

➤ **15 RECOMENDACIONES DE
“ NO HACER EN URGENCIAS”**

➤ **ESTUDIO DEL DOLOR EN LOS SUAP
DE LA UGC DE POSADAS**

➤ **CENTROS CONTRA EL DOLOR**

semFYC

15

**Recomendaciones de
NO HACER EN URGENCIAS**

- **Primum non nocere** (lo primero es no hacer daño), atribuido a Hipócrates, que implica «**NO HACER**» aquello que pudiese ser perjudicial para nuestros pacientes.

- **En 2013, el Ministerio de Sanidad, presentó el proyecto “Compromiso por la Calidad de las Sociedades Científicas en España”, en el que, doce sociedades científicas de distintas especialidades médicas españolas, entre las que se encontraba la semFYC, presentaron recomendaciones sobre prácticas clínicas que se deberían evitar para no realizar intervenciones innecesarias a los pacientes.**

- **EN URGENCIAS:**
- Se proponen **15 recomendaciones**
(5 diagnósticas y 10 terapéuticas)

- **Ante una urgencia hipertensiva, NO hay que disminuir de forma rápida ni excesiva las cifras de presión arterial.**

- **Urgencia hipertensiva:** el tratamiento persigue disminuir la PA media en no más del 25% en pocos minutos a 1 hora.
- Posteriormente, se intentará disminuir la PAS a 160 mmHg y la PAD a 100-110 mmHg dentro de las 2-6 horas siguientes. **Evitar las disminuciones excesivas de la PA, ya que pueden precipitar isquemia renal, cerebral o coronaria.**

- **NO administrar oxígeno a los pacientes adultos con sospecha de síndrome coronario agudo con saturación de oxígeno normal.**

- La **American Heart Association** en sus recomendaciones de 2015 , **da más valor a evitar los posibles daños** (reacciones fisiológicas adversas y de daño celular) **derivados de la administración de O2.** Aconseja no administrar O2 a los pacientes adultos con sospecha de SCA con saturación de oxígeno normal en cualquier contexto (prehospitalario, urgencias o en el hospital).

- **NO hiperoxigenar tras salir de una parada cardiorrespiratoria: se ha de mantener la saturación de oxígeno en sangre arterial en el rango de 94-98%.**

- **La hiperoxia agrava la lesión de reperfusión sobre el cerebro y otros órganos.**
- **La recuperación cerebral mejora cuando, inmediatamente después de la RCP, se cambia de una ventilación con O₂ al 100% por una SatO₂ del 94-98%.**

- **En situaciones de hipovolemia aguda, NO hay que administrar grandes volúmenes de líquidos intravenosos, hasta lograr el control de la hemorragia.**

- **Realizar una reposición de líquidos limitada, de manera que la presión arterial se mantenga en un nivel bajo, suficiente para garantizar el suministro de sangre a órganos importantes.**

- **Sin TCE**, se recomienda (PAS) de **entre 80 y 90 mmHg**, hasta que la fuente de sangrado haya sido controlada.
- **Con TCE**, la hipotensión se asocia con un incremento de la mortalidad y un peor pronóstico funcional. Por lo tanto, en TCE grave se aconseja mantener una PAS **como mínimo de 110 mmHg**

- **NO** prescribir antibioterapia en todos los casos de exacerbación de EPOC.

- Aconsejan administrar **antibióticos** a los pacientes con exacerbaciones de EPOC que presenten estos tres síntomas:
- **(Criterios de Anthonisen: reagudización bacteriana).**
- **Incremento de la disnea**
- **Incremento del volumen de esputo**
- **Incremento de la purulencia del esputo**

- **NO administrar corticoides de manera sistemática en el tratamiento de la lesión medular aguda traumática.**

- **La metilprednisolona no es un tratamiento estándar de la LMA, sino solo una opción de tratamiento.**
- **Los beneficios son inciertos y la mejoría en la evolución neurológica es muy discreta, sin embargo, provoca efectos secundarios importantes:** neumonía, sepsis, infecciones, hemorragia gastrointestinal, hiperglucemia e incluso la muerte.

- **NO realizar lavado gástrico de forma rutinaria en las ingestas medicamentosas**

- **El lavado gástrico solo debe plantearse en:**
- **-enfermos que ingirieron una cantidad de tóxicos que pueda poner en peligro su vida**
- **- siempre que el procedimiento se lleve a cabo antes de 60 minutos tras de la ingestión**
- **- funciones vitales sean adecuadas.**

- **El lavado gástrico está contraindicado en:**
- reanimación inicial incompleta
- buen estado general y disponibilidad de antídoto apropiado
- riesgo de aspiración
- disminución del nivel de conciencia o riesgo de complicaciones durante el lavado
- riesgo de hemorragia o perforación
- cirugía reciente
- resistencia a colaborar
- ingestión de sustancias corrosivas o de ingestión de hidrocarburos.

