

MEMORIA

Experiencia Candidata

1. ESTRATEGIA A LA QUE SE PRESENTA

Abordaje de la Cronicidad. Abordaje del dolor crónico

2. TÍTULO DE LA EXPERIENCIA

Los pacientes que subieron una montaña pero bajaron una colina. Simplificando los circuitos de gestión asistencial de los pacientes con dolor crónico.

3. DATOS DE LA ENTIDAD Y PERSONA RESPONSABLE

- **CCAA:** País Vasco
- **Nombre de la entidad:** Unidad del Dolor. Organización Sanitaria Integrada Araba. Osakidetza.
- **Domicilio social (incluido Código Postal):** Calle Jose Atxotegi, s/n, 01009 Vitoria-Gasteiz, Álava.
- **Persona titular de la Dirección o Gerencia de la entidad responsable.**
 - Nombre y apellidos: Jesús Larrañaga Garitano
 - E-mail: jesusmaria.larranagagaritano@osakidetza.eus
 - Teléfonos: 945007007
- **Datos de contacto de la persona técnica responsable de la candidatura¹:**
 - Nombre y apellidos: Enrique Bárez Hernández
 - E-mail: enriquemanuel.barezhernandez@osakidetza.eus
 - Teléfonos: 945007389

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.



4. DATOS DEL RESTO DEL EQUIPO RESPONSABLE DE LA CANDIDATURA

Nombre y apellidos	E-mail	Teléfono	Puesto de trabajo	Entidad
Lucía Pérez de Albéniz Vesga	lucia.perezdealbenizvesga@osakidetza.eus		Médico Unidad del Dolor	OSI Araba
Belén Beltrán de Heredia Pérez de Villarreal	mariabelen.beltrandeherediaperezdevillarreal@osakidetza.eus		Médico Unidad del Dolor	OSI Araba
Begoña Pérez de San Román Basabe	mariabegona.perezdesanromanbasabe@osakidetza.eus		Médico Unidad del Dolor	OSI Araba
Mónica López-Tafall Cáceres	monica.lopeztafallcaceres@osakidetza.eus		Médico Unidad del Dolor	OSI Araba
Rocío Barreira Méndez	rocio.barreiramendez@osakidetza.eus		Psicóloga	OSI Araba

5. ÁMBITO DE INTERVENCIÓN

	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: 1 de enero de 2012.**
- **Actualmente en activo: sí**
- **Prevista su finalización: no. Esperamos que continúe en activo.**

7. LÍNEA DE ACTUACIÓN

ÁREA ESTRATÉGICA (línea de actuación) ²	Abordaje de la Cronicidad. Abordaje del dolor crónico

8. ANÁLISIS DE SITUACIÓN

Que justificó la realización de la experiencia. La **Guía de Ayuda para la Complimentación de la Memoria** será de gran ayuda para orientar qué tipo de información será especialmente relevante en este apartado además de los datos propios del análisis (ejemplo: información sobre sistemática

² Se refiere a las líneas de actuación de la Estrategia a la que se presenta esta experiencia como candidata a Buena Práctica: dichas líneas son las que figuran en las páginas 10-12 de la **Guía de Ayuda para la Complimentación de la Memoria**.

general de búsqueda de la evidencia científica que lo sustentó, datos desagregados por sexo, datos de estructura, organización, etc.).

Durante años nos hemos dedicado a tratar el dolor crónico. Desde 2011 nos propusimos solucionar diversos problemas que creemos coinciden con los que se dan en otras Unidades. Las podemos resumir en estas cuatro.

1. La Demora media de primeras visitas de pacientes remitidos por dolor crónico a las Unidades del Dolor, con frecuencia carece de lógica y se encuentra por encima de la recomendada por la propia Sociedad Internacional para el Estudio de Dolor (IASP). En nuestro caso, en 2011, a la mayor parte de los pacientes se les tardaba en citar para primera consulta **más de 4 meses**. Esto no era debido a la falta de recursos, sino a su modo de gestionarlos: hacíamos venir a la consulta a pacientes que se encontraban bien, lo que restaba tiempo para atender a los que se encontraban mal. Citábamos presencialmente a pacientes que solo necesitan una segunda opinión para confirmar una propuesta adecuada de otro médico duplicando consultas, etc. En base a ello, decidimos incorporar circuitos de asistencia no presencial entre profesionales y con los pacientes, para evitar estos desplazamientos (aunque sea una provincia de reducidas dimensiones), y para dedicar tiempo para quien lo necesitase.

