

FACULTAD DE MEDICINA  
UNIVERSIDAD MIGUEL HERNÁNDEZ

# TRABAJO FIN DE MÁSTER

**Memoria de gestión de la Unidad de Dolor  
del Hospital General Universitario Morales**

**Meseguer**



*Autor: Antón Meroño, Ester*

*Tutor: García Morant, Alejandro*

**Máster Universitario en Gestión Sanitaria**

**Curso: 2017-2018**

## Tabla de contenido

I.	PRESENTACIÓN .....	1
A.	LA UNIDAD O CLINICA DE DOLOR:.....	1
II.	PLAN ESTRATÉGICO .....	2
A.	METODOLOGÍA. DEFINICIÓN DE ESTRATEGIA Y VALORES. Misión, Visión, Valores .....	2
B.	ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN .....	2
1.	Análisis Externo .....	2
2.	Análisis interno.....	6
3.	Matriz FADO / CAME.....	13
C.	ESTRATEGÍAS Y OBJETIVOS .....	15
1.	Objetivo general.....	15
2.	Objetivos específicos.....	15
3.	Objetivos para la consecución de las líneas estratégicas.....	15
D.	PLAN DE ACTUACIÓN.....	18
1.	Acciones.....	18
2.	Actividad asistencial centrada en el paciente. Función asistencial ....	18
3.	Procesos estratégicos, operativos y de soporte .....	19
4.	Integración de la unidad de dolor en los distintos niveles de actuación de los organismos de salud publica .....	19
5.	Seguridad del paciente.....	21
6.	Actividad docente .....	22
7.	Actividad investigadora.....	23
8.	Función Gestor- Administrativa .....	24
III.	CONCLUSIONES.....	25
IV.	BIBLIOGRAFÍA.....	26
	Anexo I. Organigrama Área VI.....	29
	Anexo II. Actividad Quirúrgica 2012-2016 .....	30
	Anexo III. Cartera de Servicios UD .....	31

## I. PRESENTACIÓN

El dolor crónico constituye, sin duda, la forma de dolor con mayores repercusiones sobre el individuo, por el grave deterioro de su calidad de vida y las alteraciones psicopatológicas que conlleva, y sobre la sociedad, por los gravosos costes que supone. Se trata, pues, de un síntoma que afecta y preocupa a las personas, ya sea por su etiología como por el sufrimiento que conlleva<sup>1</sup>. En los últimos años se ha convertido en uno de los principales problemas de salud pública. Así, en una encuesta realizada sobre 5000 personas en la población general española se pudo objetivar una prevalencia del dolor del 30% durante un día determinado y del 42% si se valoraba durante la semana anterior<sup>2</sup>.

En La Encuesta Europea de Salud en España<sup>3</sup> (ESEE) 2014, realizada por el Instituto Nacional de Estadística (INE), se extraen estos resultados: El 8,12% de la población de 65+ años sufre dolor severo o extremo, 5,15% de los hombres y 10,96% de las mujeres. Otro 14,39% sufre dolor moderado y el 21,60% leve o muy leve. En la literatura científica se observa un aumento en la prevalencia de dolor entre la población general en los últimos años<sup>4,5</sup>, existiendo estudios con un seguimiento superior a 40 años<sup>6</sup>.

Actualmente, es necesario la valoración del dolor como la **QUINTA CONSTANTE VITAL**<sup>7</sup>, es la línea que la Sanidad Española quiere seguir, para cumplir el objetivo máximo de la erradicación del dolor en España<sup>8</sup>.

### A. LA UNIDAD O CLÍNICA DE DOLOR:

Cuando hablamos de Clínica o Unidad del Dolor (UD), nos referimos a una unidad funcional, ubicada en el medio hospitalario, en la que un grupo multi o pluridisciplinario de especialistas, con conocimientos específicos y experiencia, estudian y valoran en una amplia dimensión diversos y complejos problemas de dolor que no han podido ser resueltos anteriormente, buscando la mejor estrategia a seguir en cada caso, de este modo se puede llegar a ofrecer un programa integral que ha demostrado eficacia y costo-efectividad<sup>9</sup>.

## II. PLAN ESTRATÉGICO

### A. METODOLOGÍA. DEFINICIÓN DE ESTRATEGIA Y VALORES.

#### Misión, Visión, Valores

La Unidad de dolor, comparte plenamente y está alineada con la Misión, Visión, Valores del Hospital General Universitario Morales Meseguer.

- **Misión:** El Hospital General Universitario Morales Meseguer es un hospital público de la Región de Murcia, hospital de referencia del Área VI, que proporciona, a los ciudadanos de ésta área, una atención sanitaria de excelencia, y especializada en procesos complejos, asegurando la continuidad asistencial, en un entorno accesible, respetuoso y amable.
- **Visión:** Alcanzar el liderazgo y la excelencia en la atención sanitaria, apoyados en la confianza de los ciudadanos y el compromiso y la ilusión de los profesionales.
- **Valores:** Compromiso; Trabajo en equipo; Respeto; Búsqueda de la excelencia; Confianza; Orientación al paciente; Eficacia; Equidad; Responsabilidad Social.

### B. ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN

#### 1. Análisis Externo

##### a) *Marcogeneral y características del SNS*

El sistema de prestaciones de la CCAA de Murcia se rige por el Servicio Murciano de Salud (SMS), un organismo perteneciente al Sistema Nacional de Salud (SNS). La Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad<sup>10</sup>, establece dos demarcaciones territoriales: las Áreas de Salud (AS), estructuras básicas de salud, y las Zonas Básicas de Salud (ZBS), realizándolo por medio del Mapa Sanitario.

Por otra parte, es la Ley 4/1994, de 26 de julio, de Salud de la Región de Murcia<sup>11</sup>, es la que define el mapa sanitario de la Región y la que reserva la Atención Primaria para las ZBS, en la que se incluyen los centros de salud y los consultorios locales.

Siendo en el Decreto Regional 27/87, en que se delimitan 6 AS, 7 hospitales de referencia. Actualmente contamos con 90 ZBS que contienen 85 centros de salud y 182 consultorios locales. Por la Orden de 24 de abril de 2009<sup>12</sup>, de la Consejería de Sanidad y Consumo del Gobierno autonómico se modifican las AS establecidas en la Ley anterior, aumentándose a 9 AS con 9 hospitales de referencia (Figura 1).

En la Tabla 1<sup>13</sup>, podemos ver una comparativa entre la población del SMS y del Área VI concretamente. En ella se aprecia que la densidad de población es mucho mayor en el Área VI. El hospital de referencia es el Hospital General Universitario Morales Meseguer.



Figura 1. Mapa sanitario de la Región de Murcia<sup>10</sup>

	SMS	Área VI
<b>Nº Habitantes</b>	1.464.847	262.595
<b>Densidad de Población</b>	129	298
<b>Habitantes por AS</b>	162.761	262.595
<b>Habitantes por ZBS</b>	16.276	15.447
<b>Habitantes por Centro de Salud</b>	11.417	17.506
<b>Habitantes por Consultorio Local</b>		8.049

Tabla 1. Población SMS vs. Área VI. Fuente: Elaboración propia

Se organizan en 17 Zonas Básicas de Salud, en las cuales se lleva a cabo las actividades de Atención Primaria. Contando con 15 Centros de salud, 1 centro de especialidades y 23 consultorios locales.

