

# I Foro Regional del Dolor

Hospital Comarcal del Noroeste  
21 de junio de 2012



## LIBRO DE RESÚMENES DE EXPERIENCIAS

**ORGANIZA:**



**COLABORA y PATROCINA:**



# I FORO REGIONAL DEL DOLOR

SOMUCA. Sociedad Murciana de Calidad Asistencial

Depósito Legal: MU 532-2012

Diseño y maquetación: Cedes congresos, eventos y servicios turísticos, sl.

El LIBRO de RESÚMENES DE EXPERIENCIAS ha sido editado con los textos íntegros que los diferentes autores han elaborado y aportado. Por lo tanto, la Sociedad Murciana de Calidad Asistencial, no se hace responsable de los contenidos u opiniones vertidas, ni de posibles erratas en los mismos.

## PRESENTACIÓN

Las actividades relacionadas con la Mejora en la atención al dolor constituyen hoy día uno de los principales campos de trabajo relacionados con la calidad de la asistencia de nuestros centros sanitarios. El desarrollo mundial de iniciativas en esta área han puesto de manifiesto la necesidad de revisar, identificar y corregir nuestros procedimientos y actuaciones debido a las posibilidades de mejora existentes.

En los últimos años en la Región de Murcia, se han desarrollado proyectos específicos en este campo que ha mejorado la situación de partida del manejo del dolor. En este sentido, la Sociedad Murciana de Calidad Asistencial (SOMUCA) en colaboración con la Sociedad Murciana del Dolor han considerado conveniente generar un espacio de encuentro para los profesionales sanitarios, con los siguientes objetivos:

- Identificar las mejores experiencias en el campo de la Atención al Dolor, desarrolladas en cada una de las Áreas de Salud de la Región.
- Mostrar y compartir los avances alcanzados en el manejo del mismo, lo que proporcionará una perspectiva global de las iniciativas regionales de esta estrategia.
- Reconocer y premiar la Mejor Experiencia Regional en este campo.

Con este planteamiento, se ha celebrado este **I FORO REGIONAL DEL DOLOR**, el jueves 21 de Junio de 2012, en el Salón de Actos del Hospital de Caravaca de la Cruz, en el que se ha realizado un importante esfuerzo económico para facilitar al máximo la asistencia de los profesionales interesados, mediante la gratuidad de la inscripción.

Adicionalmente, y con objeto de difundir al máximo la actividad científica desarrollada, se publica este Libro de Experiencias al alcance de cualquier profesional sanitario interesado cumpliendo, de ese modo, los fines de nuestras respectivas Sociedades.



Rafael Gomis Cebrian  
Presidente  
Sociedad Murciana de Calidad Asistencial



Francisco López Soriano  
Presidente  
Sociedad Murciana del Dolor

# I FORO REGIONAL DEL DOLOR

## ÍNDICE

<b>COMITÉS.....</b>	<b>5</b>
<b>PROGRAMA.....</b>	<b>6</b>
<b>Mesa 1.- Mejores Experiencias por Áreas de Salud.....</b>	<b>8</b>
Existe el dolor agudo en patología traumática en Urgencias. <i>Área VI Vega Media del Segura.....</i>	9
Unidad de Dolor Agudo Postoperatorio del Hospital Universitario Santa Lucía de Cartagena. Primer año de experiencia. <i>Área II Cartagena.....</i>	23
Actividad de Apoyo en Unidad del Dolor: Microgimnasia. <i>Área V Altiplano.....</i>	47
Manejo del Dolor Agudo en el Hospital Universitario Los Arcos del Mar Menor. Resumen de una Experiencia. <i>Área VIII Mar Menor.....</i>	57
<b>Mesa 2.- Mejores Experiencias por Áreas de Salud.....</b>	<b>65</b>
Avances en el Control del Dolor en el Área de Neonatología. <i>Área I Murcia Oeste.....</i>	66
Proyecto de Guías de Buenas Prácticas: Valoración y Manejo del Dolor. <i>Área III Lorca.....</i>	101
Rediseño del Proceso de Analgesia Obstétrica. <i>Área IV Noroeste.....</i>	108
Elaboración de protocolos de derivación de enfermos con dolor crónico, por proceso desde Atención Primaria a Especialidades. <i>Área VII Murcia Este.....</i>	127
Desarrollo de la Implantación del Protocolo de Atención al Dolor Agudo en el Hospital Lorenzo Guirao. <i>Área IX Vega Alta del Segura .....</i>	135
<b>AGRADECIMIENTOS.....</b>	<b>141</b>

## COMITÉS

### COMITÉ ORGANIZADOR

#### Presidente:

Francisco López Soriano

#### Vocales:

Pedro Pozo Martínez

Lucía Bernal Peñalver

Juan Antonio López García

Francisco Rivas López

Bartolomé Lajarín Barquero

Maria Paz Jiménez Parra

### COMITÉ CIENTÍFICO

#### Presidente:

Enrique José Casado Galindo

#### Vocales:

Manuel Alcaraz Quiñonero

Julián Alcaraz Martínez

Alberto Javier Barragán Pérez

José Antonio García Córdoba

Rafael Gomis Cebrian

Solanger Hernández Méndez

Javier Iniesta Sánchez

Víctor Soria Aledo

# I FORO REGIONAL DEL DOLOR

## PROGRAMA

09.30 Inauguración del I Foro Regional del Dolor.

09.45 Mesa 1.- Mejores Experiencias por Áreas de Salud

Modera: **Enrique José Casado Galindo**. *Coordinador de Calidad. Área III Lorca.*

Ponencias:

- Existe el dolor agudo en patología traumática en Urgencias. **Julián Alcaraz Martínez**. *Coordinador de Calidad. Hospital Morales Meseguer. Área VI Vega Media del Segura.*
- Unidad de Dolor Agudo Postoperatorio del Hospital Universitario Santa Lucía de Cartagena. Primer año de experiencia. **Juan Francisco Mulero Cervantes**. *Coordinador de la Unidad de Dolor Agudo. Hospital Santa Lucía. Área II Cartagena.*
- Actividad de Apoyo en Unidad del Dolor: Microgimnasia. **María Soledad Azorin del Valle**. *Enfermera Consulta del Dolor. Área V Altiplano.*
- Manejo del Dolor Agudo en el Hospital Universitario Los Arcos del Mar Menor. Resumen de una Experiencia. **Claudio Contessotto Spadetto**. *Coordinador de Calidad. Área VIII Mar Menor.*

11.30 Pausa café

12.00 Mesa 2.- Mejores Experiencias por Áreas de Salud.

Modera: **Alberto Murcia Valcarcel**. *Director Médico. Área IV Noroeste.*

Ponencias:

- Avances en el Control del Dolor en el Área de Neonatología. **Concepción Martínez Romero**. *Subdirectora de Enfermería Materno-Infantil. Hospital Universitario Virgen del Arrixaca. Área I Murcia Oeste.*
- Proyecto de Guías de Buenas Prácticas: Valoración y Manejo del Dolor. **Miguel Ángel Sanz Peñalver**. *Supervisor de Formación e Investigación. Área III Lorca.*
- Rediseño del Proceso de Analgesia Obstétrica. **Francisco López Soriano**. *Coordinador de Calidad. Área IV Noroeste.*
- Elaboración de protocolos de derivación de enfermos con dolor crónico, por proceso desde Atención Primaria a Especialidades. **Fuensanta Meseguer Guaita**. *Coordinadora de la Unidad del Dolor. Área VII Murcia Este.*
- Desarrollo de la Implantación del Protocolo de Atención al Dolor Agudo en el Hospital Lorenzo Guirao. **Esther Rubio Gil**. *Coordinadora de Calidad* y **Ricardo José Carrillo Martínez**. *Supervisor Unidad Quirúrgica. Área IX Vega Alta del Segura.*

14.00 Entrega del Premio a la Mejor Experiencia y Clausura

**RESÚMENES DE EXPERIENCIAS**

## Mesa 1.

### Mejores Experiencias por Áreas de Salud.

- Existe el dolor agudo en patología traumática en Urgencias. **Julián Alcaraz Martínez.** *Coordinador de Calidad. Hospital Morales Meseguer. Área VI Vega Media del Segura.*
- Unidad de Dolor Agudo Postoperatorio del Hospital Universitario Santa Lucía de Cartagena. Primer año de experiencia. **Juan Francisco Mulero Cervantes.** *Coordinador de la Unidad de Dolor Agudo. Hospital Santa Lucía. Área II Cartagena.*
- Actividad de Apoyo en Unidad del Dolor: Microgimnasia. **María Soledad Azorin del Valle.** *Enfermera Consulta del Dolor. Área V Altiplano.*
- Manejo del Dolor Agudo en el Hospital Universitario Los Arcos del Mar Menor. Resumen de una Experiencia. **Claudio Contessotto Spadetto.** *Coordinador de Calidad. Área VIII Mar Menor.*



## ÁREA VI VEGA MEDIA DEL SEGURA.

### EXISTE EL DOLOR AGUDO EN PATOLOGÍA TRAUMÁTICA EN URGENCIAS.

#### **Autores:**

Alcaraz-Martínez J, Hernández Quiles MI, Martínez-García RM, Ramos S, Sánchez L, Saa-Rojo J, Gómez CI, Povzan P, Comesaña M, Sánchez-Marín A, Ramiro-Tena E, Martínez-Navarro E, Sánchez-Ferra MR, García-Santamaría AM, Victoria-De las Heras MJ, Sánchez-Martínez MJ, Sánchez-Oro MI, Sánchez-Corbalán JL, Vaquero Alvarez P, Soriano Moreno MJ, Amorós González R, Pina Rodríguez MC.

#### **Datos generales.**

Este trabajo se ha realizado en dos fases por personal del Servicio de Urgencias del Hospital Morales Meseguer en colaboración con el Servicio de Urgencias del Hospital de la Vega Baja, en su primera fase. En el mismo han participado adjuntos, médicos residentes y personal de enfermería.

#### **Descripción del problema.**

Con este trabajo se ha pretendido analizar la presencia de dolor en nuestro servicio de Urgencias y valorar la analgesia producida por el tratamiento aplicado, mediante la utilización de una escala visual analógica (EVA) por enfermería. Una vez conocidos los resultados, se contrastaron con datos de un estudio similar en otro servicio de similares características y en una fase posterior se realizó un nuevo análisis para buscar las posibles causas de los resultados obtenidos.

## **Desarrollo de la Experiencia.**

En una primera fase, en mayo de 2006, se midió a la llegada y al alta, el dolor en una muestra de pacientes que acudieron con este síntoma al nuestro servicio de Urgencias. Para ello se utilizó una escala EVA por el personal de enfermería. De ellos se seleccionó una muestra de 60 pacientes que acudieron con clínica de cólico nefrítico, dolor abdominal o dolor agudo secundario a traumatismo. Los pacientes se han dividido según sexo y patología. Los casos no completos se han excluido del estudio. La obtención de datos ha sido mediante la utilización de una pegatina con la escala EVA que se adhería a la carpeta de urgencias y en la que el paciente señalaba el dolor de 10 a 0 a su llegada y al alta. Posteriormente, utilizando la misma metodología, se repitió la misma experiencia tomando 100 casos en el segundo centro. Para contraste de medias se ha utilizado el test de la T de Student.

Una vez conocidos los resultados coincidentes de los dos servicios, nos centramos en la patología traumática. Para ver como se estaba tratando el dolor de estos pacientes, se revisaron todos los informes e historias clínicas de pacientes atendidos durante tres semanas de abril y mayo de 2010, buscando aquellos que fueron diagnosticados de fractura o luxación importante y acudieron precozmente a nuestro servicio. Se registraron tanto la medicación administrada, como el tiempo transcurrido entre su llegada y la administración de la misma. Se obtuvo una muestra de 83 pacientes tras revisar el total de historias del periodo de estudio.

## **Resultados de la Experiencia.**

En el primer muestreo, la edad media fue de 41 años y el 46,6% eran mujeres. La puntuación media del dolor a la llegada fue de 7,35 con una desviación típica (d.t.) de 2,02 (media de 6,98 en hombres y 7,76 en mujeres) y al alta la puntuación de 3,016 con una d.t. de 2,48 (2,6 en hombres y 3,48 en mujeres). Se evaluó la diferencia en el EVA de llegada y salida, siendo la media de 4,3 puntos. Se analizaron también las diferencias entre diferentes analgésico, que han oscilado todas entre 4 y 5 puntos, siendo solo de 1 punto en los casos en los que no se aplicó analgesia. Por patologías, la que obtuvo una diferencia más importante fue el cólico

# I FORO REGIONAL DEL DOLOR

nefrítico con 7,16 puntos de diferencia media, frente a 5,17 de dolor abdominal y solo 2,7 puntos medios de mejoría en la patología traumática.

En el segundo centro, la edad media fue de 47,6 años, siendo el 57% mujeres.

La puntuación media del dolor a la llegada fue de 6,54 con una desviación típica de 1,5 y al alta de 2,45 (d.t. 2,04), con lo que la reducción media del dolor ha sido de 4,09 puntos (d.t. 1,77). Estos resultados son superponibles a los de otro centro. Comparando resultados según el sexo, no se encontraron diferencias significativas.

Según la patología, el cólico nefrítico fue también la patología con una puntuación inicial mayor, 7,34 de media, y además la que obtuvo la reducción más importante del dolor con 4,11 (d.t. 1,9) puntos de diferencia media. El dolor abdominal fue la siguiente, con una puntuación inicial de 6,44 y una reducción media de 4,06 puntos, mientras que la patología traumática, aun partiendo de niveles similares a los del dolor abdominal (6,5) consiguió la menor reducción (3 puntos).

Una vez conocidos estos resultados, centrándonos en la patología traumatológica, en una segunda fase se estudió una nueva muestra de pacientes, se evidenció que en 43 casos (57,3%) no se administró analgesia, constando sólo uno de ellos que fuera por negativa personal. El tiempo medio transcurrido entre la llegada del paciente y la administración de la analgesia a aquellos que la recibieron fue de 42,2 minutos. El fármaco más utilizado fue el dexquetoprofeno con 23 casos (69,7%) seguido del metamizol con 3 casos (9%). Se administraron morfínicos en 2 casos. Un 9% del total de pacientes que recibieron analgesia (3 casos) precisaron una segunda dosis de medicación.

## **Conclusiones y Aplicabilidad.**

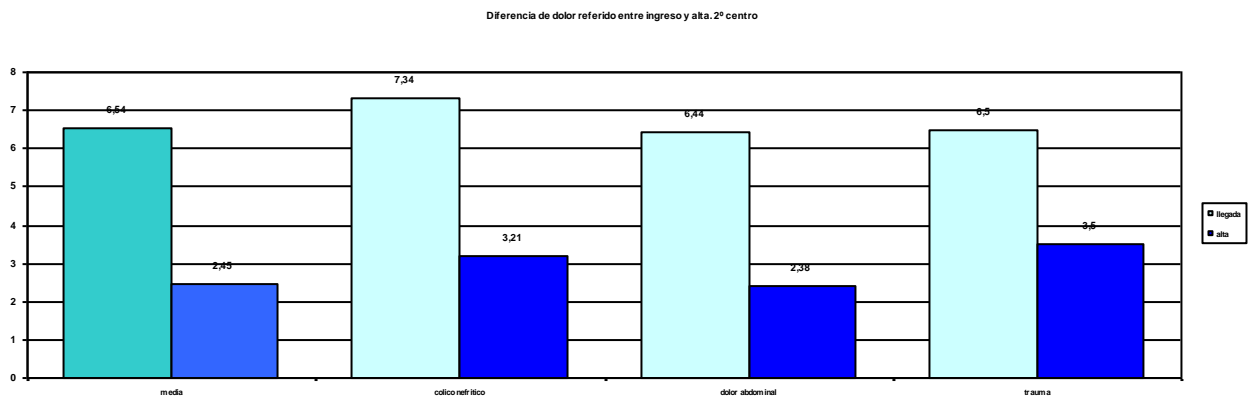
Con esta experiencia se ha comprobado la utilidad de la escala EVA para evaluación subjetiva del dolor en Urgencias. Se han obtenido resultados similares con las mismas patologías en dos centros diferentes. En ambos, la patología con menor reducción del dolor ha sido la traumática.

Centrándonos en ella, destaca en este estudio el gran número de casos en los que no se administró analgesia y el poco uso de los mórficos en patología potencialmente dolorosa como la que ha sido objeto de este trabajo.

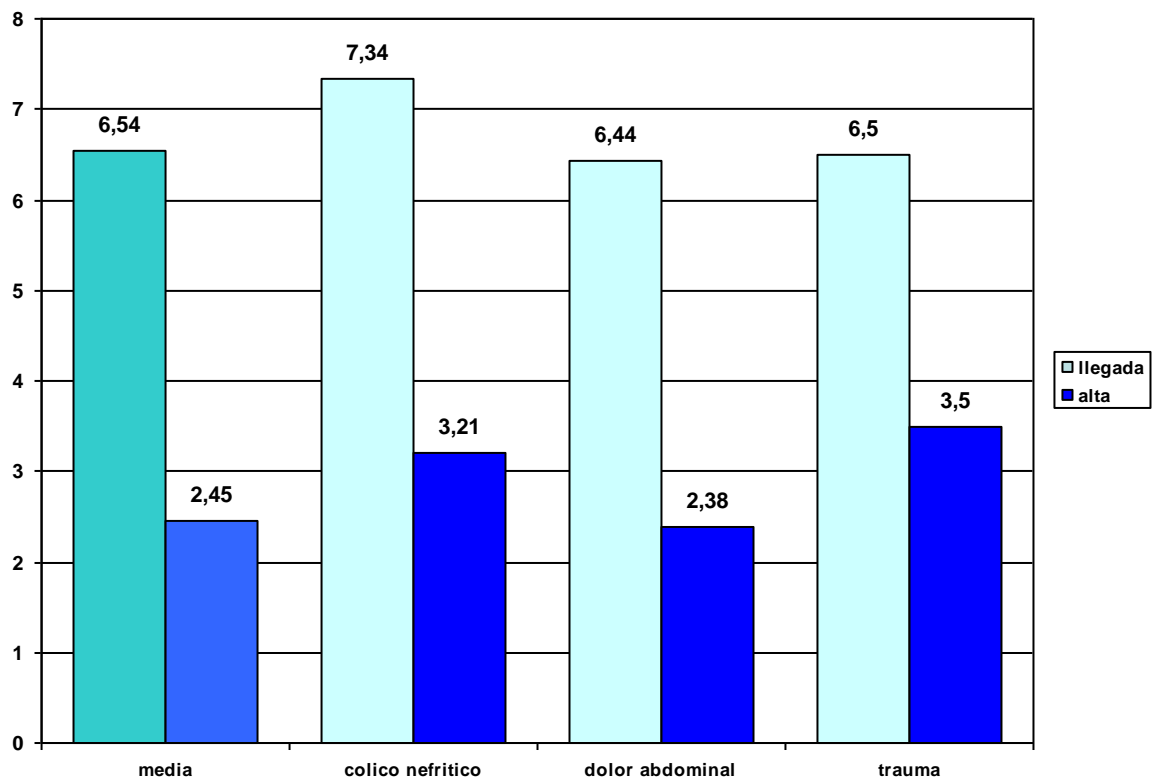
# I FORO REGIONAL DEL DOLOR

## Anexo 1. Gráficas.



Diferencias entre dolor a la llegada y al alta en el primer centro



Diferencia de dolor referido entre ingreso y alta. 2º centro



## Anexo 2. Presentación Power Point Área VI.



### EXISTE EL DOLOR AGUDO EN PATOLOGÍA TRAUMÁTICA EN URGENCIAS

Servicios de Urgencias del Hospital Morales Meseguer  
y Hospital de la Vega Baja

Alcaraz-Martínez J, Hernández Quiles M I, Martínez-García R M, Ramos S, Sánchez L, Saa-Rojo J, Gómez Ci, Povzan P, Comesaña M, Sánchez-Marín A, Ramiro-Tena E, Martínez-Navarro E, Sánchez-Ferra M R, García-Santamaría A M, Victoria-De las Heras M J, Sánchez-Martínez M J, Sánchez-Oro M I, Sánchez-Corbalán J L., Vaquero Alvarez P, Soriano Moreno Mª J, Amorós González R, Pina Rodríguez Mª C

## Introducción

En España,

- El 60-78% de los pacientes que acuden a Urgencias refieren dolor.
- De ellos, entre 85-90% es dolor agudo.
- La causa más frecuente es la patología traumática, en un 45% de casos

## Introducción

No hay muchos estudios sobre el dolor en Urgencias.

Estudios comparando eficacia de fármacos en patologías concretas:

- paracetamol frente AINEs
- AINEs frente a opiáceos
- AINEs frente a AINEs
- paracetamol frente a opiáceos

## Introducción

Estudios comparando diferentes vías de administración:

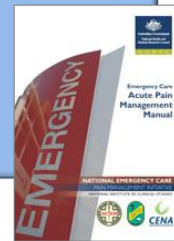
- vía intravenosa frente a intramuscular
- vía oral frente a parenteral:
  - Tiempo entre prescripción y administración de analgesia:
    - oral 8 min
    - iv 20 minutos
  - No diferencias en inicio de analgesia efectiva

Miner JR et al. Oral versus intravenous opioid dosing for the initial treatment of acute musculoskeletal pain in the emergency department. Acad Emerg. Med 2008 Dec;15(12):1234-40

## Introducción

Si hay multitud de guías para tratamiento del dolor en Urgencias:

- dolor agudo
- dolor oncológico
- dolor traumatológico
- dolor reumatológico
- dolor abdominal



## Introducción

Tratamiento: escala y depende de valoración del dolor





## Descripción del problema

Con este trabajo se ha pretendido **analizar la presencia** de dolor en nuestro servicio de Urgencias y **valorar la analgesia** producida por el tratamiento aplicado, mediante la utilización de una escala visual analógica (EVA) por enfermería.

Una vez conocidos los resultados, se **contrastaron** con datos de un estudio similar en otro servicio de similares características y

en una fase posterior se realizó un nuevo análisis para buscar las **posibles causas** de los resultados obtenidos.

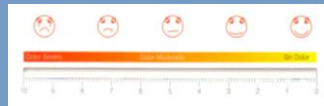
## Desarrollo de la Experiencia

Fase 1

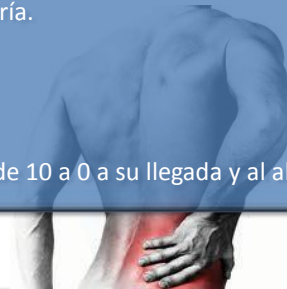
En mayo de 2006, se seleccionó una muestra de 60 pacientes que acudieron con:

- cólico nefrítico,
- dolor abdominal o
- dolor agudo secundario a traumatismo

se midió a la llegada y al alta el dolor utilizando una escala EVA por el personal de enfermería.



En ella, el paciente señalaba el dolor de 10 a 0 a su llegada y al alta.