2. Los criterios de derivación no son sino filtros que evitan la llegada de algunos pacientes a las Unidades, ayudando a controlar la demora e impidiendo la citación de casos “sencillos”. Como criterios se consideran que el paciente se encuentre en tratamiento de segundo escalón de la OMS, que haya sido valorado previamente por un especialista, evitando la derivación directa desde asistencia primaria, y/o presentar dolor de nivel igual o superior a moderado a pesar de los tratamientos intentados. Este modelo está diseñado considerando que las Unidades del Dolor son unidades muy especializadas, por lo tanto, la cumbre de una montaña que el paciente debe escalar. Con este sistema los pacientes tienen que esperar a ser valorados por uno o varios especialistas, con sus correspondientes demoras, mientras reciben propuestas de tratamiento sucesivas con mejor o peor resultado, antes de ser remitidos a la Unidad del Dolor para una primera cita presencial. Y encuentran especial dificultad algunos cuadros clínicos dolorosos que no tienen un referente hospitalario claro (como por ejemplo la neuralgia postherpética), que son remitidos a servicios como Neurología o Medicina Interna como enlace con la Unidad del Dolor. Entender la Unidad del Dolor como algo tan distante de los ciudadanos impide que la experiencia y el conocimiento de su personal se traslade a ámbitos asistenciales básicos. En no pocas ocasiones, los profesionales de Asistencia Primaria solo necesitan consultar un caso, recibir un

consejo, solicitar un adelanto de cita o confirmar un tratamiento. Por ello nos planteamos la necesidad de modificar los circuitos de derivación para poner en el mismo nivel la Unidad del Dolor y los demás agentes interesados (profesionales de Primaria, del Hospital, Centro Penitenciario y Residencias).

3. Desconcierto de los profesionales ante algunos pacientes. En cualquier consulta de pacientes con dolor nos encontramos algunos con buena evolución clínica, otros molestos o enfadados con el sistema sanitario, y otros satisfechos y agradecidos a pesar de encontrarse con dolor difícil de controlar. Creemos que esto es debido a la diferencia de expectativas de unos y otros. Por tanto, entendemos prioritario el conocimiento de las expectativas de los pacientes para explicar su grado de satisfacción, y para intentar reorientar sus expectativas cuando estas resultan incongruentes o inalcanzables.

4. Los criterios de alta (por mejoría, por falta de alternativas...) de la Unidad del Dolor también eran un problema. Con su aplicación el paciente pasaba a ser responsabilidad del Centro de Salud, o de otros profesionales, creándose cortes en la continuidad asistencial de estos pacientes y desconcierto en ellos y sus cuidadores. Y en ocasiones desencuentros entre profesionales ("este paciente es mío, o es tuyo"). Entendemos que como paciente crónico, no tiene lógica hablar de alta clínica en sentido estricto.

9. OBJETIVOS

1. Anular los criterios restrictivos de derivación y alta de paciente con dolor, asumiendo la responsabilidad compartida.
2. Mantener las demoras por debajo de las recomendadas por la IASP, tanto para casos preferentes, como ordinarios o de control (7 días para preferentes, 30 para ordinarios y 90 para controles).
3. Conocer las expectativas de los pacientes cuando son remitidos a la Unidad del Dolor para mejorar su grado de satisfacción.
4. Detectar en la primera consulta los pacientes cuyas expectativas sean inalcanzables en opinión de su facultativo. Si esto se confirma tras seis meses de seguimiento, intentar modificar estas expectativas en una consulta de Asesoramiento realizada por la psicóloga clínica especializada en resolución de conflictos.

5. Activar modelos de atención no presencial tanto directos como indirectos como medida de gestión transversal, aumentando la capacidad asistencial y de seguimiento de los pacientes, sin incremento de personal, compartiendo toda la información con los demás agentes interesados. Activar la comunicación directa con los pacientes a través de la Carpeta de Salud y de consultas telefónicas programadas.

10. CONTEXTO Y POBLACIÓN DIANA

La población diana de nuestra práctica abarca a toda la que depende de la OSI Araba (que cuenta con aproximadamente 400.000 habitantes), tanto si son pacientes en activo, como si se trata de población sana, potencialmente candidata a tener dolor. Al tratarse de un modelo de gestión transversal y universal, y dado que el dolor es el síntoma más prevalente en nuestras consultas, su impacto es muy considerable. Nos encontramos con una gran sensibilidad por el tratamiento del dolor en la práctica totalidad de la sociedad, tanto de pacientes, de profesionales como de la ciudadanía en general (todos somos potenciales pacientes). Esta inquietud se tradujo en una participación muy activa tanto de Asistencia Primaria como de la Unidad del Dolor para llegar a consensos que repercutieron en el modo de trabajar.

