

Enfermería en Anestesia, Reanimación y Terapia del Dolor

ASEEDAR-TD Edición Digital

Enferm. anest.-reanim. ter. dolor (Internet) Vol.6 n°2 2021-2022/ ISSN: 2529-9670

Indexada en:



“El verdadero poder que tiene la enfermera son las habilidades que nos permiten llegar a la otra persona y provocar el cambio de hábitos que se precisa para mejorar el estado de salud”



Dra. Barbara Stilwell
Enfermera, investigadora y académica.
Directora ejecutiva de la campaña
global Nursing Now

www.aseedar-td.org
revista@aseedar-td.org



aseedar-td
asociación española de enfermería
de anestesia-reanimación y
terapia del dolor

SUMARIO

ENFERMERÍA EN ANESTESIA, REANIMACIÓN Y TERAPIA DEL DOLOR. ASEEDAR-TD EDICIÓN DIGITAL

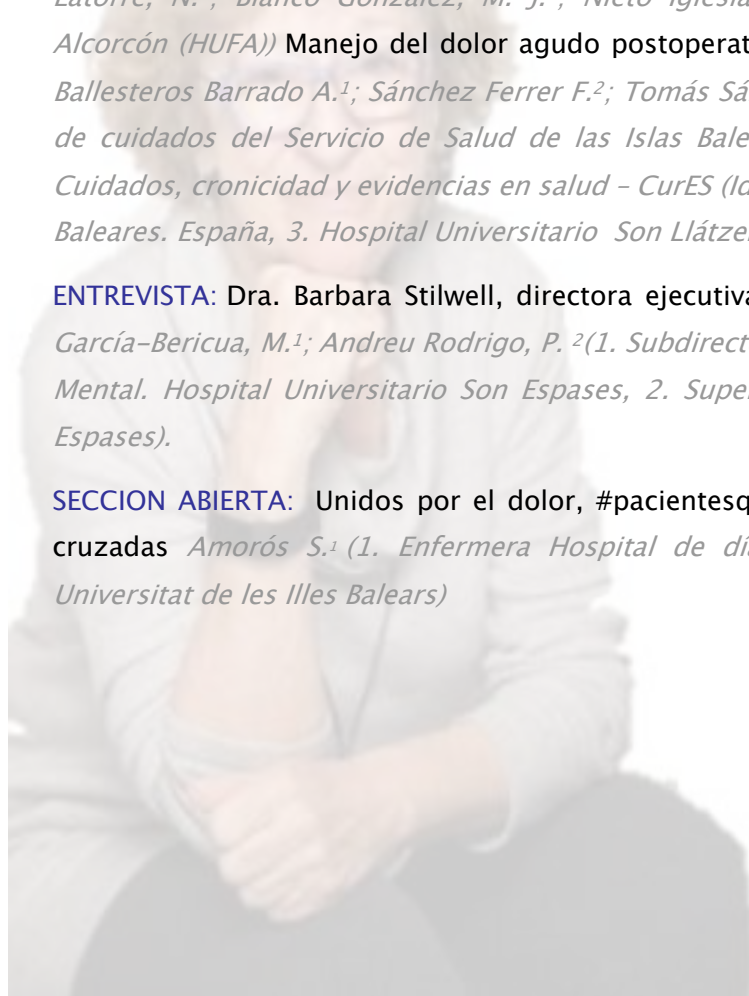
Enferm. anest.-reanim. ter. dolor (Internet) Vol.6 nº2 2021-2022 / ISSN: 2529-9670

PRESENTACIÓN: Editorial de la directora de ASEEDAR-TD Edición Digital Enfermería de Anestesia, Reanimación y Terapia del Dolor.

TRABAJO ORIGINAL: Emociones de las enfermeras en tiempos de pandemia. *Arnaiz Medina, J. F.¹; Burgos Martínez, B.¹; Martínez Lara, L.¹; Núñez Benito, M.¹ (1. Unidad de Reanimación, Hospital de Urduliz, Urduliz, Bizkaia, España). Percepción de los profesionales sanitarios quirúrgicos acerca de la Unidad de dolor Agudo Postoperatorio (UDAP) de Alcorcón. *Miguel Martín, M. N.¹; Torremocha Latorre, N.¹; Blanco González, M. J.¹; Nieto Iglesias, C.¹ (1. Hospital Universitario Fundación Alcorcón (HUFA)) Manejo del dolor agudo postoperatorio: ¿realmente sabemos lo que creemos? *Ballesteros Barrado A.¹; Sánchez Ferrer F.²; Tomás Sánchez M.³; Capilla Benítez A.³ (1. Estrategia de cuidados del Servicio de Salud de las Islas Baleares (IB-Salut), Grupo de investigación en Cuidados, cronicidad y evidencias en salud - CurES (IdisBa). España, 2. Hospital Comarcal de Inca. Baleares. España, 3. Hospital Universitario Son Llàtzer. Palma. Baleares. España)***

ENTREVISTA: Dra. Barbara Stilwell, directora ejecutiva de la campaña global Nursing Now *Viña García-Bericua, M.¹; Andreu Rodrigo, P. ² (1. Subdirectora enfermera de Procesos Crónicos y Salud Mental. Hospital Universitario Son Espases, 2. Supervisora de área. Hospital Universitario Son Espases).*

SECCION ABIERTA: Unidos por el dolor, #pacientesquecuentan *Pacientes que cuentan Palabras cruzadas Amorós S.¹ (1. Enfermera Hospital de día Son Espases. Profesora asociada de la Universitat de les Illes Balears)*



Editorial de la Directora de la ASEEDAR-TD Edición Digital

Editorial de la Directora de la ASEEDAR-TD Edición Digital

Enferm. anest.-reanim. ter. dolor (Internet) Vol.6 nº2 2021-2022 / ISSN: 2529-9670

Autora: Ballesteros Barrado, A.¹

1. Directora de la revista Enferm. anest.-reanim. ter. dolor (Internet) Vol.6 nº2 2021-2022

Contacto: revista@aseedar-td.org



Retraso en la publicación de este número. Inmersos en la sexta ola de esta pandemia sin tregua ni descanso. Altas cargas de trabajo, poco tiempo para vivir. Aún así, no desistimos. Seguimos ilusionados, lanzamos este número y ya estamos preparando el siguiente. Gracias al esfuerzo de los autores, revisores y consejos editorial. Continuaremos dando lo mejor de nosotros y nosotras, aunque los tiempos sean difíciles. Dolor, sufrimiento y esperanza.

Este número va de dolor. Tenemos la suerte de contar con un estudio cualitativo. Poco a poco nos atrevemos con este tipo de investigaciones que reflejan las emociones de las enfermeras como en este caso, en tiempos de pandemia. Este tipo de estudios permiten visualizar aspectos tan importantes y relevantes en nuestro día a día. Muchas gracias por compartir Unidad de Reanimación del Hospital de Urduliz, Urduliz, Bizkaia.

En el Hospital Universitario Fundación Alcorcón han desarrollado un trabajo sobre la percepción del tratamiento del dolor agudo postoperatorio poniendo en valor la importancia del trabajo interprofesional para dar unos cuidados de calidad.

Los conocimientos de las enfermeras sobre el dolor agudo postoperatorio es el tema del trabajo del Hospital Son Llàtzer de Palma de Mallorca.

Una joya en nuestro apartado dedicado a la participación de los pacientes: **PacientesQueCuentan** está compuesto por un grupo de pacientes activos en Twitter, con o sin blogs sobre su enfermedad. Contribuyen en este número con un reportaje sobre la importancia de “los lectores que sean profesionales sanitarios a que se unan a nosotros ya que su presencia en redes es muy valorada por los pacientes de los que, además, se puede aprender mucho.” Así podremos ofrecerlos unos cuidados poniendo en valor sus necesidades y expectativas, aprendiendo y caminando junto a ellos, os animo a que conozcáis su iniciativa.

En este número reproducimos una entrevista publicada a la Dra Bárbara Stilwell directora ejecutiva de la campaña global Nursing Now recientemente clausurada. No tiene desperdicio ni una sola línea. Agradecemos al Hospital Universitario Son Espases de Palma de Mallorca y a sus autoras la oportunidad que nos han brindado.

No despedir la editorial sin nombrar nuestro último Congreso de León, en el cual nos reencontramos, reímos y lloramos juntos por el tiempo pasado, del que salimos empoderados porque nos hacía falta este momento de reencuentro, cargados de energía. Gracias Comités Organizador y Científico por hacerlo posible.

Me despido de nuevo con esta frase que repetiré porque es la que mejor refleja mi admiración:

“Gracias por saber estar, adaptaros, resistir, por ser fuertes, por acompañar, por compartir, por cuidar, por ser, en definitiva, ENFERMERAS.”

Como siempre, animaros a compartir vuestros trabajos, autores nóveles o no tanto; porque la difusión del conocimiento es una responsabilidad compartida que establecimos cuando decidimos dedicarnos a esta profesión nuestra y es la oportunidad de hacernos realmente visibles.

Desde el Comité de Redacción, el Consejo Editorial, Consultores Nacionales e Internacionales, esperamos nos hagáis llegar todas vuestras sugerencias de mejora y agradeceremos de antemano el que ésta sea un proyecto participativo de todos los enfermeros que nos dedicamos a la Anestesia, Reanimación y Terapia del Dolor.

Os esperamos

Antonia Ballesteros

Directora de la revista Enfermería de Anestesia Reanimación y Terapia del dolor

Emociones de las enfermeras en tiempos de pandemia.

Enferm. anest.-reanim. ter. dolor (Internet) Vol.6 nº2 2021-2022 / ISSN: 2529-9670

Autores: Arnaiz Medina, J. F¹; Burgos Martínez, B.¹; Martínez Lara, L.¹; Núñez Benito, M.¹

1.Unidad de Reanimación, Hospital de Urduliz, Urduliz, Bizkaia, España

Contacto: Juliarnaiz92@gmail.com

RESUMEN

Objetivo principal: Describir las emociones vividas por las enfermeras del bloque quirúrgico del hospital de Urduliz durante la pandemia de Covid-19. **Material y método:** Se realizó una investigación cualitativa descriptiva. Se realizó una transcripción de las entrevistas, una categorización de las emociones y finalmente una triangulación de los datos. **Resultados principales:** El sentimiento predominante ha sido el miedo, destacando también otros sentimientos como el cansancio o la incertidumbre. En lo laboral la calidad asistencial se ha visto resentida y los trabajadores se han sentido desprotegidos. Por último, los trabajadores de Reanimación refieren que su estado de salud se ha visto afectado. **Conclusión principal:** Los sentimientos predominantes en la entrevista han sido negativos, como miedo, tristeza o incertidumbre; siendo parecidos en ambos grupos, el miedo al contagio y a lo desconocido. Destacan de forma positiva la unión del equipo, la capacidad de adaptación y de sobreponerse a las dificultades. **Palabras clave (descriptores MeSH/DeSC):** COVID-19, enfermeras, emociones.

ABSTRACT

Objective: Description of the emotions lived by the surgical area nurses in Urduliz Hospital during the Covid-19 pandemic. **Methods:** A descriptive qualitative research was carried out. The interviews were transcript, the emotions were categorized, and the data was triangulated. **Results:** The predominant feeling was fear. Other feelings such as fatigue and uncertainty were also highlighted. In terms of work, quality care was diminished, and workers felt unprotected. Finally, ICU nurses reported that their state of health had been affected **Conclusions:** During the interview the predominant feelings were negative, such as fear, sadness or uncertainty; fear of contagion and fear of the unknown were similar in both groups. However, the union of the team, the capacity to adapt and to overcome difficulties are positively emphasized. **Keywords:** COVID-19, nurses, emotions.

INTRODUCCION

La COVID-19 es una enfermedad causada por el coronavirus SARS-CoV-2. El 31 de diciembre del 2019 fue la primera vez que se tuvo noticia de la existencia de este virus en Wuhan, China, pero no fue hasta el 11 de marzo cuando la OMS declaró la pandemia mundial por este nuevo coronavirus (1). En España el primer caso fue diagnosticado el 31 de enero de 2020 y desde entonces los contagios aumentaron exponencialmente (2). A nivel sanitario, la presión asistencial aumentó de forma drástica obligando a los profesionales a adaptarse a la nueva realidad (3). En diciembre de 2020, en España, se comenzó la campaña de vacunación contra la COVID-19 lo que supuso un hito en la evolución de la pandemia (4). Sin embargo, la presión y carga laboral que han estado sufriendo los sanitarios ha continuado, lo que ha llevado a que los sentimientos de estos sean los grandes olvidados. Debido a ello, es interesante analizar el impacto emocional en los profesionales sanitarios derivado de esta pandemia.

