

¿SE PUEDE MEJORAR LA ANALGESIA POSTQUIRÚRGICA EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO?



- ◉ Los pacientes que se someten a una intervención quirúrgica padecen dolor en un grado variable.
- ◉ El alivio del dolor postoperatorio constituye un reto para los profesionales que componen el ámbito quirúrgico.
- ◉ A pesar de las continuas innovaciones farmacológicas y los incesantes avances tecnológicos, una gran parte de estos pacientes siguen tratados de forma inadecuada.



- En España las unidades de dolor no aparecieron hasta el año 2000 y en un número muy limitado de hospitales.

- UDA de bajo coste, formada:
 - Anestésista responsable del quirófano.
 - Facultativo responsable de cada paciente.
 - Enfermera de la URPA.
 - Las enfermeras de planta .

- Para facilitar el buen funcionamiento y la coordinación es **necesario trabajar con protocolos** .

OBJETIVOS

- Describir los protocolos analgésicos de la UDA.
- Describir la frecuencia de uso de los protocolos analgésicos, así como la vía utilizada y el modo de administración.
- Describir desde enfermería nuestros planes de mejora.



METODOLOGIA

- Recogida de datos de pacientes con protocolos analgésicos postquirúrgicos del año 2011, mediante la Hoja de control de la UDA.
- Análisis de los protocolos analgésicos pautados y estratificados por:
 - Especialidades.
 - Vía de administración.
 - Modo de administración.



RESULTADOS

- Existen 11 protocolos analgésicos postquirúrgicos en el Hospital de Barbastro.
 - Protocolo para cesáreas.
 - Protocolo EV en pediatría.
 - Protocolo libre (EV).
 - Protocolo para dolor leve(EV).
 - Protocolo para dolor moderado(EV).
 - Protocolo para dolor severo(EV).
 - Protocolo para vía epidural.
 - Protocolo para vía plexo nervioso.
 - Protocolo “Analgnesia controlada por el paciente”(PCA)(4).



ANALGESIA ENDOVENOSA PARA CESÁREA



UNIDAD DE DOLOR AGUDO POSTOPERATORIO
S. de Anestesiología y Reanimación
Hospital de Barbastro

Etiqueta del paciente

Fecha:
Alergias y/o intolerancias
medicamentosas:

ANALGESIA ENDOVENOSA PARA LA CESÁREA

PAUTA DE TRATAMIENTO EN URPA O REANIMACIÓN

- Oxígeno en gafas nasales a 3 lpm.
- Paracetamol 1 gr iv Hora de administración:.....
- Ondansetrón 4 mg iv diluido en 50 ml de SF Hora de administración:.....
- Omeprazol 40 mg iv diluido en 50 ml de SF: Hora de administración:
- Cl. Mórfico 4 mg en 50 de SF en 10 min cuando comience a movilizar extremidades inferiores [*Diluir una ampolla de morfina de 10mg(1ml) en 9 de SF (quedará 1ml = 1mg)].
- Si persiste dolor: bolus iv de morfina: 2 mg* cada 5 -10 min hasta control del dolor [*Diluir una ampolla de morfina de 10mg(1ml) en 9 de SF (quedará 1ml = 1mg) y administrar bolus de 2ml] Dosis total administrada de morfina (4mg + bolus de morfina):
- Iniciar elastómero iv para 48 h: 30 mg de Morfina + 180 mg de Ketorolaco (Droal ®) + 16 mg de ondansetrón (Zofran ®)+ añadir SF hasta un total de 96 ml.
Hora de inicio:

PAUTA DE TRATAMIENTO EN SALA DE HOSPITALIZACIÓN

- Oxígeno en gafas nasales a 3 lpm mientras lleve el elastómero.
- Mantener el elastómero iv (≈48h). Retirar cuando se termine y seguir analgesia según órdenes del S. de Ginecología.
- Rescate si dolor (EVA >3): Paracetamol 1 gr/ 6h iv (máx. 4 gr/ 24h).
- Omeprazol 40 mg/24 h iv.
- Monitorización cada 6h: TA, FC, Temperatura, EVA (0 - 10; omitir durante el sueño), Sedación (1-6), Frecuencia Respiratoria (sólo si sedación ≥3).
- No administrar otros opioides y/o sedantes. Si es posible, administrar los fármacos inmediatamente después de la toma de leche materna.
- Registro EVA a la llegada del paciente, 1h, 2h y luego C/8h si dolor <3

