



Revista Colombiana de Anestesiología

Colombian Journal of Anesthesiology

www.revcolanest.com.co



Investigación científica y tecnológica

Caracterización del funcionamiento de la unidad de cuidados postanestésicos a partir de la percepción del personal de enfermería profesional



José Hugo Arias-Botero^{a,b,*} y Claudia Mercedes Padrón-Mercado^b

^a Anestesiario, Medellín, Colombia

^b Grupo de Investigación en Calidad, Seguridad y Educación en Salud de la Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación (S.C.A.R.E.), Bogotá, Colombia

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 6 de diciembre de 2016

Aceptado el 17 de agosto de 2017

On-line el 16 de noviembre de 2017

Período de recuperación de la anestesia

Educación en enfermería

Atención al paciente

Investigación cualitativa

Seguridad del paciente

R E S U M E N

Introducción: La unidad de cuidados postanestésicos se ha identificado como un sitio vulnerable para la presentación de eventos adversos; en este lugar es el personal de enfermería quien se encarga del manejo y cuidado de los pacientes.

Objetivo: Explorar las percepciones que tiene el personal de enfermería profesional acerca del funcionamiento de la unidad de cuidados postanestésicos y caracterizar algunos aspectos de su funcionamiento.

Materiales y métodos: Estudio con enfoque mixto secuencial: una fase cuantitativa descriptiva observacional de corte transversal y una cualitativa de tipo descriptivo interpretativo utilizando teoría fundamentada.

Resultados: Los enfermeros perciben la unidad de cuidados postanestésicos como «un sitio para el cuidado» con debilidades en procesos como la entrega y monitoreo de pacientes, la comunicación del personal asistencial, falencia en habilidades específicas del personal auxiliar y ausencia de trabajo en equipo. La sobrecarga de trabajo, un aumento de labores administrativas que desplazan el cuidado del paciente, así como la falta de adherencia a protocolos, son percibidos como situaciones que facilitan la presentación de eventos adversos. **Conclusiones:** La unidad es percibida por los enfermeros como un lugar de procesos complejos y características particulares que la hacen susceptible de eventos adversos. Factores a nivel de la institución, el grupo de trabajo y el profesional se convierten en amenazas que socavan el ambiente de seguridad que debería prevalecer en un servicio de recuperación postanestésica. Se proponen estrategias específicas que impulsen a la unidad de recuperación como un servicio de atención segura para el paciente quirúrgico.

© 2017 Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

* Autor para correspondencia. Área de Investigaciones, Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación (S.C.A.R.E.). Carrera 15A No. 120-74, Piso 4. Bogotá, Colombia.

Correo electrónico: Johu38@gmail.com (J.H. Arias-Botero).

<https://doi.org/10.1016/j.rca.2017.08.006>

0120-3347/© 2017 Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Portrayal of the performance of the post-anesthesia care unit, based on the perception of the professional nursing staff

A B S T R A C T

Keywords:

Anesthesia recovery period
Education, nursing
Patient care
Qualitative research
Patient safety

Introduction: The post-anesthesia care unit has been identified as a vulnerable area for the occurrence of adverse events. Here, the nursing staff is responsible for managing and taking care of patients.

Objective: To explore the perception of the professional nursing staff about the performance of the post-anesthesia care unit, and portray certain aspects of its operations.

Materials and methods: This is a mixed sequential study including an observational, descriptive and quantitative cross section phase and a qualitative, descriptive, interpretative phase, using grounded theory.

Results: Nurses perceive the PACU as "a place for care" with weak processes such as patient handover and monitoring, communications among care providers, lack of specific skills of the ancillary staff and lack of team work. Work overload, extended administrative tasks that take away focus from patient care, in addition to a lack of compliance with protocols, are all conducive to the occurrence of adverse events.

Conclusions: Nurses perceive the unit as a place of complex processes and particular characteristics that make the unit prone to adverse events. Institutional factors, work team and professional-related aspects become threats that undermine the safety environment that should always prevail in every PACU. Specific strategies are discussed to turn the recovery unit into a safe care service for the surgical patient.

© 2017 Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

El desarrollo de las especialidades quirúrgicas ha generado un incremento en el volumen y en la complejidad de los procedimientos, aumentando las intervenciones en pacientes de edad avanzada y con múltiples comorbilidades, fenómeno que impacta en la unidad de cuidados postanestésicos (UCPA), que se ha identificado como un sitio vulnerable para la presentación de eventos adversos (EA) derivados del proceso de atención¹⁻⁵.

Los estudios disponibles en la literatura se han enfocado en describir los eventos, la frecuencia y los factores intraoperatorios o anestésicos relacionados. Partiendo de los modelos de análisis para EA⁶, cobra relevancia el estudio de otros elementos como la comunicación, la formación y la carga de trabajo, entre otros⁷⁻¹⁰.