# I FORO REGIONAL DEL DOLOR

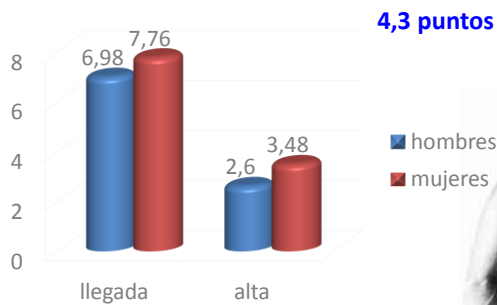
## Desarrollo de la Experiencia

Fase 1



Edad media: 41 años  
sexo: 46,6 % mujeres

Dolor a la llegada: **7,35** (6,84-7,86) → al alta: **3,02** (2,4-3,63)



## Desarrollo de la Experiencia

Fase 1



Edad media: 47,6 años  
sexo: 57% mujeres

Dolor a la llegada: **7,35** (6,84-7,86) → al alta: **3,02** (2,4-3,63)



# I FORO REGIONAL DEL DOLOR

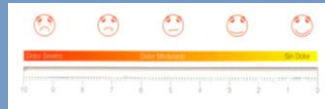
## Desarrollo de la Experiencia

Fase 2

En el segundo centro, se seleccionó una muestra de 100 pacientes que acudieron con:

- cólico nefrítico,
- dolor abdominal o
- dolor agudo secundario a traumatismo

se midió a la llegada y al alta el dolor utilizando una escala EVA por el personal de enfermería.



En ella, el paciente señalaba el dolor de 10 a 0 a su llegada y al alta.

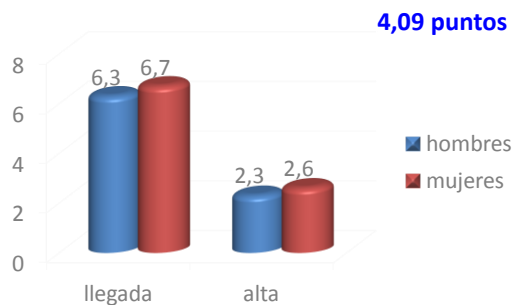
## Desarrollo de la Experiencia

Fase 2



Edad media: 47,6 años  
sexo: 57% mujeres

Dolor a la llegada: **6,54** (6,24-6,84) → al alta: **2,45** (2,05-2,85)



# I FORO REGIONAL DEL DOLOR

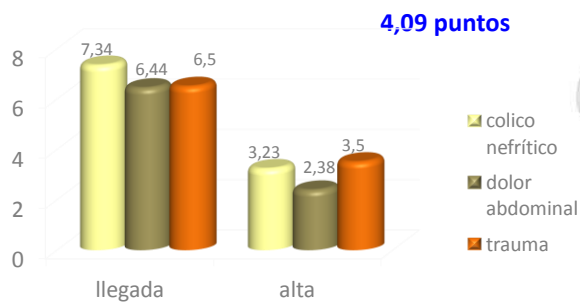
## Desarrollo de la Experiencia

Fase 2



Edad media: 47,6 años  
sexo: 57% mujeres

Dolor a la llegada: **6,54** (6,24-6,84) → al alta: **2,45** (2,05-2,85)



## Desarrollo de la Experiencia

Fase 3



### Patología traumática

Para ver como se estaba tratando el dolor de estos pacientes, se han revisado todos los casos de pacientes atendidos durante tres semanas de abril y mayo de 2011, buscando:

- pacientes diagnosticados de fractura o luxación importante y
- acudieron precozmente a este servicio.

Se registraron tanto la medicación administrada, como el tiempo transcurrido entre su llegada y la administración de la misma

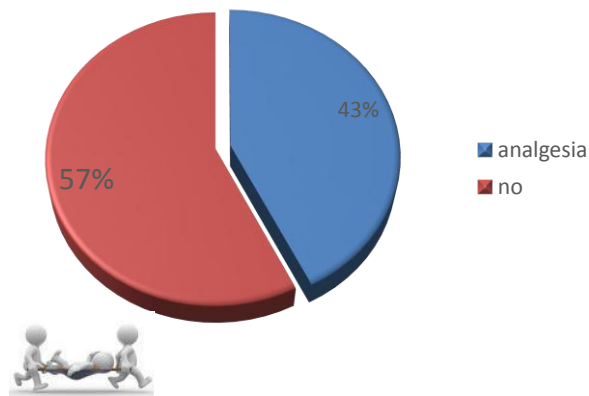


## Desarrollo de la Experiencia

Fase 3

Patología traumática :

uso de analgesia



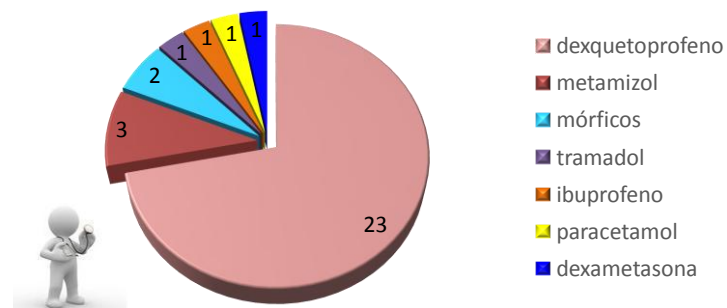
## Desarrollo de la Experiencia

Fase 3

Patología traumática :

Tiempo hasta administración de analgesia: **42,2 minutos**

Analgésicos utilizados



# I FORO REGIONAL DEL DOLOR

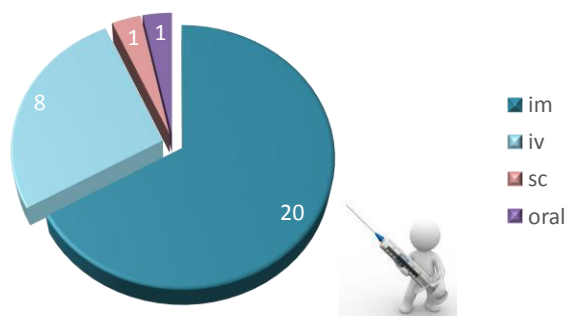
## Desarrollo de la Experiencia

Fase 3

### Patología traumática :

Tiempo hasta administración de analgesia: **42,2 minutos**

#### Vía de administración utilizada



## Conclusiones

Con esta experiencia se ha comprobado la utilidad de la escala EVA para evaluación subjetiva del dolor en Urgencias.

Se han obtenido resultados similares con las mismas patologías en dos centros diferentes.

En ambos, la patología con menor reducción del dolor ha sido la traumática.

Centrándonos en ella, destaca en esta experiencia:

- el número de casos en los que no se administró analgesia y
- el poco uso de los mórficos en patología potencialmente dolorosa.

## ÁREA II CARTAGENA.

### UNIDAD DE DOLOR AGUDO POSTOPERATORIO DEL H. UNIVERSITARIO SANTA LUCÍA DE CARTAGENA. PRIMER AÑO DE EXPERIENCIA.

**Autor:**

**Mulero-Cervantes JF.**

#### **Datos generales.**

Este trabajo pretende describir la creación de la Unidad de Dolor Agudo (UDA) de nuestro centro y los resultados de su actividad durante su primer año de existencia desde el 1 de febrero de 2011 hasta el 31 de enero de 2012.

La UDA está adscrita al Servicio de Anestesiología, Reanimación y Tratamiento del Dolor y diaria e ininterrumpidamente de lunes a viernes en horario de mañana cuenta con un facultativo y una enfermera del Servicio adscritos a dicha actividad a tiempo completo y con la colaboración de los facultativos de anestesia de guardia en horario de tarde, noche, fines de semana y festivos en el seguimiento y manejo de aquellos casos complejos, de difícil control o con técnicas analgésicas invasivas que han requerido asistencia durante estos períodos.

# I FORO REGIONAL DEL DOLOR

## **Descripción del problema de manejo del dolor o necesidades a las que buscaba dar respuesta con esta experiencia.**

El óptimo tratamiento del paciente quirúrgico incluye el control eficaz del dolor postoperatorio con el fin de evitar sus efectos fisiopatológicos y psicoemocionales adversos, disminuir el sufrimiento innecesario que comporta la agresión quirúrgica, disminuir la morbilidad postoperatoria y el coste socioeconómico que genera.

El dolor postoperatorio se trata todavía de forma insuficiente por varias razones: por una deficiencia en la formación de los profesionales sanitarios en el tema de control del dolor, por una insuficiente sensibilidad de los profesionales implicados en el gesto quirúrgico, por la ausencia habitual de protocolización de los procedimientos de analgesia postoperatoria y postraumática e incluso por la cultura de muchos de los pacientes de nuestro ámbito que asumen que el dolor es un síntoma normal después de una intervención quirúrgica.

Así pues, debido a este insuficiente control del dolor postoperatorio, una de las prioridades sanitarias y sociales de los últimos años ha sido el correcto tratamiento del síntoma dolor y por ello el grado de confort y alivio de éste se considera un excelente indicador de la eficiencia y calidad intrínseca de la atención sanitaria de un hospital y de un país.

De los diferentes modelos asistenciales creados en el mundo para solucionar el problema de la analgesia postoperatoria, son las UDA las que mayores defensores tienen, sobre todo en nuestro país. Su funcionamiento conlleva la existencia de personal adecuadamente formado y con dedicación suficiente que asegure que los tratamientos se inician y mantienen conforme a unos protocolos creados a tal efecto.

En casi todas las UDA del mundo, la dirección y gran parte de la carga asistencial está a cargo de anestesiólogos, por la idiosincrasia de su formación y actividad en el ámbito del control del dolor en quirófano. Hay sitios donde se ha intentado que las UDA



# I FORO REGIONAL DEL DOLOR

dependan organizativa y asistencialmente de las unidades de dolor crónico; sin embargo, la dedicación que el tratamiento del dolor crónico exige y la disponibilidad continua que el dolor postoperatorio conlleva hace que, fuera de los grandes hospitales, estas unidades estén organizativamente separadas pues los recursos humanos no se incrementan al englobar el tratamiento de dolor postoperatorio en una unidad de dolor crónico.

Aunque al principio de su existencia, el personal de las UDA debe responsabilizarse del inicio y seguimiento de la mayoría de los tratamientos, la tendencia natural es que, a través de un proceso continuo de formación y adquisición de experiencia, progresivamente se vaya delegando esta responsabilidad en los médicos y enfermeras de las diferentes áreas, debiendo ser nuestro objetivo final que las UDA actúen como unidades de monitorización de la analgesia protocolizada y de asesoramiento, consulta y atención en aquellos casos que presenten especiales dificultades o desarrollen complicaciones.

## **Desarrollo de la experiencia.**

### **1ª FASE**

Generación de los protocolos generales de analgesia postoperatoria intravenosa para el tratamiento del dolor leve, moderado y severo. Diferenciamos protocolos diferentes entre pacientes adultos y pacientes pediátricos desde el primer momento debido a sus diferentes características farmacocinéticas. Para el tratamiento del dolor moderado y severo distinguimos otros protocolos diferentes a la analgesia intravenosa convencional derivados de diferentes opciones terapéuticas en forma y vía de administración como son la Analgesia IV Controlada por el Paciente (PCA-IV), Analgesia Epidural (Continua y Controlada por el Paciente) y Analgesia Regional (Continua y Controlada por el Paciente).

# I FORO REGIONAL DEL DOLOR

Para la creación de los protocolos analgésicos hemos aprovechado la experiencia clínica de otras instituciones sanitarias nacionales con iniciativas de este tipo como el H. U. Puerta del Mar de Cádiz<sup>1</sup> y el H.U. La Paz de Madrid<sup>2</sup>, las recomendaciones de la Sociedad Española de Dolor<sup>3</sup> y la mejor evidencia disponible derivada de revisiones sistemáticas<sup>4</sup>.

Dentro de los protocolos analgésicos, se establecen las pautas de profilaxis gástrica y antiemética para minimizar los efectos secundarios más habituales derivados de nuestros tratamientos.

## 2ª FASE

Consistió en el desarrollo de un aplicativo informático dentro de SELENE para establecer los formularios que nos permiten parametrizar y recoger toda la información inherente a nuestra actividad para una posterior explotación de los datos, establecer de manera rápida unas pautas de tratamiento clínico basadas en los diferentes protocolos de analgesia establecidos en la primera fase y los informes derivados de las mismas expresados en un formato claro y detallado.

Esta fase da lugar a un formulario de GESTIÓN CLÍNICA DE UDA con 2 subformularios:

- **HISTORIA CLÍNICA:** donde se recogen los datos médicos del paciente, con sus antecedentes personales, las medicaciones de uso habitual, el proceso quirúrgico al que se somete, el protocolo de analgesia pautado con sus medicaciones y dispositivos utilizados.

<sup>1</sup> Torres LM, Collado F. *Manejo Práctico Actual del Dolor Agudo*. Madrid: Ergón 2008.

<sup>2</sup> Muñoz JM. *Manual de Dolor Agudo Postoperatorio*. Madrid: Ergón 2010.

<sup>3</sup> Muñoz JM; Grupo de Dolor Agudo de la Sociedad Española de Dolor. *Guía de Dolor Agudo Postoperatorio*. Madrid: Editorial de I SED 2011.

<sup>4</sup> Macintyre PE, Schug SA, Scott DA, Visser EJ, Walker SM; APM:SE Working Group of the Australian and New Zealand College of Anaesthetists and Faculty of Pain Medicine (2010), *Acute Pain Management: Scientific Evidence* (3rd edition), ANZCA & FPM, Melbourne

# I FORO REGIONAL DEL DOLOR

- **EVOLUCIÓN:** donde se recogen los datos diarios durante las primeras 24 a 72 horas de postoperatorio relacionados con la evaluación de la calidad de la analgesia recibida (valorado con escala EVA en reposo y en movimiento o Valsalva), del descanso nocturno, de los efectos secundarios que hubieran podido aparecer y una breve encuesta de satisfacción.

Y un formulario de PROTOCOLOS DE TRATAMIENTO, de utilidad eminentemente clínica que nos permite, escogiendo el protocolo correspondiente, realizar una pauta de tratamiento detallada, particularizando los fármacos disponibles en listas desplegadas y sus dosis, en función del peso y el estado de salud del paciente. De este formulario se genera un informe imprimible que es la pauta de tratamiento para la enfermería de la unidad de ingreso.

## **3ª FASE**

Es la fase de implantación propiamente dicha servicio a servicio. Nosotros elegimos como primeros servicios a incluir en el protocolo UDA a los de Ginecología y Obstetricia y de Cirugía Pediátrica.

La elección del primero obedece a la necesidad desde hace años de controlar de una manera directa la evolución de una de las tareas relacionadas con el manejo del dolor agudo con más actividad en nuestro Servicio de Anestesia, que es la analgesia epidural obstétrica, protocolizada desde el año 1998 pero sin control de su evolución ni eficacia (esto dio lugar a la creación de formularios específicos en SELENE de EVALUACIÓN DE ANALGESIA OBSTÉTRICA y ENCUESTA DE SATISFACCIÓN POSTPARTO).

La elección del segundo obedece a nuestro firme convencimiento de que, en los niños pequeños que todavía no tienen capacidad de comunicar la cantidad ni la calidad de su dolor, la tendencia a una analgesia insuficiente o ausente se pone todavía más de manifiesto, pero todos los niños sienten dolor, incluidos los más prematuros con un sistema nervioso inmaduro, por lo que debemos esforzarnos cada día más por mejorar la calidad de la analgesia que procuramos a nuestros niños en todos los ámbitos de nuestra actividad profesional.

# I FORO REGIONAL DEL DOLOR

Tras unas sesiones formativas con los facultativos y personal de enfermería de planta de dichas unidades, adaptamos de manera consensuada los protocolos generales a las características de sus intervenciones, clasificándolas en dolor leve, moderado y severo y particularizando algunas de ellas dentro de protocolos de analgesia con técnicas invasivas regionales (principalmente en cirugía pediátrica).

Desde entonces, en estos 2 servicios, la analgesia de todas las intervenciones programadas que cursan con ingreso es pautada y revisada por la UDA. Para intervenciones ambulatorias y urgentes con ingreso se consensuaron el Protocolo de Analgesia Postoperatoria en la Cesárea y el de Analgesia Postoperatoria en Urgencias Pediátricas, que son pautados por los cirujanos correspondientes pero también son revisados por la UDA. Para evaluar el dolor del paciente pediátrico utilizamos la Escalas de Caras y la de Llanto<sup>5</sup> (figura 1).

Posteriormente, con la misma sistemática de formación y consenso, se incluyeron los servicios de Cirugía General, Cirugía Plástica, ORL, Cirugía Maxilo-facial, Cirugía Vasculuar y Urología, con los que se llegó al acuerdo de que la UDA pautaría y revisaría el tratamiento analgésico de aquellas intervenciones consideradas de dolor moderado-severo, dejando el dolor leve a cargo de los diferentes servicios según protocolos consensuados.

Hemos dejado para el final al Servicio de Traumatología y Ortopedia por la diversidad de sus opciones terapéuticas invasivas a incluir en los protocolos y se encuentra en fase de implantación.

Desde el primer momento de su existencia, la UDA ha estado abierta a la atención de interconsultas sobre pacientes ingresados no quirúrgicos de complejo manejo analgésico debido a que la Unidad de Dolor Crónico se ubica en el H. Sta. María del Rosell y progresivamente se ha ido convirtiendo en una parte importante de nuestra actividad asistencial.

---

<sup>5</sup> Reinoso-Barbero, F.; Lahoz Ramón, A.I.; Durán Fuente, M.P.; Campo García, G.; Castro Parga, L.E. *Escala LLANTO: instrumento español de medición del dolor agudo en la edad preescolar*. An Pediatr (Barc).2011; 74(1) :10-4.

## Resultados de la experiencia.

La actividad global de la UDA de este primer año evaluado asciende a un total de 4.679 actos clínicos, lo que revela una media de 19 actuaciones al día (tabla 1).

Nuestra tarea principal ha sido y sigue siendo el tratamiento analgésico y la revisión posterior de pacientes intervenidos quirúrgicamente y según muestran los números, Ginecología y Cirugía General han sido las especialidades que más actividad han generado, pero de lo que nos sentimos muy satisfechos es de haber atendido la analgesia de todos los niños intervenidos con ingreso hospitalario en todas las especialidades quirúrgicas y de hecho, la 3ª especialidad quirúrgica que más actividad nos ha generado ha sido Cirugía Pediátrica (tabla 2), y de haber revisado toda la actividad obstétrica urgente, partos con epidural y cesáreas (se diseñó un protocolo consensuado con ginecólogos para esta intervención).

Sin contar la actividad obstétrica, hemos conseguido en el primer día de postoperatorio una media de EVA (escala 0 a 10) en reposo de 1,01 y en movimiento o Valsalva de 3,07. El porcentaje de pacientes con dolor leve o no dolor (EVA<4) ha sido del 88,98% en reposo y del 60,93% en movimiento (figura 2). El 89,36% de los pacientes ha calificado nuestra actuación como buena o muy buena.

Siguiendo la evolución mensual de los resultados obtenidos en la especialidad con la que más tiempo hemos trabajado por ser la primera en implantación (Ginecología), apreciamos una evidente mejoría durante los primeros meses de actividad (figura 3).

Los efectos secundarios más frecuentemente reportados durante las primeras 24h del postoperatorio, como era de esperar, han sido las náuseas y vómitos (NVPO), 13,23% y 7,98% respectivamente. Estos datos mejoran de manera evidente la incidencia epidemiológicamente aceptada por la mayoría de los trabajos sobre NVPO, que oscila entre el 20 y el 30% en la población quirúrgica general, llegando al 70-80% en pacientes de riesgo<sup>6</sup> (figura 4).

<sup>6</sup> Gang TJ, Meyer T, Apfel CC, et al. *Society for ambulatory anaesthesia guidelines for the management of postoperative nausea and vomiting*. Anesth Analg 2007; 105: 1615-28.

# I FORO REGIONAL DEL DOLOR

Nos sorprende cómo cada día se reciben más interconsultas en nuestra UDA de asistencia a pacientes no quirúrgicos (siendo de Reumatología y Medicina Interna las más frecuentes), lo que pone de manifiesto una visibilidad creciente de nuestro trabajo dentro de todos los ámbitos clínicos de nuestro hospital y nos anima enormemente ver cómo cada vez más compañeros especialistas ponen su confianza en nosotros para tratar a sus pacientes más complejos en el manejo del dolor.

## **Conclusiones y aplicabilidad.**

Aunque no consideramos al nuestro un proyecto innovador ya que existen otros hospitales a nivel nacional que nos llevan años de ventaja, sí que nos consideramos pioneros en este tipo de asistencia dentro de nuestra Comunidad Autónoma y como en el resto de experiencias que nos han servido de referente, consideramos fundamental un buen soporte informático que sustente el registro gráfico de toda nuestra actividad. Hemos creado un aplicativo bajo SELENE que durante este primer año hemos ido mejorando progresivamente con los informáticos y nos ha permitido una explotación completa de todos los registros de toda nuestra actividad, tratándolos posteriormente con EXCEL y ACCESS en la creación de tablas y gráficos. El hecho de trabajar bajo Selene permite unas posibilidades de aplicabilidad completa de nuestros formularios e informes en cualquier otro hospital de la Región. No obstante, creemos que aún debemos trabajar mucho con la explotación de los datos y crear aplicativos que sean más rápidos en este sentido.

Hemos conseguido mejorar los indicadores de calidad relacionados con la evaluación del dolor (medición de EVA como 5ª constante) y el nivel de analgesia postoperatoria pero sólo en el ámbito de nuestra UDA y debemos extrapolar esto a todas las unidades de hospitalización. Seguimos trabajando en ello creando una Comisión Intrahospitalaria de Dolor.

Tras más de un año de experiencia diaria e intensa, es el profundo agradecimiento (calidad percibida) que nos transmiten los pacientes tratados, aunque no les aliviemos por completo el dolor, el que más alimenta nuestra ilusión de seguir trabajando sin

# I FORO REGIONAL DEL DOLOR

desfallecimiento para mejorar nuestros tratamientos a pesar de las adversidades, sobre todo en estos tiempos de crisis económica tan profunda. Este trabajo es diario, todos los días hay personas con dolor postoperatorio y por tanto, **todos los días debe haber personal médico y de enfermería dedicado** en exclusiva a tratar este problema y no podemos fallar ni uno solo.

# I FORO REGIONAL DEL DOLOR

## Anexo 1. Tablas y figuras.

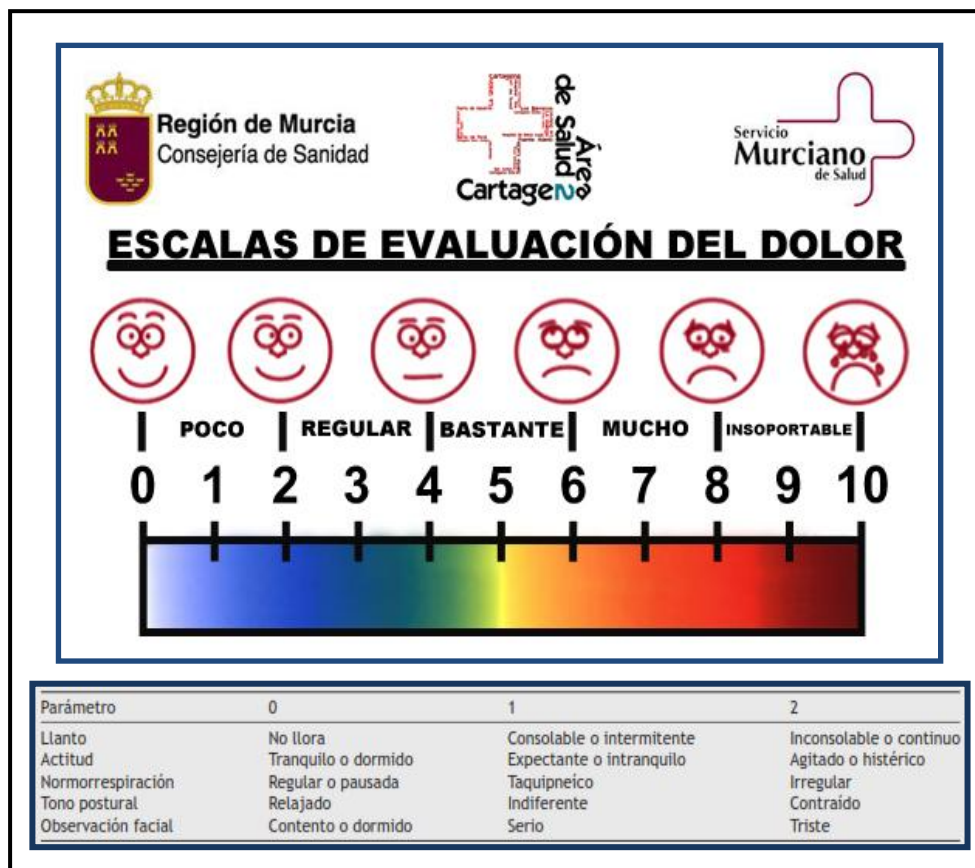


Figura 1. ESCALAS DE DOLOR DEL AREA 2.

