



INFORME

II Encuentro de Coordinadores de Calidad: Atención al Dolor en la Región de Murcia 2011

EDITA: 
SOCIEDAD MURCIANA
DE CALIDAD ASISTENCIAL



INDICE

Equipos de Trabajo	3
Introducción	4
Método	5
Resultados	6
Conclusiones	21
Recomendaciones	22

EQUIPOS DE TRABAJO

Comité Científico y Editorial

Enrique Casado Galindo
Rafael Gomis Cebrian
Francisco López Soriano
Solanger Hernández Méndez
Alberto Javier Barragán Pérez
Julián Alcaraz Martínez
Carmen Castillo Gómez
Ángeles Sáez Soto

Informantes Clave

AREA 1.- Julio José López-Picazo Ferrer
AREA 2.- Maria Dolores Meroño Rivera
AREA 3.- Enrique Casado Galindo
AREA 4.- Francisco López Soriano
AREA 5.- Carmen Castillo Gómez
AREA 6.- Julián Alcaraz Martínez
AREA 7.- José Carlos Vicente López
AREA 8.- Claudio Contessotto Spadetto
AREA 9.- Esther Rubio Gil

Participantes en el Encuentro (por orden alfabético)

Abad Corpa, Eva
Abad Navarro, Ángel Luís
Alcaraz Martínez, Julián
Arnau Alfonso, Juan José
Barragán Pérez, Alberto Javier
Bernal Peñalver, Lucía
Casado Galindo, Enrique José
Contessotto Spadetto, Claudio
Díaz Martínez, Ana María
Ferrer García, Lorenzo
Flores Martín, Juan A.
García Jiménez, Catalina
Giménez Arnau, Javier
Gómez García, María José
Gomis Cebrian, Rafael
Guirao Sastre, Juana María
Hernández Fernández, Miguel Ángel
Hernández Méndez, Solanger
Iniеста Martínez, Dolores
Iniesta Sánchez, Javier

Leal Llopis, Jesús
López García, Juan Antonio
López Guerrero, Francisco de Asís
López Jiménez, Carlos
López Soriano, Francisco
López-Picazo Ferrer, Julio José
Meroño Rivera, María Dolores
Mulero Cervantes, Juan Francisco
Muñoz y Ramón, José María
Perales Recio, Sebastián
Rivas López, Francisco Asís
Robles Brabezo, José Manuel
Rodríguez Navarro, M^a Ángeles
Rubio Gil, Esther
Sáez Soto, Ángeles del Rosario
Salinas Ayala, Isabel
Saturno Hernández, Pedro J.
Tomás García, Nuria
Vicente López, José Carlos

INTRODUCCIÓN

En la Encuesta Nacional de Salud de 2006, un 10% de las personas encuestadas manifiestan haber tenido que reducir sus actividades habituales por algún tipo de dolor en las dos últimas semanas, y otro 3% refieren haberse visto obligado a guardar cama más de la mitad de un día debido a algún tipo de dolor, siendo los dolores de espalda, huesos o articulaciones los más citados en ambos casos.

Diversos estudios ponen de manifiesto que entre el 97,2% y el 79,7% de los pacientes hospitalizados y sometidos a cirugía mayor experimentan dolor en algún momento de su estancia hospitalaria, los porcentajes varían dependiendo del tipo de cirugía (traumatología-ortopedia, obstetricia-ginecología, o cirugía general). Una revisión sistemática reciente pone de manifiesto, respecto al dolor que sufren los pacientes oncológicos, una prevalencia del 53% (IC 43% - 63%) en los estudios que incluyen a pacientes en todas las etapas de enfermedad.

El dolor causa mucho sufrimiento y desesperación entre los seres humanos. Desde hace tiempo existen organizaciones que declaran que “el tratamiento del dolor debe de ser uno más de los Derechos Humanos”. El abordaje del dolor, tanto agudo como crónico, se ha convertido en un tema candente para pacientes, profesionales e instituciones. Si existe una experiencia vital, donde todos estos grupos coinciden, es la necesidad de “no pasar dolor”. Desde todos los ámbitos asistenciales se han desarrollado estrategias para que esto no suceda, pero se han hecho de forma descoordinada y con iniciativas personales. Y existe un gran desconocimiento de los recursos y de las actividades que se han puesto en marcha para abordar este problema.

El día 7 de abril de 2011 tuvo lugar en Lorca, el II Encuentro de Coordinadores de Calidad de la Región de Murcia. En la misma, se presentaron distintas estrategias de abordaje del manejo del dolor, así como experiencias de distintos profesionales de ámbito nacional.

En el debate y reunión de consenso que siguió a las presentaciones, se llegó al compromiso de elaborar un documento que permitiera conocer, desde el punto de vista y del conocimiento de los Coordinadores y responsables de Calidad, como es la atención actual del Dolor en la Región de Murcia, como un primer paso a modo de análisis de la situación, que permitirá identificar oportunidades de mejora y poner en marcha acciones que tengan impacto directo en nuestros pacientes.

El informe que aquí se presenta es resultado directo de ese trabajo.



METODO

Se remitió por correo electrónico una encuesta elaborada específicamente para este estudio, a todos los responsables de calidad de todas las Áreas de Salud (I, II, III, IV, V, VI, VII, VIII y IX).

La encuesta consta de un total de 148 cuestiones, algunas abiertas y otras cerradas que investigan distintos aspectos de estructura, proceso y resultado en el abordaje del dolor en cada uno de sus ámbitos.

Los datos presentados a continuación son el resultado de los informes remitidos por los responsables de calidad de cada una de las nueve Áreas que forman el mapa sanitario de Murcia. Los datos se volcaron en una hoja de Excel de la que se extrajo un resumen que fue evaluado por los miembros del comité organizador de la Reunión.

Las variables de estudio se presentan utilizando indicadores de frecuencia sin intervalos de confianza, aunque se han utilizado otros estadísticos de dispersión cuando ha sido posible, pues se trata de un estudio descriptivo ecológico, en el que existe un importante componente cualitativo en la obtención de algunos de los datos.