Aunque el anestesiólogo es responsable del paciente en la UCPA, es el personal de enfermería tanto profesional como auxiliar quien se encarga de su manejo y cuidado. Para pacientes complejos o con múltiples comorbilidades el papel del cuidado por parte de los profesionales es aún más importante; sin embargo, en nuestro contexto se desconoce la percepción que las enfermeras profesionales tienen sobre la unidad. El objetivo de la investigación fue explorar las percepciones que tiene el personal de enfermería profesional acerca del funcionamiento de la UCPA y caracterizar algunos aspectos de su funcionamiento.

Materiales y métodos

Se realizó un estudio con enfoque mixto de ejecución secuencial, con una fase cuantitativa descriptiva observacional de

corte transversal y una fase cualitativa de tipo descriptivo interpretativo.

Para la fase cuantitativa se incluyeron enfermeras profesionales de todo el país, de la base de datos del Fondo Especial Para el Auxilio Solidario de Demandas (FEPASDE), que trabajen o que hubieran trabajado hace menos de 2 años en una UCPA de instituciones de nivel de complejidad 2 a 4; se excluyeron enfermeras que laboraban en cirugía pero no realizaran turnos en UCPA. Para la fase cualitativa se incluyeron enfermeras que tuvieron relación con algún EA en UCPA en el último año. El número final y la distribución de las enfermeras se obtuvieron de acuerdo a muestreo teórico; se excluyó personal con experiencia laboral menor a tres meses en la unidad o que hubieran participado en estudios de opinión en los últimos seis meses.

En la fase cuantitativa se realizaron encuestas estructuradas enviadas por correo electrónico a todas las enfermeras de la base de datos del FEPASDE y diligenciadas en la web. Una revisión inicial de la literatura permitió identificar aspectos relacionados con la presentación de EA en UCPA. El instrumento se diseñó basado en dicha información, incluyendo las complicaciones más frecuentes en UCPA, aspectos críticos de la estructura, recurso humano, procesos y documentación en la historia clínica. Se indagó por los procesos de entrega del paciente en UCPA, la percepción del nivel de entrenamiento del personal auxiliar de enfermería, así como por el recurso disponible para manejo de pacientes y la carga laboral. No se encontró en la literatura un instrumento validado que evalúe estos aspectos. Los criterios de referencia para procesos como la entrega de pacientes y las competencias del personal fueron tomados de guías de práctica clínica^{11,12}.

A partir de la encuesta se identificaron enfermeras que tuvieron contacto con EA en el último año y cumplieran los

criterios de inclusión para la fase cualitativa. Se construyó una guía semiestructurada de entrevista con ejes de indagación asociados con experiencia en el cargo, roles en la UCPA y manejo de protocolos. El núcleo central y el sistema periférico se construyeron con relación a los EA en la UCPA; se tomó como categoría orientadora la teoría de las representaciones sociales¹³. Se entrevistaron cinco enfermeras de instituciones de nivel dos, cinco de instituciones de nivel tres y ocho de instituciones de nivel cuatro, obteniendo saturación para las categorías encontradas. Las entrevistas fueron realizadas por profesionales del área de las ciencias sociales y fueron grabadas en audio para su transcripción y análisis.

Para el análisis cuantitativo se utilizó el software STATA[®] 12. Se presentan medidas de tendencia central y de dispersión para variables numéricas continuas. Para variables nominales se presentan las frecuencias absolutas y relativas. Se aplicó ANOVA para comparación de los resultados por nivel de complejidad de las instituciones en caso de distribución normal o test de Kuskal-Wallis en caso contrario. Para variables nominales se aplicó la prueba de ji cuadrado o la prueba de Fisher, según fuera pertinente. Se estableció como significativo el valor $p \leq 0,05$.

El análisis de datos cualitativos se trabajó con el método de la teoría fundamentada en niveles de codificación abierta, axial y selectiva que permitieron un tratamiento riguroso de los datos, disminuyendo la dependibilidad, encontrando transversalidades y saturación en la codificación; se identificaron redes lingüísticas asociadas a la UCPA y a los EA. Se utilizó el software ATLAS.TI[®] versión 6.2.

El protocolo de investigación fue aprobado por el comité de ética de la Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación (S.C.A.R.E.). Se solicitó y diligenció el consentimiento informado (web para la fase cuantitativa y presencial para la cualitativa).

Resultados

El personal de enfermería

Un total de 154 enfermeras contestaron la encuesta on line (34% de retorno). La edad en el 50% fue menor o igual a 33 años (rango intercuartílico: 10). El 38,4% trabajaban en nivel III y un porcentaje igual en nivel IV de complejidad, sin diferencias de edad entre los grupos ($p=0,86$). La fase cualitativa incluyó hombres y mujeres entre los 27 y los 58 años de edad, con una antigüedad en su rol entre los 3 a los 20 años, activos laboralmente. En adelante el término «encuesta» se refiere a la fase cuantitativa, mientras que «entrevista» se refiere a la fase cualitativa.

