



UNIVERSIDAD DE BURGOS

GESTIÓN DE CALIDAD DE UNA UNIDAD DEL DOLOR

METODOLOGÍA EN GESTIÓN DE LA CALIDAD



Tutor: **Dra. Maria Consuelo Saiz Manzanares**

Grado en Enfermería

Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Burgos

Curso 2016/2017

Nerea Barrasa Hernández

Azucena González Andrés

Natalia Trevilla Ortiz

ÍNDICE

RESUMEN:	2
ABSTRACT:.....	2
1. INTRODUCCIÓN.....	2
2. JUSTIFICACIÓN.....	4
3. DESARROLLO DEL PROYECTO.....	5
A. DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO	5
B. OBJETIVOS.....	8
C. FASES, ACCIONES Y PLANIFICACIÓN TEMPORAL PARA DESARROLLAR LOS OBJETIVOS... 8	
D. EVALUACIÓN	9
E. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS.....	12
F. ELABORACIÓN DE UN PLAN DE MEJORA	15
4. CONCLUSIONES	18
5. LÍNEAS FUTURAS DE INVESTIGACIÓN	18
6. BIBLIOGRAFÍA	19
7. ANEXOS	20

RESUMEN:

El aumento de la esperanza de vida en los países desarrollados y el progresivo envejecimiento de la población acarrea consecuencias como el aumento de las enfermedades crónicas lo que significa la nueva pandemia del siglo XXI. Según la OMS *“los padecimientos sin cura y prolongados en el tiempo son y serán la gran carga de los sistemas de salud”*.

Este trabajo se centra en la gestión de un servicio de calidad en una unidad de dolor, especialmente en el dolor crónico. Y se plantea la idea de cómo mejorar la atención dirigida a estos pacientes, ayudar a una mejor comprensión del tratamiento, en definitiva, mejorar la calidad de vida de estos pacientes que por la patología que sufren se ven incapacitados por el dolor constante y no pueden realizar las actividades de la vida diaria.

ABSTRACT:

The increase in life expectancy in developed countries and the progressive aging of the population brings consequences such as the increase of chronic diseases, which means the new pandemic of the 21st century. According to the who, "uncured and prolonged conditions in time are and will be the great burden of health systems".

This work focuses on managing a quality service in a pain unit, focusing especially on chronic pain. And it raises the idea of how to improve the care directed to these patients, help a better understanding of the treatment, ultimately improve the quality of life of these patients who by the pathology they suffer are incapacitated by constant pain and cannot perform Activities of daily living.

1. INTRODUCCIÓN.

La aplicación de la metodología de enfermería está directamente ligada con el desarrollo de un programa de calidad. La OMS en Europa ha definido la atención sanitaria de calidad como *“aquella que identifica las necesidades de salud de los individuos o de la población de una forma total y precisa y destina los recursos necesarios a estas necesidades, de forma oportuna y tan efectiva como el estado actual del conocimiento lo permite”*.

Alcanzar un nivel de calidad satisfactorio se vincula a desarrollar una atención efectiva, eficaz, basada en la actuación científica adaptada a la práctica asistencial y que sea evaluada como positiva por los distintos agentes implicados administradores, profesionales y usuarios.

La enfermería está directamente relacionada con la calidad asistencial, con el objetivo de satisfacer las necesidades de los pacientes, la docencia, investigación y gestión de calidad en los servicios.

La calidad de analiza desde tres niveles:

1. **Calidad en general:** busca la satisfacción de las necesidades y expectativas de aquellos a quienes dirigidos los servicios.
2. **Calidad de los servicios de salud:** busca la excelencia y esta depende de la accesibilidad de los servicios y personas del equipo, el nivel de satisfacción, calidad científico técnica...
3. **Calidad de un servicio para un problema de salud concreto:** la calidad de procesos de atención o servicios concretos, relacionados con problemas de salud o situaciones específicas, la calidad se define por medio de requisitos que se hacen medibles a través de criterios o indicadores que ayudan a saber si un objetivo se cumple y hasta qué punto. Según Virginia Henderson la calidad de la atención de enfermería es: *“la consecución de características y acciones que posibilitan la restauración en cada paciente, del nivel de salud que nos es dado remitirle”*.

En salud, el concepto de calidad es general, abstracto y complejo, no lo definen ni el centro ni las normas, sino el paciente por ello es importante que sus expectativas y necesidades coincidan con las nuestras.

Al ser un término tan abstracto existen varias dimensiones dentro del mismo:

- **La calidad directa:** cambios objetivos en el estado de salud de los pacientes, demostrados con la curación o mejoría de la situación y mediante comprobación clínica.
- **La calidad indirecta:** cuestiones significativas que influyen o condicionan la posibilidad de obtener un mejor estado de salud, entre ellas la dotación de los servicios, los tratamientos, la disminución de los costes.
- **La calidad percibida:** Percibida por el usuario de los servicios de salud, en la valoración que éste o su familia hacen de la atención y sus circunstancias. Es la más difícil de definir, ya que para cada persona tiene su propio significado, el cual está influenciado por tres aspectos: el trabajo técnico, la relación interpersonal, y las comodidades entorno al cuidado.
- **La calidad demostrada:** Estudio comparativo entre los parámetros previamente establecidos y la percepción de la realidad de los distintos agentes implicados.

ANTES	AHORA
Cumplir estándares y procedimientos definidos	Satisfacer expectativas del cliente
Invertir tiempo y dinero	Ahorrar tiempo y dinero
La calidad es responsabilidad de unos pocos	La calidad es responsabilidad de todos
Detectar los errores	Evitar los errores

Tabla 1: “Comparación del viejo enfoque del paradigma de calidad con el nuevo de calidad total”

Medida de calidad:

Medir la calidad de un servicio o de una organización supone comprobar que el producto/servicio realizado cumple las expectativas de satisfacción en los agentes implicados.

Actualmente la medición de los resultados en salud se ha convertido en una obligación de cualquier sistema sanitario. Imprescindible para evaluar la **efectividad** de la atención sanitaria.

2. JUSTIFICACIÓN.

Dado que la gestión del dolor se ha convertido en un indicador relevante de buena práctica clínica y de la calidad asistencial, es imprescindible un buen manejo desde una perspectiva multidisciplinar, en el que la enfermería juega un papel importante.