Tratamiento de efectos secundarios:

- Náuseas y/o vómitos: Metoclopramida (Primperan ®) 10 mg iv (máx. cada 6h o 0'5 mg/kg/día).
- Prurito: Dexclorfeniramina (Polaramine ®) 5 mg iv (máx. cada 8 h).

Otros tratamientos:

.....
.....

Avisar a anestesiólogo de guardia si: frecuencia respiratoria: ≤ 10/min, grado de sedación >2 segun escala de Ramsay, EVA >3, retención urinaria, vómitos o prurito refractarios, reacciones alérgicas (rush cutáneo, sibilancias, colapso cardio-circulatorio).

Fdo.

Nombre del anestesiólogo responsable:

.....



PROTOCOLO INTRAVENOSO EN PEDIATRIA

Analgesia endovenosa en pediatría (dolor leve- moderado). Administrar alternados cada 4 h:

- Nolotil 40 mg/ kg /8h
- Paracetamol 15 mg / kg / 8h
- Rescate si dolor: Ketorolaco 0.5 mg /kg (máximo 3 dosis de rescate / 24 h) . No administrar ketorolaco durante más de 48h
- Registro EVA a la llegada del paciente, 1h, 2h, y luego c/8h si dolor<3

PROTOCOLO INTRAVENOSO LIBRE



Analgesia endovenosa para ___ horas:

- Cl. Mórfico..... mg
- Tramadol..... mg
- Meperidina..... mg
- Ketorolaco..... mg
- Dexketoprofeno..... mg
- Metamizol..... g
- Droperidol..... mg
- Ondansetrón..... mg
- Metoclopramida..... mg
- Dexametasona..... mg
- Tratamiento de Ataque en URPA:.....
.....
- Si náuseas / vómitos:..... Si no ceden:.....
- Si dolor:..... Si no cede:
- O₂ endonasal alitros/min
- **Registro EVA a la llegada, 1 h, 2 h y c/8h si dolor <3**

Avisar al anestesiólogo si:

- Sedación > 3 (Escala Ramsay)
- Frecuencia respiratoria < 8 resp/min.
- Dolor: EVA > 3, que no cede con rescate

PROTOCOLO INTRAVENOSO PARA DOLOR LEVE-MODERADO



Protocolo 1 de analgesia endovenosa para dolor leve – moderado, para 24 horas:

- Tratamiento de ataque en URPA: Cl. Mórficomg + ondansetrón.....mg
- **Elastómero 24 h:** Cl. mórfico 10 mg + ketorolaco 90mg + ondansetrón 8 mg
- Si náuseas / vómitos: dexametasona 4 mg iv. Si no cede: metoclopramida 10 mg iv
- Si dolor: Paracetamol 1 g iv (máximo 4 g./24h) Si no cede: Nolotil 2 g iv (máximo 8g/24h)
- Omeprazol 40 mg / 24h
- O₂ endonasal a 3 litros/min
- Registro Eva a la llegada del paciente, 1h, 2h, y luego c/8h si dolor <3

Avisar al anestesiólogo si:

- Sedación >3(Escala Ramsay) .
- Frecuencia respiratoria < 8 resp/min.
- Dolor :EVA>3, que no cede con rescate.

