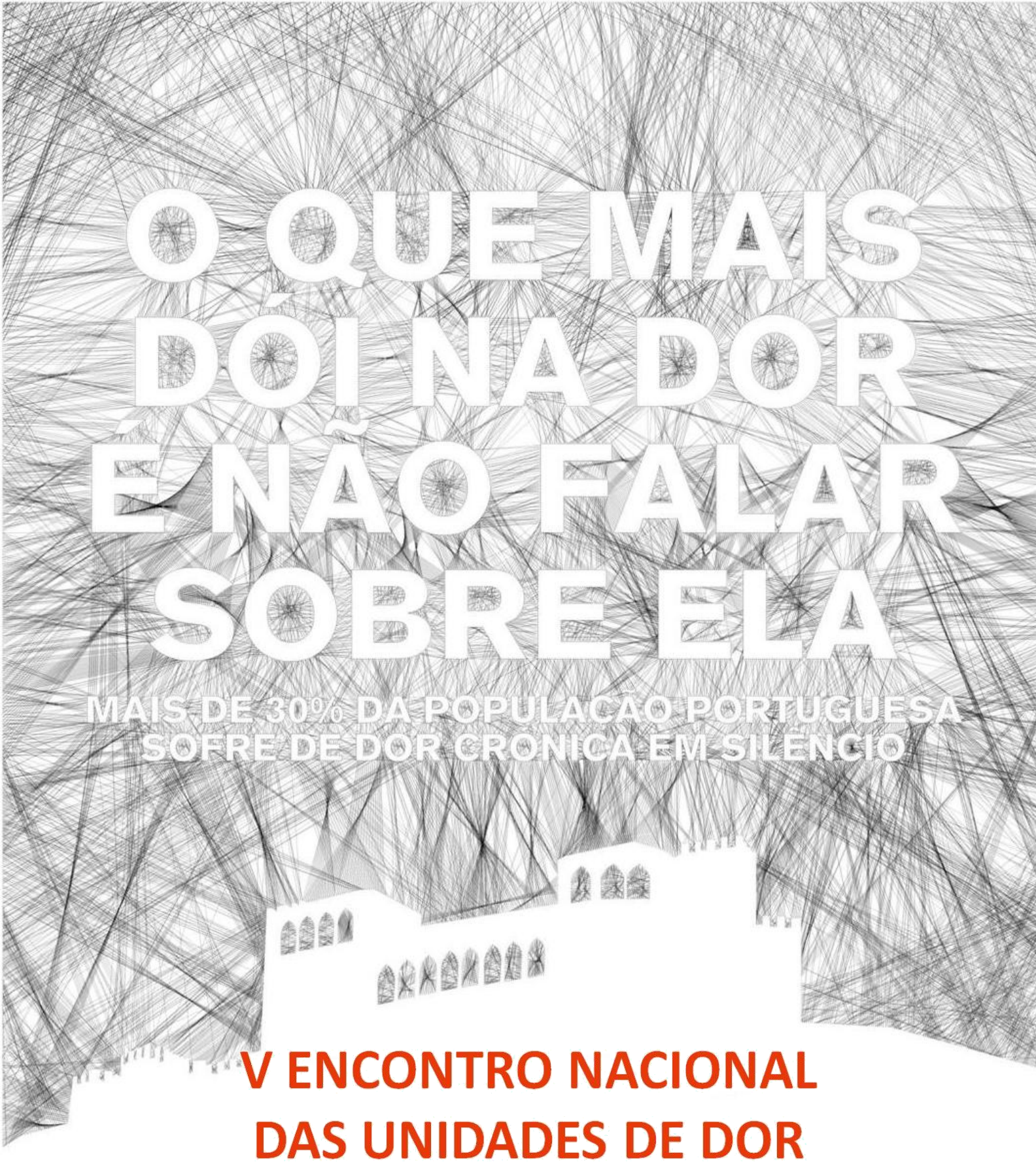


V ENCONTRO NACIONAL DAS UNIDADES DE DOR

Conclusões dos workshops

Leiria, 20 e 21 de Outubro 2012

APED
Associação Portuguesa para o Estudo da Dor

Workshops

Introdução: Dr. Duarte Correia

Workshops:

1. **Avaliação da qualidade das Unidades de dor: que indicadores?**
Coordenador: Dr. Duarte Correia

2. **Terapêuticas não farmacológicas**
Coordenador: Dr. Filipe Antunes

3. **Tratamento da dor crónica nas crianças e adolescentes: onde e por quem?**
Coordenador: Doutora Ananda Fernandes

4. **Instrumentos de avaliação Psicológica**
Coordenador: Dr.ª Cristina Catana

5. **NOCs na dor crónica: Se? Quando? E Quais?**
Coordenador: Dr.ª Beatriz Craveiro Lopes

Anexos:

-**PROJECTO DE QUALIDADE**
Certificação Unidade de Dor
(Hospital Distrital de Oliveira de Azeméis)

-UNIDAD DE TRATAMIENTO DEL DOLOR
Estándares y recomendaciones
(Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad)

Introdução

Em outubro de 2012, nos dias 20 e 21, a APED organizou na cidade de Leiria o V Encontro das Unidades de Dor, integrado na Semana Europeia/Dia Nacional de Luta Contra a Dor (20 de outubro), precedido no mesmo local (a 18 e 19 de outubro) das II Jornadas da Unidade de Dor do Centro Hospitalar Leiria-Pombal.

Neste evento decorreram diversos painéis em simultâneo, cujas conclusões finais subscritas pelos participantes nestes workshops, são apresentadas neste documento colocado á consideração dos sócios da APED, documento esse, que reflete as opiniões vinculadas pelos seus participantes, recolhido e sintetizado pelos coordenadores dos workshops, que dispuseram de toda a liberdade para materialização e concretização dos mesmos.

Os seis temas debatidos foram na nossa opinião da maior importância e interesse, integrando especialistas convidados que procederam á introdução dos mesmos e que animaram uma discussão que acreditamos, que foi participativa e profícua correspondendo ás expectativas da grande maioria do presentes.

1. Avaliação da qualidade nas Unidades de Dor; que indicadores
2. Terapêuticas não-farmacológicas no tratamento da dor crónica
3. Instrumentos de avaliação psicológica nas Unidades de Dor
4. Tratamento da dor crónica e na criança e nos adolescentes: onde e por quem?
5. Integração socio laboral das Unidades de Dor
6. Normas de orientação clinica (NOC) na dor crónica, Se? Quando e onde?

foram os temas debatidos, cujas conclusões não representam necessariamente a opinião da sociedade ou da sua Direção.

Porque pretendemos uma sociedade plural, crítica e participativa, convidamos todos vós a emitirem a vossa opinião, sem reservas ou temor, enviando os vossos comentários para os coordenadores dos workshops ou para o meu e-mail fcor@netmadeira.com

Duarte Correia

Presidente da APED

Workshop 1:

Avaliação da Qualidade das Unidades de Dor: Que indicadores?

Coordenadores: Duarte Correia e Ana Marcos

Colaboração: Alice Cardoso e Francisco Lopez

Presentes : 27 profissionais de saúde

Fundamentada a importância de medir a qualidade das Unidades de Dor, como instrumento de mudança e melhoria da prática clínica; Avaliação da qualidade considerada uma necessidade.

A existência de avaliação de qualidade pode contribuir para a sustentabilidade das próprias Unidades.

Fomentar a importância da APED como meio facilitador da avaliação da qualidade das Unidades de Dor.

Conceito de qualidade na área da dor: diferentes vertentes

a) Forma de dar melhores respostas ao doente com dor
b) Avaliar as expectativas do doente com dor quando é tratado
c) Qualidade é dinâmica e os instrumentos de medição precisão de ajustes frequentes

Objetivos de medir a qualidade

a) Medir o que fazemos
b) Medir através de indicadores
c) Trilogia da avaliação da qualidade: estrutura, recursos, processos e resultados
d) Motor de desenvolvimento

Indicadores a definir

a) Fiáveis
b) Universalmente aceites
c) Com limites de controlo estatístico (indicadores quantitativos)
d) Fáceis de aplicar em todas as Unidades
e) Válidos e Validados
f) Terem utilidade

g) Baseados na medicina de evidência
h) Que sejam um reflexo real da atividade das Unidades de Dor
i) Criados e aplicados de forma progressiva
j) Que sirvam como instrumento de mudança e motivador

Foram deixados pelo Dr Francisco Lopez alguns indicadores usados em Espanha

- Uso de escalas validades na avaliação da dor;
- Necessidade de medicação de resgate;
- Avaliação da satisfação;
- Diminuição de 3 pontos na escala de avaliação como forma de avaliar a eficácia da terapêutica.

Questões / dificuldades no processo

1. Considerado que a existência de NOCs na área de intervenção das Unidades de Dor, pode servir para uniformizar práticas e facilitar a avaliação da qualidade;
2. Dificuldade nos registos das Unidades de dor face aos diferentes programas informáticos hospitalares; limitações do SAM, SAPE /SONHO
3. Insuficiências encontradas nos registos;
4. Inexistência na uniformização dos registos

Soluções apontadas

1. Criar registos que independentemente da fonte (plataforma informática, suporte papel…) contenham a informação necessária;
2. Criar indicadores aplicáveis
3. Processo progressivo de avaliação resultados (quantitativos e qualitativos);
4. Indicadores que sirvam de métrica
5. Indicadores que incluam não apenas a estrutura mas também o processo e

Proposta final:

1. Criação de grupos de trabalho
2. Criação de um Gabinete Permanente de Qualidade no seio da APED
3. Criação de um guia de normas e orientações das Unidades de Dor/ colaboração com a DGS na criação de Normas que venham a ser criadas para as Unidades de Dor Crónica;

4. Fazer um levantamento atualizado das Nacional das Unidades de Dor (o que se faz? e como funcionam?) e propor a criação de redes de referenciação no âmbito da dor crónica;
5. Adaptação das normas europeias e da IASP
6. Decisão dentro dos órgãos sociais da APED da estratégia a definir: Como, quando, Quem?

Voluntários para integrar o grupo

1. Criação de grupos de trabalho: Dr. João Duarte; Dra. Leonor Amaro; Dra. Maria Fragoso; Dra. Maria Carlos, Dr.ª Alice Cardoso, Dr. Teresa Patto, Dr.ª Ana Valentim, ...

Participantes:

- Juliana Paciência
- Joana Henriques
- Sofia Proença
- Conceição Duarte
- Isabel Duque
- Elisabete Valente
- Manuel Dias Costa
- Henrique Dias
- Alice Cardoso
- Susana Cardana
- Eunice José
- Francisco Lopez
- Fernando Pousa
- Leonor Amaro
- Adelaide Semblano
- Cristina Duarte
- Teresa Vaz Patto
- José Romão
- João Silva Duarte
- Ana Valentim
- Maria do Carmo Rocha
- Maria Carlos Cativo
- Maria Fragoso
- Diamantino Pereira
- Maria Ceu Loureiro
- Ana Marcos

Workshop 2:

Terapêuticas não Farmacológicas

Coordenador: Filipe Antunes.

Colaboração: Susana Abreu; Rosário Alonso e Rosário Vilardebó

Estrutura do WS:

1-Apresentação do WS (elucidar objectivos e apresentar razões de escolha)

2-Terapêuticas não farmacológicas (selecionadas de acordo com a opinião do Coordenador, tendo pesado a evidencia cientifica disponível (2 primeiros casos) e a expectativa criada em eventos de Dor, anteriormente-Hipnose)

- MFR na DOR (aspectos práticos das várias opções possíveis a ter em conta)
- Acupuntura na DOR (quando referenciar)
- Hipnose na DOR (apresentação de conceitos. Sessão prática)

3-Discussão do WS; Sugestões e conclusões

Assistência:

Maioritariamente enfermeiros e não necessariamente com actividade em Unidades de Dor (embora na maioria, sim). Alguns médicos pertencentes ou não a Unidades de Dor.

Foi activamente participado e excedida largamente a lista de inscritos.

Conclusões:

1-As técnicas não farmacológicas são tão válidas quanto as farmacológicas no tratamento da dor. Necessitam de rigor na prescrição (médica-imperativos clínicos, científicos e médico-legais) e na execução (técnicos devidamente qualificados e certificados), pelo que devem ser os utentes bem seleccionados e correctamente referenciados (médico e idealmente de uma Unidade de Dor) .

2-Devem basear-se na máxima evidência científica e clínica disponível. Nem tudo é terapêutico e validado no tratamento da Dor.

3-Devem ser validadas e avaliadas ao longo do tempo de actuação/execução e de forma consistente e sequencial.

4-Necessidade de estabelecer critérios e fluxogramas de actuação entre as Unidades de Dor e outros serviços clínicos (hospitalares no caso de Hospitais, outros nos casos diferentes) que possam disponibilizar serviços alternativos no tratamento da Dor. Esta realidade é visível no caso concreto da MFR, mas poderá ser pensada pex com a Psiquiatria (no caso de técnicas psicológicas ou do foro psicanalitico) ou com outros serviços que possam dispensar esse tipo de técnicas (Endocrinologia/Nutricção; Anestesia; Cuidados Paliativos, ou outros). No caso da Acupuntura poderá ser efectuado com quem preste o serviço de acupuntura médica.

5-Necessidade de fomentar a formação em Dor e particularmente nas técnicas não farmacológicas no ensino pré e pós-graduado, de forma a alertar e despertar consciências na actuação e validação das mesmas.

Numa época de racionalização de recursos, devem ser aproveitadas todas as sinergias possíveis, desde que válidas clinica e cientificamente. As Unidades de Dor não são, nem podem ser e ter o exclusivo da abordagem de Dor, quer por razões de competência, quer por razões de tempo e espaço, que possam ser necessários na prestação de terapêuticas não farmacológicas.

Workshop 3:

Tratamento da dor crónica em crianças e adolescentes: onde e por quem

Coordenadora: Ananda Fernandes

Justificação

A dor crónica em crianças e adolescentes é um problema de saúde que tem emergido nos últimos anos como um fenómeno mal conhecido e pouco valorizado. Os estudos de prevalência na população escolar, realizados em diversos países, apontam números surpreendentemente elevados de queixas álgicas não ligadas a patologias específicas. Além destas, inúmeras crianças sofrem de doenças crónicas em que a dor é um componente significativo.

Embora a maioria das crianças com dor crónica não se torne "doente", a identificação precoce das situações que podem tornar-se problemáticas requer uma avaliação multidimensional da dor e do seu impacto nas actividades de vida da criança e no funcionamento familiar. Tal contribui não apenas para o bem-estar das crianças e famílias como poderá ser relevante para reduzir a prevalência da dor crónica na idade adulta.

Em Portugal, não é conhecida a prevalência na população escolar nem estão identificados, enquanto tal, os serviços e profissionais que atendem as crianças e adolescentes com dor crónica.

Existindo razões para crer que as estatísticas do nosso país não serão significativamente diferentes das de outros países europeus, designadamente Espanha, a reunião de um grupo de profissionais com experiência de atendimento de crianças e adolescentes revelou-se uma forma de lançar a discussão sobre este tema.

Objectivos

1. Identificar de que forma se encontra organizado o atendimento das crianças e adolescentes com dor crónica em Portugal
2. Identificar as principais dificuldades no diagnóstico, tratamento e referenciação
3. Identificar estratégias para ultrapassar as dificuldades encontradas
4. Partilhar experiências multidisciplinares

Metodologia

Foram realizadas as duas apresentações programadas:

- Dor crónica em crianças e adolescentes: breve revisão da literatura – Ananda Fernandes
- Dor crónica pediátrica em Portugal – Ana Luisa Gonçalves

Foram ainda apresentadas as experiências do:

- Instituto de Reumatologia - Vera Las
- Pediatria IPO do Porto - Filomena Pereira
- Unidade de Dor do H. S. João - Virgínia Rebelo e Armanda Gomes
- Hospital da Guarda - Susana Abreu

Os participantes discutiram acerca das suas experiências, sucessos, dificuldades, propostas, tomando como questões orientadoras, as seguintes:

- Que queixas dolorosas crónicas/recorrentes surgem na sua prática?
- Estão ou não associadas a uma patologia definida?
- Que tipos de tratamento requerem?
- Considera ter os recursos necessários para uma abordagem integral?
- Quais as principais dificuldades encontradas?
- O que pode ser feito para melhorar a resposta às necessidades das crianças com dor crónica e suas famílias?

No final da discussão foi elaborada uma síntese das principais conclusões a fim de ser enviada à Direcção da APED.

Resultados

Participantes

O grupo de 24 participantes era multiprofissional e multidisciplinar, constituído por 11 médicas, 8 enfermeiras e 5 psicólogas.

Os contextos de trabalho e as experiências eram muito diversificados, incluindo a Oncologia,Reumatologia, Medicina Física e Reabilitação, Neuropediatria, Pediatria, Anestesiologia e Unidade de Dor.

O grupo estava altamente motivado para a discussão, identificando um conjunto vasto de problemas que se levantam no seu atendimento das crianças e adolescentes com dor crónica.