RESULTADOS

Respondieron las 9 Áreas de Salud, se presentan los datos extraídos de las encuestas remitidas y que corresponden a la situación existente en sus áreas durante el periodo comprendido entre los meses de abril y mayo de 2011.

R1.- Datos demográficos y recursos humanos de las Áreas de Salud

Las características demográficas de cada área se recogen en la Tabla 1 (los datos disponibles corresponden al año 2010).

Tabla 1. Características demográficas de las Áreas de Salud de la Región de Murcia en el año 2010

1. Área Sanitaria:	ÁREA I	ÁREA II	ÁREA III	ÁREA IV	ÁREA V	ÁREA VI	ÁREA VII	ÁREA VIII	ÁREA IX
2. Población asignada:	249.723	274.697	178.405	72.796	62.835	249.833	205.095	105.598	55.320
3. Centros de Salud:	14	16	8	6	3	15	10	5	3
4. Hospital de referencia:	H. Virgen de la Arrixaca	H. Santa Lucía y H. Santa María del Rosell	H. Rafael Méndez	H. Comarcal del Noroeste	H. Virgen del Castillo	H. JM Morales Meseguer	H. Reina Sofia	H. Los Arcos del Mar Menor	H. de la Vega Lorenzo Guirao
5. Camas de hospitalización:	920	634	283	105	96	370	330	160	84

Los recursos humanos disponibles en cada área en el año 2010 se recogen en la Tabla 2, mostrando igualmente gran disparidad. Los datos que aparecen en blanco son porque no se ha podido obtener esta información.

Tabla 2. Recursos humanos de las Áreas de Salud de la Región de Murcia en el año 2010

	ÁREA I	ÁREA II	ÁREA III	ÁREA IV	ÁREA V	ÁREA VI	ÁREA VII	ÁREA VIII	ÁREA IX
1. N° de facultativos:	600	697	354	89	89	452	404	203 (+19 MIR)	136
2. N° de sanitarios no facultativos (enfermeros)	2448	801	397	134	123	643	519	271	171
3. N° de sanitarios no facultativos (auxiliares)	933	604	232	139	87	446	334	139	104
4. N° de anestesiólogos:		38	12	8	7		17	13	7

R2.- Actividad asistencial de las Áreas de Salud

La actividad asistencial global declarada en el año 2010 se recoge en la Tabla 3, de manera similar a las tablas previas los datos no incluidos son aquellos no disponibles.

Tabla 3. Actividad asistencial de las Áreas de Salud de la Región de Murcia en el año 2010

	ÁREA I	ÁREA II	ÁREA III	ÁREA IV	ÁREA V	ÁREA VI	ÁREA VII	ÁREA VIII	ÁREA IX
1. N° de consultas de MF anuales:		1.398.027	336.717	626.953	290.000	1.116.199	1.033.071	536.984	337.383
2. N° de consultas de enfermería anuales:		900.001	304.390	510.305	143.000	654.558	569.577	314.046	119.416
3. N° de ingresos hospitalarios:	37.302	23.172	12.080	4.484	4.667	14.599	11.903	5.242	5.306
4. N° de Urgencias hospitalarias:	192.098	137.797	71.317	37.597	23.743	80.058	97.943	57.300	29.815
5. N° de urgencias extrahospitalarias:		277.316	125.031	173.894		191.498	130.341	118.431	13.313
6. N° de intervenciones quirúrgicas:	19.223	15.786	1.544	3.520	3.472	14.129	10.552	1.358	5.202
7. N° de partos:	8.457	3.574	1.656	634	721	1		1.087	

R3.- Estructuras existentes para el abordaje del dolor

Siguiendo la metodología clásica de la Calidad se presentan los datos relacionados con la estructura, con lo que existe. Se recogen la existencia de unidades de dolor agudo (UDA), crónico (UDC), oncológico (UDO) y otras modalidades de organización o de gestión de recursos (Tabla 4).

Tabla 4. Estructuras para el abordaje del dolor y población cubierta

	Existe		Población cubierta	
	Si	No	n	%
Unidad de Dolor Agudo	5	4	694.331	47,7%
Unidad de Dolor Crónico	8	1	1.398.982	96,2%
Unidad de Dolor Oncológico	2	7	312.668	21,5%
Otras Estructuras	1*	8	249.723	17,2%

* Unidad de analgesia al parto

R3.1.- Unidades de Dolor Agudo (UDA):

“Estas unidades, cuyo objetivo principal es el tratamiento y el alivio del dolor agudo postoperatorio, nacen no sólo por razones humanitarias sino para mejorar la calidad asistencial repercutiendo en un beneficio de la salud. Ya desde la formación de la primera UDA se puso de manifiesto que el cumplimiento de este objetivo redundaría en una mejora del confort y la satisfacción del paciente, limitando y atenuando la repercusión de la agresión anestésico-quirúrgica, disminuyendo las potenciales complicaciones postoperatorias y con ello la morbilidad, facilitando así la recuperación del paciente con una movilización y una rehabilitación más precoces y, probablemente, acortando la estancia hospitalaria y los costes”. (E. Chabas, Editorial Revista de la Sociedad Española del Dolor, 2004). En la Región de Murcia existen 5 UDA creadas (supone que el 55,55% de las áreas la poseen). Las características de las UDA se recogen en la Tabla 5.

Tabla 5. Descripción de las características de las UDA.

