



DISTINTIVO
CENTROS
CONTRA
EL DOLOR



Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía
CONSEJERÍA DE SALUD



Observatorio
para la Seguridad del Paciente

PRESENTACIÓN

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. Pese a existir medios técnicos suficientes para minimizarlo o solucionarlo, a menudo es un problema infraevaluado e infratratado.

El Plan andaluz de atención a las personas con dolor intenta abordar de manera integral este problema y ha desarrollado, entre otras iniciativas, el distintivo de Centros contra el dolor, que permite a centros sanitarios y unidades tener unos criterios y estándares de calidad con los que guiarse para mejorar la atención sanitaria a las personas con dolor.








DISTINTIVO
CENTROS
CONTRA
EL DOLOR

BUENAS PRÁCTICAS
PARA EL ABORDAJE DEL
DOLOR
PERIOPERATORIO

INFORMACIÓN/EDUCACIÓN DEL PACIENTE

1	Los profesionales de la unidad informan a los pacientes del proceso a seguir, los servicios disponibles y las acciones de diagnóstico y tratamiento que se realizarán, 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 y garantizando la protección y confidencialidad de los datos y la intimidad del paciente.	
2	Se educa al paciente y a su familia sobre cómo se va a evaluar el dolor durante su proceso.	
3	La unidad tiene definidas estrategias para facilitar su participación activa en la toma de decisiones y su implicación, junto con su familia, en su autocuidado, considerando sus valores, preocupaciones y expectativas.	
4	Existen documentos informativos y educativos (guías, folletos, manuales), adaptados a los pacientes, donde se contemplan múltiples aspectos, como hábitos y conductas saludables, evaluación, recomendaciones de automanejo, prevención de efectos adversos, técnicas analgésicas y opciones no farmacológicas de tratamiento, formas de contactar con la unidad, recursos disponibles, etc.	
5	Existen presentaciones en formato vídeo para una educación estructurada sobre el dolor y su manejo.	
6	La unidad realiza actividades o colabora en campañas de difusión de información a la población (general, andaluza o en su comunidad) en foros de participación ciudadana, plataformas como Informarse.es salud o Salud responde, para dar a conocer al ciudadano los aspectos relacionados con el dolor perioperatorio.	
7	La unidad realiza actividades de información dirigidas al ciudadano en relación al uso seguro de medicamentos, para evitar eventos adversos, aumentar la seguridad, prevenir riesgos y promover la salud.	
8	La unidad presta apoyo para controlar el dolor y la ansiedad (información oral, escrita, vídeos) y educa de forma individual o en grupo a pacientes y cuidadores, sobre prevención de complicaciones, de limitaciones funcionales y el uso seguro de dispositivos analgésicos invasivos, como bombas, catéteres...; incluyendo su manejo tras el alta hospitalaria.	

FORMACIÓN DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS

9	Se realizan sesiones clínicas periódicas de todos los profesionales de la unidad en relación con el dolor perioperatorio.	
10	La unidad garantiza la acreditación de actividades formativas sobre el abordaje integral del dolor.	
11	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).	
12	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.	
13	La formación específica en dolor está incluida en el plan de desarrollo competencial de los profesionales.	
14	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.	
15	La unidad está reconocida como referente en los aspectos del dolor.	

EVALUACIÓN SISTEMÁTICA DEL DOLOR

16	La organización cuenta con herramientas y procedimientos para identificar a los pacientes que padecen dolor y ansiedad.	
17	Se realiza una evaluación inicial pre-procedimiento del dolor y la ansiedad (se evalúa y registra).	
18	Cuando se identifica dolor en la evaluación inicial, se lleva a cabo una evaluación exhaustiva, adecuada a la edad del paciente, que mide la intensidad, las características del dolor (tipo del dolor, frecuencia, ubicación y duración), afectación psicológica, funcional y de calidad de vida.	
19	La unidad cuenta con herramientas y procedimientos para identificar a los pacientes con riesgo de dolor postoperatorio intenso o grave.	
20	La evaluación del dolor se registra en la historia clínica, siendo el dolor considerado como 5ª constante vital.	
21	Se realiza una reevaluación y registro periódico conforme a los criterios/protocolos establecidos por la unidad, las características del procedimiento quirúrgico, la intensidad del dolor y las necesidades del paciente.	
22	La evaluación del dolor incorpora valoración estática (en reposo) y dinámica (sentado, con tos, en movimiento, etc.).	