OBJETIVOS

Objetivo general: El objetivo de este trabajo es llevar a cabo una investigación descriptiva sobre las emociones de las enfermeras que han trabajado durante la pandemia en el Hospital de Urduliz. Se pretende comparar las emociones de enfermeras que trabajan en una unidad con contacto estrecho y continuo con pacientes positivos en COVID-19 (Reanimación) con las de enfermeras que trabajan en el resto del bloque quirúrgico, Unidad de Recuperación Post Anestésica (URPA), Hospital de Día Quirúrgico (HDQ) y quirófano que no han tenido contacto o han tenido un contacto más puntual con este tipo de pacientes

MATERIAL Y METODOS

Para la consecución del objetivo se plantea una investigación cualitativa utilizando el método narrativo biográfico. Este método nos permite contar las vivencias subjetivas de una persona en un periodo de tiempo. En este caso, las enfermeras relatan su percepción subjetiva del trabajo durante la época de pandemia producida por la Covid-19. El tamaño de la muestra se fue definiendo de forma progresiva durante el transcurso de la investigación, hasta llegar a la saturación de la información. La muestra resultante es de 18 personas, 9 de ellas son enfermeras que trabajan en el quirófano, URPA y HDQ que no han tenido contacto o han tenido contacto puntual con pacientes positivo en COVID-19 y las otras 9, enfermeras que trabajan en Reanimación con pacientes positivos de forma estrecha y continua. Con el fin de obtener variabilidad suficiente, se seleccionó a enfermeras de diferentes edades, diferentes años de experiencia profesional, y se intentó que hubiera una representación de sexos de acuerdo con la profesión. Como criterio de inclusión se tuvo en cuenta que los profesionales tuvieran al menos un año de experiencia en la unidad de trabajo actual y que accedieran a participar de forma voluntaria en la investigación. Para

reclutar a los participantes se contactó de manera telefónica con los trabajadores del bloque quirúrgico y del área de Reanimación que cumplieran los criterios de inclusión. Se explicó el objetivo de la investigación, se envió el consentimiento informado (Anexo 1) y se envió el cuestionario (Anexo 2). La entrevista se elaboró a partir de los ejes de indagación presentes en la Tabla 1. Se realizó un cuestionario de preguntas abiertas para facilitar la libre expresión de los participantes. Los propios participantes grabaron su entrevista y, posteriormente, enviaron un archivo de audio con su contenido.

Categorías	Temática
Afectación personal	Cargas familiares, relaciones sociales, ocio, medidas para evitar contagios, familiares contagiados, relación con la sociedad.
Afectación laboral	Compañerismo, apoyo, empatía, calidad asistencial.
Situación laboral	Medidas de protección, formación, carga laboral, movilidad.

Tabla 1. Ejes de indagación

Para identificar y describir las emociones de la muestra, se transcribieron de forma literal las entrevistas realizadas con el transcriptor de Word y se realizó un breve resumen del contenido de cada una de ellas. Cada investigadora transcribió las entrevistas de forma individual y realizó un primer análisis de los datos. En este análisis se identificó de forma preliminar las diferentes emociones que describieron las enfermeras. Posteriormente, se definió de forma conjunta las emociones expresadas y se analizó la frecuencia (número de veces que aparece la emoción y las categorías asociadas a ella), la intensidad y el orden de aparición. A cada entrevista se le asignó un código (E1-E18) que utilizamos para registrar los datos, elaborar categorías y realizar referencias de las frases extraídas de las entrevistas. El procesamiento de los datos se realizó a través de los programas Word y Excel. El estudio se realizó en el entorno de trabajo de las autoras, esto permitió obtener visiones diferentes y precisas sobre las emociones de los participantes. De esta forma se realizó la triangulación de los datos.

RESULTADOS

Para una mejor comparación de la población de estudio se ha agrupado la información en 4 categorías, 12 grupos temáticos y 24 subtemas como se muestra en la tabla del Anexo 3. Afectación personal. En esta categoría se describen los sentimientos y las percepciones personales que han tenido los sanitarios durante la pandemia y cómo estos han afectado a su vida privada. El sentimiento predominante en ambos grupos ha sido el miedo, mencionado un total de 53 veces.

Generalmente ambos grupos han sentido miedo más intensamente al inicio de la pandemia y actualmente sienten cansancio y hartazgo. Ambos grupos mencionan sentimientos negativos mayoritariamente, sólo dos entrevistados E10 y E3 mencionan sentimientos positivos como realización personal u optimismo. En el grupo que ha trabajado con covid-19 estrechamente destacan los sentimientos de incomprensión por parte de gente de su entorno, sentimiento que no está presente en la muestra del resto de profesionales a estudio. Otra diferencia entre los dos grupos es su percepción de apoyo de la sociedad, todos los integrantes de la muestra de Reanimación no creen que la sociedad valore su trabajo, mientras que esta sensación es más positiva en el grupo restante. Afectación laboral. En esta categoría se analiza el comportamiento de los sanitarios en su puesto de trabajo durante el transcurso de la pandemia: su desempeño laboral, su relación con sus compañeros, con los pacientes etc. En la población de estudio destaca de forma general el sentimiento de compañerismo y apoyo recibido por parte del equipo. Dentro del grupo de los trabajadores de reanimación dos participantes (E5 y E13) hacen referencia a la falta de apoyo recibido por parte de los cargos de gestión. En cuanto al trato con los pacientes, la empatía y la protección son los sentimientos mayoritarios. Destacan las opiniones de 4 trabajadores, 3 de ellos de reanimación que afirman que sus sentimientos se han visto influenciados por el hecho de que los pacientes quisieran vacunarse o no, sintiendo menos empatía con aquellos que no hubiesen querido hacerlo. Todos los profesionales coinciden en que se ha visto afectado el nivel de calidad asistencial debido al aumento de la carga de trabajo y a la incomodidad del uso de los equipos de protección individual (EPIS) en el puesto, influenciando así de forma negativa en la atención prestada. Situación laboral. En esta categoría se describen las condiciones laborales a las que los trabajadores se han visto expuestos durante la pandemia. En general ambos grupos describen haberse sentido desprotegidos al inicio de la pandemia debido a la escasez de EPIS y la falta de información. También se percibe una sobrecarga de trabajo por ambas partes. Cabe destacar que las enfermeras del primer grupo sienten que no están realizando bien su trabajo, que dejan muchas cosas por hacer y esto les genera sentimientos de culpabilidad. El grupo de profesionales de quirófano, además, habla de inseguridad y agobio por tener que desplazarse a otras unidades. Por último, se demanda de forma generalizada la necesidad de atención psicológica profesional. Estado de salud. En esta categoría se describe si el trabajo ha afectado de alguna forma a la salud de los sanitarios y los síntomas que han sufrido. Destaca que la población de estudio de los trabajadores que han estado con pacientes covid de forma estrecha han tenido problemas de salud ya sea físicos o psicológicos, mientras que 5 profesionales de la población de estudio restante declaran no haber sufrido ningún cambio en su estado de salud. Sólo los trabajadores de unidades con pacientes críticos han sufrido síntomas físicos. Dentro de los síntomas psicológicos el insomnio y la ansiedad han sido los más frecuentes.

DISCUSION

Con la realización de este estudio se pretende poner en un primer plano la importancia del cuidado de “lo invisible” e invitar a realizar una reflexión acerca de la importancia de cuidar al personal sanitario. Destaca que ningún trabajador hace referencia a la primera ola, más bien a todo el proceso de la pandemia en sí. También es llamativa la percepción negativa de la sociedad del grupo de los trabajadores de Reanimación en contraposición con el sentimiento de reconocimiento que se da en el otro grupo. Además, estos trabajadores refieren que su estado de salud se ha visto afectado tanto a nivel físico como mental. Los sentimientos predominantes en la entrevista han sido negativos, palabras como miedo, tristeza o incertidumbre han sido las más repetidas. Estos sentimientos negativos han sido identificados también en estudios como los de Sun H.et al. (5) o Leodoro J.et al.(6). Ambos estudios asocian estas emociones a una menor satisfacción laboral y a un mayor riesgo de padecer una enfermedad psicológica grave. Estos estudios sugieren que la atención psicológica en el centro de trabajo puede ser beneficiosa para minimizar estas emociones. La demanda de esta atención psicológica ha sido generalizada en la muestra obtenida. A pesar del miedo y de la tensión continua que han experimentado los sanitarios entrevistados, refieren haber superado las dificultades y han continuado desempeñando su labor de la mejor manera posible. Esta alta capacidad de resiliencia se ha visto en otros estudios como el de Roberts N et al. (7). La unión entre compañeros ha sido clave para sobrellevar la situación, aunque el estrés y el miedo al inicio también crearon conflictos, al final los equipos permanecieron unidos y se hicieron más fuertes.

CONCLUSIONES

En conclusión, los sentimientos de ambas muestras son muy parecidos. El miedo a contagiarse, a contagiar y a lo desconocido predomina sobre el resto de los sentimientos. Se puede decir que ambos grupos han tenido una gran capacidad de adaptación y han conseguido sobreponerse a las dificultades. La principal limitación del estudio es la posibilidad de haber perdido detalles relevantes para la investigación al no realizar las entrevistas de forma presencial.

Reflexión de las investigadoras

La realización del presente estudio ha supuesto un gran reto a nivel personal y profesional para las investigadoras ya que hemos sido partícipes del fenómeno expuesto.

Por un lado, se ha visto fortalecida la relación con nuestros compañeros. Ha sido un privilegio que se nos hiciera partícipes de sus experiencias vividas que hasta entonces no habían compartido.

Por otro lado, al haber vivido una realidad similar, hemos rememorado situaciones que habían quedado en un segundo plano. Esto hizo que volvieran a aflorar sentimientos de ansiedad, tristeza o cansancio.

La pandemia aún no ha terminado, por lo que reconocer y gestionar estos sentimientos es muy importante para poder seguir cuidando.

BIBLIOGRAFIA

1. Centro de coordinación de alertas y emergencias sanitarias. Enfermedad por Coronavirus;COVID-19.[Internet]2021.Available from <https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/ITCoronavirus.pdf>
2. Osakidetza. Guía rápida Atención Enfermería pacientes COVID-19 Hospitalizados. 2021. Available from: <https://www.osakidetza.eus/sites/Intranet/es/referencia-documental/Documentos%20compartidos/Covid-19/Protocolos%20y%20Procedimientos%20Asistenciales/Gu%C3%ADa%20r%C3%A1pida%20Atenci%C3%B3n%20Enfermer%C3%ADa%20pacientes%20COVID-19%20Hospitalizados.pdf>
3. Consejo Asesor Programa de Seguridad de pacientes críticos. Proyectos ZERO durante la pandemia por SARS-CoV2. 2020; Available from: https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/ADAPTACION_EN_LA_UCI_DE_LAS_RECOMENDACIONES_DE_LOS_PROYECTOS_ZERO-COVID19-V1.pdf
4. Instituto Nacional de Estadística. Gestión Integral de la vacunación COVID-19.[Internet]2021. Available from: <https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/vacunaCovid19.htm>
5. Ferrán MB, Barrientos-Trigo S. Cuidar al que cuida: el impacto emocional de la epidemia de coronavirus en las enfermeras y otros profesionales de la salud. 2020 [cited 2021 Oct 3]; Available from: www.elsevier.es/enfermeriaclinica
6. Labrague LJ, Janet, de los Santos A.A. Fear of COVID-19, psychological distress, work satisfaction and turnover intention among frontline nurses. J Nurs Manag. 2021;29:395-403. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32985046/>
7. Roberts NJ, McAloney-Kocaman K, Lippiett K, Ray E, Welch L, Kelly C. Levels of resilience, anxiety and depression in nurses working in respiratory clinical areas during the COVID pandemic. Respir Med. 2021 Jan;176:106219. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33248362/>

ANEXOS

Anexo I. Consentimiento informado

Usted va a participar en un trabajo de investigación sobre las sensaciones percibidas entre el personal de enfermería durante la pandemia. Este trabajo se desarrolla en la Unidad de Reanimación del Hospital de Urduliz y está coordinado por las enfermeras Julia Flavia Arnaiz Medina, Beatriz Burgos Martínez, Leyre Martínez Lara y Maialen Núñez Benito.

En el presente documento se le informa de todas las cuestiones relativas a la utilización de sus datos y a su participación en el estudio. Léalo atentamente y consulte con el responsable todas las dudas que le surjan.

Información acerca del estudio

Se trata de un trabajo cuyo objetivo es una comparativa de aquellas enfermeras que se encuentran en contacto directo y estrecho con pacientes positivos con aquellas enfermeras que se encuentran al cuidado de pacientes negativos.

Uso y confidencialidad de los datos

Los datos que se obtengan de su participación serán utilizados únicamente con fines de investigación y solamente por parte de los responsables de la misma, en ningún caso se harán públicos datos personales. Asimismo, se garantiza la plena confidencialidad y anonimato de los mismos y el riguroso cumplimiento del secreto profesional en su uso y manejo.

Revocación del consentimiento

En el caso de decidir participar y consentir el acceso a sus datos inicialmente, puede en cualquier momento dejar de participar solo nos lo tendría que comunicar y a partir de ese momento se dejará de utilizar dicha información.