**b) Datos sociodemográficos**

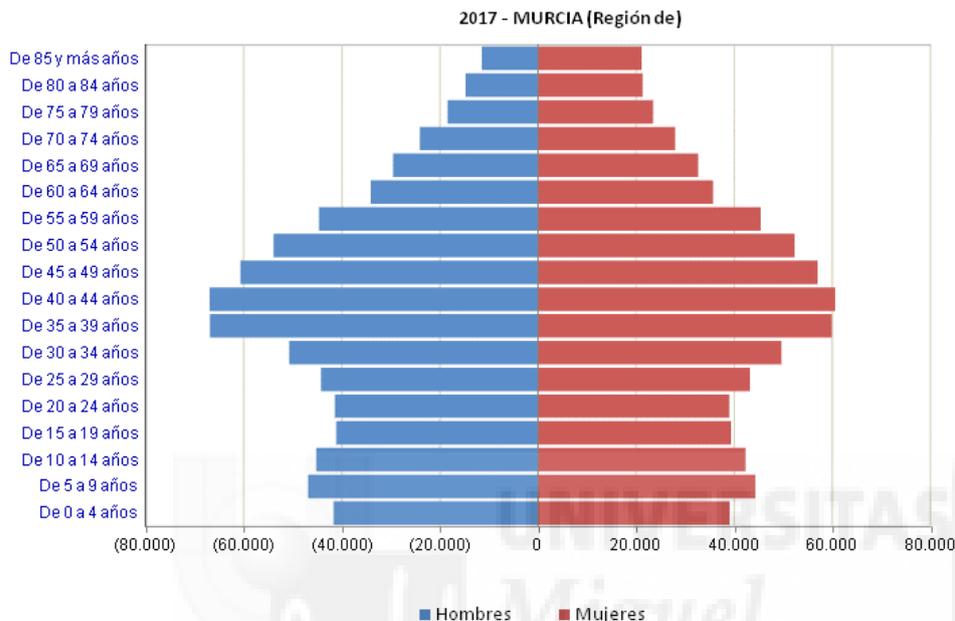


Figura 2. Pirámide de población Región de Murcia<sup>14</sup>

**c) Recursos Sanitarios en el Área VI**

(1) Cartera de servicios del HGU Morales Meseguer

El Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización, define la cartera como el “conjunto de técnicas, tecnologías o procedimientos, entendiendo por tales cada uno de los métodos, actividades y recursos basados en el conocimiento y experimentación científica, mediante los que se hacen efectivas las prestaciones sanitarias”<sup>15</sup>.

En nuestra Área no se ofrece la totalidad de la cartera, de manera que se ofrece un centro de referencia para el acceso a los servicios no incluidos en nuestra cartera de servicios, siendo el Hospital General Universitario Virgen de la Arrixaca(HGUVA) (Área I).

## (2) Estructura organizativa

El Hospital General Universitario Morales Meseguer cuenta con un total de 1359 trabajadores, que los agrupamos en los siguientes grupos (Anexo I):

- Personal directivo: 9
- Personal facultativo: 284
- Personal sanitario no facultativo: 1066

**d) Plan estratégico del Hospital Morales Meseguer año 2015**

El marco de gestión de la organización sanitaria del SMS es el modelo europeo de calidad (EFQM), como referencia para orientar y definir su sistema de gestión. El Hospital se encuentra adherido al Plan de Salud 2016 – 2018 del SMS y al plan estratégico del área VI de Salud.

**e) Actividad Asistencial**

En la Tabla 2 y Anexo II podemos observar la actividad asistencial de nuestro centro hospitalario de los últimos 5 años.

Actividad asistencial	2012	2013	2014	2015	2016
<b>ÁREA HOSPITALIZACIÓN</b>					
<b>Ingresos</b>	<b>14.523</b>	<b>14.754</b>	<b>14.739</b>	<b>14.849</b>	<b>15.262</b>
Programados	3.832	3.826	3.901	4.028	4.405
Urgentes	10.691	10.928	10.383	10.821	10.857
<b>Altas</b>	<b>14.517</b>	<b>14.714</b>	<b>14.731</b>	<b>14.894</b>	<b>15.215</b>
Estancia media	7,3	7,4	7,4	7,5	7,2
Índice de ocupación	80,5%	82%	81,7%	82,6%	81,3%
<b>CONSULTAS</b>					
<b>Primeras</b>	<b>136.384</b>	<b>136.435</b>	<b>136.083</b>	<b>140.471</b>	<b>132.718</b>
<b>Sucesivas</b>	<b>230.854</b>	<b>234.618</b>	<b>231.336</b>	<b>231.434</b>	<b>244.085</b>
<b>Derivadas de AP</b>	<b>99.475</b>	<b>102.985</b>	<b>103.417</b>	<b>103.345</b>	<b>106.293</b>
<b>Tº medio de espera</b>	<b>34,4</b>	<b>33,9</b>	<b>50,9</b>	<b>63,0</b>	<b>44,2</b>
<b>ACTIVIDAD QUIRÚRGICA</b>					
<b>CCI</b>	<b>3.151</b>	<b>3.205</b>	<b>3.255</b>	<b>3.196</b>	<b>3.426</b>
<b>CMA</b>	<b>4.903</b>	<b>4.134</b>	<b>3.618</b>	<b>3.294</b>	<b>4.556</b>
<b>Cirugía menor</b>	<b>4.183</b>	<b>4.919</b>	<b>3.618</b>	<b>5.857</b>	<b>4.503</b>
<b>Cirugía urgente</b>	<b>1.381</b>	<b>1.418</b>	<b>1.344</b>	<b>1.330</b>	<b>1.141</b>

Tabla 2. Actividad Asistencial Hospital Morales Meseguer 2012-2016<sup>4</sup>

**f) Recursos estructurales**

El Hospital Morales Meseguer es un hospital de segundo nivel, cuenta con 412 camas, 10 quirófanos (2 de ellos de Urgencias), 2 TC, 1 RMN, 1 mamógrafo. Está formado por 5 pabellones.

**g) Recursos sociales y comunitarios del Área VI**

CAVI: Red de Centros de atención especializada para mujeres víctimas de violencia de género; Cáritas, Cruz Roja; Fundación FADE (Fundación ayuda, desarrollo, educación) de voluntariado; CAD: Centro de atención a drogodependencias; Fundación RAIS, Jesús Abandonado y Murcia acoge; Concierto con 3 clínicas para casos de interrupción del embarazo; Diferentes asociaciones y centros de atención.

## 2. Análisis interno

**a) Recursos estructurales**

I. **Instalaciones:** Nuestra unidad de dolor se haya integrada, tanto funcional como estructuralmente en el Servicio de Anestesiología Reanimación (ANR) de Hospital Morales Meseguer. Las actividades de la unidad del dolor se realizan en tres centros de actividades: Área de Consultas Externas (despachos médicos y sala de sesiones), Unidad de Reanimación y Área Quirúrgica.

1. La **Consulta de la Unidad del Dolor** consta de una zona de recepción general y una zona específica asignada al ANR. En ella, además, hay una sala de espera, un mostrador para recepción de citaciones, y cuatro consultas.
2. **Las sesiones clínicas y bibliográficas** de la Unidad se realizan utilizando las zonas destinadas a ello dentro del ANR. Son unas salas que cuentan con pequeña biblioteca para consulta inmediata. Se encuentran ubicadas junto a la consulta.
3. La **Unidad de Reanimación** preparada para recibir pacientes a los que se les va a realizar determinadas técnicas analgésicas, tanto por la monitorización como por la disposición de personal de enfermería, necesario para efectuar dichas técnicas. Es en el **almacén de la Unidad de Reanimación** donde también se guarda el aparataje y material fungible específico de la U.D.

4. Las técnicas analgésicas más invasivas se realizan en el **Área Quirúrgica** de la 2ª planta, donde se hace uso de un quirófano dos días a la semana. En el mismo existe un intensificador de imagen (Rx), en aparato de EMG sonora, un aparato de radiofrecuencia, así como todo el material fungible propio de la actividad que se vaya a realizar.
5. Los pacientes que son tratados en quirófano hacen uso de **los Hospitales de Día**, y si es necesario realizar ingresos hospitalarios en el caso de que surgiera alguna complicación durante la realización de la técnica.
6. Para los que precisan **ingreso hospitalario** para vigilancia y/o tratamiento, lo hacen a cargo del Servicio que nos remitió inicialmente al enfermo, y cuando el paciente procede de Servicios Externos, se ingresa según el tipo de paciente, a cargo de un servicio que posea entre sus GRD la causa del ingreso o, temporalmente, en reanimación en caso de requerir monitorización continuada.  
***La U.D. no dispone de área de hospitalización propia.***

II. **Dotación de material:** Aparte de la dotación propia de cada uno de los Servicios o Áreas en que se apoya nuestra U.D., consideramos deseable, para el mejor funcionamiento de la misma que cuente con los siguientes medios propios:

1. **Material de diagnóstico y seguimiento:**

- Eletromiógrafo sonoro para localización de puntos “trigger”.
- Tele termógrafo por infrarrojos.
- Pletismógrafo.
- Cámara fotográfica digital con dispositivo macro.

2. **Material terapéutico específico:**

- Neuroestimulador periférico con sus agujas.
- Aparato de iontoforesis con sus electrodos.
- Equipo de estimulación eléctrica transcutánea (TENS), al menos 4 para prestar a los pacientes antes de su indicación definitiva.
- Sistema de crioanalgesia con criosondas.

