

Rev. Soc. Esp. Dolor
11: 479-489, 2004

Valoración de la actividad de una Unidad de Dolor Agudo Postoperatorio por los cuidadores del paciente quirúrgico

F. Caba¹, A. Núñez-García², M. Tejedor³ y M. Echevarría⁴

Caba F, Núñez-García A, Tejedor M, Echevarría M. Assessment of the activity of an Acute Postoperative Pain Unit by the staff taking care of surgical patients. Rev Soc Esp Dolor 2004; 11: 479-489.

SUMMARY

Objective:

An Acute Postoperative Pain Unit (APPU) staffed by nurses and supervised by the Service of Anesthesiology was created in our center in 2.000. The aim of this study was to assess how the staff taking care of surgical patients perceive its activity.

Material and method:

The Service of Anesthesiology and Resuscitation and the Post-Anesthetic Recovery Unit (PARU) maintain an APPU staffed by nurses that provides planned and protocolized management of postoperative pain to more than 1.000 patients/year undergoing the most aggressive and painful surgical procedures in a second-level hospital. Nurses and doctors taking care of the patients were requested to anonymously and voluntarily answer a written questionnaire with 15 questions (12 close-ended questions grouped in 4 categories and 3 open-ended questions) that assessed several aspects of their activity.

Results:

Out of 168 questionnaires handed out, 87 questionnaires returned were considered (52%), 48 from doctors and

39 from nurses. The role of the APPU was well or very well understood by 97% of the responders and its activity was perceived rather unanimously as useful, effective and necessary by 98, 93 and 97%, respectively. Treatment indications were considered appropriate or very appropriate by 87%, staff attitude towards consultation was considered satisfactory or very satisfactory by 90% and analgesic techniques were sufficiently understood by 89%. A 67% considered that patients were well or very well informed. Doctors and nurses disagreed in their perception of the degree to which the APPU activity complemented that of other health care staff (low or very low for 51% of nurses versus 19% of doctors; $p=0.001$) and in the fluency of communication with the staff (little or very little for 41% of nurses versus 19% of doctors; $p=0.01$). The most valued aspect of the UPPA was the management of postoperative pain; the least valued aspect was the communication between professionals and the most frequent suggestion: attempt to improve such communication.

Conclusions:

The role of the UPPA is very well understood in our hospital by the staff taking care of surgical patients and while its activity is unanimously perceived as useful and necessary, there are integration and communication problems, specially with the general nursing staff. The identification of this type of situations through opinion polls about its activity can be useful in order to improve the operation of acute pain units with organizational models similar to ours. © 2004 Sociedad Española del Dolor. Published by Arán Ediciones, S.L.

Key words: Postoperative pain. Acute Pain Units. Assessment of health services.

¹Facultativo Especialista en Anestesiología y Reanimación.

²Supervisor de Enfermería de la URPA-UDAP.

³Jefe de la Sección de Calidad y Documentación Clínica.

⁴Jefe de Servicio de Anestesiología y Reanimación.

Hospital Universitario Nuestra Señora de Valme. Sevilla

Recibido: 04-08-04.

Aceptado: 11-11-04.

RESUMEN

Objetivo:

Implantada en nuestra institución desde el año 2000 una Unidad de Dolor Agudo Postoperatorio (UDAP) basa-

da en enfermería y supervisada por el Servicio de Anestesiología, pretendemos evaluar cómo es percibida su actividad por los cuidadores del paciente quirúrgico.

Material y método:

El Servicio de Anestesiología y Reanimación con la Unidad de Recuperación Postanestésica (URPA) mantienen una UDAP basada en enfermería que trata de forma planificada y protocolizada el dolor postoperatorio de más de 1.000 pacientes/año que reciben las cirugías más agresivas y dolorosas en un hospital de segundo nivel. De forma anónima y voluntaria se les solicitó a la enfermería y los facultativos responsables de los pacientes que respondieran a un cuestionario escrito de 15 preguntas (12 de respuesta cerrada agrupada en 4 categorías y 3 de respuesta abierta) en el que valorar diferentes aspectos de su actividad.

Resultados:

De 168 encuestas distribuidas se valoraron 87 cuestionarios devueltos (52%), 48 de facultativos y 39 de enfermería. El papel de UDAP resultó bien o muy bien comprendido por el 97% de los respondedores y su actividad fue percibida con bastante unanimidad como útil, efectiva y necesaria por el 98, el 93 y el 97%, respectivamente. Las indicaciones del tratamiento fueron consideradas apropiadas o muy apropiadas por el 87%, la actitud de su personal ante las consultas fue considerada satisfactoria o muy satisfactoria por el 90% y las técnicas analgésicas eran suficientemente comprendidas por el 89%. El 67% consideraron que los pacientes estaban bien o muy bien informados. Facultativos y enfermería discreparon en la percepción del grado de complementación de la actividad de la UDAP con la del resto de los cuidadores (poco o muy poco para el 51% de la enfermería frente a sólo el 19% de los facultativos; $p = 0,001$) y en la fluidez de la comunicación con su personal (poca o muy poca para el 41% de la enfermería frente al 19% de los facultativos; $p=0,01$). El aspecto mejor valorado de la UDAP fue la mejora en el control del dolor postoperatorio; el peor, la comunicación entre los profesionales y, la sugerencia más referida, la de intentar mejorarla.