Declaración del consentimiento

El consentimiento será dado de forma oral al inicio de la entrevista. No será necesario proporcionar datos personales y será suficiente con que el entrevistado indique de viva voz que comprende el objetivo del estudio y que acepta su participación en el mismo.

Tomando todo ello en consideración y en tales condiciones, CONSIENTO participar en dicho estudio y que los datos que se deriven de mi participación sean utilizados exclusivamente para cubrir los objetivos especificados en el documento.

Anexo II: Entrevista

Al comenzar la grabación, declare que ha leído y acepta el consentimiento informado. Indique su sexo, edad, profesión, unidad en la que trabaja y tiempo trabajado en la misma y conteste libremente a las preguntas que se le proponen a continuación:

¿Cuáles han sido sus principales sentimientos durante el desempeño de su profesión como enfermera desde marzo de 2020?

¿Qué sentía en el trabajo al inicio de la pandemia?

¿Han cambiado sus sentimientos en el trabajo desde entonces?

¿Cómo se siente actualmente cuando trabaja? ¿Se ha sentido mal (triste, abatido, cansado) al terminar su turno de trabajo?

¿Cómo ha cambiado su vida al trabajar en el hospital durante la pandemia?

¿Cómo ha afectado la situación laboral a su estado de salud?

¿Ha precisado la baja laboral derivada de su trabajo desempeñado durante la pandemia?

¿Cómo ha afectado la situación laboral a consecuencia de la pandemia a su vida privada?

¿Le hubiera gustado tener ayuda (psicológica) de un profesional?

¿Cuáles son las circunstancias que más intranquilidad le ocasionan en su puesto de trabajo?

¿Cómo reacciona ante ellas?

¿Cómo ha sido la relación con sus compañeros durante la pandemia? ¿Ha habido cambios?

Como profesional de enfermería ¿siente que la sociedad valora su trabajo realizado hasta ahora?

¿Han cambiado sus sentimientos hacia los pacientes?

Anexo III: Categorización

Categorías	Grupo temático	Subtemas
Afectación personal	Percepción personal	Miedo: E8 “nos mandaban a la guerra, teníamos que salir y exponernos”, E13 “Miedo a lo desconocido, a contagiarme, a que enfermasen mis conocidos o familia”. Cansancio: E18 “ese miedo y esa impotencia se han convertido sobre todo en cansancio”. Frustración: E10 “me he sentido mal al terminar mi turno de trabajo por no llegar a todo”. Incertidumbre: E2 “muchos días he estado en casa preocupado pensando en que tenía que volver a ir y a ver qué tal estaría, que me encontraría”.
	Vida privada	Ansiedad: E6 “tenía ansiedad y angustia ante algo desconocido y tan letal.” Cambios: E7 “lo que me ha cambiado la vida ha sido la pandemia (no el trabajo)” E3 “ha cambiado mi vida, mi perspectiva de la vida”.
	Relaciones personales	Conciliación: E8 “la conciliación familiar es muy complicada y más cuando tu pareja es sanitario...” Incomprensión: E1 “me he sentido incomprendida por algunos amigos, he llegado a discutir”.
	Medidas para evitar contagios	Auto-aislamiento: E13 “no veía a mis padres todo lo que quería o podía, decirles que no nos podíamos juntar...” Realización de pruebas diagnósticas: E18 “antes de ver a mi familia me hacía una PCR para estar segura de que no había cometido ese error y que era negativo”.
	Relación con la sociedad	Valoración: E6 “la sociedad en general ha valorado bien nuestro papel en esta historia.” E15 “Al comienzo de la pandemia la sociedad por miedo o por inseguridad sí que “valoraba” el trabajo que se realizaba, pero una vez ha pasado la situación de gravedad volvemos a la casilla de salida”.

Categorías	Grupo temático	Subtemas
Afectación laboral	Relaciones laborales	Compañerismo: E12 "creo que si no hubiera tenido los compañeros que he tenido a nivel mental hubiera estado muchísimo peor". Dificultades: E13 "cuando hay momentos duros también es difícil y decir que con algún compañero he intentado poner un poco más de distancia". Ayuda: E12 "Tengo que reconocer que lo que me ha hecho tirar en un 90% de los casos han sido mis compañeros". Apoyo de superiores: E5 "Me he sentido arropada por mi jefa directa, no así por los superiores que nos dirigen", E13 "no todo el mundo sabe ver la sobrecarga que tenemos, creo que nuestra supervisora sí pero los puestos superiores no".
	Relación con los pacientes	Empatía: E1 "lo duro que es ver cómo lo pasan los pacientes... como a veces las relaciones que mantenemos con ellos son tan personales y terminan en desenlace fatal". Falta de empatía: E5 "Hago lo que tengo que hacer pero no me implico, soy como un robot, cero empatía", E8 "Sí que me condiciona a la hora de la atención que los pacientes estén vacunados o no".
	Desempeño laboral	Calidad asistencial: E5 "En el trabajo he dejado de ser impecable con los pacientes", E8 "había tanta desinformación que no podías estar a la altura...no veía por las gafas, no sabías lo que tocabas, se te olvidaban cosas...".

Categorías	Grupo temático	Subtemas
Situación laboral	Salud laboral	Medidas de protección: E12 "Lo que más intranquilidad me generó en la primera ola fue el desconocimiento y la falta de EPIS". Necesidad de apoyo psicológico: E1 "Si me hubiera gustado tener ayuda psicológica. De hecho, me lo llegué a plantear varias veces".
	Carga laboral:	Sobrecarga de trabajo: E18 Estabas mucho tiempo metido en los boxes, sin parar y con unas condiciones que no eran muy buenas llevabas el buzo, gafas...tenías calor, no podías ver bien, estabas en un box y sonaban alarmas de otros pacientes al mismo tiempo".
	Inestabilidad laboral	Formación/protocolos: E8 "Falta de información y desinformación y protocolos que cambiaban constantemente". Movilidad de puesto de trabajo: E8 "Ya me han llevado a la planta covid y eso me crea bastante estrés porque no es nuestro servicio, No solo me genera estrés por el covid, sino porque no es mi unidad".

Estado de salud	Sintomatología	Síntomas psicológicos: E18 "Me costaba mucho dormir, tenía que tomar melatonina y aún así muchas veces, yo creo que por el estrés, me despertaba por las noches y soñaba con el trabajo". Síntomas físicos: E5 "No he necesitado cogerme la baja pero tengo claro que la voy a necesitar porque tengo los trapecios, las dorsales y codo de tenista desde que empezamos a pronar pacientes".
-----------------	----------------	--

Percepción de los profesionales sanitarios quirúrgicos acerca de la Unidad de dolor Agudo Postoperatorio (UDAP) de Alcorcón

Enferm. anest.-reanim. ter. dolor (Internet) Vol.6 nº2 2021-2022 / ISSN: 2529-9670

Autores: Miguel Martín, M. N.¹; Torremocha Latorre, N.¹; Blanco González, M. J.¹; Nieto Iglesias, C.¹

1.Hospital Universitario Fundación Alcorcón (HUFA)

Contacto: mnuria.miguel@salud.madrid.org

RESUMEN

Objetivo principal: En nuestro centro se implantó una UDAP específica en 2004, basada en la enfermería (low cost), y apoyada por el servicio de Anestesiología. Se suscita en 2020 el interés por conocer la percepción (expresada en características cualitativas) que de nuestra unidad tienen médicos y cirujanos responsables de pacientes operados. **Metodología:** En HUFA: descriptivo, observacional, diciembre 2020. **Resultados:** Recogidos formularios del 37,0 % de los respondedores, se perciben cualidades deficitarias en el equipo tales como información al paciente, comunicación interprofesional o desconocimiento del nombre del anestesista. Más del 84,0 % tienen una imagen positiva de la enfermera, siendo muy necesaria su visita, o su localización. **Conclusiones:** La visita diaria del equipo de dolor al paciente operado es muy importante, resultando la de la enfermera como relevante. **Palabras clave (descriptores MeSH/DeSC):** Dolor Agudo Postoperatorio, Cuestionario, Rol de la enfermera.

ABSTRACT

Objective: In our center, a specific UDAP was implemented in 2004, based on nursing (low cost). Supported by the Anesthesiology service, interest is raised in 2020 to know the perception (expressed in qualitative characteristics) that doctors and surgeons responsible for operated patients have of our unit. **Methods:** In HUFA: descriptive, observational, December 2020. **Results:** Forms were collected from 37,0 % of the respondents, deficient qualities were perceived in the team such as information to the patient, interprofessional communication or ignorance of the name of the anesthetist. More than 84 0 % have a positive image of the nurse, making her visit, or her location, very necessary. **Conclusions:** The daily visit of the pain team to the operated patient

is very important, being that of the nurse as relevant. **Keywords:** Acute Postoperative Pain, Questionnaire, Nurse's role

INTRODUCCION

El dolor es un problema público de salud. Su manejo muestra muchas deficiencias en todos los campos. Este estudio evalúa la percepción de cirujanos y enfermeras acerca de nuestra unidad de dolor agudo postoperatorio en diferentes materias, tales como la información dada al paciente, los tratamientos, etcétera.

Dos cuestiones llevan a la pregunta de investigación de este proyecto: contar tan solo con un estudio previo sobre la percepción de una Unidad de dolor en España en el año 2004 en el Hospital Universitario de Sevilla, Nuestra Señora de Valme (HU Nuestra Señora de Valme), en la Comunidad Autónoma de Andalucía y el que nunca se hubiera hecho una auditoría dentro de la Unidad de dolor Agudo Postoperatorio (UDAP) del Hospital Universitario Fundación Alcorcón (HUFA). Nos cuestionamos entonces la percepción que tendrían de nuestro servicio los cuidadores del paciente quirúrgico de nuestro centro sobre nuestra Unidad, pudiendo con los resultados mejorar el objeto principal en parte, de nosotros los profesionales del dolor: la calidad en los cuidados de nuestros pacientes.

OBJETIVO

En nuestro diseño se persiguieron dos objetivos:

1º objetivo. Confeccionar un cuestionario para averiguar la impresión que tenían los profesionales cuidadores del paciente quirúrgico sobre nuestra UDAP.

2º objetivo. Describir la percepción que cirujanos y enfermeras quirúrgicas tenían de nuestro servicio, en cuestiones como la comunicación interprofesional, la visita de la planta, etc.

MATERIAL Y METODO

Estudio descriptivo, transversal y observacional dirigido a 135 potenciales profesionales sanitarios, utilizando un cuestionario "ad hoc", con envío y recogida del formulario por email corporativo.

Criterios de inclusión: cirujano (cinco especialidades: traumatología, urología, cirugía vascular, ginecología, así como cirugía general y del aparato digestivo), y enfermera de los mismos cinco servicios que los cirujanos. Los restantes criterios fueron que ninguno de ellos debería encontrarse en situación de baja laboral o similar, y que quisieran participar.

Se creó un grupo de trabajo para llevar a cabo el cuestionario: se reunieron las tres primeras autoras con el enfermero del servicio de Investigación del HUFA y un miembro de Biblioteconomía

y documentación para obtener el cuestionario definitivo. Esto supuso tres etapas, cada una de diez días de duración: la primera y segunda para redefinir ítems de respuesta cerrada, y la tercera para los de respuesta abierta, pudiendo lograr la presentación del mismo al Comité de Ética e Investigación (CEIC) del HUFA, para su aprobación el 30 de junio de 2020, y la entrega al personal seleccionado durante el mes de diciembre de 2020.

Variables: Como propiedades fijas del estudio estaban la categoría profesional (cirujano o enfermera quirúrgica de cualquiera de los cinco servicios) y fecha de contrato laboral con nuestro centro, antes o después del año 2000.

También se formularon en los ítems variables que permitieron medir características percibidas sobre la unidad. Habiendo tomado el artículo de referencia del año 2004 “Valoración de la actividad de una Unidad de Dolor Agudo Postoperatorio por los cuidadores del paciente quirúrgico” (1) elaboramos un cuestionario “ad hoc”, dando un plazo entre recepción y devolución del mismo de 4 semanas (mitad de noviembre a mitad de diciembre), con recordatorios semanales.

Constó de 19 ítems –con contenidos anteriormente expuestos en la introducción– acerca de la percepción de la UDAP por los profesionales implicados en el cuidado del paciente postquirúrgico, algunos referidos a miembros específicos de la UDAP.

Se envió a 97 médicos y a 38 enfermeras. El análisis de las respuestas fue mediante Google Drive.

El análisis estadístico se inició con una primera fase descriptiva de los datos cualitativos, teniendo por objeto sintetizar la información mediante la elaboración a posteriori de tablas de frecuencias y representaciones gráficas (Análisis de frecuencia).