### 3. Mobiliario:

- Una vitrina en la consulta con material estéril, fungible y medicación para la realización de técnicas mínimamente invasivas.
- Apoyo informático (ordenador en la consulta) para informatizar las historias de dolor, teniendo así un acceso rápido a las mismas en caso de consulta telefónica.
- Teléfono con línea directa en la misma consulta. Serán derivadas las llamadas a la Unidad de Reanimación, fuera del horario de consulta.
- Caja fuerte para drogas de riesgo y recetas de estupefacientes en consulta.
- Proyector de imágenes informáticas (cañón) para el desarrollo de la actividad docente.

#### **b) Recursos humanos**

- Cuatro anestesiólogos con dedicación temporal a la U.D. Son los encargados de estudiar las causas, componentes y características del dolor y de coordinar y proporcionar la terapia adecuada.
- Un psicólogo clínico a tiempo parcial y con formación específica en este ámbito. Este estudia la personalidad y los patrones de comportamiento del paciente, al tiempo que estudia los componentes psicológicos de su dolor.
- Los médicos residentes durante su rotación por esta área colaboran activamente en las tareas asistenciales y de investigación.
- Un D.U.E., con dedicación a tiempo completo. No obstante, ha recibido la formación adecuada para desempeñar su labor, de especiales características y técnicas.
- Dos auxiliares de clínica compartidos con las consultas de preanestesia, los cuales han recibido la formación necesaria para integrarse adecuadamente en la unidad.
- Un secretario también compartido con el resto del Servicio de Anestesiología.

Esta Unidad carece de área de hospitalización propia y de especialistas multidisciplinares a tiempo completo, no obstante, en caso de necesidad y dada la gran interrelación con el resto de servicios hospitalarios en especial con los de COT, CGD, ORL, Rehabilitación o URO.

**c) Recursos organizativos**

Como ya se ha comentado la U.D. depende orgánica y funcionalmente del Servicio de ANR, no obstante, para su correcto funcionamiento deberá tener una normativa específica dentro del organigrama del Servicio.

**1. Sesiones Clínicas:**

Se realizarán todos los martes a las 8 h. debiendo asistir a las mismas todos los miembros de la unidad, incluidos el psicólogo y el DUE. En ella se presentarán todos los casos clínicos subsidiarios de ser tratados mediante técnicas invasivas, se realizará la programación de las mismas, se analizarán protocolos de actuación, se diseñarán líneas de investigación, se plantearán problemas de funcionamiento interno, etc.

**2. Citaciones:**

La U.D. atenderá a tres tipos de pacientes procedentes del Área VI de Salud:

- Pacientes procedentes de Atención Primaria de nuestra Área de Salud.
- Pacientes remitidos desde consultas externas el propio hospital.
- Pacientes ingresados en plantas de hospitalización.

En ocasiones también se atiende a enfermos de otras áreas que nos son remitidos por mala respuesta al tratamiento analgésico o para aplicación de alguna técnica específica. Se requiere en todos los casos un estudio e informe previo del paciente y de su problema por parte del médico de familia o del especialista que lo remite (informe de interconsulta dirigido a la Unidad de Dolor).

En el caso de enfermos ambulatorios dichas hojas de interconsulta son revisadas por un facultativo de la Unidad del Dolor que realiza un “triage” estableciendo el orden de preferencia en las citas. Cuando se solicita una interconsulta para pacientes ingresados, ésta es atendida por uno de los miembros de la Unidad, bien durante la guardia o durante la jornada de consulta externa o en horas intermedias de la actividad diaria.

El número de pacientes citados cada día en la consulta del dolor (en horario de 9 a 14 h.) es de:

- Dos consultas telefónicas.
- Dos primeras visitas.
- Siete consultas sucesivas.
- Dos consultas preferentes (que pueden ser primeras o sucesivas).

**d) Cartera de Servicios**

La aplicación y utilización por parte de los miembros de la Unidad de Dolor de sus conocimientos actualizados y de los recursos y medios mencionados se materializará en los siguientes procedimientos técnicos de los que podrán beneficiarse todos los pacientes que sean remitidos a la U.D. conforme al RD 1030/2006, de 15 de septiembre, que establece la cartera de servicios comunes del SNS, especificando en su Art. 5 los relacionados con «contribuir de forma eficaz a la eliminación o disminución del dolor y el sufrimiento» (Anexo III).

Aquellos pacientes que por su complejidad o por que sean candidatos a una técnica invasiva que no se realice en el Hospital, son remitidos al HGUVA.

**e) Estructura funcional**

(1) **Consulta de dolor:**

Funcionará de 9 a 14 h., de lunes a viernes, excepto en periodos de vacaciones, en que lo hará dos días semanales. Cada uno de los anestesiólogos adscritos a la U.D. pasará consulta uno o dos días a la semana según el organigrama del servicio. En general, el anestesiólogo que haya atendido a un paciente, se hará cargo de su seguimiento, excepto en circunstancias especiales.

El psicólogo pasará consulta tres días a la semana, en la que se citarán todos aquellos pacientes que tras ser vistos previamente por los anestesiólogos en primera visita se considere oportuno la valoración psicológica. Se citará además para seguimiento aquéllos casos que considere oportuno. Ante un paciente que es atendido en nuestra consulta, se siguen los siguientes pasos:

- I. Historia clínica detallada valorando tanto física como psíquicamente al paciente, su situación laboral, legal, etc.
- II. Historia del síntoma dolor evaluando su causa y mecanismo de producción, tiempo de evolución, tipo de dolor, intensidad del mismo, síntomas acompañantes, incapacidad que produce el síntoma y los tratamientos previos efectuados como guía para el tratamiento futuro.
- III. Exploración del paciente.
- IV. A veces, los pacientes nos son remitidos ya diagnosticados, en otras ocasiones se nos consulta para ayudar con nuestra evaluación experta a su diagnóstico y tratamiento. Después de una fase de estudio inicial en la que se deben evaluar tanto los aspectos nociceptivos como los psicológicos del dolor, se establecerá la necesidad de nuevas valoraciones (Ej. por un ortopeda si existe enfermedad musculoesquelética o neurólogo si déficit neurológico), y una vez recogida toda esta información se decidirá sobre el diagnóstico más probable.
- V. Estrategia de tratamiento: Cada paciente al terminar la consulta recibe un informe con las medicaciones prescritas, así como la periodicidad de las tomas, también lleva rellenas las primeras recetas de cada uno de los fármacos indicados, ya sean mórficos o no, y anotado el día y la hora de su próxima cita en la Unidad. Si se considera necesario realizar a dicho paciente alguna técnica analgésica se le incluye en lista de espera para realización de la misma se le informa de la técnica a realizar, los beneficios y los posibles efectos secundarios y se cumplimenta el correspondiente Consentimiento Informado.
- VI. A continuación, se envía un informe clínico detallado al médico responsable del paciente, incluyendo el plan terapéutico y de seguimiento.
- VII. Se le dan recetas para iniciar el tratamiento médico.
- VIII. Citación para posteriores visitas, más o menos periódicas. Además, se proporciona al paciente un número de teléfono para consultas sobre el tratamiento.
- IX. Resultados y evaluación de los mismos según:
  - A. Disminución del dolor.
  - B. Reducción del consumo de fármacos si tomaba muchos.
  - C. Mejora de la actividad diaria.
  - D. Incorporación a sus actividades normales o de trabajo.

### **Tratamiento de pacientes hospitalizados:**

Las interconsultas dirigidas a la U.D. que llegan cuando alguno de los adjuntos adscritos a la misma está de guardia, serán atendidas por dicho adjunto. Si ninguno de ellos está de guardia, el anestesiólogo encargado ese día de atender interconsultas acude a atender las de la unidad de dolor, o en su defecto, si así lo prefiere, sustituye en su labor asistencial a uno de los de la U.D. mientras que éste acude a atenderla.

Tras un estudio detallado del caso se establece un plan terapéutico y se pauta tratamiento analgésico adecuado desde ese momento. A estos pacientes se les realiza un seguimiento diario para reajuste de dosis coordinado por la DUE de la U.D. quien antes del inicio de la consulta informa al facultativo de los pacientes que deben ser revisados. Antes del alta se adapta el tratamiento para que pueda ser seguido de manera ambulatoria. Si precisa de alguna técnica invasiva se organiza su realización en el menor tiempo posible.