El papel de la enfermería pretende ofrecer un plan de atención que refuerce la capacidad de autocuidado del paciente, revertir efectos secundarios de cada uno de los tratamientos y las consecuencias que conlleva en su uso diario, para la obtención de resultados más eficientes y satisfactorios para el usuario y el sistema sanitario.

Los cuidados enfermeros pueden ayudar a solucionar o atenuar los problemas que presentan los pacientes con dolor crónico mediante la formulación de diagnósticos enfermeros reales o potenciales y colaborando con otros profesionales de la salud para así mejorar la calidad de vida de estos pacientes.

El dolor es un grave problema de salud pública en todo el mundo. Ni el dolor agudo ni el crónico suelen recibir un tratamiento adecuado por diversas razones: cultura, actitud, educación, política y logística...

En concreto el dolor crónico es la causa más frecuente de sufrimiento e incapacidad que compromete la calidad de vida de las personas afectadas y es muy costoso desde el punto de vista económico y social. ^{(1) (2)}

En las unidades del dolor, el papel de la enfermería constituye el factor puente entre paciente, la familia y el resto del equipo asistencial, como miembro de este equipo debe contar con las funciones específicas de programación, coordinación, asistencia y docencia.

La correlación que existe entre la satisfacción del paciente, la adhesión al tratamiento, así como una posible mejora de su estado de salud son herramientas útiles para medir la calidad de la asistencia sanitaria que recibida. ^{(1) (2)}

Un paciente bien informado, conocedor del fármaco que debe tomar y de los posibles efectos secundarios va a adherirse al tratamiento de forma correcta, por tanto, utilizará menos recursos.

Una familia conocedora de los signos y síntomas, sabrá transmitir la situación del paciente, aunque este no pueda acudir a consulta. Enseñar a incluir de forma correcta y estimulante los programas de ejercicio físico e higiene postural en los cuidados prestados por la enfermera es sin duda una de las intervenciones más eficaces a considerar. ^{(1) (2)}

3. DESARROLLO DEL PROYECTO

A. DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO

La unidad de dolor es una de las unidades asistenciales del HUBU y está formada por el Servicio de Anestesia, Reanimación y Terapéutica del dolor, gran parte de los especialistas que trabajan en esta unidad son anestesiólogos.

La necesidad de creación de este servicio tiene diversas razones de carácter clínico, práctico y económico. Los pacientes que acuden suponen un volumen importante de pacientes con dolor crónicos. ⁽³⁾

Actualmente el equipo lo constituyen:

- Director de la Unidad del Dolor
- Jefe del Servicio
- Coordinador general de la Unidad del Dolor.
- Coordinador Médico de la Unidad del Dolor.
- 7 médicos especialistas en Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor a tiempo parcial.

- 2 médicos Internistas Residentes (M.I.R) de anestesia (rotan a lo largo de 3 meses por esta unidad).
- Psicólogo
- Supervisora de la Unidad del Dolor.
- 4 enfermeras que trabajan a tiempo completo.
- 3 auxiliares de enfermería a tiempo completo.
- Secretaria de la Unidad del Dolor. ⁽³⁾

Aparte de todos estos profesionales la Unidad mantiene una estrecha colaboración con los servicios de:

- Neurología y Neurofisiología.
- Traumatología
- Neurocirugía.
- Rehabilitación.
- Psiquiatría.
- Medicina Interna.
- Oncología.
- Angiología y Cirugía Vascular.
- Reumatología. ⁽⁴⁾

Las unidades asistenciales o ámbitos de trabajo de la unidad son:

- **Gabinete de la UD:** integrada en el área quirúrgica, en ella se centraliza la labor asistencial propia del manejo de dolor intrahospitalario. (Dolores postoperatorios, dolores crónicos reagudizados) y la práctica de técnicas analgésicas ambulatorias.
- **Consultas externas:** se realizan las visitas diarias de los pacientes con síndromes dolorosos crónicos para ver la evolución del dolor.
- **Quirófano:** donde se realizan técnicas analgésicas.
- **Planta hospitalaria:** La UD tiene la capacidad de ingresar a aquellos pacientes con síndromes dolorosos en los que se ha indicado desde consultas externas una técnica analgésica. ⁽³⁾

El equipo de la Unidad del Dolor se organiza jerárquicamente tal y como se explica en la Figura 1:

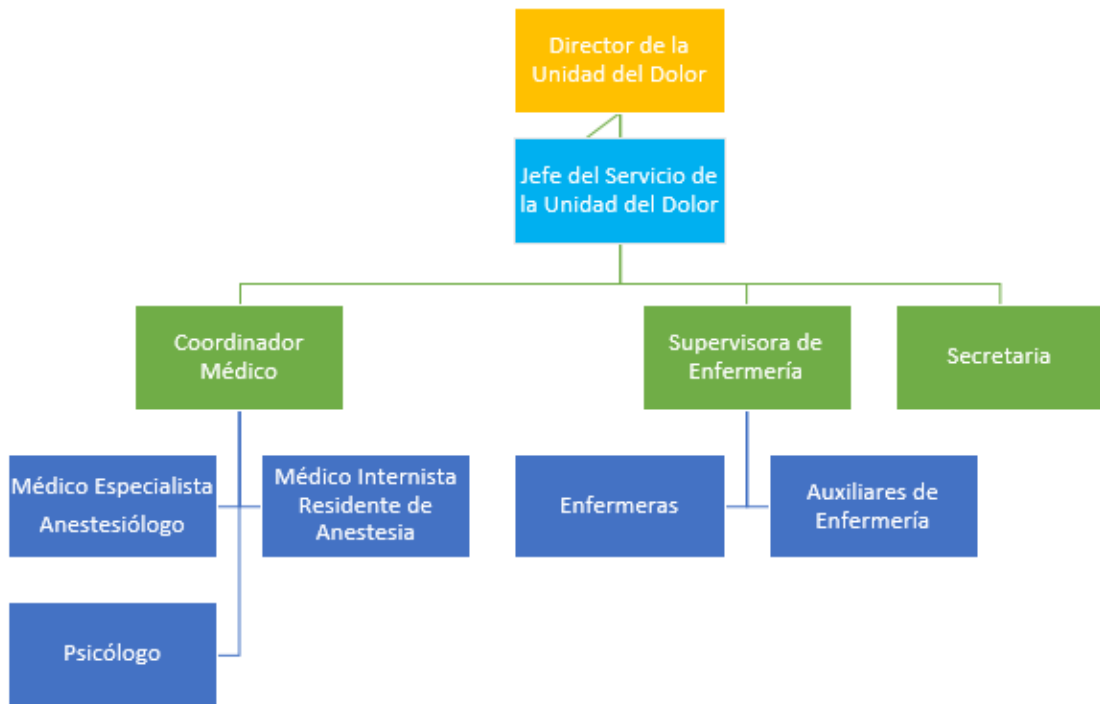


Figura 1: “Organigrama de la Unidad del Dolor”. ⁽⁴⁾

Las técnicas de la Unidad del Dolor se dividen según el tipo de dolor al que nos hallemos:

- Dolor agudo
- Dolor crónico: técnicas analgésicas con finalidades diagnósticas o terapéuticas. ⁽³⁾

Ajustándose a las necesidades de cada paciente, en la Unidad se realizan tratamientos con fármacos que actúan sobre las causas del dolor, tratamientos con bloqueos nerviosos de las zonas que presentan dolor, tratamientos con procedimientos de radiofrecuencia, procedimientos de denervación, sistemas de administración de fármacos a través de iontoforesis, bombas de infusión, sistemas de estimulación eléctrica (Electrodos, TENS, corrientes interferenciales, ozonoterapia). ⁽⁴⁾

Las diferentes patologías que trata la Unidad del Dolor son:

- Patología de la columna vertebral: Lumbalgias, lumbociatalgias, cervicobraquialgias, síndromes postquirúrgicos de columna vertebral, aplastamientos vertebrales son las que se tratan con mayor frecuencia.
- Fibromialgia y dolor miofascial
- Cefaleas y neuralgias faciales

- Dolor articular
- Dolor neuropático
- Dolor postquirúrgico
- Dolor de origen visceral
- Dolor de origen vascular
- Dolor de origen oncológico
- Dolor de origen psicogénico ⁽⁴⁾

B. OBJETIVOS

Objetivos generales:

- Evaluar la satisfacción del paciente y la familia acerca de los cuidados de enfermería que ha recibido durante la estancia en la unidad del dolor. (escala de satisfacción)
- Mejorar la calidad de vida y los cuidados en los pacientes paliativos crónicos. (escala EVA de dolor)

Objetivos específicos:

- Mejorar la calidad en la aplicación de la técnica empleada en el tratamiento.
- Evaluar la calidad de la atención prestada en la atención intrahospitalaria (escala de satisfacción).
- Procurar la comprensión de la información recibida sobre su diagnóstico, posibilidades terapéuticas y tratamiento que se les va administrar.
- Minimizar los efectos secundarios.
- Potenciar el autocuidado a través de técnicas de educación para la salud.

C. FASES, ACCIONES Y PLANIFICACIÓN TEMPORAL PARA DESARROLLAR LOS OBJETIVOS

Dado que el principal objetivo es evaluar la satisfacción del paciente y la familia acerca de los cuidados de enfermería que ha recibido durante la estancia en la unidad del dolor, se ha decidido realizar una encuesta para valorar su satisfacción.

El estudio se va a realizar a 100 pacientes con patología crónica que han finalizado su tratamiento en la Unidad del Dolor.

Se definieron los siguientes criterios de acceso en la encuesta:

- Eficacia limitada de las terapéuticas utilizadas.
- Elevada intensidad del dolor.
- Expectativas de mejora con el paso por la Unidad del Dolor.

Se realizó un estudio mediante una encuesta de satisfacción de fácil comprensión y respuesta. La encuesta fue pasada a la muestra de pacientes al finalizar todo el proceso que les había propuesto la Unidad de Dolor. Fue contestada de forma oral o escrita dependiendo de la capacidad de cada paciente, todos ellos aceptaron contestarla.

Las variables que se analizaron fueron edad, sexo, EVA, diagnóstico principal, técnica aplicada y encuesta de satisfacción, y los resultados obtenidos se compararon con la escala EVA inicial y la EVA final.

Para la evaluación de los ítems que valora la satisfacción de los pacientes se cuenta con escalas Likert, valoradas desde 1 (nada satisfecho) a 5 (muy satisfecho). ⁽¹⁾

Además, como otro de los objetivos, es que al alta de la Unidad del Dolor los pacientes tengan unos mínimos conceptos para su autocuidado y puedan manejar el posible dolor que tengan de una manera adecuada, se ha realizado un folleto informativo en el que se explican conceptos como el dolor, tratamiento farmacológico y sobre todo el tratamiento no farmacológico ^{(ANEXO 1). (1)}

D. EVALUACIÓN

Con la finalidad de evaluar si los objetivos que se han propuesto han sido resueltos, se ha elaborado los indicadores. Para evaluar la Unidad de Dolor se realizará mediante la medición del dolor en los pacientes con la Escala Visual Analógica (EVA) ^(ANEXO 2) al inicio y al final del tratamiento, y una encuesta ^(ANEXO 3) autoadministrable al finalizar el tratamiento para evaluar la satisfacción de los pacientes a lo largo del tratamiento prestado por los profesionales de la Unidad del Dolor. ⁽⁵⁾

El cuestionario está compuesto por ítems con respuesta tipo Likert del 1 al 5 (1=nada satisfecho, 2=poco satisfecho, 3=satisfecho, 4 bastante satisfecho y 5= muy satisfecho) y otros con respuesta dicotómica de opción múltiple.

La medición de la EVA se realiza mediante una línea horizontal del 1 al 10, en cuyos extremos se encuentran las expresiones extremas de la percepción del dolor. En el lado izquierdo (1) se ubica la ausencia o menor intensidad y en el derecho (10) la mayor intensidad. Se pide al paciente que marque el punto donde se encontraría su intensidad del dolor. También, esta escala podemos utilizarla para la medición del dolor en niños o en personas con algún tipo de deficiencia, mediante las respuestas de dibujos de las caras en las que se expresa el dolor.

Los estudios realizados demuestran que el valor de la escala refleja de forma fiable la intensidad del dolor y su evolución. ⁽⁵⁾

Los indicadores son los instrumentos de medida para la realización de la evaluación de las medidas propuestas, en el proyecto se han establecido:

Objetivo 1: *“Evaluar la satisfacción del paciente y la familia acerca de los cuidados de enfermería que ha recibido durante la estancia en la unidad del dolor”*

Para su evaluación, la muestra elegida de pacientes cumplimentará un cuestionario, el que se utilizará como indicador el análisis de los datos de satisfacción que se ha valorado. Para ello se les harán estas preguntas:

- ¿Considera que está usted satisfecho con la atención recibida?
- ¿Considera que su estancia en la UD ha mejorado la calidad de vida y la de sus familiares?

