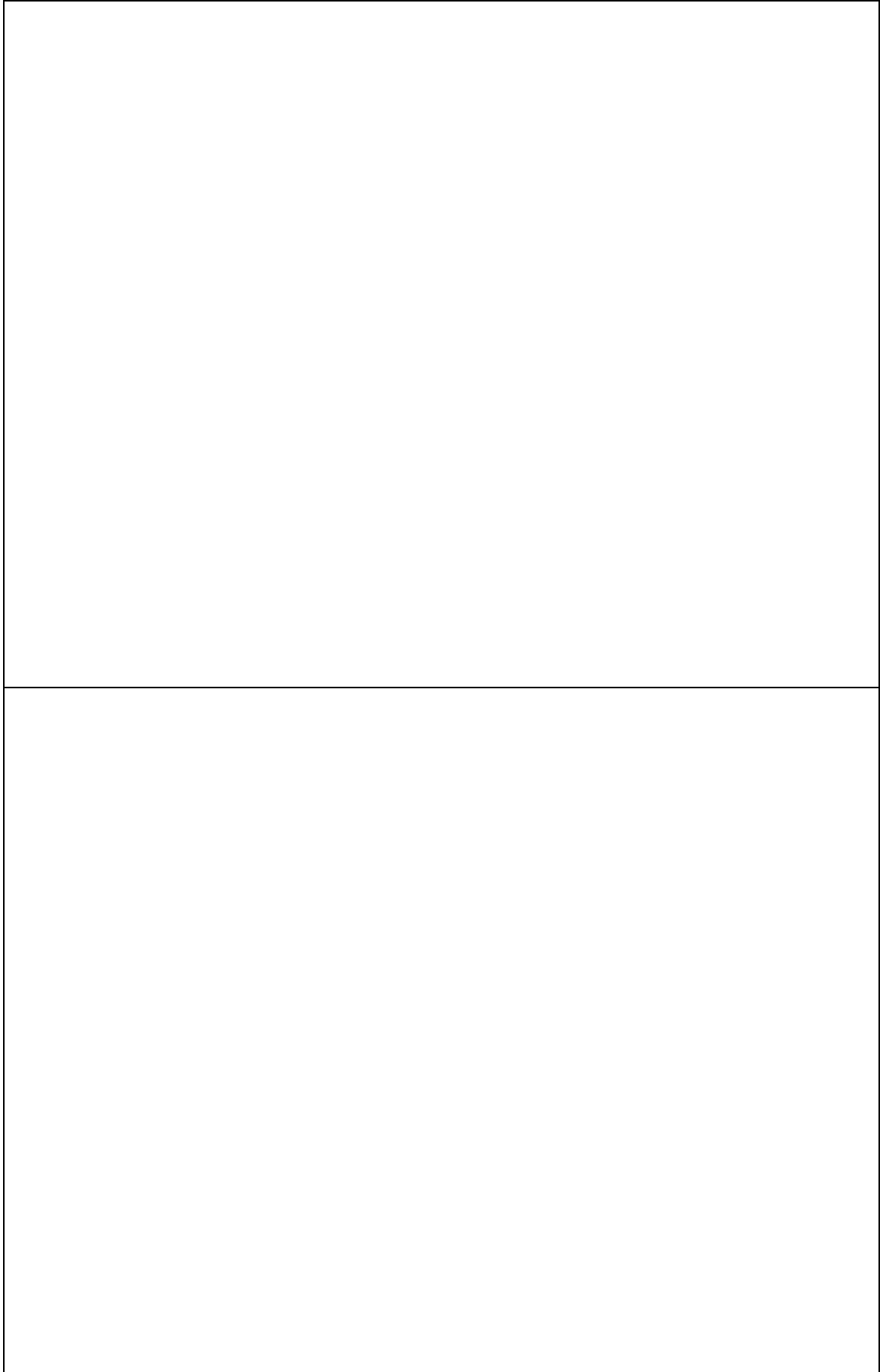
1. Noble B, Clark D, Meldrum M, ten Have H, Seymour J, Winslow M, Paz S. The Measurement of Pain, *Journal of Pain and Symptom Management* 2005;Vol 29:14-21.
2. Melzack R. The McGill Pain Questionnaire: Major properties and scoring methods. *Pain* 1975;1:277–299.
3. Hewer AJH, Keele CA, Keele KD, Nathan PW. A clinical method of assessing analgesics. *Lancet* 1949;431–435.
4. Caraceni A, Cherny N, Fainsinger R et al. Pain Measurement Tools and Methods in Clinical Research in Palliative Care: Recommendations of an Expert Working Group of the European Association of Palliative Care. *J Pain Symptom Manage* 2002;23(3):239–255.
5. Joel LA. The fifth vital sign: Pain. *Am J Nurs* 1999;99(2):9
6. Lázaro C, Caseras X, Torrubia R, Baños J.E. Medida del dolor postoperatorio: análisis de la sensibilidad de diversos instrumentos de autovaloración. *Rev. Esp. Anesthesiol. Reanim.* 2003; 50: 230-236.
7. Díez-Álvarez E, Arrospide A, Marb J, Cuesta M, Martínez M, Beitia E, Urrejola J. Valoración del dolor agudo postoperatorio. *Rev. Calidad Asistencial* 2009;24 (5):215-221.
8. Breivik H, Borchgrevink P, Allen S, Rosseland L, Romundstad L, Breivik H, Kvarstein G, Stubhaug A. Assessment of pain. *British Journal of Anaesthesia* (2008);101(1):17–24.
9. Machata A, Kabon B, Willschke H, Fäßler K, Gustorff B, Marhofer P, Curatolo M. A new instrument for pain assessment in the immediate postoperative period. *Anaesthesia* 2009;64:392–398.
10. Williamson A, Hoggart B. Pain: a review of three commonly used pain rating scales. *Journal of Clinical Nursing*.2005;14:798–804.
11. Serrano-Atero M, Caballero J, Cañas A, García-Saura P, Serrano-Álvarez C, Prieto J. Valoración del dolor (I) *Rev. Soc. Esp. Dolor*.2002;9:94-108.
12. Lauren J. DeLoach M, Michael S, Higgins M, Amy B, Caplan D, Judith L. The Visual Analog Scale in the Immediate Postoperative Period: Intrasubject Variability and Correlation with a Numeric Scale. *Anesth Analg* 1998;86:102-6.
13. Lund I, Lundeberg T, Sandberg L, Norrbrink B, Kowalski J, Svensson E. Lack of interchangeability between visual analogue and verbal rating pain scales: a