### **Realización de pruebas invasivas:**

Los pacientes que precisan de la realización de pruebas invasivas, son presentados en la sesión clínica de la unidad, donde se reevaluará la indicación de la técnica, y en caso de ser considerada necesaria, se programa con otras técnicas invasivas para su realización en uno de los quirófanos asignados a la UD. Dicha programación se presenta a la secretaria del área quirúrgica, para que avise a los enfermos y confirmen su asistencia el día de la cita. También, en dicha sesión, se presentan pacientes para la realización de pruebas menos invasivas que, por el riesgo que entrañan, precisan de monitorización durante su realización. En estos casos los pacientes son citados en la Unidad de Reanimación, previo aviso al supervisor para que el día y hora indicados haya preparadas en dicha unidad una cama, la historia clínica del paciente y el material necesario para la realización de dichas técnicas. Realizada la misma el paciente permanece en Reanimación hasta su alta a domicilio.

La programación de las sesiones de técnicas en quirófano (2 semanales, lunes y miércoles) la realiza cada facultativo de manera independiente, de entre los pacientes apuntados en lista de espera, basándose en el orden de su ingreso en tal lista y procurando que sea su médico responsable el que realice dicha técnica. La lista de programación se pasa al secretario, especificando los pacientes que requieren ingreso en la Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria.

### 3. Matriz FADO / CAME

Después de haber analizado el entorno, los recursos y las funciones que realiza la UD, es necesario plasmar toda esta información en una matriz DAFO, una herramienta fundamental para la gestión estratégica. Posteriormente, hacemos un Análisis CAME, con el fin de obtener las pautas para poder actuar.

ANÁLISIS DAFO	
FORTALEZAS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La participación de los pacientes en las actuaciones para la mejora de la atención al dolor.</li> <li>• El cumplimiento efectivo de las recomendaciones sobre uso de algunos fármacos.</li> <li>• El desarrollo de la formación e investigación sobre atención al dolor en el ámbito asistencial.</li> <li>• Apoyo del resto de servicios hospitalarios.</li> <li>• Cumplimiento con las estrategias del Ministerio de Sanidad. Percepción del paciente en la unidad del dolor.</li> <li>• Trato sólo a los pacientes constatados. Acuerdo terapéutico y toma de decisiones compartidas.</li> </ul>
DEBILIDADES	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Esta Unidad carece de área de hospitalización propia y de especialistas multidisciplinares a tiempo completo.</li> <li>• Sobrecarga de trabajo existente en el servicio de RHB.</li> <li>• Ausencia de protocolos diagnósticos y terapéuticos propios de la unidad.</li> </ul>

<b>OPORTUNIDADES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El creciente interés en la atención al dolor como dimensión de la calidad en el ámbito científico técnico y profesional.</li> <li>• La publicación de la evidencia científica en prácticas clínicas por los organismos de referencia a nivel internacional.</li> <li>• La aplicación de recomendaciones sobre la identificación y no realización de intervenciones sanitarias innecesarias, inefectivas o inseguras.</li> </ul>
<b>AMENAZAS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La incorporación imprevista de recursos humanos que requieren formación y capacitación efectiva de los mismos en cortos periodos de tiempo.</li> <li>• El incremento y la repercusión de eventos adversos relacionados con la atención al dolor.</li> <li>• El incremento de la demanda por parte del resto de especialistas.</li> </ul>

Tabla 3. Análisis DAFO. Elaboración propia

<b>ANÁLISIS CAME</b>	
<b>MANTENER</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La participación de los pacientes.</li> <li>• Recomendaciones sobre uso de fármacos.</li> <li>• El desarrollo de la formación e investigación sobre atención al dolor en el ámbito asistencial.</li> <li>• Apoyo del resto de servicios hospitalarios.</li> </ul>
<b>CORREGIR</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Contratación de personal propio a la unidad.</li> <li>• Contratación de fisioterapia.</li> <li>• Crear protocolos diagnósticos y terapéuticos propios de la unidad.</li> </ul>
<b>EXPLOTAR</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La investigación científica y la realización de estudios de investigación.</li> <li>• Concienciación a la población sobre la cultura de dolor.</li> </ul>
<b>AFRONTAR</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Seguir un mapa de procesos específico para la unidad, con el fin de disminuir las consultas innecesarias, que pueden ser atendidas por el resto de especialistas.</li> <li>• Atención de calidad para reducir los EA.</li> </ul>

Tabla 4. Análisis CAME. Elaboración propia

## C. ESTRATEGÍAS Y OBJETIVOS

### 1. Objetivo general

El objetivo final al que debemos aspirar es el de “un Área de Salud sin dolor”.

### 2. Objetivos específicos

- Interactuar con todos los niveles asistenciales en los que se trate el dolor.
- Todo paciente que presente el síntoma dolor reciba un tratamiento adecuado y específico dirigido a aliviar dicho síntoma.
- Toda atención prestada debe cumplir los estándares de calidad y seguridad del paciente.
- Garantizar la asistencia sanitaria, con una atención integral del paciente.
- Las decisiones deben ser consensuadas con el paciente.
- Cumplimiento efectivo con las estrategias dictadas por el Ministerio de Sanidad sobre el dolor.

### 3. Objetivos para la consecución de las líneas estratégicas



Figura 3. Líneas estratégicas. Fuente: elaboración propia

Dentro de cada una de las líneas estratégicas marcadas, destacamos los objetivos elegidos para su consecución:

**1. Gestión de la Calidad**

- Satisfacción del paciente. Accesibilidad.
- Vías clínicas: introducción de protocolos y vías clínicas; actualización.
- Seguridad del paciente.
- Abordaje multidisciplinar del paciente.
- Comisiones hospitalarias.

**2. Gestión Clínica de la Eficiencia**

- Acuerdos de gestión clínica.
- Gestión clínica por procesos.
- Cirugía Mayor Ambulatoria.
- Racionalización del gasto.

**3. Gestión de la Innovación y de la Mejora Continua**

- Instauración de nuevas tecnologías.
- Cursos de formación continuada.

**4. Docencia e Investigación**

- Docencia pregrado.
- Docencia postgrado.
- Docencia para los médicos internos en formación.
- Líneas de investigación.
- Ensayos clínicos.
- Acreditación de sesiones clínicas Estándares y recomendaciones:  
Atención centrada en el paciente.

Según del documento de Estándares y recomendaciones<sup>14</sup> de la Unidad de tratamiento de dolor del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad de 2011, enumeramos los requisitos de una asistencia que cumpla los estándares de calidad y seguridad del paciente.

- **Información a paciente y cuidador**: La información debe ser clara, precisa y suficiente. De esta manera tanto el paciente como el cuidador pueden implicarse en su propia salud y en el cuidado.
- **Consentimiento informado**: Para todo procedimiento, ya sea diagnóstico o terapéutico, invasivo y para la administración de tratamientos que impliquen riesgos.
- **El acuerdo terapéutico**: Desde la primera visita tiene que quedar reflejado en la historia clínica del paciente el acuerdo terapéutica, pudiéndose modificar en revisiones sucesivas.
- **Garantía de los derechos del paciente** : El hospital debe disponer de la siguiente documentación y procedimientos:
  - a) La cartera de servicios.
  - b) El plan de acogida.
  - c) El código ético.
  - d) Las guías, vías o protocolos de práctica clínica y de cuidados.
  - e) Los procedimientos escritos de ensayos clínicos.
  - f) Cumplimiento de la normativa sobre productos sanitarios.
  - g) La historia clínica.
  - h) Procedimiento sobre instrucciones previas.
  - i) Los informes de alta médica y de enfermería.
  - j) Los protocolos que garanticen la seguridad, confidencialidad y el acceso legal a los datos de los pacientes.
  - k) Conjunto de consentimientos informados.
  - l) El libro de reclamaciones y sugerencias.
  - m) La póliza de seguros.

El paciente tendrá acceso a estos documentos, excepto en los de los apartados d), e) y j).

## **D. PLAN DE ACTUACIÓN**

### **1. Acciones**

Debido la sobrecarga de trabajo existente en el servicio de RHB, y las dificultades que ello supone para el tratamiento interdisciplinar de algunos de nuestros pacientes, en los cuales un retardo en la terapia física puede suponer un empeoramiento de los resultados, creemos que sería conveniente la creación de un circuito interno para este tipo de pacientes. No obstante, si ello no pudiera llevarse a cabo sería útil la incorporación a la U.D. de un fisioterapeuta que determine y evalúe la repercusión del dolor y el estrés sufrido durante meses o años sobre la capacidad funcional del cuerpo, y sea capaz de aplicar terapias adecuadas para la mejora de dicha capacidad funcional.