PROCESO ASISTENCIAL

23	Se realiza una prescripción clara del plan analgésico en el tratamiento del paciente (hospitalario y domiciliario) abarcando las fases pre, intra y postoperatoria.	
24	Los protocolos analgésicos incluyen una pauta analgésica basal y de rescate.	
25	Está definido el umbral para administrar la analgesia de rescate.	
26	Los protocolos analgésicos están basados en una evaluación preanestésica completa y se adaptan al tipo de procedimiento quirúrgico que se va a realizar y a las características del paciente.	
27	Se dispone de protocolos clínicos adaptados a los grupos vulnerables, como menores, personas mayores, personas obesas, con dificultades de comunicación, con trastorno mental o institucionalizadas, basados en la mejor evidencia disponible.	
28	Se dispone de protocolos clínicos adaptados a pacientes con tolerancia a opioides.	
29	Están establecidas las vías clínicas, procedimientos normalizados de trabajo o protocolos clínicos propios, consensuados e interdisciplinarios, en función de los procesos que se atienden, basados en la mejor evidencia disponible (guías clínicas, revisiones sistemáticas), actualizados periódicamente (plazo no superior a tres años).	
30	Se dispone de las técnicas necesarias (incluidas las técnicas invasivas) para el abordaje de los procedimientos atendidos.	
31	Se dispone de protocolos que contemplan la prevención y el tratamiento de síntomas acompañantes del dolor, como estados de ansiedad, trastornos del sueño, etc. y los eventos adversos más frecuentes como NVPO (náuseas y vómitos postoperatorios), prurito, somnolencia, etc.	
32	En la planificación del procedimiento de anestesia-analgésia se consideran aquellas técnicas que proporcionan un mejor control perioperatorio del dolor, enfatizándose las técnicas espinales, regionales o locales cuando se consideren apropiadas y la administración de opioides guiada por el paciente (PCA y PCEA), priorizando en general un enfoque multimodal con el mejor balance entre eficacia y seguridad, según las características individuales de cada paciente.	
33	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.	
34	Se dispone de sistemas de decisión por algoritmos, mapas de actividades para el tratamiento de efectos secundarios, etc. con identificación de puntos críticos.	
35	Se utilizan doble chequeo y/o listas de verificación para asegurar el cumplimiento de procesos o procedimientos clave, como iniciación, carga y monitorización de bombas de opioides y anestésicos locales.	
36	La unidad ha elaborado su mapa de riesgos.	
37	Se definen y realizan los AMFE de procedimientos analgésicos invasivos.	
38	Están definidas las actuaciones a realizar para mitigar el dolor en pacientes en situación terminal.	

SEGUIMIENTO DE PACIENTES, DOCUMENTACIÓN Y REGISTROS

39	Se dispone de registros de seguimiento de los pacientes que permitan tomar decisiones sobre los procedimientos analgésicos empleados.	○
40	Se mantienen las técnicas y/o tratamientos analgésicos tras el acto quirúrgico y se adaptan al nivel de dolor que presente el paciente y al entorno en el que se encuentre (planta, domicilio).	○
41	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.	◐
42	Hay establecidos indicadores de resultados (eficacia, seguridad, tolerabilidad y satisfacción).	◐
43	Hay establecidos indicadores de procesos (por ejemplo, grado de cumplimentación de registros).	◐
44	Se recoge la información necesaria (medicamentos, vías, dosis, etc) para el control del dolor en las transiciones asistenciales.	○
45	Existen evidencias de colaboración y coordinación en el equipo de profesionales de la unidad de distintos perfiles relacionados con el abordaje del dolor (enfermeras, anestesiólogos, cirujanos), para intercambiar opiniones y realizar mejoras en la atención del dolor.	○
46	Existen evidencias de coordinación y comunicación intracentro que aseguren la continuidad asistencial de todas las unidades involucradas en el seguimiento del paciente y control del dolor.	◐
47	Existen evidencias de coordinación interniveles que aseguren la continuidad asistencial para el control del dolor.	●
48	Se incorpora el seguimiento del dolor en poblaciones vulnerables a las comisiones de cuidados de área interniveles.	●