Situação actual

A dor crónica em crianças e adolescentes ocorre ligada a um conjunto de doenças e seu tratamento, como é o caso do cancro e da SIDA, a doenças reumatológicas, à drepanocitose, a patologia neuromotora; ocorre também na sequência de trauma, queimaduras, amputações.

Estas causas de dor são, habitualmente, reconhecidas. Estas situações são seguidas em serviços e consultas da especialidade, sendo alvo de atenção clínica, particularmente as que estão ligadas à oncologia e reumatologia.

Há, no entanto, inúmeras situações de dor não ligadas a doença específica, em que a lesão dos tecidos não está evidenciada e que passam frequentemente despercebidas ou para as quais nem sempre é reconhecida a necessidade de uma abordagem terapêutica. É o caso da dor abdominal recorrente, das dores músculo-esqueléticas, das "dores de crescimento", da fibromialgia, da dor generalizada e, muitas vezes ainda, das cefaleias.

Por esta razão, a generalidade dos serviços que atendem crianças e adolescentes, sejam eles de Urgência, ambulatório ou internamento, confrontam-se com situações de dor crónica não tratada.

Num grande número de crianças, a dor crónica é um achado complementar, não tendo constituído motivo de consulta ou referenciação. A situação é frequentemente desvalorizada pelos pais e profissionais de saúde o que pode ser devido ao desconhecimento acerca da elevada prevalência da dor nestas idades e dos serviços/especialistas que podem dar resposta à situação.

Dificuldades

Da discussão sobre casos de sucesso e sobre as dificuldades sentidas, salientam-se as seguintes preocupações, que reflectem, naturalmente, a formação e experiência dos participantes:

- Défice de conhecimentos de muitos profissionais de saúde sobre a dor na criança e adolescente, nomeadamente sobre expressão da dor, avaliação, diagnóstico, abordagens terapêuticas, recursos disponíveis para referenciação;
- Grande dispersão de serviços que fazem o atendimento destas crianças e adolescentes dificulta o desenvolvimento de competências para lidar com a dor;
- Falta de coordenação entre Cuidados de Saúde Primários (CSP) e Hospital e entre serviços do mesmo hospital bem como ausência de referenciação e de consultadoria levam a que situações mais complexas fiquem sem resposta;
- Falta de consultas/serviços vocacionados para a dor crónica nas crianças e falta de capacidade das Unidades de Dor para absorver a idade pediátrica;

- Desresponsabilização das administrações e por vezes dos próprios clínicos quanto à criação de tempos e espaços próprios e à alocação de recursos humanos para efectuar consultas fazem depender o atendimento destas situações do esforço de alguns profissionais mais dedicados;
- Complexidade das situações de dor, particularidades desenvolvimentais e forte influência do contexto sociofamiliar requerem muitas vezes abordagens multiprofissionais com recurso a terapêuticas não-farmacológicas e envolvimento parental e escolar;
- A falta de recursos e/ou falta de uma cultura de multidisciplinaridade dificultam o trabalho em equipa multidisciplinar e multiprofissional, de extrema importância na abordagem da dor crónica;
- Fármacos não aprovados/apresentação e dose não adequadas à idade pediátrica dificultam a prescrição e levam a desperdícios.

Propostas

As sugestões e propostas discutidas podem ser agrupadas em 4 grandes áreas:

Formação

- Na formação pré e pós-graduada, reforçar a preparação teórica sobre a dor nas crianças;
- Nas formações pós-graduadas em Medicina da Dor, incentivar os estágios em Unidades/Consultas que atendem crianças com dor, nomeadamente na Reumatologia Pediátrica;
- Sensibilizar e formar os profissionais dos CSP para reconhecer, avaliar e tratar ou referenciar, envolvendo as Unidades Coordenadoras Funcionais;
- Privilegiar o carácter multiprofissional na formação continuada;
- Promover a realização de estágios de médicos, enfermeiros e psicólogos em Unidades/Consultas que atendem dor pediátrica.

Investigação

- Construir um mapa onde estejam identificados as consultas ou serviços que atendem crianças e adolescentes com dor crónica;
- Caracterizar o perfil sociodemográfico e clínico das crianças atendidas nesses serviços;
- Efectuar estudo de prevalência da dor crónica na população escolar

Desenvolvimento da prática

- Definir um modelo de organização do atendimento hospitalar adequado às características desta população;

- Criar redes de referenciação e apoio (por enfermeiros de referência nos CSP, por exemplo) à semelhança do que acontece com alguns serviços de Oncologia Pediátrica;
- Formalizar as consultas de dor pediátrica já existentes, com a criação de centros de custos e alocação de recursos humanos e físicos;
- Identificar as especialidades que podem prestar consultadoria para esclarecimento do diagnóstico e tratamento (p. ex: reumatologia);
- Elaborar um modelo de registo mínimo de dados, comum aos diversos serviços, que permita conhecer melhor a situação e o seu seguimento;
- Selecionar e padronizar instrumentos de avaliação da dor, ansiedade e funcionamento familiar que possam ser utilizados nas crianças/adolescentes com dor crónica e suas famílias;
- Elaborar Manual ou Orientações/Guidelines nacionais sobre o controlo da dor crónica em crianças e adolescentes.

Divulgação e pressão

- Publicitar nos sites das instituições de saúde «Consulta de dor pediátrica», onde exista;
- Divulgar junto dos clínicos as possibilidades de referenciação;
- Criar links para sites sobre dor na criança, na página da APED;
- Construir página Web;
- Constituir secção/grupo de interesse em dor nas crianças e adolescentes, na APED;
- Identificar pessoas-chave que contribuam para o alargamento e aprofundamento da discussão iniciada e o delineamento de projectos;
- Identificar pessoas (ex: formandos de pós-graduações) interessadas em levar a cabo os projectos;
- Envolver a DGS na elaboração de guidelines sobre a utilização de fármacos não aprovados em pediatria;
- Identificar apoios, nomeadamente nas sociedades científicas;
- Identificar fontes de financiamento para os projectos a desenvolver.

Conclusão

A partilha de experiências e a discussão gerada foram muito produtivas para uma noção mais clara da nossa realidade e para a identificação de um conjunto de preocupações dos profissionais que trabalham com crianças/adolescentes com dor crónica e suas famílias. Foi possível apontar algumas medidas que constituem passos essenciais para melhorar o atendimento desta

população. O empenho dos participantes traduziu-se no desejo de realizar uma reunião (dentro de 3 meses) para aprofundar as propostas e delinear um plano de acção.

Lista Participantes

- Ana Isabel Dias
- Ana Luisa Vieira Gonçalves
- Ana Sofia Paulino
- Armanda Gomes
- Bela Graça Almeida
- Dulce Cruz
- Dulce Guerreiro
- Fátima Vieira
- Filipa Couto
- Filomena Pereira
- Filomena Pires
- Helena Vale
- Joana Gonçalves
- Lúcia Nóbrega
- Maria do Carmo Silva Pinto
- Matilde Correia
- Paula Cristina
- Susana Macedo
- Teresa Neto
- Teresa Ferreira
- Teresa Rolo
- Vera Las
- Verónica Pedro
- Virgínia Rebelo

Bibliografia

-Abu-Arafeh, I., Razak, S., Sivaraman, B., & Graham, C. (2010). Prevalence of headache and migraine in children and adolescents: a systematic review of population-based studies. Dev Med Child Neurol., 52, 1088-1097.

-Dell'Api, M., Rennick, J. E., & Rosmus, C. (2007). Childhood chronic pain and health care professional interactions: shaping the chronic pain experiences of children. J Child Health Care, 11, 269-286.

-Eccleston, C., Malleson, P. N., Clinch, J., Connell, H., & Sourbut, C. (2003). Chronic pain in adolescents: evaluation of a programme of interdisciplinary cognitive behaviour therapy. Arch Dis Child, 88, 881-885.

-Evans, A. M. (2008). Growing pains: contemporary knowledge and recommended practice. Journal of foot and ankle research, 1, 4.

-Forgeron, P. A., King, S., Stinson, J. N., McGrath, P. J., MacDonald, A. J., & Chambers, C. T. (2010). Social functioning and peer relationships in children and adolescents with chronic pain: A systematic review. Pain Res Manag., 15, 27-41.

-Hoftun, G. B., Romundstad, P. R., Zwart, J. A., & Rygg, M. (2011). Chronic idiopathic pain in adolescence--high prevalence and disability: the young HUNT Study 2008. Pain, 152, 2259-2266.

-Huguet, A. & Miro, J. (2008). The severity of chronic pediatric pain: an epidemiological study. JPain, 9, 226-236.

-Kashikar-Zuck, S., Graham, T. B., Huenefeld, M. D., & Powers, S. W. (2000). A review of biobehavioral research in juvenile primary fibromyalgia syndrome. Arthritis Care Res, 13, 388-397.

-King, S., Chambers, C. T., Huguet, A., MacNevin, R. C., McGrath, P. J., Parker, L. et al. (2011). The epidemiology of chronic pain in children and adolescents revisited: a systematic review. Pain, 152, 2729-2738.

-Lewandowski, A. S., Palermo, T. M., Stinson, J., Handley, S., & Chambers, C. T. (2010). Systematic review of family functioning in families of children and adolescents with chronic pain. J Pain, 11, 1027-1038.

-Merskey, H. & Bogduk, N. (1994). Classification of chronic pain: Descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms. (2nd ed.) Seattle: IASP Press .

-Mikkelsson, M., El-Metwally, A., Kautiainen, H., Auvinen, A., Macfarlane, G. J., & Salminen, J. J.(2008). Onset, prognosis and risk factors for widespread pain in schoolchildren: a prospective 4-year follow-up study. Pain, 138, 681-687.

-Palermo, T. M. & Chambers, C. T. (2005). Parent and family factors in pediatric chronic pain and disability: an integrative approach. Pain, 119, 1-4.

- Roth-Isigkeit, A., Thyen, U., Stoven, H., Schwarzenberger, J., & Schmucker, P. (2005). Pain among children and adolescents: restrictions in daily living and triggering factors. Pediatrics, 115, e152-e162.

-Sleed, M., Eccleston, C., Beecham, J., Knapp, M., & Jordan, A. (2005). The economic impact of chronic pain in adolescence: methodological considerations and a preliminary costs-ofillness study. Pain, 119, 183-190.

-van Eekelen, F. C., Perquin, C. W., Hunfeld, J. A., Hazebroek-Kampschreur, A. A., van Suijlekom-Smit, L. W., Koes, B. W. et al. (2002). Comparison between children and adolescents with and without chronic benign pain: consultation rate and pain characteristics. Br J Gen.Pract,52, 211-213.

-van, G. H., Gassmann, J., & Kroner-Herwig, B. (2011). Children in pain: recurrent back pain, abdominal pain, and headache in children and adolescents in a four-year-period. J Pediatr, 158, 977-983.

-World Health Organization (2012). WHO Guidelines on the Pharmacological Treatment of Persisting Pain in Children with Medical Illnesses. Geneva: World Health Organization.

WORKSHOP 4

Instrumentos de avaliação psicológica

Coordenadora: Cristina Catana

Palestrantes:

Teresa Alvarez- A aplicação do MMPI como uma medida de avaliação numa paciente com dor crónica. Discussão de um caso clínico.

Rita Morais- As perceções Sobre o Ambiente Físico e Sociofuncional de uma Unidade de Dor Portuguesa: Estudo qualitativo com Utentes e Profissionais de Saúde.

Alexandra Duque- A escala multidimensional da dor, MPI, e suas (des)vantagens.

A metáfora da história do Capuchinho Vermelho com a História da Dor do paciente.

1. Introdução

A apresentação dos trabalhos serviram de mote para discussão, activa, dinâmica e alargada dos participantes que constituíram o presente Workshop, emergindo aspectos pertinentes para reflexão dos mínimos (dominadores comuns) que poderão, futuramente, estruturar uma linguagem e "modus operandi" comuns no trabalho do(a) psicólogo(a) com o doente com dor crónica.

2. A Apresentação do(a) Psicólogo(a) num Modelo Multidisciplinar de Dor Crónica

É unânime que o Psicólogo(a) faça a sua apresentação ao paciente, de forma clara, reforçando o vínculo à Equipa de Dor (Unidade/Consulta) e seu modelo da DOR TOTAL. Ou seja, legitimar as queixas do paciente, criando um ambiente de compreensão, empatia e contentor para mobilizar sentimentos de segurança, confiança essenciais para o estabelecimento de uma boa aliança psicoterapêutica. Evitar uma linguagem inacessível e "psicologizante" da dor da pessoa.

Ainda que se esteja em condições de espaço precárias e limitadas, cabe ao Psicólogo(a) reforçar o clima de privacidade e de sigilo.

3. Métodos e Técnicas utilizadas numa Avaliação Psicológica:

- Observação Clínica (da linguagem verbal e não verbal)
- Entevista (semi-estruturada)
- Questionários e Inventários
- Técnicas Projectivas
- Testes

3.1 Observação e Entrevista Clínicas

Foi sustentado pelos presentes, que quando avaliamos já estamos a intervir, isto é, ao se oferecer disponibilidade, atenção em busca da compreensão do problema da Dor/sofrimento do paciente, estruturado num ambiente confiante , potencia-se uma nova relação com um espaço para se obter uma história clínica mais enriquecida.

O que está em causa é uma visão integrativa da Avaliação.

- Considera-se, por unanimidade, que o paciente deverá ser informado dos propósitos da entrevista, da avaliação psicológica dos procedimentos, do tempo que irá necessitar.
- E no seu final, devolver de forma clara e sucinta os seus resultados, sempre integrados na história pessoal e na capacidade de integração psíquica do paciente, reconhecendo-lhe a sua dimensão dinâmica.
- A Entrevista Exploratória/ Psicodiagnóstica da Dor poderá requerer uma ou mais consultas de psicologia.
- A Entrevista tenderá a ser semi-estruturada para não se confundir com um questionário, e criar o risco de bloquear a riqueza do material que emerge da liberdade de associações do paciente.
- Hipotetizou-se que os mínimos de uma Entrevista para a Dor Crónica estruturam-se em 5 grandes partes:
    - Apresentação/Referenciação (motivo, grau de urgência e por quem)
    - História da Dor, na perspectiva do doente, (Anamnese da Doença Crónica Atual/ História Pessoal/ Lutos e separações traumáticos atuais e anteriores/Crenças e

Significados atribuídos à Dor)/Expectativas/ Impacto Psicossocial, adaptação sócio-económica e profissional /Vida Social/ Afecto Dominante/Padrão Relacional Familiar/Estratégias de Cooping dominantes/ Factores de comorbilidade: psicopatológicos e outros/Vida Sexual/Avaliação da Adesão Terapêutica);

- Moduladores da Percepção da Dor e relação com a Configuração da Personalidade do paciente
- Propostas (avaliação psicológica, aconselhamento e intervenção psicoterapêuticas);
- Conclusão

3.2 Instrumentos de Avaliação Psicológica (Testes, Inventários, Provas Projectivas...)

Perante este tema, o grupo referiu os instrumentos conhecidos e/ou utilizados na sua prática:

- VAS (Escala Visual Analógica)
- BPI (Inventário Resumido da Dor)
- MMPI (e Mini-Mult)
- Inventário da Depressão de BecK
- Inventário Multidimensional de Sintomas de Dor MPI
- STAI (Inventário de Ansiedade Traço)
- HADS (Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão)
- Questionário de Crenças Medo-Evitamento
- Índice de Incapacidade Relacionada com a Dor
- Inventário de Convicções e Percepções Relacionadas com a Dor
- Escala da Catastrofização da Dor
- Escala de Ideação Suicida-SSI
- Escala de Rojas para Avaliar o Risco de Suicídio
- TAS (Escala de Alexitimia de Toronto)
- Inventário da Qualidade de Vida da OMS
- Questionário Genérico de Avaliação Qualidade de Vida (SF-36)
- Desenho da Dor
- Desenho da Figura Humana
- Testes para avaliação dos mecanismos de defesa psicológicos (a explorar)

OBS: Não foram ainda discutidos os mínimos e obrigatórios instrumentos de avaliação.

4. Sequência de trabalhos:

4.1 Referenciação

Referenciação dos doentes para a Consulta de Psicologia de Dor (quando a realidade da Unidade/Consulta de Dor não é conciliável com a avaliação psicológica do doente simultânea com a restante equipa) a partir de algumas variáveis:

- Indicadores ;
- Indicadores dos níveis de Urgência de Atendimento Psicológico;
- Delimitação do pedido;
- Criação de um breve questionário/formulário incluído na Consulta Médica/Enfermagem...;

Para este tema organizou-se um grupo de trabalho que irá elaborar uma proposta a todos os Psicólogos e aos restantes membros da APED, que a pretende concluída nas Jornadas de Dor da ASTOR.

4.2 Propostas de Trabalhos Seguintes (grupos a formar)

- Avaliação Psicológica (os mínimos comuns, para além dos modelos psicológicos adoptados);
- Integração da Avaliação Psicológica e Discussão do caso com a Equipa
- Criação de grupos de psicólogos para darem formação nas Equipas de Dor e a outros grupos profissionais nas diversas Instituições de Saúde a Nível Nacional.
- Técnicas psicoterapêuticas

Grupo para trabalhar a referenciação

- Cristina Catana
- Benjamim Bakonyi
- Margarida Branco
- Margarida Sara
- Sónia Bernardes
- Naide Stela Teixeira Silva Ferreira
- Susana Clara Morais
- Rosana Milhomens

Workshop 5

NOCs[1] na dor crónica: Se? Quando? E Quais?

