

El dolor postoperatorio como indicador de calidad en CMA

Dra. M Zaballos

Anestesiología, Hospital Universitario Gregorio
Marañón, Madrid

Conflicto de intereses

- Menarini:
 - Ponencias
- AbbVie:
 - Asistencia a Congresos
 - Ayudas en investigación
 - Ponencias
- MBA
 - Asistencia a Congresos
 - Ponencias
- MSD
 - Asistencia a Congresos
 - Ponencias
- Ninguno en el contenido de esta presentación





Editorial

Pain relief: a universal human right

Humanitarian aspects of pain relief have been the subject of editorials in this journal (Janeti and Liebeskind, 1994; Liebeskind and Melzack, 1987) and the writings of one of the present authors (Cousins, 1999, 2000; Cousins and Bridenbaugh, 1980; Cousins and Phillips, 1986) and others (James, 1993; Somerville, 1994). Yet the gap between existing knowledge about pain and clinically inadequate practice is widening—in aggregate, fewer than 50% of acute, chronic or cancer pain receive adequate

Nevertheless, a consensus is now emerging that failure to treat pain appropriately is substandard medicine with poor outcomes, is unethical, and is susceptible to both public and professional action. This consensus has culminated in the concept of 'Pain Relief: a Universal Human Right', which is the theme of a joint International Association for the Study of Pain (IASP) European Federation of IASP Chapters (EFIC) 'Global Day Against Pain' to be launched for the first time with the World Health Organisation (WHO) in Geneva, October 11th, 2004.

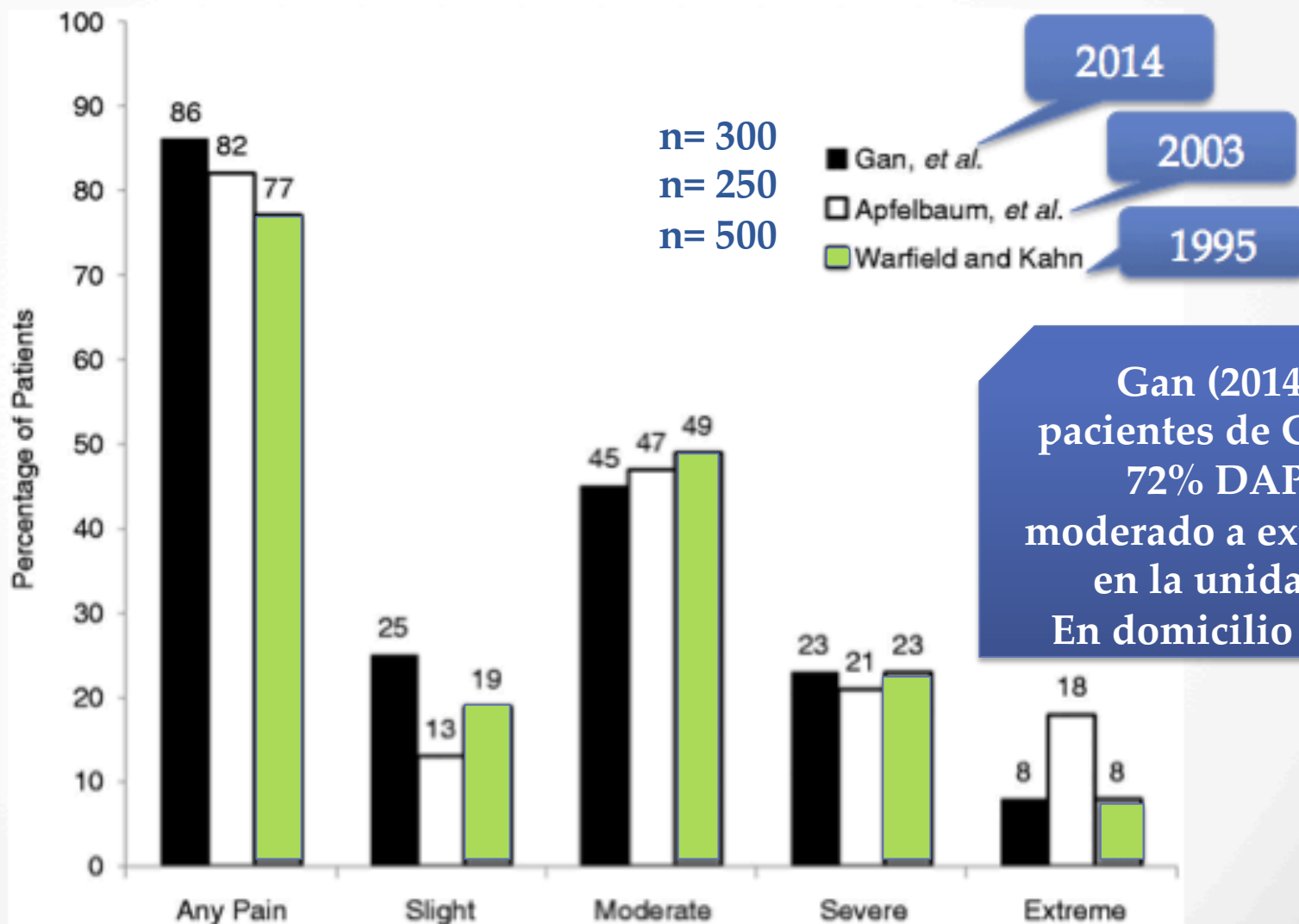
No tto del dolor se considera: medicina subóptima, efectos adversos, no ética, susceptible de acciones legales y profesionales.