cross sectional description of pain etiology groups. BMC Medical Research Methodology 2005;5:31.

14. Brunelli C, Zecca E, Martini C, Campa T, Fagnoni E, Bagnasco M, Lanata L, Caraceni A. Comparison of numerical and verbal rating scales to measure pain exacerbations in patients with chronic cancer pain. Health and Quality of Life Outcomes.2010;8:42.
15. Dijkers M, Comparing Quantification of Pain Severity by Verbal Rating and Numeric Rating Scales. J Spinal Cord Med.2010;33(3):232–242.
16. Jensen MP, Karoly P, Braver S. The measurement of clinical pain intensity: A comparison of six methods. Pain 1986;27:117–126.

Articles disponibles a: [www.pubmed.com](http://www.pubmed.com)

[www.osun.org](http://www.osun.org)



## 8.- OBJECTIUS:

(Ajustar-se a una pàgina)

Objectius concrets:

**OBJECTIU GENERAL:**

Conèixer el grau de correlació de la valoració del dolor postquirúrgic del pacients entre l'escala visual analògica i l'escala verbal numèrica a l'Hospital General de Catalunya l'any 2011 i 2012.

**OBJECTIUS ESPECÍFICS:**

- 1) Conèixer i registrar el grau de dolor dels pacients.
- 2) Identificar diferències obtingudes entre ambdues escales
- 3) Identificar quina de les dues escales utilitzades registra un dolor postoperatori més intens.

**OBJECTIU INSTITUCIONAL:**

Realitzar protocols per a la utilització de l'escala visual analògica de forma metòdica i sistemàtica per part d'infermeria.