Unidades de Dolor Agudo	
Unidades	5
Año de constitución	2003, 2006, 2008*,2011(2)
Médicos que las componen	Variable: 1 profesional a tiempo parcial, 7 médicos, todo el servicio de anestesia...
Especialidad de los médicos	Solo anestesistas (4); en otra participan quirúrgicos, pediatras, farmacia y urgencias
Tiempo de dedicación por parte de los médicos	Variable: horas libres voluntarias, 1 día a la semana, 3 días a la semana, profesionales a tiempo completo (1)
Participación de enfermería	Variable: a tiempo parcial (3), un enfermero en un Área y en otra no existe profesional de enfermería asignado
Otras personas de apoyo	Actualmente no existen auxiliares de enfermería ni otro tipo de profesionales asignados
Espacio físico definido	Ningún espacio (1), una consulta (3) y dos consultas (1)
Recursos a disposición de la UDA	Variable: ningún recursos, recursos humanos específicos, despacho, busca, carpeta del Dolor, catéteres epidurales...
Características particulares	Una UDA está en fase de no funcionamiento por falta de recursos, otras está liderada por enfermería supervisada por el facultativo, otra está en fase de implantación

Entre paréntesis se recoge el número de Áreas que presentan esa característica

(*) comenzó a funcionar en 2011

R3.2.- Unidades de Dolor Crónico (UDC):

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. La frecuencia de dolor crónico (dura más de 3 meses) en población adulta en España es muy elevada. Su alivio es un reto para todo profesional sanitario y su manejo un indicador evidente de buena práctica asistencial. Existen 8 UDC, es decir, en el 88.88% de las Áreas. Las características de las mismas se recogen en la Tabla 6.

Tabla 6. Descripción de las características de las UDC.

Unidades de Dolor Crónico	
Unidades	8
Año de constitución	1985, 1996, 2000, 2004, 2006 (2), 2007
Médicos que las componen	Variable: tres (3), cuatro (4) y cinco
Especialidad de los médicos	Solo anestesistas (4); en otra participan médicos, psicólogo, fisio y enfermero; en otra participa psiquiatría, rehabilitación, neurología y farmacia.
Tiempo de dedicación por parte de los médicos	Variable: la media alcanza 46,9 horas semanales de atención a la UDA, con mínimo de 13 y máximo de 175
Participación de enfermería	Recurso enfermero (3), enfermero compartido (2)
Otras personas de apoyo	Auxiliar de enfermería (3), psicólogo (1), fisioterapeuta (1)
Espacio físico definido	Una consulta específica (4), dos consultas (1), cuatro consultas (1), mismas consultas de anestesia
Recursos a disposición de la UDA	Un quirófano mensual para procedimientos y ocasional actividad en jornada extraordinaria(1), quirófano semanal para procedimientos y apoyo radiológico (1), quirófano y sala de bloqueos (1), material para procedimientos (1)
Características particulares	La existencia de salas de bloqueo en algún Área, la realización de triage para la atención de pacientes por la gran demanda en otra Área, y en otra los anestesistas dedican casi todo su tiempo a la actividad asistencial habitual

Entre paréntesis se recoge el nº de Áreas que presenta esa característica

R3.3.- Unidades de Dolor Oncológico (UDO):

El dolor oncológico es un problema de primera magnitud, hasta un 95% de los pacientes con cáncer en estadios avanzados tienen dolor (WHO, 1996). En nuestra región existen 2 UDO. Fueron creadas en el año 2000 y en el 2006. Las peculiaridades son presentadas en la Tabla 7.

Tabla 7. Descripción de las características de las UDO.

Unidades de Dolor Oncológico	
Unidades	2
Año de constitución	2000, 2006
Médicos que las componen	Cuatro (1), cinco (1)
Especialidad de los médicos	Solo anestesistas (1), en la otra participan los miembros del Equipo de Cuidados Paliativos
Tiempo de dedicación por parte de los médicos	Entre 10,5 y 13 horas semanales
Participación de enfermería	Un enfermero compartido (1)
Otras personas de apoyo	Auxiliar de enfermería (1)
Espacio físico definido	Consulta específica
Recursos a disposición de la UDA	Disponibilidad de quirófano un día y media a la semana (1)
Características particulares	En otra Área de Salud se incluye la atención al dolor oncológico dentro de la consulta de dolor crónico y en otra se atiende a pacientes oncológicos en función de las peticiones de las distintas especialidades que lo precisan

Entre paréntesis se recoge el nº de Áreas que presenta esa característica

R3.4.- Otras estructuras:

En un Área existe otro tipo de organización, una unidad de analgesia al parto constituida por cuatro médicos y un enfermero.

R3.5.- Otros recursos disponibles:

- *Comisiones.* No existen Comisiones específicas para el abordaje del dolor.
- *Grupo Regional de Evaluación y Mejora de la Calidad de los Cuidados de Enfermería (GREMCCE).* En el año 2003 se crea este grupo regional con la intención de mejorar la atención que prestan los enfermeros a los pacientes ingresados. Han obtenido excelentes resultados a lo largo de estos años en distintos aspectos asistenciales. En el año 2010 ponen en marcha la evaluación y mejora de indicadores relacionados con el manejo del dolor:
 - PVD-1 (Nº de pacientes sometidos a intervención quirúrgica con ingreso, con dolor postoperatorio (≥ 5 en la escala EVA), en alguna de las mediciones realizadas, en las primeras 24 horas tras cirugía/Total pacientes postquirúrgicos evaluados con escala EVA)x 100.
 - PVD-2 Existencia de un procedimiento en el hospital para la evaluación y el registro del dolor.
 - PVD-3: (Nº de pacientes sometidos a intervención quirúrgica con ingreso, con evaluación del dolor mediante escala EVA en las primeras 24 horas tras cirugía y según periodicidad indicada en protocolo de valoración del dolor del Centro / Total pacientes postquirúrgicos evaluados) x 100.

Los indicadores son recogidos por los supervisores de calidad, subdirecciones de enfermería, coordinador de enfermería o la unidad de calidad, según la estructura de cada Área. Se establecen acciones de mejora en función de los resultados y del grado de madurez de cada organización.

