

2018 en la UMH, recogiendo los siguientes datos: edad, sexo, diagnóstico, unidad de procedencia, unidad de destino, tratamientos previos, dolor según EVA, puntuación cuestionario DASH y el número de consultas especializadas un año antes y un año después de la valoración por la UMH.

Para objetivar la intensidad del dolor, se utilizó la EVA como parámetro de medición; se utilizó el cuestionario DASH (*Disabilities of the arm, shoulder and hand*) como herramienta para valorar la funcionalidad de extremidad superior.

A todos los pacientes se les entregó el cuestionario DASH que cumplimentaban antes de pasar a la consulta; una vez en la consulta se realizó un interrogatorio dirigido que permitiera hacer una correcta semiología del dolor, (cronología, tipo de dolor, localización del dolor, intensidad del dolor, situaciones que aumentan y/o disminuyen la intensidad del dolor, irradiaciones del dolor y síntomas acompañantes, cuestionario de dolor neuropático DN4 y tratamiento farmacológico para el dolor).

Concluido el interrogatorio, se realizó un examen físico que permitiera orientar la posible etiología del dolor y descartar otros diagnósticos que presenten omalgia, sin estar localizada la etiología del dolor en el hombro (SDRC, radiculopatía cervical, neuropatía periférica o central), además de evaluar las limitaciones funcionales.

Cuando existían dudas de la posible etiopatogenia, se realizó en el mismo acto un estudio ecográfico del hombro, evaluando los distintos componentes del manguito de los rotadores, posibles artrosis o localizando calcificaciones.

Desarrollamos un algoritmo del tratamiento en función de: diagnóstico y servicio de derivación, tratamientos previos y la evaluación en la consulta.

En caso de decidir intervención quirúrgica, el paciente era derivado y seguido por el servicio de Traumatología y Ortopedia.

Si la intervención quirúrgica no era la mejor opción se valoraba la posibilidad de realizar en acto único bloqueo y/o radiofrecuencia pulsada del nervio supraescapular. En caso de realizar el intervencionismo el paciente era seguido por Rehabilitación para realizar fisioterapia y rehabilitación en el primer mes tras el intervencionismo.

En caso de descartar tanto la intervención quirúrgica como el bloqueo + RFP del supraescapular se valoraba la posibilidad de realizar rehabilitación.

Cuando se descartaba la posibilidad de intervencionismo y rehabilitación, se realizó un ajuste del tratamiento y se dio cita de revisión en Unidad de Dolor o en médico de atención primaria, en función del dolor, diagnóstico, tratamiento farmacológico y comorbilidad del paciente.

Resultados: De los 51 pacientes evaluados, 24 pacientes fueron derivados a seguimiento por especialista y 27 pacientes fueron tratados y reevaluados por la UMH.

La media de edad de los pacientes valorados por la UMH fue de 55,7 años, el 60,7 % fueron mujeres y el 39,3 fueron hombres.

En el 31 % de los pacientes fue necesario realizar estudio ecográfico para confirmar diagnóstico, En el 62,7 % se les realizó intervencionismo en acto único, el 49 % se realizó una RFP supraescapular.

El resultado medio del dolor medido por EVA en la primera consulta fue de 8,44, en la segunda consulta el valor medio según EVA es de 5,6, reducción del 33 % de la puntuación.

El resultado medio de funcionalidad según el cuestionario DASH en la primera consulta es de 73, el resultado medio 65, reducción del 10,9 % de la puntuación.

La media de consultas especializadas (UDC, COT y MFyR) durante un año antes y un año después de la valoración por UMH, pasa de 4,65 a 1,8, con una reducción del 61,3 %.

Conclusiones: La creación de la UMH ha supuesto un enfoque multidisciplinar, mejorando el estudio del hombro complejo, así como el manejo, objetivando una reducción de la intensidad del dolor y mejora de la funcionalidad, requiriendo menor atención especializada.