Menos del 50% de los pacientes reciben tto adecuado del dolor

Fechas importantes


- **Guidelines for pain management** by the Office of the Forum for Quality and Effectiveness in Health Care of the Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ; were first published in **1992**
- In 2001, **the Joint Commission pain management standards** went into effect for all accredited healthcare institutions in the US
- In 2002, the **Veterans Health Administration** formally recognized pain as the **fifth vital sign** and published guidelines for post-operative pain management
- **Practice guidelines for pain management** in the perioperative setting, first published by the American Society of Anesthesiologists in **1995** were updated in **2004** and again in **2012**.

Dolor agudo postoperatorio: evolución en 20 años



Gan (2014)
pacientes de CMA:
72% DAP
moderado a extremo
en la unidad;
En domicilio 78%

Incidence, patient satisfaction, and perceptions of post-surgical pain: results from a US national survey

Tong J. Gan , Ashraf S. Habib, Timothy E. Miller, William White & Jeffrey L. Apfelbaum

Results:

Of the 300 participants, ~86% experienced pain after surgery; of these, 75% had moderate/extreme pain during the immediate post-surgical period, with 74% still experiencing these levels of pain after discharge. Post-surgical pain was the most prominent pre-surgical patient concern, and nearly half reported they had high/very high anxiety levels about pain before surgery. Approximately 88% received analgesic medications to manage pain; of these, 80% experienced adverse effects and 39% reported moderate/severe pain even after receiving their first dose.

¿Sigue siendo el control del dolor en CMA un problema real?

- Rawal N et al. Survey of postoperative analgesia following ambulatory surgery. Acta Anaesthesiol Scand 1997
- Rawal N. Postoperative pain management in day surgery. Anaesthesia 1998
- McGrath B, et al. Thirty percentage of patients have moderate to severe pain 24 hr after ambulatory surgery: a survey of 5,703 patients. Can J Anaesth 2004.

Day surgery in Finland: a prospective cohort study of 14 day-surgery units

Acta Anaesthesiol Scand 2009; 53: 455–463

Table 3

Clinical indicators for day-surgery patients ($n = 6659$).

	Percent
Unplanned overnight admission	5.9
Re-operation	0.06
Patient returns to hospital	0.4
Re-admission within 24 h	0.1
Patient returns to hospital 1–28 days after discharge	3.7
Readmission 1–28 days after discharge	0.7
Cancellation of booked procedures	6
Before arrival to the hospital	2.8
After arrival to the hospital	3.2

25 % Dolor

Clinical practice and routines for day surgery in Sweden: results from a nation-wide survey *Acta Anaesthesiol Scand* 2008; 52: 117-124

- Encuesta a 92 unidades de CA
- Procesos habituales:
 - Hernia, CL, hombro, microdiscectomía...
- 95% inician analgesia preoperatoria
- Umbral de tto. dolor: VAS 3,6
- Analgesia multimodal 71-76%
- Dolor severo: opioide (ketobemidona)
- 9 unidades utilizan BNP/A. Local continua
- **Causas ingreso: DOLOR, NVPO, SANGRADO**

REVIEW

Current issues in postoperative pain management

Narinder Rawal

Certain categories of patients are at a greater risk of being undertreated including the pregnant, the paediatric, the elderly, the opioid tolerant and the patient undergoing ambulatory surgery.