En las entrevistas se identificó que las actividades laborales son realizadas en jornadas entre 8 y 12 h, definiendo estas últimas como extenuantes por su duración y por la exigencia de las actividades. Los períodos de descanso son pocos, con dificultades para el manejo del tiempo. Es frecuente tener varios trabajos para mejorar sus ingresos económicos. El tiempo de ocio es utilizado en actividades que los desconectan de la rutina (desde actividades familiares hasta deportes de alto impacto).

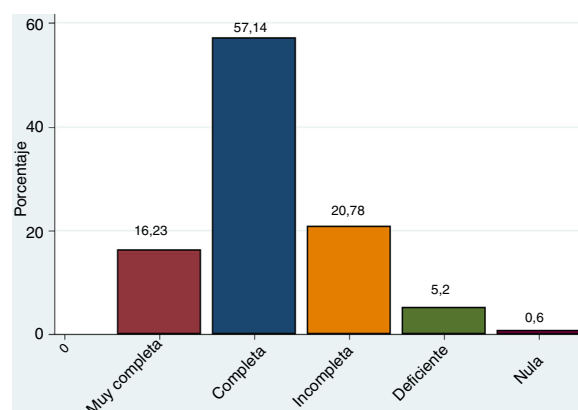


Figura 1 – Percepción de calidad de la información a la entrega en la unidad de cuidados postanestésicos.

Fuente: Autores.

Respecto a los intereses, sobresalen el altruismo (motivación principal para ser enfermeras) así como el desarrollo personal a través de la capacitación y vinculación a programas de postgrados que ayuden a mejorar su perfil.

Las enfermeras perciben que su rol tiene impacto en el desenlace del paciente, les gustan y motivan los equipos de trabajo eficientes, aunque esto les parece poco frecuente en la UCPA. La sobrecarga laboral es mencionada frecuentemente; de acuerdo a la encuesta, las labores administrativas limitan el tiempo para el cuidado del paciente, alejándose del rol que esperaban ejercer en su profesión.

Caracterización de la unidad de cuidados postanestésicos

El 50% de las enfermeras encuestadas tienen en su institución dos o más camillas en sala de recuperación por cada sala de cirugía. El 50% reportan disponer de un monitor para uno a cinco pacientes. El 66% de las enfermeras encuestadas reportan no disponer de monitoreo de relajación neuromuscular en UCPA. Para ninguna de las variables se encontró relación con el nivel de complejidad de la institución en la que trabajan ($p < 0,05$).

Entrega de pacientes en la unidad de cuidados postanestésicos

El 64% de los encuestados refieren que el anestesiólogo entrega al paciente en la UCPA, y el 32%, que la entrega la realiza la auxiliar de enfermería. Aunque el 57% de las enfermeras encuestadas consideran que la información a la entrega es de buena calidad, el 26% la consideran deficiente (fig. 1). No se encontró relación entre el nivel de complejidad de las instituciones y la calidad de la información ($p=0,77$).

Se preguntó con qué frecuencia se reporta información específica del pre o intraoperatorio al momento de la entrega en la UCPA, encontrando deficiencia en la información suministrada de entre el 20 y el 45%. Las frecuencias de respuesta se presentan en la tabla 1.

En las entrevistas, el desconocimiento del «estado basal del paciente antes de la cirugía» es descrito como una limitante para su manejo; la carga de trabajo impide una consulta com-

Tabla 1 – Frecuencia de respuesta acerca del reporte de información a la entrega del paciente en la unidad de cuidados postanestésicos

Información	Siempre, n (%)	Casi siempre, n (%)	Algunas veces, n (%)	Casi nunca, n (%)	Nunca, n (%)
Antecedentes médicos	48 (31,2)	40 (26)	39 (25,3)	18 (11,7)	9 (5,8)
Episodios de desaturación intraoperatorios	63 (40,9)	39 (25,3)	35 (22,7)	10 (6,5)	7 (4,5)
Sangrado intraoperatorio	78 (50,6)	45 (29,2)	22 (14,3)	8 (5,2)	1 (0,6)
Uso de relajantes y agentes de reversión	59 (38,3)	49 (31,8)	29 (18,8)	15 (9,7)	2 (1,3)
Uso de antieméticos	57 (37)	49 (31,8)	32 (20,8)	13 (8,4)	3 (1,9)
Plan de manejo postoperatorio	42 (27,3)	43 (27,9)	42 (27,3)	15 (9,7)	12 (7,8)

Fuente: Autores.

