

## Hospital sense dolor. De la teoria a la pràctica al Consorci Sanitari del Garraf

**Victòria Ariza<sup>1</sup>, Júlia Ferreras<sup>2</sup>, Rosa M. Simón<sup>1</sup>, Carme Prades<sup>3</sup>, Glòria Alba<sup>4</sup>, Margarita Charlez<sup>3</sup>, Jaume Prat<sup>5</sup>**

<sup>1</sup>Àrea de Qualitat; <sup>2</sup>Servei d'Anestèsia; <sup>3</sup>Direcció d'Infermeria; <sup>4</sup>Servei de Farmàcia; <sup>5</sup>Direcció Mèdica. Consorci Sanitari del Garraf. Sant Pere de Ribes.

### Resum

El correcte maneig i control del dolor en el pacient hospitalitzat és un indicador de bona pràctica i qualitat assistencial. En aquest sentit, els professionals del Consorci Sanitari del Garraf es van marcar com a fita encaminar el centre cap a un 'hospital sense dolor'. Al finalitzar el projecte es va assolir una millora en l'efectivitat del tractament (68,9% final vs. 50,3% inicial), en la prevalença de dolor actual (11% vs. 18,2%) i en la prevalença a les 24 hores (28,9% vs. 43,7%).

### El dolor: definició, repercussions i maneig adequat

Un dret fonamental del pacient és que el dolor es tracti correctament i eficaçment.

El dolor s'ha definit com una experiència sensorial i emocional desagradable, associada a una lesió tissular present o potencial<sup>1</sup>. És una experiència subjectiva, pròpia de cada individu, resultat d'un procés complex, variable en el temps i inherent a la situació de cada persona.

A l'hospital coexisteixen diferents tipus de dolor: des del dolor agut (en diferents localitzacions i amb diferents manifestacions), el dolor obstètric o el dolor postoperatori fins al dolor crònic preexistent.

El dolor agut i el postoperatori són els tipus més comuns de dolor tractats pels clínics<sup>2,3</sup>. Encara que estigui poc reconegut, una proporció molt alta (> 40%) de pacients hospitalitzats presenta dolor (que no es controla correctament) durant el seu ingrés. La prevalença del dolor augmenta amb l'edat; en els majors de 75 anys, el 56% dels homes i el 65% de les dones refereix que presenta dolor<sup>4</sup>. En el càncer, la prevalença del dolor és aproximadament del 30% al 50% entre els pacients sotmesos a un tractament actiu per tumor sòlid i del 70% al 90% en aquells amb malaltia avançada<sup>5</sup>.

Les repercussions d'un dolor no controlat o d'un maneig inadequat del dolor poden originar múltiples conseqüències: no només un patiment innecessari sinó també complicacions evitables que poden impactar en un retard en l'alta del pacient i en un increment en el consum dels recursos assistencials.

Per exemple, el maneig inadequat del dolor postoperatori pot provocar un deteriorament de la funció respiratòria i complicacions cardiocirculatories produïdes per l'alliberament de catecolamines causat per la hiperactivitat simpàtica associada al dolor; a més, pot provocar complicacions psicològiques per l'impacte emocional que suposa patir dolor<sup>6,7</sup>.

Per tant, el bon maneig del dolor aporta beneficis avantatjosos: pot influir en la millora del pacient, aconseguir la seva mobilització precoç i escurçar l'estada hospitalària i els costos. A més, el correcte maneig i control del dolor en el pacient hospitalitzat és un indicador de bona pràctica i de qualitat assistencial<sup>8</sup>.

En aquest sentit, els professionals del Consorci Sanitari del Garraf es van marcar com a fita que el centre esdevingués un 'hospital sense dolor', mitjançant la millora de l'avaluació sistemàtica i de la prevalença de dolor dels pacients ingressats.

Aquest projecte s'inicià durant el primer trimestre de 2014 a través de la constitució d'un grup de treball multidisciplinari format per 14 professionals que tenien com a objectiu el lideratge del projecte en cadascuna de les àrees assistencials del Consorci.

### Iniciem el camí cap a un hospital sense dolor

#### Primer pas: com realitzem la valoració, el control i el maneig del dolor als centres?

a) Es realitza una revisió i actualització del protocol de valoració, control i maneig del dolor i es consensuen:

– Les escales de valoració del dolor. Es van incloure també les escales de valoració per a pacients amb deteriorament cognitiu, nens i pacients intubats. Es considera la valoració del dolor com a cinquena constant.