Valoradas mediante Escala Likert del 1 (nada satisfecho) al 5 (muy satisfecho).

Objetivo 2: *“Mejorar la calidad de vida y los cuidados en los pacientes paliativos crónicos”.*

Para su evaluación se usarán los siguientes indicadores:

- ¿Cree que han mejorado sus cuidados y ha disminuido el dolor tras el tratamiento?
- Escala EVA antes y después del tratamiento

Estimados mediante Escala Likert del 1 (nada satisfecho) al 5 (muy satisfecho) en la pregunta del cuestionario, y la Escala EVA del 1 (menor intensidad) al 10 (mayor intensidad).

Objetivo 3: *“Mejorar la calidad en la aplicación de la técnica empleada en el tratamiento”.*

Para la evaluación de la técnica de los profesionales se han utilizado:

- ¿Cómo considera la preparación del personal sanitario que le atiende durante su estancia?
- ¿Cree que el personal sanitario tiene conocimientos sobre el material técnico que utiliza para su cuidado?

Valorados estos indicadores mediante Escala Likert del 1 (nada satisfecho) al 5 (muy satisfecho).

Objetivo 4: *“Evaluar la calidad de la atención prestada en la atención intrahospitalaria”*

Para la valoración de este objetivo se va a utilizar estos dos indicadores:

- ¿Cómo es el trato personal que recibe por parte del equipo sanitario y su disponibilidad?
- ¿El equipo sanitario le transmite seguridad y confianza?

Valorados mediante Escala Likert del 1 (nada satisfecho) al 5 (muy satisfecho).

Objetivo 5: *“Procurar la comprensión de la información recibida sobre su diagnóstico, posibilidades terapéuticas y tratamiento que se les va administrar”.*

Para su evaluación se utilizarán estos indicadores:

- ¿Considera que el equipo sanitario explica y clarifica detenidamente la información sobre sus cuidados?
- ¿Ha sido explicado con anterioridad el tratamiento que ha seguido durante su estancia en la UD?

Valorados mediante Escala Likert del 1 (nada satisfecho) al 5 (muy satisfecho).

Objetivo 6: *“Minimizar los efectos secundarios”.*

Para evaluar este objetivo, se han utilizado el indicador:

- ¿Durante el tratamiento tuvo algún problema, dolor, náuseas, mareos u otro efecto secundario?

Valorado mediante Escala Likert del 1 (nada satisfecho) al 5 (muy satisfecho)

Objetivo 7: *“Potenciar el autocuidado a través de técnicas de educación para la salud (realización de ejercicio, normas posturales, estilos de vida...)”*

Se ha evaluado mediante el indicador:

- ¿El equipo sanitario ha potenciado y ayudado a su autocuidado después de la estancia en la UD?

Valorado este indicador mediante Escala Likert del 1 (nada satisfecho) al 5 (muy satisfecho).

Este objetivo se ha solventado mediante la entrega de un folleto informativo a todos los pacientes de la UD que han llevado a cabo el tratamiento para así, a la hora de estar en su casa sin cuidados médicos puedan resolver todas sus dudas ^(ANEXO 1).

E. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

De los 100 pacientes encuestados, 58 eran mujeres y 42 hombres.

Respecto al diagnóstico principal el 42% de los pacientes presentaban fibromialgia siendo el resultado más elevado, el 21% artrosis, el 12% artritis, el 4% lumbalgias y el 21% otros tipos de diagnósticos.

La intensidad del dolor, previo a realizar el tratamiento propuesto, medido mediante la Escala Analógica Visual (EVA) fue en el 88% severo, 9% moderado y 3% leve, en cambio, después de aplicar el tratamiento, la intensidad del dolor fue de 24% severo, 51% moderado y 25% leve.

A los 100 pacientes tras la aplicación de la técnica terapéutica se les propuso realizar una encuesta de satisfacción sobre la atención recibida. El 75% de los pacientes estaban satisfechos, siendo un 25% los que se encontraban en desacuerdo.

De la misma encuesta se obtiene la valoración de la atención personal, de la cual el 45% está bastante satisfecho; respecto a la técnica del tratamiento el 35% se encuentra bastante satisfecho; en la disponibilidad de los profesionales se encuentra que el 56% de los encuestados están satisfechos; en la valoración de la información prestada el 60% se encuentran poco satisfechos y respecto a la disminución de los efectos secundarios el 45% están satisfechos.

Respecto a valoración de repetir el tratamiento de nuevo, el 76% de los pacientes sí que lo harían y el 24% no lo repetirían.



Gráfico 1.- “Comparación entre sexo en los encuestados”

Respecto a este gráfico se observa la variable independiente asignada, sexo, en la que el 58% eran mujeres y el 42% eran hombres, la edad media era de 62.11 años y se encontraban entre un rango de 35 a los 89 años.

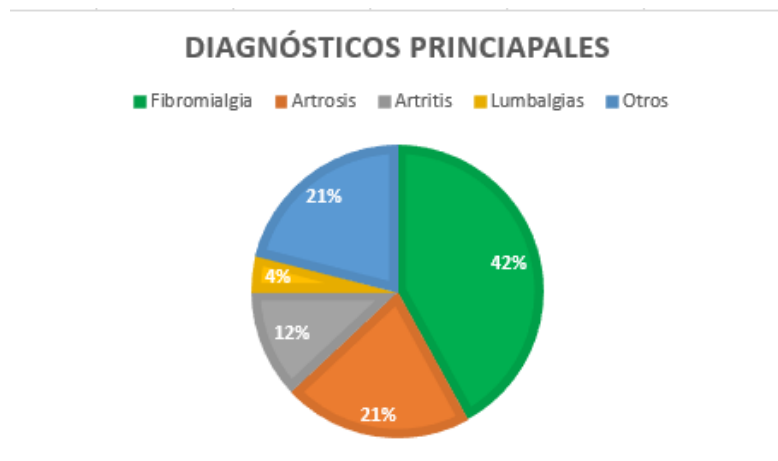


Gráfico 2.- “Comparación entre los diagnósticos principales de la UD”

En este gráfico se observa que los diagnósticos principales para acceder a la Unidad de Dolor son problemas lumbares y osteoartritis, siendo problemas que son derivados por su complejidad de tratamiento del dolor en atención primaria por su elevada aparición de efectos secundarios y falta de cumplimiento terapéutico de los pacientes.