A pesar de todo lo dicho, hay que tener claro, que no todos los pacientes, necesitan una valoración y tratamiento especializado, y que el tratamiento del dolor no es solo un tema para superespecialistas. Lo deseable es que la mayoría de los cuadros de dolor agudo o crónico puedan solucionarse por los médicos generales o los propios especialistas que atienden al enfermo, y para ello, lo recomendable es que las Unidades de Dolor desarrollen protocolos diagnósticos y terapéuticos que puedan ser fácilmente aplicados por aquéllos.

### **2. Actividad asistencial centrada en el paciente. Función asistencial**

La unidad de dolor constituye el tercer nivel de asistencia hospitalaria al problema del dolor, por tanto, será requisito imprescindible para solicitar asistencia clínica en la U.D. el haber sido atendido previamente en los anteriores niveles de asistencia, requiriéndose un estudio e informe previo del paciente y de su problema por parte del médico de familia o del especialista que lo remite.

Esta función se desarrollará tanto en régimen ambulatorio (en consulta) como sobre pacientes hospitalizados en la propia planta de hospitalización. Tras estudiar cuidadosamente su caso se establecerá un plan de tratamiento que podrá ser llevado a cabo en régimen ambulatorio, por parte de la propia unidad, o bien fuera de ella remitiéndolo a otra unidad o servicio.

### 3. Procesos estratégicos, operativos y de soporte

Primero definiremos los diferentes tipos de procesos que se llevan a cabo en nuestra unidad, para una correcta Gestión por Procesos. De esta manera, y en base a la ISO 9001:2008, aseguramos la eficiencia, seguridad y calidad de los servicios prestados. Estos procesos quedan reflejados en el Mapa de procesos de la UD (Figura 5).

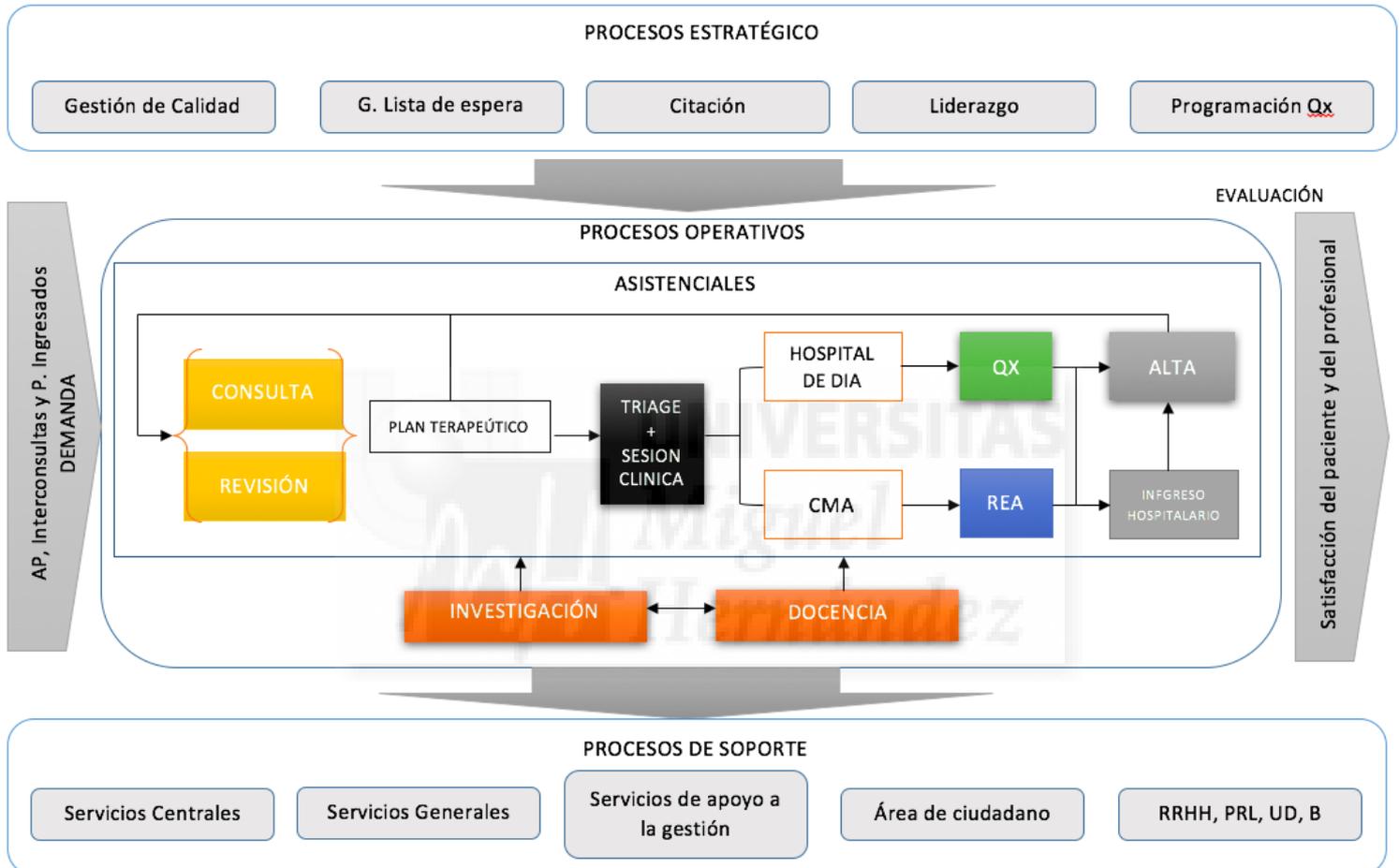


Figura 4. Mapa de Procesos. Fuente: Elaboración propia

### 4. Integración de la unidad de dolor en los distintos niveles de actuación de los organismos de salud pública

La cobertura asistencial al problema del dolor no puede ser satisfecha por la mera actuación de la U.D. La consecución de sus objetivos requiere establecer las necesarias conexiones y relaciones entre ésta y los distintos niveles de intervención sanitaria e incluso con todas aquellas instituciones que puedan desempeñar un papel relevante en este sentido.

**a) Integración hospitalaria. Relación con otros servicios.**

Nuestra unidad de dolor se encuentra integrada tanto funcional como estructuralmente en el Servicio Anestesiología Reanimación y Terapia del Dolor del Hospital Morales Meseguer.

No puede concebirse fuera del ámbito de dicho Centro, y sin contar con los Servicios Hospitalarios de éste y con la colaboración de gran número de profesionales que prestan sus servicios en él. Las excelentes relaciones existentes entre los miembros de la U.D. con otros especialistas (traumatólogos, rehabilitadores, neurólogos, cirujanos generales, otorrinolaringólogos, etc.), resulta de todo punto esencial en el buen funcionamiento de la misma, ya que la dota de un carácter interdisciplinario, de lo que se benefician nuestros enfermos. Sin la colaboración de estos consultores, no sería posible el cumplimiento de los objetivos clínicos de la unidad.

De las relaciones con el resto de servicios hospitalarios, surge el concepto cliente -proveedor de servicios. Los servicios internos que con mayor frecuencia nos consultan son: cirugía ortopédica, RHB, oncología, cirugía general, ORL, urología, reumatología, neurología, medicina interna, digestivo, oftalmología, etc.

Nosotros consultamos con mayor frecuencia con los servicios de RHB, psiquiatría-psicología clínica y cirugía ortopédica. Mención aparte recibe nuestra relación con el servicio de radiodiagnóstico, ya que acudimos frecuentemente a ellos para la realización de pruebas diagnósticas y en otras ocasiones técnicas terapéuticas que se realizan bajo control radiológico.

El conocimiento por parte de los distintos servicios hospitalarios de las funciones y actividad de la U.D. constituye un elemento esencial en el funcionamiento de la misma y mejora la actitud de la totalidad de los componentes del hospital frente al síntoma dolor. La participación de miembros de distintos servicios del hospital en sesiones clínicas interdisciplinarias es uno de los medios de integración e información que se utilizan.

**b) Relaciones con atención primaria.**

Deben existir vías de comunicación eficaces con la AP, sin la necesidad de que acuda el paciente a la unidad del dolor (mail, teléfono y consultas online entre profesionales). A este respecto, resulta imprescindible una mínima formación por parte de los profesionales de la salud responsables de este nivel asistencial, para evitar enfoques inadecuados del problema y estrategias terapéuticas poco indicadas que puedan incluso reforzar la conducta de dolor del enfermo, suponiendo no solo un gasto inútil sino un perjuicio para la resolución clínica del problema.

Es función de la unidad de dolor el participar de forma activa en la formación de estos profesionales, tanto de manera directa mediante cursos de formación continuada, seminarios, conferencias, etc., como de manera indirecta mediante protocolos y guías de actuación elaborados por la propia U.D.