Conclusiones:

El papel de la UDAP es muy bien comprendido en nuestro hospital por los cuidadores del paciente quirúrgico y aunque su actividad es unánimemente percibida como útil y necesaria, existen problemas de integración y comunicación, especialmente con la enfermería de planta. La identificación de situaciones como esta mediante estudios de opinión sobre su actividad, puede ser útil para dirigir mejoras en el funcionamiento de las Unidades de Dolor Agudo con modelos organizativos similares al nuestro. © 2004 Sociedad Española del Dolor. Publicado por Arán Ediciones, S.L.

Palabras clave: Dolor postoperatorio. Unidades de Dolor Agudo. Evaluación de los servicios de salud.

INTRODUCCIÓN

Las deficiencias mantenidas en el tratamiento del dolor postoperatorio dieron lugar a la aparición de las primeras Unidades de Dolor Agudo hace cerca de 20 años (1,2). Hasta la década de los 90 no aparecen las primeras en España (3,4), sin embargo su implantación está siendo lenta y no se puede decir que en el siglo XXI el dolor postoperatorio sea un problema resuelto en nuestro país (5). Con todo, la preocupación por el dolor postoperatorio parece resurgir y el interés por su control se está generalizando a la vista de los excelentes resultados del tratamiento organizado y sistemático que estas unidades pueden ofrecer (6-8).

La implantación de una UDAP no es un evento, sino un proceso que debe incluir la medición y el análisis periódico de sus resultados (9). La calidad del servicio que una unidad de este tipo ofrece debe evaluarse en términos de coste-efectividad, seguridad y tolerabilidad de sus pautas analgésicas; mejoría global del proceso de recuperación postquirúrgica (reducción de la estancia, mayor confort, calidad de la recuperación, etc.) y satisfacción del paciente. En este sentido, la organización de la UDAP puede ser clave para obtener los mejores resultados.

El modelo organizativo de la UDAP no está completamente definido y aunque en la mayor parte de los casos los Servicios de Anestesiología sean unos de los principales implicados, el reparto de roles y responsabilidades puede ser variable entre anestesiólogos, cirujanos, otros facultativos, enfermería y psicólogos (8). Como Muñoz-Ramón y cols. (10), pensamos que cualquier sistema puede ser aceptable siempre que se consigan los resultados perseguidos. En cualquier caso, será preceptiva una estrecha colaboración entre cuidadores, trabajando juntos y en la misma dirección.

La implantación de una UDAP supone cambios importantes en el trabajo diario de la planta de hospitalización. En las salas de nuestro hospital ahora son frecuentes la analgesia epidural y los catéteres de nervios periféricos, los sistemas PCA de administración de fármacos y la visita sistemática de anestesiólogos y enfermería especializada en dolor postoperatorio. Aunque la calidad percibida no se correlacione necesariamente con la calidad asistencial y se cuestione la satisfacción del paciente como un resultado legítimo del tratamiento del dolor postoperatorio (11), en el presente trabajo hemos querido conocer la opinión de sus cuidadores sobre determinados aspectos del funcionamiento de nuestra UDAP, no únicamente como

medida de la efectividad analgésica de sus tratamientos, sino para saber cómo estaba siendo percibida esta nueva actividad en términos de accesibilidad, disponibilidad, oportunidad, integración en el cuidado general, comunicación, etc. Para detectar posibles diferencias de apreciación, los resultados se estratificarían además entre personal facultativo y de enfermería.

MATERIAL Y MÉTODO

Creación de la UDAP

Con el comienzo del nuevo milenio, y por iniciativa del Servicio de Anestesiología y Reanimación, se implantó en nuestro centro (un hospital de segundo nivel) una UDAP basada en enfermería, diseñada para que su actividad fuera llevada a cabo por su plantilla y por la de la Unidad de Recuperación Post-anestésica (URPA), la cual asumió el papel de enfermería especializada en dolor postoperatorio con una carga de trabajo asistencial y formativo adicional que supuso la creación de una supervisión, la ampliación del *staff* y la reestructuración de sus turnos.

Protocolización de los tratamientos analgésicos

La UDAP de nuestro hospital proporciona tratamiento del dolor postoperatorio de forma sistemática y protocolizada a los pacientes que experimentan las cirugías más agresivas y dolorosas, lo cual supone una cifra superior a los mil enfermos al año. Para el resto, los especialistas quirúrgicos indican el tratamiento analgésico. Aunque la exposición de nuestros protocolos no sea objeto del estudio, en la actualidad la base de los tratamientos la conforman los AINE o similares, los opioides de distinta potencia y los anestésicos locales, utilizados solos o en combinación. Las diferentes vías de administración utilizadas en el año 2003 fueron la intravenosa (70% de las pautas), la epidural (27%) y la periférica para el bloqueo continuo de nervios y plexos (3%). Para cualquiera de las vías de administración, el sistema mayoritariamente empleado es la analgesia controlada por el paciente (PCA). Las instrucciones sobre los rescates analgésicos y los tratamientos de los efectos secundarios más frecuentes, están igualmente protocolizadas y disponibles en las plantas.