	Nº DE ACTOS
INTERCONSULTA MÉDICA	83
INTRODUCCIÓN EN PROTOCOLO UDA	686
REVISIÓN POSTOPERATORIA	2040
REVISIÓN INTERCONSULTA MÉDICA	286
REVISIÓN POSTPARTO	1584
TOTAL:	4679
DÍAS DE TRABAJO:	247 (1 AÑO)
ACTOS POR DÍA:	19

TABLA 1. ACTIVIDAD GLOBAL DE LA UDA.



# I FORO REGIONAL DEL DOLOR

ESPECIALIDAD	PACIENTES
GINECOLOGÍA	365
CIRUGÍA GENERAL	156
CIRUGÍA PEDIÁTRICA	72
UROLOGÍA	27
OTORRINOLARINGOLOGÍA	23
TRAUMATOLOGÍA	17
CIRUGÍA MÁXILO-FACIAL	14
CIRUGÍA VASCULAR	7
CIRUGÍA PLÁSTICA	5

TABLA 2. PACIENTES QUIRÚRGICOS INTRODUCIDOS EN PROTOCOLO U

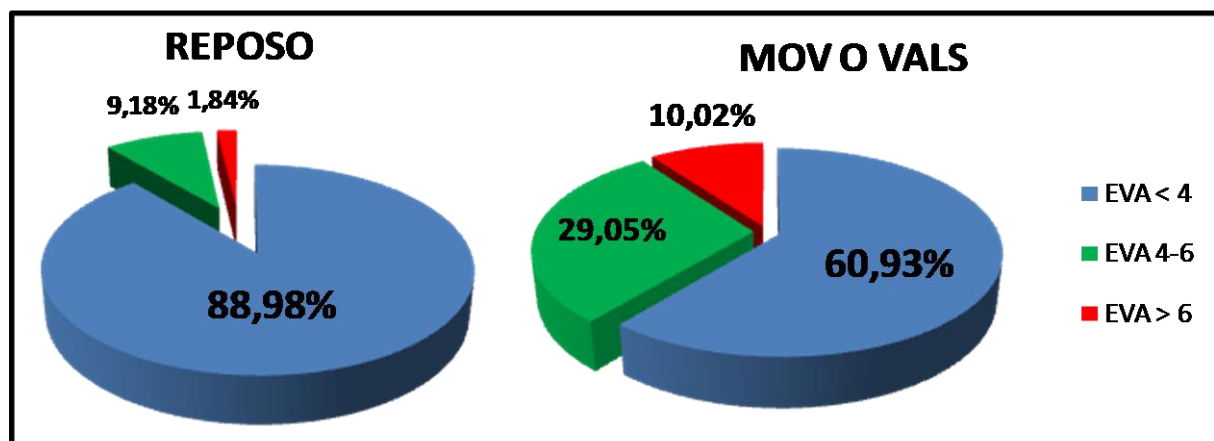


FIGURA 2. EVA GLOBAL EN REPOSO Y MOVIMIENTO (sin Obstetricia).

# I FORO REGIONAL DEL DOLOR

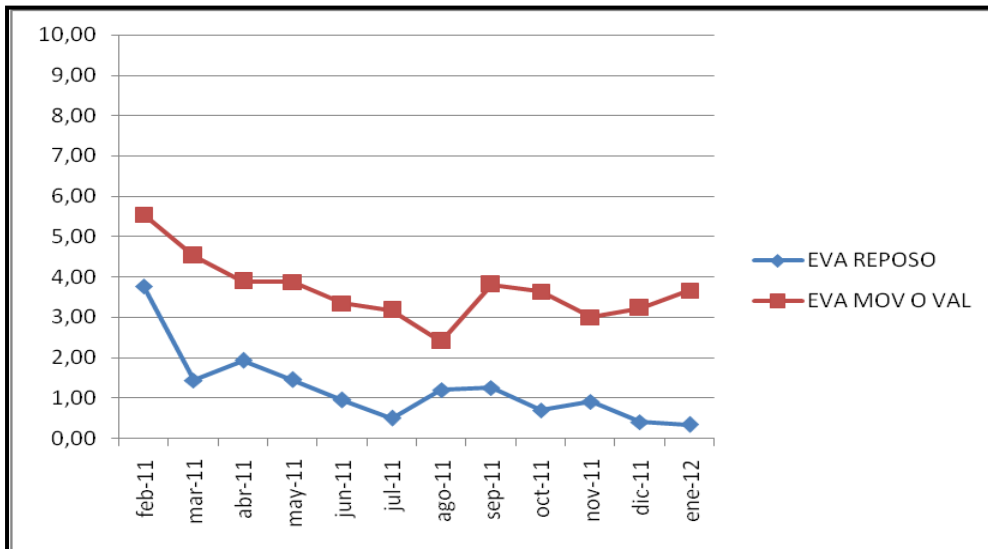


FIGURA 3. EVOLUCIÓN MENSUAL DE LA MEDIA DEL EVA EN GINECOLOGÍA.

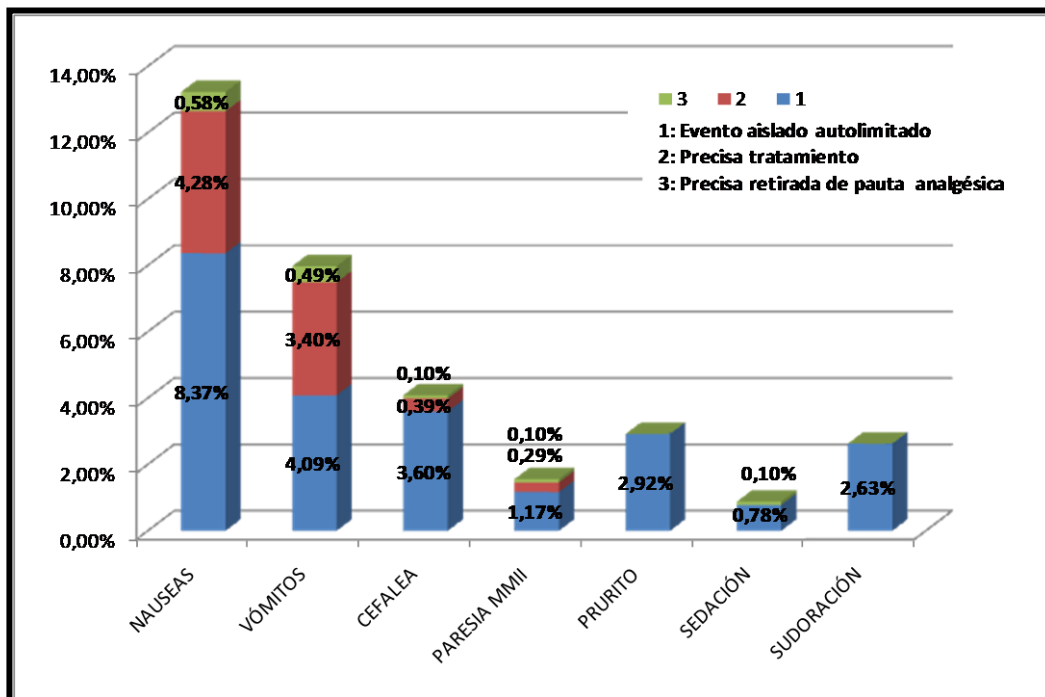


Figura 4. EFECTOS SECUNDARIOS EN PRIMERAS 24H DE POSTOPERATORIO.

# I FORO REGIONAL DEL DOLOR

## Anexo 2. Presentaciones Power Point. Área II.



Kumar N. *WHO Normative Guidelines on Pain Management*. 2007

**“El diagnóstico correcto y el tratamiento adecuado del dolor es un importante asunto de salud pública.”**

Kumar N. *WHO Normative Guidelines on Pain Management*. 2007

**“En el mundo, hay millones de personas que sufren dolor agudo o crónico debido a la ignorancia de los médicos y a la ausencia de protocolos científicamente justificados.”**



Hospital General Universitario Santa Lucía



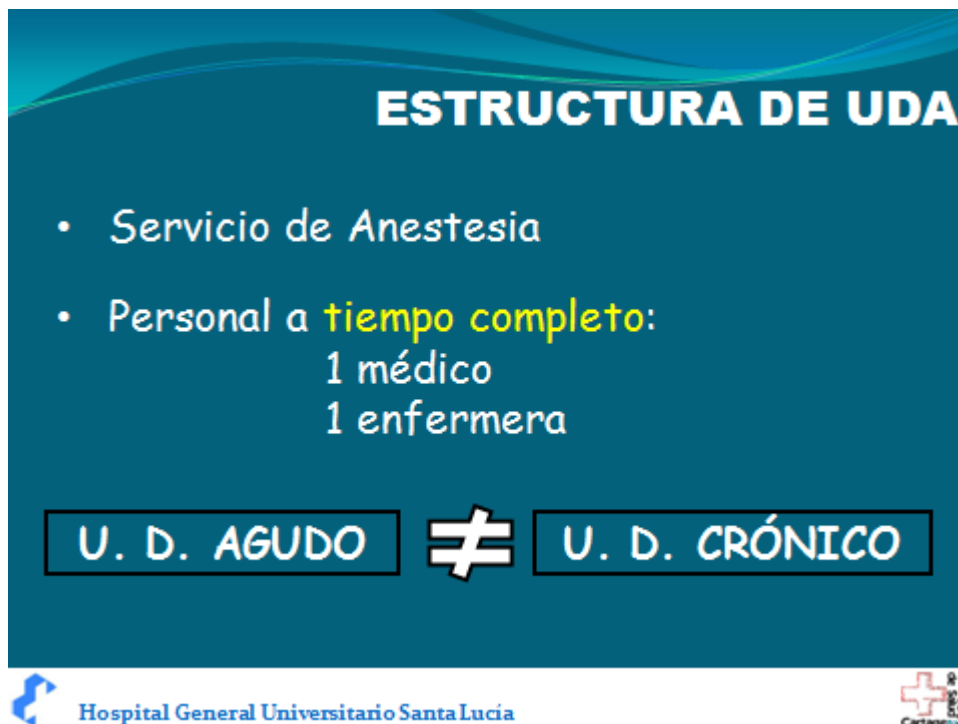
## **INSUFICIENTE ANALGESIA P.O.**

- DEFICIENTE FORMACIÓN
- INSUFICIENTE SENSIBILIDAD
- AUSENCIA DE PROTOCOLIZACIÓN
- CULTURA SOCIAL DEL DOLOR P.O.



Hospital General Universitario Santa Lucía





## OBJETIVOS DE UDA

- **Protocolización**
- **Pautar tratamientos**
- **Seguimiento**
- **Evaluación**



Hospital General Universitario Santa Lucía



## 1ª FASE – Generación de Protocolos

- Analgesia IV dolor leve, moderado y severo.
- Analgesia en **PACIENTE PEDIÁTRICO**.
- Analgesia **MULTIMODAL:** EPIDURAL  
REGIONAL
- **PCA**
- **Profilaxis** antiemética y gástrica.



Hospital General Universitario Santa Lucía



# I FORO REGIONAL DEL DOLOR

## 2ª FASE – Aplicativo Informático

# SELENE



Hospital General Universitario Santa Lucía



Historia Paciente - 287194 - IGJERRO GARCIA, PES - Windows Internet Explorer proporcionado por Conty Graf Univ de Cartagena

02/194 - 20042006030010 - CARI028111489791 - IGJERRO GARCIA, PES Edad 54 Años 18.12 - 3295 1  
CEA - GNECOLOGIA Sin alertas asociadas GNECOLOGIA

Procesos

No enviados

Fecha Inicio	Fecha Fin	Descripción	Fecha In.	Fecha Fin	Responsable	Unidad de gestión	Estado	Estado	Fecha Inicio Planificado	Tarea Codificada	Proceso Padre	Proceso	Código Análisis	Tipo	Valor de de
24/02/2011	28/02	CEA - GNECOLOGIA			Patricia Ortega	GNECOLOGIA	Reservado	Activo		NO			442010	Primerá atención	
14/02/2011	28/02	CEA - RADIODIAGNOSTICO			Pedro Luis Bernal	RADIODIAGNOSTICO	Consulta	Activo		NO			442200	Primerá atención	
03/11/2010	12/02	CEA - OPTALMOLOGIA			Walter Luis Perez	OPTALMOLOGIA	Consulta	Activo		NO			4217341	Primerá atención	
20/02/10	18/02	OPTALMOLOGIA PRIMERÁ VISTA P.O.			Walter Oscar Sanchez	OPTALMOLOGIA	Consulta	Activo		NO			409402	Primerá atención	
23/02/10	28/02	OPTALMOLOGIA GUFI VISTA ESPECIAL			Walter Luis Perez	OPTALMOLOGIA	Consulta	Activo		NO			393345	Primerá atención	
20/11/2009	28/02	OPTALMOLOGIA PRIMERÁ VISTA P.O.			Walter Oscar Sanchez	OPTALMOLOGIA	Consulta	Activo		NO			322111	Primerá atención	
18/02/09	28/02	OPTALMOLOGIA PRIMERÁ VISTA P.O.			Walter Oscar Sanchez	OPTALMOLOGIA	Consulta	Activo		NO			231042	Primerá atención	

Historia Paciente

Nombre	Unidad	Fecha Creada	Categoría	Creado por	Fecha Modificada	Modificado por	Activado	Eliminado con Usuario	Ayuda	Activado	Desactivado
Historia Paciente	12	24/02/2011 18:22	ALERGOLOGIA	em889			no	no		HCS	ON
FORMACION DE SERVICIOS PACIENTE	8	24/02/2011 18:28	ADIVISION	ng19	24/02/2011 18:28	ng19	no	no		HCS	ON
SE - Evaluación de Entrenamiento	12	24/02/2011 18:22	ADIVISION	em889			no	no		HCS	ON
VERIFICACION DE SEGURIDAD QUIRUR.	48	24/02/2011 18:49	EPISODIO	em889	24/02/2011 18:49	em889	no	no		HCS	ON
Mapa Circunferencia	3	24/02/2011 18:47	EPISODIO	em889	24/02/2011 18:48	em889	no	no		HCS	ON
Control de Succión	2	24/02/2011 18:22	EPISODIO	ng19	24/02/2011 18:24	ng19	no	no		HCS	ON
Participación Asistencial	8	24/02/2011 20:10	EPISODIO	ng14	24/02/2011 18:12	em819	no	no		HCS	ON
Pruebas Complementarias	888	24/02/2011 18:27	EPISODIO	ng14			no	no		HCS	ON
Intervención Reseque de Cerebro	3	24/02/2011 18:28	EPISODIO	ng14	24/02/2011 18:27	ng14	no	no		HCS	ON
Intervención de Enfermería Parto	8	24/02/2011 18:24	EPISODIO	ng14	24/02/2011 18:28	ng14	no	no		HCS	ON
Participación Inicial y seguimiento de P.O.	8	24/02/2011 18:22	EPISODIO	ng14	24/02/2011 18:24	ng14	no	no		HCS	ON
Constantes Vitales	8	24/02/2011 18:28	EPISODIO	ng14	24/02/2011 18:28	em819	no	no		HCS	ON
CEA - AMB - Femenino de Premenopausa	24	24/02/2011 18:18	HECOTIA	em819	24/02/2011 18:28	em819	no	no		HCS	ON
Historia Clínica Oncológica	888	24/02/2011 18:27	HECOTIA	em819	24/02/2011 18:47	em819	no	no		HCS	ON

PAIN







## 3ª FASE – IMPLANTACIÓN SERVICIO A SERVICIO

1. Sesión clínica: Funcionamiento de UDA.
2. Pactar protocolos de analgesia por intervención o tipos de intervención.
3. Información a facultativos: cirujanos y anestesiólogos (e-mail, plastificar protocolos en quirófanos).
4. Formación de enfermería de planta.
5. Iniciar los tratamientos y el seguimiento.



Hospital General Universitario Santa Lucía



Parámetro	0	1	2
Llanto	No llora	Consolable o intermitente	Inconsolable o continuo
Actitud	Tranquilo o dormido	Expectante o intranquilo	Agitado o histérico
Normorrespiración	Regular o pausada	Taquipneico	Irregular
Tono postural	Relajado	Indiferente	Contraido
Observación facial	Contento o dormido	Serio	Triste

# I FORO REGIONAL DEL DOLOR

## SERVICIOS IMPLANTADOS

1. Ginecología y Obstetricia
2. Cirugía Pediátrica
3. Cirugía General y Digestiva
4. Cirugía Plástica
5. Otorrinolaringología
6. Cirugía Maxilofacial
7. Cirugía Vasculat
8. Urología
9. Traumatología y Ortopedia



Hospital General Universitario Santa Lucía



## RESULTADOS

PRESTACIÓN	Nº DE ACTOS
INTERCONSULTAMÉDICA	83
INTRODUCCIÓN EN PROTOCOLO UDA	686
REVISIÓN POSTOPERATORIA	2040
REVISIÓN INTERCONSULTAMÉDICA	286
REVISIÓN POSTPARTO	1584

TOTAL: 4679

DÍAS DE TRABAJO: 247 (1 AÑO)

ACTOS POR DÍA: 19



Hospital General Universitario Santa Lucía



# I FORO REGIONAL DEL DOLOR

## RESULTADOS

ESPECIALIDAD	PACIENTES
GINECOLOGÍA	365
CIRUGÍA GENERAL	156
CIRUGÍA PEDIÁTRICA	72
UROLOGÍA	27
OTORRINOLARINGOLOGÍA	23
TRAUMATOLOGÍA	17
CIRUGÍA MÁXILO-FACIAL	14
CIRUGÍA VASCULAR	7
CIRUGÍA PLÁSTICA	5

SIN OBSTETRICIA



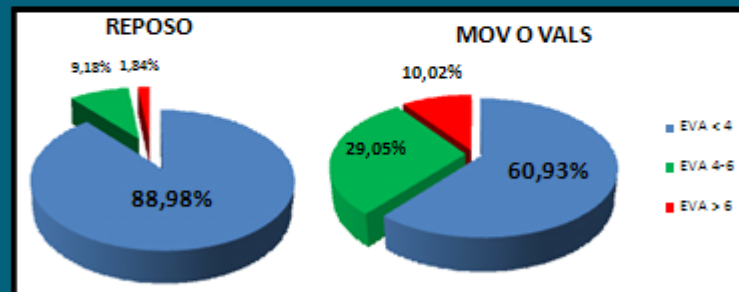
Hospital General Universitario Santa Lucía



## RESULTADOS

EVA EN REPOSO media (día 1): 1,01

EVA EN MOV-VALS. media (día 1): 3,07



SIN OBSTETRICIA

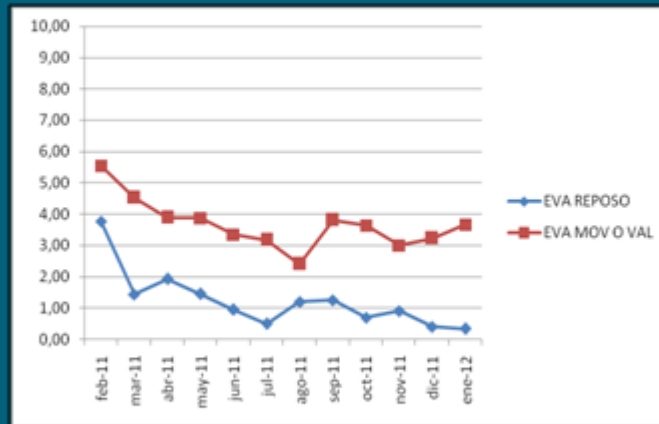


Hospital General Universitario Santa Lucía



# I FORO REGIONAL DEL DOLOR

## RESULTADOS



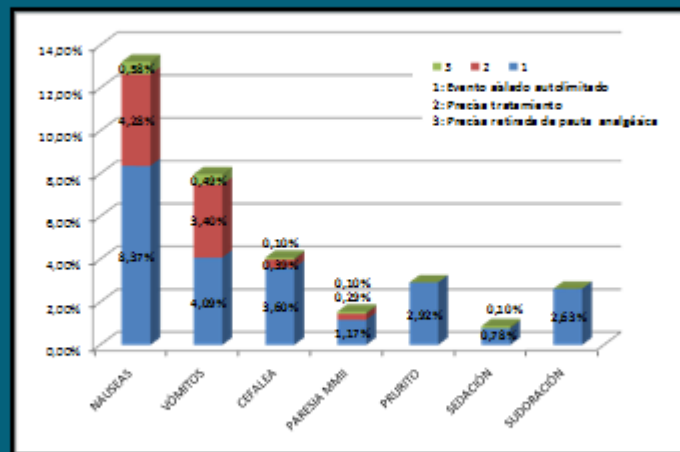
EVA MEDIO MENSUAL EN GINECOLOGÍA



Hospital General Universitario Santa Lucía



## EFECTOS SECUNDARIOS



EFECTOS SECUNDARIOS EN PRIMERAS 24H DE POSTOPERATORIO



Hospital General Universitario Santa Lucía



Gang TJ, Meyer T, Apfel CC, et al. *Society for ambulatory anaesthesia guidelines for the management of postoperative nausea and vomiting*. *Anesth Analg* 2007; 105: 1615-28.

## NVPO: 20-30%



Hospital General Universitario Santa Lucía



## CONCLUSIONES

**Protocolización = MEJORA CALIDAD**

**5ª CONSTANTE**

**Sistema EXPORTABLE (SELENE)**

**DEDICACIÓN COMPLETA**



Hospital General Universitario Santa Lucía



## ÁREA V ALTIPLANO

### ACTIVIDAD DE APOYO EN UNIDAD DE DOLOR: MICROGIMNASIA

**Autora:**

**Azorin-Del Valle S.**

#### **Introducción.**

En noviembre del año 2009 comienza la actividad de Microgimnasia en la Unidad de Dolor del Hospital Virgen del Castillo de Yecla.

La Microgimnasia es un método terapéutico basado en estiramientos globales del cuerpo y "micromovimiento" sencillos que podrían clasificarse dentro del tipo de gimnasia "suaves".