RESULTADOS

Cuestionarios enviados y recibidos por email corporativo. Profesión y años de relación laboral con el HUFA. Tabla 1

CUESTIONARIOS ENVIADOS	MÉDICOS	ENFERMERAS
135	97	38
Cuestionarios recogidos	25 (48,0 %) ¹	27 (52,0 %) ²
Aceptación de participar	100,0 %	100,0 %
Profesional sanitario vinculado a HUFA antes/ después del año 2000	Médico antes del 2000 - 9 (36,0 %) Médico después del 2000 - 16 (64,0 %)	Enfermera antes del 2000 - 4 (11,0 %) Enfermera después del 2000 -23 (89,0 %)

Tabla 1. Cuestionarios enviados y recibidos por email corporativo. Profesión y años de relación laboral con el HUFA

¹ Del total de médicos encuestados, supuso un 25,8 %

Del total de profesionales potenciales, contestan el 18,5 %

² Del total de enfermeras encuestadas, supuso el 71,0 %

Del total de profesionales potenciales, contestan el 20,0 %

Cuestionario:

1. Ítems de respuesta cerrada

1.1. Categoría 1: Valoración UDAP. Subcategorías. Tabla 2

1.1.1. Visita diaria

1.1.2. Actividad interprofesional

1.1.3. Actividad

1.1.4. Horario y localización

1.1.5. Tratamiento prescrito por la UDAP correcto

1.1.6. Identificación del equipo

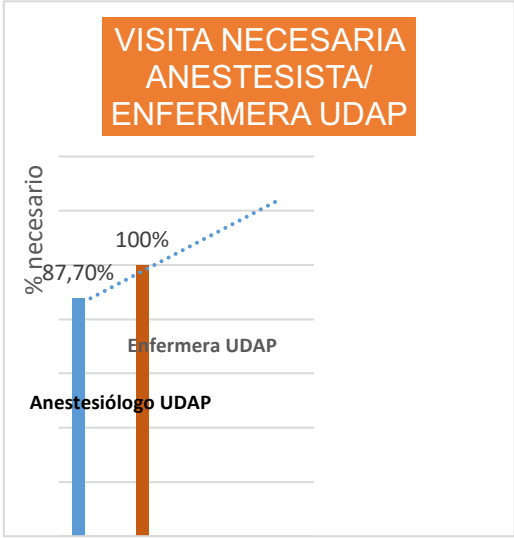
1.2. Categoría 2: Implicación de enfermería y de cirujanos en el tratamiento del dolor (Tabla 3)

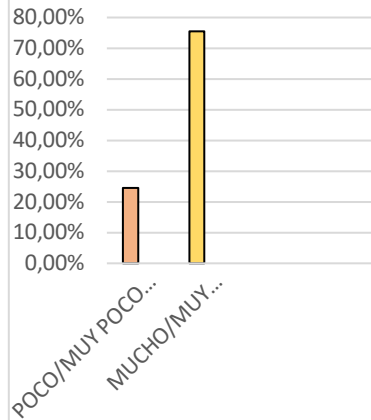
2. Ítems de respuesta abierta

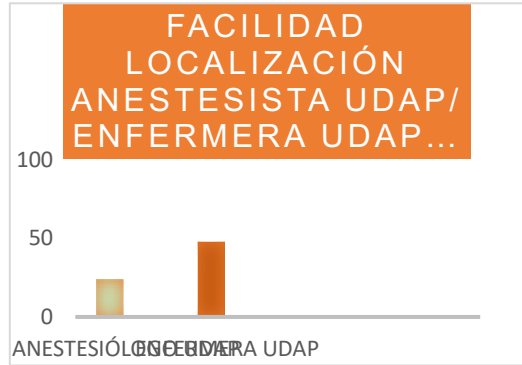
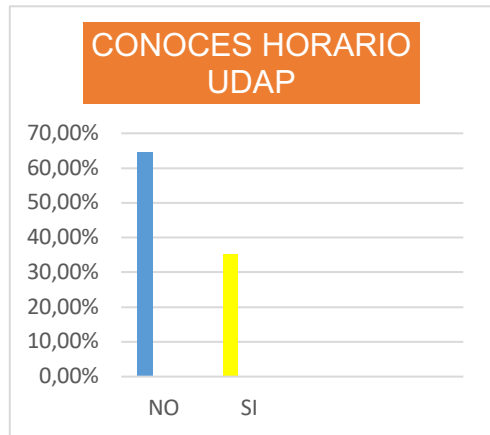
2.1. Categoría 3: Aspectos positivos UDAP (Tabla 4)

2.2. Categoría 4: Aspectos a mejorar en la UDAP

<i>Respuesta cerrada</i>	<i>Respuesta politómica variable</i>
Categoría 1: Valoración de la UDAP	
<i>Subcategoría 1:</i>	
<i>Visita diaria</i>	
¿Deberían ser visitados todos los pacientes postquirúrgicos? (50 respuestas)	Necesario o muy necesario - 24 (48,0 %) Poco o no necesario - 26 (52,0 %)
Valoración visita diaria Anestesiología UDAP (49 respuestas)	Innecesario - 0,0 % Poco necesario - 12,2 % Necesario - 61,3 % Muy necesario - 26,5 %

Valoración visita diaria enfermera UDAP (51 respuestas)	Innecesario - 0,0 % Poco necesario - 0,0 % Necesario y Muy necesario -100,0 %  <table border="1"> <caption>VISITA NECESARIA ANESTESISTA/ ENFERMERA UDAP</caption> <thead> <tr> <th>Profesión</th> <th>% necesario</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Anestesiólogo UDAP</td> <td>87,70%</td> </tr> <tr> <td>Enfermera UDAP</td> <td>100%</td> </tr> </tbody> </table>	Profesión	% necesario	Anestesiólogo UDAP	87,70%	Enfermera UDAP	100%
Profesión	% necesario						
Anestesiólogo UDAP	87,70%						
Enfermera UDAP	100%						
<i>Subcategoría 2:</i> <i>Actividad interprofesional</i>							
Complementariedad de UDAP con el resto de profesionales (50 respuestas)	Poco o muy poco - 13 (26,0 %) Mucho o muchísimo - 37 (74,0 %)						
¿Cómo es la respuesta del Anestesista UDAP a tus dudas? (49 respuestas)	Muy poco satisfactoria - 2 (4,1 %) Poco satisfactoria -10 (20,4 %) Satisfactoria o muy satisfactoria - 37 (75,5 %)						

	RESPUESTA DEL ANESTESIÓLOGO UDAP A TUS DUDAS  <table border="1"> <caption>Data for Bar Chart: Respuesta del Anestesiólogo UDAP a tus dudas</caption> <thead> <tr> <th>Categoría</th> <th>Porcentaje</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>POCO/MUY POCO...</td> <td>25,00%</td> </tr> <tr> <td>MUCHO/MUY MUCHO...</td> <td>75,00%</td> </tr> </tbody> </table>	Categoría	Porcentaje	POCO/MUY POCO...	25,00%	MUCHO/MUY MUCHO...	75,00%
Categoría	Porcentaje						
POCO/MUY POCO...	25,00%						
MUCHO/MUY MUCHO...	75,00%						
¿Comunicación fluida interprofesional? (51 respuestas)	Muy poco -13,7 % Poco - 37,3 % Fluida - 31,4 % Muy fluida - 17,6 %						
Información a los pacientes por la UDAP (51 respuestas)	Muy poco informados - 7,8 % Poco - 29,4 % Bien informados - 55,0 % Muy bien informados - 7,8 %						
<i>Subcategoría 3:</i> <i>Actividad</i>							
Técnicas empleadas por la UDAP, ¿las conoce? (50 respuestas)	Muy poco - 2,0 % Poco - 26,0 % Mucho - 58,0 % Muchísimo - 14,0 %						
<i>Subcategoría 4:</i> <i>Horario y localización</i>							
¿Fácil localización del anestesiólogo de la UDAP? (51 respuestas)	Muy poco localizable - 6 (11,8 %) Poco localizable - 22 (43,1 %) Mucho - 21 (41,2 %)						

	Muchísimo - 2 (3,9 %) 
¿Es fácilmente localizable la enfermera de la UDAP? (51 respuestas)	Muy poco - 0,0 % Poco - 3 (5,9 %) Mucho o muchísimo - 48 (94,1 %)
¿Conoces el horario de la UDAP? (51 respuestas)	Si - 35,3 % No - 64,7 % 
<i>Subcategoría 5:</i> <i>Tratamiento prescrito por la UDAP ¿lo considera correcto?</i> (51 respuestas)	0 o Nada correcto - 1 (2,0 %) 5 puntos - 1 (2,0 %) 8 puntos, la más repetida - 42 (82,3 %)

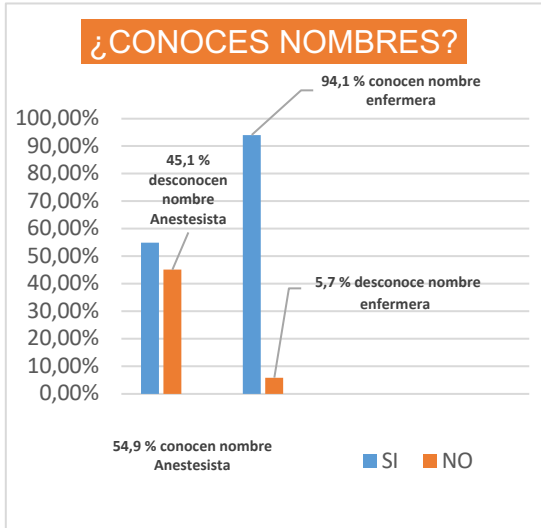
	10 puntos o muy correcto - 7 (13,7 %)
<i>Subcategoría 6:</i> <i>Identificación del equipo</i>	
¿Conoces el nombre del anestesista de la UDAP? (51 respuestas)	Si - 54,9 % No - 45,1 %
¿Conoces el nombre de la enfermera de la UDAP? (51 respuestas)	Si - 94,3 % No - 5,7 % 

Tabla 2. Respuesta cerrada: Categoría 1: Subcategorías 1 a 6

Categoría 2: Implicación de enfermería y cirujanos en el tratamiento del dolor	
¿Sabrías valorar el dolor de tu paciente si no existiese la UDAP? (51 respuestas)	Muy mal - 0,0 % Mal - 27,5 % Bien - 62,7 % Muy bien - 9,8 %
Fuera del horario de la UDAP, ¿puedes solucionar tus dudas sobre el dolor de tu paciente? (50 respuestas)	Muy mal o mal - 46,0 % Bien o muy bien - 54,0 %

Tabla 3. Respuesta cerrada: Categoría 2

Respuesta abierta a preguntas 19 y 20.	
Categoría 3: Aspectos positivos UDAP ¿Lo mejor de la UDAP? (orden alfabético)	Alta cualificación Atención personalizada a cada paciente Buena colaboración con servicios quirúrgicos Buena comunicación y comprensión con el paciente. Disponibilidad, accesibilidad y cercanía. Complemento del paciente quirúrgico. Enfermería (9 profesionales sanitarios) Excelente control del dolor. Turno de tarde: enfermera aporta mucha seguridad. Mejora horaria desde hace mucho tiempo (turno de tarde enfermera) Profesionales que la integran. Rapidez en la respuesta de una solicitud
Categoría 4: Aspectos a mejorar en la UDAP	"A veces no tenemos muy claro qué pacientes siguen y cuales no" Actualización de protocolos y de técnicas novedosas en sesiones generales. Ampliar seguimiento paciente quirúrgico: refuerzos analgésicos, Hablar más con los pacientes. Atención a todo paciente quirúrgico, y no sólo protocolos CEPI y CIVA, independientemente del protocolo analgésico. Atención fines de semana y festivos. Seguimiento de pacientes en festivos. Comunicarse con los cirujanos Elaborar protocolos según patologías. Facultativo más visible. La atención fuera del horario hasta las 19 h. Mayor horario de accesibilidad. Mayor accesibilidad anestesiólogo a través del busca. Mayor comunicación anestesia UDAP con enfermería de planta. Mayor cuidado de catéteres epidurales por enfermería. Mayor disponibilidad, pase diario y seguimiento del paciente. Mayor facilidad en la localización anestesista de UDAP. Mejor comunicación Nada Protocolos conjuntos, consensuados. Protocolos más exhaustivos y actualizados. Residente anestesia: actitud negativa al llamar fuera de horario UDAP. Todo: horarios, anestesiólogos localización, comunicación.

Tabla 4. Ítems con respuesta abierta: Resultados

DISCUSION

La colaboración interprofesional (CIP) se entiende como el proceso en el que diferentes grupos de profesionales trabajan juntos para repercutir en la asistencia sanitaria, mejorar las interacciones en el trabajo y los procesos entre los profesionales de la salud. La investigación afirma que los problemas con la CIP pueden tener efectos adversos en la asistencia sanitaria, en la asistencia al paciente y en el servicio.

El trabajo en equipo aporta mayor beneficio tanto a los usuarios como a los trabajadores sanitarios mejorando la relación entre ambos y fomentando el aprendizaje conjunto (2, 3).