- *Equipos de Soporte Atención Domiciliaria (ESAD).* En todas las Áreas de la región se encuentran constituidos los ESAD, que con una orientación al cuidado del dolor total en los cuatro cuadrantes del ser humano, y siguiendo el modelo regional de cuidados paliativos, participan en el manejo del dolor (aunque la ausencia de una presencia permanente de trabajadores sociales en todos los centros de salud, hace que algunos aspectos no estén totalmente desarrollados). También participan en actividades formativas en su Área de influencia.
- *Equipos de Soporte Atención Hospitalaria (ESAH).* Contrariamente al anterior, en este caso sólo existen 6 Áreas (66,66%) en las que existe ESAH. Algunos de ellos participan en Hospitalización Domiciliaria, participan en la información sobre el manejo del dolor al alta hospitalaria, o en la atención de pacientes funcionando según necesidades, más que como equipo organizado.
- *Grupos de trabajo o de mejora.* En 7 de las 9 Áreas (77,77%) existen grupos de trabajo o de mejora relacionados con el abordaje del dolor. Una descripción breve del trabajo que realizan está recogida en la Figura 1.
- *Protocolos o guías de práctica clínica.* Respecto a la existencia de protocolos o guías del manejo del dolor existen en todas las Áreas de la región. Algunos ejemplos pueden revisarse en la Figura 2.
- *Material divulgativo:* En 5 de las 9 Áreas (en el 55,55%) existen folletos y documentos informativos sobre el Dolor. Sólo en 2 Áreas existen documentos informativos para los profesionales (esta información se distribuye a través de los supervisores en

cada una de las unidades). En 4 Áreas existen folletos o documentos informativos para los pacientes (suelen estar en las unidades de hospitalización a disposición de enfermería y suelen entregarse al ingreso). En un Área están diseñados aunque no se distribuyen y se ha identificado una unidad del dolor donde se facilitan folletos preimpresos de distinta índole procedentes de farmaindustria.

Figura 1. Grupos de Trabajo o de Mejora existentes en la Región de Murcia: Algunos Ejemplos

- Creación de un grupo de trabajo con el fin de poder acabar creando una comisión exclusiva dedicada al abordaje del dolor, está formada por el responsable de la UDO, subdirección de enfermería, y enfermera de la UDO. El año de constitución ha sido el 2011. Se ha comenzado con el objetivo de intentar descubrir la realidad del hospital con un análisis de la situación por servicios y la creación de un protocolo del dolor pendiente de validación por la comisión de cuidados, entre las actividades futuras se encuentra la difusión de dicho protocolo a todo el centro junto con el reparto de las diversas escalas de medición para convertir el manejo del dolor en la quinta constante.
- Atención al paciente con fibromialgia (responsable Subdirección Médica; participan Unidad Dolor Crónico, Reumatología, Rehabilitación, Salud Mental, Atención Primaria con médico, enfermera y fisioterapeuta; creado en 2010; se ha establecido una ruta asistencial).
- Una Unidad actúa como grupo de mejora, examina los cortes mensuales de prevalencia, detecta el dolor > de 4 (EVA), el alivio obtenido y la satisfacción con el manejo, estudia las causas y propone soluciones. La Lidera el Responsable de la UDA. Se monitorizan los resultados.
- Proceso del dolor. Grupo dedicado al Proceso de control del dolor
- Grupo de trabajo de dolor agudo postoperatorio.
- Grupo de trabajo de escuela de espalda, Lo forman rehabilitación, anestesia y traumatología.
- Grupo para el Tratamiento del Dolor Agudo postoperatorio. Participan los Servicios de Cirugía General, Traumatología, Ginecología, ORL, Oftalmología, Dermatología, Maxilofacial, Urología.
- Grupo de Trabajo "Dolor postoperatorio" , El responsable es el Jefe de Servicio de Anestesia, siendo un grupo multidisciplinar con representantes facultativos de las Unidades Quirúrgicas Hospitalarias y de Enfermería de las distintas Unidades de Hospitalización (12 vocales en total), constituido en Julio de 2009, AM implantada en Octubre de 2009 y priorizada para la obtención del Sello 200 (aunque finalmente no estuvo entre las 3 elegidas para evaluación), despliegue completado y en fase de monitorización semestral.

Figura 2. *Protocolos y Guías de Práctica Clínica existentes en la Región de Murcia: Algunos Ejemplos*

- Atención al Dolor Crónico.
- Protocolo del paciente con dolor.
- Cuidados de enfermería en el dolor intrahospitalario. Es de reciente creación, en el mismo se describe la importancia de la medición del dolor y parte de la premisa de realizar una valoración a todos los pacientes, su creación partió del responsable de la unidad del dolor y de la subdirección de enfermería, pendiente de aprobación por parte de la comisión de cuidados, se hará extensivo a todo el personal mediante sesiones informativas y será publicado en la intranet.
- En un Área respecto al manejo del dolor agudo existen 9 protocolos terapéuticos elaborados por el Servicio de Anestesia y aprobados por el mismo, se realizaron en 2010 y se utilizan en la URPA, están en formato papel y pendientes de ser incluidos en SELENE.
- En otra Área existen tantos Protocolos como Servicios Quirúrgicos, estratificados por intensidad del dolor (en función del tipo de cirugía), existen protocolos en Pediatría y Urgencias. Hay una Carpeta del Dolor en cada Control de Enfermería conteniendo toda la documentación precisa, con árbol de decisiones, rescates, alergias, etc. Existen protocolos específicos para CMA.
- Protocolo de manejo de dolor postoperatorio.
- Protocolo de manejo de dolor oncológico.
- Protocolo de uso de Botox en el tratamiento del síndrome de dolor miofascial.
- Protocolo de tratamiento del dolor postherniorrafia.
- Tratamiento del Dolor Postoperatorio.
- En un Área los Servicios Quirúrgicos (Cirugía General, Trauma, Ginecología-Obstetricia, Anestesia) en el verano de 2009 elaboraron los protocolos correspondientes de tratamiento analgésico postoperatorio, incluyendo aquellos que se aplican en el Hospital de Día Quirúrgico, que se están usando diariamente desde entonces. Con la ampliación de nuevas Unidades Quirúrgicas (Urología, Oftalmología, ORL, etc.) están haciendo lo propio de forma reciente.