Organización funcional de la UDAP

En nuestra Unidad la analgesia postoperatoria se planifica. A la vista de las intervenciones programa-

das en el parte quirúrgico y de la evaluación preanestésica de los pacientes se puede anticipar un alto porcentaje de los tratamientos analgésicos del día siguiente. Estos tratamientos se instauran en la URPA, o en la UCI, y tras el alta de estas Unidades acompañan al paciente a la planta de hospitalización. Diariamente el anestesiólogo a cargo de la URPA-UDAP, (habitualmente uno de los tres que componen el equipo de guardia) realiza con un enfermero/a de la unidad una visita sistemática a los pacientes en la planta, o en la UCI si fuera el caso, registrando la efectividad, los efectos secundarios y posibles incidencias del tratamiento analgésico. Para cualquier eventualidad y para asegurar la continuidad de los tratamientos, el equipo de anestesiólogos de guardia y la URPA está disponible las 24 horas del día.

El alta de la unidad se produce con la disminución de las necesidades analgésicas y cuando el dolor se controla adecuadamente con analgésicos por vía oral. La duración media de los tratamientos varía según las intervenciones, pero suele oscilar entre 2 y 4 días. Hojas de registro de datos sobre el tratamiento de cada paciente se archivan para posteriormente ser incluidos en una base informática. Datos e indicadores son periódicamente analizados según el diseño habitual de los programas de mejora continua de la calidad.

Interacciones con los cuidadores

Las pautas analgésicas fueron consensuadas con los especialistas quirúrgicos atendiendo a las evidencias científicas, normas de práctica clínica y también, en algunos casos, preferencias personales de los facultativos. Los resultados de la actividad de la unidad son expuestos y revisados en sesiones del servicio e interservicios. La relación con los facultativos y la enfermería de planta es cotidiana durante las visitas diarias del personal de la UDAP. Como parte esencial de su programa formativo, anestesiólogos y enfermeros/as de la URPA-UDAP imparten cursos-talleres con un contenido teórico-práctico en dolor postoperatorio y técnicas analgésicas, dirigido fundamentalmente a la enfermería de planta, con una periodicidad de no menor de uno al año.

El personal de enfermería de la UDAP se desplaza a la planta para realizar cambios de pautas o revisión de los dispositivos y también visitas preoperatorias informativas a los enfermos que van a ser tratados por la unidad y sus familiares (12).

Diseño de la encuesta

Tras la elaboración de un diseño inicial examinado por expertos en calidad y un grupo reducido de cuidadores que plantearon posibles mejoras, la encuesta final en forma de cuestionario escrito fue dirigido a todo el *staff* de enfermería de las plantas de hospitalización y los facultativos de Cirugía General, Traumatología, Ginecología, Urología, Cirugía Vasculat, ORL y UCI (no incluidos los MIR), solicitándoles fuera contestado de forma anónima y voluntaria para conocer su opinión sobre algunos aspectos de la actividad de la UDAP. Se trataba de 15 preguntas: la primera, para filiar a los encuestados, las once siguientes de respuesta cerrada con 4 opciones posibles graduadas de forma escalonada y las tres últimas de respuesta abierta (Anexo I). Con esta pequeña encuesta se pretendía investigar cómo eran percibidos aspectos como la adecuación de las indicaciones de la UDAP, la integración y comunicación de su personal con el resto de cuidadores, la disponibilidad ante dudas o problemas, la continuidad de los tratamientos, la competencia profesional, el nivel de información a los pacientes, la comprensión de sus procedimientos o la utilidad de su trabajo. Para detectar diferencias significativas entre las respuestas de facultativos y enfermería utilizamos la prueba de Chi-cuadrado con la corrección exacta de Fisher, estableciéndolas para una $p \leq 0,05$.

RESULTADOS

Un total de 89 cuestionarios de los 168 distribuidos fueron devueltos a la UDAP. Dos de ellos fueron excluidos del estudio por no haber sido contestadas la gran mayoría de las preguntas, incluidos los datos de filiación, por lo que se consideraron únicamente 87, el 52% de los posibles. El porcentaje de facultativos que respondió la encuesta (62%) fue superior al del personal de enfermería (43%). El 83% de los profesionales encuestados manifestaron estar vinculados laboral-

mente al hospital desde antes del año 2000 (Tabla I). Las preguntas de respuesta cerrada menos contestadas fueron las que aludían a la adecuación de las decisiones clínicas que toma el personal de la UDAP en la visita y a la información de los pacientes, que no fueron respondidas por 7 cuidadores, cada una de ellas.

La actividad de la UDAP era bien entendida y considerada necesaria por el 97% de los cuidadores y considerada útil o muy útil por el 98% (el 100% de los facultativos).

El 93% opinaba que la visita diaria es efectiva o muy efectiva y el 91% que la selección de los pacientes es apropiada o muy apropiada, mientras que sólo el 67% opinaba que están bien o muy bien informados. La respuesta ante consultas por dudas o problemas fue considerada satisfactoria o muy satisfactoria por el 90%, mientras que el 89% pensaba que las decisiones clínicas tomadas son apropiadas o muy apropiadas (Tabla II).

Se observaron diferencias de opinión estadísticamente significativas en la respuesta a dos preguntas. Sobre la complementación del trabajo de la UDAP con el de los demás cuidadores, el 51% de la enfermería opinaron que se complementaba poco o muy poco, mientras que así pensaban sólo el 19% de los facultativos ($p = 0,001$). Igualmente ocurrió con la comunicación con el personal de la UDAP, ya que el 41% de la enfermería frente al 19% de los facultativos ($p = 0,01$) la consideraron poco o muy poco fluida (Tabla II).