## 7.- HIPÒTESI:

(Descriure els diferents tipus d'hipòtesis)

## 8.- METODOLOGIA:

(Espai ampliable a 3 fulls)

Detalleu, com a mínim: paradigma, disseny, àmbit de l'estudi, subjectes de l'estudi, variables a incloure, recollida de dades, anàlisi de dades, dificultats i limitacions de l'estudi.

Aquest estudi es basa en un paradigma positivista i quantitatiu. És un estudi observacional, descriptiu, transversal. Es realitza a l'Hospital General de Catalunya de Sant Cugat del Vallès, és un hospital d'assistència privada que treballa amb diverses mútues i que té un consorci amb l'ICS per donar suport a la xarxa Sanitària del Vallès Occidental. Aquests hospitals són Parc Sanitari Taulí, Hospital de Granollers, Hospital de Terrassa i Hospital de Mollet. Actualment disposa de 224 llits a l'àrea de hospitalització privada, 56 llits de disponibilitat concertada, 13 llits per pacients de psiquiatria, 17 llits de UCI, i 3 llits de UCI pediàtrica. L'àrea quirúrgica està formada per un total de 8 quiròfans generals, CMA amb 10 llits i una unitat de reanimació post anestèsia amb 7 llits. També compta amb una unitat independent de Ginecologia i Obstetrícia amb 2 sales de parts i quiròfan per cesàries.

Anualment es realitzen un total de 12634 intervencions quirúrgiques, 1694 parts i 1030 cesàries.

L'estudi pretén investigar si hi ha correlació entre les dues escales més utilitzades per mesurar el dolor. Actualment són l'EVA i l'escala numèrica, en aquest últim cas de manera verbal. Es realitzarà en pacients amb dolor postoperatori. La població d'estudi seran les persones intervingudes quirúrgicament sota anestèsia general, anestèsia combinada (general més locorregional) i anestèsia locorregional a l'Hospital General de Catalunya, de cirurgia programada de les especialitats de Cirurgia Ortopèdica i Traumatologia, Neurocirurgia, Ginecologia i Cirurgia Toràcica durant l'any 2011 i 2012.

Dins d'aquestes especialitats només seleccionarem aquells pacients intervinguts de les següents cirurgies: pròtesis total de genoll, artròdesis lumbar i cervical, histerectomia i toracotomia.

Es tracta d'una mostra de 385 pacients. Mostra calculada mitjançant el programa Open Epi amb població infinita, amb una confiança de 95%, una precisió de 5% i una prevalença de dolor de 50%. El mostreig serà no probabilístic per conveniència.

La mostra inclourà pacients dels dos gèneres, de qualsevol edat, i sense discriminar el seu estat físic segons la valoració del ASA. La tècnica anestèsica i el tipus de cirurgia seran elements valorats de manera indistinta per a aquesta mostra. Inclourem en la

mostra els pacients que compleixin els següents criteris:

- Malats majors d'edat intervinguts quirúrgicament sota anestèsia general, regional i anestèsia combinada.
- Cirurgies que cursen amb un dolor d'intensitat moderat a intens segons els protocols interns de l'hospital.

Exclourem de la mostra:

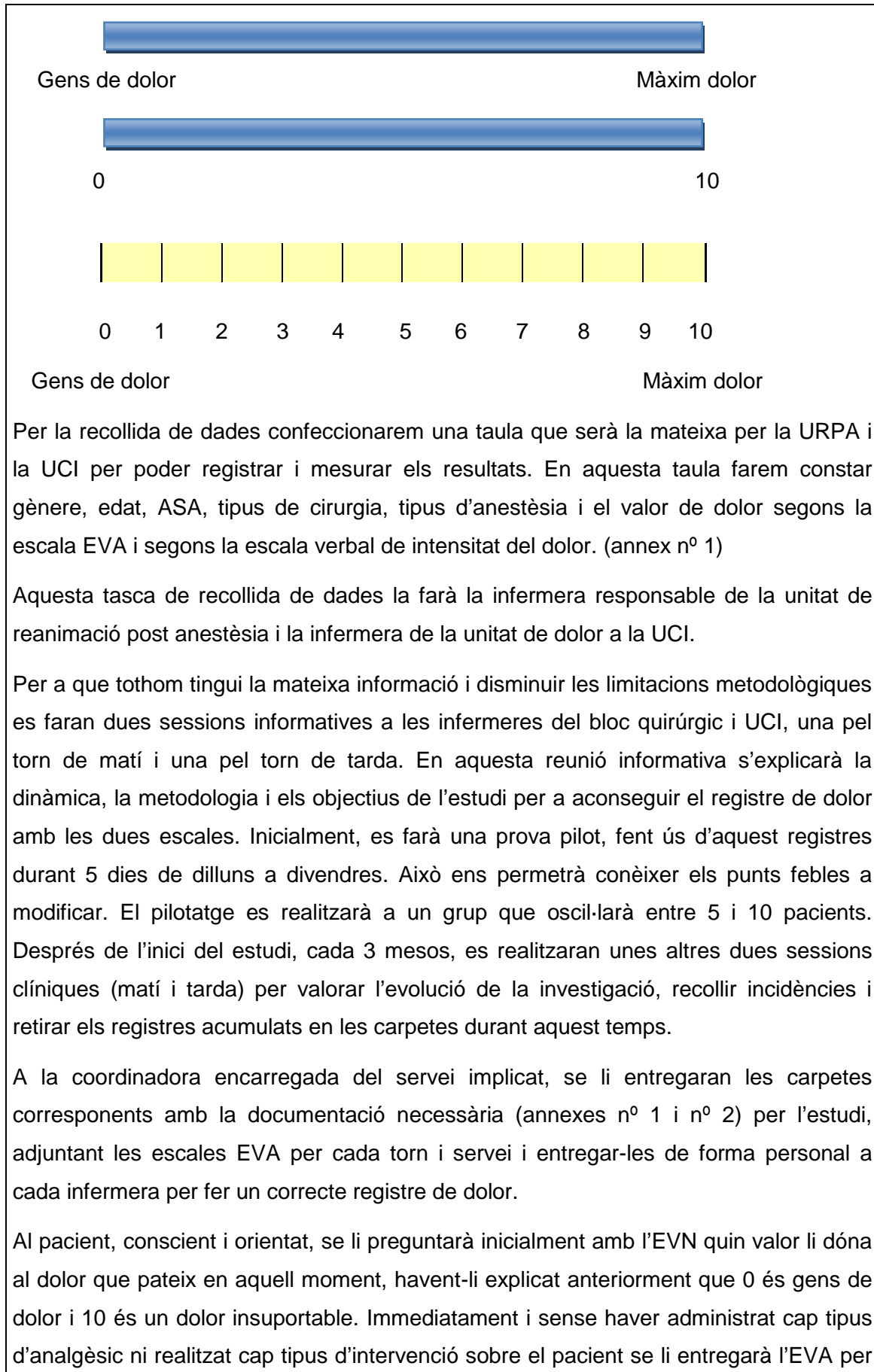
- Pacients amb alteracions cognitives
- Pacients amb patologies psiquiàtriques
- Pacients amb hipoacúsia i sordesa
- Pacients reintervinguts per el mateix procés
- Pacients sense possibilitat d'extubació
- Pacients de cirurgia d'urgència
- Pacients que als 30 minuts de l'arribada al servei, el seu nivell de consciència no ens permeti fer l'avaluació del dolor amb les dues escales
- Que el pacient no manifesti dolor
- Que el dolor sigui lleu (EVA < 3 )

La recollida de dades la realitzarem durant 10 mesos en tots els pacients que compleixin els requisits durant el postoperatori immediat. Es realitzarà a la Unitat de Reanimació Postanestèsia i a la UCI en les primeres 24h.

Les variables principals són les escales de valoració del dolor (EVA i EVN) i les variables secundàries són edat, gènere, ASA, tipus d'anestèsia, tipus de cirurgia i el temps postoperatori immediat.

Es comprèn com a temps postquirúrgic immediat les primeres 24 hores després de la intervenció quirúrgica. El dolor de moderat a intens és aquell valorat en l'escala EVA de 4 a 10.