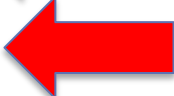


¿Cómo mejorar desde una perspectiva de calidad?

- El dolor, **como indicador de calidad**, es un parámetro de práctica asistencial, con potencial de mejora y que puede guiar los esfuerzos en mejorar la calidad.
- La recopilación de los datos para configurarlo como un indicador implica, sin duda, **una carga administrativa y para los profesionales**.
- Se deberá **seleccionar qué datos** se requieren y cómo actuar con la información obtenida.



Indicadores comunes en CMA afectados por el DAP

TABLE 1: CLINICAL INDICATORS FOR AMBULATORY SURGERY

1. Cancellation of booked procedures	1.1. Failure to attend the DSU 1.2. Cancellation after arrival at the DSU
2. Unplanned return to the operating room on the same day of the surgery	
3. Unplanned overnight admission	
4. Unplanned return of the patient to a DSU / Hospital	4.1. < 24 hours 4.2. > 24 hours and < 28 days 
5. Unplanned readmission of the patient to a DSU / Hospital	5.1. < 24 hours 5.2. > 24 hours and < 28 days 
6. Patient Satisfaction	

EUROANESTHESIA 2005

Vienna, Austria 28-31 May 2005

DEVELOPMENT OF CLINICAL INDICATORS FOR AMBULATORY SURGERY 2RC2

PAULO LEMOS

Anaesthetic Department Hospital Geral Santo António Porto, Portugal

Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria

La unidad Pacientes Asistencia Formación Investigación Profesionales

Domingo, 29 de enero de 2017

Inicio | Contacto

Estás en Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria > Asistencia > Calidad

Calidad

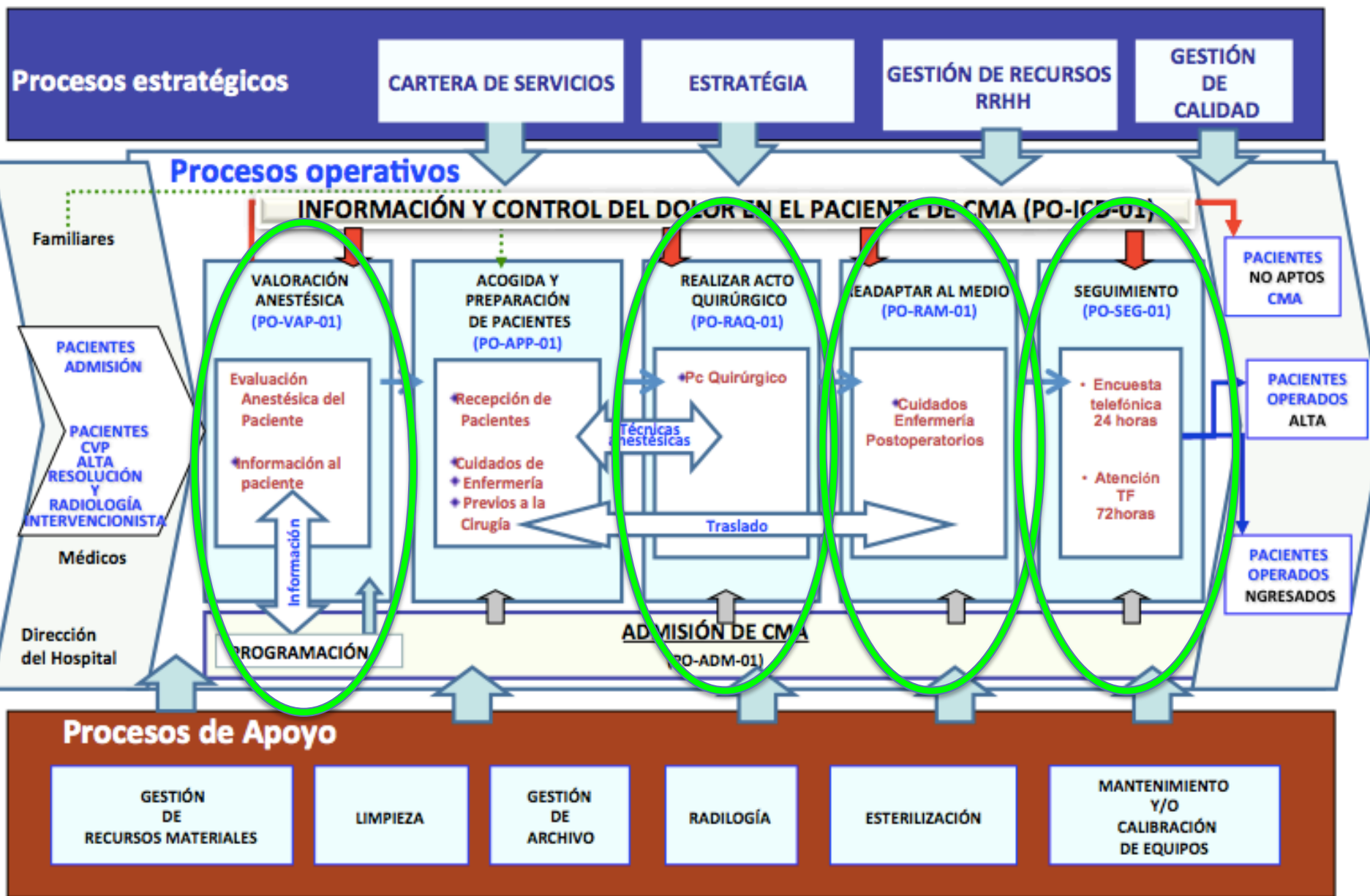
SHARE    ...