**c) Relación con otros Servicios**

Destaca por otro lado, la estrecha relación que debe siempre existir entre la Unidad de Dolor y los Unidades de Atención Domiciliaria y de Cuidados Paliativos. El desarrollo de dichas unidades en nuestra Área de Salud, deberá traer consigo, desde el primer día, el establecimiento inmediato de líneas directas de comunicación, así como la formación en dolor de todo el personal que haya de prestar sus servicios en dichas unidades. Actualmente, al no haberse desarrollado tales unidades, desde nuestra U.D. se está asumiendo de manera altruista, en gran número de pacientes terminales, el tratamiento paliativo y seguimiento hasta el final de su vida.

**5. Seguridad del paciente**

Distintos EA han sido registrados e informados principalmente relacionados con el manejo intervencionista del dolor<sup>17,18</sup>. No obstante, estudios recientes<sup>19,20</sup> sobre los eventos adversos del manejo intervencionista del dolor en UTD, no muestran la presencia de complicaciones graves y son infrecuentes. Es necesario señalar que hay EA de los señalados que pueden ser evitables y otros no, porque forman parte de los efectos secundarios de los medicamentos, de las características clínicas de los pacientes, etc.

La creación de una cultura de seguridad se considera un paso decisivo para lograr la mejora de la seguridad del paciente y constituye la primera práctica segura recomendada por el Comité de Sanidad del Consejo de Europa, el National Quality Forum y otras organizaciones<sup>21,22</sup>. Según el US Department of Veterans Affairs la cultura de seguridad podría entenderse como «todas aquellas características de una organización, como los valores, la filosofía, las tradiciones y las costumbres que conducen a un comportamiento de búsqueda continua, tanto individual como colectiva, de la forma de reducir al máximo los riesgos y los daños que se pueden producir durante los distintos procesos de provisión de la asistencia sanitaria»<sup>23</sup>.

## 6. Actividad docente

### a) *Transmisión de conocimientos:*

A parte de la participación en la formación postgraduada de futuros especialistas en Anestesiología y Reanimación, es necesaria la transmisión de conocimientos sobre este tema a otros profesionales sanitarios e incluso a la sociedad en general.

- Educación sanitaria de la población mediante programas sobre aspectos médicos, aspectos psicológicos, aspectos sociales y laborales. Estos programas se podrán llevar a cabo mediante la colaboración con asociaciones de vecinos y consumidores, con instituciones y fundaciones públicas y privadas, charlas en colegios, etc.
- Colaboración con las universidades, escuelas de enfermería y centros de investigación facilitando vías de formación de los nuevos profesionales sanitarios en aspectos fisiopatológicos, farmacológicos y de orientación psicológica con los pacientes y sus familiares, y constituyendo núcleos de investigación coordinada sobre una materia de gran relevancia y actualidad no sólo científica sino también social y económica.
- Organización y/o participación en cursos de formación continuada dirigidos a médicos generales y de otras especialidades, sobre temas relacionados con el dolor.
- Concienciación tanto en el ámbito intrahospitalario como extrahospitalario de la necesidad de tratar adecuadamente el dolor.

**b) Incorporación de nuevos conocimientos:**

Además de la actividad docente dirigida a otros profesionales, no hemos de olvidar dentro de la actividad docente, la formación continuada de los componentes de la U.D., la cual se realizará a través de la investigación, cursos de formación continuada, congresos, sesiones y reuniones científicas de todo tipo, comunicación con otros profesionales, y como no a través del estudio de tratados de la especialidad o algún área de ella, revistas, bases de datos (internet), etc. Tales conocimientos deberán incorporarse a la práctica clínica basándose en la Medicina Basada en la Evidencia, ya que en el ámbito de dolor quedan aún muchas cuestiones por resolver, por ejemplo, no existen estudios doble ciego para demostrar la efectividad de ciertos tratamientos, ni tampoco existe acuerdo sobre la conveniencia de algunos de ellos, sobre todo de los más invasivos. Tampoco se ha evaluado la relación coste/beneficio para ciertos problemas de dolor crónico, ni hay guías para medir la actividad y determinar el grado de competencia de los distintos centros y clínicas de dolor. Tampoco en cómo medir los éxitos, ni en base a qué comparar las clínicas de dolor.

**7. Actividad investigadora**

Es necesario desarrollar una tarea de investigación para establecer nuevos procedimientos terapéuticos (protocolos y pautas de actuación), además la realización de estudios epidemiológicos permite desarrollar programas preventivos (SDRC, neuralgia postherpética, cronificación de lumbalgias, etc), así como el conocimiento de las implicaciones psicosociales, laborales y económicas del dolor en la población, lo que constituye una necesidad urgente en salud pública, ya que aporta elementos objetivos para planificar adecuadamente la asistencia sanitaria, social y laboral a este problema.

Dicha labor investigadora se puede realizar a tres niveles:

- Investigación experimental o básica: que requiere de medios especiales de los que no se dispone en el hospital, y que normalmente se realiza en colaboración con los departamentos universitarios.

- Investigación clínica: que es la más frecuente en las U.D. y suele dirigirse a demostrar la utilidad de determinados fármacos y/o técnicas para conseguir aliviar un tipo determinado de dolor.
- Series u observaciones descriptivas, sólo útiles desde el punto de vista científico si cumplen una serie de requisitos.

## 8. Función Gestor- Administrativa

Aparte de la emisión de certificados, información a la dirección, etc. actualmente, se hace necesaria, con los nuevos sistemas de gestión hospitalaria, la participación de los facultativos de la U.D. en la misma mediante el conocimiento de las herramientas de gestión, participar en el sistema de información implicándose en la mejora de los indicadores de actividad y calidad de la unidad (lista de espera en consulta, porcentaje de primeras consultas/revisiones, grado de satisfacción de los usuarios, etc.), participar en la consecución de los objetivos establecidos (contrato-programa). Deberán, además, implicarse en unidades funcionales, comisiones, vías clínicas, etc.

En definitiva, desde la U.D. se deberá actuar basándose siempre en los tres principios de la ética médica, que se corresponden con los tres componentes de la calidad asistencial:

- Principio de la máxima capacidad técnica: (calidad científico-técnica; eficacia): incorporando los nuevos conocimientos a la práctica clínica y disminuyendo la variabilidad (medicina basada en la evidencia, guías clínicas, evaluación de las nuevas tecnologías, etc.).
- Principio de la obra bien hecha: (adecuación de recursos; eficiencia): facilitando la gestión por procesos, indicación farmacéutica de máxima eficacia y eficiencia, adecuando las pruebas diagnósticas y las actividades terapéuticas, etc.
- Principio de la autenticidad del bien: (calidad percibida; efectividad): utilizando el nivel asistencial más apropiado, hospitalización domiciliaria, transformando la consulta de dolor en una consulta de alta resolución, etc.

### III. CONCLUSIONES

Esta memoria de gestión pretende facilitar y exponer el funcionamiento de nuestra unidad que busca llegar a la excelencia (modelo EFQM).

La Unidad de Dolor del Hospital General Morales Meseguer, a través de una gestión por procesos logra cumplir los estándares de calidad y seguridad del paciente en la atención prestada al paciente con síntoma de dolor, cumpliendo de manera efectiva, a su vez, las estrategias dictadas por el Ministerio de Sanidad, en cuanto a “Buenas Prácticas”, sobre el dolor.

Se recibe un tratamiento adecuado y específico dirigido a aliviar dicho síntoma, consensuando cada decisión con el paciente.

Además, consigue interactuar con todos los niveles asistenciales en los que el dolor pueda ser tratado, sobre todo, mantiene un sistema de comunicación con Atención Primaria eficiente, de manera que no todos los pacientes que presenten síntomas son derivados a la UD como tal, sino que, con una formación adecuada, son los trabajadores de AP los que tratan a los que no cumplen los requisitos mínimos de Atención en la consulta especializada.

Actualmente, la Unidad consigue la mayoría de los objetivos marcados, no obstante, falta un largo camino hasta llegar al objetivo principal de erradicar el dolor en el Área VI.

Esta memoria abre los caminos hacia ese objetivo, facilitándonos las pautas para llegar hasta el, destacando, sobre todo, una atención centrada en el paciente, seguridad del paciente, atención de calidad y actividad basada en la evidencia, promoviendo la docencia e investigación entre el equipo multidisciplinar que lo compone.