PROTOCOLO INTRAVENOSO PARA DOLOR MODERADO-SEVERO



Protocolo 2 de analgesia endovenosa para dolor moderado – severo para 48 horas:

- Tratamiento de ataque en URPA: Cl. Mórficomg + ondansetrón.....mg
- **Elastómero** 48 h: Cl. mórfico 40 mg +ketorolaco 180mg + ondansetrón 16 mg
- Si náuseas / vómitos: metoclopramida 10 mg iv. Si no cede: dexametasona 4 mg iv.
- Si dolor: Paracetamol 1 gr. (máximo 4g /24h) Si no cede: Nolotil 2 gr. iv. (máximo 8g /24h)
- Omeprazol 40 mg / 24h
- O₂ endonasal 3 litros/min
- Registro Eva a la llegada del paciente, 1h, 2h, y luego c/8h si dolor <3

Avisar al anestesiólogo si:

- Sedación >3(Escala Ramsay) .
- Frecuencia respiratoria < 8 resp/min.
- Dolor :EVA>3, que no cede con rescate.

PROTOCOLO INTRAVENOSO PARA DOLOR SEVERO



Protocolo 3 de analgesia endovenosa para dolor severo para 48 horas:

- Tratamiento de ataque en URPA: Cl. Mórficomg + ondansetrón.....mg
- Elastómero 48 h:Cl. mórfico 60 mg +ketorolaco 180mg + ondansetrón 24 mg iv
- Si náuseas / vómitos: metoclopramida 10 mg iv. Si no cede: dexametasona 4 mg iv
- Si dolor: Paracetamol 1 gr.(máximo 4g./24h) Si no cede: cloruro mórfico 2 mg. iv.
- Omeprazol 40 mg / 24h
- O₂ endonasal 3 litros/min
- Registro Eva a la llegada del paciente, 1h, 2h, y luego c/8h si dolor <3

Avisar al anestesiólogo si:

- Sedación >3(Escala Ramsay) .
- Frecuencia respiratoria < 8 resp/min.
- Dolor :EVA>3, que no cede con rescate.

PROTOCOLO VIA EPIDURAL



Analgesia VIA EPIDURAL:

- Fármaco :..... % conmicrogr. de fentanest (=ml de fentanest) en cada 100 ml de la preparación.
- Ritmo de perfusión:.....ml/hora.
- Ondansetrón 4 mg iv / 12h. Si náuseas / vómitos: dexametasona 4 mg iv
- Dexketoprofeno 50mg/8h. Rescate si dolor: Paracetamol 1 g (máximo 4 g. en 24 h)
- Suspender perfusión y retirada de catéter el día de..... de 20....(Retirar el catéter cuando hayan pasado al menos 12 horas de la última dosis de heparina de bajo peso molecular y no se puede poner la siguiente dosis de heparina hasta pasadas al menos 6 horas después de la retirada del catéter)

Registro EVA a la llegada, 1 h, 2 h y c/8h si dolor <3

Avisar si escala Bromage: 3 (= paciente no dobla nada las piernas)



PROTOCOLO VIA EPIDURAL PCA

PCA epidural para ___ horas:

- Medicación:% conmcg / ml de fentanest (=ml de fentanest en 100ml de prep
- Si náuseas / vómitos:..... Si no ceden:.....
- Dexketoprofeno 50 mg / 8h
- Omeprazol 40mg iv / 24h
- O2 endonasal alitros/min
- **Registro Eva a la llegada del paciente, 1h, 2h, y luego c/8h si dolor**

- Perfusión continua.....ml/h
- Si dolor: bolo de.....ml
- Tiempo de cierre entre bolos.....min
- Límite máximo en 4 horas.....ml



PROTOCOLO PCA INTRAVENOSO

PCA endovenosa para ___ horas.

Cargar la siguiente medicación en _____ ml de S. fisiológico:

- | | |
|--------------------------|--------------------------|
| ▪ Cl. Mórfico..... mg | • Droperidol..... mg |
| ▪ Tramadol..... mg | • Ondansetrón..... mg |
| ▪ Meperidina..... mg | • Metoclopramida..... mg |
| ▪ Ketorolaco..... mg | • Dexametasona..... mg |
| ▪ Dexketoprofeno..... mg | |
| ▪ Metamizol..... G | |

- Si náuseas / vómitos:..... Si no ceden:..... • O₂ endonasal alitros/min
- Registro Eva a la llegada del paciente, 1h, 2h, y luego c/8h si dolor <3