Rara vez los enfermeros y los médicos trabajan juntos, pero cuando lo hacen los pacientes valoran mucho más su trabajo (4)

Observando la respuesta a las variables de profesión y de año de incorporación al HUFA, hemos comprobado el interés suscitado por el manejo del dolor por la UDAP entre determinadas categorías profesionales, vinculados al hospital desde antes del año 2000 (12 respuestas: 9 médicos y 3 enfermeras) o después de ese año (más cantidad de respondedores: 16 médicos y 23 enfermeras), haciéndonos pensar que éste interés también aparece en los nuevos profesionales incorporados al HUFA.

En porcentaje relativo, los médicos que prestaban sus servicios antes del 2000, responden más que las enfermeras de ese mismo periodo de trabajo, mientras que las enfermeras contratadas por el HUFA después del 2000 responden más que los médicos contratados a partir de esa misma fecha, pareciendo estar más interesadas por responder al cuestionario.

Podemos afirmar que tras conocer los resultados en nuestro HUFA:

Como déficits, encontramos que un 37,2 % de los encuestados en el HUFA opinan aún que los pacientes no están bien informados acerca del tratamiento de su dolor, frente al 25,0 % del HU Nuestra Señora de Valme (en este caso, el cuestionario se entregó cerca de la creación de la UDAP). La información dada a los pacientes debería ser incluida en su caso como parte de la visita del paciente, haciendo una entrada de quienes somos, dándonos a conocer, donde nos localizamos y otras razones que lleven al paciente a ayudarlo (5-9).

La valoración de la visita diaria del anestesista en el HU Nuestra Señora de Valme se consideró muy necesaria (97,0 %), similar al encontrado en nuestro centro (87,0 %). Respecto a la localización de los miembros del equipo: las respuestas indican que la información sobre el funcionamiento de nuestra UDAP, sus horarios y nuestra localización no han sido suficientemente explicadas o entendidas por los equipos quirúrgicos y enfermería de planta, en nuestro centro.

En cuanto a los pacientes que debería incluir la UDAP, se encuentra dividida la respuesta en el HUFA entre un 48,0 % que lo consideran necesario o muy necesario y un 52,0 % poco o innecesario. En el HU Nuestra Señora de Valme – al ser de reciente creación cuando se llevó a cabo el estudio– sin protocolos conocidos en todo el centro, tan sólo en cirugías más agresivas y dolorosas, no se llegó al dolor de todo paciente quirúrgico, y lo creyeron necesario el 100,0 % de los respondedores.

Las técnicas y los dispositivos que usamos en la UDAP para el control del dolor a veces no son conocidos por todos los profesionales médicos (28,0 % en HUFA frente a 16,0 % en HU Nuestra Señora de Valme).

Aunque la UDAP lleva específicamente desde el 2004 en nuestro hospital, (antes estaban integrados en un único ente Dolor crónico y Dolor agudo postoperatorio), aún el 64,7 % de nuestros respondedores no conocen nuestro horario. Desde ese año son utilizados por todo el personal de enfermería los protocolos de dolor postquirúrgico basados en la enfermería, y se usa como instrumento de medida de la 5ª constante vital la escala “EVA”, pero aún sigue habiendo un 27,5% de los respondedores de nuestro centro que no saben valorar bien el dolor de sus pacientes. De tener algún problema fuera del horario de la UDAP, están repartidas las respuestas entre si es posible solucionar las dudas sobre el dolor de su paciente (54,0 %) y no (46,0 %) en nuestro trabajo.

En cuanto a la complementariedad de nuestra UDAP con el resto de equipos (médicos y enfermeras), un 26,0 % de los encuestados opinan que es poca o muy poca, siendo un 33,0 % en el caso del trabajo de Sevilla.

La respuesta obtenida a la comunicación fluida de la UDAP (destacan que es poco o muy poco fluída el 51,0 % de los respondedores, frente al 28,7 % en el centro HU Nuestra Señora de Valme), unido a la respuesta específica a nuestro cuestionario sobre la localización, en especial del anestesiólogo de la UDAP (aún un 55,0 % de las respuestas son: muy poco localizable o poco localizable), nos hace pensar que deberíamos: o bien cambiar nuestra práctica en la visita diaria, o bien suministrar información sobre localización instantánea mediante buscas, teléfonos o correo electrónico.

Entre las expectativas para hoy mismo, siguiendo las respuestas de éste cuestionario, habríamos de enfocar el paradigma de la unidad en una atención de calidad, tanto interna como al cliente externo, con una mejor comunicación entre equipos y con el paciente, darnos a conocer y que nos puedan localizar con prontitud, resolviendo dudas del profesional, que redundará en beneficio para el paciente. Sería muy bueno considerarnos equipo, con una buena organización y que, junto a los demás grupos, prestemos cuidados al paciente, con calidad y calidez.

Como resultado estrella, hemos descubierto la aceptación unánime por los respondedores de la necesidad de la visita individualizada, en nuestro caso, dos veces por paciente al día, de la enfermera de la UDAP, de la que conocen su nombre el 94,3 % de los respondedores. El modelo de enfermera “low cost” (10,11) de nuestra UDAP supuso ya un éxito desde la creación de la Unidad allá por el año 2004. En el caso del HU Nuestra Señora de Valme no aparece reflejo específico de la implicación de la enfermera de UDAP en la visita diaria del paciente postquirúrgico.

De las respuestas abiertas, lo mejor de la UDAP en nuestro trabajo – según hubieron considerado los respondedores– fue la atención personalizada al paciente y la enfermería, describiendo cómo en el turno de tarde aporta mucha seguridad dicho profesional, mejorando el horario ampliado de la Unidad con su presencia, siendo rápida en la respuesta a las solicitudes enviadas.

En el caso del HU Nuestra Señora de Valme, lo mejor de la UDAP fue la aportación analgésica que supuso la creación de la unidad, siendo lo peor considerado en su encuesta la comunicación (no establece si es con el paciente o con el resto de cuidadores), y en cuarto lugar, la escasa cobertura ofrecida (no se expresa si respecto a los pacientes o al horario).

Entre las sugerencias, en nuestro hospital, les gustaría contar con personal del equipo para el resto del día (es decir, desde las 7 p.m. de cualquier día laborable, y desde el viernes a las 3:30 p.m. hasta el lunes a las 08 a.m., junto con los días festivos, incluido el fin de semana), pues en esos casos queda encargado entonces en el HUFA el servicio de Anestesiología con sus buscas corporativos, y no hay nadie del equipo de la UDAP; además de que el equipo tuviera más contacto con el paciente y los profesionales, y que los pacientes fueran seguidos por nuestra unidad hasta el alta hospitalaria. En el caso del HU Nuestra Señora de Valme, en Sevilla, sugieren una mayor comunicación y ya en quinto lugar, mejorar la coordinación.

Como limitaciones del estudio, observamos la escasa respuesta de los médicos con respecto a enfermería y, en mayor proporción, todos los profesionales del hospital que llevan desde el año

2000 comparado con los de antes de esa fecha, presuponiendo mayor interés. En nuestro estudio no hemos visto diferencias de respuesta en cuanto a si se trata de médico o de enfermera.

Este trabajo, en definitiva, pretende ser una herramienta que, de respuesta a cuestiones sobre la opinión de la forma de trabajo de nuestro equipo, cuyo objetivo último sea el alivio del dolor del paciente postquirúrgico, así como que se provean estrategias y líneas de actuación acordes a los resultados.

CONCLUSIONES

Conclusión 1: La falta de comunicación interprofesional, la escasa información al paciente, el desconocimiento de los nombres de los anestesiistas y del horario de sus servicios en general, son aspectos a mejorar.

Conclusión 2: No siendo uno de los objetivos, se encuentra como valor fortalecedor del grupo la necesidad/valoración y clave de la visita la enfermera de la UDAP, de la que conocen su nombre y su localización un elevadísimo porcentaje de los respondedores.

BIBLIOGRAFIA

1. Caba F, Núñez-García A, Tejedor M, Echevarría M. Valoración de la actividad de una Unidad de Dolor Agudo Postoperatorio por los cuidadores del paciente quirúrgico. Rev. Soc. Esp. Dolor. 2004; 11(8):27-37.
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462004000800002&lng=es.
2. El Sayed KAE, Sleem W. Nurse- physician collaboration: a comparative study of the attitudes of nurses and physicians at Mansoura University Hospital. Life Sci. 2011; 8(2):140-146.
http://www.lifesciencesite.com/ljsj/life0802/18_4746life0802_140_146.pdf.
3. Thomson S. Nurse-physician collaboration: a comparison of the attitudes of nurses and physicians in the medical-surgical patient care setting. Medsurg Nurs. 2007; 16(2): 87-91, 104.
<http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=addd4bee-25f0-4d42-8ffff2e31ee54ab9@sessionmgr4003&vid=1&hid=4214>
4. Rideout A. Value of teamwork. Emerg Nurse. 2012; 20 (1): 11.
<http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=40ea313-a6ba-4f9c-b345-ad54b29375bd@sessionmgr4002&vid=0&hid=4214>.
5. Gachoud D, Monti M, Waeber G, Bonvin R. La visite medicale en pratique hospitaliere entre soins et apprentissage.[Conducting ward rounds: a balance between care and teaching]. R. Rev Med Suisse. 2013; 9 (404): 2013-6.

6. Qureshi Z, Seah M, Ross M, Maxwell S. Centrally organised bedside teaching led by junior doctors. Clin Teach. 2013; 10(3):141-5.
7. Wölfel T, Beltermann E, Lottspeich C, Vietz E, Fischer MR, Schmidmaier R. Medical ward round competence in internal medicine – an interview study towards an interprofessional development of an Entrustable Professional Activity (EPA). BMC Med Educ. 2016; 16: 174.
8. Walton V, Hogden A, Johnson J, Greenfield D. Ward rounds, participants, roles and perceptions: literature review. Int J Health Care Qual Assur. 2016; 29 (4):364-79.
9. O'Hare JA. Anatomy of the ward round. Eur J Intern Med. 2008; 19(5):309 -13.
10. Rawal N, Berggren L. Organization of acute pain services: a low-cost model. Pain. 1994;57(1):117-123.
11. Engelman E, Salengros JC, Paquot MC, Barvais L. The acute pain service (APS): How we should have done it. Acta Anaesthesiol Belg. 2006;57(3):233-8.

ANEXOS

Anexo I. Abreviaturas

Abreviaturas empleadas	
UDAP	Unidad de dolor Agudo Postoperatorio
HUFA	Hospital Universitario Fundación Alcorcón.
SED	Sociedad Española de Dolor
CEIC	Comité de Ética e Investigación del HUFA
CIP	Colaboración interprofesional

Anexo II. Cuestionario

Cuestionario profesionales

HUFA 2020

CUESTIONARIO “PERCEPCIÓN DEL TRATAMIENTO DEL DOLOR AGUDO POSTOPERATORIO ENTRE LOS PROFESIONALES MÉDICOS Y ENFERMERAS CUIDADORES DEL PACIENTE QUIRÚRGICO POR LA UNIDAD DE DOLOR AGUDO POSTOPERATORIO (UDAP) DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO FUNDACIÓN ALCORCÓN(HUFA) EN 2020”

Servicio de Unidad de Dolor Agudo Postoperatorio (Reanimación)

Estimado compañero/a: Te invitamos a rellenar éste cuestionario. Queremos conocer tu opinión/percepción sobre nuestra Unidad de Dolor Agudo Postoperatorio y tus sugerencias para mejorar o cambiar.

El cuestionario es totalmente anónimo y no te llevará más de 5 minutos rellenarlo

Si estás interesado, pincha el enlace adjunto.

Si aceptas participar, te pido que por favor pongas una (☐) en el cuadrito de abajo:

Sí quiero participar

Las respuestas que consideres, márcalas con un aspa.

Te agradecemos tu participación.

Esta encuesta se cerrará el 20 de diciembre de 2020.

Servicio de Unidad de Dolor

Pregunta 1. Señale su categoría profesional y su año de entrada al HUFA.

O Enfermera, antes de 2000.

O Médico, antes de 2000.

O Enfermera, después de 2000

O Médico, después del 2000

Pregunta 2. ¿Crees que deberían ser los pacientes de los protocolos de analgesia postoperatoria A y B incluidos en la visita de la Unidad de dolor?

O Innecesario O Poco necesario O Necesario O Muy necesario

Pregunta 3. ¿Cómo crees que se complementa el trabajo de la UDAP con el resto de profesionales que atienden al paciente quirúrgico?

O Muy poco O Poco O Mucho O Muchísimo

Pregunta 4. ¿Es fácilmente localizable el anestesista de la Unidad de Dolor Agudo Postoperatorio del HUFA?

O Muy poco O Poco O Mucho O Muchísimo

Pregunta 5. ¿Es fácilmente localizable la enfermera de la Unidad de Dolor Agudo Postoperatorio del HUFA?

O Muy poco O Poco O Mucho O Muchísimo

Pregunta 6. ¿Cómo valoras la respuesta del anestesista de la Unidad de dolor (UDAP) ante tu consulta por una duda o problema?

