



Títol del treball:	"CONEIXEMENTS I ACTITUDS DE LES INFERMERES LA FUNDACIÓ ASSISTENCIAL MÚTUA DE TERRASSA SOBRE EL DOLOR EN PACIENTS POSTQUIRÚRGICS."
---------------------------	---

Nom i cognoms del ponent:	Raquel Lacueva Luque
Adreça correu electrònic ponent:	raquel.lacueva.luque@gmail.com
Telèfon de contacte:	660544833

Autors

Nom i cognoms	Categoria professional	Institució / Lloc de treball
1. Raquel Lacueva Luque	DUI	Unitat de Cirurgia Ortopèdica i Traumatologia de l'Hospital Universitari Mútua de Terrassa
2. Carme Luque Luque	DUI	Unitat de Cirurgia Ortopèdica i Traumatologia de l'Hospital Universitari Mútua de Terrassa
3. Esther Garcia Tapias	DUI	Unitat de Dolor de l'Hospital Universitari Mútua de Terrassa
4. Monica Eugenia Moutinho Ferreira	Supervisora d'Infermeria	Unitat de Traumatologia, Subaguts Neurologia i Urologia de l'Hospital Universitari Mútua de Terrassa

Resum de la recerca:

INTRODUCCIÓ I OBJECTIU

El dolor és una de les preocupacions sanitàries més comú a nivell mundial, essent descrit per La Societat Americana del Dolor (IAPS) com la cinquena constant vital. La *International Association for the Study of Pain* (IASP) defineix el dolor com una experiència sensorial i emocional desagradable associada a una lesió hística real o potencial o descrita en termes d'aquesta.

És responsabilitat del personal d'infermeria, l'avaluació i control continu d'aquesta constant. Perquè aquests siguin capaços d'identificar, avaluar, prendre mesures d'alleujament del dolor i comprovar la



seva eficàcia, necessiten una sèrie de coneixements tècnics i científics, així com actituds que afavoreixin el seu abordatge.

L'objectiu principal d'aquest estudi és avaluar els coneixements i les actituds de les infermeres d'un Hospital Universitari de tercer nivell envers el dolor en els pacients postquirúrgics i els factors relacionats.

MATERIAL I MÈTODE

Estudi descriptiu analític realitzat durant el 2023 a un hospital Universitari de 380 llits.

Població estudi (N=217): infermeres de plantes quirúrgiques (N=45), serveis de crítics (N=87) i bloc quirúrgic (N=85).

La variable principal són els coneixements i actituds sobre el dolor que es van mesurar amb el qüestionari *Knowledge and Attitudes Survey Regarding Pain 2012* (KASRP) traduït al castellà. També es van recollir les variables edat, servei, anys d'experiència i formació específica.

Es van passar els qüestionaris en format paper i la resposta era voluntària i anònima.

RESULTATS

Van respondre el qüestionari 72 infermeres, el 48,6% tenien entre 25 i 35 anys. El 55,6% tenien formació específica i totes elles estaven en contacte amb pacients postquirúrgics durant l'acompliment de la pràctica assistencial. (veure taula I)

Les puntuacions obtingudes en el qüestionari KASRP van oscil·lar entre 4,86 i 8,6 (escala 10 punts), amb una puntuació mitjana de 6,67 (DE: 0,85).

Les infermeres amb formació específica van obtenir una mitja de 6,7 (DE: 0,83), vs 6,6 (DE:0,93) les que no en tenien. Les infermeres amb 2-10 anys d'experiència tenien el resultat més alt amb un 6,86 (DE1,01).

Per edat: en < 25 anys la mitja va ser de 6,86 (DE:1,01), de 25-35 anys de 6,73 (DE: 1,0), de 36 a 45 anys de 6,47 (DE: 0,76), de 46 a 55 anys de 6,76 (DE: 0,62) i les de >55 anys de 6,87 (DE: 0,6).

Les infermeres d'àrea quirúrgica van obtenir una puntuació de 6,57 (DE:0,84), les de plantes postquirúrgiques un 6,77 (DE: 1,02) i les infermeres de serveis crítics 6,65 (DE: 0,67).