Respecto a las preguntas de respuesta abierta, el 74% se manifestaron sobre lo que consideraban como lo mejor de la UDAP, el 45% sobre lo que consideraban peor y sólo el 37% hicieron sugerencias. Las principales alusiones a lo mejor de la unidad fueron hacia la mejora de la analgesia postoperatoria y la continuidad de los tratamientos (Fig. 1) y con respecto a los aspectos más negativos las dimensiones más aludidas fueron la comunicación y los efectos adversos de las pautas analgésicas (Fig. 2). Las sugerencias más referidas fueron a mejorar la comunicación entre cuidadores, seguir trabajando en la misma línea y ampliar las indicaciones (Fig. 3). Algunas

TABLA I. FILIACIÓN, NÚMERO Y PORCENTAJE DE RESPONDEDORES DE LA ENCUESTA

Cuidadores	Responden	% sobre los posibles	Vinculación laboral con el hospital		
			Antes de 2000	Después de 2000	No consta
Facultativos	48	62	46 (96%)	2 (4%)	0
Enfermería	39	43	27 (69%)	9 (23%)	3 (8%)
Total	87	52	73 (84%)	11 (13%)	3 (3%)

TABLA II. CONTESTACIONES A LAS PREGUNTAS DE RESPUESTA CERRADA

<i>Aspectos de la actividad</i>		<i>Total</i> (n = 87)	<i>Facultativos</i> (n = 48)	<i>Enfermería</i> (n = 39)
Cantidad de pacientes que trata la UDAP	Muy poco apropiada	0 (0)	0 (0)	0 (0)
	Poco apropiada	5 (5,7)	1 (2,1)	4 (10,2)
	Apropiada	65 (74,7)	35 (72,9)	30 (76,9)
	Muy apropiada	14 (16,1)	11 (22,9)	3 (7,7)
	(no contestan)	3 (3,4)	1 (2,1)	2 (5,1)
Necesidad de la visita diaria	Innecesaria	0 (0)	0 (0)	0 (0)
	Poco necesaria	1 (1,1)	1 (2,1)	0 (0)
	Necesaria	47 (54)	29 (60,4)	18 (46,1)
	Muy necesaria	37 (42,5)	18 (37,5)	19 (48,7)
	(no contestan)	2 (2,3)	0 (0)	2 (5,1)
Complementación del trabajo de la UDAP con el de los cuidadores	Muy poco	1 (1,1)	0 (0)	1 (2,5)
	Poco	28 (32,2)	9 (18,7)*	19 (48,7)*
	Mucho	49 (56,3)	35 (72,9)*	14 (35,9)*
	Muchísimo	7 (8)	3 (6,2)	4 (10,2)
	(no contestan)	2 (2,3)	1 (2,1)	1 (2,5)
Respuesta del personal de la UDAP	Muy poco satisfactoria	1 (1,1)	1 (2,1)	0 (0)
	Poco satisfactoria	7 (8)	2 (4,1)	5 (12,8)
	Satisfactoria	59 (67,8)	29 (60,4)	30 (76,9)
	Muy satisfactoria	19 (21,8)	16 (33,3)	3 (7,7)
	(no contestan)	1 (1,1)	0 (0)	1 (2,5)
Comunicación con el personal de la UDAP	Muy poco fluida	1 (1,1)	0 (0)	1 (2,5)
	Poco fluida	24 (27,6)	9 (18,7)**	15 (38,4)**
	Fluida	50 (57,4)	31 (64,6)**	19 (48,7)**
	Muy fluida	8 (9,2)	7 (14,6)**	1 (2,5)**
	(no contestan)	4 (4,6)	1 (2,1)	3 (7,7)
Información de los pacientes	Muy poco informados	1 (1,1)	1 (2,1)	0 (0)
	Poco informados	21 (24,1)	8 (16,6)	13 (33,3)
	Bien informados	54 (62,1)	32 (66,6)	22 (56,4)
	Muy bien informados	4 (4,6)	2 (4,1)	2 (5,1)
	(no contestan)	7 (8)	5 (10,4)	2 (5,1)
Efectividad de la visita diaria	Muy poco efectiva	1 (1,1)	0 (0)	1 (2,5)
	Poco efectiva	3 (3,4)	0 (0)	3 (7,7)
	Efectiva	66 (75,8)	39 (81,2)	27 (69,2)
	Muy efectiva	15 (17,2)	9 (18,7)	6 (15,4)
	(no contestan)	2 (2,3)	0 (0)	2 (5,1)
Decisiones clínicas de la UDAP	Muy poco apropiadas	0 (0)	0 (0)	0 (0)
	Poco apropiadas	3 (3,5)	0 (0)	3 (7,7)
	Apropiadas	66 (75,8)	35 (72,9)	31 (79,5)
	Muy apropiadas	11 (12,6)	11 (22,9)	0 (0)
	(no contestan)	7 (8)	2 (4,1)	5 (12,8)

