

Programa de mejora asistencial en el enfermo con dolor isquémico arterial

María Almagro, Roser Escudé, Anna Font, Teresa Martín, Xesca Martín y Josefa Rico

Enfermeras. Unidad de Cirugía. Hospital General de Manresa. Barcelona. España.

Sr. Director:

El dolor es un síntoma que puede estar presente en todas las enfermedades vasculares. Los métodos para medir el dolor abarcan escalas de autopuntuación verbales y numéricas, escalas de observación de la conducta y reacciones fisiológicas. La naturaleza compleja de la experiencia del dolor sugiere que las mediciones a partir de estos campos no siempre ponen de manifiesto una elevada concordancia. Como el dolor es subjetivo, los autoinformes del enfermo proporcionan la medición más válida de la experiencia. Los instrumentos de autopuntuación son los utilizados más a menudo para medir el dolor, y tienen como finalidad valorar la naturaleza multidimensional de la experiencia del dolor.

Con el objetivo de garantizar la gestión del dolor del enfermo durante el ingreso y conseguir la máxima comodidad y bienestar durante el proceso de hospitalización, se puso en marcha en nuestro centro un programa de mejora para el enfermo con dolor isquémico. Al mismo tiempo, se pretendía sensibilizar y motivar a los profesionales de enfermería en la evaluación y control del dolor, fomentando pautas fijas de analgesia y la utilización de medidas objetivas de autoevaluación del dolor con un lenguaje común para los profesionales y para el enfermo.

Para ello, se llevó a cabo un estudio en la Unidad de Cirugía del Hospital General de Manresa durante todo el año 2000. Se realizó un estudio comparativo en el cual se evaluó a un grupo de pacientes con enfermedad isquémica de grados III y IV, ingresados en la unidad con la aplicación del programa de gestión de dolor crónico, y a un grupo de pacientes con la misma enfermedad pero sin la aplicación del programa.

Se realizó un muestreo aleatorio de 32 pacientes (el 10% de la población ingresada en la unidad); 16 pacientes fueron evaluados antes de la aplicación del programa y los otros 16 después de su implantación.

Se incluyeron en el estudio todos los pacientes ingresados en la unidad de cirugía con diagnóstico de dolor isquémico arterial de grados III y IV, excluyéndose aquellos enfermos que cumplían los criterios de inclusión pero que tenían dificultades intelectuales y/o mentales para colaborar en la aplicación del programa.

Las fuentes de información fueron la información recogida de la historia clínica del paciente para el grupo de enfermos sin la aplicación del programa, y los datos recogidos en los registros específicos diseñados para la evaluación del dolor en el grupo postintervención.

Los registros utilizados fueron: valoración focalizada del dolor en el momento del ingreso, evaluación objetiva del dolor por parte del paciente con diferentes escalas de valoración, y encuesta de satisfacción del paciente en el momento del alta.

Para la evaluación de la efectividad global de programa de gestión del dolor sólo valoramos la hoja de registro de evaluación objetiva del dolor.

Se diseñaron 5 indicadores de calidad: *a)* la valoración del dolor en el momento del alta debe ser inferior a la valoración del dolor en el ingreso (estándar del 90%), *b)* la enfermera evaluará el dolor 1 h después de la analgesia (estándar del 60%), y *c)* la valoración del dolor en la hora previa a la administración de esta analgesia (mínimo 2 veces por turno, estándar del 80%).

No se tuvo en cuenta si los enfermos con la aplicación del programa tenían más dolor que los enfermos a los que no se les aplicó el programa; no obstante, la opinión de los autores del trabajo y de la bibliografía consultada es que el grado de dolor no es comparable en un grupo respecto a otro o, incluso, entre un enfermo y otro, aunque tengan la misma enfermedad y características similares. Cada enfermo tiene su umbral de dolor, y el objetivo es que el enfermo participe en la gestión de su dolor con el soporte del equipo en enfermería, y que en este proceso de gestión se procure el máximo

Tabla 1. Resultados

Indicador	Estándar	Pacientes sin aplicación del programa. Fuente: historia clínica	Pacientes con aplicación del programa. Fuente: hoja específica de registro
N.º de pacientes		16	16
La valoración del dolor en el alta ha de ser menor que en el ingreso	90%	43,7%	91,6%
La enfermera valora el dolor 1 h postanalgesia	60%	12,5%	91,6%
Ante una valoración postanalgesia mayor o igual que la valoración previa a analgesia, la enfermera realizará una medida correctora	60%	50%	100%
Evaluación del registro del dolor como mínimo 2 veces por turno	80%	No hay datos	75%
La hoja de valoración del dolor debe ser cumplimentada por parte del enfermo	25%	No hay datos	65,6%

bienestar del paciente, instaurando una terapia y unos cuidados adecuados.