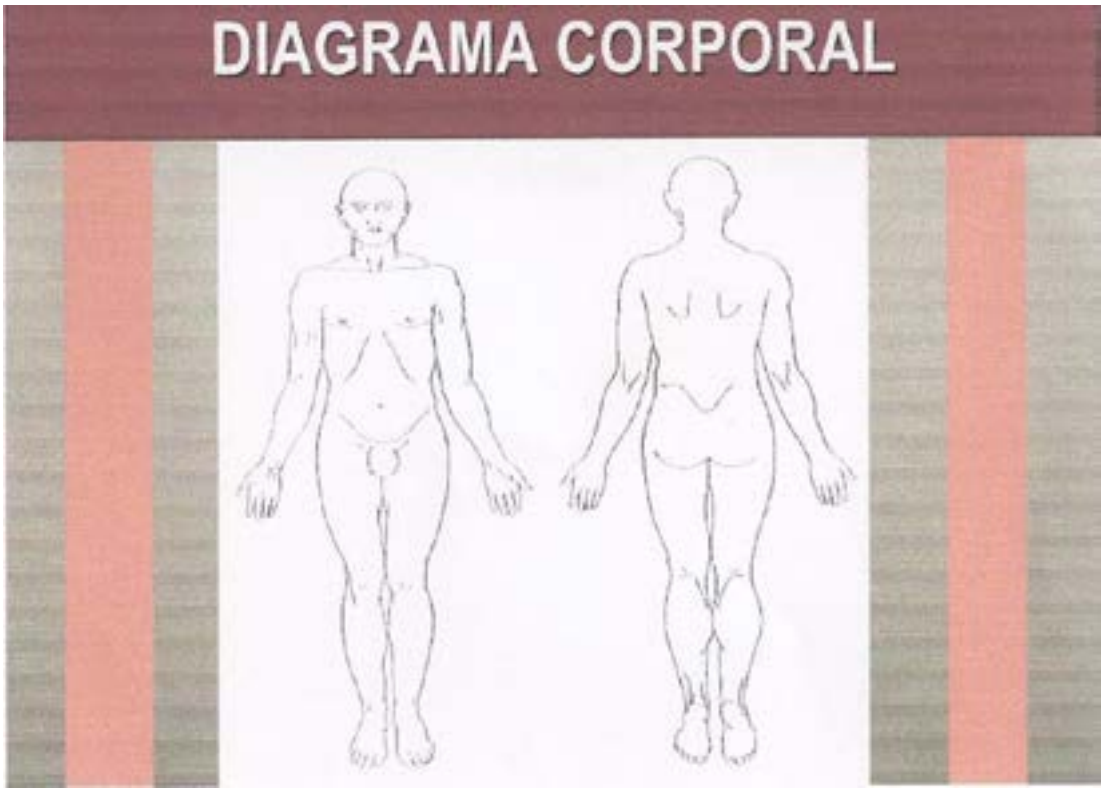
Coordenadora: Beatriz Craveiro Lopes

Este grupo de trabalho propõe à APED[2] o seguinte documento relativo à história da dor a usar na atividade ambulatória no âmbito da primeira consulta externa das Unidades de Dor Crónica:

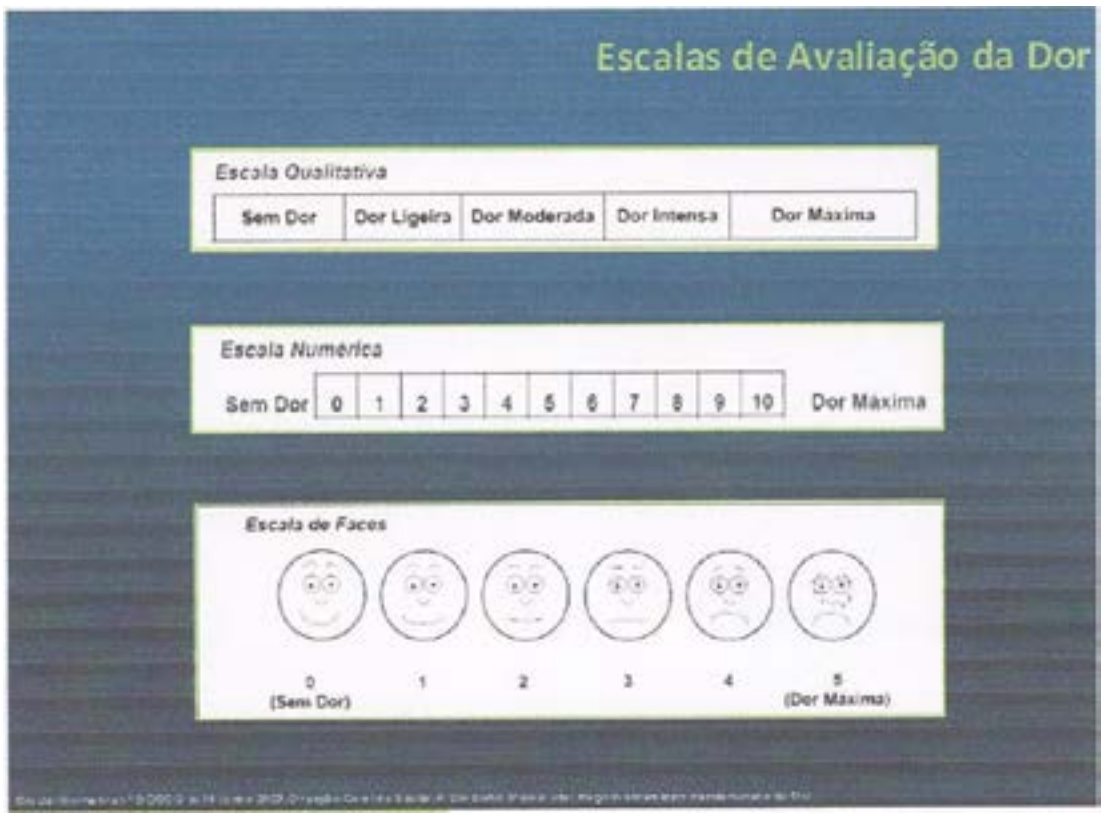
- Localização/distribuição
- Intensidade: escalas (ver anexo)
- Descritores
- Características temporais
    - início
    - duração
    - padrões de ocorrência
    - evolução
- Fatores de alívio e agravamento
- Revisão de registos prévios
- História médica e/ou cirúrgica
- História socioeconómica, incluindo substâncias de uso e/ou abuso (sugere-se por exemplo, o uso de escala CAGE para o alcoolismo)
- História familiar
- Medicação corrente incluindo uso e/ou abuso
- História de alergia e revisão por sistemas
- Impacto da dor e tratamentos prévios no descondicionamento do status ocupacional, disfunção psicossocial (ex: perturbações do sono, ansiedade, depressão...)
- Exame físico
- Diagnóstico
- Expectativas do doente
- Plano terapêutico

Instrumentos de avaliação considerados essenciais

1. **Diagrama corporal**



2. **Escalas de intensidade -Registo sistemático da intensidade da Dor; Direcção-Geral da Saúde Circular Normativa - 14/06/2003**



3-Inventário Resumido de Dor (BPI)

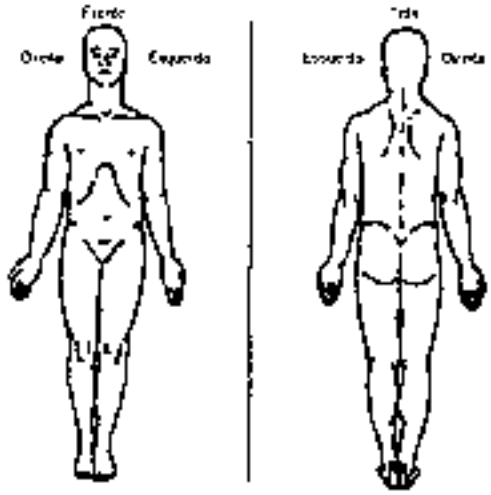
Inventário Resumido da Dor

(Formulário Abreviado)

1 Ao longo da vida, a maior parte de nós leve dor de vez em quando (tais como dores de cabeça de pequena importância, entorses e dores de dentes). Durante a última semana teve alguma dor diferente destas dores comuns?

___ Sim ___ Não

2 Nas figuras marque as áreas onde sente dor. Coloque um X na zona que lhe dói mais.



3 Por favor, classifique a sua dor assinalando com um círculo o número que melhor descreve a sua dor no seu **máximo** durante a última semana

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Sem dor — A pior dor que se pode imaginar

4 Por favor, classifique a sua dor assinalando com um círculo o número que melhor descreve a sua dor no seu **mínimo** durante a última semana

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Sem dor — A pior dor que se pode imaginar

5 Por favor, classifique a sua dor assinalando com um círculo o número que melhor descreve a sua dor **em média**

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Sem dor — A pior dor que se pode imaginar

6 Por favor classifique a sua dor assinalando com um círculo o número que indica a intensidade da sua dor **neste preciso momento**

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Sem dor — A pior dor que se pode imaginar

Versão portuguesa do *Brief Pain Inventory (Short Form)*. Tradução, adaptação cultural e validação da responsabilidade da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, com a autorização do autor Charles Cleeland, PhD

3-Inventário Resumido de Dor (BPI)

7 Que tratamentos ou medicamentos está a fazer para a sua dor?

_____

_____

_____

8 Na última semana, até que ponto é que os tratamentos e os medicamentos aliviaram a sua dor? Por favor, assinale com um círculo a percentagem que melhor demonstra o alívio que sentiu

0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
Nenhum alívio										Alívio completo

9 Assinale com um círculo o número que descreve em que medida é que, durante a última semana, a sua dor interferiu com a sua/seu:

A Actividade geral

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Não interferiu										Interferiu completamente

B Disposição

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Não interferiu										Interferiu completamente

C Capacidade para andar a pé

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Não interferiu										Interferiu completamente

D Trabalho normal (inclui tanto o trabalho doméstico como o trabalho fora de casa)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Não interferiu										Interferiu completamente

E Relações com outras pessoas

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Não interferiu										Interferiu completamente

F Sono

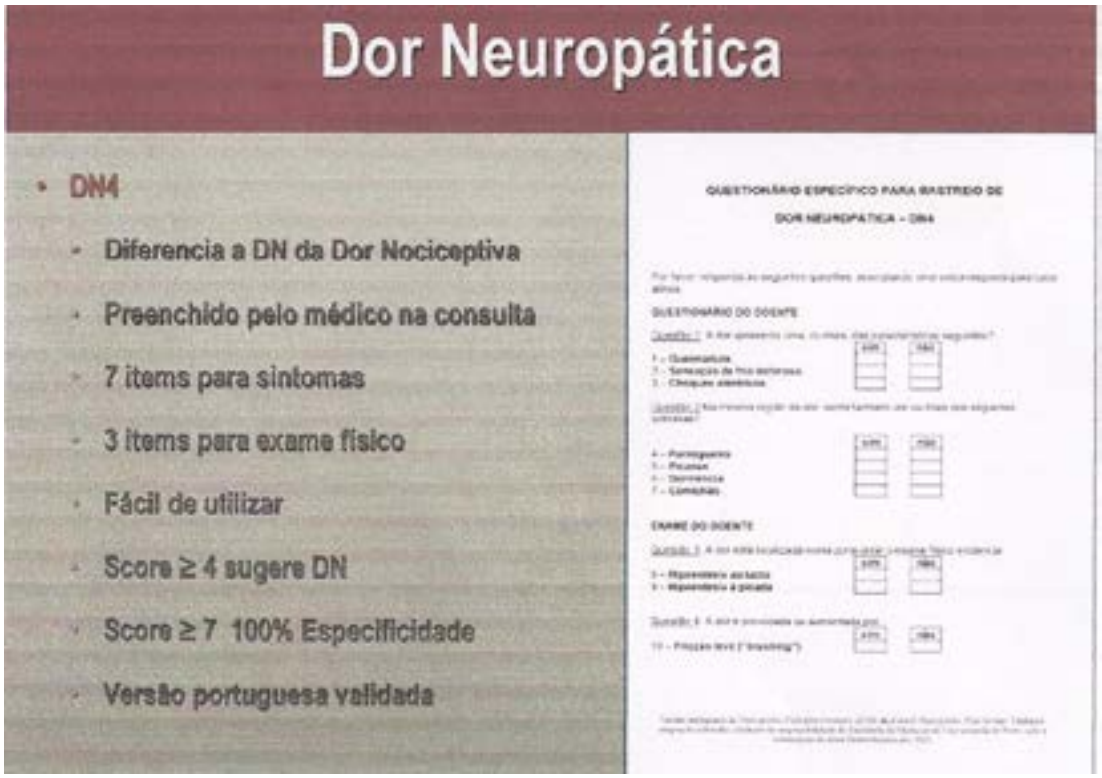
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Não interferiu										Interferiu completamente

G Prazer de viver

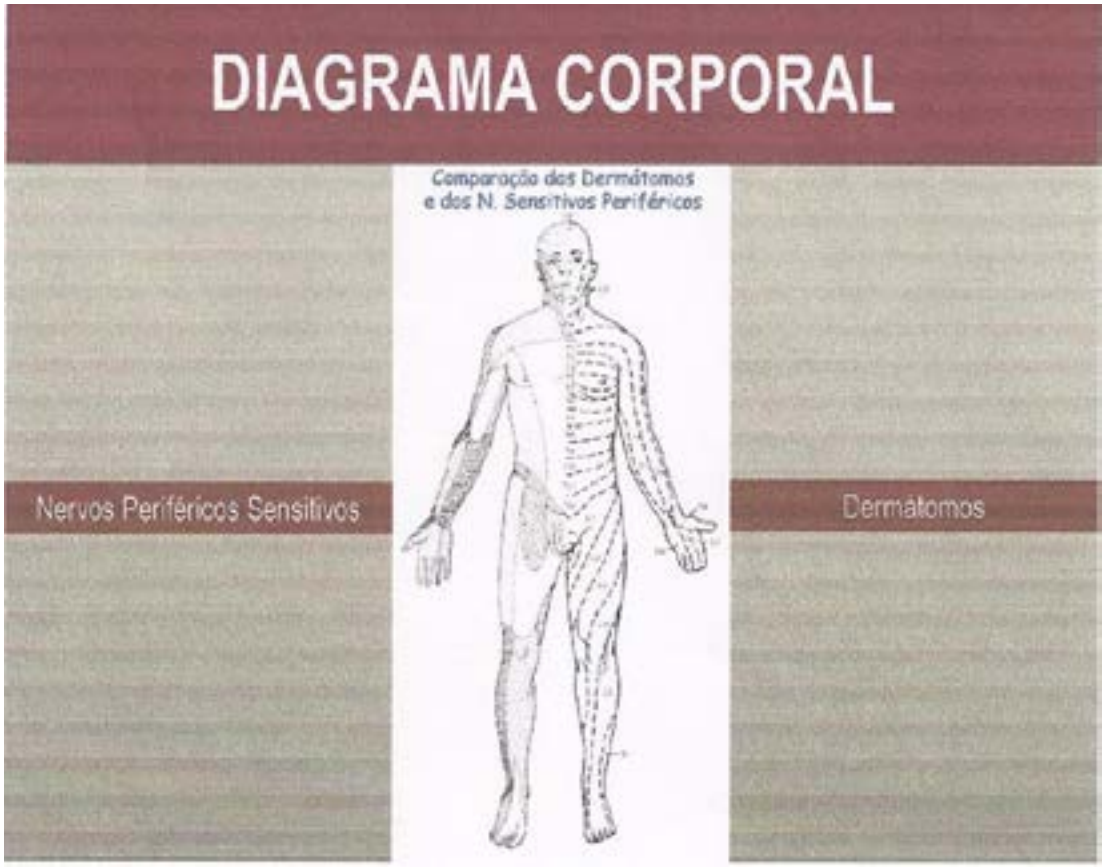
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Não interferiu										Interferiu completamente

Versão portuguesa do *Brief Pain Inventory (Short Form)*. Tradução, adaptação cultural e validação da responsabilidade da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, com a autorização do autor Charles Cleeland, PhD.

4. **DN4 para rastreio de dor neuropática (Douleur Neuropathique)**



5. **Diagrama corporal para profissionais**



6. **Instrumentos de avaliação psicológica**
    - Inventário da depressão de Beck
    - SCL 90

Sugestões

Considerar outros instrumentos de avaliação nomeadamente para doentes/patologias específicas, por exemplo:

- Idoso. Doloplus,
- Avaliação da Dor Neuropática NPSI (Neuropthic Pain Symptom Inventory) ainda não validado em português
- Não verbais – Pain Scale for Cognitively impaired, non-verbal adults – ainda não validada em português

É importante planificar o tempo mínimo necessário para entrevista clínica para a colheita da história da dor do doente visando as dimensões afetadas numa perspetiva biopsicossocial, coma a utilização de instrumentos de avaliação específicos para a Dor crónica.