R4.- Procesos existentes en el abordaje del dolor

Tras analizar la estructura existen en las distintas Áreas de la Región, se describen los procesos que se están desarrollando en el periodo de tiempo de este estudio.

R4.1.- Despliegue y evaluación de procesos:

Anteriormente se ha descrito la existencia de protocolos pero sólo en el 66.66% de las Áreas (6) existen protocolos relacionados con el manejo del dolor que estén realmente funcionando. Se difunden a través de la intranet, mediante formación de personal de nueva incorporación o mediante ciclos específicos de mejora de la calidad. En otras ocasiones se realiza de manera general por servicios y unidades siguiendo el Mapa de Proceso de Control del Dolor. En otras se realiza entre los profesionales del servicio o incluso con la firma de pactos de gestión. La evaluación de su funcionamiento algunas veces no se realiza, en otras ocasiones se revisan muestras aleatorias de historias clínicas, o se miden los indicadores del Mapa, incluso en ocasiones se evalúan cada 2 años por los distintos servicios, las unidades de dolor y farmacia.

Respecto a la evaluación del funcionamiento de las Unidades del Dolor sólo en 3 Áreas se mide: en un Área se evalúa mediante los indicadores del Mapa de Proceso, en otra se utiliza la memoria anual y la revisión de resultados mensuales, y en la tercera se mide la actividad y la espera media.

R4.2.- Medición del dolor:

- *Atención Primaria.* Sólo en una Área se realiza medición del dolor de forma más o menos sistemática (en todos los pacientes en fase terminal, mediante una escala numérica), en otra se realiza en algunos centros, de forma ocasional o la que realizan los miembros de Cuidados Paliativos (profesionales que en sus visitas domiciliarias valoran más de 46 parámetros, entre ellos el dolor, de forma sistemática).
- *Atención Hospitalaria.* En al menos 5 Áreas se mide el dolor de forma sistemática. Los servicios donde se suele realizar son en el de cirugía, traumatología, reanimación, obstetricia – ginecología y pediatría. Existe un Área en la que se mide en todos los servicios. Entre los resultados obtenidos en la encuesta destacan: en el 60% de las Áreas se mide en el 100% de los servicios quirúrgicos (en el resto no se alcanza el 35% de los mismos); sólo en un Área se mide en Servicios Médicos (en Medicina Interna y en Pediatría); y sólo en otra se mide el dolor de forma sistemática en Urgencias. La medición es realizada por el personal de enfermería en todas las Áreas, en un 33% de ellas también participan anestesistas y responsables de unidades del dolor en dicha medición. La herramienta utilizada es la escala EVA. Se suele medir cada 8-12 horas tras abandonar Reanimación, aunque en algunos centros se realiza una vez al día o según el protocolo existente. Se suele registrar en SELENE y en algún caso en papel. Sólo en 3 Áreas existen escalas de evaluación del dolor para niños. La escala que se suele



utilizar es la de las caras o facial. Estas escalas se revisan en alguna Área, por parte de la Supervisión de Calidad, como parte del GREMCCE.

- *Registro de efectos adversos de la medicación para el dolor.* Se realiza, en alguna Área, en formularios elaborados en SELENE. En otra Área se registran en la hoja específica de Reanimación.
- *Registros específicos de síntomas relacionados con el dolor.* En dos Áreas, recogiéndose en SELENE o en la hoja específica de Reanimación.
- *Medición sistemática del dolor.* En 7 de las 9 Áreas (en el 77.77%) se mide sistemáticamente el dolor. Se mide principalmente por el personal de enfermería contando con el apoyo del personal auxiliar. Se utiliza la escala EVA (en algunas Áreas se les facilita a los enfermeros y se les facilita protocolos con las pautas de actuación para el registro y para la toma de decisiones) y se registra principalmente en formulario de SELENE, aunque alguna Área lo hace aún en la Historia Clínica de papel o suele estar accesible en la Intranet. En un Área existen escalas de elaboración propia que se está intentando incluir en la herramienta informática SELENE. Ocasionalmente se utilizan escalas específicas. La medición sistemática se suele hacer en reanimación, en las plantas obstétrico-ginecológicas, en las quirúrgicas y en algún caso en la de pediatría. Se suelen evaluar sistemáticamente siguiendo los criterios acordados en el GREMCCE (Grupo Regional Evaluación y Mejora de la Calidad de Cuidados de Enfermería) y suelen tomar medidas correctoras en función de los resultados de las mismas. En un Área existe una herramienta propia creada por un grupo de trabajo cuya difusión se realiza en sesiones formativas y a través de los supervisores de cada unidad.
- *Medición de indicadores específicos.* En un Área se miden también indicadores relacionados como los propios del Mapa de Procesos y en otra Área los indicadores de los protocolos específicos existentes (pacientes a las que se le mide el dolor, pacientes con EVA>5 en alguna medición, pacientes que han presentado efectos adversos por el tratamiento para el alivio del dolor, pacientes satisfechos con el tratamiento recibido para el alivio del dolor agudo postoperatorio, pacientes que han precisado analgesia de rescate para control del dolor).

R4.3.- Formación:

En el 55.55% de las Áreas (5) existen actividades específicas en el abordaje del Dolor dentro del Plan de Formación Continuada. Se han programado distintas cantidades de horas formativas en estos años previos y las actividades formativas han sido variadas: Acciones formativas del Programa Estratégico Común regional, actualización en el tratamiento del dolor para médicos de AP, reuniones anuales en cada Centro de Salud, control del dolor, manejo del dolor postoperatorio... En 2 Áreas existen actividades específicas en el abordaje del Dolor en el Plan de Formación de los Residentes con actividades formativas para residentes, y los residentes de anestesia tienen formación específica dentro de su programa de la especialidad. Sin embargo no se ha evaluado el impacto que han tenido todas estas actividades formativas realizadas.

R4.4.- Patología atendida por las Unidades del Dolor:

En el 55,55% de las Áreas (5) existen registros de las patologías atendidas por las Unidades del Dolor. Las patologías más frecuentes atendidas por la UDA son: patología postquirúrgica (cistectomía radical, prostatectomía radical, cirugía tumoral abdominal), patología gineco-obstétrica (fundamentalmente el parto), y cirugía traumatológica (recambio protésico) y politraumatizados. Las patologías más frecuentes atendidas por la UDC son: la patología de la columna vertebral, donde destaca el abordaje de las lumbalgias, seguido de cervicalgias, hernias discales, dolores raquídeos. También es muy frecuente la atención a la patología osteoartrosica y al dolor neuropático. También se abordan fibromialgias, neuralgias...Las patologías más frecuentes atendidas por las UDO no están claramente identificadas, posiblemente sea la patología osteomuscular y sobre todo la propia de los cuidados paliativos. Intentando conocer la procedencia de los pacientes que acuden a las unidades del dolor los responsables refieren que proceden de ambos ámbitos, primaria y hospitalaria. Y en algunas de ellas, son tantos los pacientes que acuden, que se encuentran desbordadas.

R5.- Resultados en el abordaje del dolor

Finalmente, tras conocer la estructura existente, los procesos o actividades que se realizan, sólo queda describir cuáles son los resultados obtenidos.

R5.1.- Prevalencia:

Los estudios de prevalencia del dolor solo están disponibles en un Área (Tabla 8), en el resto la prevalencia se ha comenzado a medir recientemente con la inclusión de los indicadores del GREMCCE relacionados con el manejo del dolor.

Tabla 8. Prevalencia del dolor

	Área A	Área B
2008	7.70%	
2009	7.50%	48.4% > 4 puntos
2010	8.30%	

R5.2.- Indicadores GREMCCE:

Los valores alcanzados se presentan en la tabla 9.

Tabla 9. Indicadores GREMCCE sobre el manejo del dolor

NOMBRE DEL INDICADOR	CRITERIOS	AÑO	ÁREA A	ÁREA B	ÁREA C	ÁREA D	ÁREA E	ÁREA F	ÁREA G	ÁREA H	ÁREA I	GLOBAL REGIONAL
PVD - 1 (Nº de pacientes sometidos a intervención quirúrgica con ingreso, con Dolor Postoperatorio (≥5 en la escala EVA) en alguna de las mediciones realizadas, en las primeras 24 horas tras cirugía / Nº total de pacientes postquirúrgicos evaluados con escala EVA) x 100	Grado Cumplimiento	2010	N.P.	N.P.	11,1%	0,0%	14,3%	N.P.	13,6%	5,6%	N.P.	8,3%
		2011	N.V.	N.V.	7,1%	4,2%	12,5%	N.V.	7,1%	6,4%	42,3%	12,9%
PVD - 2 Existencia de un procedimiento en el hospital para la evaluación y el registro del dolor.	¿Existe el procedimiento?	2010	NO	NO	SI	NO	SI	NO	SI	SI	NO	4/9
		2011	N.P.	N.P.	N.P.	N.P.	N.P.	N.P.	N.P.	N.P.	N.P.	N.P.
PVD - 3 (Nº de pacientes sometidos a intervención quirúrgica con ingreso, con evaluación del dolor mediante escala EVA en las primeras 24 horas tras cirugía y según periodicidad indicada en protocolo de valoración del dolor del Centro / Total pacientes postquirúrgicos evaluados) x 100	Grado Cumplimiento	2010	N.P.	N.P.	41,9%	82,6%	100,0%	N.P.	68,8%	72,0%	N.P.	64,6%
		2011	N.V.	N.V.	100,0%	61,5%	93,8%	N.V.	49,1%	25,5%	34,2%	47,8%

R5.3.- Indicadores del Contrato de Gestión (CG):

Los Contratos de Gestión de las distintas Áreas han incluido aspectos relacionados con el dolor desde hace varios años, los indicadores utilizados han sido los correspondientes a los utilizados en el GREMCCE, cuyos resultados se han presentado con anterioridad. Otros indicadores que se han incluido son los correspondientes a las encuestas de calidad percibida

posthospitalización del Programa EMCA, que se muestran a continuación. En alguna Área se ha establecido, además, como otro indicador el número de pacientes que tienen EVA >4 en URPA (alcanzando solo el 21,84% los pacientes que tienen dolor).

R5.4.- Indicadores de las encuestas a pacientes:

Sólo en un Área se realiza una Encuesta de Calidad percibida propia, se realiza mensualmente junto al estudio de prevalencia. También se realizó durante un pilotaje de una UDA una encuesta a pacientes sobre la atención recibida por parte de los médicos y enfermeros, sobre el servicio recibido y sobre el manejo de su dolor. Los resultados obtenidos en la encuesta propia han evolucionado desde el año 2004 donde el valor era del 74% al 6% en el año 2010. En la encuesta realizada durante el pilotaje se obtuvo buena valoración en todas las cuestiones planteadas.

Las encuestas a pacientes utilizadas son las que realiza, regionalmente, el Programa EMCA a los pacientes posthospitalizados, tanto en servicios quirúrgicos, médicos como en pacientes que han estado ingresadas por parto. Dentro de estas encuestas de calidad percibida existe una pregunta específica sobre la utilización de todos los medios disponibles para aliviar el dolor durante el ingreso.

Los resultados obtenidos en las distintas Áreas de las que disponemos información son recogidos en las Tablas 10, 11 y 12.