Tras la evaluación de los indicadores (tabla 1) hemos podido comprobar un mayor control de dolor en el paciente con enfermedad isquémica. Esto se consiguió adquiriendo más conocimientos en el tema por parte de los profesionales y del propio enfermo. Así mismo, se fomentaron pautas fijas de analgesia, se creó una nueva herramienta de trabajo para evaluar el dolor con medida objetiva, fomentando la autoevaluación de su propio dolor. Durante la hospitalización, el equipo de enfermería cuidó sistemáticamente y de forma continua el alivio del dolor del enfermo para conseguir la máxima comodidad y bienestar.

En cuanto al equipo, hemos reconsiderado el estudio mediante el aumento del tamaño de la muestra para asegurar la representatividad de los resultados obtenidos. Pero, dada la situación de fusión y reorganización hospitalaria de nuestra organización, esta mejora no se ha podido llevar a cabo.

Los equipos modifican sus actitudes recibiendo el estímulo y la sensibilización al poder evaluar el cuidado integral en toda la dimensión del control del dolor.

Necesidad de establecer una estrategia de calidad total en la formación médica de posgrado

Josep M. Ibáñez

Director de Calidad y Desarrollo. Fundació Hospital-Asil de Granollers. Granollers. Barcelona. España.

Sr. Director:

Todos estamos de acuerdo en que los años de residencia después del examen MIR son los más importantes en términos de desarrollo general y profesional de los recién licenciados. A la vez, es una época dura desde el punto de vista laboral, en la que los requerimientos asistenciales del residente superan, a menudo, la necesidad de un aprendizaje que cumpla unos mínimos de calidad. La excesiva presión asistencial pone en jaque a las expectativas docentes, y la sensación de una falta de tutorización o de asesoramiento por parte de los profesionales responsables, la escasa programación de las actividades docentes o la sensación de “ser utilizados” o “importar poco” se apropia del sentir de los residentes.

Por otra parte, los sistemas de evaluación actuales son claramente insuficientes. Los sistemas de evaluación de la competencia clínica mediante pruebas objetivas y estructuradas se realizan solamente de forma voluntaria, bajo el auspicio de algunas sociedades científicas u organismos de algunas administraciones, como la catalana. La falta de estos mecanismos hace que, salvo contadas ocasiones, el inicio del período de residencia suponga necesariamente el fin del mismo y la expedición del título de especialista, suponiendo que se ha alcanzado la competencia profesional.

La calidad de la atención sanitaria ha sido motivo de preocupación desde hace tiempo entre los profesionales del sector.

Si bien nos hemos volcado primeramente en la garantía, y después en la mejora continua de la calidad asistencial, otros aspectos intrínsecos, como la docencia o la investigación, no pueden escapar a este enfoque. Además, podríamos afirmar que no podemos tener una asistencia de calidad si la docencia no es de calidad. Un hospital que “enseñe bien”, atenderá mejor.

Formar especialistas es un compromiso que adquieren las instituciones sanitarias con la sociedad y, esta sociedad nos exige unos profesionales que tengan unos buenos conocimientos, unas buenas habilidades y unas excelentes actitudes. Por tanto, garantizar y mejorar los niveles de calidad en la formación médica de posgrado es una obligación.

La formación de especialistas debe entenderse como un proceso. La calidad del proceso no depende solamente del producto final, sino que compete a toda la organización y a todos sus miembros. Éste sería el enfoque de la calidad total¹.

El objetivo de implementar una estrategia de calidad será poder actuar de forma más proactiva y, utilizando la metodología de la calidad, anticiparnos a los problemas o resolverlos de la mejor manera, si éstos se presentan.

Los elementos clave de la mejora continua de la calidad serían el liderazgo de la dirección, la planificación de los aspectos docentes de la organización, la actuación e implicación de los profesionales, la definición del proceso docente y el enfoque a la satisfacción de los residentes.

Lo que es imprescindible, no obstante, para que un programa funcione así, es la estrecha relación entre dos factores: el impulso de la dirección y la adhesión de las personas.