Face ao exposto este grupo de trabalho propõe como tempos mínimos 60 minutos para a 1ª consulta e 30 minutos para as subsequentes.
Propõe-se à Direção da APED pôr à discussão e eventual aprovação deste documento para posterior proposta à Ordem dos Médicos e Ministério da Saúde.

[1]**NOCs**- Normas de Orientação Clinica
[2]**APED**- Associação Portuguesa para o Estudo da Dor

ANEXOS

-**PROJECTO DE QUALIDADE**
Certificação Unidade de Dor
(Hospital Distrital de Oliveira de Azeméis)

-UNIDAD DE TRATAMIENTO DEL DOLOR
Estándares y recomendaciones
(Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad)

Ministério da Saúde

PROJECTO QUALIDADE
CERTIFICAÇÃO UNIDADE DE DOR

HOSPITAL DISTRITAL DE OLIVEIRA DE AZEMÉIS

CONSULTA DE DOR
HOSPITAL DE S. MIGUEL
OLIVEIRA DE AZEMÉIS

ÍNDICE

ÍNDICE 2
I. OBJECTIVO 3
II. CARACTERIZAÇÃO DA UNIDADE FUNCIONAL 4
III. CARACTERIZAÇÃO ESPECÍFICA DA UNIDADE DE DOR CRÓNICA 7
IV. CARACTERIZAÇÃO DO PROJECTO 8
V. O SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE IMPLEMENTADO 11
VI. RESULTADOS 16
VII. CONSIDERAÇÕES FINAIS 19

Elaborado	Revisto
Maria Carlos Cativo	João Bento

I. OBJECTIVO

Este documento tem, como objectivo principal efectuar uma apresentação do projecto de Qualidade que tem vindo a ser implementado na Unidade de Dor do Hospital de S. Miguel em Oliveira de Azeméis.

Este é um projecto que teve o seu início em Novembro de 2007 e que se pretende que esteja totalmente concluído em Setembro de 2008.

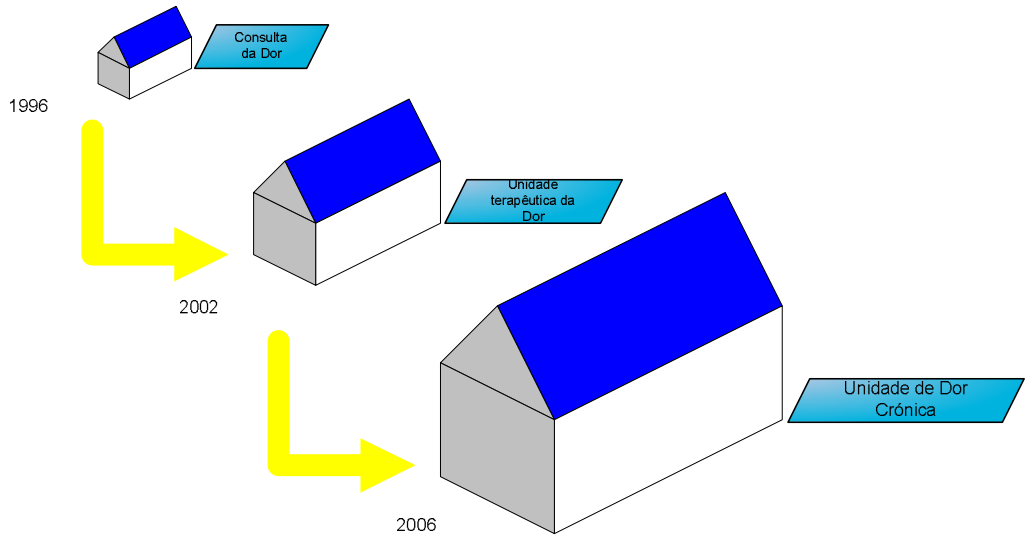
II. Caracterização da Unidade Funcional

A Unidade de Dor do Hospital de S. Miguel iniciou o seu funcionamento em Abril de 1996, de uma forma organizada, no âmbito da terapêutica da dor crónica, oncológica, e não oncológica.

Com a crescente procura interna deste tipo de terapêutica por parte do Serviço de Urgência e do Serviço de Medicina Interna, tornou-se necessária uma organização mais sistematizadas, para uma resposta mais efectiva às necessidades da população. Neste sentido foi possível alargar a actividade da unidade à consulta externa, na dependência do Serviço de Anestesiologia. Surge assim, o embrião da futura Unidade de Tratamento da Dor (UTD), que na altura se designou apenas por consulta da dor.

Em 2002, com a inauguração das novas instalações da consulta externa passou a dispor de gabinete próprio, com sala de tratamentos, usando as instalações do novo bloco operatório completamente equipado, para a realização de técnicas invasivas.

Em Junho de 2006, foi então criada a Unidade de Dor Crónica, unidade autónoma com centros de custos próprios (Hospital de Dia e Consulta Externa), passando a dispor presentemente de:



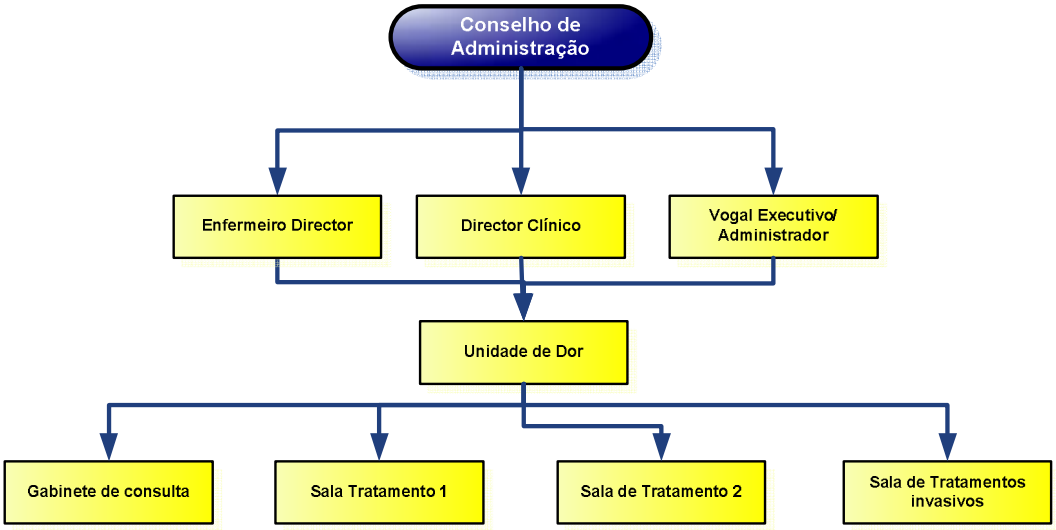
1. **Instalações**

   a. Um gabinete de consulta;

   b. Duas salas de tratamento;

   c. Uma sala de bloco operatório.

O que em termos esquemáticos se pode representar da seguinte forma:



2. **Recursos Humanos**

   a. Um médico anestesista;

   b. Duas enfermeiras a 35 horas semanais;

   c. Um médico neurologista e um médico de medicina interna dedicados 3 horas semanais na consulta multidisciplinar;

   d. Uma psicóloga clínica, com formação em Terapêutica da dor, dedicada 3 dias por semana.

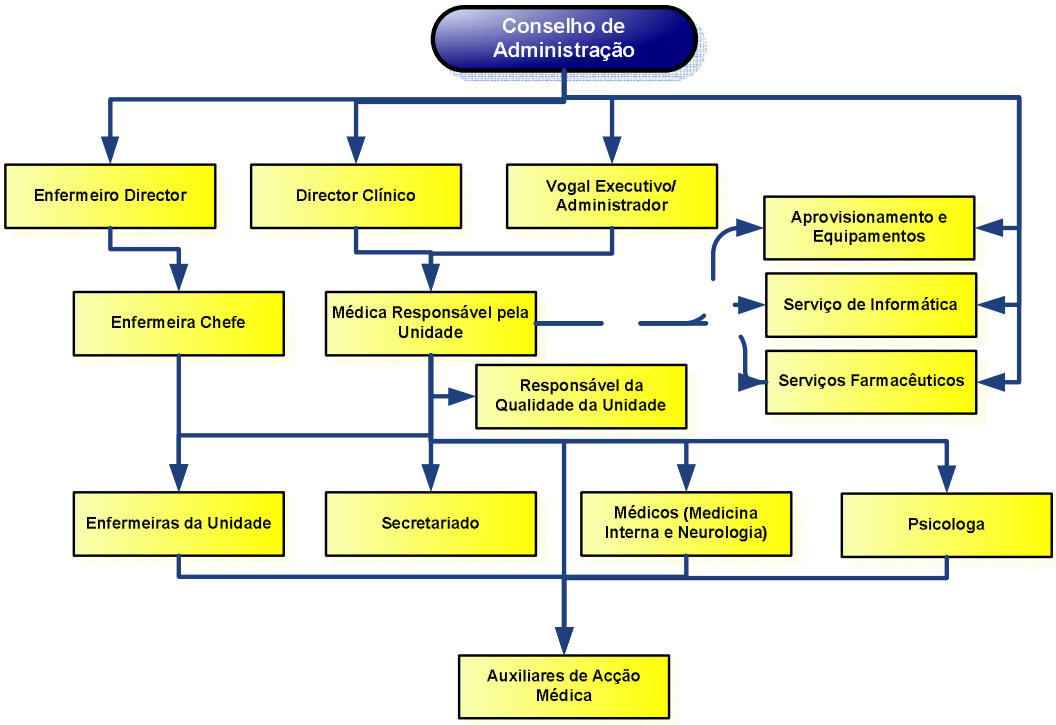
3. **População Alvo**

   a. Recebe doentes dos Centros de Saúde de Oliveira de Azeméis, Vale de Cambra, S.João da Madeira; Estarreja, Arouca e Sever do Vouga

4. Outros Recursos

a. Dispõe de linha telefónica directa que funciona todos os dias da semana das 8 às 20 horas

Em termos funcionais a Unidade de Dor Crónica esta organizada de acordo com o organigrama que apresentamos em seguida:



III. Caracterização Específica da Unidade de Dor Crónica

Em seguida serão apresentados os indicadores acompanhados pelo serviço de estatística e contabilidade para a Unidade de Dor, relativo ao primeiro de trimestre de 2008 e em comparação de igual período de 2007.

Movimentos no Hospital de Dia:

ESPECIALIDADES	2007		2008		OP	Desvio 2007/2008		Taxa Execução OP 2008
	Março	Acumulado	Março	Acumulado		Março	Acumulado	
Bloqueios Centrais e Periféricos	102	273	124	291		21,57%	6,59%	
TOTAL DOENTES TRATADOS	317	390	472	604	950	48,90%	54,87%	63,58%
SESSÕES	1.058	2.868	1.028	3.007	11.800	-2,84%	4,85%	25,48%

Movimento de Consulta Externa

ESPECIALIDADES MÉDICAS	2007			2008			Orç. Programa			Variação	% Realiz.	Lista
	1as	Subseq	Total	1as	Subseq	Total	1as	Subseq	Total	2007/2008	O. P.	Espera
UNIDADE DOR CRÓNICA	75	3.111	**3.186**	186	1.633	**1.819**	500	10.200	**10.700**	-42,91%	17,00	17
SUB-TOTAL	**213**	**3112**	**3.325**	**229**	**1.636**	**1.865**	**550**	**10.200**	**10.750**	**-43,91%**	**17,35**	
MULTIDISCIPLINAR	0	0	**0**	8	11	**19**			**0**			1

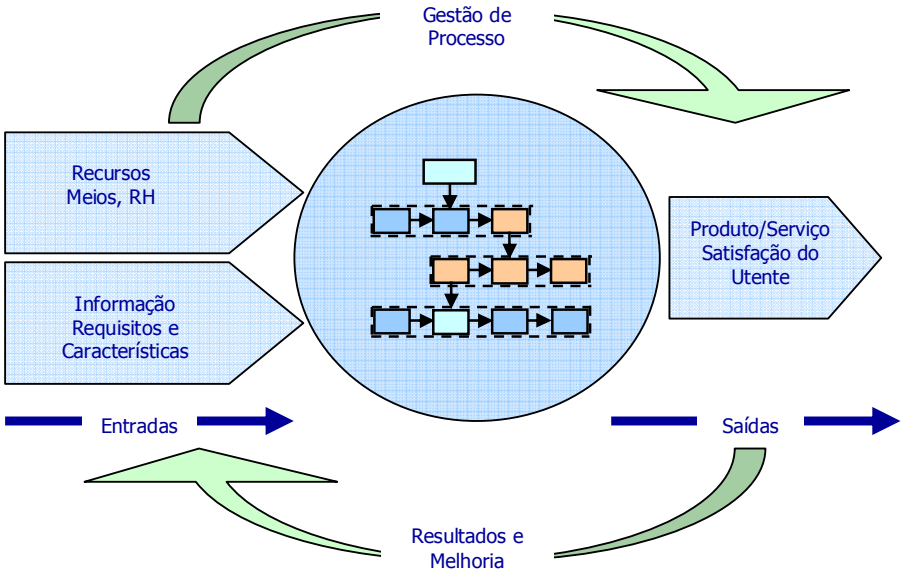
Consulta Externa - Doentes faltosos, Consultas Desmarcadas e Consultas sem Agendamento

		DOENTES FALTOSOS					CONSULTAS DESMARCADAS					CONSULTAS s/ AGENDAMENTO				
		Nº		%		DESVIO 2007/2008	Nº		%		Var.%	Nº		%		Var.%
	CONSULTAS REALIZADAS	2007	2008	2007	2008		2007	2008	2007	2008		2007	2008	2007	2008	
UDC	1.865	321	345	9,65%	3,16%	7,48 %	59	99	1,77%	5,31%	67,80 %	924	258	27,79 %	13,83 %	-72,08 %

IV. Caracterização do projecto

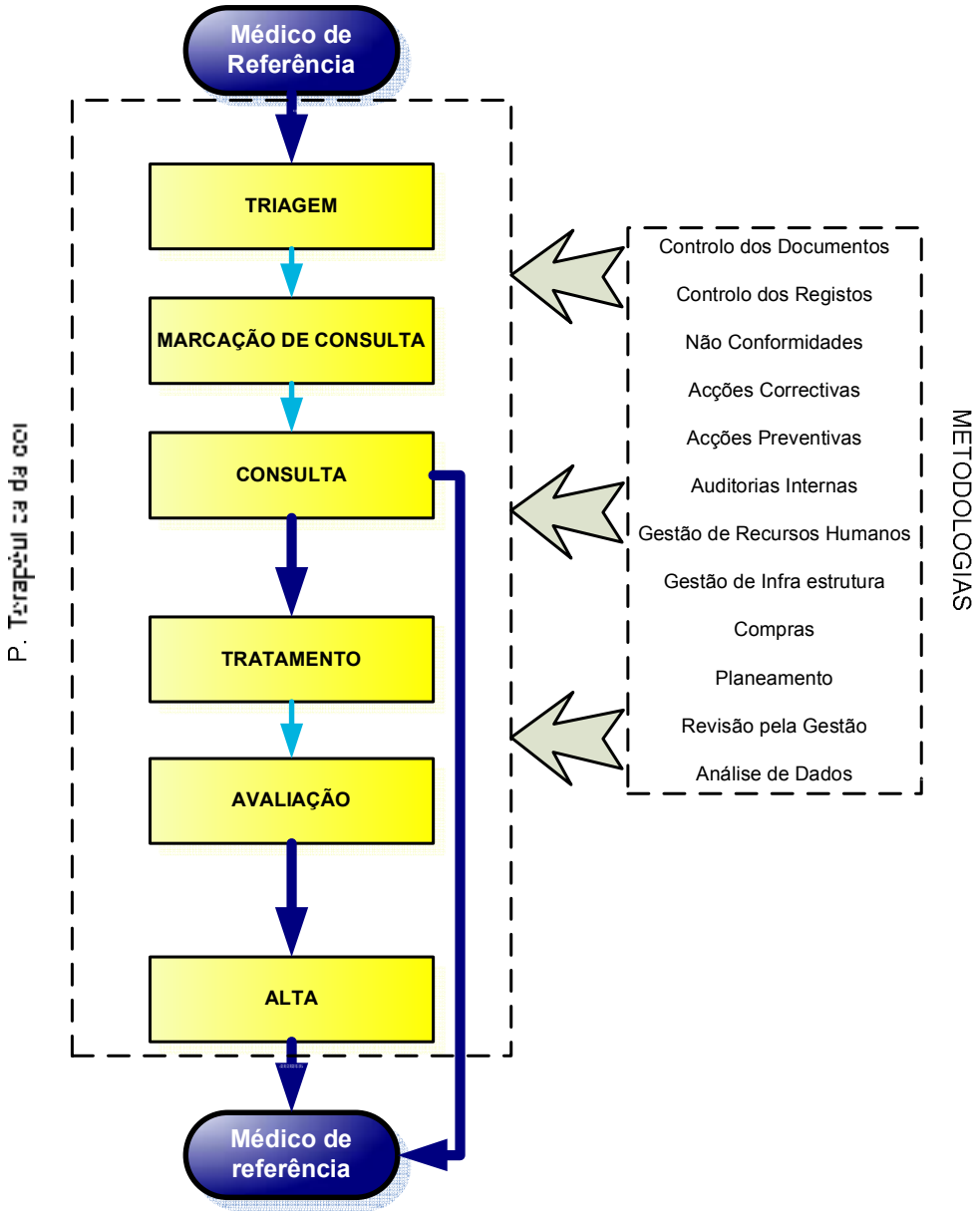
O desenvolvimento de um Sistema de Gestão da Qualidade, de acordo com a Norma ISO 9001:2000, pressupõe a integração de uma dinâmica de gestão segundo a abordagem por processos, ou seja, a descrição de uma actividade ou conjunto de actividades que utilizam recursos para transformar entradas em saídas.