11. METODOLOGÍA

1. Empleo de Osabide Global: Historia Electrónica Unificada como herramienta única de trabajo en 2011.

2. En 2012 se pactan entre los distintos profesionales y se redactan acuerdos de derivación no presencial Asistencia Primaria - Unidad del Dolor, incluyendo un nueva definición de criterios de derivación y alta de los pacientes de Unidad del dolor, anulando los filtros de derivación. Se considerará paciente candidato Unidad del Dolor todo aquel que tenga un dolor diagnosticado y cuyo médico responsable considere que precisa consulta presencial, consejo u opinión por parte de la Unidad del dolor. De igual manera se considera anulada el alta clínica de Unidad del Dolor, entendiéndose solo como un alta administrativa. Los pacientes pueden ser derivados de nuevo a la Unidad del dolor mediante consulta no presencial en cuanto su médico lo considere oportuno.

Se promueven seguimientos no presenciales de los pacientes a través de consultas telefónicas y Carpeta de Salud (Dudas con tu Médico, Diario del Paciente y Mensajes al Paciente).

3. Se planifica un cronograma con inicio de aplicación en 2012 y revisión anual de dicho programa.

4. Desde enero de 2016 se realizan cuestionarios de intensidad del dolor, estado de salud, y de expectativas de los pacientes remitidos por primera vez a la Unidad del dolor.

5. Se analizan los resultados que muestren pacientes con expectativas inalcanzables o incongruentes para remitir a la psicóloga para su reorientación.

12. EVALUACIÓN

• INDICADORES.

1. Demora media de Primera Consulta en la Unidad del Dolor. Se mide mensualmente según datos asistenciales de Osakidetza.

2. Porcentaje de utilización de solicitudes no presenciales desde Asistencia Primaria, anual.

3. Nº y % de incidencias detectadas desde Asistencia Primaria en la aplicación de dicho protocolo de derivación < 5%, anual.

4. Nº y % de pacientes que no desea atención no presencial para su seguimiento < 10%, anual.

5. Número y % de pacientes con expectativas potencialmente inalcanzables/número de pacientes totales < 5%, medido semestralmente.

• RESULTADOS.

ANEXO 1. Acuerdo de atención no presencial Primaria-Unidad del Dolor de la OSI Araba.

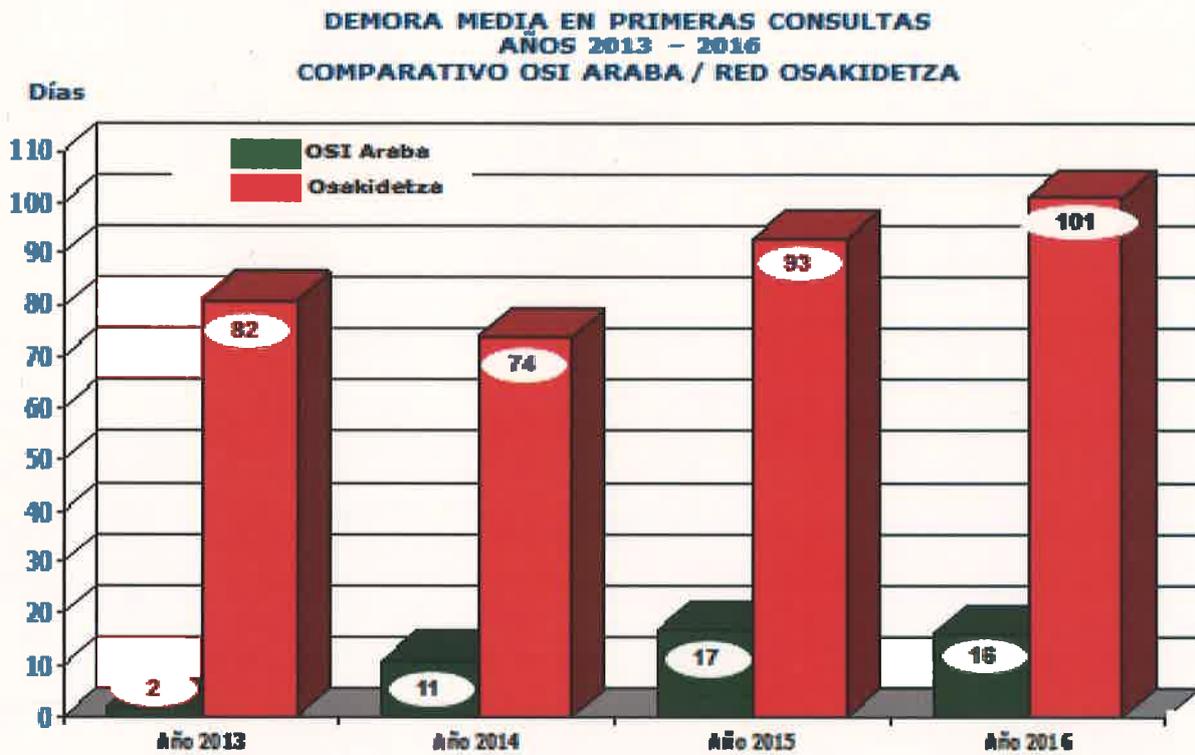
Propuesta de acuerdo de atención continuada entre Asistencia Primaria y Especializada para pacientes con dolor.