– El protocol de maneig del dolor (prescripcions estandarditzades).

b) Es presenta el projecte a totes les unitats.

Correspondència: Victòria Ariza García  
Consorci Sanitari del Garraf  
Ronda Sant Camil, s/n  
08810 Sant Pere de Ribes  
Tel. 938 960 025  
Adreça electrònica: variza@csg.cat

### Segon pas: quina és la nostra situació de partida? Anàlisi de la situació basal

Per tal d'analitzar la situació basal es va realitzar un tall transversal observacional d'un dia de durada. La mostra a estudi va ser el total de pacients ingressats (293) en les unitats d'hospitalització d'aguts, unitats d'hospitalització sociosanitàries, unitat de cures intensives i urgències dels dos centres que conformen el Consorci (Hospital Residència Sant Camil i Hospital Sant Antoni Abat).

Les variables a estudi van ser:

- 1) Motiu d'ingrés.
- 2) Presència de deteriorament cognitiu.
- 3) Avaluació periòdica sistemàtica. S'ha realitzat alguna valoració del dolor al pacient en les darreres 24 hores? Nombre d'avaluacions de dolor registrades les darreres 24 h. Eina utilitzada per a l'avaluació del dolor.
- 4) Maneig terapèutic i revaluació del dolor: el pacient disposa de prescripció de tractament farmacològic amb objectiu analgèsic? El tractament és amb pauta fixa? El tractament és amb pauta de rescat? S'ha realitzat valoració del dolor posterior a l'administració de l'analgèsia? S'ha valorat la intensitat del dolor? Quina és la intensitat del dolor? S'ha realitzat educació/informació del pacient o del cuidador sobre el maneig del dolor?
- 5) Prevalença del dolor i implicació del pacient (preguntant al pacient): Ha tingut dolor les darreres 24 hores? Quant ha sigut el màxim dolor que ha tingut les darreres 24 h? Quin és el dolor que té en aquest moment? Ha rebut informació sobre el dolor: tractament, què fer quan té dolor?

Els resultats (%) obtinguts es mostren a la Figura 1.

### Tercer pas: retroacció (*feedback*) als professionals. Com impliquem els professionals en la cerca d'accions de millora?

a) Es realitzen pòsters interactius per a cada unitat que consten de dos apartats:

– Resultats que ha obtingut la unitat en relació amb la situació basal dels indicadors analitzats.

– Espai per a recollir les accions de millora que l'equip de la unitat ha detectat i que, consensuades amb els responsables i el grup de treball, es convertiran en objectius anuals de la unitat.

Aquests pòsters s'utilitzen com a eina de comunicació i *feedback* als professionals en totes les fases del projecte.

A la Figura 2 es pot veure un exemple de pòster sobre la difusió de la situació basal i la detecció d'accions de millora i un altre de pòster difós quan ja es duia un any de projecte.

b) S'inicia la formació en línia sobre valoració i maneig del dolor dirigida a tots els professionals assistencials del Consorci. Al finalitzar el segon any del projecte s'havia format el 40% dels professionals.

c) Campanya institucional *Stop dolor* amb informació específica en els fons d'escriptori dels ordinadors, articles específics en la revista interna, etc.

### Quart pas: treballem el dolor amb el pacient

Amb la finalitat d'afavorir la participació dels pacient i la seva família / els seus cuidadors en el procés d'identificació, tractament i control del dolor durant el seu període d'hospitalització, apoderar el pacient i realitzar un ma-