Mejorando la calidad asistencial

En el año 2013 la Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria obtuvo la certificación por norma UNE-EN ISO 9001:2008 continuando con su idea de mejora en la calidad asistencial.



MAPA DE PROCESOS DE CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA (CMA)



¿Qué indicadores pueden ser útiles para optimizar el control del dolor en CMA?

1. Información al paciente sobre el dolor en la valoración preoperatoria

2. Existencia de protocolos de manejo del dolor en CMA (cirugía con dolor leve, moderado, intenso)

3. Utilización de analgesia multimodal en cirugías asociadas con dolor moderado-severo (incluye infiltración herida y/o BNP + AINE + corticoides + paracetamol)

4. Registro del dolor en la URPA y tras el tratamiento

5. Registro del dolor al alta

INFORMACIÓN SOBRE EL DOLOR AL PACIENTE

INDICADOR:

$$\frac{\text{N.º de enfermos informados sobre el DAP}}{\text{N.º de enfermos evaluados en la consulta de anestesia}} \times 100$$

REGISTRO EN LA HISTORIA CLÍNICA PREANESTÉSICA (ESTÁNDAR: 100%)

PROCESO DEL ACTO QUIRÚRGICO

INDICADOR:

$$\frac{\text{N.º de enfermos con analgesia multimodal}}{\text{N.º de enfermos intervenidos cirugías dolor moderado severo}} \times 100$$

REGISTRO EN LA HOJA DE ANESTÉSICA (ESTÁNDAR: 100%)

RECUPERACIÓN POSTOPERATORIA EN LA UNIDAD

INDICADOR:

$$\frac{\text{N.º de enfermos que han sido evaluados en la URPA con ENV}}{\text{N.º de enfermos ingresados en la URPA}} \times 100$$

REGISTRO EN LAS HOJAS DE ENFERMERIA (ESTÁNDAR: 100%)

INDICADOR:

$$\frac{\text{N.º de enfermos en los que se ha evaluado eficacia de la analgesia mediante ENV}}{\text{N.º de enfermos que han recibido tto para el dolor en la URPA}} \times 100$$

REGISTRO EN LA HOJA DE DE ENFERMERIA (ESTÁNDAR: 100%)

Cuestiones comunes

- ❖ No formación profesionales
- ❖ No información al paciente y familiares
- ❖ No protocolos escritos
- ❖ No implementación de la analgesia multimodal
- ❖ No documentación de la valoración/intensidad del dolor
- ❖ No documentación de la eficacia de la analgesia utilizada
- ❖ No protocolos de rescate
- ❖ No documentación de la satisfacción

¿Es necesario un especialista en DAP en CMA?

- Evaluar las carencias en el proceso del control del DAP.
- Proporcionar cuidados óptimos en el manejo del DAP preoperatorio, intraoperatorio y postoperatorio.
- Prevenir consecuencias de DAP de carácter intenso y persistente.
- Entorno de seguridad del paciente.
- Impartir formación en DAP.
- **Supervisar la calidad en el proceso del DAP** (iniciativas, pacientes complejos, prevención y tto efectos adversos, abstinencia, supervisión de los protocolos de DAP).