Tabla 2 – Percepción que tienen las enfermeras del nivel de entrenamiento de los auxiliares de enfermería para diferentes competencias en la unidad de cuidados postanestésicos (n = 154)

	Vía aérea y ventilación, n (%)	Problemas cardiovasculares, n (%)	Monitorización del paciente, n (%)	Accesos venosos y líquidos i.v., n (%)	Manejo de medicamentos, n (%)	Manejo de NVPO, n (%)	Manejo de una emergencia, n (%)
Excelente	8 (5,19)	11 (7,14)	41 (26,62)	47 (30,52)	36 (23,38)	25 (16,23)	22 (14,29)
Bueno	66 (42,86)	41 (26,62)	76 (49,35)	77 (50)	67 (43,51)	76 (49,35)	77 (50)
Aceptable	48 (31,17)	60 (38,96)	28 (18,18)	21 (13,64)	35 (22,73)	37 (24,03)	33 (21,43)
Deficiente	23 (14,94)	37 (24,03)	8 (5,19)	7 (4,55)	13 (8,44)	14 (9,09)	20 (12,99)
Malo	9 (5,84)	5 (3,25)	1 (0,65)	2 (1,3)	3 (1,95)	2 (1,3)	2 (1,3)

i.v.: intravenosos; NVPO: náuseas y vómito postoperatorios.

Fuente: Autores.

Tabla 3 – Frecuencia de respuesta del porcentaje de tiempo dedicado al cuidado del paciente y labores administrativas

Porcentaje de tiempo del turno (n = 154)	Cuidado del paciente, n (%)	Tareas administrativas, n (%)
Menor al 20%	27 (17,53)	7 (4,55)
Del 21 al 40%	46 (29,87)	36 (23,38)
Del 41 al 60%	49 (31,82)	37 (24,03)
Del 61 al 80%	17 (11,04)	40 (25,97)
Mayor al 80%	15 (9,74)	34 (22,08)

Fuente: Autores.

pleta de los antecedentes y los eventos intraoperatorios en la historia clínica.

Percepción del nivel de entrenamiento del personal auxiliar de enfermería

Existe variabilidad en la percepción que las enfermeras profesionales tienen del nivel de entrenamiento del personal auxiliar (tabla 2). Para las competencias «monitorización», «accesos venosos» y «manejo de medicamentos» el nivel de entrenamiento es percibido como alto; para la atención de problemas cardiovasculares, vía aérea y emergencias predominan las calificaciones negativas. En la fase cualitativa se encontró, de forma transversal, que las jefes de enfermería encuentran falencias en la formación de las auxiliares en manejo de emergencias y situaciones propias de la UCPA; además, es frecuente el retiro temporal de auxiliares de la unidad para cubrir otros servicios, aumentando la carga laboral al personal restante.

Carga laboral del personal de enfermería y roles dentro de la unidad de cuidados postanestésicos

La sobrecarga laboral aparece en las entrevistas como un fenómeno repetitivo, tanto en funciones como en cantidad de horas trabajadas. Según las encuestas, el promedio de pacientes asignados a una auxiliar por turno es de cuatro, y para enfermeros profesionales es de ocho.

Las enfermeras reportan gran carga administrativa: manejo de documentación, ingreso de medicamentos en el sistema, coordinación del ingreso y egreso de pacientes, supervisión de los auxiliares, listas de dietas, contactar al anestesiólogo en eventualidades y ser puente entre el anestesiólogo y los auxiliares; su nivel de responsabilidad con el servicio es mayor, aunque pueden dedicar poco tiempo a la atención del paciente (tabla 3). El personal auxiliar tiene mayor contacto con el paciente y sus obligaciones son de carácter asistencial, aunque su nivel de responsabilidad en las actividades del servicio es menor.

Según los entrevistados, el anestesiólogo en la UCPA se encarga de entregar al paciente, realizar las valoraciones, decidir el manejo de las complicaciones postanestésicas y estar en contacto permanente con el médico que intervino al paciente; su nivel de permanencia en la unidad depende de la complejidad de los pacientes; el contacto cirujano-enfermera en recuperación se realiza generalmente a través del anestesiólogo.

Percepción de los formatos utilizados en la unidad de cuidados postanestésicos

En las entrevistas se reconoce la importancia del registro; sin embargo, la falta de tiempo y la poca capacitación impiden una documentación correcta de los procesos. Los registros manuales consumen tiempo y a veces no son legibles, y los formatos electrónicos son más rápidos, aunque algunos software son complejos; la demora en los registros por falta de computadores y el «hábito de copiar y pegar» limitan la calidad de la información registrada.

Frecuentemente no se documenta información del intraoperatorio, náuseas y vómito, valoración del dolor y órdenes médicas. En las encuestas se encontró que el 51% de las enfermeras no usan rutinariamente una escala de recuperación al ingreso a la UCPA, independiente del nivel de complejidad ($p=0,17$); la escala de Aldrete es la más utilizada, aunque el 16% de quienes la calculan no registran los puntajes en ningún formato.

De acuerdo a las entrevistas, en la salida del paciente de la UCPA pueden dejar de diligenciarse formatos como las recomendaciones posoperatorias del cirujano y la constancia del entendimiento del acudiente, así como de las recomendaciones de cuidado, debido a que los procesos son lentos y tediosos.

