

y la medicina cada vez más centrada en la autonomía del paciente, hacen que las expectativas de este ante la visita al médico sean un aspecto clave en la valoración de los resultados de la atención recibida, lo que permite incorporar aspectos como la satisfacción, las expectativas y las preferencias del paciente a los resultados terapéuticos. No obstante, existe escasa literatura referente a las expectativas de los pacientes con respecto a las unidades de dolor.

**Objetivo:** Conocer cuáles son las expectativas de los pacientes con dolor lumbar crónico ante su visita a la consulta del dolor en un hospital español de tercer nivel.

**Material y método:** Hemos realizado un estudio descriptivo observacional de tipo serie de casos, que analiza las expectativas de 35 pacientes atendidos consecutivamente con dolor lumbar crónico, que acuden a la consulta de dolor. Para valorar la expectativa que tiene el paciente ante su visita a la consulta del dolor, se ha empleado un cuestionario de respuesta cerrada, basado en el artículo de Petrie y cols. (1). Este cuestionario consta de tres preguntas, la primera es acerca de sus expectativas, la segunda sobre qué resultado consideraría el más satisfactorio y la tercera sobre cuál sería el resultado más decepcionante.

**Resultados:** Las expectativas de los pacientes se resumían así: 23 pacientes (65,7 %) esperaban una cura o alivio del dolor, 6 (17,1 %) un mejor consejo sobre cómo manejar el dolor o sobre cómo hacerle frente, 1 (2,9 %) la realización de más pruebas e investigación y 5 (14,3 %) recibir una mejor medicación. El resultado óptimo que esperaban era: 13 (37,1 %) un alivio o un mejor control del dolor, 17 (48,6 %) una cura del dolor, 2 (5,7 %) que le dieran una esperanza o saber que hay posibilidad de mejorar, y 3 (8,6 %) recibir consejo sobre otra medicación. El peor resultado que esperaban era: 3 (8,6 %) decirles que no puede hacerse nada, 31 (88,6 %) que no se alivie el dolor y 1 (2,9 %) que ya no les realicen más pruebas o investigación.

**Discusión:** Nuestros hallazgos sobre expectativas son distintos a los encontrados en el estudio de Petrie y cols. Mientras que en dicho estudio la mayoría de los pacientes espera una explicación por parte del clínico para entender mejor su problema de dolor, en nuestro estudio encontramos que la mayoría espera una cura o alivio de su dolor. Estas diferencias entre las expectativas de nuestro pacientes y las de los pacientes de EE. UU. podrían deberse a los diferentes grados de asimilación de su estado y de experiencia previa entre ambos grupos de pacientes. Es posible que los pacientes de EE. UU. hayan recibido una explicación más realista de la no curabilidad completa de su dolor y, por tanto, su mayor expectativa sea la de encontrar una explicación al mecanismo por el que sufren de dolor crónico. En pacientes españoles, sin embargo, es posible que se les haya ofrecido una peor explicación sobre la efectividad de esta nueva técnica de tratamiento del dolor y se hayan creado unas exageradas expectativas de curación o alivio del dolor, que se reflejan

en la encuesta como una expectativa clara de mejoría o curación. Este hallazgo es importante, porque diversos estudios (2) sugieren que la presencia de expectativas no satisfechas está fuertemente asociada con la insatisfacción del paciente y puede ayudarnos a modificar la información previa que se les da antes de aplicar cualquier tratamiento médico o técnica intervencionista.

#### **Bibliografía:**

1. Petrie KJ, Frampton T, Large RG, Moss-Morris R, Johnson M, Meechan G. What do patients expect from their first visit to a pain clinic? *Clin J Pain.* 2005;21:297-301.
2. Jackson JL, Chamberlin J, Kroenke K. Predictors of patient satisfaction. *Soc Sci Med.* 2001;52:609-20.

### **P-257 UNIDAD MULTIDISCIPLINAR DE HOMBRO PARA EL MANEJO DEL HOMBRO COMPLEJO**

**J. C. Castillo Velasco, J. M. Delgado Mendilivar, J. Díaz del Río, M. J. García, M. Turmo, A. M. Martínez Navas**  
*Hospital Universitario Virgen de Valme, Sevilla*

**Palabras clave:** multidisciplinar, hombro, complejo.

**Introducción:** El dolor de hombro tiene una gran prevalencia como causa de dolor crónico, es la segunda causa más habitual de derivación a nuestra Unidad de Dolor, solo superada por la lumbalgia como primer causa de derivación.

En casos complejos, el manejo multidisciplinar es fundamental para lograr la máxima funcionalidad y un adecuado control del dolor, la coordinación entre distintas especialidades es fundamental para obtener el mejor resultado.

**Objetivos:** El objetivo de la Unidad Multidisciplinar de Hombro (UMH) es mejorar la funcionalidad, entendida como la capacidad de realizar las actividades básicas de la vida diaria y lograr un mejor control del dolor en pacientes con hombro doloroso complejo.

El primer paso fue definir qué tipo de paciente se trataría en la UMH; se decidieron los siguientes criterios de inclusión:

Omalgia severa, definida como aquel dolor de intensidad mayor o igual a 7/10 según la EVA, que estuviera presente durante al menos 6 meses tras haber recibido al menos 2 de los siguientes tratamientos:

- Haber sido intervenido de hombro.
- Haber recibido tratamiento opioide durante al menos 3 meses y/o un bloqueo supraescapular
- Haber realizado al menos 20 sesiones de rehabilitación y fisioterapia.

**Material y método:** Se realizó un estudio descriptivo de 51 pacientes atendidos entre marzo 2017 y diciembre

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