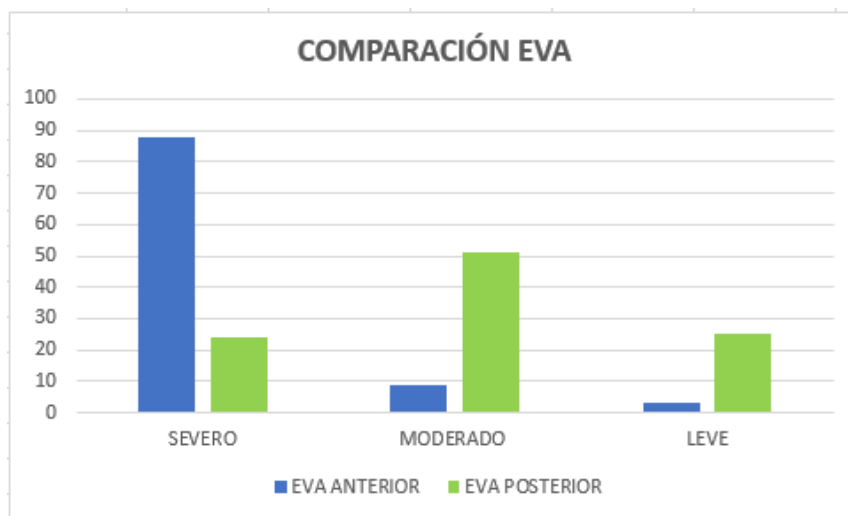


Gráfico 3.- “Comparación EVA antes y después del tratamiento”

La comparación del manejo del dolor mediante la Escala EVA antes y después de la administración del tratamiento, se observa que ha mejorado mucho, ya que se ha ido aumentando la comprensión del paciente sobre su situación, el nivel de funcionamiento físico, ha ido disminuyendo la percepción del nivel de dolor y sufrimiento, aportando estrategias para afrontar la discapacidad y el estrés, y promoviendo la participación activa del paciente en su tratamiento. ⁽⁶⁾

RESPUESTAS ENCUESTAS					
¿Está satisfecho?					
Si	75				
No	25				
Ademas... Valora:	Nada satisfecho	Poco satisfecho	Satisfecho	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
Atención personal	10	15	20	45	10
Técnica del tratamiento	5	15	30	35	15
Disponibilidad profesionales	13	22	56	7	2
Información prestada	16	60	18	5	1
Disminución efectos secundarios	7	20	45	20	8
¿Repetiría el tratamiento?					
Si	76				
No	24				

Tabla 2.- “Resumen de las respuestas a la encuesta de satisfacción”



Gráfico 4.- “Resultado de la encuesta de satisfacción a la pregunta si repetiría el tratamiento”

En la Tabla 2 y en el gráfico 4, se observa la satisfacción de los pacientes encuestados a forma de resumen, los cuales mayoritariamente están de acuerdo en que una Unidad de Dolor de calidad tiene que tener presente aspectos como: una buena atención personal, una adecuada técnica para administrar el tratamiento y tener un buen seguimiento. También, que la información que se presta a los pacientes a la hora de explicar el tratamiento y los cuidados sea la correcta, y que haya una disminución de los efectos secundarios.

A continuación, se visualiza que un 76% volvería a repetir el tratamiento en caso de recaídas, y un 24% no.

F. ELABORACIÓN DE UN PLAN DE MEJORA

Una vez transcurrido cuatro meses (de marzo a junio de 2017, ambos incluidos) para el cumplimiento de los objetivos se procede al análisis de los datos.

Posteriormente las encuestas serán analizadas, se informará a los profesionales de la unidad y se realizará un plan de mejora de los objetivos que no se hayan conseguido.

Tras el análisis de los resultados obtenidos se puede observar que los objetivos propuestos al inicio del estudio pueden ser mejorables.

Por orden de prioridad hemos identificado estas situaciones susceptibles de mejora:

- Información prestada.
- Técnica de tratamiento
- Disponibilidad de los profesionales
- Disminución de los efectos secundarios
- Atención personal

La investigación se centró en las dos primeras ya que son las que más importancia tienen a la hora de realizar el plan de mejora, al ser las peores valoradas en la encuesta de satisfacción hecha por los pacientes. Para llevar a cabo dicho Plan de Mejora es necesario averiguar las causas por las cuales no se han alcanzado los objetivos propuestos, para ello se realiza un diagrama de flujo:

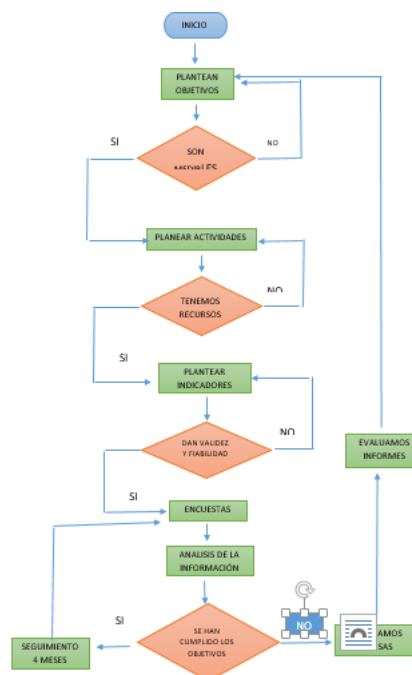


Figura 2: “Diagrama de flujo de Plan de Mejora”.

Objetivo 1: “Procurar la comprensión de la **información recibida** sobre su diagnóstico y posibilidades terapéuticas”

Para poder proponer unas posibles soluciones, se va analizar y buscar las posibles causas que lo provocan. Las causas de la falta de información en los pacientes de la UD son: la falta de tiempo, mucha carga de trabajo, suponer que al ser una enfermedad crónica el paciente sabe cómo se desarrolla el dolor de la enfermedad y en muchas ocasiones no lo conocen.

