



ASPECTOS ORGANIZATIVOS. CALIDAD

■ ASPECTOS ORGANIZATIVOS

■ Planificación

A pesar de la existencia de medios eficaces para su correcto tratamiento, la prevalencia del dolor postoperatorio es inaceptablemente alta. No se pone en duda la necesidad de introducir programas eficaces de analgesia postoperatoria, pero su puesta en marcha y gestión requieren un proceso de planificación estructurada en el que se preste la debida atención al proceso de mejora continua de la calidad. La situación de partida y el impacto del programa pueden evaluarse mediante el uso de auditorías clínicas o encuestas. El plan de formación permite la introducción segura de las diferentes modalidades terapéuticas en las plantas quirúrgicas. La protocolización de los tratamientos y el programa de calidad se articulan mediante la elaboración e implantación de vías clínicas. Todo el proceso se monitoriza mediante la evaluación de los indicadores y estándares que cada servicio elija como representativos de su actividad.

Las estrategias que pueden utilizarse para introducir unidades o programas de analgesia postoperatoria se pueden fundamentar en las recomendaciones de las instituciones y sociedades científicas implicadas (ver Bibliografía).

En concreto, la *Joint Commission for the Accreditation of Health Care Organizations* (JAHCO), entidad dedicada a la acreditación de la calidad de los centros sanitarios en los Estados Unidos, ha diseñado una serie de estándares, totalmente aplicables a nuestro medio, que tienen como objetivo mejorar el manejo del dolor que se realiza en los hospitales. Estos criterios se centran en siete puntos:

- Reconocer el derecho de los pacientes a ser asesorados sobre el dolor.
- Hacer una estimación de su frecuencia y determinar su naturaleza e intensidad.
- Reevaluar de forma continua el nivel de dolor.
- Prescribir las medicaciones más efectivas para el control del dolor.
- Identificar las necesidades del paciente para hacer un buen control una vez ha recibido el alta hospitalaria.
- Asegurar la formación de los profesionales en lo que se refiere a la información sobre el dolor y su tratamiento.
- Educar tanto a los pacientes como a los familiares sobre los tratamientos que se utilizan actualmente.

Todo ello ha de plasmarse en un plan de manejo del dolor.

Estos son unos principios muy generales. De una manera más concreta, el inadecuado con-

trol del dolor postoperatorio hizo que el Real Colegio de Cirujanos y el entonces Colegio (ahora Real Colegio) de Anestesiólogos del Reino Unido publicaran un informe conjunto que incluía una serie de recomendaciones y objetivos:

- Mejorar la educación del personal en el campo del tratamiento del dolor y cuestionar las actitudes tradicionales ante el dolor postoperatorio.
- Evaluar y cuantificar el dolor de manera sistemática, implicando al paciente siempre que sea posible.
- Asignar la responsabilidad del control del dolor postoperatorio a un miembro determinado del servicio en cada hospital.
- Establecer equipos de dolor agudo en todos los hospitales.
- Introducir nuevos métodos y utilizar los métodos disponibles más eficazmente, dando la importancia debida al factor seguridad.
- Evaluar y auditar la actividad realizada de manera continua.
- Proporcionar el material apropiado para la provisión del servicio de control del dolor en todos los hospitales.
- Disponer de personal experto necesario para este servicio.

■ Infraestructura

En el establecimiento de una unidad de dolor agudo postoperatorio deben tenerse en cuenta recomendaciones concretas respecto a personal, equipamiento, locales y protocolos.

Personal

Siempre que el tratamiento del dolor postoperatorio conlleve el control simultáneo de diferentes pacientes, resulta necesaria la existencia de un servicio de dolor agudo formalmente constituido. El servicio de dolor agudo permite el cui-

dato rápido y eficiente de diferentes pacientes en el medio hospitalario, facilita el tratamiento analgésico continuo y brinda un excelente medio de enseñanza para los residentes. Es deseable que anestesiólogos y cirujanos se sientan comprometidos con el plan de analgesia postoperatoria, pero es preciso que uno o varios miembros del servicio se responsabilicen del programa. El número de médicos adscritos a la Unidad dependerá del volumen de trabajo, de la accesibilidad a los quirófanos y las plantas quirúrgicas y, sobre todo, de la situación de partida, pues frecuentemente en muchos centros hay que empezar de cero. No debe olvidarse que el tratamiento del dolor agudo postoperatorio puede necesitar ser atendido a cualquier hora del día o de la noche, también los fines de semana.

Tanto en la Unidad de Reanimación como en las salas del hospital, las enfermeras son las principales "operadoras" del servicio de dolor agudo. Se considera que la enfermería actualmente precisa una mayor formación respecto a prácticamente todos los métodos de control del dolor, de manera que resulta imprescindible un período de formación previa para poder acometer esta labor. Algunos autores sugieren que, por razones financieras, los servicios de dolor agudo deberían constituirse fundamentalmente por enfermeras (modelos «de bajo coste»), actuando los médicos sólo como consultores; estas consideraciones se basan en estimaciones hechas en otros países y quizá no son aplicables a nuestro entorno.