ANÁLISIS DE RESULTADOS

49	Se valora la eficacia, tolerabilidad y seguridad de sus protocolos y vías clínicas.	○
50	Se audita periódicamente todo el proceso mediante la evaluación de los indicadores y estándares que cada unidad elija como representativos de su actividad.	◐
51	Existe un proceso de mejora continua de la calidad (PDCA).	●
52	Se realiza benchmarking con unidades similares.	●
53	Se realizan y evalúan encuestas de satisfacción a los pacientes, incluyendo aspectos relacionados con el dolor.	◐
54	Se realizan análisis causa-raíz de los sucesos centinela en relación con el manejo del dolor.	○
55	Existen líneas de investigación sobre el estudio y tratamiento del dolor.	●

ESTRUCTURA ORGANIZATIVA

56	Se incluyen indicadores de resultados de dolor en el cuadro de mando de la Unidad.		●
57	Está definida una cartera de servicios que incluye un catálogo de procedimientos diagnósticos y terapéuticos en relación con el dolor.	○	
58	Se dispone de los recursos y los materiales necesarios para realizar las actividades previamente establecidas en su cartera de servicios para una analgesia multimodal.	○	
59	Se dispone del personal necesario para realizar sus actividades de control del dolor y la ansiedad, según los protocolos establecidos. Está definido el equipo multidisciplinar de profesionales responsables del seguimiento del paciente, las 24 horas del día, todo el año.	○	
60	Están definidas las competencias específicas sobre el manejo del dolor en los profesionales de la unidad.		●
61	Se dispone de escalas validadas que cuantifiquen el dolor y midan sus características (EVA, EVN, etc)	○	
62	Se dispone de escalas adaptadas a los grupos vulnerables, como menores, personas mayores, con dificultades de comunicación, con trastorno mental o institucionalizadas, basados en la mejor evidencia disponible.		●
63	La unidad supervisa, tras una evaluación previa de conocimientos y habilidades, 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).		●
64	Se incorporan objetivos relacionados con el control del dolor perioperatorio en los contratos programa, acuerdos de gestión, o individuales de la unidad.		●
65	El centro garantiza la inclusión de la estrategia del dolor en las comisiones clínicas.	○	








DISTINTIVO
CENTROS
CONTRA
EL DOLOR

BUENAS PRÁCTICAS
PARA EL ABORDAJE DEL
DOLOR
CRÓNICO

INFORMACIÓN/EDUCACIÓN DEL PACIENTE

1	Los profesionales de la unidad informan a los pacientes del proceso a seguir, los servicios disponibles y las acciones de diagnóstico y tratamiento que se realizarán, 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 y garantizando la protección y confidencialidad de los datos y la intimidad del paciente.	
2	Se educa al paciente y a su familia sobre cómo se va a evaluar el dolor durante su proceso y sobre cómo puede participar en las estrategias de tratamiento del dolor, de prevención de la discapacidad y de afrontamiento de la enfermedad.	
3	La unidad tiene definidas estrategias para facilitar su participación activa en la toma de decisiones y su implicación, junto con su familia, en su autocuidado, considerando sus valores, preocupaciones y expectativas.	
4	Existen documentos informativos y educativos (guías, folletos, manuales), adaptados a los pacientes, donde se contemplan múltiples aspectos, como hábitos y conductas saludables, evaluación, recomendaciones de automanejo, prevención de efectos adversos, técnicas analgésicas y opciones no farmacológicas de tratamiento, formas de contactar con la unidad y recursos disponibles, etc.	
5	La unidad realiza actividades o colabora en campañas de difusión de información a la población (genera, andaluza o en su comunidad) en foros de participación ciudadana, plataformas como Informarse.es salud o Salud responde, para dar a conocer al ciudadano los aspectos relacionados con el dolor crónico.	
6	Se obtiene el consentimiento informado ante técnicas invasivas para el estudio y tratamiento del dolor.	
7	La unidad realiza actividades en la comunidad para fomentar el automanejo y el asociacionismo de pacientes (escuela de pacientes, redes de pacientes).	
8	La unidad realiza actividades formativas dirigidas al ciudadano para evitar eventos adversos (ej. medicamentos), aumentar la seguridad, prevenir riesgos y promover la salud.	
9	La unidad enseña, de forma individual o en grupo, técnicas de control del dolor no farmacológicas, como la psicoeducación, la imaginación guiada, técnicas de relajación, programas de ejercicio o escuelas de espalda.	
10	La unidad imparte un programa de tratamiento del dolor crónico basado en técnicas de psicoterapia, programas de ejercicios y educación en grupo.	