O objectivo da abordagem por processos é assegurar o funcionamento eficaz das Organizações, identificando e criando ferramentas de gestão para os diversos processos que se relacionam e interagem entre si, tendo presente em cada actividade, o princípio da melhoria continua.



A abordagem por processos proposta pelo referencial normativo sugere a identificação dos processos associados às actividades da Unidade de Dor do Hospital de S. Miguel em Oliveira de Azeméis e a definição de uma estrutura que evidencie a interacção entre eles.

A Unidade de Dor identificou o Processo de Terapêutica da Dor, como sendo o sendo a base para uma interligação entre as actividades que realiza, o qual interage com um conjunto de metodologias de gestão e que fazem parte integrante da norma que está a ser implementada no serviço. Em seguida pode verificar-se o esquema que consta do Manual da Qualidade, como resumo do Processo e Interacção do mesmo com as restantes metodologias:



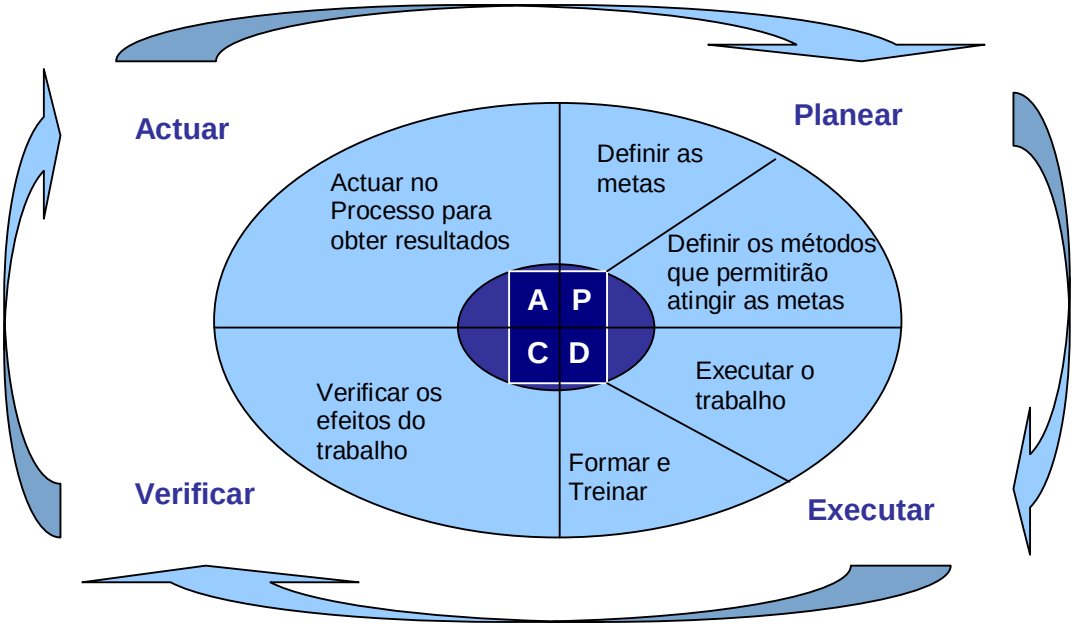
Os processos para serem eficazes e eficientes constituindo uma mais valia para a Unidade e por conseguinte para o Hospital devem apresentar um fluxo constante e simplicidade, sendo sempre utilizadas as lacunas como formas de melhoria contínua.

Os desvios identificados ao longo do processo apresentam-se como relevantes sempre que possam ser trabalhados e transformados em oportunidades de melhoria e crescimento de todo o processo e do seu próprio desempenho. Isto só é possível quando se coloca em oposição saídas do processo ou o resultado das medidas de desempenho com as especificações do cliente e a sua entrada nos processos. No entanto, nunca nos devemos esquecer de introduzir

no sistema e avaliar a forma como o cliente percepciona a organização e o serviço que lhe é prestado.

Um dos atributos dos gestores é definir equipas para explorar oportunidades de melhoria dos processos, considerando a sua criticidade, a dificuldade de identificação e os recursos disponíveis para estas aplicações. Devem ter também em conta as lacunas que existem em termos de gestão, onde estão as oportunidades de melhoria, determinar as raízes e causas dos problemas.

Um dos métodos de melhoria na gestão de processos utilizados pelos Sistemas de Gestão da Qualidade e mais especificamente na Unidade de Dor Crónica é o ciclo PDCA (Plan, Do, Check, Act) e que se encontra esquematizado na figura seguinte.



Sendo o Hospital de S. Miguel e a Unidade de Dor Crónica uma organização comprometida coma qualidade e satisfação do cliente e preocupadas em manter a sua posição tem como princípios e fonte de soluções os seus clientes internos e a motivação e envolvimento dos seus colaboradores.

A experiência demonstra um foco no ambiente de trabalho para garantir pessoas bem treinadas e capazes, envolvidas e comprometidas com a organização e com o cliente, acessíveis e participativas em mudanças. A qualidade do atendimento ao cliente inicia com a qualidade do ambiente de trabalho dentro da organização.

A Unidade de Dor Crónica actua com profissionais qualificados e motivados, tentando vir a melhorar os níveis de atendimento ao cliente externo, reduzir os índices de insatisfação interna e sintonizar a missão da organização com os seus valores e objectivos.

Internamente foram sistematizados processos e procedimentos, permitindo parametrizar as actividades desenvolvidas pelos diferentes profissionais, garantindo, desta forma, a disponibilidade de informação conducente à melhor prática. Pretende-se que qualquer desvio venha a ser registado, analisado e delineadas as necessárias correcções e acções correctivas.

Paralelamente, estamos a tentar trabalhar para que seja possível, pela análise de indicadores e objectivos de qualidade acompanhar o desempenho e a eficácia das actividades nucleares da Unidade de Dor Crónica.

Todas as regras de gestão corrente, e a sua interacção com outros serviços do Hospital ou com entidades externas, foram também objecto de formalização e são analisadas periódica e consistentemente. São exemplo a Gestão das Compras e das Infra-estruturas.

V. O Sistema de Gestão da Qualidade implementado

Objectivo e Campo de Aplicação do Sistema de Gestão da Qualidade

O domínio da certificação é a realização de procedimentos no domínio de terapêuticas de controlo da dor crónica.

Constitui exclusão ao âmbito da certificação a subcláusula 7.3 “Concepção e Desenvolvimento” da Norma NP EN ISO 9001:2000, uma vez que a estruturação global do serviço prestado e os procedimentos operativos em utilização foram já anteriormente cientificamente provados e estão legalmente autorizados.

O Sistema de Gestão da Qualidade foi definido e implementado e é mantido e melhorado de acordo com as cláusulas da Norma NP EN ISO 9001:2000 e restantes requisitos legais e regulamentares aplicáveis.

A terminologia utilizada foi suportada na Norma NP EN ISO 9000:2005 e, como elemento de suporte à melhoria do desempenho do Sistema, utilizaram-se, na medida considerada como aplicável e justificável, as orientações da Norma NP EN ISO 9004:2000.

Política da Qualidade

A política de qualidade adoptada assume – se como elemento estruturante de todo o SGQ. A sua formulação e configuração para o SGQ permite a sua adequação contínua e suporte efectivo para o estabelecimento dos Objectivos da Qualidade

1- A orientação para o Utente

O Utente e a sua satisfação constituem o principal objectivo dos serviços prestados pela nossa Unidade.

Devemos acrescentar valor ao utente através da comunicação e informação apropriadas.

As necessidades do utente norteiam a nossa forma de pensar e de actuar.

Queremos reagir de forma rápida e flexível perante os desejos do Utente

Pretendemos relações estáveis, satisfatórias e de longo prazo com os Utentes.

2- A satisfação dos Utentes assegura o nosso bom êxito.

A melhoria e a inovação fortalecem a nossa relação, através de mais valias para os Utentes e para a UDC. Assegurar aos utentes/ cidadãos uma melhoria constante da prestação dos cuidados de saúde garantindo o direito a um tratamento de qualidade, aumentando os seus graus de satisfação, confiança, segurança e conforto.

3- Os colaboradores como factores de êxito.

Apostamos na formação contínua dos nossos colaboradores, como factor determinante na obtenção de melhores índices de desempenho individual e profissional de todos os activos que constituem a equipa da UDC;

Investimento constante no capital humano, nas dimensões técnicas e comportamentais como factor determinante dos reforços dos níveis de motivação, espírito de equipa e orientação para objectivos:

Maior agilidade e flexibilidade profissional, conferindo à UDC maiores competências distintivas, com maior e melhor capacidade de resposta face aos constantes desafios e mudanças que o mercado exige, constituindo esta postura e vontade o contributo e a garantia de uma melhor qualidade assistencial e de uma gestão mais eficiente dos recursos. Este é um compromisso vital assumido com vista à obtenção do êxito pessoal e profissional e à concretização dos objectivos.

Reforço constante da cultura organizacional da UDC, com centralidade no utente/cidadão, com vista à obtenção de melhores índices de qualidade de prestação de cuidados de saúde;

Privilegia relações "***top-down***" e "***win-win***", abertas e constantes entre os diferentes níveis da hierarquia e os parceiros internos, como factores relevantes de boas práticas de inter-relacionamento contribuindo para o sentimento de pertença e sucesso da UDC.

A prevenção de acidentes de trabalho através do envolvimento de todos os colaboradores e da consolidação de uma cultura de boas práticas ao nível da saúde e segurança.

4- A realização do trabalho e a prestação de serviços.

Desejamos realizar as nossas tarefas de forma rigorosa, flexível, competente e atempada.

Mediante o investimento e uso de novas tecnologias, validamos e adaptamos a cada caso a aplicação específica e produzimos vantagens para os utentes.

A avaliação dos procedimentos e o retorno da informação para o utente são pontos de partida para melhorias permanentes.

5- A associação com fornecedores de fármacos e equipamento.

A qualidade dos fornecedores e seus produtos são uma constante preocupação na selecção de serviços, tendo em conta que são factores determinantes da nossa qualidade.

A optimização dos procedimentos pode ser alcançada por meio da nossa experiência, da inovação e da colaboração com os fornecedores.

A avaliação e selecção dos prestadores de produtos / serviços externos são dirigidas pela nossa preocupação pela Qualidade.

Cuidamos das relações com os nossos fornecedores e privilegiamos a continuidade das relações.

6- A responsabilidade perante a sociedade.

A nossa organização está consciente da responsabilidade perante a sociedade. A consequência lógica é um trato responsável dos nossos recursos, colaboradores e serviços.

Valorizamos o incremento do valor dos cuidados prestados pela UDC mediante uma hábil inter-relação com as outras UDC.

Valorizamos o incremento da aceitação e aumento do valor dos cuidados através de um incremento do conhecimento da nossa Unidade pela comunidade envolvente.

A melhoria do desempenho ambiental e a prevenção do impacto suportada pelo recurso à tecnologia, à formação e informação.

A prevenção de acidentes regula as nossas actividades operacionais, minimizando o risco de danos em propriedade de terceiros.

A UDC tem 14 anos de funcionamento ininterrupto, funciona na dependência do Serviço Nacional de Saúde e, neste intervalo de tempo, a sua actuação sempre se pautou pelo contacto directo com o Utente, procurando saber, permanentemente, quais as suas necessidades para poder satisfaze–las.

Tem como objectivos:

- A prestação de cuidados de saúde de qualidade, na área de Terapêutica da Dor Crónica, oncológica e não oncológica, bem como a valorização científica do seu trabalho e dos seus colaboradores.
- A responsabilidade médica adquirida ao longo destes anos implica um constante aperfeiçoamento, seja ele de carácter técnico ou científico.
- A responsabilidade social resultante do seu quadro de colaboradores obriga a que os seus responsáveis estejam atentos a todas as alterações e novidades, quer técnicas quer sociais.

Ao implementar um Sistema de Gestão de Qualidade, a UDC pretende optimizar os recursos já existentes, para cada vez mais sedimentar e fazer reconhecer junto da sua população alvo, Médicos e Utentes:

- O rigor de execução e os níveis científicos que possui
- A declaração de princípios de Fundador: Honestidade, Humildade, Ciência e Disponibilidade.

Para que estes objectivos possam ser atingidos há que melhorar, rever, alterar e inovar orientações e procedimentos.

Queremos que a UDC mantenha o bom-nome, a credibilidade e a fiabilidade de resultados, de tal modo que se mantenha sempre como uma instituição da Saúde e para a Saúde, respeitada e sem mácula no seu funcionamento.

Para que possa, cada vez mais, assumir o compromisso de satisfazer os seus Utentes pretende certificar – se pela NP EN 9001 2000, com todos os benefícios que daí advêm.

A chave do sucesso está, certamente, na capacidade que a UDC terá ao apostar na melhoria contínua dos seus serviços, processos e do seu Sistema de Gestão de Qualidade.

Assim, a Política de Qualidade da UDC traduzir – se – à:

- Na capacidade de responder atempadamente às solicitações dos médicos e dos Utentes do Hospital de S. Miguel e dos Centros de Saúde circundantes, para o alívio da dor nas suas variadas formas, tendo em conta, quer em termos quantitativos, quer em termos qualitativos, as boas práticas da Terapêutica da Dor Crónica;
- No atendimento oportuno dos doentes enviados pelos seus Médicos Assistentes, afim de ser incluídos em protocolos de Terapêutica da Dor Crónica;
- Na colaboração com todos os Médicos do Hospital de S. Miguel e dos Centros de Saúde circundantes que solicitem apoio da especialidade de Terapêutica da Dor;
- Na adequada manutenção em arquivo dos dados relativos aos doentes tratados e de todos os procedimentos de que foram alvo durante a sua passagem pela UDC, nomeadamente no que diz respeito à sua origem, correcta identificação e o seu destino final.

Objectivos da Qualidade

Os Objectivos da Qualidade são definidos em reunião da Responsável da Unidade com a Responsável da Qualidade, podendo também estar outros elementos da Unidade de Dor, sempre que se entenda pertinente, conduzindo à melhoria de desempenho.

Os Objectivos determinados são mensuráveis e consistentes com a Política da Qualidade. Para cada um dos objectivos estabelecidos são definidas as periodicidades de acompanhamento e planeadas as acções a serem desenvolvidas, responsáveis e prazos, utilizando para o efeito o "Planeamento de Objectivos", de modo a assegurar o seu cumprimento, a eficácia e eficiência dos processos e o enquadramento com a Política da Qualidade.

Dada a fase de implementação em que nos encontramos os indicadores, objectivos e metas do serviço encontram-se em estudo, não estando formalmente definidos.

Ferramentas para a melhoria da Qualidade

A Unidade assumiu um compromisso de melhoria contínua através da definição de uma política da qualidade, de objectivos da qualidade, dos resultados de auditorias, da análise de dados, das acções correctivas e preventivas e da revisão pela gestão.

São realizados inquéritos de satisfação, que serão sujeitos a tratamento estatístico com uma periodicidade trimestral, as conclusões destes constituirão oportunidades de melhoria na prestação dos nossos serviços.

Neste momento a UDC encontra-se a efectuar o primeiro grupo de inquéritos a todos os doentes actualmente em tratamento activo.

VI. RESULTADOS

A implementação de sistemas de Gestão da Qualidade tem, apesar de recente na Unidade de Dor, uma perspectiva de:

- Melhorar os serviços e cuidados de saúde prestados;
- Melhorar a imagem e credibilidade da organização;
- Melhorar a comunicação quer interna, quer externamente;
- Orientar-se para o utente e toda a sua envolvente;
- Sistema de Gestão por processos – medir, monitorizar e melhorar
- Envolvimento dos colaboradores, dos fornecedores e parceiros;
- Decisões apoiadas em factos;
- Maior eficiência na organização dos processos, bem como nos recursos materiais e humanos
- Transparência
- Redução do desperdício e melhoria da informação.