#### **Objetivos.**

1. Proporcionar al paciente un conocimiento y una práctica para su día a día que le permita encontrar bienestar cuando lo necesite.
2. La práctica de esta terapia proporciona la flexibilidad y el tono adecuados a las diferentes estructuras musculares y articulares, disminuye las tensiones y restablece la vitalidad del organismo.
3. Reducción del sufrimiento físico y psíquico causado por dolores crónicos, estrés y ansiedad.

# I FORO REGIONAL DEL DOLOR

## **Desarrollo.**

En consulta con su médico de la Unidad, se le comunica al paciente la posibilidad de realizar esta técnica, informándole de sus características, duración y carácter voluntario.

Se seleccionan inicialmente 7 pacientes, para que realicen una vez por semana y durante tres meses consecutivos clases de Microgimnasia.

Las patologías que más se benefician de la técnica son cervicalgia, dorsalgia, lumbalgia, rigidez muscular, fibromialgia, fatiga crónica y síntomas asociados como ansiedad, trastornos del sueño y depresión.

## **Material y método.**

Se requieren los siguientes recursos materiales y humanos:

- Sala acondicionada para realizar trabajo de grupo
- Diferentes materiales de apoyo para desarrollar el trabajo de micro gimnasia
- Monitor que dirija la actividad.

## **Resultados.**

Al terminar cada ciclo se entrega a cada paciente una encuesta de valoración de la micro gimnasia, con relación a su patología y sugerencias respecto al trabajo realizado.

Del total de pacientes que comienzan la actividad han llegado al final para completar la encuesta un 60%.

En la encuesta se recogen un total de 16 ítems, basados en la escala Lattinen en su parámetro intensidad del dolor, cuyo resultado es:



# I FORO REGIONAL DEL DOLOR

1.- Fibromialgia.	9.- Rampas.
2.- Fatiga crónica.	10.- Dolor de pies.
3.- Dolor cervical.	11.- Dolor de piernas.
4.- Dolor dorsal.	12.- Estreñimiento crónico.
5.- Cefaleas.	13.- Alodinia.(Dolor al roce).
6.- Dolor en hombro.	14.- Depresión.
7.- Dolor lumbar.	15.- Ansiedad.
8.- Rigidez muscular.	16.- Trastornos de sueño.

<b>Encuesta de valoración Microgimnasia</b>					
	<b>Total</b>	<b>Mejoría</b>	<b>Igual</b>	<b>Empeora</b>	<b>% Mejoría</b>
Fibromialgia	13	6	7	0	46,15
Fatiga crónica	13	7	5	1	53,84
Dolor cervical	21	11	10	0	52,38
Dolor dorsal	21	13	6	2	61,90
Cefaleas	16	8	7	1	50
Dolor en hombro	20	10	9	0	50
Dolor lumbar	24	16	8	0	66,66
Rigidez muscular	22	14	8	1	63,63
Rampas	19	7	12	0	36,84
Dolor de pies	15	6	9	0	40
Dolor de piernas	21	11	10	0	52,38
Estreñimiento crónico	17	7	10	0	41,17
Alodinia	8	2	6	0	25
Depresión	16	7	8	1	43,75
Ansiedad	20	12	7	1	60
Trastornos de sueño	19	11	7	1	57,89

## Anexo 1. Presentaciones Power Point. Área V.



## Introducción.

- En el año 2009 comienza la actividad de Microgimnasia en la Unidad de Dolor del Hospital.
- La Enfermera de la Unidad de Dolor es la persona que desarrolla dicha actividad por estar especialmente formada.

## ¿Qué es la Microgimnasia?

- La Microgimnasia es un método terapéutico de trabajo corporal que generalmente se practica en grupo.
- Se experimenta con el cuerpo de forma consciente, mediante movimientos y posturas muy estudiadas.
- Añadiendo una respiración adecuada y dirigiendo la atención hacia el interior, el practicante de Microgimnasia investiga el funcionamiento del aparato locomotor.



# I FORO REGIONAL DEL DOLOR

*Al final de cada sesión es imprescindible dar unos minutos de intimidad, colocándose cada uno en la postura fetal, bien cubierto con una manta, con los ojos cerrados, en total silencio, para mantener una especie de diálogo interior y personal con el cuerpo y las emociones... sin pensar ¡solo sintiendo!*

*Antoni Munné.*

Creador de la Microgimnasia.

## Descripción del problema.

- Llegan a consulta gran nº de pacientes con dolor de espalda, motivado muchas veces por contracturas musculares crónicas.
- Estos suelen mejorar con técnicas de fisioterapia, masaje o ejercicio adecuado.
- También mejoran revisando y corrigiendo hábitos posturales.
- Detrás de las contracturas musculares suele haber una fuerte carga emocional.

## Objetivos

- Proporcionar al paciente un conocimiento práctico para su día a día.
- Reducción del sufrimiento físico y psíquico.
- Prevenir futuros problemas físicos.

## Desarrollo de la experiencia.

- El la consulta Médico y Enfermera informan de la posibilidad de realizar Microgimnasia.
- Se seleccionan 7 pacientes para realizar 12 sesiones de Microgimnasia.
- Para medir los resultados, los pacientes rellenan una encuesta de valoración al terminar el trabajo.

# I FORO REGIONAL DEL DOLOR

## Resultados.

- Desde el comienzo de la actividad se han formado 7 grupos de forma consecutiva.
- Del total de pacientes que comienzan la actividad (47) han llegado al final para completar la encuesta un 60%(33).
- Un 99% de las encuestas manifiestan querer repetir el trabajo.

*Encuesta de valoración Microgimnasia*

	Total	Mejoría	Igual	Empeora	% Mejoría
Fibromialgia	13	6	7	0	46,15
Fatiga crónica	13	7	5	1	53,84
Dolor cervical	21	11	10	0	52,38
Dolor dorsal	21	13	6	2	61,90
Cefaleas	16	8	7	1	50
Dolor en hombro	20	10	9	0	50
Dolor lumbar	24	16	8	0	66,66
Rigidez muscular	22	14	8	1	63,63
Rampas	19	7	12	0	36,84
Dolor de pies	15	6	9	0	40
Dolor de piernas	21	11	10	0	52,38
Estreñimiento crónico	17	7	10	0	41,17
Alodinia	8	2	6	0	25
Depresión	16	7	8	1	43,75
Ansiedad	20	12	7	1	60
Trastornos de sueño	19	11	7	1	57,89

# I FORO REGIONAL DEL DOLOR

<i>Encuesta de valoración Microgimnasia</i>	
	% Mejoría
Fibromialgia	46,15
Fatiga crónica	53,84
Dolor cervical	52,38
Dolor dorsal	61,90
Cefaleas	50
Dolor en hombro	50
Dolor lumbar	66,66
Rigidez muscular	63,63
Rampas	36,84
Dolor de pies	40
Dolor de piernas	52,38
Estreñimiento crónico	41,17
Alodinia	25
Depresión	43,75
Ansiedad	60
Trastornos de sueño	57,89

## Conclusiones.

- Muchos pacientes que continúan con su práctica en casa logran un mayor control del dolor.
- Sería deseable aumentar el tiempo dedicado a la Microgimnasia para que los pacientes que lo deseen puedan repetir.
- Nos parece un proyecto innovador y complementario en el tratamiento del dolor dentro de la Sanidad Pública.

## Conclusiones II

- En vista de los resultados obtenidos, pensamos que los objetivos se cumplen satisfactoriamente.
- Este proyecto se ha puesto en marcha sin suponer ningún gasto adicional a los presupuestos del hospital.
- La aplicación en otros centros depende básicamente de los recursos disponibles.





## ÁREA VIII MAR MENOR

### MANEJO DEL DOLOR AGUDO EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO LOS ARCOS DEL MAR MENOR. RESUMEN DE UNA EXPERIENCIA.

#### **Autores:**

**Contessotto C, Ferrer L, Muñoz M.**

#### **Introducción.**

Esta experiencia comenzó en el año 2009 desde el servicio de Anestesia y Reanimación, con la colaboración del servicio de Calidad, el Equipo Directivo y los Servicios quirúrgicos del centro. En el grupo de trabajo multidisciplinar, formado por 14 personas, estaban el Jefe de Servicio y el Supervisor de Anestesia, que junto con la Supervisora de Calidad, fueron los responsables de la acción de mejora. También formaban parte del grupo la Jefa de Sección del servicio de Cirugía, el Jefe de Sección del servicio de Ginecología-Obstetricia, un facultativo del Traumatología y el Coordinador de Calidad, con la asistencia de la Dirección Médica y la Subdirección de Enfermería. El grupo para la "Gestión del Dolor Post-quirúrgico" se formó en el antiguo hospital Los Arcos, con la implicación de todos los servicios quirúrgicos que realizaban cirugía con ingreso en este centro.

#### **Manejo del dolor.**

En el año 2009, el tratamiento del dolor no estaba estandarizado con protocolos de analgesia, ni había un procedimiento escrito de cómo evaluarlo, por tanto, desconocíamos si nuestros pacientes estaban bien tratados en este aspecto.

Tras conocer la experiencia de nuestros compañeros de Caravaca, que se prestaron a venir a presentarla, durante el curso que se realizamos sobre Dolor Agudo, se formó el grupo de trabajo para el tratamiento del Dolor Agudo.

El objetivo era establecer un procedimiento para protocolizar el tratamiento del dolor, que permitiera que todos los pacientes quirúrgicos tuvieran un tratamiento analgésico homogéneo, en función de la intensidad del dolor que sentían, desde el final de la intervención y durante las 48 horas posteriores a la misma, si ésta era con ingreso. Se pretendía evitar la variabilidad que había en el tratamiento del dolor, ya que cada especialidad pautaba un tratamiento, sin medir la intensidad del dolor y sin seguir un protocolo.

## **Desarrollo de la experiencia.**

El grupo de trabajo formado a finales de 2009, realizó una serie de actividades:

- Elaboración, consenso y difusión de los protocolos de analgesia postoperatoria para ginecología, cirugía general y traumatología.
- Elaboración y difusión de un registro en soporte papel del dolor del paciente post-quirúrgico tras evaluación con escala EVA. Este registro también contiene datos sobre la satisfacción del paciente en cuanto a la gestión del dolor.
- Realización de un Anexo para la correcta cumplimentación de la hoja de registro del dolor agudo post-quirúrgico (DAP).
- Medición de los indicadores definidos para evaluar la implantación del control, evaluación y registro del dolor agudo post-quirúrgico.
- Difusión de resultados y puesta en marcha de medidas correctoras.
- Elaboración de un formulario en Selene para registro DAP.

**Con todo ello, en el año 2010 se hace revisión bibliográfica y de documentación sobre el dolor.**

Se consulta documentación, de la que se extrae este resumen, de una revisión bibliográfica realizada por el grupo regional de cuidados de enfermería para valoración sistemática del paciente con dolor.

## **Respecto a la gestión del dolor agudo.**

En el *Primer documento de consenso sobre el Dolor post-operatorio en España* (Asociación Española de Cirujanos, Grupo de Dolor de la SECOT, Sociedad Española de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor y Sociedad Española del Dolor) 2005, se proponen una serie de puntos clave para el desarrollo de un plan de gestión del dolor postoperatorio:

- Información /educación del paciente y el personal sanitario.
- Evaluación sistemática del dolor como una constante vital, 5ª constante vital.
- Aplicación de protocolo que contemple la analgesia balanceada/multimodal.
- Seguimiento del paciente y documentación de los resultados.
- Análisis periódico de los resultados.
- Creación de una estructura organizativa para alcanzar los puntos anteriores.

## **Respecto a la medición del dolor.**

El *Primer documento de consenso sobre el Dolor post-operatorio en España* (AEC, GEDOS, SEDAR y SED) 2005. Menciona que entre los métodos más utilizados en el periodo postoperatorio figuran la Escala Visual Analógica (EVA) y la escala Verbal Numérica/Verbal Simple/Numérica Simple, ya que ambas son fácilmente comprensibles para los pacientes y además sus resultados son reproducibles a largo tiempo.

# I FORO REGIONAL DEL DOLOR

La EVA permite además describir las variaciones del dolor sin forzar cambios de categoría, como ocurre en el caso de la escala verbal simple, aunque ambos tipos de escalas presentan una buena correlación (coeficiente de correlación lineal  $>0.6$  en 10/14 estudios). Otras escalas de auto-evaluación, como las Escalas Verbales Categóricas o el cuestionario del Dolor Mac Gill son menos útiles para evaluar la intensidad del dolor en el postoperatorio, si bien las escalas categóricas pueden ser muy útiles en pacientes de edad elevada y con dificultades de comprensión.

En el Hospital Los Arcos la medición sistemática del dolor se realiza con la escala analógica visual (EVA), utilizando la escala dolor de caras en los pacientes con unas características de edad, nivel de conciencia, idioma, que lo requieran. Según la documentación consultada es la herramienta más fiable en adultos.

**Se elabora el procedimiento de medición del dolor**, cuyo objetivo es orientar a los/as enfermeros/as de las unidades de hospitalización, CMA y reanimación en la evaluación y registro del dolor con la utilización de la escala EVA.

Este procedimiento se aplica a todos los pacientes del Hospital Los Arcos sometidos a intervención quirúrgica. La elección de este perfil de pacientes se basa en que el primer objetivo de este centro hospitalario, en cuanto a la gestión del dolor, viene referido al control del dolor en el postoperatorio.

Criterios de exclusión: pacientes quirúrgicos que su estado les impida cumplimentar las escalas utilizadas en el centro para medir el dolor.

La medición del dolor se lleva a cabo en las unidades de reanimación, hospital de día y en las unidades de hospitalización.

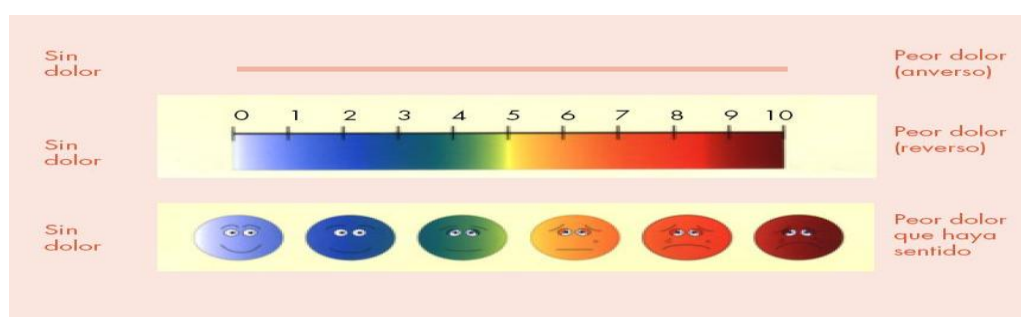
# I FORO REGIONAL DEL DOLOR

## Definiciones.

**Dolor:** El **dolor** es una experiencia sensorial ([objetiva](#)) y emocional ([subjetiva](#)), generalmente desagradable, que pueden experimentar todos aquellos seres vivos que disponen de un [sistema nervioso](#).

**Escala Visual Analógica (EVA):** consiste en una línea recta, dividida en 10 tramos del 0 al 10, en el que el cero es ausencia de dolor y el 10 dolor insoportable. El paciente selecciona en la línea el grado de dolor que siente de acuerdo a su percepción individual.

**Escala dolor de caras:** Escala con dibujos con expresiones faciales que representan diferentes intensidades de dolor. Útil en pacientes con deterioro intelectual, barreras idiomáticas y en niños pequeños.



## Responsabilidades.

Los profesionales de enfermería:

La enfermera/o es responsable de ejecutar el procedimiento: evaluar y registrar el dolor del paciente en el postoperatorio y de administrar la analgesia prescrita en cada caso.

# I FORO REGIONAL DEL DOLOR

Los supervisores de las unidades de Enfermería que intervienen en el proceso:

Son responsables de la difusión y accesibilidad a este documento para los profesionales que lo necesiten. Además de la supervisión de su aplicación a los pacientes susceptibles.

Responsable del grupo de trabajo y supervisora de calidad:

Son responsables de la formación necesaria para la aplicación del procedimiento, de la implantación y de las acciones necesarias para su revisión, así cómo de la evaluación y mejora de la calidad.

## **Metodología.**

Se realiza un tríptico sobre el Dolor Postoperatorio. Se hace una primera medición en el año 2009, a la vista de los resultados, se hace un ciclo de mejora, partiendo de que el registro no se realiza de forma correcta.

Para ello, se hacen reuniones informativas con el personal médico y de enfermería, en febrero de 2010.

Se elabora el formulario Registro del Dolor.

Se hace el documento "Evaluación y Registro del Dolor" donde se detalla el procedimiento a seguir en pacientes de cirugía con ingreso, con las actividades a realizar, los formularios a abrir y el icono que los representa, tanto en reanimación como en unidades de hospitalización y hospital de día.

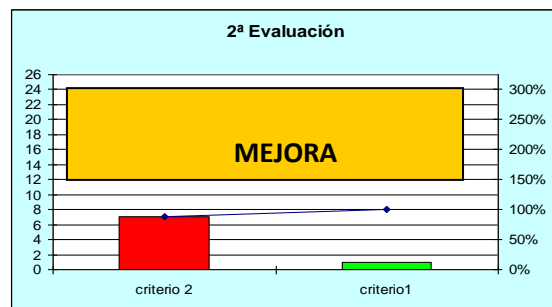
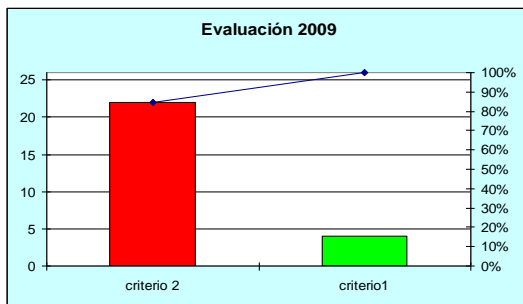
## **Resultados.**

Tras la puesta en marcha de las medidas correctoras, se vuelve a medir el cumplimiento de los criterios establecidos, observando una amplia mejoría.

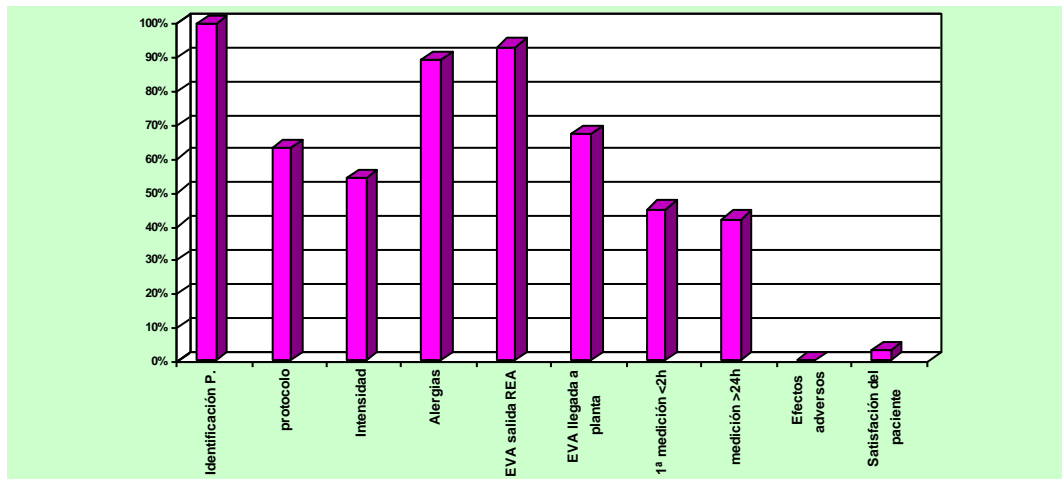
# I FORO REGIONAL DEL DOLOR

**C-1.** Todo paciente consciente y orientado, sometido a intervención quirúrgica con ingreso no tendrá dolor >4 en la escala EVA a las 12h de la intervención.

**C-2.** Todo paciente sometido a intervención quirúrgica con ingreso deberá tener medido el dolor y registrado al menos 4 veces después de la intervención.



En el año 2010 se realizó un corte para ver el cumplimiento del protocolo de Dolor Post-quirúrgico con los resultados se ven en el gráfico anexo.



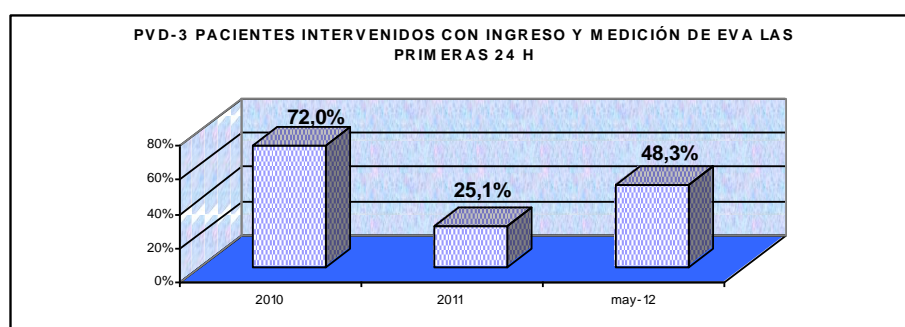
Se observa un alto grado de cumplimiento del protocolo en la unidad de Reanimación, con un seguimiento algo menor en planta. El grado de satisfacción de los usuarios, en las 77 encuestas realizadas a pacientes sometidos a cirugía con ingreso (37% de los intervenidos) fue muy pequeño.

En el año 2011 nos trasladamos de hospital, se amplió la cartera de servicios, entre ellos, servicios quirúrgicos y se contrató nuevo personal, lo que en la actualidad, nos ha

# I FORO REGIONAL DEL DOLOR

llevado a un menor cumplimiento del protocolo, por lo que, el procedimiento para medir el dolor y la aplicación de los protocolos de analgesia, necesitan ser relanzados.

En el gráfico siguiente se muestra el cumplimiento global de este indicador en los años 2010 y 2011, así como en el corte realizado en mayo de 2012.



## Conclusiones.

La existencia de un procedimiento para medir el dolor y los protocolos de analgesia, evitan la variabilidad en el tratamiento y permiten un mejor manejo del dolor.

La incorporación de nuevos profesionales, como consecuencia del traslado a un nuevo centro y la ampliación de la cartera de servicios, han tenido como consecuencia, un menor cumplimiento en la valoración del dolor, por lo que suponen una oportunidad de mejora en cuanto a la comunicación del procedimiento y al seguimiento del protocolo de "Dolor Post-quirúrgico". Tenemos un importante reto por delante.