#### IV. BIBLIOGRAFÍA

1. Bassols A, Bosch F, Campillo M, Canellas M, Banos JE. An epidemiological comparison of pain complaints in the general population of Catalonia, Spain. *Pain*. 2008;83: 9-16.
2. Catalá E, Reig E, Artés M, Aliaga L, López JS, Segú JL. Prevalence of pain in the Spanish population: telephone survey in 5000 homes. *Eur J Pain*. 2002; 6: 133-140.
3. INE. La Encuesta Europea de Salud en España (EESE) 2014. MSSSI. 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) (Última vez visitado en : 23/5/2018)
4. Freburger JK, Holmes GM, Agans RP, Jackman AM, Darter JD, Wallace AS, Castel LD, Kalsbeek WD, Carey TS. The rising prevalence of chronic low back pain. *Arch Intern Med* 2009; 169: 251-258.
5. Manchikanti L, Singh V, Datta S, Cohen SP, Hirsch JA. Comprehensive Review of Epidemiology, Scope, and Impact of Spinal Pain. *Pain Physician*. 2009; 12: E35-E70.
6. Harkness EF, Macfarlane GJ, Silman AJ, McBeth J. Is musculoskeletal pain more common now than 40 years ago?: Two population-based cross-sectional studies. *Rheumatology Oxford* 2005; 44:890-895.
7. Cano JM, de Juan S. Valoración del dolor: quinta constante vital. 2006. *Rev Soc Esp Dolor*. 13 (6). Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1134-80462006000600008](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462006000600008) (Última vez visitado 10/04/2018)
8. Camacho L, Pesado J, Rumbo-prieto JM. Opinión de enfermería y concordancia entre las escalas visual analógica, verbal simple y numérica, en la valoración del dolor agudo como 5ª constante vital. 2016. *ENE*. 10(1). Disponible en: <http://ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/rt/priniterFriendly/593/dolor> (Última vez visitado 16/05/2018)
9. Gatchel RJ, Okifuji A. Evidence-Based Scientific Data Documenting the Treatment and Cost-Effectiveness of Comprehensive Pain Programs for Chronic Nonmalignant Pain. *The Journal of Pain* 2006;7:779-93.

10. Orden de 24 de abril de 2009 de la Consejería de Sanidad y Consumo, por la que se establece el Mapa Sanitario de la Región de Murcia. BORM (Boletín Oficial de la Región de Murcia) 07/05/2009 Núm. 103/2009 [ Pág. 20473] Marginal 7092. Disponible en: <http://www.murciasalud.es/legislacion.php?id=154278&idsec=1935#> (Última vez visitado 10/05/2018)
11. Ley 4/1994, de 26 de julio, de Salud de la Región de Murcia. BORM (Boletín Oficial de la Región de Murcia) 11/10/1994 Núm. 243/1994 [ Pág. 31657-31665] Marginal 22255. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1994-22255> (Última vez visitado 10/05/2018)
12. Mapa Sanitario de la Región de Murcia. Murcia Salud. 2015. Disponible en: <https://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/154818-AS.pdf> (Última vez visitado 10/05/2018)
13. Información sobre el Área VI. Murcia Salud. Disponible en: <http://www.murciasalud.es/seccion.php?idsec=367> (Última vez visitado 15/05/2018)
14. Consejería de Hacienda. Padrón municipal habitantes Región de Murcia. Disponible en el Portal estadístico de la Región de Murcia (CREM) Disponible en: [http://econet.carm.es/inicio/-/crem/sicrem/PU\\_padron/p17/sec26\\_c1.html](http://econet.carm.es/inicio/-/crem/sicrem/PU_padron/p17/sec26_c1.html) (Última vez visitado 17/5/2018)
15. Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización. BOE-A-2006-16212. Num 222. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2006-16212> (Última vez visitado 17/05/2018)
16. Palanca Sánchez I (Dir.), Puig Riera de Conías MM (Coord. Cient.), Elola Somoza J (Dir.), Bernal Sobrino JL (Comit. Redac.), Paniagua Caparrós JL (Comit. Redac.), Grupo de Expertos. Unidad de tratamiento de dolor: estándares y recomendaciones. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2011. Disponible en: [http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/EERR/Unidad\\_de\\_tratamiento\\_del\\_dolor.pdf](http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/EERR/Unidad_de_tratamiento_del_dolor.pdf) (Última vez visitado: 21/05/2018)

17. Puehler W, Brack A, Kopf A. Extensive abscess formation after repeated paravertebral injections for the treatment of chronic back pain. *Pain* 2013;113:427-9.
18. Ain RJ, Vance MB. Epidural hematoma after epidural steroid injection in a patient withholding enoxaparin per guidelines. *Anesthesiology* 2014;102:701-3.
19. Karasek M, Bogduk N. Temporary neurologic deficit after cervical transforaminal injection of local anesthetic. *Pain Med* 2004;5: 202-5.
20. Ludwig MA, Burns SP. Spinal cord infarction following cervical transforaminal epidural injection: a case report. *Spine (Phila Pa 1976 )* 2005;30:E266-E268.
21. National Patient Safety Agency. Seven steps to patient safety. London: National Patient Safety Agency. February 2004.
22. National Quality Forum. Safe Practices for Better Healthcare—2006 Update: A Consensus Report. Washington, DC: National Quality Forum; 2006. Disponible en: [http://www.qualityforum.org/publications/reports/safe\\_practices\\_2006.asp](http://www.qualityforum.org/publications/reports/safe_practices_2006.asp).
23. Kizer KW. Large system change and a culture of safety. En: *Proceedings of Enhancing Patient Safety and Reducing Errors in Health Care*, Rancho Mirage, CA, 1998. Chicago: National Patient Safety Foundation; 2003.p.31-3.