Representaciones sociales de los eventos adversos

El análisis textual de las entrevistas muestra que el núcleo central de la representación social del EA está relacionado con complicaciones en los pacientes; se habla de situaciones no prevenibles o que no se pudieron controlar (fig. 2). Todos los participantes de la fase cualitativa tuvieron cercanía con un EA (de forma directa o indirecta) y reportan el papel protagónico de los anestesiólogos en la resolución positiva de la mayoría de estos.

El reporte del EA, para los entrevistados, puede variar de acuerdo a la gravedad del daño asociado: entre más grave es, más evidente la necesidad de reportarlo. Cuando no es grave, puede obviarse el reporte, o, en caso de hacerlo (flebitis, zonas

de presión), puede generar castigo social y no siempre traducirse en políticas de mejora.

Dentro de los factores de riesgo que los enfermeros perciben asociados al EA se encuentran condiciones laborales como la falta de personal, el alto número de pacientes y el rol actual de la profesión, que se enfoca en funciones administrativas. También reportan factores psicosociales como los altos niveles de estrés, las largas jornadas a los que están sometidos, pocas horas de sueño y la ausencia de pausas activas. Se reporta además confianza excesiva en el desarrollo de su rol, lo que «justifica» el incumplimiento de protocolos; además, la automatización de funciones les ha quitado ese «toque humano».

Representaciones sociales de la unidad de cuidados postanestésicos

Las palabras asociadas a la UCPA fueron: cuidado, anestesia y medicamentos (fig. 3). Se destacan los atributos funcionales y operativos de la UCPA y el poco énfasis en que «manejan un paciente con dolor», aspecto que ayuda a entender la automatización de funciones que los mismos participantes reportan. Otro aspecto que los entrevistados resaltan dentro de los imaginarios de la UCPA es el trabajo en equipo; reportan que «no se hace nada solos», pero en las representaciones sociales encontradas no asocian la UCPA con trabajo en equipo; es decir, no existe apropiación del concepto al no hacer parte de su cotidianidad, y se vivencian diferentes roles de trabajo que se conectan en algunas actividades pero que no identifican una función común.

Discusión

Esta investigación describe la percepción de enfermería profesional acerca de la UCPA, identificándose deficiencias en el funcionamiento operativo y en el cubrimiento de necesidades técnicas y de personal. La entrega del paciente en UCPA es percibido como deficiente, especialmente en relación con el plan de manejo postoperatorio, pudiendo comprometerse la continuidad del plan de tratamiento establecido. Se describe una gran dependencia de la información verbal. Milby¹⁴ describe frecuencias bajas de entrega de información, como el estado físico ASA y el manejo de líquidos. Además, el porcentaje de información retenida por el receptor en UCPA se estima en solo el 47%¹⁵.

Desde el componente cualitativo se evidencian barreras para la comunicación de tipo jerárquico (entre especialistas quirúrgicos y anestesiólogos, y entre miembros de enferme-

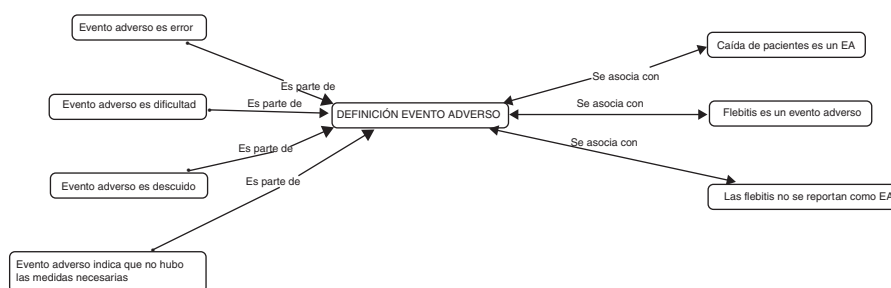


Figura 2 – Red semántica asociada a la definición del evento adverso.

Fuente: Autores.

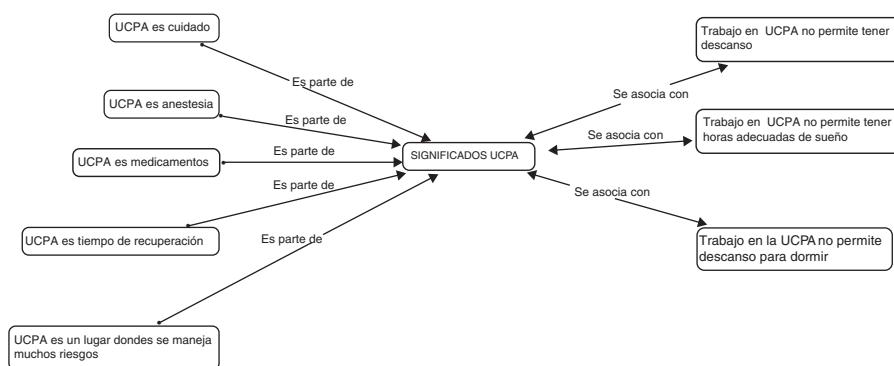


Figura 3 – Red semántica asociada a la unidad de cuidados postanestésicos (UCPA).