FORMACIÓN DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS

11	Se realizan sesiones clínicas periódicas de todos los profesionales de la unidad sobre casos ilustrativos de evaluación o tratamiento del dolor (adicionalmente se realizan sesiones conjuntas con farmacia).	
12	La unidad establece programas formativos, basados en la actividad que realiza, dirigidos a los profesionales del ámbito hospitalario y de atención primaria, sobre el abordaje integral del dolor, incluyendo contenidos de prevención de eventos adversos, comunicación, psicoeducación - psicoterapia y tratamientos no farmacológicos para el dolor crónico resistente o rebelde al tratamiento (DCR).	
13	La unidad garantiza la acreditación de actividades formativas sobre el abordaje integral del dolor.	
14	La unidad dispone de un programa de formación profesional acreditado que abarca todas las etapas formativas (grado, postgrado y formación continuada), con participación docente y discente.	
15	La formación específica en dolor está incluida en el plan de desarrollo competencial de los profesionales.	
16	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.	
17	La unidad está reconocida como referente en los aspectos del dolor.	










EVALUACIÓN SISTEMÁTICA DEL DOLOR

18	La organización cuenta con herramientas y procedimientos para identificar a los pacientes que padecen dolor crónico de origen oncológico o no oncológico.	○
19	La evaluación del dolor se registra en la historia clínica, siendo el dolor considerado como 5ª constante vital.	○
20	Cuando se identifica dolor en el cribado inicial se lleva a cabo una evaluación exhaustiva e integral, que tiene en cuenta un enfoque biopsicosocial, adecuada a la edad del paciente y que, tras descartar causas con tratamiento específico, mide la intensidad y otras características del dolor (por ejemplo, el tipo de dolor, su frecuencia, su localización y su duración) así como su impacto y afectación psicológica, funcional y de calidad de vida.	○
21	La evaluación del dolor se registra en la historia clínica (específica de DC, con evaluación inicial y plan terapéutico), de forma que facilite la reevaluación y el seguimiento periódico, conforme a los criterios establecidos por la unidad y las necesidades del paciente.	○
22	Las escalas están validadas y evalúan las dimensiones e impacto del dolor (intensidad del dolor, ansiedad, depresión, afectación del sueño, capacidad funcional, etc.).	○
23	Está establecida una actuación protocolizada y la periodicidad de las reevaluaciones en función del nivel de dolor y las respuestas al tratamiento instaurado.	○
24	Los grupos vulnerables, como menores, personas mayores, con dificultades de comunicación, con trastorno mental o institucionalizadas, son evaluados mediante escalas adaptadas, basadas en la mejor evidencia disponible.	●
25	En la unidad se realiza una valoración de necesidades según modelo de cuidados de enfermería.	○








PROCESO ASISTENCIAL

26	Están establecidos vías clínicas, procedimientos normalizados de trabajo o protocolos clínicos, consensuados e interdisciplinarios, en función de los procesos que se atienden, basados en la mejor evidencia disponible (guías clínicas, revisiones sistemáticas), actualizados periódicamente (plazo no superior a tres años).	●
27	Se dispone de protocolos clínicos adaptados a los grupos vulnerables, como menores, personas mayores, personas obesas, con dificultades de comunicación, con trastorno mental o institucionalizadas, basados en la mejor evidencia disponible.	○
28	Se realiza una prescripción clara del plan analgésico en el tratamiento del paciente (hospitalario y domiciliario), basado en una evaluación integral, en las características individuales del paciente y teniendo en cuenta sus expectativas y preferencias, en la medida de lo posible.	○
29	En los protocolos 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, polimedicados, prácticas seguras de manejo y conciliación con la medicación habitual, en particular en los pacientes mayores y con comorbilidades.	○
30	Los protocolos analgésicos incluyen una pauta analgésica basal y de rescate, coadyuvantes además de las medidas de tratamiento no farmacológicas.	○
31	Está definido el umbral para administrar la analgesia de rescate.	○
32	Se dispone de las técnicas necesarias (incluidas las técnicas invasivas) para el abordaje de los procedimientos atendidos.	○
33	Se dispone de protocolos que contemplan la prevención y el tratamiento de síntomas acompañantes del dolor como estados de ansiedad, trastornos del sueño, etc. y los eventos adversos más frecuentes (eméticos y estreñimiento).	○
34	Se dispone de sistemas de decisión por algoritmos, mapas de actividades para el tratamiento de efectos secundarios, etc. con identificación de puntos críticos.	●
35	Están definidas las actuaciones a realizar para mitigar el dolor en pacientes en situación terminal.	○
36	La unidad ha elaborado su mapa de riesgos.	●
37	Se definen y realizan los AMFE de procedimientos invasivos.	●
38	La unidad tiene definidos y consensuados protocolos de derivación a otros niveles de atención especializada o de primaria para garantizar la continuidad asistencial y la seguridad.	○
39	La unidad tiene un listado de verificación para detectar y prevenir efectos adversos graves, como la depresión respiratoria por opioides o la reacción alérgica a analgésicos-anestésicos locales.	○
40	La unidad dispone de un espacio físico para la realización de técnicas invasivas ambulatorias y otras técnicas no farmacológicas (TENS, acupuntura, terapias de grupo).	○