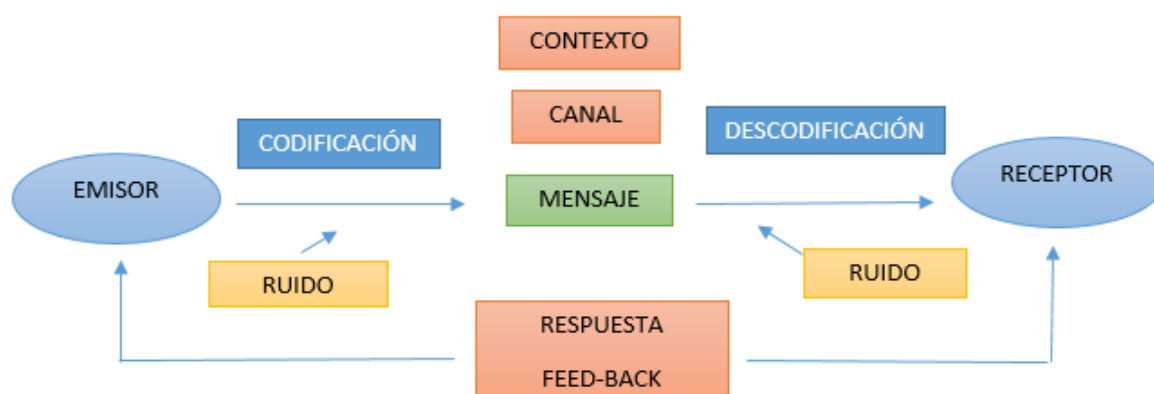


Figura 3: “Esquema de comunicación”

Para mejorar esta situación se ha pensado que al iniciar el tratamiento se debe ofrecer la información requerida por el paciente, para ello la enfermera el primer día tendrá que realizar un “protocolo de acogida de calidad” para que el paciente conozca qué tipo de tratamiento se va a realizar y cómo se va a desarrollar.

Durante el tratamiento la enfermera tendrá que empatizar con los pacientes para ganarse su confianza y así poder tener una buena comunicación y poder resolver sus dudas.

Como innovación se va a crear un foro o correo en el que los pacientes pueden plasmar sus dudas e inquietudes a los profesionales y estos responderles de forma individual y anónima.

A los tres meses se va a evaluar si mejora la información recibida, de manera que pasaremos una encuesta para ver si la información dada resulta eficaz y si las medidas propuestas las utilizan.

Como acción de mejora, el jefe de la UD hablará con la administración e hospital para plantear el problema y se barajará la posibilidad de contratar a más personal.

Por otro lado, el comité de calidad junto con el servicio elaborará unos folletos informativos y explicativos sobre los diversos procedimientos, técnicas, posibles efectos secundarios... que se darán al paciente. Esta actividad no excluye que el personal deba explicar al paciente su situación y esté disponible para resolver sus dudas o preocupaciones.

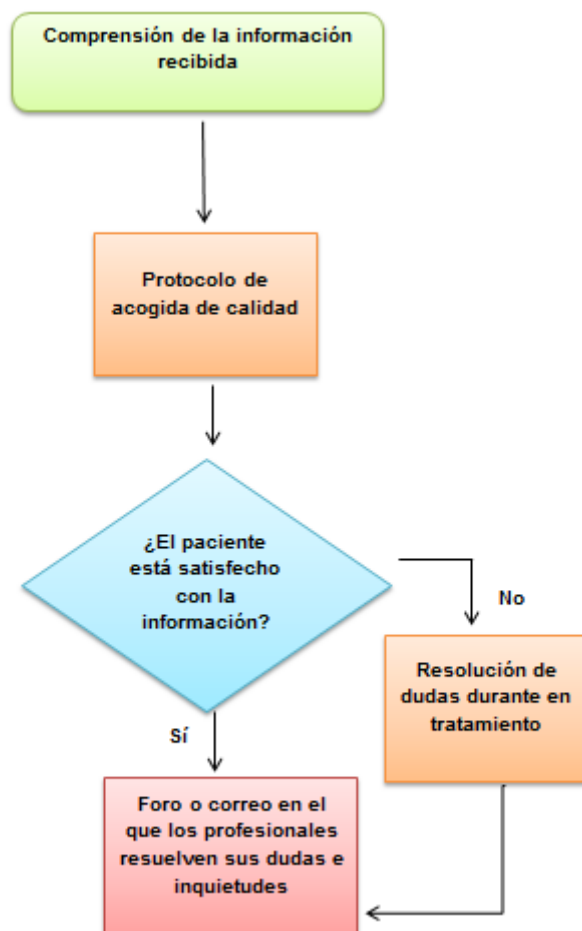


Figura 4: “Diagrama acción de mejora de la comunicación”

Objetivo 2: *“Mejorar la calidad en la aplicación de la técnica empleada en el tratamiento”.*

Respecto a la calidad de la técnica del tratamiento no es un aspecto que en la encuesta de satisfacción ha resultado deficitario, pero se cree que es un indicador muy importante y siempre mejorable ya que el tratamiento del dolor en las enfermedades crónicas es un aspecto muy complicado.

Para ello, se ha creído conveniente realizar 2 sesiones informativas al año para los profesionales del servicio, en las que se explique detenidamente las técnicas más importantes en la UD, para así poder valorar posteriormente con una puntuación mayor mediante una nueva escala.

Se realizarán reuniones después de estas sesiones para evaluar la posibilidad de aplicar nuevas técnicas en la unidad.

Trimestralmente el equipo se reunirá para hablar sobre las preguntas, dudas preocupaciones más frecuentes de los pacientes y posibles cambios y mejoras en cuanto a la información impartida a los pacientes a su llegada a la unidad y a lo largo del tratamiento. Esto ayudará a mejorar el objetivo anterior, así como la evaluación de los protocolos vigentes en ese momento y su posible cambio si fuera necesario.

4. CONCLUSIONES

Tras la realización de este proyecto cabe destacar la importancia de los programas de calidad dentro de un servicio hospitalario, ya que de ello depende el funcionamiento de un hospital y lo más importante la vida de las personas.

En el servicio que nosotras se ha elegido para elaborar este plan, se tratan multitud de patologías algunas son crónicas, en estos casos prima la calidad de vida de la persona, que el dolor no sea incapacitante y permita desarrollar a los pacientes las actividades de la vida diaria o al menos mejorar su situación y otras se trata a pacientes que se encuentran en el final de la vida, en estos casos lo más importante es la mayor comodidad de los pacientes en la situación más crítica de su vida.