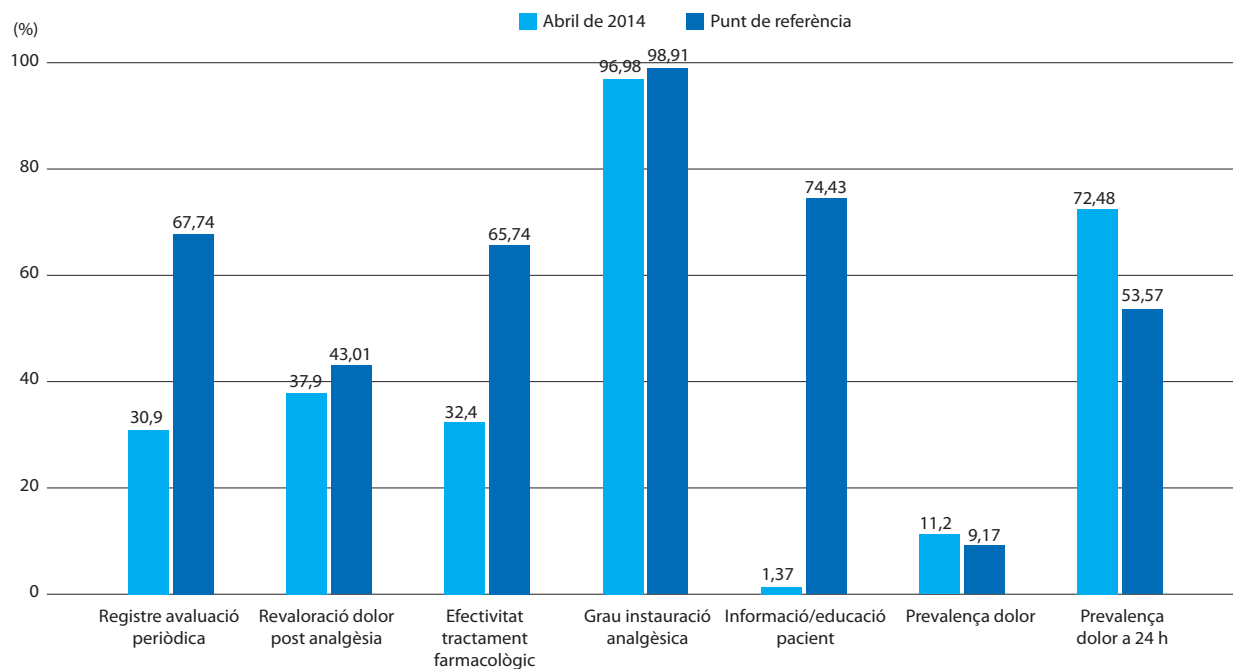


FIGURA 1. Prevalença del dolor i implicació del pacient (respostes a preguntes adreçades al pacient)

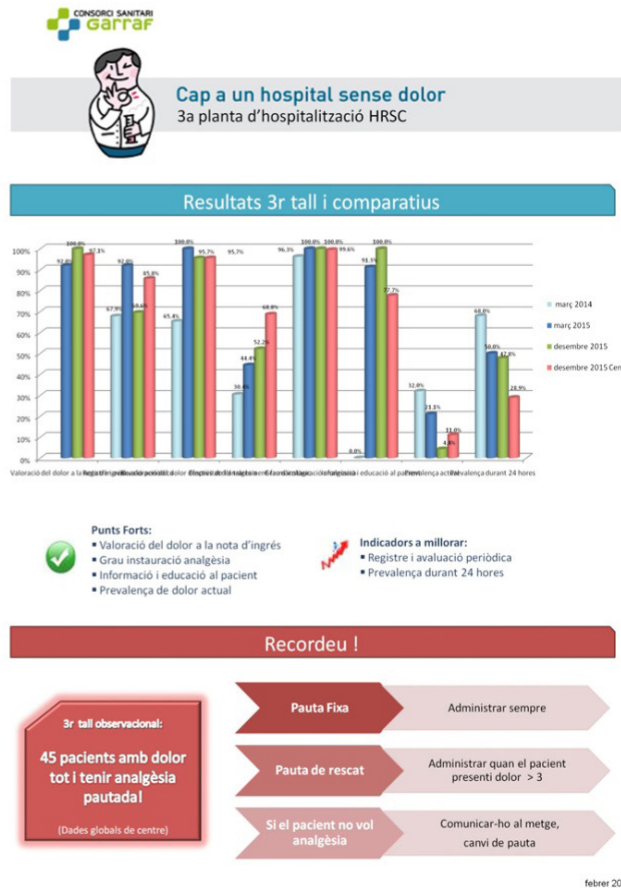
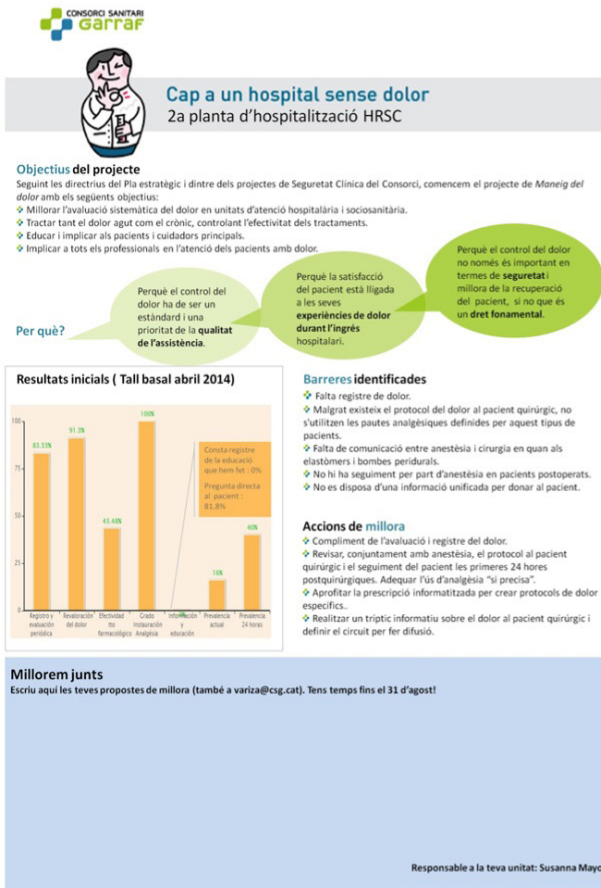