SEGUIMIENTO DE PACIENTES, DOCUMENTACIÓN Y REGISTROS

41	Se dispone de registros de seguimiento de los pacientes que permitan tomar decisiones sobre los procedimientos analgésicos empleados.	
42	Se dispone de una base de datos de pacientes con el análisis periódico de los datos de la analgesia y los efectos secundarios debidos a los tratamientos administrados para la mejora de los procedimientos aplicados.	
43	Hay establecidos indicadores de resultados (eficacia, tolerabilidad, seguridad y satisfacción).	
44	Hay establecidos indicadores de procesos (por ejemplo, grado de cumplimiento de registros).	
45	Se recoge la información necesaria para el control del dolor en los informes de alta o derivación, para asegurar la continuidad.	
46	Existen evidencias de colaboración y coordinación en equipo de profesionales de la unidad de distintos perfiles relacionados con el abordaje del dolor (enfermeras, anestesiólogos, cirujanos, psicólogos, rehabilitadores, etc.) para intercambiar opiniones y realizar mejoras en la atención del dolor.	
47	Existen evidencias de coordinación y comunicación intracentro que aseguren la continuidad asistencial de todas las unidades involucradas en el seguimiento del paciente y control del dolor.	
48	Existen evidencias de coordinación interniveles que aseguren la continuidad asistencial para el control del dolor.	
49	Se incorpora el seguimiento del dolor en poblaciones vulnerables a las comisiones de cuidados de área interniveles.	

ANÁLISIS DE RESULTADOS

50	Se valoran la eficacia, tolerabilidad y seguridad de sus protocolos y vías clínicas.	
51	Todo el proceso se audita periódicamente mediante la evaluación de los indicadores y estándares que cada unidad elija como representativos de su actividad.	
52	Existe un proceso de mejora continua de la calidad (PDCA).	
53	Se realiza benchmarking con unidades similares.	
54	Se realizan y evalúan encuestas de satisfacción a los pacientes, incluyendo aspectos relacionados con el dolor.	
55	Se realizan análisis causa-raíz de los sucesos centinela en relación con el manejo del dolor.	
56	Existen líneas de investigación sobre el estudio y tratamiento del dolor.	

ESTRUCTURA ORGANIZATIVA

57	Se incluyen indicadores de resultados de dolor en su cuadro de mando.	●
58	Está definida una cartera de servicios que incluye un catálogo de procedimientos diagnósticos, terapéuticos y/o de intervenciones quirúrgicas.	○
59	Se dispone de los recursos y los materiales necesarios para realizar las actividades previamente establecidas en su cartera de servicio para una analgesia multimodal.	○
60	Se dispone del personal necesario para realizar sus actividades de control del dolor y la ansiedad, según los protocolos establecidos. Está definido el equipo multidisciplinar de profesionales responsables del seguimiento del paciente, las 24 horas del día, todo el año.	○
61	Están definidas las competencias específicas sobre el manejo del dolor en los profesionales de la unidad.	○
62	Se dispone de escalas validadas que cuantifiquen el dolor, sus características y su impacto (escalas multidimensionales).	○
63	Se dispone de escalas adaptadas a los grupos vulnerables como menores, personas mayores, con dificultades de comunicación, con trastorno mental o institucionalizadas, basadas en la mejor evidencia disponible.	○
64	La unidad supervisa, tras una evaluación previa de conocimientos y habilidades, 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).	○
65	Se incorporan objetivos relacionados con el control del dolor crónico en los contratos programa, acuerdos de gestión, o individuales de la unidad.	○
66	El centro garantiza la inclusión de la estrategia del dolor en las comisiones clínicas.	○
67	Se realizan actuaciones dirigidas a facilitar la accesibilidad y resolver la demanda asistencial en un tiempo adecuado.	○