Cada persona es única y también lo es la patología que sufre, por tanto, es importante tener en cuenta la situación en la que se encuentra, como esto afecta a su vida, los años transcurridos desde el diagnóstico, la independencia de los cuidados, la motivación, el grupo de apoyo, así como sus dudas o preocupaciones...

Gracias al trabajo se ha podido apreciar que, simplemente aplicando medidas de bajo coste y sencillas de realizar, como la autoadministración de encuestas y una atención más personal supone una mejora en los cuidados y en la salud de los pacientes que son tratados en una unidad del dolor.

A medida que se ha ido realizando el trabajo y una vez marcados los objetivos que se quisieron lograr, se ha querido primar el papel fundamental que tiene el feed-back con los pacientes con los que se trabaja ya que ayuda a tener una mejora constante y una evaluación continua de los objetivos del servicio. Aportando constantemente por medio de la evaluación de satisfacción, una información continua que permite que se plantee la renovación de las actividades, cuidados y atención directa que se prestan.

5. LÍNEAS FUTURAS DE INVESTIGACIÓN

La mejora continua de la calidad, es el objetivo prioritario de cualquier servicio de salud, pero sobre todo en la Unidad del Dolor, donde los pacientes esperan ser atendidos con la mayor rapidez y eficacia posible para paliar el dolor crónico.

Además del plan de mejora, se destacan algunos aspectos importantes a mejorar en un futuro en la UD. ⁽⁷⁾

En primer lugar, se cree que sería importante la elaboración de un criterio de derivación de pacientes desde Atención Primaria a la Unidad del Dolor antes de que ese dolor se vuelva crónico.

También, sería de gran utilidad la incorporación a la historia clínica de los pacientes encuestas de valoración del dolor como: sistematización de la evaluación del dolor, escalas de ansiedad o depresión relacionada con el dolor, cuestionarios validados del dolor, etc.

Y por último, otro aspecto que es importante, es la realización de ensayos clínicos y de actividades formativas con la finalidad de promover el conocimiento del dolor dirigidas a los profesionales.⁽⁷⁾

6. BIBLIOGRAFÍA

1. García MC, Ribera M V., Gomez A et all. Valoración de la satisfacción con el proceso asistencial de pacientes adultos afectos de patología crónica del raquis. Soc española del dolor [Internet]. 2011;228–34. Available from: <http://scielo.isciii.es/pdf/dolor/v18n4/original3.pdf>
2. Goberna M, Mayo M, Lojo V. Gestión y actuación enfermera en la unidad de dolor crónico. Revista de la sociedad española del dolor [Internet]. Madrid; 2014;21 nº1. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462014000100006
3. Ribera H, Cano JM, García I et all. Descripción de la actividad asistencial de la Unidad del Dolor del Hospital Universitario Son Dureta durante el periodo 2000-2006. Med Balear [Internet]. 2008;vol. 23 nº. Available from: http://ibdigital.uib.es/greenstone/collect/medicinaBalear/index/assoc/Medicina/_Balear2/008v23n1/p035.dir/Medicina_Balear2008v23n1p035.pdf
4. Sanitas. Hospital Universitario la Zarzuela [Internet]. 2017. Available from: <http://www.hospitallazarzuela.es/es/unidades-multidisciplinares-dolor.php>
5. (SNS) O del SN de S. Escala Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) [Internet]. 2003. 2017. p. 216–26. Available from: http://www.guiasalud.es/egpc/cuidadospaliativos/completa/documentos/anexos/Anexo2_Escalas.pdf
6. Palanca I, Elola J, Puig M et all. Unidad de Tratamiento del Dolor Estándares y recomendaciones de calidad y seguridad. 2011 [Internet]. Madrid; 2011; Available from: http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/EERR/Unidad_de_tratamiento_del_dolor.pdf
7. Valencia HCU de, Malvarrosa H de. UNIDAD DOLOR CRÓNICO Departamento de Salud Clínico-Malvarrosa. 2011 [Internet]. Valencia; 2011; Available from: <http://www.anestesiadclinicovalencia.org/wp-content/uploads/2013/11/UDC.pdf>

8. López S, López A, Zaballos M et al. Recomendaciones sobre el manejo del dolor agudo postoperatorio en cirugía ambulatoria [Internet]. 2ª ed. Inspira Network, editor. Madrid; 2012. Available from: http://www.asecma.org/Documentos/Blog/Guia_DAP.pdf
9. Ruiz M V., Gómez A, Córcoles MP et al. VALORACIÓN Y MANEJO DEL DOLOR EN PACIENTES HOSPITALIZADOS. 2013 [Internet]. 2016; Available from: http://www.chospab.es/enfermeria/RNAO/guias/protocolo_valoracion_y_manejo_del_dolor_en_pacientes_hospitalizados.pdf

7. ANEXOS

ANEXO 1: "Folleto informativo sobre recomendaciones para el manejo del dolor" Anverso



(8) (9)

ANEXO 1: “Folleto informativo sobre recomendaciones para el manejo del dolor”
Reverso



“Todos quieren felicidad sin dolor, pero no se puede tener un **arcoiris** sin un poco de lluvia”

Manejo FARMACOLÓGICO del dolor:

El médico responsable del paciente establecerá cual va a ser el manejo farmacológico del dolor, dejando constar la pauta a seguir en función del tipo de dolor que presente el paciente.

Hay que asegurarse de que la **elección de analgésicos se adapta a cada persona.**

Aconsejar el uso del **programa más sencillo para la dosificación de los analgésicos** y las **modalidades de manejo del dolor menos invasivas:**

- La **vía oral** es la ruta preferida para el dolor crónico y el dolor agudo en la fase de curación.
- La vía Intramuscular no es recomendable en adultos, es dolorosa y poco fiable.
- Asegurarse de que se han prescrito vías **alternativas** cuando no pueda hacerse a través de la vía oral, teniendo en cuenta tanto las **preferencias** del paciente como la vía más **eficaz** y menos invasiva.

Manejo NO FARMACOLÓGICO del dolor:

Se deben combinar los métodos farmacológicos y no farmacológicos para conseguir un manejo eficaz del dolor.

- Los tratamientos no farmacológicos **no se** deben utilizar como **sustituto del tratamiento farmacológico** adecuado.
- La selección de los métodos no farmacológicos debe basarse en las **preferencias** del paciente así como en los objetivos del tratamiento.

UNIDAD DEL DOLOR
 HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BURGOS

Aplicación del FRÍO (Contribuye a bajar la inflamación y calmar el dolor).