- **NO realizar tira reactiva en pacientes con sonda vesical.**

- **No existe relación entre el nivel de piuria e infección**
- **la sonda invariablemente induce piuria sin la presencia de la infección.**
- **Para asegurarse de que las ITU se diagnostican con precisión, antes de iniciar el tratamiento empírico, se debe realizar un cultivo de orina siempre que sea posible.**

- **NO hacer radiografía simple de abdomen en caso de dolor abdominal agudo, salvo que exista sospecha de obstrucción o perforación.**

- **La no realización de radiografía:**
 - - minimiza la exposición a radiaciones innecesarias
 - - reduce costes
 - - aumenta la eficiencia de los servicios de urgencias.
- **La RX de abdomen está indicada (AUNQUE NO DE MANERA SISTEMÁTICA) :**
 - **la sospecha de obstrucción o perforación intestinal**
 - **la ingesta de cuerpos extraños radiopacos**
 - **los cólicos renales**

- **NO realizar radiografía de tórax sistemática en las agudizaciones asmáticas.**

Se aconseja solicitar una radiografía de tórax ante:

- Una crisis grave que no responde al tratamiento estándar**
- Una crisis asmática sin evaluación radiológica previa**
- La sospecha de cuerpo extraño**
- La sospecha de complicaciones (atelectasia, neumonía, neumotórax).**

- **NO realizar sistemáticamente radiografía en los esguinces de tobillo.**

- **Reglas de Ottawa, se recomienda solicitar RX:**
 - ✓ **De tobillo:**
 - dolor en los 6 cm distales de maléolo tibial o peroneal
 - incapacidad para sostener el propio peso durante cuatro pasos.
 - ✓ **De pie:**
 - dolor en el escafoides tarsiano o en la base del quinto metatarsiano
 - incapacidad para sostener el propio peso durante cuatro pasos.

- **NO realizar TAC craneal en : adultos no anticoagulados, con TCE leve , secundario a síncope y evaluación neurológica normal.**

-Indicaciones de **TAC craneal según las reglas canadienses** :

- Glasgow < 15, a las 2 horas después del TCE.
- Sospecha de fractura craneal abierta/deprimida.
- Signos de fractura de base de cráneo.
- Vómitos ≥ 2 episodios.
- Edad ≥ 65 años.
- Amnesia anterógrada ≥ 30 minutos.
- Mecanismo de alta energía.

- **NO utilizar la vía intramuscular para la administración de fármacos de forma rutinaria.**

- La vía intramuscular está indicada en:
- **Náuseas, vómitos, diarrea o deshidratación.**
- Ante la **imposibilidad** de uso de la **vía oral** o si **el paciente no colabora.**
- En la administración de **antibióticos** frente a *Neisseria gonorrhoeae* y *Treponema pallidum*; en la faringoamigdalitis producida por el estreptococo A beta hemolítico **cuando la vía oral no puede utilizarse**
- Para la **adrenalina** en caso de **reacción anafiláctica.**

- **NO colocar de manera sistemática una sonda nasogástrica ,en pacientes con sospecha de HDA no varicosa.**
- No se dispone de estudios que demuestren que la colocación de una sonda nasogástrica mejore el diagnóstico, el pronóstico o el tratamiento de la HDANV.

- **NO utilizar butilbromuro de escopolamina (Buscapina[®]) en el tratamiento de los cólicos renales.**

- Los **AINES** han demostrado que **reduce los nuevos cólicos y también el número de visitas a urgencias.**
- El **butilbromuro asociado a los AINES no ofrece ningún beneficio adicional en el control del dolor y presenta efectos secundarios significativos** (sequedad de boca, estreñimiento, pérdida de la acomodación visual) que **desaconsejan su uso.**

ESTUDIO DEL DOLOR EN LOS SUAP DE LA UGC DE POSADAS

-Estudio sobre: las consultas de urgencias debido al dolor, en los SUAP de la UGC de Posadas

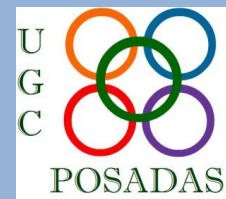
-Elección de la muestra:

-4 estaciones del año

- días laborales y festivos

- tratados con analgésicos

MUESTRA DE PACIENTES ATENDIDOS SAUP ALMODÓVAR DEL RÍO, HORNACHUELOS Y POSADAS



DOLOR		NÚMERO PACIENTES
ORL	ODINOFAGIA	46
	OTALGIA	25
OSTEOMUSCULAR	CERVICALGIA	18
	LUMBALGIA	36
	MIEMBRO SUPERIOR	28
	MIEMBRO INFERIOR	30
CEFALEA		32
CÓLICO NEFRÍTICO		5
DOLOR ABDOMINAL		29
ODONTALGIA		32
DOLOR ONCOLÓGICO		1
DOLOR TORÁCICO NO CARDIACO		7
DOLOR OCULAR		5
MASTODINIA		2
TOTAL DOLOR		296

Total Pacientes

717

Total con Dolor

41'3%

MUESTRA DE PACIENTES ATENDIDOS SAUP ALMODÓVAR DEL RÍO



DOLOR		NÚMERO PACIENTES
ORL	ODINOFAGIA	15
	OTALGIA	5
OSTEOMUSCULAR	CERVICALGIA	3
	LUMBALGIA	13
	MIEMBRO SUPERIOR	9
	MIEMBRO INFERIOR	6
CEFALEA		12
CÓLICO NEFRÍTICO		1
DOLOR ABDOMINAL		11
ODONTALGIA		9
DOLOR ONCOLÓGICO		0
DOLOR TORÁCICO NO CARDIACO		2
DOLOR OCULAR		0
MASTODINIA		0
TOTAL DOLOR		86

Total Pacientes

217

Total con Dolor

39'6%

MUESTRA DE PACIENTES ATENDIDOS SAUP HORNACHUELOS



DOLOR		NÚMERO PACIENTES
ORL	ODINOFAGIA	9
	OTALGIA	5
OSTEOMUSCULAR	CERVICALGIA	3
	LUMBALGIA	7
	MIEMBRO SUPERIOR	4
	MIEMBRO INFERIOR	5
CEFALEA		5
CÓLICO NEFRÍTICO		0
DOLOR ABDOMINAL		4
ODONTALGIA		4
DOLOR ONCOLÓGICO		0
DOLOR TORÁCICO NO CARDIACO		1
DOLOR OCULAR		2
MASTODINIA		0
TOTAL DOLOR		49

Total Pacientes

121

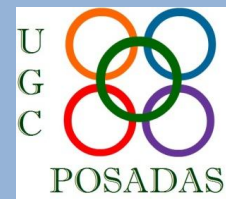
Total con Dolor

40'5%

MUESTRA DE PACIENTES ATENDIDOS

SAUP

POSADAS



DOLOR		NÚMERO PACIENTES
ORL	ODINOFAGIA	22
	OTALGIA	15
OSTEOMUSCULAR	CERVICALGIA	12
	LUMBALGIA	16
	MIEMBRO SUPERIOR	15
	MIEMBRO INFERIOR	19
CEFALEA		15
CÓLICO NEFRÍTICO		4
DOLOR ABDOMINAL		14
ODONTALGIA		19
DOLOR ONCOLÓGICO		1
DOLOR TORÁCICO NO CARDIACO		4
DOLOR OCULAR		3
MASTODINIA		2
TOTAL DOLOR		161

Total Pacientes

377

Total con Dolor

42'7%



Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía
CONSEJERÍA DE SALUD



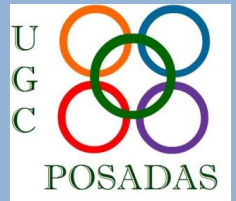
BUENAS PRÁCTICAS PARA EL ABORDAJE DEL DOLOR EN SITUACION DE URGENCIAS- EMERGENCIAS



DISTINTIVO
CENTROS
CONTRA
EL DOLOR



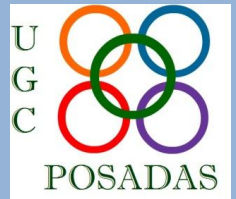
Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía
CONSEJERÍA DE SALUD



- **El dolor supone un problema de alta prevalencia e impacto, no solo sobre los individuos que lo padecen, sino también sobre la sociedad y el sistema sanitario.**



Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía
CONSEJERÍA DE SALUD



- **El Plan andaluz de atención a las personas con dolor:**
- intenta abordar el dolor de manera integral
- ha desarrollado, el distintivo de Centros contra el dolor
- tiene unos **criterios y estándares de calidad** con los que guiarse para mejorar la atención sanitaria ante el dolor.