P-259 PERFILES Y CARACTERÍSTICAS DE LAS DERIVACIONES INTRAHOSPITALARIAS A LA CLÍNICA DEL DOLOR

L. M. Pradal Jarne, B. Albericio Gil, M. Carbonell Romero, L. Forés Lisbona, M. E. Pradal Jarne, P. Cía Blasco
Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza

Palabras clave: *perfil paciente, clínica de dolor crónico, derivaciones intrahospitalarias.*

Introducción: Existen estudios que analizan las características de los pacientes que son derivados a la Unidad del Dolor, todos ellos referidos a la actividad ambulatoria. Sin embargo, no se conocen estudios referentes con la actividad intrahospitalaria.

Objetivos: Describir el perfil y características de las derivaciones intrahospitalarias de la Clínica del Dolor Crónico de nuestro hospital.

Materiales y métodos: Este trabajo es un estudio retrospectivo de datos de recogida prospectiva de los pacientes derivados por otros servicios de forma intrahospitalaria durante un año. Tras recoger las variables de estudio se ha realizado un estudio descriptivo y se han realizado análisis univariante y multivariante.

Resultados: Se incluyeron 231 pacientes, 125 varones (54,1 %) y 106 mujeres (45,8 %), con una mediana de edad de 62 (49-72) años. La mediana de estancia hospitalaria fue de 18 (10-30) días, y el peso APR medio fue de 0,886

(0,585-1,632). El servicio hospitalario más remitente fue Neurocirugía (55 pacientes; 23,8 %). El diagnóstico principal más frecuente fue M 51,16. En cuanto al tipo de dolor, principalmente fue de origen neuropático (112 pacientes; 48,4 %). Los análisis univariante y multivariante demostraron algunos resultados estadísticamente significativos.

Discusión: No existen publicaciones conocidas acerca de las características de las derivaciones intrahospitalarias de otras especialidades a la Clínica del Dolor y, por consiguiente, los resultados que comparamos de otros estudios con los resultados obtenidos en este trabajo pertenecen, la mayoría, a estudios que arrojan datos de pacientes derivados de forma ambulatoria. También se han obtenido artículos con datos hospitalarios que hacen referencia al término de dolor.

A diferencia de lo que se esperaba, sugerido por otros artículos publicados referidos a la actividad ambulatoria donde es frecuente encontrar a pacientes longevos y género femenino, en nuestro trabajo hemos observado que los pacientes son menos longevos y el género masculino aparece derivado con más frecuencia a la Clínica del Dolor.

Los servicios que más colaboración precisan de la Unidad del Dolor de nuestro hospital son Neurocirugía seguido de Medicina Interna, siendo Traumatología el servicio que más peticiones solicita a nivel nacional.

El peso de los grupos relacionados con el diagnóstico traduce un peso menos significativo de lo que se esperaba para la complejidad clínica que ofrecen nuestros pacientes.

Los síndromes dolorosos más frecuentes en las Unidades de Dolor en España son el dolor musculoesquelético,

básicamente del raquis cervical o lumbar, y el dolor de características neuropáticas que, aunque menos frecuente, por el sufrimiento y deterioro que lo acompaña lo hace muy susceptible de ser visitado y tratado en las Unidades de Dolor.

El dolor neuropático seguido del musculoesquelético son los tipos de dolores que más se tratan en estas consultas y el motivo más frecuente de derivación por parte de los servicios a la Clínica del Dolor es la lumbalgia.

Los estudios realizados nos pueden ayudar a comprender un poco mejor el comportamiento de los pacientes y así mejorar nuestra intervención y aplicar un tratamiento multidisciplinar más dirigido.

Una parte de los informes de alta de los pacientes en los que se ha intervenido en su episodio de ingreso, no mencionan la colaboración de los profesionales de la Clínica de Dolor.

Conclusiones: A pesar de la poca información publicada respecto a las colaboraciones intrahospitalarias, comparando, por tanto, con colaboraciones extrahospitalarias, podemos observar diferencias entre las características de estas peticiones.

Bibliografía recomendada:

1. Acedo Gutiérrez MS, Rodríguez Sánchez S, González García E, Sanz Ayán MP, Martínez Salio L, Vicente Fatela L. La codificación como instrumento en la gestión clínica de las unidades del dolor. *Rev Soc Esp Dolor*. 2015;22(4):145-58.
2. Samper Bernal D. La gestión en la unidad del dolor. *Rev Soc Esp Dolor*. 2015;22(4):143-4.