Otro colaborador principal en la unidad de dolor agudo es el farmacéutico hospitalario. La farmacia del hospital es fundamental para la preparación, almacenamiento y distribución de los preparados utilizados en analgesia epidural y/o PCA. Si se utilizan infusiones continuas, estas deben ser de volumen suficiente para permitir su renovación al menos una vez al día. La impli-

cación del servicio de Farmacia en la UDA, sobre todo en el momento del pase diario de visita, es de gran ayuda para planificar los tratamientos en pacientes polimedicados, ajustar las dosificaciones ante patologías concomitantes, hacer conversiones de medicamentos, etc.

Aunque quizá menos que en las unidades de dolor crónico, otros profesionales de diferentes departamentos pueden participar en el funcionamiento de las unidades de dolor agudo.

Equipamiento

Los modernos medios de infusión permiten la administración segura de analgésicos epidurales e intravenosos y no se necesita una tecnología muy sofisticada para poner en marcha un servicio de dolor agudo. Sin embargo, es básico que la unidad disponga de:

- Bombas de analgesia continua y/o a demanda.
- Autoinfusores.
- Dispositivos de monitorización.
- Material para realizar bloqueos e implantar catéteres.
- Material de reanimación.
- Localizador para el personal de guardia.

Locales

Dependiendo del volumen de trabajo y del número de pacientes atendidos, se precisa la disponibilidad de locales que permitan:

- La preparación de medicación.
- La realización de técnicas analgésicas.
- El mantenimiento y archivo de la documentación clínica.
- Las reuniones del personal responsable.

Protocolos y estándares

La unidad de dolor agudo debe desarrollar protocolos que permitan mantener niveles de calidad consistentes. Estos deben incluir órde-

nes médicas de tratamiento, protocolos de enfermería y la documentación que permita una buena comunicación entre los médicos dentro y fuera del quirófano.

Funcionamiento

El servicio de dolor agudo asume la responsabilidad de la terapia analgésica a demanda del servicio quirúrgico y del anestesiólogo responsable del caso en el quirófano. Cuando se precise la utilización de un catéter epidural o de otro tipo, se tiende a implantar este en propio quirófano, aunque su seguimiento y control posterior es responsabilidad del servicio de dolor agudo.

Aunque la primera fase de información sobre la analgesia postoperatoria debe realizarse en la propia consulta de Anestesia, el servicio de dolor agudo generalmente contacta con el paciente por primera vez en la sala de despertar y ocasionalmente en la sala de hospitalización. En este primer contacto se abre la documentación clínica que permite el seguimiento del tratamiento analgésico y de la evolución del paciente en lo referente al control del dolor.

La protocolización de los tratamientos mediante la elaboración e implantación de vías clínicas facilita la instauración de la analgesia y el seguimiento de los enfermos.

Aunque se realicen una o dos visitas diarias regladas de los pacientes atendidos, el funcionamiento del servicio debe permitir que el paciente sea visto en el mismo momento en que se produce la demanda de tratamiento, ya que la administración diferida de la analgesia resulta mucho menos eficaz y genera posteriormente un mayor número de llamadas.

En el pase de visita rutinario también se decide el momento en que el tratamiento analgésico pasa de nuevo al servicio referente, generalmente a las 48 horas de la intervención.

■ PROGRAMA DE CALIDAD

La mejora continua de la calidad requiere la evaluación constante de las actividades desarrolladas. Para ello, deben elegirse una serie de indicadores que sean representativos de la realidad asistencial y del impacto del programa. En nuestro centro, agrupamos los indicadores en siete grupos:

- 1º Evaluación del dolor postoperatorio: dolor como quinta constante vital.
- 2º Cobertura de la vía clínica.
- 3º Efectividad de la atención clínica.
- 4º Efectos secundarios de la analgesia.
- 5º Estudio de las variaciones.
- 6º Utilización de la medicación.
- 7º Indicador de satisfacción.

Estos indicadores, con sus correspondientes estándares, pueden facilitar la implantación

de un plan de calidad, pero deben revisarse constantemente para asegurar que responden a las necesidades para las que fueron diseñados.

Un problema frecuente de los programas de calidad basados en indicadores es que pueden acabar siendo un proceso más o menos complejo de recogida de datos sin mayores repercusiones en la práctica clínica. Para evitar este esfuerzo inútil, deben programarse periódicamente reuniones de los profesionales responsables del programa. El concepto de "mejora continua de la calidad" hace referencia justamente a esta cuestión.

También el plan de formación incluye su propio programa de calidad, cuyos resultados se analizan conjuntamente con el plan de calidad de la vía clínica.