Anexo I. Organigrama Área VI

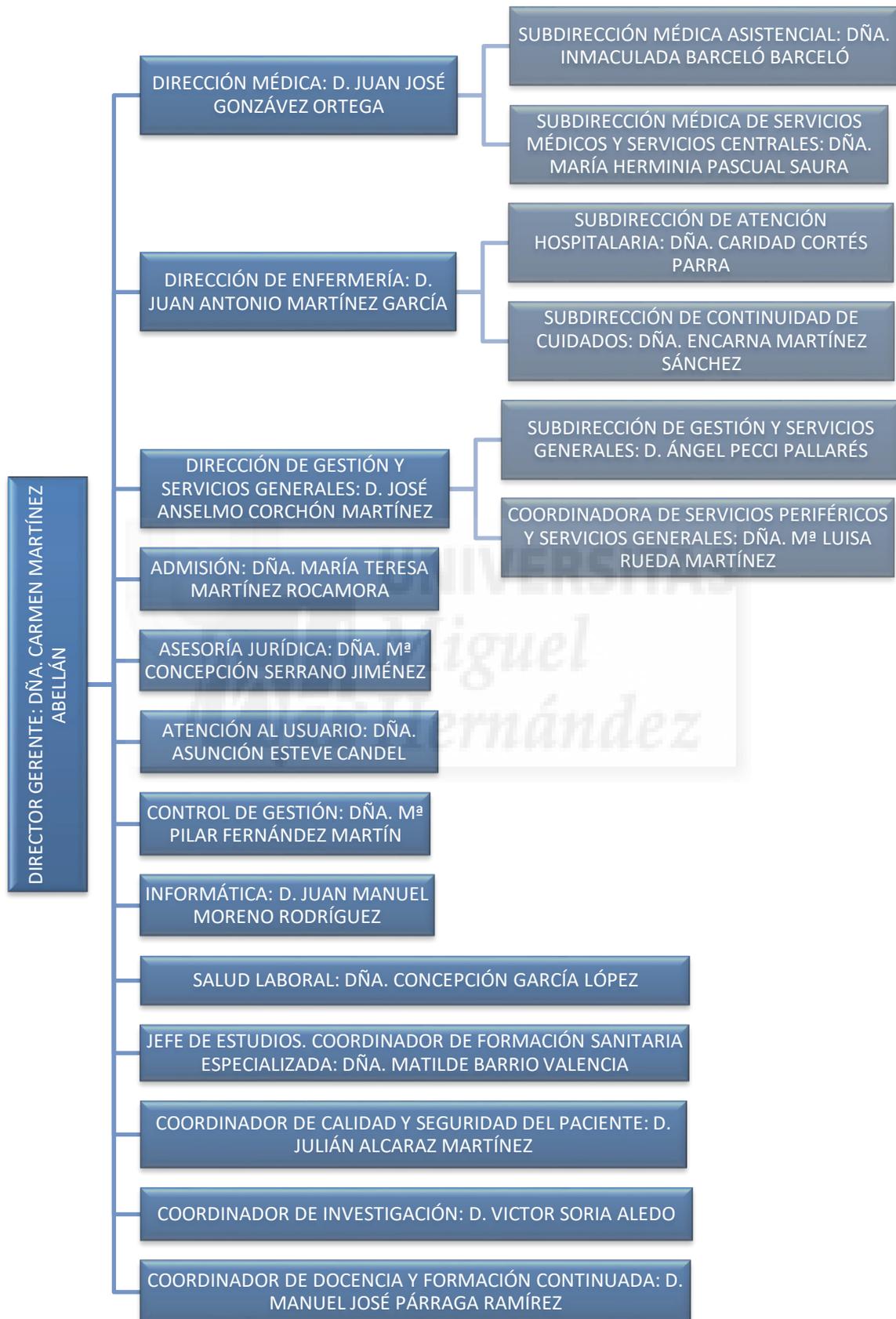


Figura 5. Organigrama Área VI <sup>11</sup>

## Anexo II. Actividad Quirúrgica 2012-2016

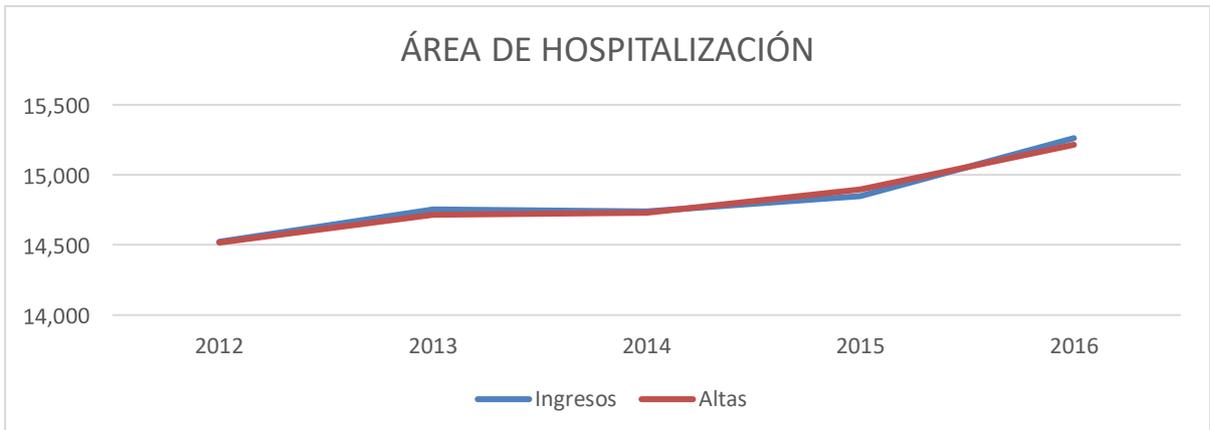


Gráfico 1. Ingresos y Altas 2012-2016



Gráfico 2. Primeras Consultas, Sucesivas y Derivadas de Ap 2012-2016

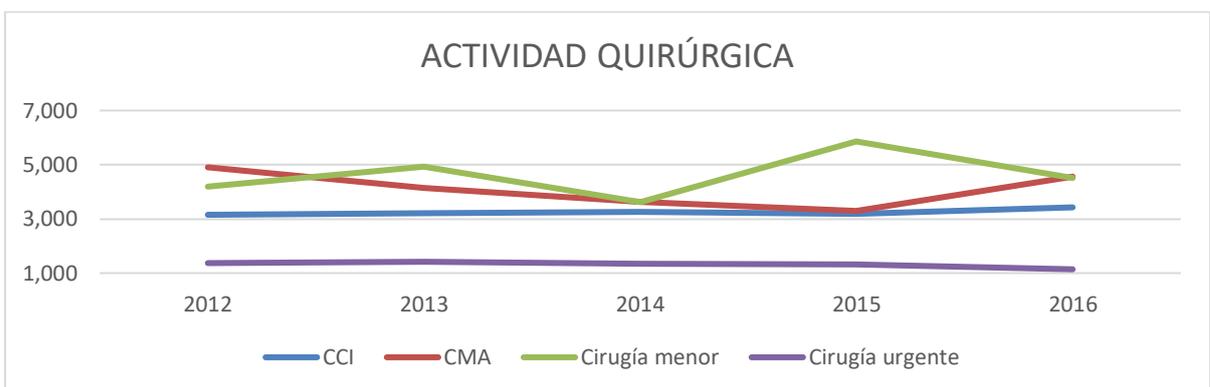


Gráfico 3. Actividad Quirúrgica 2012-2016

### Anexo III. Cartera de Servicios UD

#### Técnicas intervencionistas ambulatorias

- Bloqueo simpático diagnóstico o terapéutico.
- Bloqueo somático diagnóstico o terapéutico.
- Prueba endovenosa de regitina.
- Prueba espinal diferencial.
- Termografía: incluye la termografía de contacto y la de infrarrojos.
- Exploración de puntos gatillo.
- Bloqueo nervioso dosis única.
- Bloqueo nervioso continuo: los bloqueos nerviosos de dosis única o continuos incluyen el bloqueo nervioso de plexos, tronculares, periféricos y espinales epidurales o intradurales.
- Bloqueo regional endovenoso: manguito de isquemia.
- Manipulaciones – quiropraxia.
- Infiltración periférica de puntos gatillo con Anestesia local.
- Infiltración periférica de puntos gatillo con toxina Botulínica.
- Infiltración periférica articular con Superóxidodismutasa (SOD).
- Infiltración periférica articular con corticoides.
- Infiltración periférica articular con ácido Hialurónico.
- Venoclisis.
- Iontoforesis.
- Electroestimulación nerviosa transcutánea (TENS).
- Electroacupuntura.
- Cuidados quirúrgicos.
- Programación de neuroestimulador implantado simple.
- Programación de neuroestimulador implantado de Doble canal.
- Programación de radiofrecuencia.
- Técnica de infusión espinal: relleno y programación de bomba por telemetría.
- Técnica de infusión espinal: relleno de bomba de flujo fijo.
- Técnica de infusión espinal: relleno y programación.
- De bomba electrónica de infusión ambulatoria externa.

- Técnica de infusión sistémica: incluye la infusión subcutánea (con las técnicas de relleno y programación de bomba electrónica de infusión ambulatoria externa o de dispositivo mecánico de infusión de flujo fijo) y la infusión.
- Venosa (con las técnicas de relleno y programación de bomba electrónica de infusión ambulatoria externa, de dispositivo mecánico de infusión de flujo fijo o de infusión venosa de prostaglandinas).

### **Procedimientos quirúrgicos en la unidad de tratamiento del dolor**

- Bloqueo simpático paravertebral.
- Bloqueo neurolítico, epidural o subaracnoideo.
- Infiltración sacroilíaca.
- Catéteres espinales tunelizados con / sin bomba de Infusión externa.
- Técnicas de crioanalgesia.
- Técnicas de radiofrecuencia.

### **Procedimientos quirúrgicos en el área quirúrgica**

Los procedimientos quirúrgicos contra el dolor que se realicen en el área quirúrgica se notificarán en este apartado.

- Técnicas de punción.
- Bloqueo del plexo celiaco.
- Bloqueo del plexo hipogástrico superior.
- Bloqueo facetario posterior vertebral.
- Discografía.
- Bloqueo del ganglio de gasser.
- Bloqueo del ganglio esfénopalatino.
- Bloqueo simpático paravertebral.
- Bloqueo neurolítico epidural o subaracnoideo.
- Infiltración sacroilíaca.
- Catéter espinal tunelizado con / sin bomba de infusión externa.
- Catéter espinal tunelizado con / sin bomba de infusión externa.
- Técnicas de crioanalgesia

- Técnicas de crioanalgesia.
- Técnicas de radiofrecuencia.
- Técnicas de radiofrecuencia.
- Técnicas de adhesolisis epidural.
- Técnicas de adhesolisis epidural.
- Técnicas de electroestimulación medular.
- Implante, primer tiempo, un electrodo.
- Implante o recambio o explante, segundo tiempo, un electrodo.
- Implante, primer tiempo, dos electrodos.
- Implante o recambio o explante, segundo tiempo, dos electrodos.
- Técnicas de infusión espinal.
- Implante, y/o revisión, y/o recambio, y/o explante de catéter espinal y reservorio subcutáneo.
- Implante, y/o revisión, y/o recambio, y/o explante de catéter espinal y bomba interna.