O grau de implementação dos Sistemas de Gestão da Qualidade, a sua importância para a Unidade de Dor Crónica e para o Hospital de S. Miguel e a eficácia dos processos pode ser avaliada de acordo com os seguintes indicadores:

Indicadores	Unidades
Aplicações do questionário de satisfação dos utentes	Sim
Grau médio de satisfação dos utentes	Ainda a ser apurado
Aplicações do questionário de satisfação dos profissionais	Sim
Manuais de qualidade na admissão e encaminhamento de utentes	Sim
Guias elaborados (clínicos, não clínicos e de acolhimento) dirigidos aos utentes	Sim
Guias elaborados (clínicos, não clínicos, de “integração”, de “boas práticas”) dirigidos aos profissionais	Sim
Acções de formação realizadas no âmbito de processo de certificação ou garantia da qualidade	1
Formandos abrangidos no âmbito de processo de certificação ou garantia da qualidade	15/15
Dias de consultoria no âmbito de processo de certificação ou garantia da qualidade	16
Equipamento informático instalado	2
Criação de sistemas permanentes de avaliação e gestão da qualidade, em resultado ou consequência do projecto	Sim Auditorias, Registos de Não Conformidade, Acção Correctiva e Preventiva, Certificação; Gestão por objectivos

A estratégia do projecto de Certificação da Unidade de Dor Crónica do Hospital de S. Miguel em Oliveira de Azeméis corresponde ainda ao cumprimento das orientações relativas ao quadro de referência das boas práticas de governação em serviços públicos, publicadas em 2004 pela Independent Commission for Good Governance in Public Services (OPM e CIPFA) os Good Governance Standard for Public Services, agregando os seis princípios orientadores de actuação, desta forma, pode no quadro seguinte verificar-se a correspondência entre cada um dos princípios e a forma como o Sistema de Gestão da Qualidade que está a ser implementado vai ao seu encontro:

Princípios Orientadores ICGPPG	ISO 9001:2000
1. Boa Prática de Governação significa enfoque no propósito da Organização e nos resultados para os cidadãos/utentes	
1.1 Clarificar a Missão e os objectivos da Organização proporcionando ganhos para os cidadãos/utentes e empresas	Manual da Qualidade
1.2 Garantir a Qualidade de serviço aos utentes	Manual da Qualidade e Processos
1.3 Assegurar a gestão eficiente das contribuições	-
2. Boa Prática de Governação significa a definição clara das funções e responsabilidades face a um desempenho eficaz	
2.1 Clarificar as funções da equipa dirigente	Manual da Qualidade
2.2 Clarificar as responsabilidades dos membros executivos e não-executivos	Manual da Qualidade
2.3 Clarificar e alinhar a natureza das relações entre os membros do governo, dirigentes e o público em geral	Politica da Qualidade
3. Boa Prática de Governação significa a promoção dos valores organizacionais e a respectiva actuação	
3.1 Colocar a cultura organizacional em prática através da liderança, disseminação dos valores em toda a estrutura e cumprimento de códigos de conduta	Manual da Qualidade e Revisão pela Gestão
3.2 Os dirigentes adoptam uma actuação de gestão responsável fundada na missão de serviço público – ***Nolan Principles***: autonomia, integridade, objectividade, abertura, honestidade, liderança e prestação de contas	Manual da Qualidade – funções e responsabilidades
4. Boa Prática de Governação significa deter informação, adoptar decisões transparentes e gerir o risco	
4.1 Assegurar o rigor e a transparência nas decisões	Revisão pela Gestão
4.2 Deter informação de qualidade, assessoria especializada e suporte	Revisão pela Gestão e Análises de dados
4.3 Garantir a eficaz operacionalidade do sistema de gestão de risco (estratégico, operacional e financeiro)	Manual da Qualidade e Revisão pela Gestão

5. Boa Prática de Governação significa garantir eficácia através do desenvolvimento da capacidade e competência dos dirigentes	
5.1 Garantir que os dirigentes nomeados e eleitos detêm as competências, conhecimento e experiência adequadas ao desempenho pretendido	Procedimentos Gerais de Recursos Humanos
5.2 Assegurar a avaliação do desempenho individual e de grupo do pessoal dirigente	Procedimentos Gerais de Recursos Humanos
5.3 Salvaguardar o adequado equilíbrio na continuidade e renovação do pessoal dirigente	Procedimentos Gerais de Recursos Humanos
6. Boa Prática de Governação significa o envolvimento das partes interessadas e a prestação de contas	
6.1 Salvaguardar a prestação de contas formal e informal – painel de indicadores de desempenho	Planeamento, Plano de Acções e Objectivos
6.2 Garantir o diálogo permanente por forma a manter o interesse e a confiança dos cidadãos	Manual da Qualidade
6.3 Empreender uma abordagem que promova o envolvimento, a motivação e a responsabilização dos colaboradores	Manual da Qualidade e Procedimentos gerais de Recursos Humanos
6.4 Desenvolver parcerias institucionais que promovam a optimização de recursos	Gestão de Recursos

VII. Considerações Finais

Em estreita ligação com processo de mudança, inovação e melhoria organizacional da Administração Pública promove-se a adopção de modelos de gestão pública que visem adoptar estratégias de melhoria da qualidade no serviço prestado ao cidadão e empresas, a reorganização dos serviços, a responsabilização e ***accountability***, no enquadramento de uma Cultura do Desempenho, fundada na metodologia da Gestão por Objectivos, em articulação com uma politica de gestão de Recursos Humanos orientada para a valorização e desenvolvimento dos colaboradores por forma a assegurar a concretização da estratégia prevista.

A abordagem à ***Clinical Governance*** implica uma redefinição da capacidade organizacional baseada em metodologias de gestão clínica que visam promover o envolvimento do doente, família e comunidade na politica de prestação dos cuidados, o permanente investimento na formação e reforço de competências das equipas de saúde, a gestão por objectivos, as Auditorias Clínicas, a prática baseada na evidência, a actuação na minimização e controlo dos riscos, a integração de instrumentos de melhoria contínua da qualidade e a coordenação dos sistemas de informação e processos clínicos enquanto factor essencial de monitorização da qualidade dos serviços prestados.

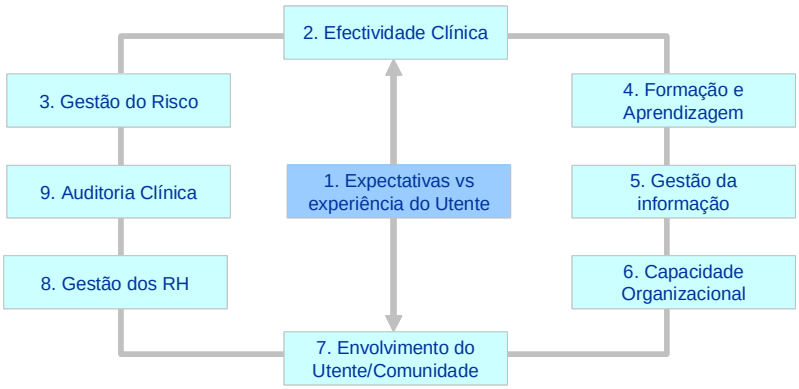


FIG 9 – Ciclo de princípios da Abordagem ***Clinical Governance***

Em conclusão, a aplicação das práticas de Governance implica a implementação de algumas das ferramentas de gestão descritas constituindo uma oportunidade de melhoria no contexto da mudança das Instituições que prestam Serviços Públicos, com resultados positivos ao nível da estratégia organizacional e eficiência dos serviços, num contexto de minimização de custos, e de reforço na qualificação dos recursos humanos.

Unidad de tratamiento del dolor

Estándares y recomendaciones

INFORMES, ESTUDIOS E INVESTIGACIÓN 2011
MINISTERIO DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL E IGUALDAD

Unidad de tratamiento del dolor
MINISTERIO DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL E IGUALDAD

Unidad
de
tratamiento del dolor

Estándares y recomendaciones

Concepción Colomer Revuelta. Subdirectora General de la Oficina de Planificación Sanitaria y Calidad. Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud (AC-SNS). Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (MSPSI).

Coordinación

- Inés Palanca Sánchez. Oficina de Planificación Sanitaria y Calidad. AC-SNS. MSPSI. Dirección técnica e institucional.
- Javier Elola Somoza. Director técnico.
- Margarita M. Puig Riera de Conías. Coordinadora científica.

Comité de redacción

- José Luis Bernal Sobrino. EC Consultoría y Gestión en Sanidad S.L.
- Javier Elola Somoza. Elola Consultores S.L.
- Inés Palanca Sánchez. Oficina de Planificación Sanitaria y Calidad. AC-SNS. MSPSI.
- José León Paniagua Caparrós. Dr. Arquitecto.
- Margarita M. Puig Riera de Conías. Profesora Titular de Anestesiologia y Directora de la Cátedra Extraordinaria de Dolor. Universitat Autonoma de Barcelona. Servicio de Anestesiología, Hospital del Mar (Barcelona).

Grupo de expertos

- Yolanda Agra Varela. Consejera técnica. Oficina de Planificación Sanitaria y Calidad. AC-SNS. MSPSI.
- Jorge Álvarez González. Coordinador de Enfermería de la Clínica del Dolor HHUU Virgen del Rocío (Sevilla).
- José Antonio de Andrés Ibáñez. Profesor Asociado de Anestesiología, Universidad de Valencia. Jefe del Servicio de Anestesiología Reanimación y Terapéutica del Dolor. Consorcio H.G.U. de Valencia.
- Manuel Alberto Camba Rodríguez. Presidente de la Sociedad Española del Dolor. Jefe de Servicio de Anestesiología, H. Arquitecto Marcide (A Coruña).
- José Luis De la Calle Reviriego. Presidente de la Sociedad Madrileña del Dolor. Unidad del Dolor, Hospital Universitario Ramón y Cajal (Madrid).
- Elena Català Puigbó. Profesor Asociado de Anestesiología, UAB. Directora Unidad del Dolor, Servicio de Anestesiología, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau (Barcelona).
- Rafael Gálvez Mateos. Coordinador de la Unidad del Dolor. Servicio de Anestesiología. H.U. Virgen de las Nieves (Granada).
- José Ramón González-Escalada Castellón. Secretario General de la Sociedad Española del Dolor. Jefe Unidad del Dolor. H.U. Ramón y Cajal (Madrid).
- Manuel Jiménez Rodríguez. Servicio Extremeño de Salud. Coordinador Regional del Programa de Evaluación y Tratamiento del Dolor. Servicio Extremeño de Salud.
- Jordi Miró. Catedrático de Psicología. Director de la Unidad para el Estudio y Tratamiento del Dolor, Departamento de Psicología; Centre d'Avaluació i Mesura de la Conducta. Institut d'Investigació Sanitària Pere Virgili, Universitat Rovira i Virgili.
- Antonio Pajuelo Gallego. Sociedad Española de Anestesiología y Reanimación. Responsable de la Clínica del Dolor H.U. Virgen del Rocío (Sevilla).
- Juan Pérez Cajaraville. Director de la Unidad del Dolor. Clínica Universidad de Navarra (Pamplona).

Volver

- Juan José Pérez Lázaro. Director del Área de Evaluación y Calidad de la Escuela Andaluza de Salud Pública (Granada).
- Margarita M. Puig Riera de Conías. Profesora Titular de Anestesiología. Directora de la Cátedra Extraordinaria de Dolor. Universitat Autonoma de Barcelona. Servicio de Anestesiología, Hospital del Mar (Barcelona).
- Francisco Robaina Padrón. Sociedad Española de Neurocirugía. Unidad de Dolor, H. Dr. Negrín (Las Palmas de Gran Canaria).
- Javier Rocafort Gil. Presidente de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Director Asistencial Hospital Centro de Cuidados Laguna (Madrid).
- Isabel Serrano Alenza. Enfermera. Unidad del Dolor. H. de la Santa Creu i Sant Pau (Barcelona).
- Alejandro Tejedor Varillas. Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria. Coordinador del Grupo de Trabajo Nacional de Enfermedades Reumatológicas.
- Martín Tejedor Fernández. Jefe de Servicio de Documentación Clínica y Calidad. H.U.Reina Sofía (Córdoba).
- Jesús Tornero Molina. Presidente de Honor de la Sociedad Española de Reumatología. Profesor Asociado del Departamento de Medicina. Universidad de Alcalá. Jefe de Sección de Reumatología, H.U. de Guadalajara.

Apoyo de edición

- Enrique Antón de las Heras. Profesor Asociado. Facultad de Ciencias Sociales. Universidad Carlos III de Madrid.
- Alberto Segura. Oficina de Planificación Sanitaria y Calidad. AC-SNS.

Volver

Índice

	Resumen ejecutivo	**6**
1	**Introducción**	**10**
1.1.	Alcance del documento	12
1.2.	Objetivo del documento	12
1.3.	Metodología de trabajo	12
2.	**Análisis de situación**	**14**
2.1.	Un problema de salud pública	14
2.2.	Servicios para la atención de personas con dolor.	18
2.3.	Acreditación y estándares	22
3	**Derechos y garantías del paciente**	**24**
3.1.	Información a paciente y cuidador	24
3.2.	Consentimiento informado	24
3.3.	El acuerdo terapéutico	25
3.4.	Garantía de los derechos del paciente	26
4	**Seguridad del paciente**	**28**
4.1.	Eventos adversos de las intervenciones en dolor	29
4.2.	Cultura de seguridad	29
4.3.	Comunicación durante el traspaso del paciente	30
4.4.	Seguridad en el uso de los medicamentos	31
4.5.	Seguridad en el uso de los productos sanitarios	31
4.6.	Identificación del paciente	31
4.7.	Seguridad del paciente y gestión de riesgos sanitarios	32
4.8.	Implicación del paciente en su seguridad	32
4.9.	Prevención de la Infección relacionada con la atención sanitaria	33
4.10.	Plan de autoprotección	33
4.11.	Seguridad del paciente en la UTD	33
5	**Aspectos organizativos y de gestión**	**37**
5.1.	Tipología de unidades	37
5.2.	Cartera de servicios	40
5.3.	Red asistencial para el manejo del dolor crónico	43
5.4.	Organización y gestión de la UTD	49
5.5.	Gestión de pacientes	50
6	**Estructura y recursos materiales**	**53**
6.1.	Programa funcional	53
6.2.	Ubicación de la UTD en el hospital: relación con otras unidades.	54
6.3.	Características estructurales de la UTD: zonas y locales.	54
6.4.	Equipamiento.	65
7	**Recursos humanos**	**66**
7.1.	Registro del personal sanitario	66
7.2.	Expediente personal	66
7.3.	Funciones y competencias	66
7.4.	Identificación y diferenciación del personal	68
7.5.	Medios documentales	68
7.6.	Formación	68
7.7.	Criterios para el cálculo de los recursos	69
8	**Calidad asistencial**	**70**

9	**Criterios de revisión y seguimiento de los estándares y recomendaciones de calidad y seguridad de la UTD.**	**72**
	Anexos	
1	Atención al dolor crónico en población infantil.	73
2	Derivación de paciente con dolor	78
3	Programa funcional UTD tipo III	79
4	Plan de equipamiento	80
5	Perfil del personal de enfermería del hospital de día de la UTD	86
6	Formación básica en dolor del médico	90
7	Formación del personal médico experto en dolor (SED/IASP)	91
8	Formación del personal de enfermería de la UTD	92
9	Formación del psicólogo/a de la UTD	94
10	Índice alfabético de definiciones y términos de referencia.	96
11	Abreviaturas	99
12	Bibliografía	100
	Tablas y Figuras	
1.1.	Dolor crónico: causas mas frecuentes	11
2.1.	Prevalencia de dolor crónico de espalda en población adulta	14
2.2.	Estudios sobre prevalencia de dolor en población general	16
2.3.	Distribución de unidades de dolor por comunidad autónoma	20
4.1.	Clasificación de los eventos adversos	34
5.1.	Cartera de procedimientos de la UTD	40
5.2.	Cartera de procedimientos más frecuente en la UTD tipo II	43
5.3.	UTD: tiempos de espera y priorización en la atención en distintos países	46
5.4.	UTD multidisciplinar: estándares de organización y funcionamiento	49
6.1.	UTD: programa genérico de locales	55
6.2.	Zona de acceso y admisión: función y características estructurales	56
6.3.	Zona de consulta, diagnóstico y tratamiento: función y características estructurales	58
6.4.	Zona de hospital de día: función y características estructurales	61
6.5.	Zona de control de enfermería y apoyos: función y características estructurales	62
6.6.	Zona de personal: función y características estructurales	63
6.7.	UTD tipo III: equipamiento	65
7.1.	Estándares de tiempo por actividad	69
8.1.	Estándares de calidad en una UTD	70
A.2.1.	Derivación del paciente con dolor	78
A.3.1.	UTD III: programa de locales	79
A.4.1.	UTD III: plan de equipamiento	80
A.5.1.	UTD: taxonomía de intervenciones de enfermería CIE (NIC)	87
A.5.2.	UTD: relación de actividades de enfermería en hospital de día	88
A.6.1	Formación de médicos en dolor: nivel básico	90

Volver

Resumen ejecutivo

EL DOLOR CRÓNICO COMO PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA

1. El dolor es uno de los trastornos que más afecta y preocupa a las personas y es el síntoma acompañante que con mayor frecuencia motiva una consulta médica. La frecuencia de dolor crónico en población adulta en España es muy elevada. La evidencia epidemiológica, procedente en su mayoría de los países desarrollados, ha demostrado que el dolor crónico es un problema generalizado de salud pública. En encuestas basadas en la comunidad se encuentra que el 15% -25% de los adultos sufren dolor crónico en un momento dado, una cifra que aumenta al 50% en los mayores de 65 años. Un reciente estudio epidemiológico en España sobre dolor en las consultas de atención primaria muestra como un 30,9% de la muestra poblacional refería dolor crónico, con un alto componente neuropático.
2. A pesar de la magnitud del problema y del interés médico, científico y social que supone la atención y el tratamiento de las personas con dolor crónico, éste es un problema infravalorado o tratado inadecuadamente.