Una de les escales serà l'escala verbal numèrica amb la qual el dolor serà mesurat verbalment pel pacient des de números de 0 al 10, en la que el 0 és gens de dolor i 10 és el dolor màxim possible (EVN). L'altre escala és l'Escala Visual Analògica (EVA) que consisteix en una línia recta continua de 10 cm dibuixada en una regla. Per una banda aquesta línia en l'extrem esquerre té escrit gens de dolor i al altre extrem, el dret, màxim dolor possible. Al dors, la línia de 10 cm, està mesurada per mil·límetres i numerada, que és la que farà servir infermeria per donar valor al registre.





a que indiqui el nivell de dolor. La primera valoració del dolor seria quan el pacient recuperi nivell de consciència. Si el pacient manifesta dolor es prendran mides per controlar el dolor i continuarem avaluant el dolor, amb les dues escales. L'avaluació es farà cada 30 minuts des de que el nivell de consciència ho permeti (minut 0) i durant les 3 hores següents.

Aquest registre es realitzarà només de dilluns a divendres i en cirurgia programada.

Consideracions ètiques, es demanaran els permisos necessaris al CEIC per poder utilitzar les dades clíniques. (annex nº 3)

Al pacient, se l'informarà del estudi i se li entregarà un consentiment informat que haurà de signar (annex nº4), on s'explica breument l'estudi. Se l'hi avisarà que pot fer-se enrere en qualsevol moment. La persona encarregada d'informar al pacient serà la infermera d'anestèsia a la visita preanestèsica o el mateix dia de l'ingrés a la Unitat prequirúrgica.

Per l'anàlisi de dades farem servir el programa estadístic SSPS versió 18.0 i Excel Microsoft.

Inicialment realitzarem un anàlisi descriptiu univariant, per les variables quantitatives com el grau de dolor utilitzarem paràmetres de centralització i dispersió, donarem els resultats en forma de mitjana i desviació estàndard i en el cas de les variables qualitatives com el gènere expressarem els resultats en forma de percentatges o número de casos.

L'anàlisi bivariant i inferencial el farem a través de la correlació lineal de Pearson per la comparació intensitat dolor EVA- intensitat dolor verbal. Per l'anàlisi de les variables atributives ho farem a través del Xi Quadrat. Les variables qualitatives s'analitzaran mitjançant percentatges.

Les dificultats que podem trobar en l'estudi poden ser:

- No comprensió per part del pacient a la informació donada per la infermera
- Bona analgèsia des de quiròfan

Limitacions metodològiques que podem trobar a l'hora de la recollida de dades poden ser:

- Subjectivitat del pacient
- Diferent avaluador
- Formació rebuda o no per l'avaluador
- Diferents maneres de explicar al pacient

Aquestes dificultats i limitacions ens poden produir uns biaixos i una manca de fiabilitat en les dades recollides, que tindrem en compte a l'hora del seu anàlisi.

## 9.- CRONOGRAMA

(Espai ampliable a 2 fulls)

### Pla de treball

Detalleu cronograma d'investigació i descriuiu la distribució detallada de tasques.

- ✓ Creació del projecte: Octubre 2010 - Juny 2011
- ✓ Sol·licitud i Aprovació CEIC: Juny - Juliol 2011.
- ✓ Informació DUEs: Juny 2011. Es realitzaran reunions en els diferents torns i serveis on es realitzarà l'estudi.
- ✓ Prova pilot: Juliol 2011
- ✓ Recollida de dades: Setembre 2011 - Abril 2012.
- ✓ Anàlisis de dades: Maig 2012.
- ✓ Revisió bibliogràfica: Gener - Febrer 2012.
- ✓ Reunions cada 3 mesos als diferents torns i serveis.
- ✓ Interpretació de les dades i conclusions: Juny 2012.
- ✓ Presentació de les conclusions i resultats al Bloc quirúrgic i UCI.
- ✓ Elaboració d'un protocol: Setembre - Octubre 2012.
- ✓ Presentació del protocol: Desembre 2012
- ✓ Congrés Internacional d'Infermeria i Anestèsia. Presentació de resultats preliminars: Juny 2012.
- ✓ Congrés Nacional d'Infermeria i Anestèsia. Presentació de resultats i conclusions finals ( pendent de data)

## 10.- APLICABILITAT:

(Ajustar-se a una pàgina)

Aplicabilitat i utilitat pràctica dels resultats:

- ✓ Millora del control i tractament del dolor per part d'infermeria.
- ✓ Registre més precís del dolor per afavorir d'administració d'analgèsics de rescat.
- ✓ Millora en les eines per la valoració del dolor.
- ✓ Creació d'una metodologia en les actuacions i registres d'infermeria.
- ✓ Revisió i realització de protocols davant el dolor post-operatori.