Respecte a les preguntes del qüestionari, el 97% de la mostra va contestar correctament a les preguntes de caràcter ètic. En altre extrem, <30% de les preguntes relacionades amb la farmacologia es van respondre correctament. (veure taula II)



Taula I. Dades Sociodemogràfiques

DADES SOCIODEMOGRÀFIQUES	N	(%)
PROFESSIONAL INFERMER/SERVEI		
ÀREA QUIRÚRGICA	20	27,7
PLANTA POSTQUIRÚRGICA	27	37,5
SERVEI CRÍTICS I SEMICRÍTICS	25	34,7
TORN HABITUAL		
TORN MATÍ	26	36,1
TORN TARDA	29	40,3
TORN NIT	3	4,2
TORN LLARG	4	5,6
ALTRE TORN	10	13,9
FORMACIÓ ESPECÍFICA EN DOLOR		
SÍ	40	55,6
NO	32	44,4
ANYS D'EXPERIÈNCIA EN LA PROFESSION		
< 2 ANYS	14	19,4
2-10 ANYS	18	25
> 10 ANYS	40	55,5
EDAT		
<25 ANYS	2	2,7
25-35 ANYS	35	48,6
36-45 ANYS	21	29,2
46-55 ANYS	7	9,7
>55 ANYS	7	9,7

Taula II. Freqüència de respostes correctes per pregunta del qüestionari Knowledge and Attitudes Survey Regarding Pain 2012 (KASRP)

Nº Pregunta (resposta correcta)	n	(%)
1 Los signos vitales son siempre indicadores fiables de la intensidad del dolor de un paciente. (F)	54	75
2 Debido a que su sistema nervioso está subdesarrollado, los niños menores de dos años tienen menor sensibilidad al dolor y memoria limitada de experiencias dolorosas. (F)	52	72,2
3 Los pacientes que pueden distraerse del dolor generalmente no tienen dolor intenso. (F)	42	58,3
4 Los pacientes pueden dormir a pesar del dolor intenso. (V)	22	30,6
5 La aspirina y otros agentes antiinflamatorios no esteroideos NO son analgésicos efectivos para el dolor producido por las metástasis óseas.(F)	29	40,3
6 La depresión respiratoria rara vez ocurre en pacientes que han estado recibiendo dosis mantenidas de opioides durante meses. (V)	34	47,2
7 Combinar analgésicos con diferentes mecanismos de acción (por ejemplo, combinar un AINE con un opioide) puede resultar en un mejor control del dolor y menos efectos secundarios que usar un solo agente analgésico. (V)	63	87,5
8 La duración de acción analgésica habitual de 1-2 mg de morfina IV es de 4-5 horas. (F)	32	44,4
9 Los opioides no deben usarse en pacientes con antecedentes de abuso de sustancias. (F)	31	43,1
10 Los pacientes de edad avanzada no toleran los opioides para aliviar el dolor. (F)	61	84,7