- Contribuye a bajar la inflamación y calmar el dolor.
- El frío puede ser húmedo (compresas) ó seco (bolsa de hielo)
- Observar la piel y el estado general del paciente antes y después de la aplicación.
- Colocar durante 15-20 min. de forma discontinua cada 2 horas.

Aplicación CALOR (Contribuye a aliviar el dolor y los espasmos musculares).

- Contribuye a aliviar el dolor y los espasmos musculares.
- Colocar durante 15-20 min de forma discontinua cada 2 horas.

Cambios Posturales (conseguir posturas antiálgicas que mejoran el dolor).

- Flexión de caderas en procesos inflamatorios (apendicitis), alivia el dolor por la relajación del psoas.
- Anteflexión del tronco, puede mejorar el dolor en procesos de origen pancreático.

Medidas ambientales confortables (Temperatura de la habitación confortable, luz ambiental tenue, evitar ruidos, ropa de cama sin arrugas, seca y limpia...)

Intervención psicosocial, psicoeducativa y cognitivo-conductual

Las emociones que suelen aparecer de manera concomitante con el dolor son la ansiedad, el miedo y la depresión, lo cual enfatiza la importancia de prestar apoyo psicológico a los pacientes, en especial después de intervenciones agresivas y/o de pronóstico vital incierto.

Por lo tanto, es importante la **intervención psicológica** ya que ayuda a aumentar los niveles de malestar físico, manejar el dolor, motivar al paciente, etc.

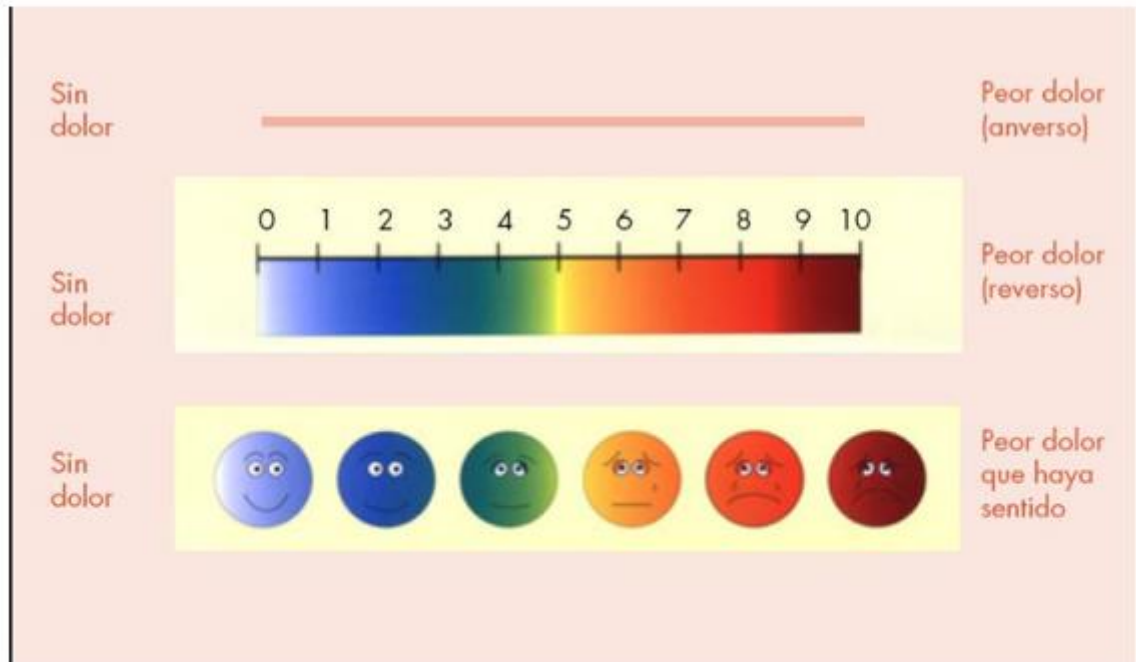
ANEXO 2: “Valoración del dolor pre y post del tratamiento mediante la EVA”

ESCALA ANALÓGICA VISUAL (EVA)

Mediante esta escala vamos a valorar la intensidad del dolor que usted siente antes y después del tratamiento que va a llevar a cabo en la Unidad de Dolor del HUBU.

Indique en la escala numérica del 0 al 10 cual su intensidad del dolor habitualmente, siendo 0=menor intensidad y 10=mayor intensidad.

Gracias por su colaboración



ANEXO 3: “Encuesta de satisfacción de los usuarios de la Unidad del Dolor del HUBU”

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS DE LA UNIDAD DEL DOLOR					
En la siguiente encuesta se le van a hacer una serie de preguntas relacionadas con la atención percibida en la Unidad de Dolor en el HUBU. Hágalo con total libertad y recuerde que la encuesta es totalmente anónima y sus respuestas son de gran ayuda para nosotros.					
Edad					
Sexo	Hombre		Mujer		
Diagnóstico principal					
1. ¿Considera que está usted satisfecho con la atención recibida?					
	Nada satisfecho	Poco satisfecho	Satisfecho	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
Respuesta	1	2	3	4	5
2. ¿Considera que su estancia en la UD ha mejorado la calidad de vida y las de sus familiares?					
Respuesta	1	2	3	4	5
3. ¿Cree que han mejorado sus cuidados y ha disminuido el dolor tras el tratamiento?					
Respuesta	1	2	3	4	5
4. ¿Cómo considera la preparación del personal sanitario que le atiende durante su estancia?					
Respuesta	1	2	3	4	5
5. ¿Cree que el personal sanitario tiene conocimientos sobre el material técnico que utiliza para su cuidado?					
Respuesta	1	2	3	4	5
6. ¿Cómo es el trato personal que recibe por parte del equipo sanitario y su disponibilidad?					
Respuesta	1	2	3	4	5
7. ¿El equipo sanitario le transmite seguridad y confianza?					
Respuesta	1	2	3	4	5
8. ¿Considera que el equipo sanitario explica y clarifica detenidamente la información sobre sus cuidados?					
Respuesta	1	2	3	4	5
9. ¿Ha sido explicado con anterioridad el tratamiento que ha seguido durante su estancia en la UD?					
Respuesta	1	2	3	4	5
10. ¿Durante el tratamiento tuvo algún problema, dolor, náuseas, mareos u otro efecto secundario?					
Respuesta	1	2	3	4	5
¡MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN!					