Fuente: Autores.

ría profesionales y auxiliares). Las falencias también podrían relacionarse con la falta de sistemas estructurados de reporte de información, lo que se ha descrito ya en otros estudios¹⁶ y que puede evidenciarse en la no utilización de escalas de recuperación, así como de registros en formatos específicos.

Se han reportado intervenciones concretas para mejorar procesos de entrega de pacientes entre servicios, particularmente en el postoperatorio mediante estrategias multimodales¹⁷. Recientemente se describió la utilización de formatos electrónicos estructurados, herramientas web, entrenamiento en simulación de procesos de comunicación y retroalimentación postentrenamiento¹⁸. Una revisión sistemática publicada en 2013 encontró que la implementación de protocolos, los sistemas estructurados de entrega y las intervenciones para mejorar habilidades comunicativas mejoran la entrega del paciente en la UCPA cuando se mide como desenlace la información omitida a la entrega y los errores técnicos. Estas intervenciones no aumentaron el tiempo promedio de entrega del paciente en UCPA¹⁹.

Llama la atención la baja frecuencia de disponibilidad de monitoreo de relajación neuromuscular en la UCPA, a pesar de ser requisito de acuerdo con la normatividad vigente; la relajación residual continúa siendo un problema, con frecuencias reportadas a la llegada a la UCPA tan altas como del 56%²⁰, lo cual, sumado a la omisión de información acerca del uso de relajantes y agentes de reversión, convierte a la unidad en un sitio con alta probabilidad para complicaciones derivadas de bloqueo neuromuscular residual.

Por otra parte, el recurso humano en la UCPA también es percibido como deficiente tanto en número como en habilidades. El personal encuestado percibe deficiencias de entrenamiento de los auxiliares, y aunque la calificación varía dependiendo de la competencia evaluada, esta es peor para el manejo de eventos críticos en la UCPA. Diversas estrategias han documentado deficiencias en las habilidades específicas para personal de enfermería en la UCPA²¹⁻²³. Existe además un desconocimiento de las complicaciones más frecuentes en recuperación y su manejo.

La carga de trabajo es una queja reiterativa en las entrevistas y se refleja además en la razón de pacientes por enfermeros profesionales y por auxiliares de enfermería: la encuesta aplicada reporta valores tan altos como 20 pacientes por auxiliar. Los estudios demuestran que la sobrecarga de trabajo del

personal de enfermería aumenta las complicaciones y la mortalidad al interior de los hospitales: se ha descrito que un aumento la carga de trabajo en un paciente por enfermera aumenta la probabilidad de muerte de un paciente hospitalizado en un 7% en los primeros 30 días de la admisión²⁴. Sin embargo, ha sido difícil definir un staff preciso para una UCPA, probablemente por sus particularidades que la diferencian de otros servicios en un hospital^{25,26}. Se necesita establecer parámetros que permitan normativizar la cantidad de personal suficiente e idóneo al interior de la unidad, acorde con las normas mínimas de seguridad en anestesiología, así como asignar un ente de control interno en las instituciones que minimice las sobrecargas laborales del personal de enfermería. Actualmente existen guías internacionales que establecen estándares mínimos en relación con el manejo perioperatorio, una de ellas específica para enfermería^{27,28}.

Las enfermeras profesionales reportan falta de tiempo para tareas asistenciales debido a una carga administrativa alta, lo que genera sentimientos de frustración en relación con sus motivaciones vocacionales. Es además contradictorio que el personal que mayores responsabilidades tiene en el servicio y con mayor formación es el que menos contacto tiene con el paciente.

Las representaciones sociales del EA se asocian a una falta de cuidado que se genera y mantiene tanto por condiciones propias del paciente como por las condiciones laborales e institucionales en las que están inmersas. La UCPA es representada como un espacio de cuidado donde se tienen claras las funciones específicas a desarrollar, pero se carece de procesos eficientes en relación con la comunicación, el trabajo en equipo y la concepción integral del paciente; los dos primeros han sido identificados en investigaciones recientes con enfoque cualitativo²⁹⁻³¹. No se encontraron reportes que aborden el tema bajo el enfoque de las representaciones sociales como el descrito en el presente estudio.

Esta investigación genera información desde un abordaje mixto. La fase cuantitativa fue aplicada a enfermeras de todo el país, mientras que la fase cualitativa, por limitaciones logísticas propias de la entrevista, se realizó en Bogotá. Este enfoque cualitativo permite un abordaje al conocimiento y entendimiento del problema; sin embargo, el muestreo por conveniencia de la fase cuantitativa, así como las características propias del enfoque cualitativo, no pretenden realizar

generalizaciones o inferencias probabilísticas³² y se considera importante resaltar que el alcance del estudio es básicamente exploratorio de una perspectiva hasta el momento no abordada, y que ayuda a acercarse a este fenómeno desde unos actores antes no involucrados; los resultados deberán analizarse contrastándose con la situación particular de cada institución y región del país. Un conocimiento más profundo del funcionamiento de la UCPA requiere estudios en los que la unidad de análisis sea la propia unidad, contrastando los resultados con la normatividad vigente y el «deber ser» bajo la perspectiva de la seguridad del paciente.