---

Altres consideracions a fer constar:

11.- PRESSUPOST SOL·LICITAT (€):

	2011	2012	2013	TOTAL:
Assessorament estadístic		800 €		
Material Inventariable	30 €			
Material Fungible	250 €			
Viatges i Dietes	60 €	2163,06€	1200 €	
Altres Despeses				
<b>TOTAL</b>	<b>340 €</b>	<b>2963,06€</b>	<b>1200 €</b>	<b>4503,06 €</b>

**JUSTIFICACIÓ DE L'AJUDA SOL·LICITADA I PRESSUPOST DETALLAT**

(Ajustar-se a una pàgina)

Instal·lacions, instrumentació i tècniques disponibles per la realització del projecte:

Aula per sessió informativa a DUEs torn matí i torn tarda

Justificació de l'ajuda sol·licitada: detalleu especialment personal becari, material inventariable i fungible.

Quantificació detallada de l'ajuda sol·licitada (en euros)	
A. Personal/Becari (indiqueu contracte o beca):	
✓ Assessorament estadístic	800 €
<hr/>	<hr/>
Subtotal	800 €

B. Material inventariable: instal·lacions i equips.	
✓ USB	30 €
<hr/>	
Subtotal	30 €



C. Material fungible	
✓ Paper.	100 €
✓ Tòner.	100 €
✓ Carpetes.	50 €
<hr/>	
Subtotal	250 €

D. Viatges i Dietes	
✓ Congrés Nacional d'Infermeria i Anestèsia.	
Inscripció	400 €
3 nits A/D	300 €
Viatge d'avió	300 €
Dietes	200 €
✓ World Congress for Nurse Anesthetists	
Inscripció	500 €
5 nits A/D	500 €
Viatge d'avió	843'06 €
Dietes	300 €
Trasllat aeroport - hotel	80 €
<hr/>	
Subtotal	3423'06 €

--	--

E. Altres despeses:	
Subtotal	
<b>TOTAL AJUDA SOL-LICITADA:</b>	<b>4503,06 €</b>

11.- ANNEXES:

Full consentiment informat, registres, dades rellevants

Annex nº 1. Recollida de dades

Pacient nº 1

GÈNERE

F M

EDAT

ASA

I II III IV V VI

TIPUS DE INTERVENCIÓ QUIRÚRGICA

Histerectomia abdominal	
Pròtesi total de Genoll	
Artròdesi Lumbar	
Artròdesi Cervical	
Toracotomia	

TIPUS D'ANESTÈSIA

General	
Combinada ( General+ locorregional)	
Locorregional	

NIVELL DE DOLOR

Apuntar xifra en números

Escala Visual Analògica (EVA)

Escala Verbal Numèrica (EVN)

0 min 30min 1 h 1'5h 2h 2'5h 3h

T. URPA							
EVA							
EVN							

## Annex nº 2. Informació per infermeria

### INFORMACIÓ PER INFERMERIA

#### ESTUDI DE LA VALORACIÓ DEL DOLOR POSTQUIRÚRGIC MITJANÇANT LA UTILITZACIÓ DE L'ESCALA VISUAL ANALÒGICA VERSUS L'ESCALA VERBAL NUMÈRICA

La finalitat d'aquest document és informar sobre la realització de l'estudi observacional sobre la *Correlació de la Valoració del Dolor Postquirúrgic mitjançant la utilització de l'Escala Visual Analògica versus l'Escala Verbal Numèrica*.

A causa de la complexitat que suposa la valoració del dolor pels múltiples factors que poden influir i principalment pel component subjectiu, ens hem proposat realitzar aquest estudi per poder observar les diferències d'intensitat del dolor comparant els dos mètodes de valoració.