DISTINTIVO
CENTROS
CONTRA
EL DOLOR

BUENAS PRÁCTICAS
PARA EL ABORDAJE DEL
DOLOR ASOCIADO
A PROCEDIMIENTOS









INFORMACIÓN/EDUCACIÓN DEL PACIENTE

1	Se informa a los pacientes de su tratamiento analgésico, así como de sus riesgos y posibles efectos secundarios.	
2	Existen documentos informativos y educativos adaptados a los pacientes, donde se contemplan múltiples aspectos, como evaluación, recomendaciones, técnicas analgésicas, formas de contactar con la unidad, etc.	
3	Existen presentaciones en formato vídeo para informar y fomentar la participación del paciente y/o familiar.	
4	La unidad realiza actividades o colabora en campañas de difusión de información a la población (general, andaluza o en su comunidad) en foros de participación ciudadana, plataformas como Informarse.es salud o Salud responde, para dar a conocer al ciudadano los aspectos relacionados con el dolor perioperatorio.	
5	La unidad realiza actividades formativas dirigidas al ciudadano para evitar eventos adversos (ej. medicamentos), aumentar la seguridad, prevenir riesgos y promover la salud.	
6	Se da al paciente el apoyo necesario para controlar el dolor y la ansiedad (oral, escrito, vídeos) y se educa a paciente y sus cuidadores sobre el uso seguro de la medicación analgésica tras el alta hospitalaria.	










FORMACIÓN DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS

7	Se realizan sesiones clínicas periódicas de todos los profesionales de la unidad.	○
8	La unidad garantiza la acreditación de actividades formativas sobre el abordaje integral del dolor.	◐
9	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 seguridad/prevención de eventos adversos (EA).	●
10	La unidad dispone de un programa de formación profesional acreditado que abarca todas las etapas formativas (grado, postgrado y formación continuada), con participación docente y discente.	●
11	La formación específica en dolor está incluida en el plan de desarrollo competencial de los profesionales	○
12	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.	◐
13	La unidad está reconocida como referente en los aspectos del dolor.	●






EVALUACIÓN SISTEMÁTICA DEL DOLOR

14	La organización cuenta con procesos para identificar a los pacientes que padecen dolor.	
15	El dolor es evaluado y registrado en los pacientes.	
16	La ansiedad es evaluada y registrada en los pacientes.	
17	La unidad utiliza medidas no farmacológicas para tratar el dolor y la ansiedad.	
18	La unidad utiliza escalas validadas que cuantifican el dolor y la ansiedad.	
19	La unidad utiliza escalas adaptadas a los grupos vulnerables, como menores, personas mayores, con dificultades de comunicación, con trastorno mental o institucionalizadas, basadas en la mejor evidencia disponible.	
20	Se realiza una reevaluación y registro periódico conforme a los criterios/protocolos establecidos por la unidad, las características del procedimiento, la intensidad del dolor y las necesidades del paciente, incluyendo el nivel del dolor dentro de los criterios de alta.	
21	La unidad realiza seguimiento telefónico para evaluar el dolor en el domicilio.	

PROCESO ASISTENCIAL

22	Se realiza una prescripción clara del plan analgésico para procedimientos diagnósticos y terapéuticos, para el ámbito hospitalario y domiciliario.	
23	Están establecidos protocolos clínicos, consensuados e interdisciplinarios, en función de los procesos que atienden y basados en la mejor evidencia disponible, para la prevención del dolor, su tratamiento precoz y la prevención de sus complicaciones.	
24	Se dispone de protocolos clínicos adaptados a los grupos vulnerables, como menores, personas mayores, con dificultades de comunicación, etc., apoyados en la mejor evidencia disponible.	
25	La unidad incluye en los protocolos medidas no farmacológicas para tratar el dolor y la ansiedad.	
26	Los protocolos son actualizados periódicamente (plazo no superior a 3 años).	
27	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.	
28	Las actuaciones frente a los eventos adversos más frecuentes están protocolizadas.	
29	La unidad ha elaborado su mapa de riesgos.	
30	Se definen y realizan los AMFE de procedimientos invasivos, incluyendo aspectos relacionados con el dolor.	