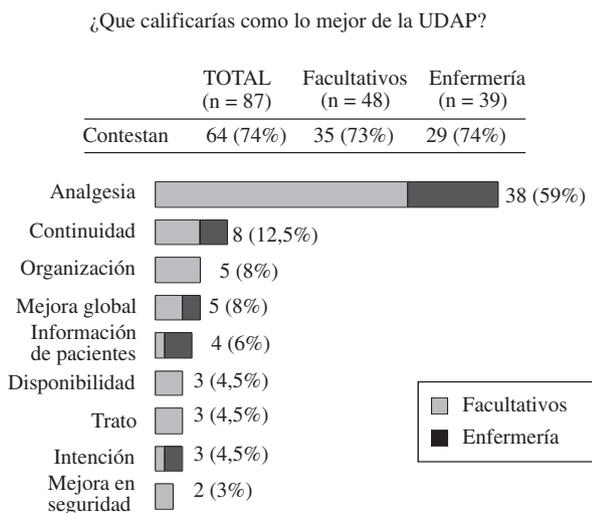
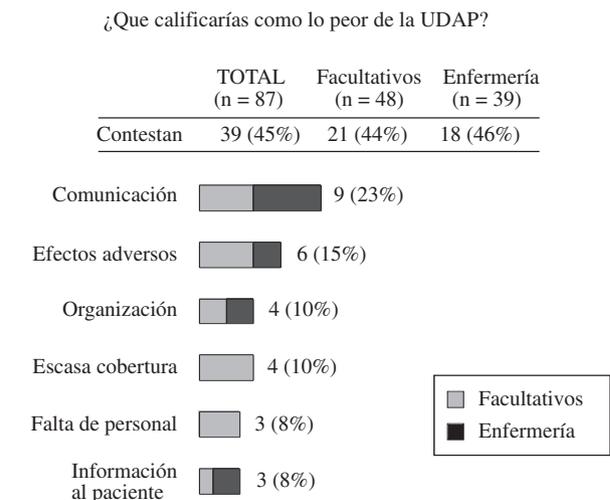
Valores expresados en número (porcentaje)

*: p = 0,001. **: p = 0,01

TABLA II. CONTESTACIONES A LAS PREGUNTAS DE RESPUESTA CERRADA (Continuación)

<i>Aspectos de la actividad</i>		<i>Total</i> (n = 87)	<i>Facultativos</i> (n = 48)	<i>Enfermería</i> (n = 39)
Técnicas analgésicas de la UDAP	No las comprendo	3 (3,4)	0 (0)	3 (7,7)
	Las comprendo poco	11 (12,6)	4 (8,3)	7 (17,9)
	Las comprendo bien	62 (71,2)	39 (81,2)	23 (59)
	Las comprendo muy bien	10 (11,5)	4 (8,3)	6 (15,4)
Papel de la UDAP	(no contestan)	1 (1,1)	1 (2,1)	0 (0)
	No lo comprendo	1 (1,1)	0 (0)	1 (2,5)
	Lo comprendo poco	2 (2,3)	0	2 (5,1)
	Lo comprendo bien	57 (65,5)	29 (60,4)	28 (71,8)
Utilidad de la UDAP	Lo comprendo muy bien	27 (31)	19 (39,6)	8 (20,5)
	(no contestan)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
	Muy poco útil	0 (0)	0 (0)	0 (0)
	Poco útil	1 (1,1)	0 (0)	1 (2,5)
Utilidad de la UDAP	Útil	34 (39,1)	15 (31,2)	19 (48,7)
	Muy útil	51 (58,6)	33 (68,7)	18 (46,1)
	(no contestan)	1 (1,1)	0 (0)	1 (2,5)

Valores expresados en número (porcentaje)

**Fig. 1**—Principales alusiones a los aspectos positivos en las contestaciones a la pregunta de respuesta abierta: ¿qué calificarías como lo mejor de la UDAP? Se registran en algunos casos más de una alusión por respondedor. Se especifican número, porcentaje y la distribución entre personal facultativo y de enfermería.**Fig. 2**—Principales alusiones a los aspectos negativos en las contestaciones a la pregunta de respuesta abierta: ¿qué calificarías como lo peor de la UDAP? Se registran en algunos casos más de una alusión por respondedor. Se especifican número, porcentaje y la distribución entre personal facultativo y de enfermería.

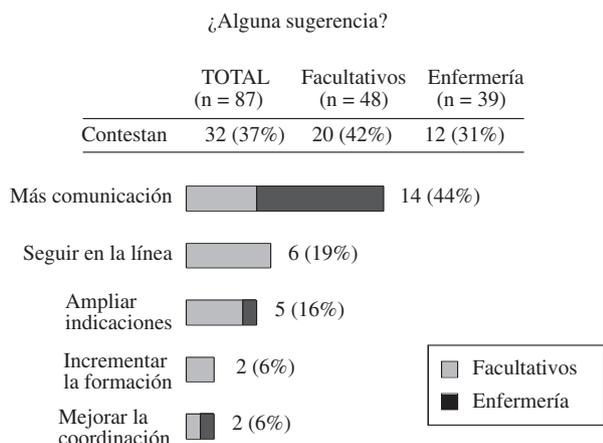


Fig. 3—Principales sugerencias a la UDAP referidas por los cuidadores en esta pregunta de respuesta abierta y expresadas en número, porcentaje y distribución entre personal facultativo y de enfermería.

contestaciones aisladas o anecdóticas a las preguntas de respuesta abierta se muestran en la Tabla III.