FIGURA 2. Exemple de pòster per a la difusió de la situació basal i la detecció d'accions de millora (esquerra) i exemple de pòster difós quan ja s'havia dut a terme el primer any del projecte (dreta)

neig del dolor individualitzat per a cada pacient, s'inicia el projecte de pla compartit del dolor amb l'elaboració d'un document informatiu/formatiu dirigit al pacient i/o al seu cuidador principal que recull els aspectes bàsics de control i maneig de dolor i que s'utilitza de reforç en l'atenció que atorga infermeria a cada pacient.

**Cinquè pas: millorem contínuament a través de les avaluacions**

A través de talls transversals quadrimestrals, en què es mesuren els indicadors definits, s'avalua l'impacte del projecte en les unitats d'atenció dels centres del Consorci.

Un cop realitzada l'avaluació dels indicadors i el *feedback* als professionals es reorienten les accions de millora que estan en marxa i se n'implanten de noves per tal de corregir els resultats que no han arribat a l'objectiu marcat.

Una de les accions de millora implantades i que ha suposat un major impacte ha estat l'anàlisi de casos en els pacients amb prevalença de dolor a les 24 hores.

**Els nostres resultats: avaluació de dos anys del projecte**

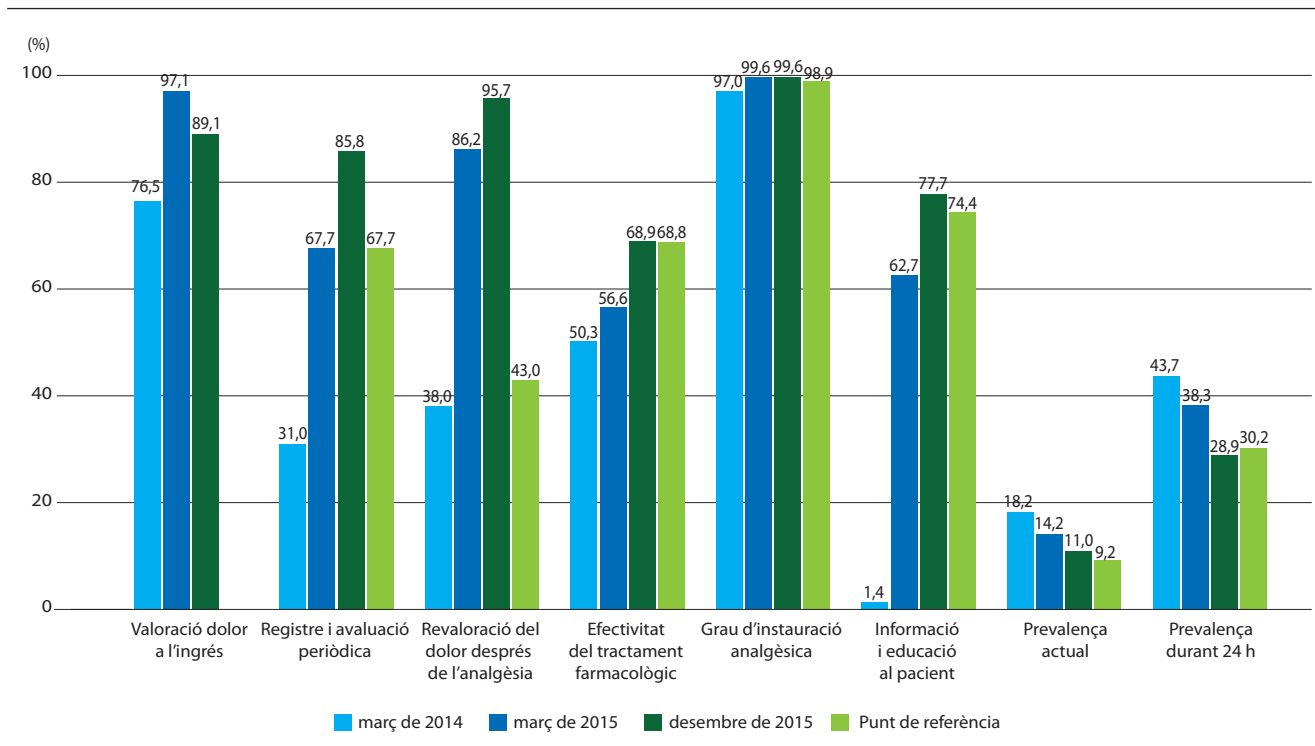
A la Figura 3 es mostren els resultats del projecte als dos anys.