Tabla 10. Encuesta EMCA de calidad percibida posthospitalización en el área quirúrgica

Año	Durante el tiempo que estuvo ingresado en un Servicio Quirúrgico ¿cree usted que se utilizaron los medios necesarios para quitarle a usted el dolor? (% que contestó sí)					
	Área A	Área B	Área C	Área D	Área E	Área F
2007	90,1	93,3	94,1	90	97,3	90,9
2008	92,4	95,5	98,8	88,2	96,6	95
2009	96,1	93,9	95,8	92,2	96,2	93
2010	92,6	91,7	97,5	83	97,5	96,7

Tabla 11. Encuesta EMCA de calidad percibida posthospitalización en el área médica

Año	Durante el tiempo que estuvo ingresado en un Servicio Médico ¿cree usted que se utilizaron los medios necesarios para quitarle a usted el dolor? (% que contestó sí)					
	Área A	Área B	Área C	Área D	Área E	Área F
2007	92,9	95,6	91,8	93,1	96,9	93,8
2008	91,4	91,7	89,5	91,2	97,1	94,4
2009	90	94,3	94,3	94,7	95,2	95,8
2010	96,7	93	96	93,1	100	90,8

Tabla 12. Encuesta EMCA de calidad percibida posthospitalización en el área de partos

Año	Durante el tiempo que estuvo ingresado en un Servicio Obstétrico ¿cree usted que se utilizaron los medios necesarios para quitarle a usted el dolor? (% que contestó sí)					
	Área A	Área B	Área C	Área D	Área E	Área F
2007	84,6	80,6	87,3	89,3		80
2008	90,9	76,7	89,5	89		87,9
2009	89,7	93	86,9	87,3		87,3
2010	91,2	83,6	86,9	83,3		89,2

R5.5.- Estimación de costes:

En dos Áreas se han estimado los costes de implantación de servicios relacionados con el dolor. En un pilotaje se estimó el coste del servicio de la UDA (fármacos principalmente y el coste de una enfermera, el resto de profesionales eran del Servicio en su mismo horario laboral, no se estimó el coste oportunidad). En el Área donde se ha estimado se ha establecido que el coste por día de dolor evitado es de 5,3€, siendo en la actualidad menor pues el recurso humano se ha compartido con la UDC.

R5.6.- Proyectos de investigación:

En 4 Áreas han existido proyectos de investigación relacionadas con el dolor. Algunos de los proyectos más recientes se recogen en la Figura 3.

R5.7.- Otras actividades profesionales: Existen profesionales de nuestra organización que han participado en la creación de la Sociedad Murciana del Dolor, que colaboran frecuentemente con Asociaciones de Enfermos y que intervienen en actividades divulgativas comunitarias. Existe como experiencia en una Área la medición del dolor tras C.M.A., a las 24 horas del alta y una encuesta de satisfacción con la consulta de Dolor Crónico.

Figura 3. Proyectos de Investigación

- Implantación de la 5ª constante vital.
- Valoración de la necesidad de crear una Unidad de Dolor Agudo. Beca Cajamurcia 2009.
- Proyecto IPM: Indicadores para la Gestión del Dolor. Plataforma sin Dolor y Facultad de Medicina de Murcia.
- El dolor en la planta de cirugía ortopédica y traumatológica del Hospital General Universitario Rafael Méndez. Estudio Transversal. XXX Congreso SEDAR.
- El dolor en la planta de cirugía del Hospital General Universitario Rafael Méndez: Estudio transversal. XXX Congreso SEDAR.
- Atención a la fibromialgia, proyecto en curso.
- Se han presentado otras comunicaciones en varios congresos y se ha participado en proyectos multicéntricos auspiciados por farmaindustria.

CONCLUSIONES

Este estudio aporta valor como reflejo, como foto instantánea, de cuál es la situación actual del abordaje del dolor en la región. Es una primera aproximación que permite identificar abundantes áreas de mejora.

Los resultados obtenidos están sujetos a la propia insuficiencia del sesgo que supone partir de los datos manejados por los coordinadores de calidad, así como por la información que ha podido obtenerse a través de la cumplimentación de una encuesta que ha sido diseñada *ex profeso* para este estudio.

Como se muestra en los resultados existe una gran variabilidad entre las distintas Áreas de Salud, en las que no existe un abordaje similar a los distintos problemas. Sin embargo, también se pone de manifiesto las múltiples iniciativas profesionales que se encuentran en marcha: atención a pacientes con determinadas características, protocolos específicos, proyectos de investigación...todo ello con el objetivo de ofrecer una atención de calidad a los pacientes que sufren dolor.

Los resultados que se han obtenido en estructura han puesto de manifiesto la gran variabilidad existente pero también la necesidad del desarrollo de las mismas y la apuesta manifiesta de las organizaciones para aumentar su cobertura a todas las áreas y todas las personas que lo puedan necesitar. Existen aún bastantes áreas que no disponen de UDA y la presencia de UDO es casi anecdótica, aunque estas últimas posiblemente tengan una cobertura mayor, pues es posible que atiendan a pacientes oncológicos de distintas áreas.

Existe motivación e interés en un tema tan sensible como éste y los profesionales están haciendo un gran esfuerzo, como se manifiesta por los múltiples grupos de trabajo y de mejora en marcha, así como por el desarrollo de protocolos de asistencia y organización entre profesionales. Enfermería y la evaluación sistemática del dolor van cogidas de la mano, jugando un papel relevante el GREMCCE. Posiblemente una potenciación y coordinación con los ESAD y ESAH facilite la atención de pacientes con dolor. Es muy importante que la Atención Primaria, un ámbito que atiende a tantos pacientes que sufren, se implique en el abordaje “sistemático” de estos pacientes.

Es preciso que todo el trabajo que se está realizando sea reconocido, apoyado, para conseguir que todas las ideas que se están generando sean capaces de ser desplegadas y comiencen a funcionar y dar resultados. En este sentido, es necesario seguir impulsando acciones formativas a todos los profesionales con el objetivo de aumentar el nivel de conocimiento existente, y donde son un foco muy relevante los profesionales que se encuentran en formación pre y postgrado.