DISCUSIÓN

El objetivo de una UDAP es mejorar el tratamiento del dolor postoperatorio proporcionando una atención organizada, sistemática y adaptada a cada paciente con arreglo a las evidencias científicas, la práctica clínica y las posibilidades de cada centro. Frente a las unidades norteamericanas, la UDAP de “bajo coste” es un concepto europeo de entender el servicio basado en la formación y preparación de los profesionales sanitarios en dolor postoperatorio (13). Ideado para conseguir un tratamiento efectivo del dolor postoperatorio, para más pacientes y de la forma más eficiente, este modelo organizativo es generalmente supervisado por un Servicio de Anestesiología con una importante contribución de enfermería especializada. La evaluación de su actividad es fundamental y, en este sentido, la opinión de los cuidadores del postoperatorio como clientes internos del Servicio de Anestesiología, puede proporcionar una información muy valiosa para orientar y mejorar aspectos de su funcionamiento (14).

En la reciente actualización de la guía de práctica clínica de la *American Society of Anesthesiologists* para el manejo del dolor agudo postoperatorio se recomienda la implantación de Unidades de Dolor Agudo desde, o con la participación activa, de los Servicios de Anestesiología y la disponibilidad de

TABLA III. ALGUNAS CONTESTACIONES AISLADAS A LAS PREGUNTAS DE RESPUESTA ABIERTA

Sobre lo mejor de la UDAP

- “Da la sensación de que quieren que los pacientes no tengan dolor”
- “El cambio de mentalidad. Nos sentimos parte integrante del equipo”
- “El fin de la unidad”
- “Lo intentan hacer bien”
- “La enfermería”

Sobre lo peor

- “Más tarea en la planta de hospitalización”
- “A veces no se presentan a su enfermera”
- “Algunas bombas dan problemas”
- “Falta de ubicación en un lugar concreto para consultas”
- “Actuación poco flexible e individualizada”
- “La no valoración de las complicaciones asociadas al catéter”
- “Los facultativos”
- “No hay servicio de UDAP las 24 horas”
- “Pérdida de tiempo en quirófano para la colocación de catéteres”

Sobre las sugerencias

- “Creación de una unidad para patología médica”
- “Que se realizaran los bloqueos en la sala de despertar”
- “Colocar los catéteres el día previo”
- “Hacer otra encuesta a los pacientes”
- “Que los éxitos no nos desvíen de lo importante: los enfermos”
- “Reuniones periódicas con el resto de los cuidadores”
- “Ampliar a tobillos y codos que son muy dolorosos”

anestesiólogos 24 horas (15). En nuestro centro la UDAP surgió con un diseño que contemplaba su actividad como una oferta básica más de la cartera de servicios del Servicio de Anestesiología y de la URPA, en la convicción de que el tratamiento y manejo del dolor agudo postoperatorio es una actividad que debe conocer y desempeñar cualquier miembro de su plantilla. De esta forma se podía asegurar la continuidad de los tratamientos en las urgencias y durante los periodos festivos o vacacionales, lo que equivale a poder disponer de sus servicios las 24 horas del

día, todo el año. Este modelo organizativo implica que la mayoría del *staff* del Servicio, sus médicos residentes y la enfermería de la URPA se relacionan cotidianamente con el personal de la planta de hospitalización durante la visita diaria a los pacientes y atendiendo puntualmente incidencias del tratamiento que precisen de su personación. La interrelación entre cuidadores es frecuente y se apoya en objetivos comunes. Desde nuestro punto de vista era deseable conocer cómo estaba siendo entendido y percibido este trabajo en equipo.

Las encuestas de satisfacción a los pacientes, y en particular las relativas a la actividad de los servicios de Anestesiología o de los anestesiólogos, habitualmente señalan elevados niveles de satisfacción (16), aunque en algunos casos refieran más satisfactorias unas técnicas anestésicas que otras (17). Estos resultados han sido cuestionados por defectos en la construcción de los cuestionarios o por determinados sesgos relacionados con la propia hospitalización, la gratitud hacia los equipos o la intención de agradar por parte de ciertos pacientes (18). Sesgos del tipo de los referidos en los pacientes no pensamos que puedan darse entre los cuidadores. Nuestra encuesta era voluntaria y anónima. Desde un punto de vista metodológico quisimos desarrollar un cuestionario que pudiera ser fácilmente entendido y contestado en un breve tiempo, sin demasiadas preguntas, lo contrario de lo cual podía haber favorecido la abstención (19) e inferido en los resultados (20). No obstante, la participación fue inferior a la deseada. El diseño de las preguntas cerradas, graduada en 4 contestaciones posibles (dos con una orientación negativa y las otras dos positiva) según una escala tipo Likert, pretendía evitar posiciones de neutralidad. Las preguntas de respuesta abierta aportarían además una orientación cualitativa (21) que posibilitaría la exploración de posibles dimensiones o aspectos no tratados en las preguntas previas.