## Mesa 2.

### Mejores Experiencias por Áreas de Salud

- Avances en el Control del Dolor en el Área de Neonatología. **Concepción Martínez Romero**. *Subdirectora de Enfermería Materno-Infantil. Hospital Universitario Virgen del Arrixaca. Área I Murcia Oeste.*
- Proyecto de Guías de Buenas Prácticas: Valoración y Manejo del Dolor. **Miguel Ángel Sanz Peñalver**. *Supervisor de Formación e Investigación. Área III Lorca.*
- Rediseño del Proceso de Analgesia Obstétrica. **Francisco López Soriano**. *Coordinador de Calidad. Área IV Noroeste.*
- Elaboración de protocolos de derivación de enfermos con dolor crónico, por proceso desde Atención Primaria a Especialidades. **Fuensanta Meseguer Guaita**. *Coordinadora de la Unidad del Dolor. Área VII Murcia Este.*
- Desarrollo de la Implantación del Protocolo de Atención al Dolor Agudo en el Hospital Lorenzo Guirao. **Esther Rubio Gil**. *Coordinadora de Calidad y Ricardo José Carrillo Martínez*. *Supervisor Unidad Quirúrgica. Área IX Vega Alta del Segura.*

## ÁREA I MURCIA – OESTE

### AVANCES EN EL CONTROL DEL DOLOR EN EL ÁREA DE NEONATOLOGÍA DEL HOSPITAL INFANTIL VIRGEN DE LA ARRIXACA.

**Autores:**

**López-Ibáñez M, Martínez-Romero C, de Ardanaz-Jorroto S, Guirao-Guerrero A, Bosch-Giménez VM, Ferrer-Bas P.**

#### **El alivio del dolor en el hospital infantil de la Arrixaca.**

Tradicionalmente, el dolor en el niño se ha tratado de forma insuficiente por 3 motivos según su edad:

- En el niño lactante y en el RN se pensaba que su incapacidad para verbalizar sus sentimientos y expresar su dolor era sinónimo de incapacidad para experimentarlo y recordarlo.
- Los niños preescolares tienen dificultad en expresar lo que sienten.
- Los de edad escolar temen pedir los analgésicos por miedo a las inyecciones.

En el año 2000 empezamos el cambio en el HACER. Tomamos conciencia de la importancia de la prevención del dolor y su manejo y empezamos a utilizar la crema EMLA como anestésico tópico, con una eficacia demostrada para una gran variedad de procedimientos, protocolizando su uso antes de cualquier venopunción. Como consecuencia de esto nuestros niños empiezan a llorar menos.

# I FORO REGIONAL DEL DOLOR

También cambiamos nuestra filosofía: el PENSAR. Por ello empezamos a crear alianzas. Nuestros primeros aliados fueron los payasos del hospital, Pupaclown, con un proyecto para procedimientos dolorosos. Se intervino en quirófano y en oncología, analizamos los beneficios y presentamos los resultados. Con ellos conseguimos que nuestros niños empiecen a sonreír.

Los resultados de PUPAQUIROFANO son sorprendentes. Demuestran que la actuación de los payasos contribuye a atenuar el malestar emocional del niño ante la operación. Por otro lado evaluamos la alteración conductual de los niños a los 7 días después de la intervención quirúrgica, concluyendo que el efecto de la actuación de los payasos se prolonga más allá del período prequirúrgico, incidiendo especialmente sobre la posthospitalización en sus recuerdos y vivencias, no dejando recuerdos traumáticos que alteren su conducta.

El proyecto que llevan a cabo en la Unidad de Oncohematología como mejora en los Indicadores del dolor, forma parte de lo que se denominan Terapias Coadyuvantes, las cuales se utilizan junto a los distintos tipos de analgesia farmacológica en procedimientos dolorosos. Dentro de estas Terapias Coadyuvantes están los Pupaclown (cuyos resultados de investigación con los niños oncológicos están en periodo de explotación, en la facultad de psicología), la psicóloga, el entorno decorativo, el comportamiento del personal de enfermería, la presencia de los seres queridos, el acompañamiento continuo, la sala de juegos-estar donde conviven las familias, los voluntarios y los maestros de las aulas hospitalarias.

En 2007 comienza el pilotaje de la valoración del dolor mediante la Escala analógica visual EVA en formato papel en la Unidad de Cirugía Pediátrica, a todos los niños ingresados y tras haber sido intervenidos quirúrgicamente, hasta el día de hoy.

# I FORO REGIONAL DEL DOLOR

En 2011 instauramos la valoración del dolor a cada niño tras el ingreso en urgencias y/o en planta. Se mide el nivel de dolor día/turno como la 5ª constante. Se mantiene la hoja en su Historia Clínica y se ha incluido en la grafica y registros de la historia electrónica Selene.

En 2012 participamos en el Estudio multicéntrico FAN3 "Dime que te duele", que desarrolla un programa de Asistencia Hospitalaria en más de 80 hospitales para hacer más agradable la estancia de los niños en el hospital. Su objetivo es analizar cómo viven los niños el dolor en las distintas vertientes sociológicas desde la perspectiva de los propios niños, aportando sus propias vivencias.

## **Desarrollo de nuestra experiencia.**

Los neonatos a menudo deben someterse a intervenciones invasivas. Hoy sabemos que el neonato es capaz de percibir el dolor y puede tener consecuencias negativas tanto en el momento agudo como en el desarrollo posterior del recién nacido. Se ha demostrado que el dolor agudo puede producir inestabilidad clínica, con cambios en la frecuencia cardiaca y respiratoria, tensión arterial, saturación de oxígeno, además de otras complicaciones.

Además, múltiples estudios sugieren que el dolor crónico o repetitivo puede tener consecuencias a largo plazo no solo en los recién nacidos a término, sino también en los prematuros, ya que los sistemas encargados de ello están lo suficientemente desarrollados desde la 25-26 semana de edad gestacional. Por ellos puede manifestarse en etapas posteriores de la vida como alteraciones en el desarrollo cognitivo, de aprendizaje y el desarrollo en la edad escolar.

Parece ser que los neonatos pretérmino, especialmente aquellos nacidos con un peso extremadamente bajo, son particularmente vulnerables a los estímulos positivos o negativos, por lo que el dolor puede tener en estos casos consecuencias mayores.

# I FORO REGIONAL DEL DOLOR

En los últimos años se han producido numerosos avances en el cuidado y manejo del recién nacido. De esta forma el tratamiento del dolor se ha convertido en una parte crucial de los cuidados del neonato. Hay una serie de medidas generales de vital importancia en el tratamiento del dolor en neonatos, como son evitar procedimientos dolorosos innecesarios, cuidar el ambiente que le rodea, administrar distintos tipos de soluciones orales dulces, la estimulación multisensorial, o amamantar el pecho de su madre durante la intervención dolorosa. Sin embargo, hay ocasiones en las que estos recursos son insuficientes y hemos de recurrir a las medidas farmacológicas.

En Diciembre de 2008 conocemos los "Cuidados Centrados en el Desarrollo" Empezamos a aprender y a innovar en equipo, e investigamos. Realizamos una búsqueda bibliográfica para encontrar las evidencias que demostraran la eficacia de las nuevas intervenciones no farmacológicas para el manejo del dolor asociado con procedimientos dolorosos a los recién nacidos de las unidades de Neonatología y UCI neonatal. Tras evidenciar con diversos estudios que la administración de sacarosa era la intervención más frecuente no farmacológica para aliviar el dolor en recién nacidos se decide protocolizar su utilización con la finalidad de aliviar el dolor en recién nacidos tanto a término como pretérmino.

## **El protocolo.**

En la Introducción del protocolo se explica a los profesionales implicados que la administración de sacarosa sola o con succión nutritiva (pecho de madre) ha sido la medida más estudiada para aliviar el dolor en recién nacidos pretérmino y a término cuando se realizan procedimientos invasivos menores como la venopunción o punción en talón, y ha demostrado su eficacia con escasos o nulos efectos adversos. La práctica totalidad de estos estudios han sido realizados en neonatos con edad de gestación superior a 27 semanas, estables hemodinámicamente y con la mayoría de su alimentación por vía digestiva. La acción de la sacarosa o de la leche materna directamente recibida del pecho se relaciona con el incremento de la secreción de opioides endógenos.

# I FORO REGIONAL DEL DOLOR

Los niños subsidiarios de tratamiento son los recién nacidos con edad de gestación superior a las 27 semanas, estables hemodinámicamente y que hayan comenzado alimentación por vía digestiva.

Se aplica ante la necesidad de practicar venopunciones periféricas y centrales, pinchazos en talón, inmunizaciones o pinchazos intramusculares/subcutáneos, sondaje uretral, punción suprapúbica, extracciones, punción lumbar e inserción de sonda orogástrica.

Se usa solución de sacarosa preparada por Farmacia en una concentración del 24%. Esta solución debe guardarse en nevera a 4°C y no permanecer en ella más de un mes. En caso de no disponer en la Unidad de esta solución y de forma excepcional se podrá utilizar solución de glucosa al 33%.

La vía de administración será la oral con una jeringa, depositando la solución en la parte anterior de la lengua, siendo cuidadosos para evitar aspiración.

El momento de administración será 2 minutos antes de la maniobra invasiva.

La dosis: 0,5 ml en el recién nacido pretérmino y 1 ml en el término. Se puede repetir tantas veces como sea necesario para próximas manipulaciones sin sobrepasar 10 al día.

Incompatibilidades: no administrar en niños sedados con riesgo de aspiración, con distress respiratorio severo, y alto riesgo de padecer enterocolitis necrotizante.

En aquellos casos que el niño reciba alimentación de la madre directamente desde el pecho podrá y deberá sustituirse, siempre que sea posible, por lactancia materna. Se iniciará ésta dos minutos antes de la maniobra invasiva y se continuará durante la realización de ésta.

## **Formación.**

Tras la elaboración del protocolo, se llevaron a cabo sesiones informativas para el personal de enfermería a fin de instruir en la nueva intervención, además de recordar acerca de las medidas generales no farmacológicas contra el dolor como las incluidas en el protocolo de mínima manipulación existente ya en las unidades (limitar el número de procedimientos, agrupar las manipulaciones, respetar el descanso, evitar estímulos luminosos, sonoros, hambre, frío,..), medidas posturales (facilitar el contacto con los padres, favorecer el cuidado madre/padre canguro, posicionar al recién nacido, masajes terapéuticos) voces suaves, lactancia materna antes y durante el procedimiento, en definitiva lo que se lleva a cabo en estas unidades dentro de la rutina diaria como Cuidados Centrados en el Desarrollo.

## **Análisis de la efectividad.**

Con el objetivo de determinar la efectividad de la sacarosa en la prevención del dolor realizamos un estudio analítico experimental no controlado en una muestra de 74 neonatos tanto a término como prematuros, que recibieron sacarosa oral mediante jeringa para el tratamiento del dolor por procedimientos de pinchazos en talón o por venopunción.

Para medir la efectividad de la sacarosa utilizamos variables fisiológicas (frecuencia cardiaca y respiratoria, saturación de oxígeno, presión arterial y sudoración palmar) y de comportamiento (duración del llanto, movimientos del cuerpo y expresión facial).

El 20% de los niños recibió sacarosa según protocolo más succión nutritiva (lactancia materna). El resto, sólo sacarosa según protocolo. Los procedimientos realizados han sido:

# I FORO REGIONAL DEL DOLOR

- Venopunción, 11 casos (15%).
- Pinchazos en talón (para glucosa capilar, gases capilares o screening metabólico, 55 casos (75%).
- Extracciones venosas, 8 casos (10%).

Los resultados principales se recogen en la tabla siguiente:

VARIABLE	ANTES DEL PROCEDIMIENTO Y SIN ADMINISTRAR SACAROSA	DESPUES DEL PROCEDIMIENTO + ADMINISTRACIÓN DE SACAROSA
<b>FC</b>	77% Presenta taquicardia 23% Adecuada	100% desaparece Taquicardia (n=57) 100% aparece Taquicardia (n=17)
<b>STO2</b>	100% Dentro de límites	68% Mejora (50 casos) 20% Queda igual (15 casos) 12% Empeora (9 casos)
<b>SUDORACIÓN PALMAR</b>	89% No existe 11% Si existe	100% Sigue sin aparecer (66 casos) 100% Desaparece (8 casos)
<b>LLANTO</b>	54% No estaba llorando 46% Llanto débil	100% Sigue sin llorar (40 casos) 100% Deja de llorar (34 casos)
<b>MOVIMIENTO CORPORAL</b>	38% Agitados 62% Tranquilos	100% Tranquilos (28 casos) 100% Siguen tranquilos (46 casos)
<b>EXPRESIÓN FACIAL</b>	34% Alerta o dolor 66% No dolor o dormidos	100% Relajada(25 casos) 100% Despiertos Relajados(49 casos)

Por ello se deduce que:

1. La valoración adecuada del dolor debe ser incorporada al protocolo del cuidado habitual en el recién nacido como 5ª constante durante su hospitalización, así como en cualquier otra edad pediátrica, mediante el empleo de escalas validadas. En esta labor es crucial el papel de los profesionales de enfermería.



# I FORO REGIONAL DEL DOLOR

2. Es sumamente importante minimizar los procedimientos dolorosos y estresantes así como potenciar las medidas ambientales y de contención del dolor.

3. La administración de sacarosa oral es eficaz en el alivio del dolor en la mayoría de los procedimientos dolorosos de intensidad leve o moderada. En el dolor moderado-intenso puede ser necesario administración de analgesia.

Creemos que nuestra experiencia en neonatos puede ser aplicable a cualquier otra unidad de estas mismas características, al igual que como apoyo al tratamiento farmacológico en niños con terapias coadyuvantes.

# I FORO REGIONAL DEL DOLOR

## Anexo 1. Presentaciones Power Point. Área I.



AVANCES EN EL CONTROL DEL DOLOR EN  
EL ÁREA DE NEONATOLOGÍA DEL HOSPITAL  
INFANTIL VIRGEN DE LA ARRIXACA  
AREA I MURCIA-OESTE

I Foro Regional del Dolor  
Hospital Comarcal del Noroeste  
21 de Junio de 2012

*Arrixaca*  


**A** Área I  
Murcia Oeste  
*Arrixaca*

Servicio  
Murciano  
de Salud 



## HISTÓRICO DEL ALIVIO DEL DOLOR EN NUESTRO HOSPITAL INFANTIL I

- Tradicionalmente, el dolor en el niño se ha tratado de forma insuficiente



## HISTÓRICO DEL ALIVIO DEL DOLOR EN NUESTRO HOSPITAL INFANTIL II

- RN y lactante : Incapacidad de verbalizar y expresar su dolor ⇔ incapacidad para experimentarlo y recordarlo
- Preescolares : Dificultad para expresarse
- Escolares : Temor a pedir analgesia ⇨ inyecciones



## HISTÓRICO DEL ALIVIO DEL DOLOR EN NUESTRO HOSPITAL INFANTIL III

- Año 2000 empezamos el cambio: HACER
- Tomamos conciencia de la importancia de la prevención del dolor y su manejo:
- Utilización de la **crema EMLA** como anestésico tópico con una eficacia demostrada para una gran variedad de procedimientos

**nuestros niños empiezan a llorar menos**



## HISTÓRICO DEL ALIVIO DEL DOLOR EN NUESTRO HOSPITAL INFANTIL IV

### CAMBIO DE FILOSOFIA : PENSAR

Empezamos a crear alianzas

- **Los Pupaclown**, con un proyecto para procedimientos dolorosos, intervienen en quirófano y en oncología, analizando los beneficios y presentando los resultados.

**nuestros niños empiezan a sonreír**





Arrixaca



Servicio  
Murciano  
de Salud

## HISTÓRICO DEL ALIVIO DEL DOLOR EN NUESTRO HOSPITAL INFANTIL V

### ● Resultados de PUPAQUIROFANO:

- ⓐ La actuación de los payasos contribuye a **atenuar el malestar emocional** del niño ante la operación.
- ⓐ Por otro lado se evaluó la **alteración conductual** de los niños **a los 7 días después de la intervención quirúrgica**, concluyendo que el efecto de la actuación de los payasos **se prolonga más allá del período prequirúrgico**, incidiendo especialmente sobre la **posthospitalización sus recuerdos y vivencias**

Arrixaca



A

Área I  
Murcia Oeste  
Arrixaca

Servicio  
Murciano  
de Salud

## HISTÓRICO DEL ALIVIO DEL DOLOR EN NUESTRO HOSPITAL INFANTIL VI

- El proyecto que se lleva a cabo en la **Unidad de Oncohematología** como **mejora** en los **Indicadores del dolor**, forma parte de lo que se denominan **Terapias Coadyuvantes**, las cuales se utilizan junto a los distintos tipos de analgesia farmacológica en procedimientos dolorosos:



## HISTÓRICO DEL ALIVIO DEL DOLOR EN NUESTRO HOSPITAL INFANTIL VII

- Pupaclown, cuyos resultados de investigación están en periodo de explotación.
- Psicóloga.
- Entorno decorativo
- Comportamiento del personal de enfermería.
- Presencia de los seres queridos.
- Acompañamiento continuo
- Sala de juegos-estar
- Aula hospitalaria



# I FORO REGIONAL DEL DOLOR



## HISTÓRICO DEL ALIVIO DEL DOLOR EN NUESTRO HOSPITAL INFANTIL VIII

● 2007

Pilotaje en Cirugía Pediátrica, de la valoración del dolor mediante la **Escala EVA visual**, a todos los niños postquirúrgicos, hasta el día de hoy.



# I FORO REGIONAL DEL DOLOR

## HISTÓRICO DEL ALIVIO DEL DOLOR EN NUESTRO HOSPITAL INFANTIL IX



## HISTÓRICO DEL ALIVIO DEL DOLOR EN NUESTRO HOSPITAL INFANTIL X

2011

A cada niño tras el ingreso en urgencias y/o en planta, se le mide el nivel de dolor realizándose una valoración **dia/turno** → **la 5ª cte**







Área I  
Murcia Oeste  
Arrixaca



## HISTÓRICO DEL ALIVIO DEL DOLOR EN NUESTRO HOSPITAL INFANTIL XI

2012

Participación en el Estudio multicéntrico de FAN3  
"Dime que te duele".

**Objetivo:**

Analizar cómo viven los niños el dolor en las distintas vertientes sociológicas desde la perspectiva de los propios niños, aportando sus propias vivencias.



Área I  
Murcia Oeste  
Arrixaca



# I FORO REGIONAL DEL DOLOR

## ALIVIO DEL DOLOR EN EL NEONATO

- EL NEONATO COMO CENTRO DE NUESTRO MODO DE PENSAR, SABER Y HACER :  
LOS CUIDADOS CENTRADOS EN EL DESARROLLO
- ➔ ALIVIO DEL DOLOR



## DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA EN NEONATOS A TÉRMINO Y PREMATUROS

Hoy podemos afirmar que:

el neonato es capaz de percibir el dolor

consecuencias negativas

momento agudo

desarrollo posterior RN



## DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA EN NEONATOS A TÉRMINO Y PREMATUROS

Dolor Agudo → Inestabilidad Clínica

frecuencia cardiaca  
frecuencia respiratoria  
tensión arterial  
saturación de oxígeno  
otras complicaciones.



## DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA EN NEONATOS A TÉRMINO Y PREMATUROS

- Los centros del dolor, están lo suficientemente desarrollados desde la 25-26 semana de edad gestacional

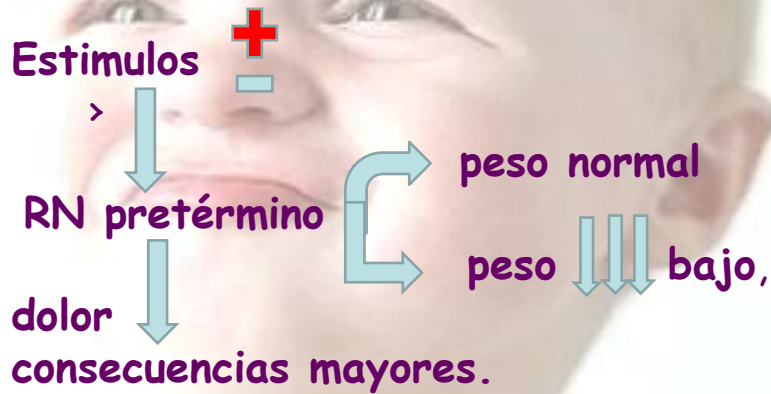


## DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA EN NEONATOS A TÉRMINO Y PREMATUROS

### Dolor Crónico o Repetitivo



## DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA EN NEONATOS A TÉRMINO Y PREMATUROS






## DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA EN NEONATOS A TÉRMINO Y PREMATUROS

En los últimos años, el tratamiento del dolor se ha convertido en una parte crucial de los cuidados del neonato



# I FORO REGIONAL DEL DOLOR

## Cuidados Centrados en el Desarrollo

### LUZ

Los bebés prematuros no toleran bien la luz ambiental de las salas de neonatos.

- Evitar el ruido.
- Mantener al bebé en la habitación, preferir y evitar:
- Exposición de luz ambiental.
- Escurecimiento.
- Evitar el ruido.

Con el uso de la cámara de incubadora y pantallas se puede reducir el ruido ambiental.

### RUIDO

Los bebés prematuros no toleran bien el ruido ambiental.

**Guías de ruido:**

- 75 dB por períodos breves y ruidos raras.
- 70 dB por períodos cortos de ruidos raras.
- 65 dB por períodos de ruidos raras.

El ruido ambiental por ruidos por el ruido de los aparatos de ruidos y ruidos de ruidos.

### DOLOR

Hay un exceso de ruidos en los hospitales y esto puede ser un factor de estrés para el bebé prematuro.

La causa principal de dolor en los bebés prematuros es el dolor de ruidos y ruidos.

### POSICIONAMIENTO

El neonato prematuro requiere el apoyo de los padres y el personal de enfermería para el cuidado del bebé.

Los bebés prematuros y con problemas de desarrollo requieren el apoyo de los padres y el personal de enfermería para el cuidado del bebé.

### LACTANCIA MATERNA


La lactancia materna es el método de alimentación más completo y saludable para el bebé prematuro.




### CONTACTO PIEL CON PIEL

El contacto piel con piel es el método más completo y saludable para el bebé prematuro.

### INTERACCIÓN CON LOS PADRES

El contacto piel con piel es el método más completo y saludable para el bebé prematuro.



## DESARROLLO DE LA EXPERIENCIA

Diciembre de 2008:

Conocemos los "Cuidados Centrados en el Desarrollo"

Empezamos a aprender en equipo.

Empezamos a innovar en equipo.





# I FORO REGIONAL DEL DOLOR

## DESARROLLO DE LA EXPERIENCIA

Desarrollo de nuestro proyecto:

Investigamos:

Búsqueda bibliográfica de **evidencias** que demostraran la **eficacia de la nueva intervención** no farmacológica **para el manejo del dolor** asociado con procedimientos dolorosos a los recién nacidos de las unidades de Neonatología y Uci-Neonatal.



## DESARROLLO DE LA EXPERIENCIA

Aprendemos

Tras **evidenciar** con diversos estudios la **administración de sacarosa** como intervención más frecuente no farmacológica **para aliviar el dolor** en recién nacidos.

Se decide **protocolizar** su utilización.



## DESARROLLO DE LA EXPERIENCIA

### REALIZACION PROTOCOLO:

- La administración de sacarosa sola o con succión nutritiva (pecho de madre), ha sido **la medida más estudiada para aliviar el dolor** en recién nacidos, tanto pretérminos como términos, cuando se realizan procedimientos invasivos menores como venopunción o punción en talón.
  - Ha demostrado su **eficacia** con escasos o **nulos efectos adversos**.



Área I  
Murcia Oeste  
Arisaca



## DESARROLLO DE LA EXPERIENCIA

- Prácticamente la totalidad de estos estudios han sido realizados **en neonatos** con edad de gestación **superior a 27 semanas**, estables hemodinámicamente y con la mayoría de su **alimentación por vía digestiva**.
- La acción de la sacarosa o de la leche materna directamente recibida del pecho se relaciona con el **incremento de la secreción de opiodes endógenos**.