11	Se debe alentar a los pacientes a soportar tanto dolor como sea posible antes de usar un opioide. (F)	71	98,6
12	Los niños menores de 11 años no pueden reportar el dolor de manera confiable, por lo que los médicos deben confiar únicamente en la evaluación de los padres sobre la intensidad del dolor del niño. (F)	71	98,6
13	Las creencias espirituales de los pacientes pueden llevarlos a pensar que el dolor y el sufrimiento son necesarios. (V)	62	86,1
14	Después de administrar una dosis inicial de opioide, las dosis posteriores deben ajustarse de acuerdo con la respuesta individual del paciente. (V)	67	93,1
15	Injectar a los pacientes agua estéril (placebo) es una prueba útil para determinar si el dolor es real. (F)	40	55,6
16	El Zaldiar (Tramadol 37,5mg+Paracetamol 325mg) por vía oral es aproximadamente igual a 5-10 mg de morfina por vía oral. (V)	15	20,8
17	Si se desconoce la causa del dolor del paciente, no se deben usar opioides durante la evaluación del dolor, ya que esto podría enmascarar la capacidad de diagnosticar correctamente la causa del dolor. (F)	33	45,8
18	Los medicamentos anticonvulsivos como la gabapentina (Neurontin) producen un alivio óptimo del dolor después de una única dosis. (F)	52	72,2
19	Las benzodiazepinas no son analgésicos efectivos a menos que el dolor se deba al espasmo muscular. (V)	34	47,2
20	La adicción a los narcóticos / opioides se define como una enfermedad neurobiológica crónica, caracterizada por uno o más de los siguientes comportamientos: deterioro del control sobre el uso de drogas, uso compulsivo, uso continuado a pesar del daño y ansiedad. (V)	65	90,3
21	El término Equianalgesia significa aproximadamente "igual analgesia" y se usa al hablar de las dosis de diferentes analgésicos que tienen aproximadamente la cantidad equivalente de efecto analgésico (V)	67	93,1
22	Se recomienda evaluar el estado de sedación del paciente mientras el dolor se controle con opiáceos, ya que una sedación excesiva precede a la depresión respiratoria inducida por opiáceos. (V)	71	98,6
23	La vía recomendada para administrar los analgésicos opioides en pacientes con dolor oncológico persistente es: (oral)	37	51,4
24	La vía recomendada para administrar los analgésicos opioides en pacientes con dolor breve y severo de inicio súbito como el trauma o el dolor postoperatorio es: (intravenosa)	58	80,6
25	¿Cuál de los siguientes analgésicos se considera el fármaco de elección para el tratamiento crónico del dolor moderado-severo de pacientes con cáncer?: (morfina)	49	68,1
26	¿Cuál de las siguientes dosis de morfina intravenosa administradas durante un período de 4 horas sería equivalente a 30 mg de morfina oral administrada cada 4 horas? (morfina 10 mg IV)	37	51,4
27	Los analgésicos para el dolor postoperatorio inicialmente deberían darse: (todo el día en un horario fijo)	69	95,8
28	Un paciente con dolor oncológico persistente, ha estado recibiendo opioides diarios durante 2 meses. Ayer el paciente recibió 200mg/h de morfina intravenosa. Hoy ha estado recibiendo 250 mg de morfina/hora intravenosa. La probabilidad de que el paciente desarrolle una depresión respiratoria clínicamente significativa en ausencia de nueva comorbilidad es: (<1%)	12	16,7
29	La razón más probable por la cual un paciente con dolor solicitaría dosis mayores de analgésicos es: (el paciente está experimentando un aumento de dolor)	70	97,2
30	¿Cuál de las siguientes opciones es útil para el tratamiento del dolor oncológico? (todas las anteriores)	42	58,3
31	La persona que mejor puede juzgar la intensidad del dolor del paciente es: (el paciente)	69	95,8



32	¿Cuál de los siguientes describe el mejor enfoque para considerar la influencia cultural en el cuidado de pacientes con dolor?: (los pacientes deben ser evaluados individualmente para determinar las influencias culturales)	62	86,1
33	¿Cuál es la probabilidad de que pacientes que desarrollen dolor ya tengan un problema de abuso de alcohol y/o drogas?: (5-15%)	34	47,2
34	El pico máximo del efecto de la morfina endovenosa se alcanza en: (15 minutos)	55	76,4
35	El pico máximo del efecto de la morfina oral se alcanza en: (1-2 horas*)	50	69,4
36	Tras la interrupción brusca de un opioide, la dependencia física se manifiesta de la siguiente manera: (sudoración, bostezos, diarrea y agitación con pacientes cuando el opioide se suspende bruscamente)	20	27,8
37	¿Qué afirmación es verdadera con respecto a la depresión respiratoria inducida por opioides? (Puede valorarse fácilmente usando una pulsioximetría de forma	34	47,2

CONCLUSIONS

La puntuació global obtinguda és de 6,67, i per tant hi ha marge de millora assolible amb formació continuada específica.

El qüestionari KASRP va dirigit a totes les disciplines i destaca que les respostes on hi ha més errors són de competència mèdica.

Com a limitació, el qüestionari és llarg i pot ser el motiu de la baixa taxa de resposta.