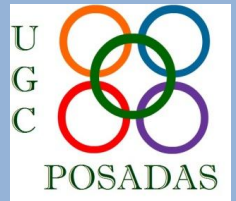
RECOMENDACIONES NIVEL 1

INFORMACIÓN/EDUCACIÓN DEL PACIENTE

- **1- Informar a los pacientes del proceso a seguir, los servicios disponibles y las acciones de diagnóstico y tratamiento que se realizan**, así como sus posibles beneficios, riesgos y efectos adversos. Esta información se da de forma personalizada, asegurando la comprensión de la información por parte del paciente/familiar garantizando la protección y confidencialidad de los datos y la intimidad del paciente.
- **2- Educar al paciente y a su familia sobre cómo se va a evaluar el dolor durante su proceso, la importancia de su control y cómo puede participar** en las estrategias de evaluación y tratamiento.



Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía
CONSEJERÍA DE SALUD



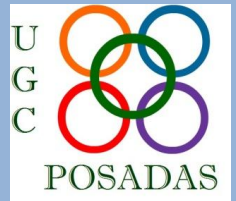
NIVEL 1

- **3- Dar al paciente la información y apoyo necesarios para controlar el dolor y la ansiedad (oral, escrita, vídeo).**
- **4- La unidad realiza actividades dirigidas a evitar eventos adversos (ej. medicamentos, identificación de pacientes, etc), aumentar la seguridad, prevenir riesgos y promover la salud.**



Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía
CONSEJERÍA DE SALUD

NIVEL 1



FORMACIÓN DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS

- **1-Se realizan sesiones clínicas periódicas de todos los profesionales de la unidad , para mejorar el abordaje del dolor en las patologías más prevalentes y/o dolorosas en la unidad.**



NIVEL 1

EVALUACIÓN SISTEMÁTICA DEL DOLOR

- 1- La unidad cuenta con herramientas y procedimientos para identificar a los pacientes que padecen dolor y ansiedad.**
- 2- La evaluación del dolor se registra en la histórica clínica, siendo considerado como 5ª constante vital.**
- 3- La evaluación del dolor se registra en la historia clínica, de forma que facilite la reevaluación y el seguimiento periódico, conforme a los criterios establecidos por la unidad.**

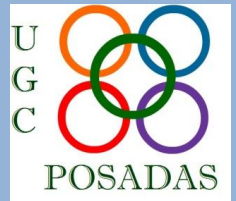


PROCESO ASISTENCIAL

- **1- Se realiza una prescripción clara del plan analgésico en el tratamiento del paciente durante su estancia en la unidad y al alta de la misma.**
- **2- Se tienen en cuenta las medidas de seguridad establecidas en el uso seguro de la medicación: alergias, interacciones farmacológicas, identificación de los medicamentos de alto riesgo, prácticas seguras de manejo y conciliación con la medicación habitual.**



NIVEL 1



SEGUIMIENTO DE PACIENTES, DOCUMENTACIÓN Y REGISTROS

- **1- Se dispone de registros de seguimiento de los pacientes** que permitan tomar decisiones sobre los procedimientos analgésicos empleados.
- **2-Se recoge la información necesaria para el control del dolor** en los informes de alta de la unidad.
- **3- Existen evidencias de la colaboración y coordinación en el equipo de profesionales de la unidad** de distintos perfiles relacionados con el abordaje del dolor .



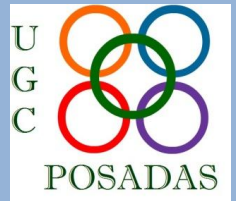
ANÁLISIS DE RESULTADOS

- **1-** Se valoran la **eficacia y seguridad de sus protocolos y vías clínicas.**
- **2-** Se realizan **análisis causa-raíz** de los sucesos centinela en relación con el manejo del dolor.



Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía
CONSEJERÍA DE SALUD

NIVEL 1



ESTRUCTURA ORGANIZATIVA

1- Se dispone de los recursos y los materiales necesarios para realizar las actividades previamente establecidas en su cartera de servicios para una analgesia multimodal.

2- Se dispone de escalas validadas que cuantifiquen el dolor y midan sus características (EVA, EVN).