Las razones que nos llevan a proponer la aplicación de una estrategia de calidad total en el proceso formativo van desde la necesidad de satisfacer nuevas demandas, a partir de los recursos disponibles (información, habilidades de comunicación), hasta la necesidad de mejorar la productividad del sistema (eliminación de los costes originados por la falta de calidad) o incidir en el concepto de mejora continua, permitiendo y desarrollando el trabajo en equipo y la participación de todos los agentes que intervienen en el proceso².

La aproximación de calidad total al proceso formativo surge de la necesidad de formar adecuadamente a los residentes para conseguir una competencia clínica específica.

Deberemos definir nuestra misión, nuestra visión y nuestros valores.

Si utilizamos el enfoque

Personas → Proceso → Personas

y, en nuestro caso

Institución → Proceso → Residentes,

la clave de una buena gestión residirá en actuar constantemente sobre estos tres elementos.

El especialista en formación se convertirá en el elemento diana del proceso y equivaldrá al concepto de cliente. Como tal, expresa como expectativas conseguir una formación adecuada y el título correspondiente.

La institución sanitaria, responsable de la docencia bajo el liderazgo de la dirección, permitirá, mediante la utilización de unos recursos y según unas guías –los programas–, obtener el resultado docente.

Durante el proceso docente, el recién licenciado se transformará y adquirirá las habilidades y conocimientos necesarios, propios de la especialidad, y también, y no menos importantes, complementarios para su formación integral como profesional de la sanidad. Estas habilidades y conocimientos le permitirán desarrollar su labor en la sociedad, la cual es cada vez más exigente respecto a las competencias que sus médicos deben tener.

El ciudadano quiere, además, otros valores, ya que se supone que el conocimiento para tratar el problema de salud ya se posee. Estos valores sólo se pueden alcanzar mediante una estrategia de calidad total en el proceso de formación de los futuros especialistas.

Por tanto, la calidad del programa se basará en su capacidad de satisfacer expectativas específicas y complementarias de aprendizaje, promoviendo la adquisición de competencias específicas y complementarias.

A su vez, el especialista en formación también se convertirá en actor propio del proceso, ya que su interacción también marcará claramente el resultado final. El residente, pues, nunca puede ser ajeno al proceso en sí.

A partir de la definición del proceso se hace necesaria una estandarización. Por tanto, es imprescindible definir unos indicadores de calidad y un sistema de evaluación para que, siguiendo el ciclo de mejora, podamos profundizar en el proceso de mejora continua. Estos indicadores deben ser relevantes y fáciles de medir.

Las medidas de valoración del proceso se referirán no sólo a las competencias finales adquiridas, sino a la efectividad del propio proceso, a los docentes, a la metodología utilizada o a las medidas de la satisfacción³.

Referiremos algunos posibles indicadores:

– De adecuación de programa (proceso): número de intervenciones quirúrgicas realizadas, número de técnicas, etc.

– De participación: en los programas de formación complementaria, en las comisiones técnicas, etc.

– De producción científica: número de sesiones presentadas, publicaciones, etc.

– De satisfacción.

La autoevaluación periódica nos permitirá comparar los resultados con los objetivos fijados, con los obtenidos entre las diferentes unidades docentes de un mismo centro (*benchmarking* interno) o con los resultados de los mejores centros (*benchmarking* externo).

La aplicación del modelo europeo de mejora de la calidad (EFQM) también puede ser un marco de referencia válido para evaluar la calidad del proceso formativo. Este modelo nos puede permitir identificar áreas de mejora para establecer una estrategia adecuada y obtener niveles de excelencia.

A pesar del creciente papel que en las organizaciones sanitarias está adquiriendo la aplicación de la metodología de la calidad total, en el campo de la educación médica y, dentro de ella, la formación médica de posgrado tenemos poca experiencia en programas de calidad validados. Por tanto, la necesidad existe, debido al compromiso que las instituciones sanitarias y también los organismos de la Administración responsables adquieren con la sociedad, donde actuarán nuestros futuros médicos.

Bibliografía

1. Gray Ellrodt A. Introduction of total quality management into an internal medicine residency. *Acad Med* 1993;68:817-23.
2. Franco G, Bisio S, Scand J. Total quality strategy in the formative process of the occupational physician. *Work Environ Health* 1999;25:153-6.
3. Hayden J, McKinlay D. Monitoring standards of training. *Medical Education* 2001;35:68-72.