Área I  
Murcia Oeste  
Arisaca





## DESARROLLO DE LA EXPERIENCIA

### IMPLANTACION

Protocolo de Administración de sacarosa sola o con succión nutritiva (pecho de madre) en neonatos.



Área I  
Murcia Oeste  
*Arisaca*



## DESARROLLO DE LA EXPERIENCIA

### Finalidad:

Aliviar el dolor en recién nacidos tanto a término como pretérmino



Área I  
Murcia Oeste  
*Arisaca*



## DESARROLLO DE LA EXPERIENCIA V

**Indicaciones:** RN a los que se les realice:

- Venopunciones periféricas y centrales
- Pinchazos en talón
- Inmunizaciones o pinchazos intramusculares/subcutáneos
- Sondaje uretral
- Punción suprapúbica
- Extracciones
- Punción lumbar
- Inserción de sonda orogástrica



Área I  
Murcia Oeste  
Arrixaca



## DESARROLLO DE LA EXPERIENCIA VI

**Niños subsidiarios de tratamiento:**

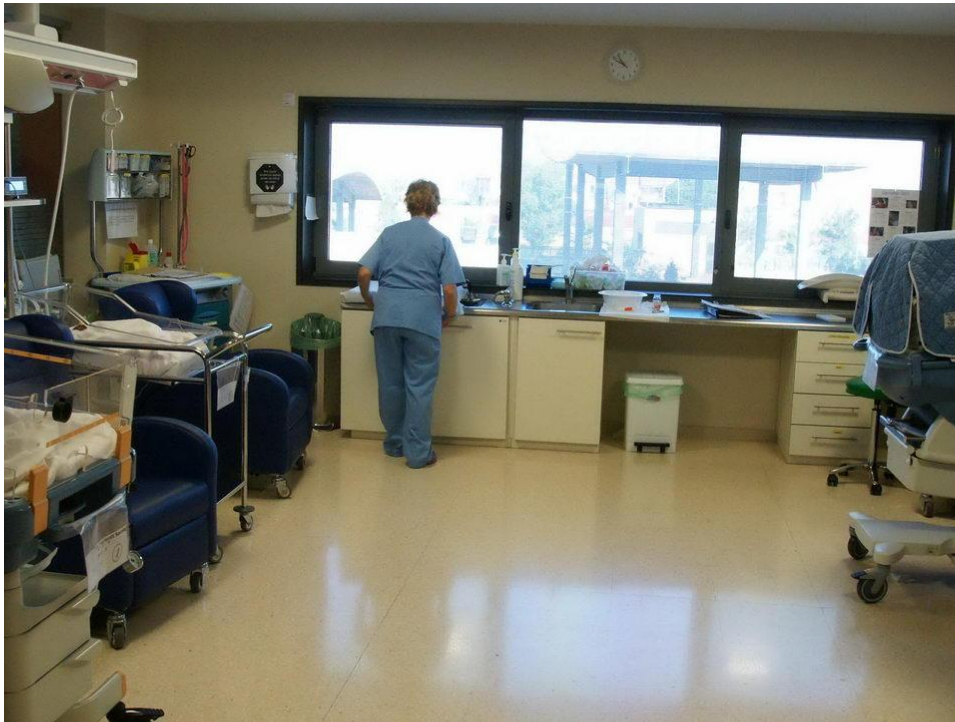
- RN > 27 semanas gestación
- estables hemodinámicamente
- con alimentación por vía digestiva.



Área I  
Murcia Oeste  
Arrixaca



# I FORO REGIONAL DEL DOLOR



## DESDESARROLLO DE LA EXPERIENCIA

### Se usará solución de sacarosa

- Preparada por Farmacia
- En una concentración del 24%.
- Guardada en nevera a 4°C (máx 1 mes).
- De forma excepcional se podrá utilizar solución de glucosa al 33%



## DESARROLLO DE LA EXPERIENCIA

### Vía de administración:

- Oral con una jeringa
- En la parte anterior de la lengua
- Con cuidado para evitar aspiración



Área I  
Murcia Oeste  
Arrixaca



## DESARROLLO DE LA EXPERIENCIA

### Momento de administración:

- 2 minutos antes de la maniobra invasiva.

### Dosis:

- 0,5 ml en el recién nacido pretérmino
- 1 ml en el término.
- Sin sobrepasar 10 al día.



Área I  
Murcia Oeste  
Arrixaca



## DESARROLLO DE LA EXPERIENCIA

### Incompatibilidades:

- Neonatos sedados (riesgo de aspiración)
- Con distress respiratorio severo
- Con alto riesgo de padecer enterocolitis necrotizante.



Área I  
Murcia Oeste  
Arrixaca



## DESARROLLO DE LA EXPERIENCIA

### NEONATOS CON LACTANCIA MATERNA

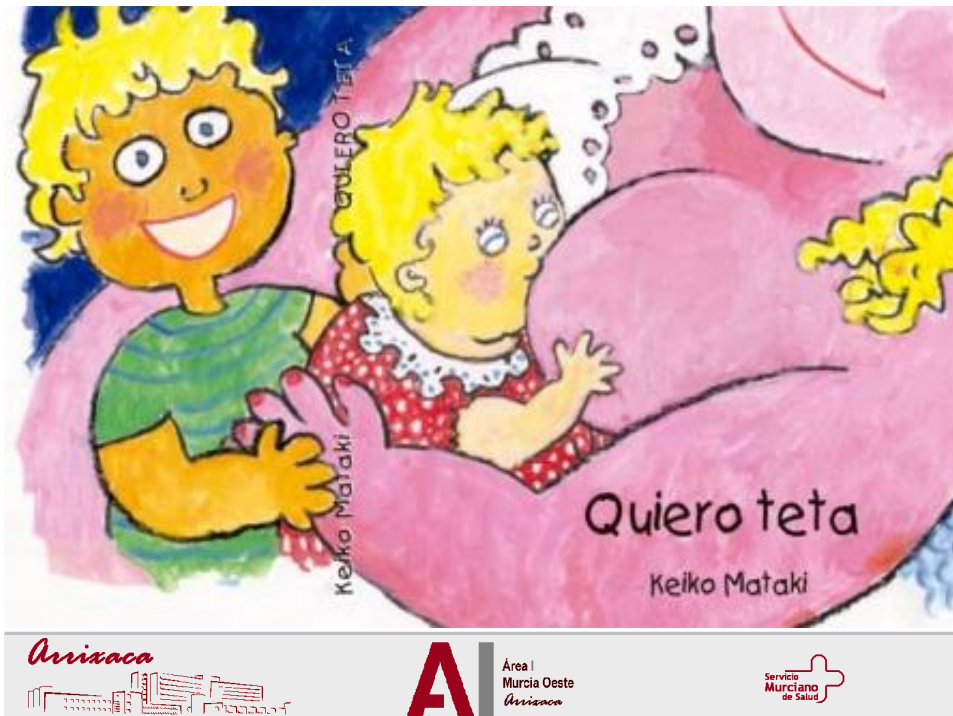
Si alimentación la recibe directamente desde el pecho **podrá y deberá sustituirse**, siempre que sea posible.

Se iniciará ésta **dos minutos antes** de la maniobra invasiva y **se continuará durante** la realización de ésta.



Área I  
Murcia Oeste  
Arrixaca





## DESARROLLO DE LA EXPERIENCIA FORMACION

Realización de sesiones informativas al personal de enfermería para:

- Instruir en la nueva intervención.
- Recordar las medidas generales no farmacológicas contra el dolor:  
**protocolo de mínima manipulación**  
(existente ya en las unidades)



## DESARROLLO DE LA EXPERIENCIA

### Protocolo de mínima manipulación:

- limitar el número de procedimientos,
- agrupar las manipulaciones,
- respetar el descanso, voces suaves
- evitar estímulos luminosos, sonoros, hambre, frío,
- medidas posturales, posicionar al recién nacido
- facilitar el contacto con los padres,
- favorecer el cuidado madre/padre canguro,
- masajes terapéuticos
- lactancia materna antes y durante el procedimiento

### Cuidados Centrados en el Desarrollo.



Área I  
Murcia Oeste  
Arrisaca



## RESULTADOS DE LA EXPERIENCIA

### Criterios de valoración

- Estudio analítico experimental **no controlado**
- Una muestra de 74 neonatos tanto a término como prematuros,
- Recibieron sacarosa oral mediante jeringa para el tratamiento del dolor por procedimientos de pinchazos en talón o venopunción.
- El 20% recibió sacarosa mas succión nutritiva (lactancia materna).



Área I  
Murcia Oeste  
Arrisaca



## RESULTADOS DE LA EXPERIENCIA

### Criterios de valoración

#### Objetivo:

- Determinar la eficacia de la sacarosa comparando las variables de estudio antes y después del procedimiento.



Área I  
Murcia Oeste  
Arisaca



## RESULTADOS DE LA EXPERIENCIA

### Criterios de valoración

Las variables del análisis: 6  
valoración del dolor mediante observación y  
análisis de:

- Alteraciones fisiológicas:
  - F.C.
  - SATURACION O2
  - SUDORACION PALMAR



Área I  
Murcia Oeste  
Arisaca





## RESULTADOS DE LA EXPERIENCIA

### Criterios de valoración

- De comportamiento :
  - DURACION DEL LLANTO
  - MOVIMIENTOS DEL CUERPO
  - EXPRESION FACIAL
- Una combinación de ambas.



Área I  
Murcia Oeste  
Arisaca



## RESULTADOS DE LA EXPERIENCIA

### Procedimientos realizados:

- Venopunción el 15% (11 casos)
- Pinchazos en talón el 75% (55 casos):
  - Glucosa Capilar
  - Gases Capilares
  - Screening metabólico(+ glucosa o gases).
- Extracciones venosas el 10% (8 casos):



Área I  
Murcia Oeste  
Arisaca



## RESULTADOS DE LA EXPERIENCIA

### Otras aplicaciones

De forma rutinaria en situaciones que requieran **calmar la ansiedad** del niño o simplemente inquietud:

- ✿ Síndrome de abstinencia
- ✿ Nutrición Parenteral: síndrome de intestino corto
- ✿ Dieta absoluta: coartación aórtica



Área I  
Murcia Oeste  
Arrixaca



## RESULTADOS DE LA EXPERIENCIA

### TABLA DE RESULTADOS

ANTES DEL PROCEDIMIENTO Y SIN ADMINISTRAR SACAROSA		DESPUES DEL PROCEDIMIENTO + ADMINISTRACIÓN DE SACAROSA
FC	77% Presenta taquicardia 23% Adecuada	100% Desaparece Taquicardia (57 casos) 100% Aparece Taquicardia (17 casos)
STO <sub>2</sub>	100% Dentro de límites	68% Mejora (50 casos) 20% Queda igual (15 casos) 12% Empeora (9 casos)
SUDORACIÓN PALMAR	89% No existe 11% Si existe	100% Sigue sin aparecer (66 casos) 100% Desaparece (8 casos)
LLANTO	54% No estaba llorando 46% Llanto débil	100% Sigue sin llorar (40 casos) 100% Deja de llorar (34 casos)
MOVIMIENTO CORPORAL	38% Agitados 62% Tranquilos	100% Tranquilos (28 casos) 100% Siguen tranquilos (46 casos)
EXPRESIÓN FACIAL	34% Alerta o dolor 66% No dolor o dormidos	100% Relajada(25 casos) 100% Despiertos Relajados(49 casos)



Área I  
Murcia Oeste  
Arrixaca



## CONCLUSIONES Y APLICABILIDAD I

- ✦ La **valoración adecuada del dolor** debe de ser incorporada al protocolo del cuidado habitual en el recién nacido **5ª cte**
- ✦ Y en cualquier otra edad pediátrica durante su hospitalización
- ✦ Mediante las escalas validadas, siendo crucial el papel de los profesionales de enfermería.



Área I  
Murcia Oeste  
Arrixaca



## CONCLUSIONES Y APLICABILIDAD II

- ✦ **Minimizar** los procedimientos dolorosos y estresantes y **potenciar las medidas ambientales** y de contención del dolor.
- ✦ La administración de sacarosa oral **es eficaz** en el **alivio del dolor** en la mayoría de los procedimientos dolorosos de **intensidad leve o moderada**.
- ✦ En el **dolor moderado-intenso** puede ser necesario administración de **analgesia**



Área I  
Murcia Oeste  
Arrixaca



## CONCLUSIONES Y APLICABILIDAD III

VALORACION DEL DOLOR ( 5ª CTE)



PROTOCOLO MINIMA MANIPULACIÓN



ADMINISTRACIÓN SACAROSA ORAL



ALIVIO DEL DOLOR ( L/M)



Área I  
Murcia Oeste  
Arrixaca



## CONCLUSIONES Y APLICABILIDAD

Creemos que **nuestra experiencia** en neonatos puede ser **aplicable a cualquier otra unidad** de estas mismas características, al igual que como apoyo al tratamiento farmacológico en niños con **terapias coadyuvantes**.



Área I  
Murcia Oeste  
Arrixaca



## AREA III LORCA

### PROYECTO DE GUÍAS DE BUENAS PRÁCTICAS: VALORACIÓN Y MANEJO DEL DOLOR.

#### Autores:

Sanz-Peñalver MA, Campos-Lucas MD, Vidal-Sánchez V, Ros-Molina A,  
Guevara-Baraza D, Sánchez MD.

#### **Introducción. Datos Generales.**

En Octubre de 2.011 se produce un hecho histórico en la ciudad de Lorca: el comienzo del curso académico para los primeros alumnos de Enfermería del Campus de Lorca, dependiente de la Facultad de Enfermería de Murcia. Por fin se consigue hacer realidad un proyecto necesario para la comarca después de muchos años de espera, este hecho, junto a la reciente designación del Hospital Rafael Méndez como Hospital General Universitario dibuja un esperanzador futuro para Enfermería desde el punto de vista de la calidad, la investigación y la innovación.

Antes, en Junio de ese mismo año, la Gerencia del Área III y el Decano de la Facultad de Ciencias Sociosanitarias del Campus de Lorca, dieron un primer paso en la unificación de objetivos comunes y llegan al acuerdo de colaboración para la implantación, evaluación y difusión de las Guías de Buenas Prácticas Clínicas entre las que se encuentra la del Dolor. Finalmente se firma ese compromiso por 3 años coincidiendo con un cambio en la dirección del Área III de modo que por fin se consigue algo único en la Región de Murcia como es el aunar esfuerzos en un proyecto común entre el Campus de Lorca, en su calidad académica, el Área III de Salud, en calidad de asistencia y práctica sanitaria, el Instituto Carlos III-Investen, comprometido precursor

# I FORO REGIONAL DEL DOLOR

de la evidencia en los cuidados, el Centro Colaborador Español del Instituto Joanna Briggs de Adelaida ( Australia ) y la Asociación Canadiense de Enfermeras en Ontario (Canadá) como entidad origen en la creación y despliegue de las Guías por todo el mundo. Para optar a Centro Comprometido con la Excelencia en Cuidados (CCEC) se habían presentado 42 candidaturas de todo el territorio nacional de los que finalmente fueron seleccionados solamente 8 de ellos.

El principal atractivo de esta Guía de Buenas Prácticas del Dolor es la posibilidad de desarrollarla en el equipo multidisciplinar clínico, donde médicos, enfermeros/as, auxiliares de enfermería, fisioterapeutas y rehabilitadores, cada uno en su parcela y trabajando en equipo, aporten un cuerpo de conocimientos propio encaminado al fin principal del proyecto: erradicar o al menos mitigar en casos imposibles, el dolor de cualquier paciente que lo sufra. Otro aliciente de la Guía es la comunicación permanente que se tendrá con los otros centros comprometidos con la excelencia que trabajen en la misma Guía, que adaptada a su entorno, pueda proporcionarnos aspectos interesantes para nuestra experiencia y viceversa.

## **Descripción del problema.**

La experiencia con pacientes que sufren episodios de dolor es una circunstancia con la que conviven los profesionales de Enfermería a diario y que año tras año se intenta solucionar sin éxito en cuanto a la unificación de criterios, liderazgo y trabajo en equipo, a pesar que el Servicio de Anestesia del Área III consiguió, en un trabajo muy interesante, realizar un proyecto encaminado a la creación final de una Unidad del Dolor, que a pesar de tener un inicio esperanzador, por diversas circunstancias, tuvo que aplazarse, de momento, sin fecha ni recursos a la vista.

El interés del Área III en el desarrollo de la excelencia de los cuidados viene dado específicamente desde la pertenencia al grupo GREMCCE (Grupo Regional de Evaluación y Mejora de la Calidad de los Cuidados de Enfermería) desde 2.006 y por el

# I FORO REGIONAL DEL DOLOR

cumplimiento anual del Contrato de Gestión en el que se especifican diferentes indicadores al respecto, que han dado pie a que algunos sean incrementados. Los datos registrados demostraban que los resultados obtenidos estaban por debajo del nivel recomendable: Valoración de la escala EVA en dos unidades de hospitalización solamente de las ocho existentes y un nivel medio de cumplimentación. El procedimiento para esta evaluación no se llevaba a cabo por falta de acuerdos entre diferentes colectivos, falta de implicación y falta de conocimientos en determinados profesionales.

Para la elección del desarrollo de la Guía de Buena Práctica del Dolor se determinaron las necesidades a través de la identificación de oportunidades de mejora de las unidades de hospitalización así como los problemas que derivaban de los cuidados, para ello, un grupo de enfermeros/as expertos en el tema y que además trabajan en calidad, investigación y asistencia clínica se pusieron al frente de este programa

El objetivo final es conseguir un Hospital sin Dolor y los objetivos generales pasan por conseguir adherencias de los demás colectivos implicados (siempre sumar), planificar, desarrollar e implantar la Guía del Dolor trabajando en equipo, condición imprescindible y nexo de unión de todos los implicados.

Otros objetivos específicos son:

- Aumentar la tasa de evaluación de los pacientes.
- Establecer un protocolo consensuado.
- Mejorar la satisfacción de los profesionales.
- Desarrollar un sistema seguro de información y transmisión de datos.
- Reducir la percepción del dolor en los pacientes con el fin de erradicarlo y por ello aumentar su nivel de satisfacción.

## **Desarrollo de la experiencia. Metodología.**

La puesta en marcha de la Implantación y Evaluación de esta Guía, precisaba de un desarrollo ajustado en el tiempo y en los objetivos, un programa en un proyecto de 3 años, y el que se expone a continuación, se ha basado en el formato TOOLKIT, desarrollado y publicado por la RNAO (Asociación de Enfermeras de Ontario, Canada). Para asegurar la organización y continuidad se utilizará la sistemática basada en la gestión del cambio con la teoría "Leading Change Framework" ( Skelton-Green, Simpson,Scout,2.007. An Integrating approach to change leadership. Canadian Journal of nursing Leadership.20(3):1-15) basada en el Desarrollo de una Estrategia, la Captación de Personas Clave y la Gestión del Proyecto.

1. La primera fase fue desarrollar en el verano de 2.011 en Madrid un curso intensivo en 3 días de duración para los responsables primeros de todos los centros nacionales admitidos cuyo fin era que estos profesionales, una vez formados, impartieran otro curso similar de 3 días de duración en su lugar de origen con el apoyo del responsables nacionales del Instituto Carlos III- Investen (actividad que se realizó en el Abril del 2012).
2. Antes, en febrero de 2.012, se presentó la Guía del Dolor, junto a las 4 restantes del proyecto solicitado (Profesionalidad, Liderazgo, Lactancia Materna y Ostomías) a toda la comunidad sanitaria local en un acto presidido por la cúpula universitaria y dirección del Área III, que confirmaban así su apoyo incondicional al proyecto.
3. El siguiente paso fue poner nombres y apellidos al equipo de responsables e implementadores, sugeridos y/o espontáneos, de la Guía: Directores Ejecutivos, Comité de Seguimiento, Comité Responsable del Proyecto y Equipo de Implantación de la Guía.
4. Después de todo esto era necesario diseñar estrategias para divulgar y fomentar entre los profesionales las ventajas de utilizar la Guía del Dolor (que es la que nos lleva). Para conseguir la adhesión al proyecto los primeros responsables organizaron



# I FORO REGIONAL DEL DOLOR

reuniones en las unidades afectadas in situ, donde en pequeños grupos se explicaban las características del proyecto, difundiendo además la información disponible con el fin de que nos dieran o no su conformidad para participar de forma activa una vez conocidos los detalles.

5. También entre febrero y marzo se creó el Grupo Principal Operativo de la Guía del Dolor con 6 componentes para garantizar los primeros cortes, denominados 0, por ser los que a partir de los cuales comenzarán las comparativas sucesivas mensuales.

6. Además, debía especificarse la población diana, los niveles asistenciales implicados y ámbito geográfico (se comenzaría con pacientes postquirúrgicos de la Unidad de Traumatología del Hospital General Universitario Rafael Méndez de Lorca).

7. Desarrollar en Junio/Julio un nuevo curso (un solo día) resumido del original, para formar a los nuevos integrantes que se incorporaran a la Guía.

8. Para poder realizar los cortes sucesivos, el primero de Mayo/Junio con garantías, se debía llegar a un acuerdo sobre qué iba a ser evaluado, que información debía recogerse ( Escala Eva del Dolor ) cuales debían ser las fuentes de información (Paciente, familia, cuidador...) y que instrumentos se utilizarían (Módulo adaptado al programa informático Selene). Para ello se disponía de la documentación necesaria para comenzar a trabajar con algunas de las 79 recomendaciones Prácticas, de Formación, de Organización y Directrices así como del Diccionario de Indicadores.

9. A esta fase general seguirá otra más definida por los cortes que nos ofrecerá la posibilidad de explotar los resultados de las mediciones obtenidas, la primera de la cual se realizará entre la última semana de mayo de 2012 y la primera de junio, para estandarizarla cada última semana de cada mes.

10. Finalmente, en esta planificación moldeable se pretende:

- Hasta Diciembre de 2.012 evaluar a todos los pacientes de la Unidad de Traumatología.
- Durante 2.013, implantar paulatinamente la Guía al resto de unidades Quirúrgicas.
- En 2.014 implantar la Guía en el resto de Unidades de Hospitalización e iniciar el proceso en Atención Primaria.

## **Resultados de la Experiencia.**

Actualmente el proyecto transcurre según lo planificado, la integración de algún colectivo implicado es cuestión de poder unir voluntades y formar equipo y en próximas fechas veremos el alcance de las estrategias de colaboración que determinaran el alcance final de las guías, que puede cubrir el espectro total – lo cual desembocaría a la perfecta cumplimentación de la Guía – o estar limitada a la sectorización profesional que desafortunadamente cumpliría solo objetivos parciales; satisfactorios puede, pero claramente no alcanzable en su totalidad.

La difusión de la Guía está siendo importante a nivel de las Unidades de Enfermería que a través de diferentes charlas informativas, carteles, influencia de los Supervisores y del entorno laboral y sobre todo, con su inclusión en la red interna Intranet donde cualquier profesional tendrá acceso a toda la documentación que se refiera a la Guía y la información que pueda generarse en el futuro.

El desarrollo de la Guía está consiguiendo en el personal de Enfermería motivación suficiente para llevarla a cabo; se ha mejorado en la concienciación del efecto negativo del dolor, no solo por el paciente sino también por sus efectos colaterales en el normal desarrollo del trabajo diario y su repercusión en los costes y por ello su interés por erradicarlo.