Durant el primer any del projecte hi va haver una millora en tots els indicadors en comparar-los amb la situació basal.

Al finalitzar el segon any destaca una millora en el registre i avaluació periòdica que va passar del 30,9% al 85,8%, en la revaloració del dolor postanalgèsia que va passar del 37,9% al 95,7% i l'efectivitat del tractament que va passar del 50,3% al 68,9%.

La prevalença de dolor actual ha millorat; ha passat del 18,2% a l'11% i la prevalença a les 24 hores del 43,7% al 28,9%.

Si es comparen els resultats d'aquest estudi amb els d'altres centres, la revaloració després del tractament analgèsic va ser del 95,7% en relació amb el millor resultat dels altres centres (43%). La prevalença del dolor a les 24 hores va ser del 28,9% vs. 30,2%.

FIGURA 3. Resultats del projecte *Hospital sense dolor* als dos anys

## Lliçons apreses

En l'èxit de la implantació del projecte ha tingut especial importància la creació d'un grup de treball interdisciplinari que ha permès la unificació de criteris, una visió global de la situació i una major agilitat en la difusió de les accions realitzades i dels resultats obtinguts.

Treballar per unitats d'hospitalització, tant en atenció especialitzada com en l'àmbit sociosanitari, ha permès individualitzar el projecte i orientar-lo a les necessitats de cadascuna d'elles i dels pacients que atenen, fet que també ha contribuït a incrementar la implicació dels professionals.

L'estandardització de la valoració del dolor i del seu control i maneig, que ha reduït la variabilitat de la pràctica clínica, han estat elements clau i essencials en el nostre camí cap a un hospital sense dolor.

## REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES

1. American Pain Foundation. Facts about pain 2001. Consultable a: [http://www.painfoundation.org/page\\_fastfacts.asp](http://www.painfoundation.org/page_fastfacts.asp). Accés el setembre de 2011.
2. Coda BA, Bonica JJ. General considerations of acute pain. A: Loeser JD, Butler SH, Chapman CR, et al. (eds.). *Bonica's management of pain*. 3a ed. Baltimore, MD: Lippincott Williams & Wilkins; 2001. p. 222-40.
3. Carr DB, Goudas LC. Acute pain. *Lancet*. 1999 Jun 12;353(9169): 2051-8.
4. National Statistics Online. Self-reported health problems: by gender and age, 1996-97. Social trends data set. Consultable a: [www.statistics.gov.uk](http://www.statistics.gov.uk). Accés el 7 de desembre de 2016.
5. Control of pain in adults with cancer. A national clinical guideline. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Edinburgh: Scottish Intercollegiate Guidelines Network; 2008. Consultable a: <http://sign.ac.uk/pdf/SIGN106.pdf>. Accés el 7 de desembre de 2016.
6. Brook P, Connell J, Pickering T (eds.). *Manual Oxford de gestión y tratamiento del dolor*. Madrid: Grupo Aula Médica, S L; 2013.
7. De Pablo J, Valdés M. Aspectos psicológicos asociados al dolor crónico. A: Aliaga L, Baños JE, de Barutell C, Molet J, Rodríguez de la Serna A (eds.). *Tratamiento del dolor. Teoría y práctica*. 2ª ed. Barcelona: Publicaciones Permanyer; 2002. p. 43-8.
8. Estándares para la acreditación de hospitales de la Joint Commission International. 4ª ed. Oakbrook Terrace: Department of Publications. Joint Commission Resources; 2010. p. 63.