O Muy poco satisfactoria O Poco satisfactoria O Satisfactoria O Muy satisfactoria

Pregunta 7. ¿Cómo valora la visita diaria del anestesista de la Unidad de dolor (UDAP)?

O Innecesaria O Poco necesaria O Necesaria O Muy necesaria

Pregunta nº 8: ¿Cómo valoras la visita diaria de la enfermera de la Unidad de dolor (UDAP)?

O Innecesaria O Poco necesaria O Necesaria O Muy necesaria

Pregunta nº 9: ¿Cómo crees que es de fluida la comunicación del anestesista de la UDAP con el resto de los cuidadores del paciente quirúrgico?

O Muy poco fluida O Poco fluida O Fluida O Muy fluida

Pregunta nº 10. ¿Crees que está informado del tratamiento analgésico el paciente seguido por la UDAP?

O Muy poco informados O Poco informados O Bien informados O Muy bien informados

Pregunta nº 11. ¿En qué grado comprendes las técnicas analgésicas usadas por la Unidad de dolor (UDAP)?

O Muy poco O Poco O Mucho O Muchísimo

Pregunta nº 12. ¿Conoces el nombre del anesthesiólogo de la UDAP que visita al paciente quirúrgico?

O Si O No

Pregunta nº 13. ¿Conoces el nombre de la enfermera de la UDAP que visita al paciente quirúrgico?

O Si O No

Pregunta nº14. Si no existiese la UDAP, ¿Sabrías valorar el dolor de su paciente?

O Muy mal O Mal O Bien O Muy bien

Pregunta nº 15. ¿En general, como valorarías en una escala del 0 al 10 el tratamiento del dolor del paciente quirúrgico en la planta?

0

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

Pregunta nº 16. ¿Conoces el horario de la UDAP?

O Muy mal O Mal O Bien O Muy bien

Pregunta nº 17. ¿Puedes resolver tus dudas, sobre el manejo del dolor de tu paciente, fuera del horario de atención de la UDAP?

O Muy poco satisfactoria O Poco satisfactoria O Satisfactoria O Muy satisfactoria

Pregunta nº 18 ¿Qué calificarías como lo mejor de la UDAP?

Pregunta nº 19. ¿Qué aspectos crees que la UDAP podría mejorar?

Manejo del dolor agudo postoperatorio: ¿realmente sabemos lo que creemos?

Enferm. anest.-reanim. ter. dolor (Internet) Vol.6 nº2 2021-2022 / ISSN: 2529-9670

Autores: Ballesteros Barrado A.¹; Sánchez Ferrer F.²; Tomás Sánchez M³; Capilla Benítez A.³

1. Estrategia de cuidados del Servicio de Salud de las Islas Baleares (IB-Salut). Grupo de investigación en Cuidados, cronicidad y evidencias en salud -CurES (Idisba). Baleares. España

2. Hospital Comarcal de Inca. Baleares. España

3. Hospital Universitario Son Llàtzer. Palma. Baleares. España

Contacto: toballesteros@gmail.com

RESUMEN

Objetivo principal: Evaluar el grado de conocimientos en el manejo del dolor agudo postoperatorio de las enfermeras implicadas en el proceso. **Material y método:** Estudio prospectivo, descriptivo y transversal realizado en el hospital Universitario Son Llàtzer (HSLL) de Palma de Mallorca, España. El período del estudio comprendió desde el 26 de agosto al 26 de noviembre del 2016. **Resultados principales:** En el ámbito hospitalario de Son Llàtzer no hay diferencias significativas en los datos estadísticos entre los conocimientos de las enfermeras de unidades de hospitalización quirúrgicas, la unidad de reanimación postquirúrgica y las enfermas de la unidad de dolor agudo. **Conclusión principal:** De los resultados del trabajo se podría concluir que aproximadamente un 50% de las enfermeras del hospital Son Llàtzer refieren tener un buen conocimiento acerca del proceso de la gestión del dolor agudo postoperatorio, no obstante coexiste con un porcentaje de profesionales que no lo tienen. **Palabras clave (descriptores MeSH/DeSC):** Enfermería, conocimiento, Dolor Agudo, Dolor, Postoperatorio.

ABSTRACT

Objective: To assess the degree of knowledge in the management of acute postoperative pain of the nurses involved in the process. **Methods:** Prospective, descriptive, cross-sectional study conducted at the Son Llàtzer University Hospital (HSLL) in Palma de Mallorca, Spain. The study period was from 26 August to 26 November 2016. **Results:** In the Son Llàtzer hospital setting there are no significant differences in the statistical data between the knowledge of nurses in the surgical hospitalization units, the post-surgical resuscitation unit and the acute pain unit. **Conclusions:** From the results of the study it can be concluded that approximately 50% of the nurses at Son Llàtzer hospital report having a good knowledge of the process of acute

postoperative pain management, although there is a percentage of professionals who do not.

Keywords: Nursing, Knowledge, Acute Pain, Pain, Postoperative

INTRODUCCION

Según la Asociación Americana de Anestesiólogos (ASA) el dolor agudo postoperatorio se define como el dolor que se presenta en un paciente después de un procedimiento quirúrgico. Dicho dolor surge como consecuencia del procedimiento quirúrgico en sí, o de las posibles complicaciones (1).

Numerosas definiciones del dolor se pueden encontrar en la bibliografía, pero lo que está claro es que es aunque todo el mundo sabe identificarlo, describirlo con palabras es algo más complejo; quizá La definición más consensuada sea la de la Asociación Mundial para el Estudio del Dolor (IASP): «es una experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada con un daño tisular, real o potencial, o descrita en términos de dicho daño»

El objetivo de las Unidades de Dolor Agudo (UDA) es garantizar el seguimiento y control del dolor postoperatorio de los pacientes ingresados, para optimizar los tratamientos y detectar precozmente los eventos adversos, facilitando y concienciando a todos los profesionales implicados en el proceso del alivio del dolor (2)

La evidencia actual sugiere que a pesar de la introducción de los equipos de dolor agudo y la mejora en las técnicas de manejo del dolor, un número significativo de pacientes todavía experimentan dolor moderado-severo después de la cirugía (Taverner, 2003). (3) Algunos estudios indican que hasta un 80% de los pacientes sufren dolor en el primer día postoperatorio (4).

Para asegurar unos cuidados con la máxima seguridad y calidad, es necesario un personal de enfermería entrenado no solo en el manejo de los dispositivos invasivos, deben también ser conocedores de los mecanismos del dolor, de los procedimientos que lo evalúan y de los métodos que lo alivian.(5-6-7) El personal debe ser capaz de educar a los pacientes y otorgarles los medios para describir el dolor que padecen e iniciar acciones que lo alivien.(7)

Otro elemento a destacar es el déficit de conocimientos del profesional enfermero en cuanto al uso de fármacos y métodos invasivos en el control del dolor postoperatorio, así como la influencia de creencias preestablecidas en dichos profesionales.(8-9-10-11)

OBJETIVOS

Evaluar el grado de conocimientos en el manejo del dolor agudo postoperatorio de las enfermeras implicadas en el proceso , es el objetivo del presente trabajo .

MATERIAL Y METODOS

Se diseñó un estudio prospectivo, descriptivo y transversal realizado en el hospital Universitario Son Llàtzer (HSLL) de Palma de Mallorca, España. El período del estudio comprendió desde el 26 de agosto al 26 de noviembre del 2016.

Se realizó una revisión bibliográfica últimos diez años: EBSCOHOST, Pubmed y CUIDEN plus.

La población que participó fueron enfermeras de las unidades de hospitalización quirúrgicas de adultos, reanimación y la unidad de dolor agudo postoperatorio.

Los criterios de inclusión utilizados fueron, ser enfermeros del hospital de las unidades detalladas en la población a estudio, por un periodo de tiempo superior a tres meses, mínimo considerado para conocer la dinámica de las unidades y estar en activo en el momento del estudio

Se observaron variables: Socio demográficas, de conocimientos y creencias de los profesionales.

Se proporcionaron cuestionarios anónimos autoadministrados a través de la plataforma del correo intrahospitalario a todo el personal de enfermería del hospital teniendo en cuenta que la primera pregunta determinaba la continuidad de las repuestas según el servicio a que pertenecían y siempre y cuando se cumpliesen los criterios de inclusión. Los resultados fueron recogidos en un cuaderno de recogida de datos (CDR) para su posterior análisis. El período de recolección de datos duró 16 semanas.

Se utilizó análisis univariante con frecuencias absolutas y proporciones para las variables cualitativas. Media y desviación estándar como medida de dispersión para variables cuantitativas. Así como el Test de Kolmogorov Smirnov y ANOVA.

Fue utilizado para el análisis de datos el paquete estadístico SPSS 21.0.

Estudio anonimizado de acuerdo a la legislación vigente. Con la autorización del hospital se obtuvo el informe favorable de la Comisión de Investigación.

RESULTADOS

Las preguntas se lanzaron a la totalidad de enfermeras del hospital 824. Se estimó un tamaño muestral de 100 enfermeros que cumpliesen el criterio de inclusión. 139 contestaron, 12 de ellas abandonaron. 65 (51%) cumplieron los criterios de inclusión y terminaron las preguntas utilizándolas para posterior análisis e interpretación de datos.

51 mujeres, 13 hombres con porcentaje válido 100% para n 65, con media de edad 31-40 años del 46,2% y media de tiempo trabajado entre 10-20 años 52,3% . Tabla 1 datos demográficos.

18 profesionales pertenecían a la unidad de UDA y 47 al resto de servicios.

Un porcentaje válido del 56,9% N= 65 refirió tener un buen conocimiento acerca de la fisiología del dolor. Un 72,3 % de las escalas para valoración del dolor. 67,7% para los métodos que alivian

el dolor; un 49,2% conocimiento de la escala terapéutica de la OMS y un 50.8% conocimientos de Farmacología/Farmacocinética.

Demografía de los participantes	Frecuencias (%) (N= 65)
Sexo	
Hombres	13 (20)
Mujeres	51 (78.5)
Tiempo experiencia en unidad	
3 meses a 1 año	12 (18.5)
1-7 años	23 (35.4)
7-12 años	13 (20)
Más de 12	16 (24.6)
Edad	
21-30 años	9 (13.8)
31-40	30 (46.2)
41-50	23 (35.4)
51-60	2 (3.1)
Experiencia en años de enfermera	
1-5 años	5 (7,7)
10-20 años	34 (52,3)
5-10 años	14 (21,5)
Más de 20 años	11 (16,9)

Tabla 1. Características Socio Demográficas de los Participantes

Fue estadísticamente significativo la relación entre la percepción de tener un buen nivel de conocimiento sobre la fisiología del dolor, la edad y el tiempo desempeño actividad profesional $\chi^2(12) = 67.964$, $p < .000$. $\chi^2(12) = 77.458$, $p < .000$ respectivamente.

El 94,6% (35) dijeron tener un buen conocimiento sobre la fisiología del dolor, el 93,6% (44) sobre tener un buen nivel de conocimientos en Escalas para valoración del dolor, el 90,9% (40) acerca de tener un buen nivel de conocimiento en Métodos para aliviar el dolor, el 85,7% (30) refirió tener un buen nivel de conocimientos en el uso de mórnicos y anestésicos locales.

Respecto a los conocimientos acerca de la fisiología del dolor se observó asociación entre la edad y los conocimientos acerca de la fisiología del dolor para el control del dolor agudo postoperatorio $\chi^2(12, N=65) = 67.964$, $p < .001$.

Tabla 2 Áreas de conocimientos y Percepción de nivel de conocimientos

Percepción de nivel de conocimientos	Muy bueno	Bueno	Regular	Bajo
Fisiología del dolor	3,1*	56,9*	38,5*	
Farmacología/Farmacocinética	3,1*	50,8*	41,5*	3,1*
Escalas valoración del dolor	16,9*	72,3*	7,7*	1,5*
Métodos para aliviar el dolor	13,8*	67,7*	16,9*	
Escala terapéutica de la OMS	7,7*	49,2*	30,8*	10,8*
Uso de mórnicos o anestésicos locales	9,2*	53,8*	32,3*	3,1*
Uso de analgesia complementaria	1,5*	36,9*	44,6*	15,4*
* Frecuencias (%) (N= 65)				

Tabla 2. Áreas conocimientos/Percepción conocimientos

En un 60,9%(14) de los enfermeros entre 41-50 años, dijeron tener un conocimiento muy bueno con respecto a la fisiología del dolor. Un 56,7% (17) de los enfermeros entre 31-40 años refirieron tener un conocimiento bueno. En cuanto a tener un conocimiento regular un 55,6%(5) de los enfermeros entre 21-30 años, un 40%(12) entre 31-40 años y un 34,8%(8) entre 41-50 años.

DISCUSION Y CONCLUSIONES

En el ámbito hospitalario de Son Llàtzer no hay diferencias significativas en los datos estadísticos entre los conocimientos de las enfermeras de unidades de hospitalización quirúrgicas, la unidad de reanimación postquirúrgica y la UDA.