## **Conclusiones.**

La implementación de la Guía de Buenas prácticas del Dolor tiene todas las garantías de llevarse a cabo fundamentalmente por el apoyo mostrado por la Gerencia del Área III de Salud, dependiente del Servicio Murciano de Salud de la Consejería de Sanidad. Así como por los intereses comunes con el Campus de Lorca, el Instituto JBI, el Instituto Carlos III – Investen y la RNAO, de modo que basándonos en la metodología aplicada podemos considerarla innovadora en el ámbito de los cuidados de Enfermería.

1. La Guía de Buenas Prácticas del Dolor representa una gran oportunidad de realizar un trabajo importante en la erradicación del dolor en los hospitales.
2. Además puede suponer un paso importante en la consecución del trabajo por objetivos a base de un equipo multidisciplinar.
3. La Guía es dinámica, creciente, resolutive y puede ser exportable a otros hospitales.
4. El compromiso común de la Universidad de Murcia a través del Campus de Lorca, El Hospital Rafael Méndez y el Instituto Carlos III, auspiciados por el Centro Colaborador Español JBI y la RNAO ofrecen garantías del seguimiento del proyecto que además facilita el hecho de poder compartir experiencias con cualquiera de los otros 7 centros a nivel nacional que también participan en las Guías.
5. Es posible que la Implantación de esta Guía propicie otros trabajos de Investigación relacionados y que además pueda generar en el curriculum académico de los alumnos de Enfermería un cuerpo específico de conocimiento del dolor.

## ÁREA IV NOROESTE.

### REDISEÑO DEL PROCESO DE ANALGESIA OBSTÉTRICA.

#### **Autores:**

**López-Soriano F, Rivas F, Lajarín B, Jiménez-García MP.**

#### **Datos generales.**

El rediseño de procesos es una herramienta de gestión que asume altos riesgos de fracaso para alcanzar éxitos espectaculares sin precedentes, y supone una alternativa óptima a la gestión de la Calidad Total, que consigue cambios más modestos en periodos más largos. Consiste en reinventar la manera de organizarse, creando un producto nuevo de valor para las pacientes.

Desde 1999, la analgesia epidural obstétrica (AEO) se oferta en la Cartera de Servicios de todo el Servicio Murciano de Salud (SMS) así como en todos los hospitales públicos españoles con actividad obstétrica. Desde ese año, nuestra Unidad comenzó a trabajar con un nuevo modelo asistencial de AEO surgido de un proceso de rediseño que obviaba la asistencia a demanda y asumía un modelo nuevo que integraba embarazo y parto, asegurando una asistencia continuada más racional.

Nuestro hospital dispone de 105 camas para dar asistencia a una población de cerca de 75.000 habitantes y alrededor de 700 partos anuales.

El modelo asistencial asumió tres requisitos: factibilidad operativa (que se pueda llevar a cabo en las condiciones operativas existentes), factibilidad técnica (que técnicamente pueda efectuarse) y factibilidad económica (que sea asumible su coste).

# I FORO REGIONAL DEL DOLOR

Este modelo ofrece tiempo y lugar adecuados para que la gestante pueda elegir el modelo de analgesia que desee, mejorando las condiciones para la toma de decisiones, respecto al modelo clásico a demanda, en el que el dolor, ansiedad, desorientación, soledad y desnudez, incapacitan para entender inconvenientes y riesgos.

## **Descripción del problema de manejo del dolor. Necesidades y problemas en que actuar. Análisis de causas. Objetivo.**

Se revisó el circuito a demanda, usual en los hospitales de su entorno, detectando fallos organizativos que obligaban a la toma de decisiones en lugar (paritorio) y tiempo (parto inminente) inapropiados tanto para la embarazada como para el anestesiólogo.

Consideramos que toda embarazada tenía una fecha probable de parto, similar a la de un paciente para cirugía programada, evaluados en consulta preanestésica, lo que ofrece al paciente madurar y consultar sus decisiones antes de entrar en quirófano.

El objetivo de este trabajo es describir el modelo y analizar los resultados de su implantación, en comparación entre un antes y un después, y con el resto de hospitales de la Región con actividad obstétrica. Implica a Atención Primaria, Obstetricia y Unidad del Dolor y cuenta con la colaboración de todo el personal de los tres niveles de asistencia mencionados, de todo el Área de Salud del Noroeste.

## **Desarrollo de la experiencia. Implantación.**

El proceso comienza con la captación de la embarazada en el 3º trimestre de gestación por la matrona del centro de salud. La gestante acude a la "consulta de preanestesia" que tiene lugar cada 15 días, donde, de forma grupal, y con apoyo audiovisual se le exponen las técnicas, ventajas, inconvenientes, alternativas, contraindicaciones y riesgos, estableciendo posteriormente un coloquio que aclara dudas y favorece la toma de decisiones.

# I FORO REGIONAL DEL DOLOR

Cuando la embarazada a término acude al hospital y el tocólogo indica su ingreso por parto inminente, se dirige a paritorios donde la matrona cursa pruebas de coagulación, comprueba la existencia de consentimiento informado y comprueba que reúne las condiciones para AEO, avisando al anestesiólogo de guardia que vuelve a confirmar los requisitos y aplica la técnica, monitorizando a la paciente hasta la retirada del catéter.

El rediseño lo hicimos, siguiendo las recomendaciones de Saturno y Udaondo, en cuatro fases: selección del proceso, identificación de los cambios fundamentales, estructuración detallada del nuevo diseño, y pilotaje, implantación y monitorización de resultados.

Los cambios fundamentales identificados fueron: considerar el parto como proceso "programado", establecer el circuito que integrara tercer trimestre del embarazo y parto, coordinar niveles asistenciales, informar adecuadamente, y apoyo grupal.

## **Resultados. Mejoría. Difusión.**

Una vez implantado el proceso, evaluamos los resultados utilizando la tasa anual de AEO por cada 100 partos, estandarizada por cesáreas. La fuente de datos fue la memoria anual del SMS y el tipo de estudio fue de autoevaluación retrospectiva. Comparamos resultados de hospitales entre si y con el estándar de referencia del SMS, mediante el estadístico Z.

La evolución a lo largo del tiempo del mismo, la evaluamos a través de las encuestas de calidad percibida y satisfacción del SMS, disponibles desde 2002 hasta la fecha (excepto 2004), utilizando el % de respuestas en que las gestantes contestaron que "le preguntaron si quería que se les pusiera la epidural" y con la respuesta "le pusieron la epidural", comparando las cifras con las globales del SMS y sus intervalos de confianza del 95%.

Los resultados en dolor se midieron mediante cortes de prevalencia mensuales, valorando intensidad del dolor, alivio obtenido y satisfacción con su manejo.

# I FORO REGIONAL DEL DOLOR

Desde 1999 a 2001 nuestra tasa anual de AEO por cada 100 partos fue del 64.7%, 90.6%, y 92.1%. En el 2002, nuestro hospital, junto con la Arrixaca, consiguió tasas significativamente mayores que el estándar del SMS; encontrando una gran heterogeneidad entre hospitales (Tablas 1 y 2)

De 2002 a 2011, excepto en 2007, hemos conseguido que se ofreciera la AEO con resultados superiores, comparados con el SMS, y excepto el año referido en el que fuimos cuartos, hemos conseguido mantenernos siempre entre los 3 primeros puestos (Tabla 3).

Desde 2005, en que tenemos datos segmentados, hemos conseguido cifras de partos con epidural significativamente mayores que el SMS, y gestantes a las que no dio tiempo a ponérsela, significativamente menores (Tabla 4).

Por último, desde 2004, en que monitorizamos el dolor agudo, nuestras tasas de dolor han descendido significativamente, aumentando el porcentaje de pacientes que consiguen alivio y que manifiestan estar mucho-totalmente satisfechos con su manejo (Tabla 5).

La experiencia se ha publicado y difundido en revistas científicas especializadas y foros nacionales, exportando la idea a otros hospitales con actividad obstétrica.

## **Conclusiones. Aplicabilidad.**

Consideramos que el rediseño nos ha permitido implantar un proceso de analgesia obstétrica cercano a la excelencia (el 100% es inalcanzable). Además, la monitorización a través de los resultados de la encuesta de satisfacción corporativa, así como la monitorización mensual de los niveles de dolor y alivio, nos aportan información comparativa imprescindible para la toma de medidas correctoras de desviaciones indeseadas

# I FORO REGIONAL DEL DOLOR

El rediseño es factible desde el punto de vista operativo, técnico y económico; creando valor añadido para las gestantes, obstetras, anestesiólogos y matronas.

**Tabla 1. Comparación de los hospitales del Servicio Murciano de Salud con el estándar (75%). Año 2002**

	Nº de partos	EOO	EOE	DE	Z
Hospital 1	6.853	5.625	5.140	35,9	13,5a
Hospital 2	2.463	1.556	1.847	21,5	-13,5b
Hospital 3	1.212	836	909	15,1	-4,8b
Hospital 4	1.677	470	1.457	13,8	-71,5b
Hospital 5	793	241	595	12,2	-29,0b
<b>Hospital 6</b>	<b>648</b>	<b>604</b>	<b>486</b>	<b>11,0</b>	<b>10,7a</b>

EOO: epidurales obstétricas observadas; EOE: epidurales obstétricas esperadas; DE: desviación estándar.  
**aHospitales con tasas significativamente mayores que el estándar 75%.**  
**bHospitales con tasas significativamente menores que el estándar 75%.**

*Rev Calidad Asistencial 2004;19(2):69-74*

**Tabla 2. Comparación de los hospitales del Servicio Murciano de Salud con el estándar del grupo (88%)**

	Nº de partos	EOO	EOE	DE	Z
Hospital 1	6.853	5.625	4.522	39,3	28,1a
Hospital 2	2.463	1.556	1.625	23,5	-2,9
Hospital 3	1.212	836	800	16,5	2,2
Hospital 4	1.677	470	1.282	17,4	-46,7b
Hospital 5	793	241	523	13,3	-21,1b
<b>Hospital 6</b>	<b>648</b>	<b>604</b>	<b>427</b>	<b>12,1</b>	<b>14,6a</b>

EOO: epidurales obstétricas observadas; EOE: epidurales obstétricas esperadas; DE: desviación estándar.  
**aHospitales con tasas significativamente mayores que el estándar del grupo.**  
**bHospitales con tasas significativamente menores que el estándar del grupo.**

*Rev Calidad Asistencial 2004;19(2):69-74*



# I FORO REGIONAL DEL DOLOR

**Tabla 3. Puérperas a las que se les preguntó si querían que se les pusiera la epidural**

Encuesta de Calidad Percibida y Satisfacción. Servicio Murciano de Salud

Año	SMS (%)	HCN (%)	Nº de Orden
2002	86,3	92,3	2
2003	82,5	100	1
2005	89,6	91,3	3
2006	88,7	95,6	2
2007	88,8	81,9	4
2008	88,8	93,2	1
2009	88,6	97,8	1
2010	88,4	96,4	2
2011	88,5	93,8	3

**Tabla 4. ¿Le pusieron la epidural?**

Encuesta de Calidad Percibida y Satisfacción. Servicio Murciano de Salud

Año		Me la pusieron (%)	No dio tiempo (%)	No acepté (%)
2007	SMS	77,4	13,5	9,1
	HCN	92,1*	7,9*	0,0*
2008	SMS	52,5	11,8	35,7
	HCN	61,5*	3,8*	34,6
2009	SMS	77,0	12,6	10,4
	HCN	85,7*	5,7*	8,6
2010	SMS	68,7	15,1	16,2
	HCN	83,8*	3,8*	12,5*
2011	SMS	75,7	12,1	12,2
	HCN	85,7*	6,6*	7,7*

\*Cifras fuera del IC del 95%

# I FORO REGIONAL DEL DOLOR

**Tabla 5. Evolución anual de los indicadores de resultados**

	<b>Basal</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>
<b>Satisfacción</b>	<b>64 %</b>	<b>88 %</b>	<b>88 %</b>	<b>95 %</b>	<b>95 %</b>	<b>97 %</b>	<b>98 %</b>	<b>99 %</b>	<b>95%</b>
<b>Consiguieron Alivio</b>	<b>47 %</b>	<b>96 %</b>	<b>85 %</b>	<b>90 %</b>	<b>97 %</b>	<b>99 %</b>	<b>99 %</b>	<b>99 %</b>	<b>99%</b>
<b>Con EVA &lt; ó = 4</b>	<b>24 %</b>	<b>65 %</b>	<b>65 %</b>	<b>75 %</b>	<b>84 %</b>	<b>92 %</b>	<b>93 %</b>	<b>92 %</b>	<b>99%</b>

## Anexo 1. Presentaciones Power Point. Área IV.



### **REDISEÑO del PROCESO de ANALGESIA OBSTÉTRICA**

*Unidad del Dolor. Hospital del Noroeste*

*López-Soriano F, Rivas F, Lajarín, B y Jiménez-García MP*

## ¿Qué es el REDISEÑO?

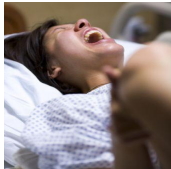


- El **rediseño de procesos** es una herramienta de gestión que asume **altos riesgos** de fracaso para alcanzar **éxitos espectaculares** sin precedentes, y supone una alternativa óptima a la gestión de la Calidad Total, que consigue cambios más modestos en periodos más largos. Consiste en **reinventar la manera de organizarse**, creando un producto nuevo de valor para las pacientes.



## ANALGESIA EPIDURAL OBSTETRICA

- Desde 1999, la analgesia epidural obstétrica (AEO) se oferta en la Cartera de Servicios de todo el Servicio Murciano de Salud (SMS)
- Desde ese año, nuestra Unidad comenzó a trabajar con un **nuevo modelo asistencial** de AEO surgido de un proceso de rediseño que obviaba la asistencia a demanda y asumía un modelo nuevo que **integra embarazo y parto**, asegurando una asistencia continuada más racional.
- Nuestro hospital dispone de 105 camas para dar asistencia a una población de cerca de 75.000 habitantes y alrededor de 700 partos anuales.



## Durante el Parto



- ¿Se puede obtener un Consentimiento verdaderamente Informado?
- ¿Puede una nulípara tener información adecuada para la toma de decisiones en el alivio de un dolor que no conoce, si antes no lo ha experimentado?

## Consentimiento Informado

- **Información con Calidad Suficiente**



Momento Adecuado	Lugar adecuado
Persona adecuada	Tiempo adecuado
Proporcionalidad	Revocabilidad

## ¿Cuales son las NECESIDADES?



- Se revisó el circuito a demanda, usual en los hospitales de su entorno, detectando fallos organizativos que obligaban a la **toma de decisiones en lugar (paritorio) y tiempo (parto inminente) inapropiados** tanto para la embarazada como para el anesthesiologo.
- Consideramos que toda embarazada tenía una **fecha probable de parto**, similar a la de un paciente para **cirugía programada**, evaluados en consulta preanestésica, lo que ofrece al paciente madurar y consultar sus decisiones antes de entrar en quirófano.

## AGARYD 2006

- Toda paciente obstetricia será vista en consulta preanestésica en el 3º trimestre del embarazo, donde se evaluará la historia clínica, se explicará la técnica, los riesgos y las alternativas, respondiendo a las dudas planteadas y obteniendo el Consentimiento Informado.



## Practica Clínica Basada en MBE

### *Practice Guidelines for Obstetric Anesthesia*

- *An Updated Report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Obstetric Anesthesia\**

*Anesthesiology 2007; 106:843–63*



## ¿Cuáles son los REQUISITOS?



- El modelo asistencial asumió tres requisitos: **factibilidad operativa** (que se pueda llevar a cabo en las condiciones operativas existentes), **factibilidad técnica** (que técnicamente pueda efectuarse) y **factibilidad económica** (que sea asumible su coste).
- Este modelo ofrece **tiempo y lugar adecuados** para que la gestante pueda elegir el modelo de analgesia que desee, mejorando las condiciones **para la toma de decisiones**, respecto al modelo clásico a demanda, en el que el dolor, ansiedad, desorientación, soledad y desnudez, incapacitan para entender inconvenientes y riesgos.

## OBJETIVO



- El objetivo de este trabajo es **describir el modelo y analizar los resultados** de su implantación, en comparación entre un **antes** y un **después**, y con el **resto de hospitales** de la Región con actividad obstétrica. Implica a Atención Primaria, Obstetricia y Unidad del Dolor y cuenta con la colaboración de todo el personal de los tres niveles de asistencia mencionados, de todo el Área de Salud del Noroeste.

## EXPERIENCIA



- El proceso comienza con la captación de la embarazada en el **3º trimestre de gestación** por la matrona del centro de salud. La gestante acude a la **“consulta de preanestesia”** que tiene lugar **cada 15 días**, donde, de forma **grupal, y con apoyo audiovisual** se le exponen las **técnicas, ventajas, inconvenientes, alternativas, contraindicaciones y riesgos**, estableciendo posteriormente un coloquio que aclara dudas y favorece la toma de decisiones.

## EXPERIENCIA



- Cuando la embarazada a término acude al hospital y el tocólogo indica su **ingreso por parto** inminente, se dirige a paritorios donde la matrona cursa **pruebas de coagulación**, comprueba la existencia de **consentimiento informado** y comprueba que reúne las **condiciones para AEO**, avisando al anestesiólogo de guardia que vuelve a confirmar los requisitos y aplica la técnica, monitorizando a la paciente hasta la retirada del catéter.



## EXPERIENCIA



- El rediseño lo hicimos, siguiendo las recomendaciones de *Saturno y Udaondo*, en cuatro fases: **selección del proceso**, **identificación de los cambios fundamentales**, **estructuración detallada** del nuevo diseño, y **pilotaje, implantación y monitorización** de resultados.
- Los cambios fundamentales identificados fueron: considerar el **parto como proceso** “programado”, **establecer el circuito** que integrara tercer trimestre del embarazo y parto, **coordinar niveles** asistenciales, informar adecuadamente, y **apoyo grupal**.

## ¿Qué importa medir?



- ¿Se ofrece la analgesia epidural obstétrica a todas las pacientes embarazadas?
- ¿Se pone la analgesia epidural obstétrica a toda paciente embarazada que lo solicita?
- ¿Obtiene la parturienta la analgesia deseada?

Indicadores F A C I L E S

## MÉTODO DE MEDIDA



- La **tasa anual de AEO por cada 100 partos**, estandarizada por cesáreas. La fuente de datos fue la **memoria anual del SMS** y el tipo de estudio fue de **autoevaluación retrospectiva**. Comparamos resultados de hospitales entre si y con el estándar de referencia del SMS, mediante el **estadístico Z**.
- Las **encuestas de calidad percibida** y satisfacción del SMS, disponibles desde 2002 hasta la fecha (excepto 2004), utilizando el **% de respuestas** en que las gestantes contestaron que **“le preguntaron si quería que se les pusiera la epidural”** y con la respuesta **“le pusieron la epidural”**, comparando las cifras con las globales del SMS y sus intervalos de confianza del 95%.
- Los resultados en dolor se midieron mediante **cortes de prevalencia mensuales**, valorando **intensidad del dolor, alivio obtenido y satisfacción** con su manejo.

## ¿Qué RESULTADOS hemos conseguido?



- **Desde 1999 a 2001**
- Nuestra tasa anual de AEO por cada 100 partos fué del **64.7%, 90.6%, y 92.1%**.
- **En el 2002**, nuestro hospital, junto con la Arrixaca, consiguió tasas significativamente **mayores que el estándar del SMS**; encontrando una gran heterogeneidad entre hospitales

# I FORO REGIONAL DEL DOLOR



## Comparación de los hospitales del Servicio Murciano de Salud con el estándar (75%)

Año 2002

	Nº de partos	EOO	EOE	DE	Z
Hospital 1	6.853	5.625	5.140	35,9	13,5a
Hospital 2	2.463	1.556	1.847	21,5	-13,5b
Hospital 3	1.212	836	909	15,1	-4,8b
Hospital 4	1.677	470	1.457	13,8	-71,5b
Hospital 5	793	241	595	12,2	-29,0b
Hospital 6	648	604	486	11,0	10,7a

EOO: epidurales obstétricas observadas;

EOE: epidurales obstétricas esperadas;

DE: desviación estándar.

aHospitales con tasas significativamente mayores que el estándar 75%.

bHospitales con tasas significativamente menores que el estándar 75%.

*Rev Calidad Asistencial*



## Comparación de los hospitales del Servicio Murciano de Salud con el estándar del grupo (88%)

2002

	Nº de partos	EOO	EOE	DE	Z
Hospital 1	6.853	5.625	4.522	39,3	28,1a
Hospital 2	2.463	1.556	1.625	23,5	-2,9
Hospital 3	1.212	836	800	16,5	2,2
Hospital 4	1.677	470	1.282	17,4	-46,7b
Hospital 5	793	241	523	13,3	-21,1b
Hospital 6	648	604	427	12,1	14,6a

EOO: epidurales obstétricas observadas;

EOE: epidurales obstétricas esperadas;

DE: desviación estándar.

aHospitales con tasas significativamente mayores que el estándar del grupo.

bHospitales con tasas significativamente menores que el estándar del grupo.

*Rev Calidad Asistencial 2004;19(2):69-7*



## RESULTADOS 2002-2011

Púérperas a las que se les preguntó si querían que se les pusiera la epidural  
Encuesta de Calidad Percibida y Satisfacción.  
Servicio Murciano de Salud

Año	SMS (%)	HCN (%)	Nº de Orden
2002	86,3	92,3	2
2003	82,5	100	1
2005	89,6	91,3	3
2006	88,7	95,6	2
2007	88,8	81,9	4
2008	88,8	93,2	1
2009	88,6	97,8	1
2010	88,4	96,4	2
2011	88,5	93,8	3



## RESULTADOS 2005-2011

¿Le pusieron la epidural?  
Encuesta de Calidad Percibida y Satisfacción.  
Servicio Murciano de Salud

Año		Me la pusieron (%)	No dio tiempo (%)	No acepté (%)
2007	SMS	77,4	13,5	9,1
	HCN	92,1*	7,9*	0,0*
2008	SMS	52,5	11,8	35,7
	HCN	61,5*	3,8*	34,6
2009	SMS	77,0	12,6	10,4
	HCN	85,7*	5,7*	8,6
2010	SMS	68,7	15,1	16,2
	HCN	83,8*	3,8*	12,5*
2011	SMS	75,7	12,1	12,2
	HCN	85,7*	6,6*	7,7*

\*Cifras fuera del IC del 95%

# I FORO REGIONAL DEL DOLOR

## RESULTADOS 2004-2011



### Evolución anual de los indicadores de resultados

	Basal	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Satisfacción	64 %	88 %	88 %	95 %	95 %	97 %	98 %	99 %	99%
Consiguieron Alivio	47 %	96 %	85 %	90 %	97 %	99 %	99 %	99 %	99%
Con EVA <ó = 4	24 %	65 %	65 %	75 %	84 %	92 %	93 %	92 %	95%

## CONCLUSIONES



La experiencia se ha **publicado y difundido** en revistas científicas especializadas y foros nacionales, exportando la idea a otros hospitales con actividad obstétrica.