Sería oportuno diseñar estudios de calidad para el conocimiento de la prevalencia actual del dolor, en los distintos ámbitos y situaciones; posiblemente el marco que ocupa el GREMCCE sea el más adecuado o al menos el más facilitador de la consecución de este objetivo. También en los Contratos de Gestión se deben seguir incluyendo indicadores sobre el manejo del dolor, identificando en la organización y por tanto también en sus profesionales, el compromiso con este tema.

Finalmente, la opinión de los pacientes debe seguir siendo explorada, aunque es posible que deban desarrollarse encuestas específicas que permitan un mayor conocimiento de la percepción sobre el dolor y su abordaje.

RECOMENDACIONES

La meta de este trabajo ha sido la de generar un análisis de situación que permita identificar oportunidades de mejora en el abordaje y tratamiento del Dolor en nuestras Áreas de Salud, con el fin de proponer la adopción de medidas correctoras que permitan seguir avanzando en la optimización de la atención al Dolor. Cumplido el primer objetivo de identificar la situación actual y presentar esa foto fija, se ha observado un importante avance en los logros necesarios para garantizar la calidad de cuidados.

Sin embargo, aún queda mucho por resolver, por lo que se proponen las siguientes recomendaciones, cuya ordenación no implica priorización:

- 1. Eliminar la variabilidad en las dotaciones estructurales, definiendo claramente las necesidades de los diferentes tipos de Unidades.-** Como se ha observado, la disparidad en la utilización y asignación de los diferentes tipos de recursos (materiales, humanos, ...) con que actualmente cuentan nuestras Unidades de Dolor, no parece corresponderse con la necesaria y recomendada planificación y estructuración de las mismas en base a objetivos y actividad.
- 2. Definir la Cartera de Servicios de las diferentes Unidades.-** La organización estructural o funcional de la atención al Dolor requiere de una definición explícita de la cartera de servicios prestados, graduada o no, dependiendo de la complejidad del nivel asistencial en el que se ubique. Con ello se consigue articular un modelo transparente y evaluable de servicios, y acota claramente los niveles de responsabilidad en la atención.
- 3. Reorientar la oferta actual de Unidades de Dolor Agudo, Crónico y Oncológico, que afectan directamente a la accesibilidad de los pacientes.-** Con esta recomendación, se realiza el necesario llamamiento a la equidad de nuestro sistema sanitario regional, para garantizar que cualquier ciudadano pueda acceder a servicios y prestaciones de calidad relacionadas con el abordaje y tratamiento del Dolor, independientemente del lugar donde resida.
- 4. Establecer Protocolos de Buenas Prácticas basados en la evidencia.-** En el estudio no se ha abordado, ni la metodología, ni las conclusiones y recomendaciones que presentan los protocolos regionales existentes. Por tanto, aunque no se puede concluir que presenten grandes diferencias o generen variabilidad en sus recomendaciones, la experiencia aconseja prudencia frente a múltiples documentos sobre un mismo tema. Se hace necesario un estudio para unificar/minimizar las diferencias observadas y asegurar la máxima evidencia científica.
- 5. Crear una Comisión multidisciplinar específica para el abordaje del Dolor en cada Área de Salud.-** En el momento actual de desarrollo del abordaje del Dolor, la evidencia empírica utilizada en otros entornos parece apuntar a la necesidad de visibilizar el “problema del Dolor” en nuestras organizaciones, con equipos transversales de fomento y promoción de una nueva cultura y actitud ante el mismo, a la par que articular los obligados mecanismos de coordinación de actividades.

- 6. Unificar e incluir en los Contratos de Gestión indicadores adecuados a la evidencia científica sobre Dolor.-** Aunque ya se ha avanzado mucho en este sentido, es necesario un nuevo esfuerzo en la identificación, medición, evaluación y promoción de indicadores de proceso y resultado en el área del Dolor, de forma general para las Áreas de Salud, y de forma específica para servicios directamente implicados (Anestesiología, Paliativos,)
- 7. Difundir las experiencias regionales como GREMCCE, Grupos de Mejora, Material Divulgativo, etc.-** La difusión y conocimiento de los resultados y conclusiones de experiencias y proyectos desarrollados en entornos similares o próximos, constituyen verdaderas palancas generadoras de cambio en las organizaciones. En la Región se puede contar con un verdadero Banco de Buenas Prácticas que permita la comparación y el aprendizaje, por lo que la generación de espacios de intercambio de conocimientos se considera ineludible.
- 8. Integrar el abordaje del Dolor, en el circuito asistencial Atención Primaria-Hospitalaria.-** Si bien se han observado diferentes iniciativas de protocolización de actividades y desarrollo de experiencias de colaboración e interdisciplinariedad, no se han observado claros mecanismos de aseguramiento al paciente de un continuum asistencial interniveles, de forma específica para el Dolor. Aunque no se puede asegurar que fallen los mecanismos de coordinación y continuidad, tampoco se han asegurado, por lo que se considera necesario revisar en profundidad este proceso.
- 9. Elaborar un Plan de Formación específico para el abordaje del Dolor.-** Los resultados obtenidos en los diferentes indicadores utilizados han mostrado una alta variabilidad intercentros y una escasa consolidación de los mismos intracentro. Al considerarse necesario cambiar la actual cultura del Dolor en nuestros centros, es imprescindible generar e implantar actividades dirigidas a modificar las actitudes y aptitudes en este sentido, articulado en torno a un Plan de Formación graduado en base a los tipos de servicios y niveles profesionales.
- 10. Desarrollar un Plan Regional del Dolor.-** Si el objetivo es implantar una quinta constante, como así está siendo recomendado, y modificar unos niveles de Dolor en los centros sanitarios con resultados francamente mejorables, es necesario una verdadera apuesta de la organización para cambiar un modelo asistencial de alta complejidad. Se requiere un ejercicio de planificación que integre las diferentes propuestas presentadas anteriormente en un documento que permita integrar y temporalizar las medidas a adoptar, a la vez que se genera una alta visualización y priorización del problema a abordar.