- Perfusión continuaml/h
- Si dolor: bolo deml
- Tiempo de cierre entre bolos.....min
- Límite máximo en 4 horas.....ml

Protocolo PCA morfina endovenosa 0.5mg/h para 48 horas:

Cl. Mórfico 50 mg + Ondansetrón 16 mg (Cargar la siguiente medicación en S. Fisiológico hasta 100ml)

- Dexketoprofeno 50 mg / 8h
- Omeprazol 40 mg / 24 h
- O₂ endonasal alitros/min

- Si náuseas / vómitos: dexametasona 4mg iv. Si no ceden: metoclopramida 10 mg iv
- Registro Eva a la llegada del paciente, 1h, 2h, y luego c/8h si dolor <3

- Perfusión continua: a 1 ml/h
- Si dolor: bolo de 2 ml
- Tiempo de cierre entre bolos: 30min
- Límite máximo en 4 horas: 16 ml

Protocolo PCA morfina endovenosa 1mg/h para 48 horas:

Cl. Mórfico 100 mg + Ondansetrón 16 mg . (Cargar la siguiente medicación en S. Fisiológico hasta 100ml)

- Dexketoprofeno 50 mg / 8h.
- Omeprazol 40 mg / 24 h
- O₂ endonasal alitros/min

- Si náuseas / vómitos: dexametasona 4mg iv.Si no ceden: metoclopramida 10 mg iv
- Registro Eva a la llegada del paciente, 1h, 2h, y luego c/8h si dolor <3

- Perfusión continua: a 1 ml/h
- Si dolor: bolo de 2 ml
- Tiempo de cierre entre bolos: 30min
- Límite máximo en 4 horas: 10 ml



PROTOCOS POR ESPECIALIDAD AÑO 2011

ESPECIALIDAD	Nº PROTOCOLOS	%
TRAUMATOLOGIA	297	41,89%
GINECOLOGIA	193	27,22%
CIRUGIA	157	22,14%
UDM	31	4,37%
UROLOGIA	26	3,67%
ORL	5	0,71%
	709 TOTAL	