Basados en los resultados de esta investigación, se recomienda la implementación y el fortalecimiento de un *modelo de gestión del riesgo orientado a la seguridad del paciente* de forma preventiva y no reactiva. Ya desde 1990 se discute en la literatura la necesidad de utilizar modelos de manejo de riesgo en la UCPA, específicamente desde el papel que desempeña la enfermería³³. La inclusión de módulos de capacitación en habilidades no técnicas ayudará a fortalecer la orientación humanística y los procesos de comunicación asertiva entre los diferentes cargos jerárquicos del área de cirugía, así como el trato a los pacientes, el trabajo en equipo y la realización sistemática de reportes de EA.

Desde los organismos gremiales y académico debe además sensibilizarse al personal administrativo de las instituciones de salud, sobre el nivel de riesgo presente en la UCPA y las consecuencias que trae la deficiencia de personal y la sobrecarga laboral.

Se propone, finalmente, evolucionar hacia un concepto integral de «unidad de cuidados posquirúrgicos» que incluya de forma activa y más participativa a los diferentes profesionales del cuidado perioperatorio del paciente, ayudando a redefinir los significados de dicha unidad.

Conclusiones

La UCPA tiene procesos y características particulares que la hacen susceptible de EA. La complejidad de los pacientes, el déficit de personal, la sobrecarga laboral, la comunicación, la distribución de funciones asistenciales y administrativas, así como un pobre concepto del trabajo en equipo, son percibidos por el personal de enfermería profesional como fenómenos frecuentes que socavan el ambiente de seguridad que debería prevalecer en un servicio de recuperación postanestésica.

Para minimizar la presentación de EA y un manejo integral y proactivo del paciente se deben realizar mejoras en las condiciones institucionales (planta de personal, planes de capacitación, manejo de turnos, acciones de mejora con relación a los EA), en las condiciones de los profesionales de la salud y en las condiciones de recibo y entrega de los pacientes (líneas de base completas, historias clínicas compartidas, alfabetización en salud y cuidados) que permitan tener un manejo integral y preventivo del paciente intervenido quirúrgicamente.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que los procedimientos seguidos se conformaron a las normas éti-

cas del comité de experimentación humana responsable y de acuerdo con la Asociación Médica Mundial y la Declaración de Helsinki

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores han obtenido el consentimiento informado de los pacientes y/o sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

Financiación

Este proyecto fue financiado por la Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación (S.C.A.R.E.).

Conflicto de intereses

Los autores manifiestan no tener ningún conflicto de intereses.

REFERENCIAS

1. Zelcer J, Wells DG. Anaesthetic-related recovery room complications. *Anaesth Intensive Care*. 1987;15:168-74.
2. Hines R, Barash PG, Watrous G, O'Connor T. Complications occurring in the postanesthesia care unit: A survey. *Anesth Analg*. 1992;74:503-9.
3. Van der Walt JH, Webb RK, Osborne GA, Morgan C, Mackay P. The Australian Incident Monitoring Study. Recovery room incidents in the first 2000 incident reports. *Anaesth Intensive Care*. 1993;21:650-2.
4. Rose DK. Recovery room problems or problems in the PACU. *Can J Anaesth*. 1996;43 5 Pt 2:R116-28.
5. Cutugno C. Evolution of postanesthesia care units: A legacy of politics, funding, and patient safety concerns. *Policy Polit Nurs Pract*. 2013;14:142-50.
6. Luengas Amaya S. Seguridad del paciente: conceptos y análisis de eventos adversos. *Centro de Gestión Hospitalaria Vía Salud*. 2009;48:6-21.
7. Odom-Forren J. Accurate patient handoffs: Imperative for patient safety. *J Perianesth Nurs*. 2007;22:233-4.
8. Sullivan EE. The safe transfer of care. *J Perianesth Nurs*. 2004;19:108-10.
9. Kreckler S, Catchpole KR, New SJ, Handa A, McCulloch PG. Quality and safety on an acute surgical ward: An exploratory cohort study of process and outcome. *Ann Surg*. 2009;250:1035-40.
10. Halverson AL, Casey JT, Andersson J, Anderson K, Park C, Rademaker AW, et al. Communication failure in the operating room. *Surgery*. 2011;149:305-10.
11. Whitaker DK, Booth H, Clyburn P, Harrop-Griffiths W, Hosie H, Kilvington B, et al. Immediate post-anaesthesia recovery 2013. *Anaesthesia*. 2013;68:288-97.
12. Association of Anaesthetists of Great Britain and Ireland. UK National Core Competencies for Post-anaesthesia Care, 2013. London; 2013. 31 p.
13. Palmonari A. Una mirada a la psicología social desde la perspectiva de la teoría de las representaciones sociales. En:

- Romero E, editor. Representaciones sociales. Puebla, México: Benemérita Universidad Autónoma de Puebla; 2004.
14. Milby A, Bohmer A, Gerbershagen MU, Joppich R, Wappler F. Quality of post-operative patient handover in the post-anaesthesia care unit: A prospective analysis. *Acta Anaesthesiol Scand*. 2014;58:192-7.
 15. Randmaa M, Martensson G, Swenne CL, Engstrom M. An observational study of postoperative handover in anesthetic clinics; the content of verbal information and factors influencing receiver memory. *J Perianesth Nurs*. 2015;30:105-15.
 16. Siddiqui N, Arzola C, Iqbal M, Sritharan K, Guerina L, Chung F, et al. Deficits in information transfer between anaesthesiologist and postanesthesia care unit staff: An analysis of patient handover. *Eur J Anaesthesiol*. 2012;29:438-45.
 17. Segall N, Bonifacio AS, Schroeder RA, Barbeito A, Rogers D, Thornlow DK, et al. Can we make postoperative patient handovers safer? A systematic review of the literature. *Anesth Analg*. 2012;115:102-15.
 18. Weinger MB, Slagle JM, Kuntz AH, Schildcrout JS, Banerjee A, Mercado ND, et al. A multimodal intervention improves postanesthesia care unit handovers. *Anesth Analg*. 2015;121:957-71.
 19. Moller TP, Madsen MD, Fuhrmann L, Ostergaard D. Postoperative handover: Characteristics and considerations on improvement: A systematic review. *Eur J Anaesthesiol*. 2013;30:229-42.
 20. Fortier LP, McKeen D, Turner K, de Medicis E, Warriner B, Jones PM, et al. The RECITE study: A Canadian prospective, multicenter study of the incidence and severity of residual neuromuscular blockade. *Anesth Analg*. 2015;121:366-72.
 21. Ead H. Perianesthesia nursing-beyond the critical care skills. *J Perianesth Nurs*. 2014;29:36-49.
 22. Greenfield ML, O'Brien DD, Kofflin SK, Mhyre JM. A cross-sectional survey study of nurses' self-assessed competencies in obstetric and surgical postanesthesia care units. *J Perianesth Nurs*. 2014;29:385-96.
 23. White C, Chuah J, Robb A, Lok B, Lampotang S, Lizdas D, et al. Using a critical incident scenario with virtual humans to assess educational needs of nurses in a postanesthesia care unit. *J Contin Educ Health Prof*. 2015;35:158-65.
 24. Aiken LH, Sloane DM, Bruyneel L, van den Heede K, Griffiths P, Busse R, et al. Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: A retrospective observational study. *Lancet*. 2014;383:1824-30.
 25. Mamaril ME, Sullivan E, Clifford TL, Newhouse R, Windle PE. Safe staffing for the post anesthesia care unit: Weighing the evidence and identifying the gaps. *J Perianesth Nurs*. 2007;22:393-9.
 26. Dexter F. Why calculating PACU staffing is so hard and why/how operations research specialists can help. *J Perianesth Nurs*. 2007;22:357-9.
 27. Apfelbaum JL, Silverstein JH, Chung FF, Connis RT, Fillmore RB, Hunt SE, et al. Practice guidelines for postanesthetic care: An updated report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Postanesthetic Care. *Anesthesiology*. 2013;118:291-307.
 28. American Society of PeriAnesthesia Nurses, American Society of PeriAnesthesia Nurses. Standards and Guidelines Committee. Perianesthesia Nursing Standards, Practice Recommendations and Interpretive Statements. American Society of PeriAnesthesia Nurses; 2016.
 29. Jones A, Johnstone MJ, Duke M. Recognising and responding to 'cutting corners' when providing nursing care: A qualitative study. *J Clin Nurs*. 2016;25:2126-33.
 30. Kaderli R, Seelandt J, Umer M, Tschan F, Businger A. Reasons for the persistence of adverse events in the era of safer surgery — a qualitative approach. *Swiss Med Wkly*. 2013;143:w13882.
 31. Manojlovich M, Harrod M, Holtz B, Hofer T, Kuhn L, Krein SL. The use of multiple qualitative methods to characterize communication events between physicians and nurses. *Health Commun*. 2015;30:61-9.
 32. Hernandez Sampieri R, Fernandez Colado C, Baptista Lucio MP. Metodología de la investigación. 5.ª ed. México D.F.: Mc Graw Hill; 2010. p. 613.
 33. Odom JL. The emerging role of risk management. *J Post Anesth Nurs*. 1990;5:120-3.