Aunque por los resultados del trabajo se podría concluir que aproximadamente un 50% los profesionales enfermeros del hospital Son Llàtzer dicen tener un buen conocimiento acerca del proceso de la gestión del dolor agudo postoperatorio, existe un elevado número de profesionales que no lo tienen, dato que lleva a la reflexión el cual puede ser indicativo de que el dolor es infravalorado e infratratado con las consecuencias adversas que esto supone.

Datos que nos llevan a comparar con otros estudios, como en un estudio de Irlanda; en el que el 75% refirió tener un buen conocimiento, pero en los resultados se pone de manifiesto que los enfermeros desconocen su falta de conocimiento¹⁰, o los expuestos en la introducción en los que coincidimos existe una falta de conocimientos acerca del uso de fármacos y métodos invasivos en el control del dolor postoperatorio.

En contraposición, la mayoría de las enfermeras un 95.4% refirió que el recibir formación específica aportaría seguridad y calidad en el desarrollo de su trabajo, hecho que denota que los profesionales del centro son conscientes de la importancia de un buen manejo de dicho dolor.

Con el presente trabajo se identifican áreas de mejora en la gestión del conocimiento y se establece una futura línea de formación permanente, la cual proporcionará una base teórico-práctica de calidad y seguridad asistencial en los pacientes ingresados en el centro.

AGRADECIMIENTOS

Este proyecto no se hubiese llevado a cabo sin el apoyo incondicional en todo el proceso del Dr. Jesús Molina Mula. Elena Pastor documentalista de Biblíosalut al inicio de su revisión bibliográfica. Montserrat García Minguillán jefe unidad de calidad y medio ambiente del HSLI por la creación informática y lanzamiento del cuestionario y todas y cada una de las enfermeras que accedieron desinteresadamente a contestar.

FINANCIACIÓN

La realización del estudio se ha realizado con la beca de fomento y desarrollo de la investigación enfermera balear "M^a Dolores Calderón ". SATSE Baleares 2015.

BIBLIOGRAFIA

1. 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* 2012;116(2):248-273 26p.
2. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. (2011). Unidad de tratamiento de dolor: estándares y recomendaciones (p. 127-128). MADRID: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. España. Recuperado de <http://www.mspsi.gob.es>

3. Kiekkas P, Gardeli P, Bakalis N, Stefanopoulos N, Adamopoulou K, Avdulla C, et al. Predictors of Nurses' Knowledge and Attitudes Toward Postoperative Pain in Greece. PAIN MANAGE NURS 2015 02;16(1):2-10 9p
4. Moreno-Monsiváis, M. G., Muñoz Rodríguez, M. d. R., & Interrial. Satisfacción con el manejo de dolor posoperatorio en pacientes hospitalizados. Aquichán, 2014 14(4), 460-472.
5. Papastavrou, E., Efstathiou, G. & Charalambous, A. (2011). Nurses' and patients' perceptions of caring behaviours: quantitative systematic review of comparative studies. Journal of Advanced Nursing, 67: 1191-1205. doi:10.1111/j.1365-2648.2010.05580.x
6. Abdalrahim MS, Majali SA, Stomberg MW, Bergbom I. The effect of postoperative pain management program on improving nurses' knowledge and attitudes toward pain. NURSE EDUC PRACT 2011 07;11(4):250-255 6p.
7. Ballesteros Barrado, Antonia. Reflexiones de una enfermera acerca del dolor agudo postoperatorio. Ética de los Cuidados. 2011 ene-jun; 4(7). Disponible en <<http://www.index-f.com/eticuidado/n7/et7755.php>>
8. 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. (2012). Anesthesiology, 116(2), 248-273 26p.
9. Moreno-Monsiváis MG, Muñoz Rodríguez MdR, Interrial. Satisfacción con el manejo de dolor posoperatorio en pacientes hospitalizados. Aquichán 2014;14(4):460-472.
10. Vickers N, Wright S, Staines A. Surgical nurses in teaching hospitals in Ireland: understanding pain. Br J Nurs 2014 09/25;23(17):924-929 6p.
11. Radnovich, R., Chapman, C., Gudin, J., Panchal, S., Webster, L et al. (2014) Acute pain: effective management requires comprehensive assessment. Postgraduate Medicine, 126 (4), 59-72
12. Francis L, Fitzpatrick JJ. Postoperative Pain: Nurses' Knowledge and Patients' Experiences. PAIN MANAGE NURS 2013 12;14(4):351-357 7p.

Dra. Barbara Stilwell. Directora ejecutiva de la campaña global Nursing Now.

Enferm. anest.-reanim. ter. dolor (Internet) Vol.6 nº2 2021 / ISSN: 2529-9670

Autoras: Viña García-Bericua, M.¹; Andreu Rodrigo, P. ²

1. subdirectora enfermera de Procesos Crónicos y Salud Mental. Hospital Universitario Son Espases,
2. Supervisora de área. Hospital Universitario Son Espases).

En este número reproducimos una entrevista publicada a la Dra Bárbara Stilwell directora ejecutiva de la campaña global Nursing Now y publicada en la revista Rds revista digital de salud. Depósito legal versión impresa PM 246-2018. Edición Hospital Universitari Son Espases. Carretera de Valldemossa, 79, 07120. Palma. Illes Balears

Nº13 de septiembre 2019.

Elaborada por María Viña García-Bericua y Pilar Andreu Rodrigo.

Agradecemos la gentileza de permitirnos su reproducción, ya que como todos sabréis recientemente, el 20 de diciembre del 2021 se ha producido el cierre de la campaña Nursing Now España: El futuro de la enfermería en España.

Desde el consejo editorial nos ha parecido muy interesante esta reproducción, ya que en ella se pone de manifiesto el inicio del movimiento Nursing Now cuya campaña mundial en asociación con la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Consejo Internacional de Enfermería (CIE) tiene como objetivo “impulsar, fortalecer y desarrollar la Enfermería a nivel global. La visión de la campaña es mejorar la salud, elevando el perfil y el estatus de las enfermeras. Pretende influenciar a gobiernos, políticos y gestores para que aceleren la inversión en Enfermería de manera que puedan utilizar sus competencias para mejorar el nivel asistencial, social y de salud de la población”.

Antonia Ballesteros

Directora de ASEEDAR-TD Edición Digital Enfermería de Anestesia, Reanimación y Terapia del Dolor.

Con motivo de la presentación institucional de la campaña en Baleares el pasado mes de mayo, la Dra. Stilwell impartió la conferencia “¿Por qué enfermeras? ¿Por qué ahora?”, organizada por el Col·legi Oficial d’Infermeria de les Illes Balears (COIBA), que nos brindó la oportunidad de entrevistarla y charlar con ella sobre la campaña y la situación actual de las enfermeras

Rds ¿Cómo surge “Nursing Now”?

B.S. Nursing Now surgió porque el grupo sobre salud del Parlamento británico decidió analizar el papel de las enfermeras a nivel mundial y recolectaron la evidencia de muchas fuentes, de literatura, de personas, de muchos países de todo el mundo y, de la evidencia, se dieron cuenta de que las enfermeras, potencialmente, tienen un “triple impacto” (pueden leer este informe), por lo que mejoran la salud, mejoran la economía del país y mejoran la igualdad de género. La conclusión fue que las enfermeras suelen trabajar en un rol extendido, por lo que tienen más competencias, están formadas para llenar los vacíos en la atención; pero, a menudo, no se les reconoce por eso, y eso es especialmente cierto en los países menos desarrollados, donde las enfermeras son, a veces, el único profesional sanitario. Recorren 200 millas, porque no hay otro profesional, no hay médicos ni farmacéuticos, nadie, pero no se les reconoce, ¡ya sabes!, lo hacen, pero..., no hay reconocimiento. En numerosas ocasiones el paciente no reconoce a la enfermera en el cuidado de su salud y por ello hay que trabajar para darle una mayor visibilidad. El hecho de que sea una profesión con una tradición de género femenina también ha podido influir en esa falta de reconocimiento.

Rds ¿Cuáles son los objetivos de la campaña?

B.S. El objetivo general es elevar el perfil y el status de las enfermeras y, para hacerlo, nuestro objetivo es aumentar el número de enfermeras en puestos de alto nivel en todo el mundo. En algunos países no hay un jefe de enfermería (chief nurse), hay un director médico, pero no hay un jefe de enfermería, por lo que las enfermeras no pueden participar en la toma de decisiones de alto nivel. Estamos presionando para que se logre. El primer éxito fue que la OMS decidió nombrar a una enfermera jefe después de diez años sin tener una, y eso fue como resultado de este informe, el triple impacto. Entonces, ese es uno de los objetivos: lograr que, al menos, el 75% de los países tengan un jefe de enfermería. Además, queremos poner más enfermeras en los puestos de liderazgo, cambiar la forma en que las enfermeras se ven a sí mismas, porque a menudo no quieren hablar de sí mismas, son un poco tímidas, no tienen mucha confianza. Hicimos una encuesta a 2.500 enfermeras en todo el mundo y nos dijeron esto: “no nos gusta hablar en reuniones, no nos gusta hablar en público”. Si deseas que una enfermera participe en una mesa, en un programa de televisión, no puedes encontrarla. Ahora, cuando tenemos una conferencia, preguntamos a la OMS: “¿Cuántas enfermeras tienen en la mesa? “y se hace el silencio, y luego dicen: “de acuerdo, buena idea, necesitamos algunas enfermeras”. Así que hemos dicho que

tendremos una lista de enfermeras a escala mundial y que podremos recomendarlas para que participen en charlas, (por ejemplo, su consellera de salud, Patricia, sería genial). Así que, tendremos una lista de enfermeras que podrán hablar en un nivel superior, porque creemos que tienen que estar representadas. Y... empoderar, así que, a través del desafío Nightingale, ya tenemos un grupo de 30 enfermeras jóvenes, todas tienen menos de 35 años. El desafío, realmente, les hace pensar cómo pueden interactuar con el mundo internacional de enfermería y lo importante es que entiendan lo que sucede en la OMS. La mayoría de las enfermeras no piensan que sea relevante para ellas, pero hay muchas cosas que suceden en la OMS que son muy relevantes para la enfermería, por lo que se les está haciendo entender eso. En puestos de alto nivel estamos viendo desigualdad de género. En nuestra encuesta descubrimos que las enfermeras, con mucha frecuencia, tienen familias y, por lo tanto, tiende a haber discriminación en términos de liderazgo. Si hay un hombre y una mujer que se postulan para el puesto de liderazgo, el hombre obtiene el trabajo. Esto no es exclusivo de la enfermería, está el techo de cristal, pero también está la escalera mecánica de cristal, que es donde el hombre se sube y las enfermeras lo apoyan. La enfermería es una ocupación de género, pero es tan de género que no se considera una ocupación de ciencias, como la tecnología, la ingeniería o las matemáticas. Es realmente extraño, así que estamos diciendo, es una ciencia además de un arte, es ambas cosas; pero en las universidades están estudiando medicina, tecnología, ingeniería, ¡ya sabes!, todas esas cosas, pero no miran la enfermería, no consideran la enfermería. Los hombres piensan en sí mismos como científicos y la enfermería no se ve como una ciencia. Por lo tanto, estamos tratando de ver esa imagen completa de la enfermería, se trata de liderazgo de género, enfermeras jóvenes que hagan enfermería, hacer que las enfermeras hablen con los formuladores de políticas y con los políticos, haciendo que compartan su investigación más allá de la enfermería, porque de momento, las enfermeras hablan con las enfermeras, todo el tiempo. Si vamos a una conferencia de enfermería y decimos cuántas enfermeras hay en la audiencia, todos levantarán las manos. Queremos que más profesionales diferentes: farmacéuticos, médicos, asistan a conferencias de enfermería.

Rds. ¿Qué ha logrado la campaña hasta ahora?

B.S. Estamos en más de 80 países, estamos bastante sorprendidos, porque solo somos un equipo muy pequeño, pero ya hemos entrado en 80 países y todavía estamos creciendo, muy rápido... En agosto de 2018 éramos 30, ahora, 80. Lo que creo que habla del momento, ¡ya sabes!, el momento, ahora, es un momento en el que todos piensan ¿cómo damos asistencia sanitaria a todos?, ¿cómo lo hacemos?, ¿y cómo lo hacemos dentro del presupuesto? Hemos empujado a la OMS para que declare el 2020 el año de la enfermera y la matrona, porque es el bicentenario de Florence Nightingale. También la empujamos para que haga un informe sobre el estado de la enfermería en el mundo, va a hacerlo y se publicará en 2020 y se iniciará, y estamos copresidiendo el comité científico, con la OMS y el CIE, por lo que es un gran golpe para Nursing Now. Sabemos que tenemos socios poderosos y que somos muy

afortunados, pero lo que debemos hacer es tener un informe que establezca la agenda de enfermería para 2030, por lo que será un informe muy significativo, y todos necesitamos alimentarlo, todos necesitamos ver cómo podemos influir en él. (Nota: el número ha seguido creciendo desde que se realizó la entrevista y actualmente participan 103 países y 375 grupos).