- El rediseño nos ha permitido implantar un proceso de analgesia obstétrica **cercano a la excelencia** (el 100% es inalcanzable)
- **Monitorización** semestral a través de la encuesta de **satisfacción SMS**
- **Monitorización** mensual de los niveles de **dolor, alivio y satisfacción**
- **El rediseño es factible** desde el punto de vista operativo, técnico y económico; creando **valor añadido** para las **gestantes, obstetras, anestesiólogos y matronas.**

## ***¿Qué necesitamos resolver?***

Preanestesia (Historia, valoración, información, planificación)

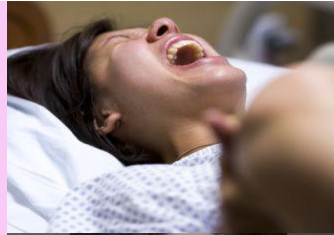
## ***¿Cómo podemos resolverla?***

Rediseño, GPC, Factibilidad, Monitorización

## ***¿Conseguimos resolverla?***

Valor añadido, cercano a la excelencia

[francisco.lopez18@carm.es](mailto:francisco.lopez18@carm.es)  
[www.murciadolor.com](http://www.murciadolor.com)



## ÁREA VII MURCIA-ESTE

### ELABORACIÓN DE PROTOCOLOS DE DERIVACIÓN DE ENFERMOS CON DOLOR CRÓNICO, POR PROCESO DESDE ATENCIÓN PRIMARIA A ESPECIALIDADES.

#### Autores:

Meseguer-Guaita F, Martínez-Sáez P, López-Ayala AB, Villalón-Pla M, Quintanilla-López R, Campos-Casanueva A, Navarro-Alacid MA.

#### Datos generales.

Desde Enero 2011, y como iniciativa de la subdirección del Hospital General Universitario Reina Sofía de Murcia (HGURS), se inició la elaboración de protocolos de derivación, por proceso, desde Atención Primaria (AP) a especialidades, de pacientes con dolor crónico.

Los servicios implicados en el proyecto son: Unidad de Columna del Servicio de Traumatología, Servicio de Rehabilitación, Servicio de Reumatología, Servicio de Urgencias, Unidad Terapéutica del Dolor del Servicio de Anestesiología, Reanimación y Tratamiento del Dolor y Centro de Salud de Puente Tocinos.

En este proyecto multidisciplinario, están implicados 7 médicos: uno por cada especialidad más dos por el centro de Salud elegido, como centro piloto para este proyecto.

# I FORO REGIONAL DEL DOLOR

## **Descripción del conflicto que se quiere abordar desde un enfoque multidisciplinario.**

El Área de Salud VII de Murcia, cubre una población de 200.000 habitantes, repartidos en 10 Centros de Salud, cuyo Hospital de referencia es el Hospital General Universitario Reina Sofía.

El dolor está presente en casi un 60 por ciento de los pacientes en AP, siendo el síntoma que supone la causa más frecuente de consulta, pudiendo ser debido a múltiples y diversas patologías.

La derivación indiscriminada a los diferentes especialistas, de estos pacientes, es uno de los motivos del aumento desmesurado de las listas de espera, lo que se traduce en un deterioro en la atención sanitaria de los pacientes con dolor crónico. En una primera reunión con AP (Centro de Salud de Puente Tocinos) se abordó el problema analizando los siguientes puntos:

- Largas listas de espera para especialidades.
- Tiempo de espera para segunda visita entre 5-6 meses.
- Mala comunicación entre la Unidad del Dolor y otras especialidades relacionadas con dolor, con AP.
- Posibilidades de mejora en la utilización de nuestros recursos, para abordar este problema.
- Disparidad de criterios relacionados con lo que es una Unidad del Dolor y para que sirve, constatando que la sostenibilidad y la eficacia de la Unidad del Dolor viene marcada por la perfecta sintonía y colaboración con AP.

Si derivamos muchos pacientes, la Unidad se colapsará y si no enviamos los que hay que derivar tendremos pacientes con mal control del dolor, hay pues que encontrar el equilibrio.



# I FORO REGIONAL DEL DOLOR

Ante la necesidad de optimizar nuestros recursos sanitarios y mejorar la asistencia de estos pacientes se decide, en una reunión de la Subdirección médica con la coordinación de la Unidad del Dolor y especialistas de AP del Centro de Salud de Puente Tocinos, iniciar el diseño de un proyecto cuyo objetivo sería la elaboración de protocolos de derivación, por proceso, en el que un grupo de trabajo multidisciplinario, en el que los especialistas de AP tendrían un lugar primordial, trabajaría durante 24 meses para la elaboración de los mismos.

## **Objetivo.**

Mejorar la calidad asistencial del paciente con dolor crónico del Área de Salud VII del SMS, utilizando como herramientas la elaboración e implementación de protocolos de derivación por proceso, desde AP a Unidad de Dolor u otras especialidades relacionadas con el mismo, consensuados, estructurados y definidos por un grupo de trabajo multidisciplinario.

## **Desarrollo de la Experiencia.**

En Febrero 2011 se creó un grupo de trabajo multidisciplinario, constituido por 5 especialistas del HGURS: un traumatólogo de la Unidad de Columna, un reumatólogo, una rehabilitadora, un médico de urgencias y la coordinadora de la Unidad del Dolor más 2 especialistas de AP del Centro de Salud de Puente Tocinos: el coordinador del Centro y otra especialista del mismo, interesada en el manejo del dolor.

Desde entonces se han ido sucediendo reuniones de trabajo cada 1 ó 2 meses, alternando el Centro de Salud y HGURS como lugares de encuentro, en las que se han ido desarrollando los protocolos de derivación, de manera consensuada y como un trabajo de equipo multidisciplinario.

# I FORO REGIONAL DEL DOLOR

Se definieron cuáles serían los primeros protocolos a abordar, por su mayor prevalencia e impacto en nuestra población, definiendo cuatro como los más urgentes y por ellos comenzamos a trabajar en este orden:

- Lumbociatalgia
- Estenosis de canal
- Lumbalgia crónica
- Síndrome de hombro doloroso

## **Método.**

Al inicio de cada nuevo protocolo, el especialista más cercano a este proceso, se prepara el tema y hace una presentación para los demás especialistas, confecciona un primer borrador, dando a los componentes del equipo el link de "Google docs" donde se encuentra dicho borrador, para poder ser consultado, modificado y corregido, con comentarios que se escriben en dicho documento. De esta manera todos los componentes del grupo tienen posibilidad de ver lo que los otros miembros van cambiando o confirmando a lo largo de un periodo de estudio y reflexión, y así poder dialogar y trabajar sobre ello en la siguiente reunión de trabajo. Una vez fijado el protocolo y consensuado por todos, se intentan sintetizar las ideas fundamentales del mismo en un esquema de fácil y clara comprensión a modo de algoritmo de decisiones. A fecha de Mayo 2012, se han concluido los tres primeros protocolos y están en su periodo de implementación en el Centro de Salud de Puente Tocinos y el cuarto está en su inicio. Pasados los 6 primeros meses de implementación se volverán a revisar, para su posible modificación o fijación definitiva.

## **Primeros resultados de la Experiencia.**

El primer resultado que constatamos se derivó, fundamentalmente, de la nueva conexión personal y periódica entre los miembros del grupo, lo que se tradujo en un enriquecimiento en el abordaje, evaluación y tratamiento del paciente con dolor. Cada

# I FORO REGIONAL DEL DOLOR

especialista, aportando su visión del tema, completaba y ampliaba los conceptos de los otros miembros: se sistematizó la medición de la intensidad del dolor en la escala visual analógica de 10 puntos (VAS), en todos los pacientes de AP con dolor y se incrementó la utilización de fármacos opioides en pacientes con dolor moderado-severo, siendo la intensidad del dolor lo que determinaba la potencia analgésica necesaria y no la etiología del mismo.

Como consecuencia de dicho trabajo en equipo se ha constituido de manera definitiva un grupo de trabajo multidisciplinario con sesiones quincenales en el HGURS para el abordaje y análisis de los problemas derivados de los pacientes con dolor en nuestro hospital, siendo por tanto mucho más ágiles las consultas interdisciplinarias. El primer algoritmo de decisiones que se consensó para **lumbociatalgia** (anexo I), como esquema simplificado de actuación, para la derivación de estos pacientes, dio a los especialistas de AP la idea exacta de a que especialidad debían derivar a los pacientes, en los que el dolor no se controlaba aún con el tratamiento adecuado y consensado, quedando como especialidades de primera línea de derivación Rehabilitación y Reumatología, reservando la Unidad del Dolor y de Columna en segunda línea, para cuando las anteriores fracasaran o resultasen insuficientes, siendo estas dos especialidades (Rehabilitación y Reumatología) y no AP las que deberían derivarnos a estos pacientes.

Se consensó el ingreso del paciente con lumbociatalgia que había acudido a la Puerta de Urgencias, por el mismo problema por segunda vez, en un periodo corto de tiempo (últimas dos semanas). El segundo algoritmo de decisiones consensado fue para pacientes con **estenosis del canal lumbar** (anexo II) que no se controlan con tratamiento conservador, deja por el contrario, en primera línea de derivación a la Unidad de Dolor y en segunda línea a la Unidad de Columna, no considerando que las otras especialidades tengan que formar parte de este algoritmo.

# I FORO REGIONAL DEL DOLOR

El tercer protocolo que hemos terminado es el de **lumbalgia crónica** (anexo III) quedando Reumatología y Rehabilitación en primera línea de derivación, y resultando en este caso fuera del esquema la Unidad del Dolor y la Unidad de Columna, reservando su derivación solo a criterio de Reumatología y Rehabilitación, pero no de AP directamente.

En este momento la experiencia de elaboración e implementación de estos protocolos se circunscribe, exclusivamente, al Centro de Salud de Puente Tocinos: Los dos especialistas de AP, que pertenecen a nuestro grupo de trabajo, son los encargados de la difusión e implementación de los mismos en dicho Centro.

Los demás especialistas hospitalarios somos los responsables de la difusión de dichos protocolos dentro de nuestra propia Unidad y Servicio, así como la recogida del feedback tanto negativo como positivo de los mismos para su mejora o corrección.

## **Conclusiones.**

El modelo de trabajo como "grupo multidisciplinario" en el abordaje del tema del dolor nos parece útil, eficaz y enriquecedor, tanto para la práctica habitual de nuestras distintas especialidades como para la elaboración de protocolos de derivación de pacientes de dolor desde AP a especialidades relacionadas con el mismo.

La rotación, de especialistas de AP, por otras especialidades relacionadas con el tratamiento del dolor nos parece de vital importancia, tanto para su formación continuada como para la comprensión y análisis del paciente desde otra perspectiva. Consideramos que un periodo de rotación razonable, de un mínimo de 3 meses, sería de gran utilidad para los MIR de AP, por las Unidades del Dolor de su Hospital de referencia.

Consideramos que una vez cumplidos nuestros objetivos y elaborados un número razonable de protocolos de derivación y comprobada su implementación en AP (centro de Salud de Puente Tocinos), dichos protocolos se podrían implementar en los centros

# I FORO REGIONAL DEL DOLOR

de Salud del Área VII, así como en otras Áreas de Salud de la Región de Murcia.

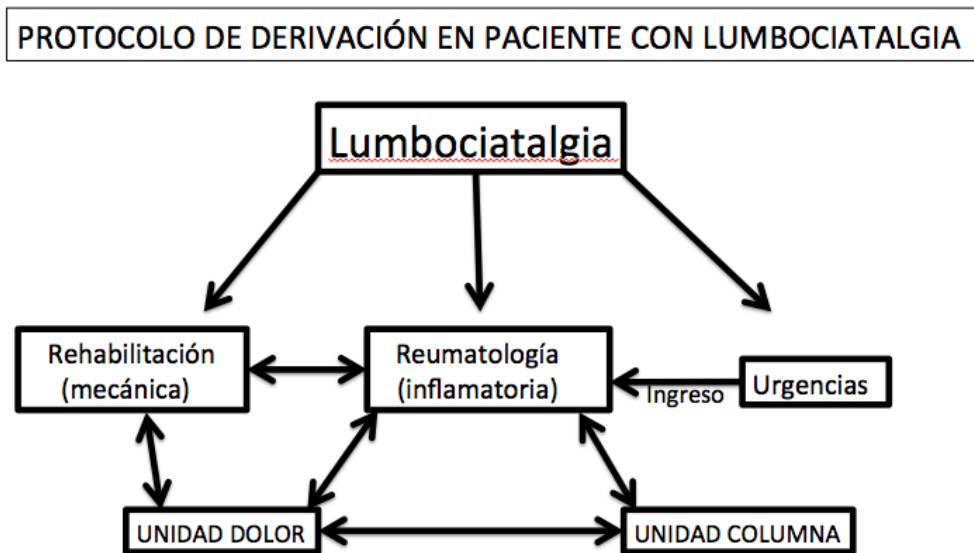
Creemos que este proyecto es innovador dado que en la actualidad no existen en nuestra región, ni en muchas de España, este tipo de protocolos de derivación por procesos que agilizan, clarifican y sobre todo aumentan la calidad en el abordaje del paciente de dolor en nuestra región.

## Anexo 1.

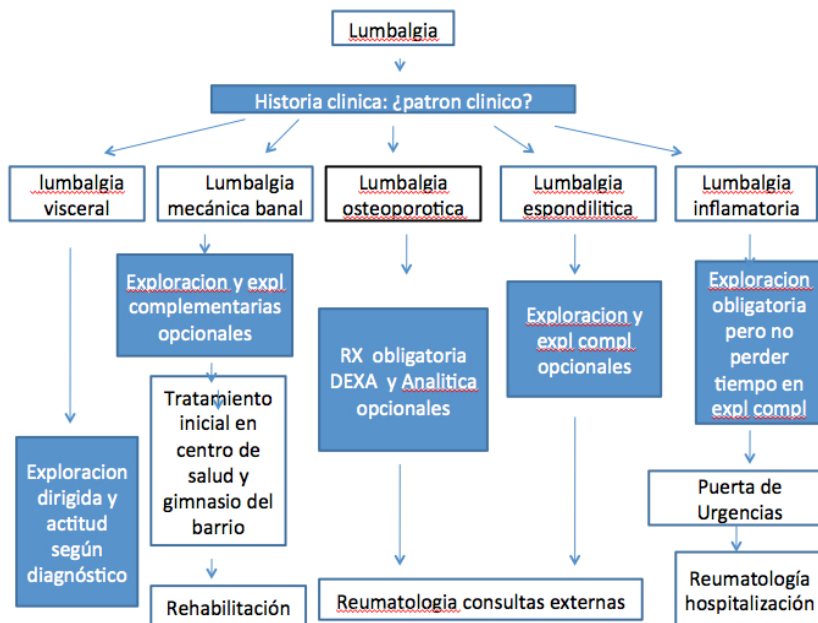


# I FORO REGIONAL DEL DOLOR

## Anexo 2.



## Anexo 3.



## ÁREA IX VEGA ALTA DEL SEGURA

### DESARROLLO DE LA IMPLANTACIÓN DEL PROTOCOLO DE ATENCIÓN AL DOLOR AGUDO EN EL HOSPITAL LORENZO GUIRAO.

#### **Autores:**

**Iniesta-Martínez MD, Carrillo-Martínez RJ, Yelo-Camacho V.**

#### **Datos generales.**

#### **Servicio en el que se realizo el trabajo.**

El trabajo ha sido realizado por el Servicio de Anestesia del Hosp. Lorenzo Guirao junto con el departamento de Calidad con el apoyo del supervisor de la Planta quirúrgica.

El total de personal implicado han sido: 1 facultativo de anestesia, 1 facultativo responsable de Calidad, 2 supervisores (de Calidad y de planta quirúrgica) y el conjunto de enfermeros de planta quirúrgica.

#### **Descripción del problema.**

El dolor, ya sea agudo o crónico, tiene una gran importancia en el ámbito sanitario y socioeconómico. Citado como el quinto signo vital, el dolor es uno de los trastornos que más afecta y preocupa a las personas, y es el síntoma acompañante que con mayor frecuencia motiva una consulta médica. Su presencia es además fuente de numerosos problemas, como efectos adversos fisiopatológicos y psicoemocionales, aumento de la morbilidad y alargamiento de las estancias hospitalarias.

El dolor es un fenómeno multidimensional, complejo, sensorial, afectivo, subjetivo y muchas veces ineludible, cuyo umbral y tolerancia van a depender de variados factores:

# I FORO REGIONAL DEL DOLOR

la historia del individuo, su constitución psicosomática, el contexto social, familiar y médico donde se desarrolla.

Cuando se habla de valoración del dolor también se debe definir que se puede registrar o valorar. *"El dolor, como toda experiencia emocional es subjetivo; sólo el propio paciente conoce su dolor y cuánto le duele, por ello, toda valoración del mismo debe atender necesariamente el informe del enfermo"*.

La inexistencia de un Protocolo de Atención a dolor agudo suponía en nuestro hospital un déficit de calidad asistencial importante, además de la realización de actividades no estandarizadas que originaba quejas y disconfort por parte de los profesionales y de los pacientes.

Era necesario solventar ambos problemas detectados a través de la puesta en marcha de la medición del dolor con la escala de valoración EVA, donde el porcentaje de pacientes con dolor  $> 5$  a las 48 horas alcanzaba el 44%, además de información de pasillo transmitida por mandos intermedios a la dirección sobre el disconfort por parte del personal de enfermería a la hora de actuar en el manejo del dolor agudo.

## **Desarrollo de la experiencia.**

Con el objetivo de mejorar la calidad asistencial en el paciente con dolor agudo en 2010 se inicia en el Hospital de la Vega Lorenzo Guirao la realización de un protocolo para la medición del dolor, con participación de personal de reanimación, hospitalización quirúrgica y la supervisora de calidad, cuyos objetivos son conocer la etiología, intensidad, localización, comienzo y duración del dolor que presenta el paciente para el alivio o disminución del mismo a un nivel de tolerancia aceptable para él, identificar momentos en que el paciente sufre dolor  $EVA \geq 5$  y conseguir que el paciente refiera un dolor con un  $EVA \leq 4$ . Este protocolo se dirigió a pacientes intervenidos quirúrgicamente durante el postoperatorio inmediato y/o postoperatorio mediato en los servicios de Reanimación y Unidad Quirúrgica (Planta Quirúrgica Hospital de día quirúrgico).



# I FORO REGIONAL DEL DOLOR

Una vez finalizado el protocolo se realiza una difusión del mismo en los servicios implicados mediante sesiones formativas a los trabajadores, en las que se explica el manejo de la escala EVA y su equivalencia a otras escalas como la escala de escala de wong-baker (caras).

Posteriormente tras resultados alcanzados, en el año 2012 se diseña un Protocolo de atención al dolor agudo por el Servicio de Anestesia que se difunde entre el personal facultativos y enfermeros de planta quirúrgica, urgencias, traumatología y cirugía a través de sesiones de 30 minutos duración en el lugar de trabajo.

Tras lo cual se midieron resultados alcanzados en pacientes así como la satisfacción de los profesionales al respecto de la implantación del protocolo.

## Fases temporales del proyecto.

### FASE 1: Año 2011

- Elaboración y difusión de Protocolo de medición de dolor. Mayo 2011.
- Difusión de actividades registro de dolor en SELENE Mayo 2011.
- Monitorización del dolor a través del registro en SELENE previo protocolo de Atención a dolor agudo. Junio –julio –Agosto 2011.

### FASE 2: Año 2012

- Diseño de Protocolo de atención al dolor agudo. Febrero 2012.
- Difusión del Protocolo de dolor al personal. Febrero 2012.
- Valoración del dolor tras inclusión del Protocolo. Abril –mayo 2012.

### FASE 3: Año 2012

- Diseño de la encuesta de satisfacción a los profesionales. Abril 2012
- Monitorización de los datos. Mayo 2012
- Diseño de la encuesta de satisfacción a los pacientes
- Análisis de los datos de las encuestas.

## Resultados.

Resultados EVA registro de la 5ª constante:

**1ª Evaluación** (junio, julio y agosto 2011): EVA  $\geq 5$  en el 43,86% de los pacientes.

**2ª evaluación** (enero a mayo de 2012): el 22% de los mismos tienen EVA  $\geq 5$ .

Resultados encuesta a pacientes

Durante 3 días de mayo 2012 se paso la encuesta de satisfacción a los pacientes de la planta quirúrgica (excepción los intervenidos por cirugía mayor ambulatoria).

Un total de 11 pacientes ingresados en planta quirúrgica.

La encuesta contaba con 12 preguntas y los resultados se dan en escala tipo Likert del 1 al 5 (1 Nunca 2. A veces 3. A menudo 4. Casi siempre 5. Siempre).

Descripción de la muestra:

- Número de Casos: 11 encuestados.
- El 54.55% eran hombres y el 45.45% mujeres.

Análisis de la encuesta tras Protocolo de atención al dolor agudo a pacientes ingresados en planta quirúrgica, con ingreso de más de 24 horas:

Con respecto a dolor moderado el 27.27 % de los encuestados lo ha padecido a veces, el 45% a menudo y el 27 % casi siempre El 63.64 % no ha padecido dolor severo nunca y el 36.36 % a veces. El 36.36% no ha padecido nunca dolores musculares, a veces el 36.36%, a menudo el 27 %, y nunca el 9% contestando el 100% de los encuestados que siempre encontrado alivio cuando lo ha solicitado.

# I FORO REGIONAL DEL DOLOR

El 90.91 % de los encuestados indica que siempre ha sido capaz de comunicarte con el personal del hospital y que ha recibido ayuda medica siempre. El 100% ha recibido ayuda de las enfermeras del hospital. El 90% ha sido capaz de entender instrucciones y consejos siempre. El 72.73 % nunca ha tenido nauseas y el 18 % a veces, sólo el 9% a menudo.

Resultados de satisfacción de los profesionales.

Durante el mes de mayo se distribuyo una encuesta de valoración al respecto de la puesta en marcha del protocolo de dolor agudo en la Plante quirúrgica.

El 66% de los encuestados indican que la información dada sobre el protocolo del dolor fueron claras y me explicaron la organización a partir de la puesta en marcha del mismo, y el 75 % contesta que sé las tareas que tengo que realizar y a quién dirigirme en caso de duda el 33% indica que son todos los enfermeros realizan las tareas con las mismas técnicas.

A el 40 % le gustó la organización existe en el hospital respecto a la implantación del protocolo del dolor agudo y el 50 % que el contenido y difusión del protocolo ha sido claro pero sólo un 33% considera que el protocolo me ha resuelto las dudas en relación a la atención demandada por el paciente.

Con respecto a si con el protocolo he sido capaz de solucionar la atención demandada por el paciente sin consultar con el facultativo 58,3%, consiguiendo empatizar con el paciente siempre o casi siempre el 50 % de los encuestados.

Indicar que en 66 % el protocolo del dolor ha sido útil para mi trabajo habitual pero que sólo el 25 % declara estar satisfecho del modo en que se ha puesto en marcha el protocolo.

## **Conclusiones.**

Indicar que la implantación del protocolo de dolor Agudo en el Hospital Lorenzo Guirao supone un avance puesto que más del 50 % de los encuestados no sufre dolor severo nunca y siempre haya encontrado alivio cuando lo ha necesitado, además a nuestros profesionales les ha permitido una mayor autonomía y dar atención de mayor calidad.

Los puntos a mejorar detectados es que es preciso que el protocolo este visible para consultar y que debe de estar poder ser adaptado a las particularidades de ciertos pacientes.

## AGRADECIMIENTOS

La Sociedad Murciana de Calidad Asistencial y la Sociedad Murciana del Dolor desean agradecer su inestimable colaboración a las siguientes instituciones y empresas:

