

## MEMORIA

### Experiencia Candidata

#### 1. ESTRATEGIA A LA QUE SE PRESENTA

Abordaje a la cronicidad. Abordaje del dolor crónico

#### 2. TÍTULO DE LA EXPERIENCIA

Abordaje del dolor como estrategia de mejora de la calidad asistencial en un área sanitaria integrada

#### 3. DATOS DE LA ENTIDAD Y PERSONA RESPONSABLE

- **CCAA:** Galicia
- **Nombre de la entidad:** GERENCIA DE GESTION INTEGRADA DE A CORUÑA (XXIAC)
- **Domicilio social (incluido Código Postal):** Las Jubias 84, 15006 A Coruña
- **Persona titular de la Dirección o Gerencia de la entidad responsable.**
  - Nombre y apellidos: Luis Verde Remeseiro
  - E-mail: luis.verde.remeseiro@sergas.es
  - Teléfonos: 981178010
- **Datos de contacto de la persona técnica responsable de la candidatura<sup>1</sup>:**
  - Nombre y apellidos: Clara Olveira Lorenzo
  - E-mail: clara.olveira.lorenzo@sergas.es
  - Teléfonos: 981178000 – ext 295103 y 981176610

#### 4. DATOS DEL RESTO DEL EQUIPO RESPONSABLE DE LA CANDIDATURA

Nombre y apellidos	E-mail	Teléfono	Puesto de trabajo	Entidad
Antón Fernández García	Anton.Fernandez.Garcia@sergas.es	981178000	Director asistencial	Gerencia de Gestión Integrada A Coruña (XXIAC)
Aurora de la Iglesia López	Aurora.de.la.iglesia.lopez@sergas.es	981178000	Adjunta Unidad del Dolor	XXIAC

1

Aquella persona de contacto que hará de interlocutora con el MSSSI y proporcionará más información técnica acerca de la intervención/experiencia presentada como candidatura a BBPP en caso de ser necesario.

Jose Manuel Vila Arias	Jose.Manuel.Vla.Arias@ sergas.es	981178000	Cuidados continuos y paliativos	XXIAC
Leticia Hermida Porto	Leticia.Hermida.Porto@s ergas.es	981178000	Hospitalización a domicilio	XXIAC
Alejandro Avila Alvarez	Alejandro.Avila.Alvarez@ sergas.es	981178000	Neonatología	XXIAC
Jose Cuenco Velasco	Jose.Cuenco.Velasco@s ergas.es	981178000	S. de atención primaria Acea da Ma	XXIAC
Jorge Garcia Fernández	Jorge.Garcia.Fernandez @sergas.es	981178000	Unidad de Salud Mental de Area Integrada	XXIAC
M <sup>a</sup> Gorety Pazos González	Maria.Gorety.Pazos.Gon zalez@sergas.es	981178000	Oncología	XXIAC
M <sup>a</sup> Teresa Rey Sierra	Maria.Teresa.Rey.Sierra @sergas.es	981178000	UCI pediatría	XXIAC
Fco Javier de Toro Santos	Francisco.Javier.Toro.Sa ntos@sergas.es	981178000	Reumatología	XXIAC
Juan Carlos Yañez Rubal	Juan.Carlos.Yanez.Rubal @sergas.es	981178000	Area de Farmacia	XXIAC

## 5. DATOS DEL RESTO DEL EQUIPO RESPONSABLE DE LA CANDIDATURA

	Estatal
	Comunidad Autónoma
	Provincial
	Municipal
x	Área de Salud (sector, distrito, comarca, departamento...)
	Zona básica de salud
	Otro (especificar):

## 6. PERÍODO DE DESARROLLO

- **Fecha de inicio: Año 2015**
- **Actualmente en activo: SI**
- **Prevista su finalización: NO (Activo de manera indefinida)**

## 7. LÍNEA DE ACTUACIÓN

ÁREA ESTRATÉGICA (línea de actuación)	Abordaje de la Cronicidad
	Abordaje del Dolor Crónico

## 8. ANÁLISIS DE SITUACIÓN

La atención al dolor supone un importante reto de salud pública a nivel mundial. El sufrimiento, la discapacidad y las amplias repercusiones en la calidad de vida de las personas generadas por el dolor crónico, influyen negativamente sobre las dinámicas familiares y sociales, requiriendo, de este modo, del diseño y realización de actuaciones eficaces sobre todos estos ámbitos.

Según los resultados de la encuesta de salud a la población de Galicia (1) el 7% de los gallegos perciben su estado de salud como malo o muy malo, porcentaje que se incrementa a un 18% en la población mayor de 65 años. Entre los diez síntomas más frecuentemente asociados a esa percepción están seis que tienen que ver con el dolor, siendo el más frecuente de todos el dolor de espalda, que manifiesta tener frecuentemente el 34% de la población.

Posteriores encuestas de salud (2) que miden calidad de vida relacionada con la salud en adultos, han mostrado datos similares, de manera que, en Galicia el dolor como síntoma está presente en el 35% de los pacientes, siendo una de las Comunidades Autónomas en las que es más prevalente.

En la más reciente encuesta europea de salud (España 2014) (3) se mantienen estos datos, entre los que destaca que el 73% de las personas de más de 85 años tienen dolor crónico, dato muy relevante en nuestra área, donde el envejecimiento de la población es una realidad, siendo el 23 % de la población atendida mayor de 65 años, con más de 20.000 pacientes mayores de 85 años.

Igualmente, los resultados de la encuestas de salud de 2014, muestran una marcada desigualdad de género en este determinante de la salud, ya que, disgregado por sexos, un 63% de los varones y en un 79% de las mujeres manifiesta tener dolor. En un estudio reciente, realizado en Galicia (4), el dolor severo, subsidiario de técnicas mínimamente invasivas de control del dolor (neuromodulación), aparece en un 33% de varones y un 67% de mujeres tratadas. Datos que

vienen a reforzar la desigualdad en cuanto a la percepción y vivencia de intensidad del dolor por géneros en nuestro entorno poblacional.

Según datos recogidos en el Documento de Consenso de Atención al Paciente con Dolor Crónico no Oncológico en Atención Primaria (5), el 40% de las incapacidades laborales son consecuencia del dolor crónico (6) y su abordaje supone un coste sanitario que alcanza el 3% del PIB de la Unión Europea.

Dentro de los centros sanitarios se han puesto en marcha iniciativas para la mejora de la atención al dolor, como la creación de Unidades del Dolor hospitalarias, la creación de Comisiones del Dolor, y la puesta en marcha de protocolos asistenciales y fármaco-terapéuticos de procesos causantes de dolor como síntoma. Sin embargo, el abordaje del dolor como objetivo estratégico de las organizaciones sanitarias, impulsado desde las áreas de gestión, coordinado y seguido desde equipos multidisciplinares y enfocado desde un sistema de mejora de la calidad asistencial, es una asignatura pendiente en las áreas de salud.

Muchos de los elementos que determinan la mejora de la calidad están fuera del Hospital, de manera que con la visión de una estructura integrada entre los niveles asistenciales de atención especializada y atención primaria, no sólo se busca intervenir en el manejo del dolor en el ámbito de la hospitalización de agudos, sino en el abordaje y diseño de estrategias para permitir un adecuado control del dolor en todos los ámbitos asistenciales que abarca la Gerencia Integrada.

Esta visión debe desarrollarse teniendo en cuenta que el dolor a nivel hospitalario requiere un abordaje de la mejora integral, tanto en la atención al dolor agudo como en el control del dolor crónico oncológico y no oncológico. Un adecuado control del dolor agudo mejora la percepción del paciente sobre su proceso o enfermedad y alivia su ansiedad, y lograr una correcta pauta de control del dolor crónico ayuda a realizar manejos terapéuticos del proceso desde el ámbito de atención primaria.

Se recomienda por las guías clínicas de las sociedades científicas (7) (8) (9) un abordaje multidisciplinar, no sólo por las especialidades médicas, sino que se recomienda abordar el dolor complementariamente con farmacéuticos, psicólogos, personal de enfermería, trabajo social, etc. En este sentido, está bien documentado que los factores psicosociales pueden influir como variable en la percepción del dolor o en la modificación de la misma (10). Algunas de estas variables correlacionan con el éxito y el fracaso en los procedimientos de atención al dolor:



Factores conductuales, cognitivos, emocionales y estrategias de afrontamiento, entre otros, son determinantes para el abordaje del dolor, y deben ser contemplados en el proceso de atención dentro de los equipos asistenciales

La frecuentación de servicios sanitarios, tanto de atención primaria como de atención hospitalaria, y las repercusiones en calidad de vida, consumo de fármacos y en la modificación del entorno social y de relación de los pacientes, aconsejan abordar en nuestra Área Sanitaria el dolor con una perspectiva multidisciplinar, incluyendo dentro del plan estratégico de actuación de la organización esta línea de trabajo.

## 9. OBJETIVOS

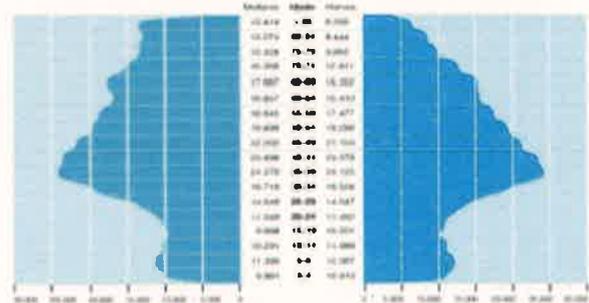
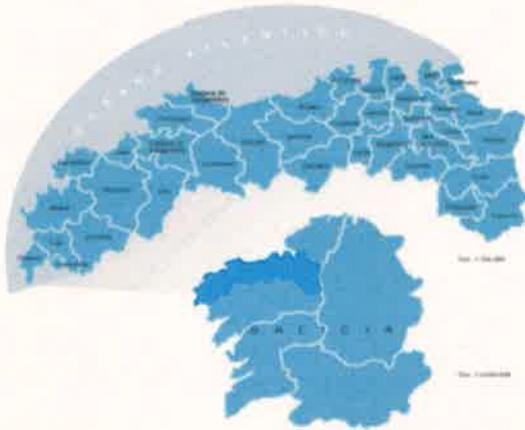
El objetivo principal es mejorar la calidad de la asistencia a los pacientes con dolor dentro de los equipos asistenciales de la Gerencia de Gestión Integrada de A Coruña, tomando como referencia la definición de la OMS, para la que la calidad de la asistencia sanitaria es "asegurar que cada paciente reciba el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más acomodados para conseguir una atención sanitaria óptima, habida cuenta todos los factores y los conocimientos del paciente y del servicio médico, y conseguir el mejor resultado con el mínimo de riesgo de efectos iatrogénicos y la máxima satisfacción del paciente con el proceso"

Los objetivos específicos son:

- La formación continuada en el manejo del dolor a los profesionales sanitarios del área
- La existencia de dispositivos de referencia de atención al dolor crónico
- La atención individualizada de pacientes con importante repercusión emocional y discapacidad asociada al dolor crónico.
- El registro del dolor como quinta constante en los pacientes hospitalizados
- La monitorización del uso de analgésicos en pacientes polimedicados (>12 fármacos prescritos) y la valoración de la historia fármaco-terapéutica como indicador de calidad en la atención al dolor.

## 10. CONTEXTO Y POBLACIÓN DIANA

El área de Gestión Integrada de A Coruña proporciona asistencia sanitaria a una población de 562.000 ciudadanos en la zona Norte de Galicia. Esta población atendida presenta una pirámide poblacional en la que predominan las edades medias y avanzadas (edad media global de 45.57 años), siendo el porcentaje de población mayor de 74 años uno de los más altos dentro de las regiones europeas, con una tasa de dependencia de 55.64 (media española: 52.11)



128.128 ciudadanos son mayores de 65 años, de los cuales el 58% son mujeres. Entre los mayores de 85 años, 21.502 personas, el porcentaje de población femenina supone el 67 %.

La Gerencia está constituida por 5 hospitales, 3 centros de especialidades, 70 centros de salud, y 13 puntos de atención continuada. El total de camas hospitalarias gestionadas es de 1422, en las que se producen anualmente en torno a 40.000 ingresos. En el ámbito de atención primaria se realizan 4.500.000 consultas ambulatorias anuales, y se atienden 375.000 urgencias.

## 11. METODOLOGÍA

La atención al dolor se planteó como objetivo estratégico de la organización en 2014, con la implantación de las siguientes medidas durante 2014 y 2015:

- **Comisión del dolor de Área Integrada**, formada por un equipo multidisciplinar (personal médico, de enfermería, psicología, otras disciplinas sanitarias que abarcan la atención a la población adulta y pediátrica), con participación de profesionales integrados en equipos de atención hospitalaria, atención primaria y atención domiciliaria, como equipo de referencia para la difusión y canalización de proyectos de abordaje del dolor y formación en manejo del dolor a profesionales sanitarios de especialidades médicas y de enfermería.

Liderados por la comisión del dolor, se realizan periódicamente con la colaboración del área de docencia, cursos de formación a profesionales con los siguientes objetivos:

- Concienciar de la importancia del dolor
- Mejorar las habilidades diagnósticas del dolor: definición, tipos y escalas de medición
- Aproximación al manejo adecuado de la analgesia: tipos de fármacos, usos y manejo



- **Unidad del dolor especializada** en el área sanitaria para atención a pacientes, con un equipo asistencial de anestesistas expertos en técnicas de manejo del dolor crónico que realizan consultas externas y técnicas de dolor en quirófano. Son objetivos definidos por la Unidad de Dolor en atención a los usuarios dentro de sus protocolos de actuación:

- Aliviar total o parcialmente el dolor
- Incrementar la capacidad funcional; *mejorar la calidad de vida*
- Racionalizar la *medicación* analgésica
- Racionalizar la utilización de los *servicios sanitarios* (consultas de atención primaria y hospitalaria; intervenciones quirúrgicas y otros tratamientos)
- Trabajar en la continuidad del tratamiento
- Facilitar el conocimiento a *familiares* o allegados del paciente con dolor
- Favorecer el *autocuidado* del paciente con dolor
- Atender a los aspectos *sociales*, familiares y ocupacionales
- Formar al personal médico, de enfermería y personal auxiliar
- Evaluar el servicio y las necesidades del paciente (intensidad del dolor; eficacia de los tratamientos; calidad de vida; función física y estado psicológico; el consumo de medicamentos; uso de servicios sanitarios y la capacidad laboral)
- Promover la *educación* de la población en relación con el manejo del dolor
- Investigar sobre la epidemiología, etiología, evaluación y tratamiento de los pacientes con dolor crónico;
- Elaborar, publicar y distribuir *guías* de abordaje del dolor de apoyo para atención primaria y Hospitalaria

Se evalúa la actividad y los estándares de estructura, que se adecuan a los referenciados en otras áreas (11) (12), desarrollando un indicador de resultado (ref 0.3.1) desde 2017, que permitirá establecer acciones de mejora.

Se ha incorporado, en el circuito asistencial de la Unidad del Dolor, un programa de evaluación psicológica para la selección de candidatos a técnicas analgésicas avanzadas.

- **Dolor como quinta constante** en el registro de enfermería de atención hospitalaria para todos los pacientes ingresados, tanto población adulta como pediátrica. Se utilizan escala EVA en adultos por todo el personal de enfermería para obtener una valoración objetiva y registrarlo en gráfica, y en niños se utiliza la EVA adaptada para población pediátrica. El registro aparece en la historia clínica electrónica común de atención primaria y especializada y permite el seguimiento y continuidad asistencial entre niveles al alta del paciente.



- Medición de la **percepción sobre el control del dolor** que tienen los pacientes mediante la realización de encuestas validadas, y la **capacitación de pacientes** mediante acciones formativas a través de la **Escuela Gallega de Salud para Ciudadanos** y de la plataforma **E. saúde** que permite el acceso a contenidos digitales e información y formación web a pacientes y cuidadores. **Escuela de Espalda en atención primaria**, con actividades y programas estables de formación para pacientes.

- **Implantación del programa de Dolor Crónico No Oncológico** en el 100% de los servicios de atención primaria del área con participación de los equipos de atención primaria, orientado a la identificación y registro de los pacientes con dolor crónico, su valoración diagnóstica, la identificación y tratamiento del dolor como síntoma y de la funcionalidad, calidad de vida y necesidad de recursos de apoyo al paciente, estableciendo un plan terapéutico integral desde los equipos de atención primaria.

- **Programa de psicoterapia grupal para la adaptación a la enfermedad crónica.** Forma parte del circuito de atención a pacientes con dolor crónico no oncológico, proporcionando atención psicológica específica a pacientes con dolor crónico con importante repercusión emocional y discapacidad asociada, derivados desde dispositivos de atención primaria, Unidad del Dolor y otros dispositivos de Salud Mental del Área Sanitaria.

- **Implantación del programa de Atención a Pacientes Polimedicados** en el 100% de los servicios de atención primaria del área con participación de los equipos de atención primaria constituidos por médico/a, farmacéutico/a, enfermero/a, trabajador/a social. Mediante este programa, se identifican informáticamente aquellos pacientes en cuya prescripción de receta electrónica tengan 15 o más fármacos durante más de seis meses y se genera un listado que analiza y valida el fármaco de atención primaria del equipo asistencial del paciente, en el centro de salud. Se complementa la información con su historia clínica electrónica y se evalúa la idoneidad del tratamiento y los posibles efectos adversos, poniendo en marcha propuestas de intervención con el médico/a y enfermero/a de atención primaria ante la identificación de problemas de salud no controlados, entre los que se incluye el control del dolor.

Tras la puesta en marcha de estas 6 medidas, seguimos avanzando en la estrategia de atención al dolor y de manera que en el período **2016-2017** se ampliaron las actuaciones y especialmente se realizaron esfuerzos en la integración asistencial en las transiciones entre atención primaria y

atención hospitalaria. Además de mantener los programas existentes, se han llevado a cabo las siguientes actuaciones:

- En el **Plan de Calidad de la Xerencia de Xestión Integrada** (2016-2020) dentro de la estrategia 4 (Asistencia Segura), se incorporó como objetivo la ATENCIÓN AL DOLOR: "El tratamiento y atención al dolor es un objetivo de mejora de la calidad en los pacientes de la Xerencia de Xestión Integrada de A Coruña tanto a nivel hospitalario como en atención primaria, que debe liderar el reconocimiento del dolor como problema de salud de los usuarios. Dentro de una estrategia de atención a la cronicidad, se debe garantizar la formación continuada a los profesionales sanitarios en el manejo del dolor, la creación de equipos multidisciplinares y la posibilidad de derivación desde atención primaria a unidades de tratamiento del dolor según criterios definidos y consensuados como estrategias de mejora en nuestra organización sanitaria".

La inclusión del dolor dentro de los objetivos del plan de calidad 2016-2020 y de la estrategia de la organización, implica la medición de la actividad mediante indicadores y el establecimiento de acciones para la mejora del proceso de atención según el ciclo de la mejora continua.

- **Programa Conecta 72**: todos los pacientes en los que se registra un alta hospitalaria, a las 72 horas son automáticamente citados en la agenda de su enfermero/a de familia, que tras consultar el informe de alta hospitalaria y el plan de cuidados, realiza una llamada telefónica para interesarse por su estado, por la necesidad de cuidados adicionales, la presencia de efectos secundarios de la medicación pautada y el control del dolor con la analgesia pautada al alta. En caso de que el paciente manifieste un mal control del dolor, lo comunica a su médico/a de atención primaria, que realiza una visita domiciliaria o bien modifica la prescripción electrónica de fármacos con los ajustes precisos y asume el seguimiento activo.

- Consenso de un **Protocolo de derivación entre niveles asistenciales para atención a pacientes con dolor crónico**. Se han establecido unos criterios de atención y derivación basados en una atención multidisciplinar e integrada. Con atención preferente en la Unidad del Dolor para aquellos pacientes con:

- Dolor crónico refractario en casos que proceda inicio del escalón 3 de la OMS,
- Con alergias a múltiples fármacos o a fármacos analgésicos
- Efectos secundarios intolerables de la medicación necesaria para el control de su dolor
- Pacientes cuyo dolor crónico tiene una alternativa terapéutica específica (neuromodulación, neurolisis...)

- **Circuito asistencial de E-consulta a la Unidad del Dolor:** todos los equipos de atención primaria tienen acceso directo con la Unidad del Dolor del Area, mediante un circuito de comunicación electrónico ágil y que permite compartir el manejo en la atención a casos de dolor crónico. Desde atención primaria, a través de la historia clínica electrónica común del Servicio Gallego de Salud (IANUS) el facultativo de atención primaria cursa una e-interconsulta al servicio de anestesia/Unidad del Dolor, donde un especialista en dolor valora los antecedentes del paciente, sus tratamientos activos, el proceso actual y establece una serie de recomendaciones para la ayuda del manejo del médico de familia o bien lo cita en consultas del dolor de atención especializada si reúne los criterios de derivación consensuados en el Protocolo de derivación.

- **Consolidación y ampliación del programa de Polimedicados,** que se ha ido progresivamente aplicando a mayor número de pacientes, abarcando en 2017 a todos los usuarios del Area Sanitaria con más de diez fármacos activos en su hoja de medicación activa.

En conjunto suponen 11 medidas de actuación que abarcan distintas perspectivas, niveles asistenciales y estrategias de atención al dolor crónico en el Area Sanitaria de A Coruña.

## 12. EVALUACIÓN

### • INDICADORES.

Teniendo la excelencia como objetivo y extendiendo la filosofía de mejora continua y de transparencia, de fomentar una cultura de seguridad clínica en la actividad diaria de los profesionales, y del desarrollo de líneas de trabajo que reduzcan la incidencia de eventos adversos y mejoren la atención al dolor en el paciente, se han establecido los siguientes indicadores de medida, cuya referencia corresponde a la línea de actuación e indicador de nuestro Plan de Calidad:

#### **Indicador (ref: 1.3.9) Existe una Comisión del dolor que se reúne periódicamente y recoge sus acuerdos en actas documentadas**

Fórmula: indicador dicotómico (si/no)

Estándar: SI

Resultado 2016: SI. Realización de cuatro acciones formativas dirigidas a distintos perfiles profesionales (pediatría, enfermería, residentes), elaboración y difusión de protocolos de atención al dolor consensuados entre niveles asistenciales, elaboración de "píldoras formativas" con difusión en la intranet del Area Integrada.



Acciones 2017: Mantener la actividad de la comisión y facilitar líneas de trabajo alineadas con la organización, entre ellas, ya en realización:

- Curso de dolor pediátrico para profesionales médicos y de enfermería
- Curso de control del dolor en el paciente adulto para profesionales médicos y de enfermería
- Estudio de prevalencia del dolor diseñado para obtener resultados que permitan planear estrategias futuras de actuación.

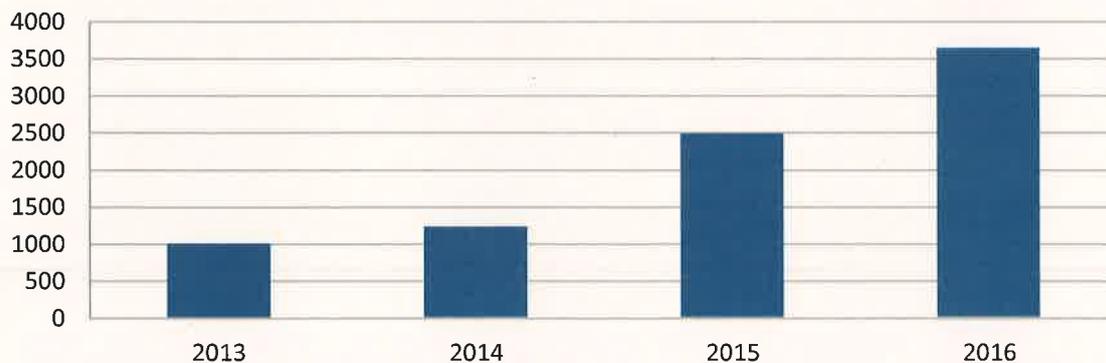
**Indicador (ref: 0.1.1) Existe una Unidad del dolor que presta atención a los usuarios del Area Sanitaria, con una integración entre niveles asistenciales que permita la comunicación directa con atención primaria.**

Fórmula: indicador dicotómico (si/no)

Estándar: SI

Resultado 2016: SI. Actividad de consulta 2901 visitas médicas y 739 sesiones de técnicas.

Acciones 2017: Mantener la actividad de la Unidad, dotándola de los recursos necesarios.



*Gráfico 1: actividad unidad del dolor*

**Indicador (ref: 4.7.2) Dolor como quinta constante en los registros de enfermería.**

Fórmula: Número de pacientes en los que consta un registro de dolor en la gráfica de constantes durante el episodio de ingreso hospitalario x 100 / Número de pacientes ingresados

Estándar: 80%

Resultado 2016: 70% (falta incorporar escalas pediátricas al registro electrónico y escalas especiales)

Acciones 2017: Incorporación de escalas pediátricas y escalas valorativas especiales para los grupos donde la escala EVA para adultos no resulta viable, o cuya utilidad se ha demostrado limitada, ya que cuando el paciente refiere dolor este se registra (indicador 4.7.3) pero si no lo manifiesta, debe medirse mediante escalas valorativas adecuadas en la mayoría de los pacientes.



**Indicador (ref: 4.7.3) Registro especial del dolor.** Porcentaje de pacientes con EVA > 0 en los que durante su ingreso hospitalario consta registro especial del dolor.

Fórmula: Número de pacientes en los que consta un registro especial del dolor con EVA > 0 durante el episodio de ingreso hospitalario x 100 / Número de pacientes ingresados con EVA > 0

Estándar: 80%

Resultado 2016: 94%

Acciones 2017: Información y formación al personal de nueva incorporación de la indicación de medición y seguimiento del dolor.

**Indicador (ref: 0.2.1) Existencia de acciones formativas accesibles a los usuarios y material de consulta y cuidados en los tipos de dolor más prevalentes.**

Fórmula: indicador dicotómico (si/no)

Estándar: SI

Resultado 2016: SI. Material formativo en la Escola Galega de Saúde para Cidadáns y E.saúde.

Acciones 2017: Mantener las actividades formativas, dotándolas de los recursos necesarios.

**Indicador (ref: 3.1.2) Fomentar la capacitación de los pacientes en el manejo y autocuidado de sus procesos crónicos mediante la realización de actividades formativas documentadas.**

Fórmula: Indicador dicotómico (si/no)

Estándar: SI

Resultado 2016: Cursos y talleres de formación en la "Escuela de espalda" de la Xerencia de Xestión Integrada: realización de 6 talleres documentados.

Acciones 2017: Mantenimiento de la actividad formativa

**Indicador (ref:4.7.1) Asegurar la asistencia al dolor crónico no oncológico en atención primaria con la implantación del programa en el 100% de los servicios de atención primaria.**

Fórmula: Indicador dicotómico (si/no)

Estándar: 100%

Resultado 2016: 100% de los servicios de atención primaria del área con el programa implantado. Servicios de atención primaria tienen registrados más de 40 Dx CIAP-02 A01.01

Acciones 2017: Mantener la actividad del programa de atención al dolor crónico no oncológico en atención primaria e incrementar el número de diagnósticos CIAP-02 A01.01 registrados.

**Indicador (ref: 1.3.9) Existe un protocolo de conciliación de medicación en el paciente ingresado.**

Fórmula: indicador dicotómico (si/no)

Estándar: SI



Resultado 2016: SI. Se ha realizado conciliación de medicación al ingreso y al alta por el servicio de farmacia del Área en relación a fármacos de riesgo, procesos prevalentes con riesgo de interacciones farmacológicas y polimedicados.

Acciones 2017: Mantener la actividad del servicio de farmacia y la difusión del protocolo.

**Indicador (ref: 4.6.7) Programa polimedicados en atención primaria.** Porcentaje de pacientes con episodio A23.01 grabados y revisados por el farmacéutico de atención primaria y revisados por personal de enfermería respecto a la población atendida.

Fórmula: Pacientes con episodio A23.01 grabados y revisados por el farmacéutico de atención primaria y revisados por personal de enfermería x 100 / Población atendida

Estándar: > 40%

Resultado 2016: 99 %

Acciones 2017: Mantener el programa de polimedicados en atención primaria.

**Indicador (ref: 4.6.8) Programa polimedicados en atención primaria.** Porcentaje de pacientes con episodio A23.01 grabados y revisados por el farmacéutico de atención primaria y revisados por el médico de atención primaria respecto a la población atendida.

Fórmula: Pacientes con episodio A23.01 grabados y revisados por el farmacéutico de atención primaria y revisados por el médico de atención primaria x 100 / Población atendida

Estándar: > 40%

Resultado 2016: 92 %

Acciones 2017: Mantener el programa de polimedicados en atención primaria.

**Indicador (ref: 0.2.1) Facilitación de la adaptación psicológica y ajuste a la cronicidad de los pacientes con dolor crónico mediante la existencia de un programa específico de atención.**

Fórmula: Indicador dicotómico (SI/No)

Estándar: SI

Resultado 2016: Existencia del programa específico de atención psicológica para ajuste a la cronicidad de pacientes con dolor crónico no oncológico, con registro de 18 sesiones (25 pacientes /sesión)

Acciones 2017: Mantener el programa de atención.

**Indicador (ref: 4.3.9) Programa Conecta 72.** Realización de una consulta telefónica en las primeras 72 horas tras el alta hospitalaria por el personal de enfermería de atención primaria del equipo al que está adscrito el paciente para evaluar la aplicación de cuidados, el control de sus síntomas y garantizar la continuidad asistencial entre atención especializada y atención primaria



de las altas hospitalarias. Se interroga por el control de sus síntomas, la medicación y la comprensión de las indicaciones.

Fórmula: Pacientes en los que consta un contacto en las 72 horas siguientes al alta hospitalaria con su equipo de atención primaria x 100 / Población atendida

Estándar: > 90%

Resultado 2016: 83 % de registros de contacto telefónico en altas hospitalarias.

Acciones 2017: Mantener el programa y difundirlo entre el personal de nueva incorporación al área. Se ha identificado que los pacientes que en su convalecencia no vuelven a su domicilio no tienen ese otro teléfono de contacto (provisional) registrado en atención primaria como motivo del resultado, lo que aconseja implementar medidas (información a las unidades y pacientes).

**Indicador (ref: 0.3.1) Protocolo de registro del nivel de dolor en los pacientes del escalón 3 de la OMS mediante escalas de valoración validadas:**

- Escala EVA
- Escala LATINNEN
- Escala DN4

La Escala EVA es conocida por todos los profesionales de atención primaria y atención hospitalaria, las escalas LATINNEN y DN4 se utilizan para el manejo de pacientes en la Unidad del Dolor con el fin de evaluar la eficacia de los tratamientos o técnicas realizados por el equipo de anestesia experto en dolor.

Fórmula: N° de pacientes con dolor crónico intenso consultados en la U. del Dolor que tienen medición del nivel de dolor y seguimiento mediante escalas validadas (EVA y LATINNEN para pacientes en general y DN4 para pacientes con dolor neuropático) x año / N° de pacientes vistos en la U del dolor x año

Estándar: 90%

Resultado 2016: No se ha medido el indicador

Acciones 2017: Realización de un muestreo y evaluación de los resultados que permita establecer acciones de mejora.



### 13. CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES Y LECCIONES APRENDIDAS

El dolor es un problema sanitario y social de primera magnitud y uno de los síntomas que conlleva mayor utilización de los servicios sanitarios además del motivo de consulta más frecuente en Atención Primaria.

Las estrategias puestas en marcha para el abordaje del dolor en los centros asistenciales del Servicio Gallego de Salud, desarrollando una visión global, para alcanzar un manejo óptimo del dolor, uniforme y equitativo para la totalidad de los ciudadanos gallegos, garantizando la continuidad asistencial entre los diferentes niveles de atención ha sido relevante para llevar a cabo acciones de mejora en la calidad de vida de las personas con dolor y de sus allegados.

Sin embargo, desde los centros sanitarios deben desarrollarse estrategias complementarias que redunden en una aplicación efectiva de estas medidas, en el establecimiento de indicadores y en la inclusión de las estrategias de atención al dolor en las líneas estratégicas de la organización, impulsando y potenciando el abordaje del dolor como prioridad en la atención sanitaria.

En relación a esto, La Gerencia de Gestión Integrada de A Coruña ha elaborado un conjunto de iniciativas que, de manera coordinada entre Atención Primaria y Especializada, han pretendido una mejora de la sensibilidad de los profesionales antes este problema y han sido ampliamente aceptadas por ellos.

El dolor es algo que evidencia el propio paciente de forma subjetiva. De este modo, la medición del dolor se convierte en un proceso complejo. En nuestra experiencia, las acciones llevadas a cabo han redundado en un esfuerzo de toda la organización y en el desarrollo de acciones complementarias.

- La **Comisión del dolor de área integrada**, se reúne periódicamente (frecuencia al menos bimensual), y según la normativa de funcionamiento de la Xerencia tiene encomendadas funciones de evaluación del tratamiento y prevención del dolor, apoyo y promoción de la formación específica a profesionales en el tratamiento del dolor, promoción de la elaboración de protocolos de prevención, control y tratamiento del dolor, y el revertir la información para la mejora no sólo a la dirección sino a las comisiones clínicas con las que pueda guardar relación.

Desarrolla acciones formativas dirigidas a distintos perfiles profesionales que complementan la formación on-line disponible desde las plataformas de tele-formación, elaboran protocolos específicos a demanda de colectivos profesionales o con motivo de la detección de áreas de mejora. La experiencia de compartir visiones de atención especializada con atención primaria, hospitalización a domicilio, etc.. ha enriquecido las actuaciones y acercado el enfoque a los distintos colectivos profesionales.



- **Unidad del dolor especializada** en el área sanitaria para atención a pacientes. Ha prestado asistencia en 2016 a casi 1.000 usuarios, acumulando en su actividad de primeras consultas y consultas sucesivas, con realización de técnicas de tratamiento del dolor, una actividad en torno a las 3.000 asistencias en consulta y cerca de 1.000 técnicas. Es la unidad de referencia para casos complejos, y al actividad creciente demuestra la demanda de los profesionales de un manejo experto en pacientes seleccionados, actuando en los demás casos como consultores a través de la plataforma de e-interconsulta.

- **Atención psicológica al componente emocional del dolor crónico.** A través de la estructura de Unidades de Salud Mental del Área, presentes en los centros de salud y en contacto directo con los equipos de atención primaria, se realiza el abordaje psicológico de los pacientes con dolor crónico que lo precisen, con aplicación de terapias individuales. En algunos casos, por su especial repercusión y la escasa respuesta a los tratamientos, es necesario crear programas de atención específicos, que contemplen psicoterapias grupales, que en nuestra área se llevan a cabo con pacientes con dolor crónico nivel 3 y repercusión emocional asociada derivados al programa específico de atención psicológica para ajuste a la cronicidad de pacientes con dolor crónico no oncológico, que recibe casos tanto desde atención primaria como desde la U. del Dolor, equipos de salud mental y, en pacientes con fibromialgia, desde el servicio de reumatología. En 2016 han entrado el programa específico 70 pacientes.

- **Dolor como quinta constante** en el registro de enfermería de atención hospitalaria para todos los pacientes ingresados, tanto población adulta como pediátrica) y registro del dolor como indicador de calidad en la atención de enfermería. La inclusión del dolor como quinta constante vital en el registro y en la gráfica de constantes del aplicativo informático de cuidados de enfermería ha facilitado el registro, y nos ha permitido obtener indicadores de seguimiento y evaluación del dolor agudo de los pacientes hospitalizados, identificando áreas de mejora y posibilitando la comparación resultados.

- **Implantación del programa de dolor crónico no oncológico** en el 100% de los servicios de atención primaria del área. La puesta a disposición de los profesionales de un protocolo de atención al dolor amplio y consensuado, la existencia de disponibilidad de acciones formativas continuadas a dichos profesionales a través de contenidos formativos y cursos de teleformación disponibles de manera permanente en la web, la difusión entre los profesionales de las acciones de mejora, recursos y de la transversalidad de la asistencia mediante el programa Conecta 72, los programas de conciliación de la medicación crónica, la e.interconsulta, y la inclusión de atención



primaria en la comisión del dolor, con la visión transversal de la asistencia, han resultado claves en una mejor atención a los usuarios, realizando los profesionales un esfuerzo formativo y asistencial en ese sentido.

- La **capacitación de pacientes** mediante acciones formativas es una medida complementaria para conocer la calidad percibida en la atención. Se han establecido acciones formativas a pacientes dentro del plan de calidad para el abordaje de procesos crónicos con fomento del autocuidado y en el manejo del dolor está en funcionamiento la "escuela de espalda" para mejorar el manejo de problemas crónicos limitantes y dolorosos en la esfera de la lumbalgia y las algias raquídeas.

- El consenso de un **protocolo de derivación entre niveles asistenciales para atención a pacientes con dolor crónico** y la creación de un **circuito asistencial de E-consulta a la Unidad del Dolor** facilitará la continuidad terapéutica, la interrelación y seguimiento compartido del paciente entre niveles asistenciales y ha sido muy bien acogido por todos los profesionales.

La percepción de los profesionales en cuanto a necesidad de poner en marcha estrategias integrales de atención al dolor crónico para mejorar la calidad de la prestación de servicios sanitarios ha sido una constante a lo largo de estos años.

Desde el punto de vista de los ciudadanos, la evaluación de los resultados en salud se realiza periódicamente, y aunque no hemos evaluado los resultados de calidad de vida y calidad percibida desde el abordaje integral como línea estratégica en el programa de gestión y plan de calidad, en las encuestas de satisfacción generales realizadas en 2016 del Área Sanitaria, los resultados de las consultas de la Unidad del Dolor y especialidades con patologías que causan dolor crónico (traumatología, neurocirugía, reumatología y oncología) arrojan un resultado de satisfacción global con la atención recibida (2016) de 8.5/10, respondiendo el 93% de los pacientes que contestaron a las encuestas de satisfacción en estas especialidades, que la atención prestada había sido buena o muy buena.

Dentro de un modelo sanitario que debe diseñar estrategias de atención a la cronicidad, con procesos potencialmente incapacitantes y cuyos síntomas pueden limitar no sólo el bienestar del paciente, sino alterar su vertiente psíquico y social, la atención al dolor debe ser contemplado como un objetivo estratégico en las organizaciones sanitarias.

Este abordaje debe ser integrado entre niveles asistenciales, integral en el proceso de atención al paciente y abarcar tanto el nivel de atención primaria como la atención hospitalaria, multidisciplinar, desde distintas vertientes y perfiles profesionales (enfermería, salud mental, equipos de atención

primaria, especialidades hospitalarias, hospitalización a domicilio), ya que alcanzar una atención de calidad al dolor crónico, a sus exacerbaciones o al dolor agudo potencialmente cronificable, es una meta que deben impulsar los gestores sanitarios, liderar los profesionales cuyo conocimiento puede y debe extenderse al resto de las organizaciones, y participar de los pacientes, cuya percepción y sugerencias deben contribuir a la mejora en un modelo de salud en el que el paciente sea el centro del sistema.

Desde el punto de vista de la memoria económica, o recursos necesarios para la puesta en marcha de esta estrategia de atención al dolor crónico, como costes directos se encuentran la dotación de personal directamente asignado a la Unidad del Dolor (cuatro facultativos especialistas en anestesia y una enfermera). Los programas y proyectos de comunicación y de transmisión de la información han sido facilitados por las herramientas corporativas del Servicio Gallego de Salud, especialmente la Historia clínica electrónica única de atención primaria y atención especializada (IANUS) que permite el acceso a la información y la comunicación y transición entre niveles asistenciales. La dotación de recursos del área de calidad y área asistencial ha puesto en marcha los proyectos que la organización ha considerado estratégicos, a tiempo parcial, y los costes de personal, informática, equipamiento y recursos, que no son exclusivos, forman parte de la dotación de estructura de nuestra Área Integrada. Seis profesionales del área están destinados a calidad (2 facultativos, 1 técnico, 2 profesionales de enfermería y 1 auxiliar administrativo).