RECOMENDACIONES NIVEL 2

INFORMACIÓN/EDUCACIÓN DEL PACIENTE

- **1- Existen documentos informativos y educativos** adaptados a los pacientes, donde se contemplan múltiples aspectos, como hábitos y conductas saludables, evaluación, prevención de efectos adversos, técnicas analgésicas y opciones no farmacológicas de tratamiento, formas de contactar con la unidad, recursos disponibles, etc.
- **2-Obtener el consentimiento informado** ante técnicas invasivas para el estudio y tratamiento del dolor.

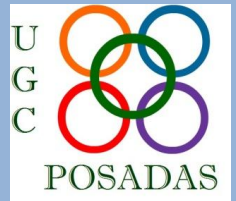


- **FORMACIÓN DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS**
- **1- La unidad garantiza la acreditación de actividades formativas** sobre el abordaje integral del dolor.
- **2- La unidad establece y/o participa en programas formativos** basados en la actividad que realiza, dirigidos a los profesionales de su centro, sobre el abordaje integral del dolor y la seguridad/prevención de eventos adversos (EA).



Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía
CONSEJERÍA DE SALUD

NIVEL 2



- **3- Se dispone de un plan de formación-acogida de nuevos profesionales** que se incorporan a la unidad de manera temporal y/o estable, incluyendo la formación básica de todos los profesionales implicados en el seguimiento del paciente sobre el manejo de dispositivos de infusiones analgésicas.

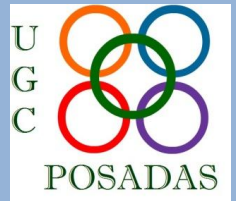


EVALUACIÓN SISTEMÁTICA DEL DOLOR

1- Se somete a los pacientes a un cribado inicial del dolor y la ansiedad (se evalúa y registra). Esta evaluación inicial se realiza en el triaje, incluye preguntas sobre la presencia del dolor y, en caso de dolor, incluye, al menos, el uso de una escala de intensidad del dolor. Se prioriza la analgesia para aquellos pacientes con dolor moderado o intenso (plazo inferior a una hora) si no hay contraindicación (AINES, opioides, según características del paciente y del problema)



NIVEL 2



- **2-** Cuando se identifica dolor en el cribado inicial, se lleva a cabo una **evaluación exhaustiva**, adecuada a la edad del paciente, que mide la intensidad, las características del dolor (por ejemplo, su carácter, su frecuencia, topografía y su duración), su afectación psicológica, funcional y de calidad de vida.
- **3-** Está establecida una **actuación protocolizada y la periodicidad de las reevaluaciones**, en función del nivel de dolor, incluyendo los cuadros dolorosos que se atienden durante la estancia en la unidad.

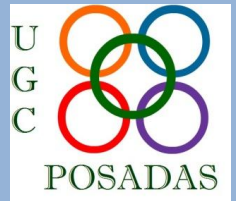


PROCESO ASISTENCIAL

- **1- Los protocolos analgésicos** se adaptan a los motivos de consulta más frecuentes, al tipo de dolor y a las características del paciente, utilizando la vía, el fármaco o combinación de fármacos y las técnicas locales y/o regionales más adecuadas en cada caso.
- **2- Se dispone de protocolos clínicos adaptados** a los grupos vulnerables, como menores, personas mayores, con dificultades de comunicación, con trastorno mental o institucionalizadas, basados en la mejor evidencia disponible y priorizando en general las técnicas loco-regionales.



NIVEL 2



- **3-** Las **actuaciones** frente a los eventos adversos más frecuentes están **protocolizadas**.
- **4-** Se dispone de **sistemas de decisión por algoritmos y mapas** de actividades para el tratamiento de efectos secundarios, con identificación de puntos críticos.
- **5-** Están **previstas actuaciones** para resolver la demanda asistencial en un tiempo adecuado.
- **6-** Están **definidas las actuaciones** a realizar para mitigar el dolor en pacientes en **situación terminal**.



SEGUIMIENTO DE PACIENTES, DOCUMENTACIÓN Y REGISTROS

- **1** -Durante la estancia en la unidad las técnicas analgésicas se adaptan al nivel de dolor que presenta el paciente, a través de **evaluaciones repetidas**.
- **2**- Hay **establecidos indicadores de resultados** (eficacia, tolerabilidad, seguridad y satisfacción).
- **3**- Hay **establecidos indicadores de procesos** (por ejemplo, grado de cumplimentación de registros).
- **4**- Existen **evidencias de coordinación y comunicación intracentro** que aseguran la continuidad asistencial de todas las unidades involucradas en el seguimiento del paciente y control del dolor.