Por los resultados del estudio creemos poder afirmar que en nuestro hospital el papel de la UDAP es, en general, muy bien comprendido y percibido como de gran utilidad por los cuidadores del paciente quirúrgico. De la misma forma, el personal de la UDAP es considerado competente y comprometido con los objetivos de la unidad. Aunque la idoneidad de determinados aspectos organizativos de su actividad sea materia opinable, la apreciación unánime de utilidad y efectividad de sus tratamientos la demuestra la consistencia y la concordancia de las contestaciones a las preguntas de respuesta cerrada y abierta respecto a estas importantes dimensiones. Además de al cuidador, el tratamiento adecuado del dolor

postoperatorio y la percepción de que se hace lo posible para controlarlo, satisface sobre todo al paciente (22), receptor final del servicio. Junto a la percepción de este valioso resultado, la encuesta también nos ofrecía información sobre aspectos susceptibles de cuidar o mejorar, lo que nos parece igualmente valioso.

La UDAP es percibida como útil, efectiva y necesaria para una mayoría de cuidadores que han conocido el antes y el después de su implantación en nuestro hospital. Sin embargo, la comunicación de su personal y la integración de su actividad con los demás cuidados del postoperatorio no parece todo lo deseable que cabría esperar y aparece como un punto débil. Así es particularmente apreciado por la enfermería de planta y UCI. La explicación de por qué más de la mitad de la enfermería (51%), a diferencia de los facultativos (sólo el 19%), considera que el trabajo de la UDAP se complementa poco o muy poco con el de los demás cuidadores, podrá ser más o menos intuitiva, pero más allá de su interpretación se trata de un hecho que indica algunas diferencias evidentes en la visión del trabajo de la UDAP por ambos colectivos y reclama nuestra atención. La enfermería de planta es el cuidador que más tiempo pasa con el paciente y debe ser receptiva y participativa en el tratamiento del dolor postoperatorio porque, en buena parte, de ello va a depender su éxito. Si conseguimos que la comunicación entre cuidadores sea más fluida y sean mejor entendidos por todos los esfuerzos para intentar mejorar el proceso de recuperación, sin duda que esto repercutirá favorablemente en el paciente.

El 91% de los cuidadores opinó que la cantidad de pacientes que trata y sigue la UDAP es apropiado o muy apropiado, mientras que un 6% opinaba que es poco apropiado (el 3% no contestó). En nuestro caso, pensamos que los tratamientos de preferencia de la UDAP son para los pacientes que sufren las intervenciones más agresivas y tienen los postoperatorios más dolorosos. Como Rawal (9), creemos que estas unidades deben resistir la tendencia a incrementar inapropiadamente técnicas analgésicas especializadas como la epidural o la PCA. La aplicación de estos procedimientos a todos los pacientes quirúrgicos no la consideramos coste-efectiva, cuando en muchos casos la tradicional prescripción pautada de analgésicos por los especialistas quirúrgicos puede ser adecuada; sin embargo fueron sugeridas algunas ampliaciones de las indicaciones que merecen ser consideradas. En cualquier caso, creemos deseable realizar estudios coste-efectividad de los tratamientos, así como revisar periódicamente resultados e indicaciones con los

especialistas quirúrgicos, actuando en lo posible de forma consensuada y protocolizada.

El conocimiento de lo que va a suceder y la preparación psicológica ayuda a mitigar la ansiedad y la vulnerabilidad que los pacientes experimentan frente a una intervención y pueden influir en el dolor postoperatorio (23). La información de los pacientes por la UDAP respecto a su tratamiento analgésico fue considerada insuficiente por el 25% de los cuidadores. Información sobre el postoperatorio se ofrece en la consulta preanestésica, en la visita informativa preoperatoria de la enfermería de la URPA y durante la estancia en la unidad. En el primer caso una breve información se ofrece verbalmente por el anestesiólogo, o mediante folletos explicativos, y no podemos asegurar que en todos los casos les llegue, sea leída o entendida. La visita informativa preoperatoria presenta los inconvenientes de los retrasos en los ingresos programados y otros problemas administrativos que dificultan en ocasiones la realización diaria a la totalidad de pacientes, mientras que la información en la propia URPA antes del alta a la planta de hospitalización no podemos asegurar que sea completamente comprendida o recordada. Estas son las razones que nos llevan a pensar por qué una parte de cuidadores percibe una inadecuada información de los pacientes que sigue la UDAP (esta misma percepción la tenemos nosotros mismos en ocasiones cuando en la visita diaria comprobamos que el paciente no ha hecho un uso adecuado de la PCA porque no ha entendido correctamente como ha de usarla). Igualmente, contestaciones aisladas que calificaban como lo peor de la unidad la falta de servicio de UDAP las 24 horas del día o la falta de ubicación para dirigir consultas, nos indica que la promoción de los servicios y la información sobre su funcionamiento no ha sido suficientemente entendida, o explicada, en el hospital.

Los resultados de este trabajo nos hacen sentir esperanzados con el futuro de nuestra UDAP por la aceptación que, en líneas generales, ha tenido dentro del bloque quirúrgico y por la identificación de algunas deficiencias que ya estamos intentando corregir. Como conclusión podemos decir que, al margen de la utilización obligada de otros indicadores de calidad, la valoración de la actividad de la UDAP por los cuidadores del paciente quirúrgico puede aportar información técnica y útil a sus responsables para detectar aspectos que pueden ser mejorados, especialmente en el terreno de las interrelaciones y del trabajo en equipo. En nuestro caso pudimos constatar cómo la actividad de la UDAP era considerada casi unánimemente como efectiva, necesaria y útil; se puso de manifiesto la necesidad de potenciar la comunicación y la información, y se pudieron identificar diferencias de opinión en algunos aspectos entre personal facultativo y de enfermería. Si el modelo europeo de UDAP de "bajo coste" basado en la formación e implicación de los profesionales acaba generalizándose, para poder obtener lo mejor de ellas, las UDAP van a necesitar de la colaboración activa de todos los cuidadores.