Enlaces de interés donde se puede consultar información con mayor detalle:

#### **SOCIEDAD ESPAÑOLA DEL DOLOR**

- INFORMACION PARA PACIENTES: <https://www.sedolor.es/pacientes/>
- INFORMACION PARA PROFESIONALES: <https://www.sedolor.es/profesionales-y-formacion/enlaces-de-interes/>

**SOCIEDADE GALEGA DA DOR E COIDADOS PALIATIVOS:** <http://www.sgador.com/>

**ESCOLA GALEGA DE SAÚDE PARA CIDADÁNS:** <https://escolasaude.sergas.es/>

- CURSO DE ATENCION AL DOLOR PARA PACIENTES Y CIUDADANOS:  
<https://escolasaude.sergas.es/Contidos/Atencion-a-dor%20para%20pacientes%20e%20ciudadans>
- ESCUELA DE ESPALDA (CURSO ON LINE): [https://escolasaude.sergas.es/Contidos/CUR\\_TI\\_Escola-das-costas](https://escolasaude.sergas.es/Contidos/CUR_TI_Escola-das-costas)
- FOROS SOBRE EL DOLOR: EL EXPERTO RESPONDE:  
<https://extranet.sergas.es/egspc/EGSPC/ForoExpertoResponde.aspx?Idioma=es&IdCont=7050311&IdTema=33&IdTipo=5&IdPaxina=70503&IdSux=78>  
<https://extranet.sergas.es/egspc/EGSPC/ForoExpertoResponde.aspx?IdPaxina=70503&IdTema=33&IdSux=78&IdTipo=5&IdCont=7050311>

**E.SAUDE:** [https://esaude.sergas.es/EPACI\\_epaciente/#/home](https://esaude.sergas.es/EPACI_epaciente/#/home)

**RECURSOS SOBRE DOLOR:** [https://esaude.sergas.es/EPACI\\_epaciente/#/search?q=DOLOR&t=0](https://esaude.sergas.es/EPACI_epaciente/#/search?q=DOLOR&t=0)

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Plan de Salud de Galicia 2002-2005. Servicio Gallego de Salud. Disponible en: <https://www.sergas.es/gal/publicaciones/Docs/PIOrSanitaria/PDF7-57.pdf>
2. Encuesta Nacional de Salud España 2011/2. Serie Informes monográficos nº 3. Calidad de vida relacionada con la salud en adultos: EQ-5D-5L. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Madrid 2014. Disponible en: [https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2011/informesMonograficos/CVRS\\_adultos\\_EQ\\_5D\\_5L.pdf](https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2011/informesMonograficos/CVRS_adultos_EQ_5D_5L.pdf)
3. Encuesta Europea de la Salud en España 2014. [ine]. Subdirección General de Información Sanitaria e Innovación. Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación. Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. Disponible en: [https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/EncuestaEuropea/Tend\\_salud\\_30\\_indic.pdf](https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/EncuestaEuropea/Tend_salud_30_indic.pdf)
4. Martínez Lamosa, E. Losada López, C.J. Estévez Serantes, A. García González, J. Protocolo de evaluación psicológica en una unidad del dolor. Póster presentado en la XXII reunión anual de la Sociedad Gallega del Dolor y Cuidados Paliativos. 2017.
5. Sánchez Jiménez J, Tejedor Varillas A, Carrascal Garrido R, et al. La atención al paciente con dolor crónico no oncológico (DCNO) en atención primaria (AP). Documento de Consenso. Semfyc. SEMERGEN. SEMG. 2015.
6. Langley, PC; Ruíz-Iban MA; Tornero Molina J; De Andrés J; González-Escalada JR. The prevalence, correlates and treatment of pain in Spain. Journal of Medical Economics. Vol 14, No. 3, 2011, 367-380
7. The British pain Society. Recomendad Guideline for Pain Management Programme for Adults, [internet]. London: 2013. The British pain Society. Disponible en: [https://www.britishpainsociety.org/static/uploads/resources/files/pmp2013\\_main\\_FINAL\\_v6.pdf](https://www.britishpainsociety.org/static/uploads/resources/files/pmp2013_main_FINAL_v6.pdf)
8. UMHS Chronic Pain Management Guideline, January 2011. Disponible en: <https://www.med.umich.edu/1info/FHP/practiceguides/pain/pain.pdf>
9. American Society of Anesthesiologists Task Force on Chronic Pain Management; American Society of Regional Anesthesia and Pain Medicine. Practice Guidelines for Chronic Pain Management. Anesthesiology. 2010;112:810-33
10. E. Gallach-Solano, M. A. Canós-Verdecho y M. Morales Suárez-Varela. Protocolo psicológico para la evaluación de candidatos a implante de neuroestimulador. Rev. Soc. Esp. Dolor vol.23 no.6 Madrid nov./dic. 2016
11. Estándares de calidad asistencial y catálogo de procedimientos de las unidades de dolor crónico. Rev Soc Esp Dolor 2010;17:114-33 - DOI: 10.1016/S1134-8046(10)70017-3
12. López-Soriano F., Lajarin B., Rivas F. Monitorización de la Calidad en las Unidades del Dolor. Rev Esp Anesthesiol Reanim. 2007; 54:639

*En cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal, le informamos que los datos facilitados en la ficha podrán ser incorporados a ficheros necesarios para la gestión de esta convocatoria, así como al buscador o plataforma de difusión de las experiencias seleccionadas y clasificadas como Buenas Prácticas en el Sistema Nacional de Salud. Por tanto, al rellenar esta ficha, se da consentimiento institucional y personal para que los datos recogidos en la misma sean recopilados y procesados para ser incluidos en la base de datos que alimente en su momento el buscador o plataforma de difusión del Catálogo de BBPP del SNS a través de la página Web del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.*