LA UNIDAD ASISTENCIAL DE TRATAMIENTO DEL DOLOR

3. Los servicios asistenciales para la atención a personas con dolor son creados con el propósito de atender al paciente que sufre, fundamentalmente, dolor crónico oncológico y no oncológico. Este tipo de servicios son heterogéneos, tanto en su origen como en su organización, cartera de servicios y profesionales que se integran en ellos. El abordaje del tratamiento del dolor crónico deber ser multidisciplinar puesto que sólo los programas integrales han demostrado su eficacia y costo-efectividad.
4. La Unidad de Tratamiento del Dolor (UTD) se define como una organización de profesionales de la salud que ofrece asistencia multidisciplinar, que cumple con los requisitos funcionales, estructurales y organizativos que garantizan condiciones de seguridad, calidad y eficiencia adecuadas para atender al paciente con dolor crónico que requiera asistencia especializada.

DERECHOS, GARANTÍAS Y SEGURIDAD DEL PACIENTE

5. La implicación del paciente en el cuidado de su propia salud es un elemento relevante en la estrategia de atención al paciente. Por ello, como principio general, la información debe ser clara, precisa y suficiente.
6. Se recomienda que exista un modelo de consentimiento informado con información particularizada por cada procedimiento diagnóstico o terapéutico de estas características incluido en la cartera de servicios de la UTD.
7. El acuerdo terapéutico debe quedar expresamente reflejado en la historia clínica del paciente en la primera visita, pudiendo ser objeto de modificación en las sucesivas revisiones.
8. Estudios recientes sobre los eventos adversos del manejo intervencionista del dolor en UTD, no muestran la presencia de complicaciones graves y son infrecuentes.
9. Se deben realizar reuniones periódicas del equipo de la UTD para analizar con un enfoque sistemático los incidentes de seguridad que hayan ocurrido en la unidad y, especialmente, para establecer las medidas de prevención pertinentes.
10. Se debe actualizar regularmente la información sobre seguridad del paciente y sobre prácticas basadas en la evidencia científica que hayan sido eficaces en la reducción de errores, con el fin de valorar la introducción de nuevas medidas que puedan ser útiles y establecer mejoras continuas en la seguridad del paciente atendido en la unidad.

Volver

11. En un trabajo realizado por la Escuela Andaluza de Salud Pública relacionado con este documento se identificaron un total 66 tipos de eventos adversos (EA) o efectos secundarios, que fueron agrupados según el aspecto asistencial con el que están relacionados: medicación (44,7%), técnicas invasivas (22,3%), proceso asistencial (14,9%), información y educación del paciente (8,9%) y práctica clínica (7,4%). Las acciones necesarias para la prevención de EA en la UTD son, en su mayoría, actividades que no precisan de recursos específicos y, por tanto, pueden llevarse a cabo sin esfuerzo económico adicional.

ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN DE LA UTD

12. Se identifican, en función su grado de complejidad y especialización, tres tipos de UTD: III. Unidad multidisciplinar para el tratamiento del dolor; II. Unidad del dolor y I. Unidad monográfica.
13. La UTD III debe estar en condiciones de tratar al paciente con dolor crónico de cualquier etiología, abordando aspectos médicos, psicológicos, sociales y laborales. La UTD III ofertará también la atención al paciente con dolor agudo complejo o de difícil tratamiento. Se estima una necesidad de una UTD III por cada 1,5-2 millones de habitantes. En el documento se recogen las características de dotación y recursos para este tipo de unidad. La UTD III debe ofertar atención en consulta externa, hospital de día, y hospitalización convencional, así como la realización de procedimientos quirúrgicos e interconsultas.
14. La UTD II debe estar en condiciones de tratar al paciente con dolor crónico de distinta etiología, sin tener carácter multidisciplinar. La UTD I oferta la realización de un determinado tipo de técnica antiálgica, no ofertando tratamientos multidisciplinares.
15. La cartera de servicios de la unidad se adaptará a su tipología (I-III) y la complejidad de sus pacientes.
16. Las UTD deben estar integradas en una red asistencial articulada en torno al proceso asistencial, que garantice la continuidad asistencial que abarque, además de la unidad hospitalaria, otras unidades especializadas del mismo hospital o diferente hospital, de distinta complejidad, otros recursos sanitarios, de atención primaria de salud, sociales y sociosanitarios, el autocuidado o la atención domiciliaria.
17. Son aspectos relevantes para el desarrollo de redes asistenciales para el manejo de trastornos que cursan con dolor: 1. el papel de la atención primaria y de la atención especializada; 2. los criterios de derivación; 3. los tiempos de espera recomendados; 4. los criterios de inclusión y exclusión de la UTD; y 5. la estructura de gestión de la red para el manejo del dolor crónico.
18. En el marco de la creación de la red asistencial y la regionalización de la asistencia del paciente con dolor crónico, la UTD III debe asumir la coordinación de la red. Se definen los atributos organizativos y de gestión que debe incorporar esta red.
19. El documento ha adaptado los estándares organizativos y de gestión de la Sociedad Madrileña del Dolor, aplicables especialmente a las UTD III. El director de la UTD III será un profesional con formación avanzada en el estudio y tratamiento de pacientes con dolor crónico. Si este director o responsable no es un médico especialista con formación avanzada en medicina del dolor, entonces deberá crearse la figura del director médico que se encargará de supervisar los servicios médicos dispensados por la unidad.
20. La unidad deberá disponer de un manual de organización y funcionamiento.
21. Es recomendable que la UTD disponga de un registro de pacientes. En el registro de pacientes atendidos se harán constar los datos necesarios para la identificación inequívoca del paciente, el diagnóstico final y los procedimientos realizados de cada paciente evaluado, así como la identificación de los profesionales implicados en su tratamiento, en especial los profesionales de atención primaria responsables del paciente y, en su caso, de la enfermería de enlace, gestora de casos o recurso similar. Se recomienda que la UTD disponga de un registro informatizado de pacientes que permita establecer

una base de datos y poder mejorar el tratamiento del dolor en las UTD sobre la base de los resultados obtenidos, utilizando un instrumento de benchmarking.

ESTRUCTURA Y RECURSOS MATERIALES

22. Se desarrollan los criterios y recomendaciones referidos a las condiciones estructurales y funcionales de la UTD III, equipamiento e instalaciones, incluyendo un ejemplo de programa funcional de espacios y plan de equipamiento para una UTD III.
23. Las zonas que integran la UTD III, son las siguientes: Recepción y admisión; Consultas de diagnóstico y tratamiento; Hospital de día; Control de enfermería y apoyos; y Zona de personal.
24. La disponibilidad de una sala de tratamientos y bloqueos con ambiente quirúrgico permite la realización de la mayor parte de las técnicas de una UTD III, incluyendo las técnicas quirúrgicas que requieren condiciones de quirófano tipo B. La decisión de disponer de una sala de tratamientos y bloqueos de este tipo dependerá de la necesidad de disponer o no de un quirófano dedicado a la UTD, con independencia de si este quirófano se sitúa en el bloque quirúrgico general o en el de cirugía mayor ambulatoria. En el supuesto de un volumen de actividad quirúrgica que requiera un quirófano dedicado a la UTD se recomienda dotar una sala de tratamientos y bloqueos con ambiente quirúrgico externa al bloque quirúrgico.

RECURSOS HUMANOS

25. El personal que forma parte de las UTD III consiste en:
    - Director / responsable de la unidad.
    - Supervisor/coordinador de cuidados.
    - Médicos especialistas con formación avanzada en Medicina del Dolor.
    - Profesionales no médicos, entre ellos: enfermería, farmacéuticos, fisioterapeutas, psicólogos, terapeutas ocupacionales y trabajadores sociales con formación especializada en dolor.
    - Personal de apoyo.

CALIDAD

26. Para las modalidades asistenciales desarrolladas en las UTD: visita ambulatoria en dispensario, hospital de día, hospitalización “convencional”, atención urgente, tratamiento intervencionista o intervención quirúrgica, ya sea con hospitalización o mediante cirugía mayor ambulatoria, se recomienda utilizar los indicadores generales que para estas modalidades se han desarrollado en los respectivos documentos de estándares y recomendaciones de la Agencia de Calidad del SNS. Como indicadores de calidad específicos el documento adapta los propuestos por la Sociedad Madrileña del Dolor.

CRITERIOS DE REVISIÓN Y SEGUIMIENTO

27. Dado el carácter emergente de la medicina del dolor, se recomienda que se realice una revisión y actualización del documento informe en un plazo no superior a tres años.
28. Se han identificado elementos de información que debieran estar disponibles cuando se revise este documento, entre los que se han identificado los siguientes:
    - Un análisis sistemático de los indicadores de la UTD, que comprenda el conjunto de indicadores recomendado en el documento.
    - Un censo de los recursos y cartera de servicios de las UTD en España.
    - Información consistente sobre las estrategias de manejo del dolor con mejor coste-efectividad para atender a estos problemas en nuestro medio, para poder realizar en el futuro una recomendación sobre la dotación de recursos basada sobre datos fiables.
29. Se propone valorar la creación del área de capacitación específica en tratamiento del dolor.
30. Se recomienda la identificación de elementos que faciliten la creación y gestión de unidades multidisciplinares en el ámbito del SNS.
31. Se recomienda que se realicen estudios que diferencien sexo y género en dolor y analgesia.

1 Introducción

La Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud (SNS), establece, en sus artículos 27, 28 y 29, la necesidad de elaborar garantías de seguridad y calidad que, acordadas en el seno del Consejo Interterritorial del SNS, deberán ser exigidas para la regulación y autorización por parte de las comunidades autónomas para la apertura y puesta en funcionamiento en su respectivo ámbito territorial de los centros, servicios y establecimientos sanitarios.

La Estrategia 7 del Plan de Calidad para el SNS (PC-SNS) "Acreditar y auditar centros, servicios y unidades asistenciales" contiene como primer objetivo el establecimiento de los requisitos básicos comunes y las garantías de seguridad y calidad que deben ser cumplidas para la apertura y funcionamiento de Centros Sanitarios a nivel del SNS.

El Ministerio de Sanidad y Consumo (MSC) elaboró, en 1992, una guía de Cirugía Mayor Ambulatoria[1] que contribuyó a la integración y difusión de esta modalidad de atención dentro del SNS. En el año 2007 el MSPSI reabordó, en el marco del desarrollo del Plan de Calidad, la elaboración de estándares y recomendaciones de seguridad y calidad, actualizando los relativos a las unidades de cirugía mayor ambulatoria[2], y desarrollando los referentes a la unidad de hospitalización de día médica y onco-hematológica[3], de pacientes pluripatológicos[4], la maternidad hospitalaria[5], el bloque quirúrgico[6], cuidados paliativos[7], enfermería de hospitalización polivalente de agudos[8], urgencias hospitalarias[9] y cuidados intensivos[10].

La unidad de dolor estaría incluida entre los documentos de estándares y recomendaciones relacionados con la atención al paciente crónico complejo, entre los que se encuentran los dedicados a la unidad de pacientes pluripatológicos[4] y de cuidados paliativos[7]. El dolor crónico representa un importante problema de salud pública, tanto por su elevada prevalencia como por su coste económico y social, que está relacionado con el envejecimiento de la población, existiendo asimismo un notable gradiente de género, pues afecta de forma más notable a las mujeres que a los hombres. La Encuesta Nacional de Salud de 2006[(1)] recogía que el 23 % y el 24 % de la población total entrevistada mayor de 15 años, refería dolor crónico cervical o lumbar, respectivamente, en los últimos 12 meses. El porcentaje de mujeres que referían dolor crónico era notablemente superior al de varones: 31% frente a 15%, para el dolor cervical y 29% frente a 19%, para el dolor lumbar.

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud el consumo de medicamentos analgésicos es muy elevado, oscilando entre el 24% de la población entre 16-24 años que había consumido al menos un analgésico en las últimas dos semanas y el 40% para la población mayor de 64 años. Existe un gradiente de género, teniendo las mujeres un consumo de analgésicos superior al de los hombres, y de edad (las personas de mayor edad tienen mayor consumo).

CONCEPTO Y TIPOLOGÍA

La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (*International Association for the Study of Pain –IASP-*)[(2)] define el dolor como "una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada a daño tisular real o potencial o descrito en términos de tal daño". Se distinguen dos tipos básicos de dolor, agudo y crónico, entre los que existen importantes diferencias. Mientras que el primero es predominantemente un síntoma o manifestación de lesión tisular, el dolor crónico se considera como una enfermedad en si mismo. El dolor crónico persiste durante un período de tiempo superior a los tres meses y con frecuencia es de difícil tratamiento. Puede causar problemas importantes a los pacientes, y tiene repercusiones negativas sobre su calidad de vida.

[(1)]www.ine.es

Volver

El dolor crónico se clasifica en oncológico y no-oncológico. Ambos pueden ser de origen: nociceptivo (somático o visceral) y neuropático.

No se considera en este documento el dolor psicógeno. Existen, sin embargo, aspectos o variables psicológicas en el dolor crónico que, por lo general, son comunes a todo tipo de dolor[(3),11].

En la literatura científica existe un gran consenso en que el dolor es un fenómeno complejo y multifactorial que depende de la interacción de factores fisiológicos, psicológicos y socioculturales. Se han descrito diferencias no concluyentes en la percepción del dolor o en su manifestación, relacionadas con condiciones étnicas o raciales, tanto en adultos como en niños[12,13,14].

Existen igualmente estudios que muestran diferencias en la percepción del dolor según sexo, destacando la revisión[15] publicada en 2009 sobre prevalencia del dolor crónico en muestras representativas de diferentes países de nuestro entorno socioeconómico. En siete de los diez estudios incluidos, las diferencias entre mujeres y hombres fueron estadísticamente significativas.

En base a su causalidad, características y abordaje se han *conceptualizado* diferentes tipos de dolor. La IASP publicó en 1994 una clasificación del dolor crónico que incluye una taxonomía completa, así como las diferentes definiciones; ambas son objeto de revisiones y actualizaciones periódicas[16]. La Tabla 1.1 recoge las causas frecuentes de dolor crónico [(4)] .

Tabla 1.1. Dolor crónico: causas más frecuentes

Dolor musculoesquelético	Dolor articular (artritis y artrosis) Dolor del raquis: lumbar, cervical Dolor muscular (síndromes de dolor miofascial y dolor muscular generalizado) Dolor oncológico con afectación musculoesquelética
Dolor neuropático	Herpes zoster y neuralgia post-herpética Neuralgias de nervios periféricos Neuropatía diabética dolorosa Síndromes de dolor regional complejo Dolor por lesión nerviosa Dolor post-amputación y del miembro fantasma
Dolor mixto	Dolor radicular por patología del raquis
Dolor crónico visceral	
Dolor de origen vascular	
Dolor somatomorfo	

La elevada prevalencia del dolor crónico requiere de la interrelación y estrecha coordinación entre atención primaria y las distintas especialidades implicadas en el manejo clínico de estos pacientes. El sistema de atención al dolor crónico debe utilizar una perspectiva biopsicosocial lo que demanda la integración de múltiples disciplinas[17].

---

(2) www.iasp-pain.org
(3) Para una mejor conceptualización del término consultar referencia 11.
(4) /www.efic.org

1.1. Alcance del documento

"Unidad asistencial" se define como una organización de profesionales sanitarios que ofrece asistencia multidisciplinar en un espacio específico, que cumple unos requisitos funcionales, estructurales y organizativos, de forma que garantiza las condiciones de seguridad, calidad y eficiencia adecuadas para atender pacientes que tienen unas características determinadas que condicionan las especificidades organizativas y de gestión de la propia unidad, en los documentos de estándares y recomendaciones de unidades asistenciales del MSPSI. La UTD se organiza en relación a la atención del paciente con dolor crónico que requiere una atención especializada y multidisciplinar. Esta organización estará orientada al apoyo y formación del profesional de atención primaria, a la colaboración en la continuidad de la atención del paciente en otras unidades o servicios y a la atención del paciente en la propia UTD.

El R.D. 1277/2003, de 10 de octubre[(5)], por el que se establecen las bases generales sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios, relaciona las unidades que deben ser objeto de establecimiento de requisitos que garanticen su calidad y seguridad. En esta relación se incluye a la unidad de "tratamiento del dolor" definida como una "unidad asistencial en la que *un médico especialista* es responsable de aplicar técnicas y métodos para eliminar o aliviar el dolor, de cualquier etiología, al paciente".