ANÁLISIS DE RESULTADOS

- **1- Todo el proceso se audita periódicamente mediante** la evaluación de los indicadores y estándares que cada unidad elija como representativos de su actividad.
- **2- Se realizan y evalúan encuestas de satisfacción a los pacientes,** incluyendo aspectos relacionados con el dolor.



ESTRUCTURA ORGANIZATIVA

- **1-** Están definidas las **competencias de los profesionales** de la unidad.
- **2-** Se dispone de escalas adaptadas o listas de verificación de **signos clínicos en los grupos vulnerables**, como menores, personas mayores, con dificultades de comunicación, con trastorno mental o institucionalizadas.
- **3-** La unidad supervisa a los profesionales que se **incorporen durante periodos críticos**, como vacaciones, en aquellos aspectos con gran repercusión sobre la prevención o aparición de efectos adversos (opioides, técnicas invasivas, autocuidados).



RECOMENDACIONES NIVEL 3

INFORMACIÓN /EDUCACIÓN DEL PACIENTE

- **1-** La unidad tiene **definidas estrategias para facilitar su participación activa en la toma de decisiones y su implicación**, junto con su familia, en los cuidados, considerando sus valores, preocupaciones y expectativas
- **2-** La unidad **colabora en campañas de difusión de información a la población** (general, andaluza o en su comunidad) a través de plataformas como **Informarse.es salud, Salud Responde u otras.**



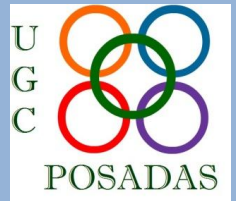
FORMACIÓN DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS

- **1-** La unidad dispone de un **programa de formación profesional acreditado** que abarca todas las etapas formativas (grado, formación especializada y formación continuada), con participación docente y discente.
- **2-** La formación específica en dolor está incluida en el **plan de desarrollo competencial de los profesionales.**
- **3-** La unidad está reconocida como **referente en los aspectos del dolor.**



Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía
CONSEJERÍA DE SALUD

NIVEL 3



EVALUACIÓN SISTEMÁTICA

1- Se prioriza la analgesia precoz (antes de una hora tras la evaluación del triaje) dentro de las prácticas avanzadas en el triaje, en aquellos grupos de pacientes con dolor moderado/intenso protocolizados en la unidad.



PROCESO ASISTENCIAL

- **1- Están establecidos vías clínicas, procedimientos normalizados de trabajo o protocolos clínicos, consensuados e interdisciplinarios**, en función de los procesos que atienden, basados en la mejor evidencia disponible (guías clínicas, revisiones sistemáticas) y actualizados periódicamente (plazo no superior a tres años).
- **2- La unidad ha elaborado su mapa de riesgos.**
- **3- Se definen y realizan los AMFE de procedimientos invasivos que se realicen en la unidad.**



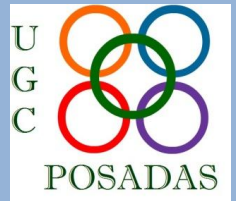
SEGUIMIENTO DE PACIENTES, DOCUMENTACIÓN Y REGISTROS

- **1-** Se dispone de una **base de datos** de pacientes con análisis periódico de los datos de la **analgesia y los efectos secundarios** debidos a los tratamientos administrados para la mejora de los procedimientos aplicados.
- **2-** Existen evidencias de **coordinación interniveles**, que aseguran la continuidad asistencial para el control del dolor.
- **3-** Se incorpora el **seguimiento del dolor** en poblaciones vulnerables a las comisiones de cuidados de área interniveles.



Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía
CONSEJERÍA DE SALUD

NIVEL 3



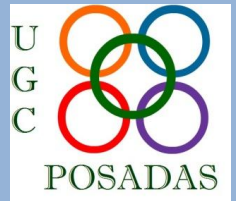
ANÁLISIS DE RESULTADOS

- **1- Existe un proceso de mejora continua de la calidad .**
- **2- Se realiza benchmarking con unidades similares.**
- **3- Existen líneas de investigación sobre el estudio y tratamiento del dolor.**



Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía
CONSEJERÍA DE SALUD

NIVEL 3



ESTRUCTURA ORGANIZATIVA

- 1-** Se incorporan **objetivos relacionados** con el control del dolor perioperatorio en los contratos programa, **acuerdos de gestión, o individuales** de la unidad.
- 2-** Se incluyen **indicadores de resultados** de dolor en el cuadro de mando.