Si tuviéramos que elegir la respuesta ideal a la pregunta ¿qué calificarías como lo mejor de la UDAP?, sin duda sería la de un enfermero/a que escribió literalmente: "... el cambio de mentalidad. Nos sentimos parte integrante del equipo".

CORRESPONDENCIA:

Fernando Caba Barrientos
Avda. Villas de Cuba, 13, 6, 6º C
41007 Sevilla
e-mail: 954677364@terra.es

BIBLIOGRAFÍA

1. Maier C, Kibbel K, Mercker S, et al. Postoperative pain therapy at general nurses station: an analysis of eight year's experience at an anesthesiological acute pain service. *Anaesthesist* 1994; 43: 385-97.
2. Ready LB, Oden R, Chadwick HS, et al. Development of an anesthesiology-based postoperative pain management service. *Anesthesiology* 1988; 68: 100-6.
3. Blanco J, Blanco E, Rodríguez G, et al. One year's experience with an acute pain service in a Spanish University Clinic hospital. *Eur J Anaesthesiol* 1994; 11: 417-21
4. Chabás E, Anglada MT, Bogdanovich A, et al. Puesta en marcha de una unidad de dolor agudo de bajo coste. *Rev Esp Anestesiol Reanim* 1998; 445: 401-2.
5. Puig MM, Montes A, Marrugat J. Management of postoperative pain in Spain. *Acta Anaesthesiol Scand* 2001; 45: 465-70.
6. Miaskowski C, Crews J, Ready LD, et al. Anaesthesia-based pain services improve the quality of post-

- perative pain management. *Pain* 1999; 80: 23-9.
7. Bardiau FM, Taviaux NF, Albert A, et al. An intervention study to enhance postoperative pain management. *Anesth Analg* 2003; 96: 179-85.
 8. Dolin SJ, Cashman JN, Bland JM. Effectiveness of acute postoperative pain management: evidence from published data. *Br J Anaesth* 2002; 89: 409-13.
 9. Rawal N. Acute pain services revisited –Good from far, far from good? (editorial). *Reg Anesth Pain Med* 2002; 27: 117-21.
 10. Muñoz-Ramón JM, Valentín B, Criado A. Planificación y gestión del dolor agudo postoperatorio. Unidad de dolor agudo. En: Torres LM, ed. *Tratamiento del dolor postoperatorio*. Madrid: Ergón; 2003. p. 329-46.
 11. Carlson J, Youngblood C, Dalton JA, et al. Is patient satisfaction a legitimate outcome of pain management? *J Pain Symptom Manage* 2003; 25: 264-75.
 12. Aparcero B, Núñez A, Ramos M, et al. La visita entrevista prequirúrgica: Intervención de enfermería e instrumento para la calidad. *Revista de la Asociación Española de Enfermería en Urología (Enfuro)* 2003; 88: 9-13.
 13. Rawal N. Organization of acute pain services: a low-cost model. *Acta Anaesthesiol Scand Suppl* 1997; 111: 188-90.
 14. Kitowski T, McNeil H. Evaluation of an acute pain service. *J Peri Anesth Nursing* 2002; 17: 21-9.
 15. Practice guidelines for acute pain management in the perioperative setting. An updated report by the American Society of anesthesiologists task force on acute pain management. *Anesthesiology* 2004; 100: 1575-81.
 16. Le May S, Hardy JF, Taillefer MC, et al. Patient satisfaction with anesthesia services. *Can J Anesth* 2001; 48: 153-61.
 17. Caba F, Echevarría M, Gómez P, et al. Satisfacción con la anestesia locorregional en mujeres intervenidas de cesárea. *Rev Esp Anesthesiol Reanim* 1998; 45: 172-8.
 18. Fung D, Cohen MM. Measuring patient satisfaction with anesthesia care: a review of current methodology. *Anesth Analg* 1998; 87: 1089-98.
 19. Hall JA, Dornan MC. Meta-analysis of satisfaction with medical care: description of research domain and analysis of overall satisfaction level. *Soc Sci Med* 1988; 27: 637-44.
 20. Jones J. The effects of non response on statistical interference. *J Health Soc Policy* 1996; 8: 49-62.
 21. Guix J. “P < 0,05 si, pero...”: la aplicación de la metodología cualitativa en la investigación sanitaria. *Rev Calidad Asistencial* 2003; 18: 55-8.
 22. Jamison RN, Ross MJ, Hoopman P, et al. Assessment of postoperative pain management: patient satisfaction and perceived helpfulness. *Clin J Pain* 1997; 13: 229-36.
 23. Carranque GA, Fernández-Berrocal P, Baena E, et al. Dolor postoperatorio e inteligencia emocional. *Rev Esp Anesthesiol Reanim* 2004; 51-75-9.