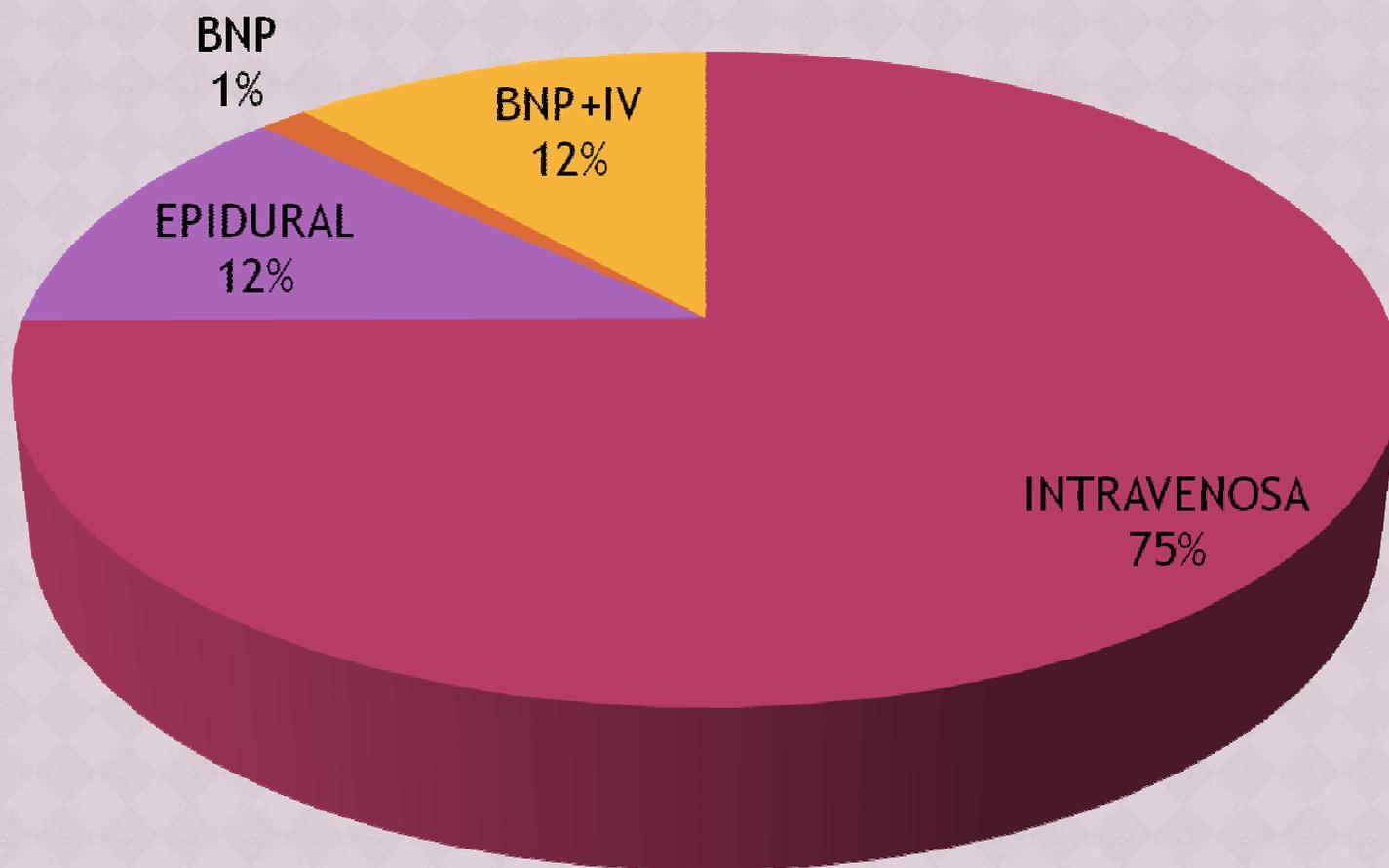


PROTOSCOLOS POR ESPECIALIDADES MAS FRECUENTES

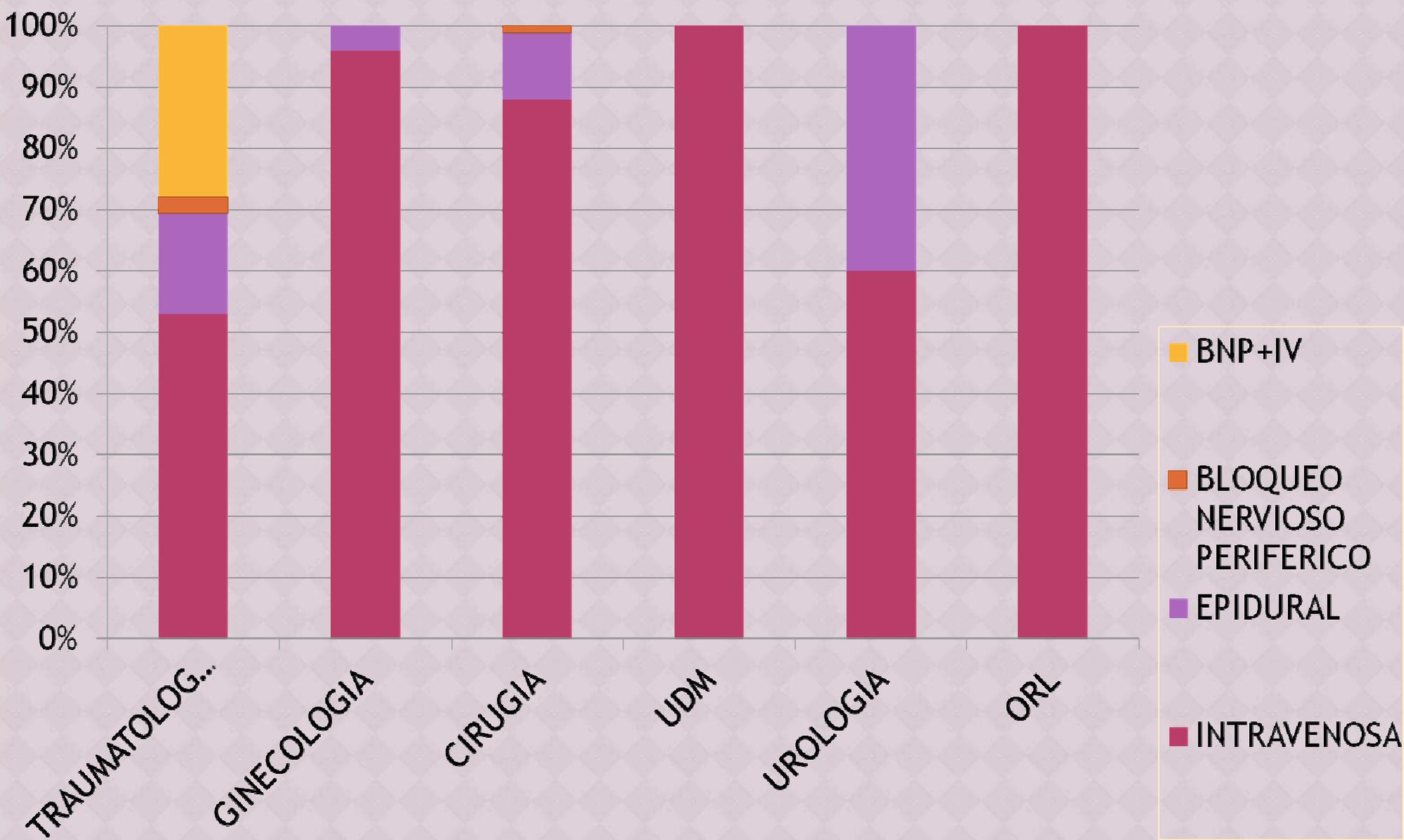


TRAUMATOLOGIA 297	PROTESIS DE RODILLA	165	<u>55,55%</u>
	PROTESIS DE CADERA	68	22,89%
	RESTO	64	21,54%
GINECOLOGIA 193	CESAREAS	130	<u>63,35%</u>
	RESTO	63	32,64%