Rds. ¿Cómo podemos hacer llegar esta campaña a todas las enfermeras asistenciales? ¿Qué pueden aportar?

B.S. Hay que ir a las universidades, a los hospitales, a los centros... Hay que involucrar a la sociedad y hacerle llegar esta información. Y, sobre todo, trabajar juntos, fomentando una unión del colectivo y plantear la situación a nivel político para obtener un respaldo y una solidez. También hay que trabajar con todas las generaciones de enfermeras, desde las más veteranas a las recién graduadas, porque la visión no es la misma y no podemos dejar de impregnar nuestro objetivo. El valor que aportan las enfermeras en el sistema sanitario es muy importante y es el que tiene que hacer la fuerza que favorezca la autonomía de nuestra profesión.

El poder que tienen las enfermeras está relacionado con los sentimientos y las emociones. El verdadero poder que tiene la enfermera son las habilidades que nos permiten llegar a la otra persona y provocar el cambio de hábitos que se precisa para mejorar el estado de salud. La escucha que realiza una enfermera al paciente va mucho más allá de una simple escucha. Es una herramienta muy potente que nos permite conectar, de manera terapéutica, con el paciente, ya que sentirse escuchado es muy importante para establecer un clima de confianza y nos abre el camino para el cuidado del paciente.

Rds. ¿Cuál es la situación de las enfermeras españolas en el Reino Unido?

B.S. Las enfermeras españolas siempre son bienvenidas. Son buenas profesionales. Pero considero que debemos globalizar la profesión y estandarizar las calificaciones universitarias. Es muy importante para la evolución de la profesión el poder moverse y conocer otros sistemas sanitarios de los diferentes países.

Recientemente, se ha constituido el comité Nursing Now Baleares, coordinado por la Dra. Cristina Moreno, con el fin de hacer un diagnóstico de la situación en Baleares y establecer las propuestas de mejora para el año 2020 con los siguientes objetivos:

Mayor inversión para mejorar la educación, el desarrollo profesional, la regulación y las condiciones laborales de los enfermeros.

Mayor y mejor difusión de las prácticas efectivas e innovadoras en Enfermería.

Mayor influencia de los enfermeros en las políticas de salud, tanto a nivel global como local.

Más enfermeros en puestos de liderazgo y más oportunidades de desarrollo a todos los niveles.

Más evidencia para que los que toman las decisiones, los responsables políticos, sobre dónde tiene más impacto la Enfermería, cuáles son los obstáculos que impiden que los enfermeros puedan hacer aportaciones a su máximo nivel y cómo abordar estas dificultades.

Los nuevos modelos de atención y las necesidades de los usuarios requieren un enfoque holístico, y los enfermeros están preparados para enfrentar este desafío, porque, como destaca la Dra.Stilwell, “los enfermeros son los únicos profesionales que tienen la visión de la persona como algo integral a nivel físico, mental, social, emocional, y espiritual, en tres periodos de tiempo: presente, futuro y pasado



Unidos por el dolor, #pacientesquecuentan

Enferm. anest.-reanim. ter. dolor (Internet) Vol.6 nº2 2021 / ISSN: 2529-9670

Autora: Pacientes que cuentan

Contacto: pacientes@tuvidasindolor.es <https://pacientesquecuentan.com/> @pacienteqcuenta (Twitter)

Un sentimiento común de las personas que viven con dolor crónico es la incompreensión ya que el dolor, por lo invisible que es, no siempre deja una huella externa; solo la posible queja del doliente. Debido a los avances médicos que existen, la sociedad tiene la falsa creencia de que el dolor es un problema resuelto; si bien es cierto que hay un gran arsenal terapéutico, para muchos no es suficiente, por lo que es necesaria una labor de concienciación social para que poco a poco se produzcan cambios en todos los entornos: social, familiar y sanitario, que ayuden a que estas personas puedan ganar calidad de vida y se sientan acompañadas. Este es el objetivo principal de PacientesQueCuentan³. Aquí algunos testimonios:

«Encontrar a otros pacientes con los que comparto el dolor crónico, me ha permitido aprender nuevas herramientas para manejarlo, y reforzar las que ya tenía»⁴

«He vuelto a sentirme parte de un grupo, a organizar cosas en conjunto, por ejemplo una fiesta, sí una Tweet Party, algo tan insignificante puede llenar vacíos emocionales que la enfermedad te impide vivir en el mundo 1.0, real, pero que sin embargo lo puedes hacer en el 2.0, virtual, pues ahí tú te adaptas a tu circunstancias, a tu momento y el grupo te entiende pues todos de alguna manera viven lo mismo que tú»⁴

«Me habéis salvado, y quiero que otras personas en mi situación puedan acceder a la información, al apoyo y la ayuda que dais....no sabéis lo importantes que sois y la importancia tan grande de vuestra labor...»¹⁸

Animamos a todos los lectores que sean profesionales sanitarios a que se unan a nosotros ya que su presencia en redes es muy valorada por los pacientes de los que, además, se puede aprender mucho.

Inicios

En el año 2013 la doctora María Madariaga¹, anestesióloga y especialista en tratamiento en dolor, junto con Eduardo Tornos, experto en SEO y social media, creó un proyecto online conocido como TuVidaSinDolor² con la idea de dar apoyo a sus pacientes, para que tuvieran un sitio en redes al que recurrir ya que el tiempo disponible en consulta no era suficiente. En TuVidaSinDolor podían encontrar información fiable sobre dolor, sus distintas causas y explicaciones sobre tratamientos. La doctora había detectado que, ante una búsqueda en redes sobre temas relacionados con dolor,

las páginas de bulos aparecían en primer lugar, algo peligroso si tenemos en cuenta lo vulnerable que una persona con dolor puede llegar a ser.

El proyecto fue creciendo gracias a las aportaciones y a la implicación de grandes profesionales de la medicina, psicología y farmacia comunitaria, de tal forma que en el año 2017 decidieron abrir una sección dedicada a personas activas en Internet que compartían de manera responsable información valiosa sobre su experiencia con la enfermedad, incluyendo los enlaces a los blogs de esos pacientes. Además, crearon un grupo de apoyo de mensajes directos en Twitter para así colaborar en la visibilización del dolor. Para identificar y buscar fácilmente lo que se compartía se creó el hashtag #pacientesquecuentan incluido en los tuits que se enviaban. El grupo de pacientes era tan activo que al poco tiempo ya tenían su propia cuenta en Twitter PacientesQueCuentan y una página web⁴.

Quiénes lo forman

PacientesQueCuentan está compuesto por un grupo de pacientes activos en Twitter, con o sin blogs sobre su enfermedad, todos teniendo en común que el dolor crónico forma parte de su vida, junto al apoyo logístico de TuVidaSinDolor necesario para algunas iniciativas que requieren de recursos técnicos. Algunas de esos pacientes se encargan de gestionar la cuenta de Twitter³ en dónde se da la visibilidad al dolor. En ella se comparte cualquier información sobre dolor, o que sea interesante divulgar, que aparezca en la red incluida la que puedan aportar los propios pacientes activos.

Iniciativas

Son muchas las iniciativas que se han realizado, además de la visibilización del dolor y el apoyo entre iguales, caben destacar las siguientes:

1. Ofrecer a los pacientes la posibilidad de usar el blog de PacientesQueCuentan⁵ para compartir su experiencia.
2. La creación de dos secciones en el blog de PacientesQueCuentan: #LectuPíldoras⁶ y #UnaRazonEnAquellaCanción⁷ en dónde los pacientes pueden compartir, respectivamente, recomendaciones de libros o música.
3. #CroniChat⁸ un espacio de encuentro y diálogo en el que cada uno puede aportar su visión sobre distintos temas relacionados con la salud a través de un TweetChat público. Es en definitiva un punto de encuentro en el que los pacientes y profesionales de la salud hablan, comparten y aprenden. En el blog¹¹ de #CroniChat se pueden consultar las diferentes temáticas que se han tratado en los TweetChat realizados. De algunos de estos #CroniChat hay crónicas hechas en directo, conocidas como #CroniChatLive¹⁰, en las que se comentan algunos de los tuits más relevantes del día del #CroniChat. Todos los programas realizados están disponibles en nuestro canal de Youtube⁹.
4. #EntrePacientes¹² un proyecto de transmisión en directo de un programa online a través de nuestro canal de Youtube⁹, nuestra cuenta de Twitter³ o la cuenta de FaceBook¹³ de

TuVidaSinDolor, que sirve de punto de encuentro para dar a conocer los proyectos e iniciativas de pacientes, además de dar visibilidad a la realidad de vivir con una enfermedad crónica, dolor crónico, con la idea de facilitar la comunicación de igual a igual. Está dirigido a pacientes, familiares y profesionales sanitarios. Todos los programas emitidos quedan grabados en nuestro canal de Youtube.



Cartel #DíaMundialContraelDolor 2021

5. #DíaMundialContraElDolor, #DíaMundialDolor son dos hashtag que animamos a utilizar en todas las publicaciones que se hagan en redes el día 17 de octubre, día en el que se celebra el Día Mundial Contra el Dolor. Este año además hemos añadido un lema para recordar a los que sufren dolor crónico que son más que su dolor. Como puede verse en el siguiente gráfico aparecemos dentro de los influencers en el 2021 #DíaMundialContraElDolor.



Influencers #DíaMundialContraelDolor

Reconocimientos

La labor de visualización del dolor ha tenido distintos reconocimientos:

1. El hashtag #pacientesquecuentan fue nominado¹⁴ en la categoría “Mejor Hashtag Sanitario” de los premios Healthcare Creators de 2019. La nominación es un reconocimiento para todos y una muestra de que el paciente también puede aportar valor a nuestro sistema sanitario.



Nominación Healthcare Creators 2019

2. La SED16 (Sociedad Española del Dolor) en el año 2020 nos concedió el premio en la categoría “Visibilidad en dolor”¹⁷ en reconocimiento a nuestra labor de visibilidad y apoyo a los pacientes con dolor crónico.



Premio SED 2020, Categoría: Iniciativa Visibilidad

Agradecimientos

Queremos agradecer al equipo de TuVidaSinDolor el apoyo incondicional que nos ha ofrecido durante todos estos años en los que nos han acompañado y, sobre todo, a todos esos pacientes que de manera desinteresada y generosa ayudan a otros pacientes en este duro camino que es vivir con dolor crónico.

REFERENCIAS

1. <https://twitter.com/dramadariaga/>
2. <https://www.tuvidasindolor.es/>
3. <https://twitter.com/pacienteqcuenta/>
4. <https://pacientesquecuentan.com/>
5. <https://pacientesquecuentan.com/que-es-pacientes-que-cuentan/>
6. <https://pacientesquecuentan.com/lectupildoras/>
7. <https://pacientesquecuentan.com/una-razon-en-aquella-cancion/>
8. <https://cronichat.es/>
9. <https://youtube.com/c/PacientesqueCuentan>
10. <https://youtube.com/playlist?list=PLSN0vbeQScE-t5Wrtb-b9pHzXh8a-vdvS>
11. <https://cronichat.es/blog/>
12. https://youtube.com/playlist?list=PLSN0vbeQScE-v3TgZdDYh6EIHEnug_BM2
13. <https://www.facebook.com/Tuvidasindolor/>
14. <https://pacientesquecuentan.com/premios-healthcare-creators/>
15. <https://healthcarecreators.es/quienes-somos/>
16. <https://www.sedolor.es/>
17. <https://twitter.com/pacienteqcuenta/status/1317380067140521984?s=21>
18. <https://twitter.com/sinnombreeth/status/1450550470326591490?s=21>
19. <https://twitter.com/etornosinza>

Pasatiempos. Palabras cruzadas

Enferm. anest.-reanim. ter. dolor (Internet) Vol.6 nº2 2021 / ISSN: 2529-9670

Autora: Amorós S.¹

1. Enfermera. Hospital de día. Profesora asociada de la Universitat de les Illes Balears

Anímate a resolver este juego de Palabras Cruzadas

20 palabras del programa científico del Congreso ASEEDAR-td 2021

14 letras

SOSTENIBILIDAD

13 letras

INVESTIGACION

12 letras

COMUNICACION

11 letras

CONFERENCIA

10 letras

ENFERMERIA

9 letras

MAGISTRAL

8 letras

ALMUERZO

CLAUSURA

CONGRESO

REALIDAD

7 letras

PROCESO

6 letras

COMITE

POSTER

SESION

TALLER

5 letras

DOLOR

SALUD

SUEÑO

4 letras

CAFE

LEON

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1																	
2																	
3																	
4																	
5																	
6																	
7																	
8																	
9																	
10																	
11																	
12																	
13																	
14																	
15																	
16																	
17																	
18																	
19																	
20																	
21																	
22																	
23																	
24																	