SEGUIMIENTO DE PACIENTES, DOCUMENTACIÓN Y REGISTROS

31	Se dispone de registros de seguimiento de los pacientes.	
32	Se dispone de una base de datos de pacientes para valoración de la analgesia y efectos secundarios debidos a los tratamientos administrados.	
33	Hay establecidos indicadores de resultados (eficacia, seguridad, tolerabilidad y satisfacción).	
34	Hay establecidos indicadores de procesos (por ejemplo, grado de cumplimentación de registros).	
35	Se recoge la información necesaria para el control del dolor en los informes de alta y/o transiciones asistenciales.	

ANÁLISIS DE RESULTADOS

36	Se valoran la eficacia, tolerabilidad y seguridad de sus protocolos y vías clínicas.	○
37	Todo el proceso se audita periódicamente mediante la evaluación de los indicadores y estándares que cada unidad elija como representativos de su actividad.	●
38	Existe un proceso de mejora continua de la calidad (PDCA).	●
39	Se realiza benchmarking con unidades similares.	●
40	Se realizan y evalúan encuestas de satisfacción a los pacientes, que incluyan aspectos relacionados con el dolor	●
41	Se realizan análisis causa-raíz de los sucesos centinela en relación con el manejo del dolor.	○
42	Existen líneas de investigación sobre el estudio y tratamiento del dolor.	●

ESTRUCTURA ORGANIZATIVA

43	Se incluyen objetivos relacionados con el control del dolor.	●
44	En su cuadro de mando se incluyen indicadores de proceso y resultados de evaluación del paciente con dolor.	●
45	Está definida una cartera de servicios que incluye un catálogo de procedimientos diagnósticos y terapéuticos con dolor evitable, específicos de esa unidad.	○
46	Se dispone de los recursos y los materiales necesarios para realizar las actividades previamente establecidas en su cartera de servicios para una analgesia multimodal.	○
47	Se dispone del personal necesario para realizar sus actividades de control del dolor y la ansiedad, según los protocolos establecidos. Está definido el equipo multidisciplinar de profesionales responsables del seguimiento del paciente, las 24 horas del día, todo el año.	○
48	Están definidas las competencias específicas sobre el manejo del dolor en los profesionales de la unidad.	○
49	Se dispone de escalas validadas que cuantifiquen el dolor y midan sus características (EVA, EVN, etc).	○
50	Se dispone de escalas adaptadas a los grupos vulnerables, como menores, personas mayores, con dificultades de comunicación, con trastorno mental o institucionalizadas, basadas en la mejor evidencia disponible.	○
51	La unidad supervisa, tras una evaluación previa de conocimientos y habilidades, 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).	○

DISTINTIVO
CENTROS
CONTRA
EL DOLOR

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

INFORMACIÓN/EDUCACIÓN DEL PACIENTE

1	Los profesionales de la unidad informan 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 y garantizando la protección y confidencialidad de los datos y la intimidad del paciente.	
2	Se educa 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.	
3	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.	
4	Existen documentos informativos y educativos (guías, folletos, manuales), 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.	
5	Se le da al paciente la información y apoyo necesarios para controlar el dolor y la ansiedad (oral, escrita, vídeo).	
6	Se obtiene el consentimiento informado ante técnicas invasivas para el estudio y tratamiento del dolor.	
7	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.	
8	La unidad realiza actividades dirigidas a evitar eventos adversos (ej. medicamentos, identificación de pacientes, etc), aumentar la seguridad, prevenir riesgos y promover la salud.	

FORMACIÓN DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS

9	Se realizan sesiones clínicas periódicas de todos los profesionales de la unidad sobre para mejorar el abordaje del dolor en las patologías más prevalentes y/o dolorosas en la unidad*.	○
10	La unidad garantiza la acreditación de actividades formativas sobre el abordaje integral del dolor.	◐
11	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).	◐
12	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.	●
13	La formación específica en dolor está incluida en el plan de desarrollo competencial de los profesionales.	●
14	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.	◐
15	La unidad está reconocida como referente en los aspectos del dolor.	●

*La opiofobia, la infravaloración del dolor, o la oligoanalgesia son problemas que con frecuencia se deben a los conocimientos y motivaciones de los profesionales.