ANEXO 2. Circuito no presencial y demoras admisibles según la Sociedad Internacional para el Estudio de Dolor, IASP.



Anexo III. Días de Demora Media de Primeras Consultas en Dolor en los años 2013 a 2016.





1. Han desaparecido los criterios restrictivos de derivación y alta de paciente con dolor, asumiendo la responsabilidad compartida.
2. **Demora media** de primera consulta en la Unidad del Dolor se mantiene **muy por debajo de la media de Osakidetza desde 2013** (en el primer semestre de 2016, 4,2 días para preferentes y 16 días en la OSI Araba frente a los 101 días en el global de Osakidetza) **y muy por debajo de la recomendación de la IASP** (7 días para preferentes, 30 para ordinarios y 90 para controles).
3. Porcentaje de utilización de **solicitudes no presenciales** desde Asistencia Primaria, es del **100% anual**. No se producen derivaciones presenciales.
3. Número de **incidencias y % detectadas** desde Asistencia Primaria en la aplicación de dicho protocolo de derivación, anual. Se han detectado **4 incidencias sobre un total de 346** consultas en 2016 (1,1%), 2 debidas al envío de solicitudes para otros servicios y 2 por retrasos en la respuesta de la consulta no presencial.
4. Porcentaje de pacientes que no desea atención no presencial para su seguimiento, anual. El **100% acepta el seguimiento no presencial** pero hay un 3% de pacientes que solicitan combinarlo con visitas presenciales aunque se encuentren bien.
5. Número de pacientes con **expectativas potencialmente inalcanzables**, medido semestralmente. Alcanza **un 0,3%** de pacientes atendidos como primera consulta en el primer semestre de 2016.
6. El % de pacientes satisfechos ha sido del 97,84%, y el de profesionales el 100%

13. CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES Y LECCIONES APRENDIDAS

El presente trabajo se alinea con las Líneas Estratégicas del Departamento de Salud y Osakidetza, ya que considera al paciente con dolor y al ciudadano (como potencial paciente) el centro alrededor del que se elabora todo el circuito asistencial. A continuación se enumeran las líneas estratégicas que cubre:

OBJETIVO 1 – 2, Aumentar la calidad del sistema sanitario para mejorar el servicio a los pacientes, incidiendo especialmente en el aspecto de seguridad clínica.

Acción 1.2.3. Desarrollar el proceso asistencial con una visión integral, priorizando aquellos procesos más prevalentes para su mejora (cardiológicos, respiratorios, endocrinos, neurológicos, digestivos, nefrológicos, osteoarticulares, dolor, etc.) y teniendo como centro al paciente,

asegurando la continuidad de la atención y la atención personalizada a través de metodologías y herramientas contrastadas y, apoyadas en la evidencia). 1.3.6. Consolidar el consejo sanitario y otros modelos de atención no presencial para facilitar la accesibilidad al sistema sanitario y 1.3.7. Promover el acceso telemático a la carpeta de salud de cada ciudadano.

OBJETIVO 3 – 1, Impulsar un sistema de atención integral del paciente que evite duplicidades y aproveche sinergias adecuando estructuras administrativas y de gestión .

ACCIONES.

3.1.3. Reforzar el papel de la atención primaria como eje central de la atención al paciente anciano, crónico y dependiente, manteniendo y tratando al paciente en el nivel de menor complejidad.

3.1.4. Facilitar la comunicación entre profesionales de diferentes ámbitos asistenciales mediante el uso de nuevas tecnologías (consulta no presencial).

3.1.5. Desarrollar un plan colaborativo entre las diversas organizaciones de servicios, centrado en la atención al paciente. Nuestra práctica está logrando los resultados esperados como lo prueban los datos de demora y de actividad asistencial de la Unidad del Dolor de la OSI Araba.

Resaltamos que no ha sido necesario incorporar personal sino que se basa en una adecuación de actividad, utilizando Osabide Global como base de los nuevos circuitos no presenciales. No ha supuesto, por tanto, ningún gasto añadido. Consideramos, por tanto que es totalmente aplicable y extrapolable en otras Organizaciones de la red de Osakidetza, pudiendo abarcar a toda la población de Euskadi. Por otra parte, el uso de las nuevas tecnologías es una parte muy importante de nuestra práctica, pero lo realmente crítico es la capacidad de alcanzar acuerdos entre los distintos niveles asistenciales. Por ello, aun cuando no se disponga de la historia electrónica unificada, se pueden conseguir avances considerables en cualquier organización sanitaria.

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.