Per realitzar l'estudi necessitem la col·laboració imprescindible d'infermeria ja que és el personal que està en contacte amb els pacients en el procés postquirúrgic immediat. Així mateix, també es precisa de la participació dels pacients, els quals prèviament informats en la visita de preanestèsia, ja han signat el seu consentiment de participació.

Degut que el tractament del dolor és una de les actuacions importants en tot el procés perioperatori, sol·licitem la vostra col·laboració per poder realitzar aquest estudi en els següents termes:

- **Realitzar una valoració i registre del dolor** segons els paràmetres establerts en el nostre estudi per poder fer-ho d'una mateixa forma unificada tots els torns d'infermeria. (segons metodologia pròpia i unificada en tots els torns d'infermeria)
- **La població a estudiar són els pacients que estan a les unitats de reanimació postanestèsia i unitat de cures intensives en el postoperatori immediat les primeres 24 h.** Triarem aquells pacients

sotmesos a cirurgies que cursen amb un dolor de moderat a intens i que porten pautes d'analgèsia reforçades.

- **Les cirurgies incloses en l'estudi són:**
  - **Pròtesi total de genoll ( PTG )**
  - **Artròdesi lumbar i cervical**
  - **Histerectomia abdominal**
  - **Toracotomia**
  
- La tasca a realitzar pel personal d'infermeria consisteix en obtindre els valors del dolor manifestats pel pacient tant de manera verbal com els facilitats després de mostra-li l'escala de manera visual. Per aquest motiu:
  - a) **En el moment que el pacient estigui conscient se li preguntarà pel dolor i la seva intensitat.** Li demandarem verbalment com és la intensitat del seu dolor, explicant-li que 0 és gens de dolor i 10 és el màxim dolor suportable i s'anotarà en el full de registre.
  
  - b) **Se li mostrarà l'Escala Visual Analògica.** Li explicarem al pacient que aquesta regla és una línia horitzontal que en un dels seus extrems marcaríem gens de dolor i en l'extrem oposat seria el màxim dolor suportable. Amb el seu dit marcarà l'índex de dolor en l'escala. S'anotarà en el full de registre.

Una vegada realitzats els dos registres de forma consecutiva, i sense haver realitzat cap acció que interfereixi en el dolor, es procedirà a anotar els valors del dolor en la fitxa creada per a cada pacient.

Totes les fixes complimentades es desaran en la carpeta creada per la recollida de dades de l'estudi.

Gràcies per la vostre col·laboració

### Annex nº 3. Sol·licitud CEIC

Sant Cugat del Vallès 21 de maig del 2011

Benvolguts membres del Comitè Ètic d'investigació Clínica,

Es sol·licita l'avaluació per part del CEIC per un estudi d'investigació a realitzar en pacients del nostre Hospital General de Catalunya.

El títol del projecte: Correlació de la Valoració del Dolor Postquirúrgic mitjançant la utilització de l'Escala Visual Analògica versus l'Escala Verbal Numèrica.

Es tracta d'un estudi observacional descriptiu que no interfereix en el tractament del pacient i que consisteix en fer varies valoracions del dolor immediat postquirúrgic, fent ús de dues escales de valoració del dolor diferents de forma consecutiva per poder observar les diferències entre elles.

El motiu d'aquet estudi ha estat motivat per la percepció del personal d'infermeria en el moment de valorar i registrar el dolor del pacient, veient que amb l'EVA el dolor registrat sembla més precís que l'EVN on s'intueix que el pacient magnifica més el dolor amb valors més elevats.

Dades dels investigadors:

M<sup>a</sup> José Garcia Bajo  
Ángeles Méndez Miras

Telfs: 600204075  
servis@hgc.es

Restem a l'espera de la seva resposta

Atentament

## Annex nº 4. Full d'informació al pacient

Benvolgut/da Sr. / Sra.

El convidem a participar en l'estudi d'investigació clínica que porta per títol:

### **CORRELACIÓ DE LA VALORACIÓ DEL DOLOR POSTQUIRÚRGIC MITJANÇANT LA UTILITZACIÓ DE L'ESCALA VISUAL ANALÒGICA VERSUS L'ESCALA VERBAL NUMÈRICA.**

Aquest estudi el portarà a terme el personal sanitari d'infermeria. Abans de confirmar la seva participació en l'estudi, és important que entengui en què consisteix. Llegeixi detingudament aquest document i faci totes les preguntes que li puguin sorgir.