EVALUACIÓN SISTEMÁTICA DEL DOLOR

16	La unidad cuenta con herramientas y procedimientos para identificar a los pacientes que padecen dolor y ansiedad.	
17	La evaluación del dolor se registra en la historia clínica, siendo considerado como 5ª constante vital.	
18	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).	
19	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.	
20	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.	
21	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, las características del problema clínico por el que consulta, los procedimientos que se realicen, la intensidad del dolor y las necesidades y expectativas del paciente.	
22	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

23	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).	●
24	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 (paracetamol, AINES, opioides) y las técnicas locales y/o regionales más adecuadas en cada caso.	○
25	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.	○
26	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.	○
27	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.	○
28	Las actuaciones frente a los eventos adversos más frecuentes están protocolizadas.	○
29	Se dispone de sistemas de decisión por algoritmos y mapas de actividades para el tratamiento de efectos secundarios, con identificación de puntos críticos.	○
30	Están previstas actuaciones para resolver la demanda asistencial en un tiempo adecuado.	○
31	La unidad ha elaborado su mapa de riesgos.	●
32	Se definen y realizan los AMFE de procedimientos invasivos que se realicen en la unidad.	●
33	Están definidas las actuaciones a realizar para mitigar el dolor en pacientes en situación terminal.	○

SEGUIMIENTO DE PACIENTES, DOCUMENTACIÓN Y REGISTROS

34	Se dispone de registros de seguimiento de los pacientes que permitan tomar decisiones sobre los procedimientos analgésicos empleados.	○
35	Durante la estancia en la unidad las técnicas analgésicas se adaptan al nivel de dolor que presenta el paciente, a través de evaluaciones repetidas.	●
36	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.	●
37	Hay establecidos indicadores de resultados (eficacia, tolerabilidad, seguridad y satisfacción).	●
38	Hay establecidos indicadores de procesos (por ejemplo, grado de cumplimentación de registros).	●
39	Se recoge la información necesaria para el control del dolor en los informes de alta de la unidad.	○
40	Existen evidencias de la colaboración y coordinación en el equipo de profesionales de la unidad de distintos perfiles relacionados con el abordaje del dolor (enfermeras, anestesiólogos, cirujanos, traumatólogos), para intercambiar opiniones y realizar mejoras en la atención del dolor.	○
41	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.	●
42	Existen evidencias de coordinación interniveles que aseguran la continuidad asistencial para el control del dolor.	●
43	Se incorpora el seguimiento del dolor en poblaciones vulnerables a las comisiones de cuidados de área interniveles.	●

ANÁLISIS DE RESULTADOS

44	Se valoran la eficacia y seguridad de sus protocolos y vías clínicas.	○
45	Todo el proceso se audita periódicamente mediante la evaluación de los indicadores y estándares que cada unidad elija como representativos de su actividad.	●
46	Existe un proceso de mejora continua de la calidad (PDCA).	●
47	Se realiza benchmarking con unidades similares.	●
48	Se realizan y evalúan encuestas de satisfacción a los pacientes, incluyendo aspectos relacionados con el dolor.	●
49	Se realizan análisis causa-raíz de los sucesos centinela en relación con el manejo del dolor.	○
50	Existen líneas de investigación sobre el estudio y tratamiento del dolor.	●

ESTRUCTURA ORGANIZATIVA

51	Se incorporan objetivos relacionados con el control del dolor perioperatorio en los contratos programa, acuerdos de gestión, o individuales de la unidad.		●
52	Se incluyen indicadores de resultados de dolor en el cuadro de mando.		●
53	Se dispone de los recursos y los materiales necesarios para realizar las actividades previamente establecidas en su cartera de servicios para una analgesia multimodal.	○	
54	Están definidas las competencias de los profesionales de la unidad.		●
55	Se dispone de escalas validadas que cuantifiquen el dolor y midan sus características (EVA, EVN).	○	
56	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, basadas en la mejor evidencia disponible.		●
57	La unidad supervisa, tras una evaluación previa de conocimientos y habilidades, 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).		●

GRUPO DE TRABAJO

Miembros del grupo de trabajo para la elaboración de evidencias relacionadas con el Plan andaluz de atención a las personas con dolor:

Coordinación: **Juan Guerra de Hoyos**

Antonia Ayuso Fernández

Encarnación Cuéllar Obispo

Fernando Caba Barrientos

Inmaculada López Moraleda

Jaime Bachiller Burgos

Juan Carlos Martín Afán de Rivera

Juan Romero Cotelo

Plácido Zamora Navas

Rafael Toscano Méndez



DISTINTIVO CENTROS CONTRA EL DOLOR



Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía
CONSEJERÍA DE SALUD



Observatorio
para la Seguridad del Paciente