POR VIA DE ADMINISTRACIÓN

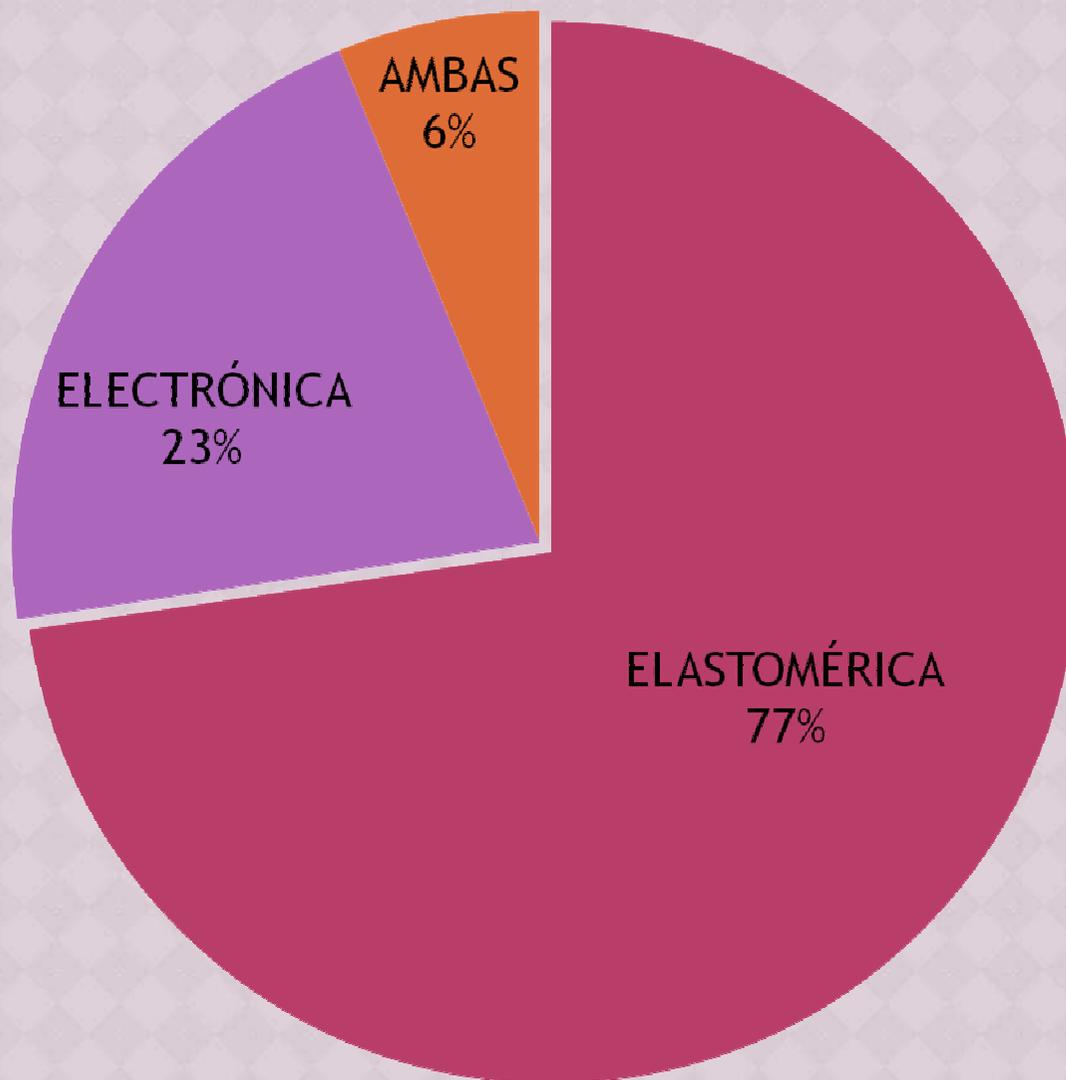


POR VIA DE ADMINISTRACIÓN Y ESPECIALIDAD



POR MODO DE ADMINISTRACIÓN

BOMBAS



DISCUSIONES

- El hospital de Barbastro tiene una UDA de bajo coste, con cobertura las 24 horas.
- Trabaja con protocolos analgésicos:
 - Actualizados y administrados mediante diferentes dispositivos de forma continua.
 - Basados en la mejor evidencia disponible.
 - Fácilmente comprensibles , pegados en las ordenes de tratamiento de planta y firmados por anestesista responsable.



DISCUSIÓN

- ◉ El éxito solo es posible si:
 - Funcionamos como una unidad multidisciplinar.
 - Las decisiones son consensuadas.

- ◉ ¿QUÉ PODEMOS HACER PARA MEJORAR ?
 - Comunicarnos.
 - Formarnos.
 - Investigar.
 - Evaluar los resultados.
 - Poner en marcha planes de mejora.
 - Contar con los pacientes y familiares.



¿QUÉ HA HECHO ENFERMERÍA?



- Talleres:
 - Manejo de bombas analgésicas en plantas quirúrgicas.
 - Preparación de las bombas y actualización en los protocolos analgésicos en el bloque quirúrgico.
- Sesión de enfermería: “Dolor como 5ª constante”.
- Registro del dolor (DAP) en la gráfica de constantes.
- Información en la Intranet.
- Foro abierto sobre dolor (Intranet).
- Evaluaciones anuales de los resultados.
- Puesta en marcha de líneas de mejora.

FINALIZAR

- Se decide continuar con los estudios iniciados, centrándonos en procesos específicos.
- Los protocolos de la Unidad se han revisado y actualizado (Junio 2012).
- Es conveniente que los protocolos sean consensuados por todos los miembros del equipo para reducir la variabilidad.





MUCHAS GRACIAS