La seva participació a l'estudi no suposa cap perjudici i vostè podrà seguir rebent tots els tractaments que el seu metge consideri oportuns i no representarà cap alteració en el tractament habitual que rep en la seva malaltia.

### **CONDICIONS DE PARTICIPACIÓ**

- **Es tracta d'un estudi observacional.** Aquest fet, vol dir que amb la seva participació no es modifica cap aspecte del tractament o cures a rebre.
- **Es requereix el seu consentiment i autorització.** El seu consentiment és únicament per autoritzar la utilització de dades del seu historial clínic, sempre de forma anònima.
- **Nivell alt de confidencialitat.** La utilització de les dades es realitzarà seguint les normes de l'ètica en la investigació i d'acord amb la Llei de Protecció de Dades en vigor a l'Estat espanyol

### **PROCEDIMENT D'ESTUDI**

El procediment d'aquest estudi consisteix a realitzar de forma continuada una valoració de la intensitat del dolor. Per realitzar aquest control se li preguntarà per la intensitat del dolor en diverses ocasions de forma verbal i mitjançant la utilització d'una escala de valoració. El personal d'infermeria que realitza les seves cures li explicarà de forma metòdica en que consisteix la seva col·laboració.

### **BENEFICIS / RISCOS**



No hi ha beneficis clínics directes per a vostè, però la informació que s'obtingui pot contribuir a l'enteniment de la valoració del dolor i pot resultar útil per a l'abordatge terapèutic, control del dolor així com per a la planificació de les cures d'infermeria, i també per a futurs pacients.

### **PARTICIPACIÓ VOLUNTÀRIA/DRET A RETIRAR-SE DE L'ESTUDI**

La seva participació és voluntària. Vostè decideix si vol participar o no. En el cas de participació, podrà retirar-se de l'estudi en qualsevol moment sense haver de donar explicacions. En cap cas, això afectarà la seva atenció mèdica posterior.

### **CONFIDENCIALITAT**

La cessió de les seves dades de caràcter personal s'ajustarà al disposat en la Llei Orgànica 15/1999, de 13 de desembre de Protecció de Dades de Caràcter Personal. D'acord al que estableix la legislació esmentada, vostè pot exercir els drets d'accés, modificació, oposició i cancel·lació de dades, per a això haurà de dirigir-se al telèfon de referència.

DUE:

Centre: Hospital General De Catalunya

Data:

Telèfon: 93 565 60 00

## CONSENTIMENT INFORMAT

Jo,.....

(nom complet del pacient)

### DECLARO

He llegit i comprès el full d'informació que se m'ha entregat i les explicacions que se m'han donat amb un llenguatge clar i senzill, he pogut fer preguntes sobre l'estudi i comprenc que la meva participació és voluntària i les dades recollides no afecten al tractament que se m'ha de realitzar.

Segons la Llei Orgànica 15/1999 de 13 de Desembre de protecció de dades de caràcter personal amb el consentiment per tractar les dades personals de forma anònima.

### CONSENTIMENT

Jo, com ( marcar el que procedeixi): O PACIENT / O REPRESENTANT LEGAL / O TUTOR una vegada he estat degudament informat de tots els aspectes esmentats, esprés de forma lliure, voluntària i conscient, i en ple ús de les capacitats que em faculden per a això, el meu CONSENTIMENT per al estudi, coneixent que en qualsevol moment puc revocar lliurement aquest consentiment.

Manifesto el meu consentiment

Signatura del pacient/representat legal/ tutor

Data

Firma de l'investigador

Nº col.legiat

Data

### REVOCACIÓ DEL CONSENTIMENT INFORMAT

Jo, com ( marcar el que procedeixi): O PACIENT / O REPRESENTANT LEGAL / O TUTOR revoco lliurement el consentiment informat signat en el present document.

Manifesto la meva revocació

Signatura del pacient/representat legal/ tutor

Data

Firma de l'investigador

Nº col.legiat

Data