1.2. Objetivo del documento

El objetivo del documento de estándares y recomendaciones para la UTD es poner a disposición de las administraciones públicas sanitarias, gestores -públicos y privados- y profesionales sanitarios, criterios para la organización y gestión de estas unidades, contribuyendo a la mejora en las condiciones de seguridad y calidad de su práctica, en las múltiples dimensiones que la calidad tiene, incluyendo la eficiencia en la prestación de los servicios, así como para su diseño y equipamiento. Los aspectos relativos a la organización y gestión son el objeto de interés del documento, que no tiene como objetivo el carácter de guía clínica. La UTD es la estructura organizativa y de gestión que da soporte a la práctica clínica que idóneamente se debería realizar mediante la aproximación sistemática contemplada en las guías clínicas, procesos asistenciales integrados, protocolos, vías clínicas y otros instrumentos de gestión clínica.

El Documento de Estándares y Recomendaciones de la Unidad de Dolor no tiene un carácter normativo, en el sentido de establecer unos requisitos mínimos o estándares para la autorización de la apertura y/o el funcionamiento de estas unidades, o su acreditación.

Aunque la mayor parte de los estándares y recomendaciones se refieren a UTD para la atención de dolor crónico en pacientes adultos, los aspectos generales son de aplicación también a la población infantil, recogiéndose los específicos en el Anexo 1.

1.3. Metodología de trabajo

La dirección del proyecto corresponde a la Oficina de Planificación Sanitaria y Calidad de la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud (AC-SNS) del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (MSPSI).

La AC-SNS se ha apoyado en un grupo de expertos, seleccionado en base a la experiencia y conocimiento de los mismos en los aspectos relacionados con el alcance propuesto, y ha contado con la

[(5)] La clasificación de centros, servicios y establecimientos sanitarios fue, a su vez, modificada por O.M. 1741/2006.

Volver

colaboración con las sociedades científicas más directamente relacionadas con el manejo del paciente con dolor crónico.

La Dra. Margarita M. Puig, Profesora Titular de anestesiología de la Universidad Autónoma de Barcelona y miembro del Servicio de Anestesiología del Hospital del Mar (Barcelona) ha realizado la coordinación científica del trabajo.

El capítulo 2, análisis de situación, ha sido facilitado por la Agencia de Evaluación de Tecnologías de Andalucía, participando la Escuela Andaluza de Salud Pública en su elaboración y en la revisión bibliográfica para la elaboración de estándares y recomendaciones para la Unidad de Dolor Crónico, utilizada a lo largo de todos los capítulos del documento.

La AC-SNS ha contado con la colaboración de una empresa consultora que ha realizado funciones de apoyo como secretaría del grupo de expertos; seguimiento de los trabajos; apoyo técnico en las reuniones de grupo de expertos; elaboración del análisis de situación; revisión de los documentos elaborados por los expertos y análisis de evidencia; y elaboración de los distintos borradores y del documento final.

El documento de estándares y recomendaciones de la UTD se apoya en una amplia experiencia nacional e internacional, recogida en las referencias que figuran en el anexo 12.

Este documento recoge algunas recomendaciones que están amparadas por requisitos normativos, o por una evidencia científica suficientemente sólida a criterio del grupo de expertos que ha colaborado en la redacción del mismo. Cuando se realizan estas recomendaciones se mencionan expresamente como tales y se destacan en **negrita**.

2. Análisis de situación[(6)]

2.1. Un problema de salud pública

El dolor es uno de los trastornos que más afecta y preocupa a las personas y es el síntoma acompañante que con mayor frecuencia motiva una consulta médica[18]. La demanda de atención al dolor muestra una tendencia creciente relacionada con la oferta de servicios específicos y el desarrollo de nuevos y más eficaces tratamientos. En la literatura científica se observa un aumento en la prevalencia de dolor entre la población general en los últimos años[19,20], existiendo estudios con un seguimiento superior a 40 años, que muestran un aumento entre 2 y 4 veces en el dolor de espalda, dolor en el hombro y dolor generalizado, siendo el incremento en algunos casos estadísticamente significativo[21].

La frecuencia de dolor crónico en población adulta en España es muy elevada. En la tabla 2.1. se recogen los datos, por sexo y grupos de edad en mayores de 16 años, de la Encuesta Nacional de 2006 para el dolor cervical y dolor lumbar, ya que otros tipos y localizaciones de dolor no están recogidos en la misma.

Tabla 2.1. Prevalencia de dolor crónico de espalda en población adulta

	Dolor cervical			Dolor lumbar		
	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres
Total	23,48%	15,41%	31,24%	23,84%	18,86%	28,63%
De 16 a 24 años	10,59%	4,87%	16,60%	11,90%	8,02%	15,98%
De 25 a 34 años	16,52%	10,80%	22,64%	16,21%	13,86%	18,72%
De 35 a 44 años	21,77%	15,13%	28,68%	23,20%	20,32%	26,20%
De 45 a 54 años	27,97%	19,93%	35,92%	28,03%	24,39%	31,63%
De 55 a 64 años	32,69%	23,03%	41,82%	31,94%	26,58%	37,00%
De 65 a 74 años	32,33%	20,07%	41,79%	31,35%	20,11%	40,02%
De 75 y más años	29,70%	19,50%	36,99%	31,60%	21,78%	38,62%
Fuente: INE y MSPS. Encuesta Nacional de Salud 2006. Elaboración propia.						

Existe una mayor prevalencia de dolor crónico de espalda en mujeres que en hombres, y se modifica con la edad, como puede observarse en la Tabla 2.1. En un estudio realizado en Cataluña la prevalencia de dolor crónico en personas mayores de 64 años se estimó en un 69 %, afectando a la calidad de vida de un 35,5 %[22].

El dolor crónico es un problema de salud en todos los países desarrollados. Mientras que el reconocimiento de la causa y tratamiento del dolor han sido objeto de la medicina desde sus más remotos orígenes, no ha sido hasta principios de la década de los años 50 cuando John Bonica alertó sobre el tratamiento insuficiente del dolor y propuso cuatro medidas para corregir este problema[23]. Desde entonces se ha producido un gran desarrollo de la investigación básica y clínica centrada en el dolor[24]. Los profesionales de atención primaria son los que con mayor frecuencia tratan pacientes con dolor crónico, requiriendo -por su complejidad o especificidad- el concurso de otras especialidades y áreas de conocimiento como las de anestesiología, cuidados paliativos, fisioterapia, medicina interna, neurología, neurocirugía, oncología, psicología, psiquiatría, rehabilitación, reumatología y traumatología.

La evidencia epidemiológica, procedente en su mayoría de los países desarrollados, ha demostrado que el dolor crónico es un problema generalizado de salud pública[25]. A pesar de la heterogeneidad de los métodos de estudio, en las encuestas basadas en la comunidad se encuentra que el 15% -25% de los adultos sufren dolor crónico en un momento dado, una cifra que aumenta al 50 % en los mayores de 65 años[26,27,28,29,30].

[(6)] Fuente: Pérez Lázaro JJ, Fernández Ruiz I, Gálvez R, Tejedor M, Babio G, Olry de Labry A. Estándares de Calidad de la Unidad del Dolor. Análisis de situación. Escuela Andaluza de Salud Pública. 2009.

Volver

En una de las mayores encuestas[31] realizadas sobre el dolor, el 18 % de los encuestados estadounidenses que calificaron su dolor como intenso o insoportable, no había visitado a un profesional de la salud, ya que pensaban que nadie podía aliviar su sufrimiento. En un estudio sobre dolor persistente en residencias asistidas, Teno y cols., encontraron que el 14,2 % de los residentes tenían dolor persistente, y que en el 41,2% de los residentes que tenían dolor en la primera evaluación persistía el dolor severo 60-180 días más tarde[32].

En una amplia encuesta telefónica realizada en 15 países europeos e Israel, el 19% de los encuestados manifestaron que habían tenido dolor durante más de 6 meses, el dolor había sido moderado (66%) o severo (34%) durante el último mes y lo habían padecido en varias ocasiones durante la última semana. El dolor afectaba de forma importante a sus vidas, siendo motivo de frecuentes consultas médicas (el 60% había realizado de 2-9 consultas por el dolor) y casi la mitad no recibía un tratamiento adecuado[33].

La *European Federation of IASP Chapters* (EFIC) recoge en su página web un importante número de trabajos que muestran la importancia epidemiológica y económica del problema[(7),18,34,35,36,37,38,39,40,41,42,43,44,45,46, 47,48,49].

A pesar de la magnitud del problema y del interés médico, científico y social que supone la atención y el tratamiento de la persona con dolor crónico, este problema está infravalorado[50,51,52] o inadecuadamente tratado[53]. El déficit asistencial se extiende a pacientes hospitalizados o ambulantes. Algunos estudios han revelado que hasta un 18,7% de pacientes quirúrgicos y críticos (con EVA mayor o igual a 2) no tenían prescripción analgésica y casi dos terceras partes de las pautas analgésicas en estos pacientes eran prescritas a demanda[54]. Asimismo, existen referencias sobre la infravaloración del dolor en pacientes pediátricos[55] y el inadecuado e insuficiente tratamiento del dolor en niños hospitalizados[56] y en pacientes oncológicos[57].

Las causas de la infravaloración del dolor y de la inadecuación en su tratamiento son de naturaleza multifactorial, siendo los problemas más destacados la falta de formación y de información del profesional sanitario; el desconocimiento sobre la utilización de tratamientos de forma segura, efectiva y eficiente [58,59]; la falta de precisión, adecuación y utilización de los métodos de evaluación del dolor; las normas para el uso de estupefacientes; y el componente cultural subyacente a las actitudes y sistemas de afrontamiento del dolor[57,60].

Otros factores están relacionados con la dificultad en la verbalización del dolor por parte del paciente[61,62] y la comunicación entre la persona atendida y el profesional sanitario[63,64].

La OMS ha mostrado gran interés en el manejo del dolor, otorgándole especial importancia al abordaje terapéutico. En 1986 la OMS publicó el trabajo "Alivio del dolor en el cáncer"[65] que incluye la "escala o escalera analgésica de la OMS", que constituye un instrumento sencillo para la elección del tratamiento analgésico sobre la base de la intensidad del dolor en el paciente oncológico. La escala ha sufrido modificaciones a lo largo del tiempo y en la actualidad se aplica al tratamiento de dolor oncológico y no-oncológico tanto agudo como crónico. El mundo asistencial y científico reconoce la publicación de la escala como un hito en el tratamiento del dolor y, aunque su estructura básica no ha variado, actualmente presenta modificaciones, proponiéndose la inclusión de un cuarto escalón que contiene técnicas intervencionistas[66].

Existen un gran número de estudios sobre la prevalencia del dolor realizados utilizando metodologías diversas, en diferentes entornos y para distintos tipos de dolor. La Tabla 2.2 recoge estudios sobre prevalencia de dolor en población general realizados entre los años 2001 y 2009.

---

(7) http://www.efic.org/costs-of-chronic-pain.php

Tabla 2.2. Estudios sobre prevalencia de dolor en población general

Estudio	Objetivo y metodología	Resultado
Bergman (2001)[67]	Objetivo: estimar la prevalencia de dolor crónico musculoesquelético regional y generalizado en una muestra de la población general adulta de Suecia. Metodología: estudio transversal mediante encuesta postal a 3.928 ciudadanos.	Tras ajustar por edad y sexo, la prevalencia de dolor regional crónico fue del 23,9%, mientras que la del dolor crónico generalizado fue del 11,4%. En ambos dolores la prevalencia fue mayor a edades superiores y en trabajadores manuales o no manuales de bajo nivel socioeconómico.
Blyth (2001)[27]	Objetivo: estimar la prevalencia de dolor crónico en una muestra aleatoria de la población australiana. Metodología: Encuesta telefónica en Australia. El dolor crónico se consideró como el dolor experimentado todos los días durante 3 meses en los últimos 6 meses anteriores a la entrevista.	La prevalencia de dolor crónico fue del 20,56% (hombres 17,1% y 20% mujeres). El dolor crónico se mostró asociado de manera estadísticamente significativa a los sujetos o pacientes de mayor edad, mujeres, con bajo nivel educativo y que carecían de seguro privado.
Smith (2001)[68]	Objetivo: Describir la prevalencia y distribución del dolor crónico en la comunidad. Metodología: estudio transversal mediante encuesta postal a 4.611 sujetos de Escocia mayores de 25 años.	La prevalencia de dolor crónico fue del 14,1%, siendo más prevalente entre las mujeres. El 6,3% afirmaron tener dolor crónico severo, siendo éste más frecuente entre las personas de mayor edad.
Catalá (2002)[69]	Objetivo: estimar la prevalencia de dolor agudo y crónico en la población general española. Metodología: se realizó encuesta telefónica a 5.000 sujetos mayores de 18 años.	La prevalencia de dolor crónico en la población general española era del 23,4%. La prevalencia de dolor durante el día anterior a la encuesta fue del 29,6% (IC95%: 28,3-30,8%), siendo mayor en las mujeres 37,6%, que los hombres 20,9% (OR: 0,44). El 43,2% refirieron dolor en la última semana. Se encontró una mayor prevalencia de dolor a mayor edad, así entre 18 y 29 años fue del 20,1%, pasando al 41,7% en mayores de 65 años (p <0,001).
Gerdle (2004)[70]	Objetivo: estimar la prevalencia de dolor crónico en una muestra de la población general adulta de Suecia. Metodología: estudio transversal mediante encuesta postal a 9.952 ciudadanos. El dolor crónico se definió como el dolor de una duración mayor a tres meses.	Se obtuvo información de 7.637 sujetos (TR 76,7%), de los cuales el 48,9% afirmó tener dolor. La prevalencia de dolor en el último mes fue del 63%. En cuanto al dolor crónico su prevalencia fue del 53,7%.
Rustøen (2004)[71]	Objetivo: Evaluar las diferencias de género en la experiencia de dolor crónico. Metodología: estudio transversal mediante encuesta postal a 4.000 ciudadanos noruegos. El dolor crónico se definió como el dolor de una duración superior a tres meses.	Se obtuvo información de 1.212 sujetos (TR 47,8%) y el 24,4% afirmó tener dolor crónico. Las mujeres mostraron una mayor prevalencia e intensidad de dolor crónico. Aunque la duración era similar entre sexos, las mujeres tenían una mayor probabilidad de recibir tratamiento.
Von Korff (2005)[72]	Objetivo: Determinar la prevalencia de dolor crónico de la columna cervical y espalda de Estados Unidos. Metodología: Encuesta en hogares a una muestra aleatoria de mayores de 18 años.	De una muestra de 5.692 personas, el 19% afirmó tener un dolor crónico de la columna vertebral en los pasados 12 meses, mientras que el 29,3% refirió que padeció este tipo de dolor en algún momento de su vida.
Breivik (2006)[33]	Objetivo: determinar la prevalencia, severidad, tratamiento e impacto del dolor crónico. Metodología: estudio realizado mediante encuesta en 15 países europeos (Austria, Bélgica, Dinamarca, Finlandia, Francia, Alemania, Irlanda, Italia, Países Bajos, Noruega, Polonia, España, Suecia, Suiza y el Reino Unido) e Israel.	Se encuestaron a 46.364 personas (tasa de respuesta 43%), presentando el 19% de ellos dolor crónico (rango 12-30%). Noruega, Polonia e Italia presentaron las prevalencias más altas. Las más bajas corresponden a Irlanda y el Reino Unido y España (la más baja, 11%).
Wijnhoven (2006)[73]	Objetivo: estimar la prevalencia de dolor musculoesquelético en Holanda.	El 39% de los hombres y el 45% de las mujeres afirmaron tener dolor crónico musculoesquelético en el último año. El 53% de los hombres y el 57% de las mujeres tenían dolor en el momento del estudio.

Volver

Estudio	Objetivo y metodología	Resultado
Miró (2007)[22]	Objetivo: Determinar la prevalencia, severidad, y características de los problemas de dolor crónico en ancianos en Cataluña. Metodología: entrevistas personales en el centro de atención primaria de referencia.	El 71.4% de los participantes experimentaba algún tipo de dolor crónico, siendo mayor la prevalencia entre las mujeres.
Bouhassira (2008)[74]	Objetivo: estimar la prevalencia del dolor crónico con o sin características neuropáticas en la población general francesa. Metodología: estudio transversal mediante encuesta postal a 30.155 ciudadanos. Se consideró dolor crónico cuando se percibió diariamente durante 3 meses.	Se obtuvo información de 23.712 sujetos (tasa de respuesta: 76,8%), obteniéndose una prevalencia de dolor crónico del 31,7% (IC95% 31,1-32,0), siendo la intensidad del dolor moderada o severa en el 19,9% (IC95%: 19,5-20,4). La prevalencia de dolor neuropático fue del 6.9% (IC95%: 6.6–7.2), siendo el dolor moderado a severo para el 5,1% (CI 95%: 4,8-5,4).
Tsang (2008)[75]	Objetivo: Determinar la prevalencia por edad y sexo de dolor crónico (dolor de cabeza, dolor de espalda o cuello, artritis o dolor en las articulaciones y otros dolores crónicos). Metodología: Estudio realizado mediante un cuestionario en 10 países desarrollados y siete en desarrollo en población mayor de 18 años.	Se obtuvo información de 42.249 sujetos. La prevalencia de dolor crónico ajustada por edad en los últimos 12 meses fue de 37,3% en los países desarrollados y el 41,1% en los países en desarrollo. El dolor de espalda y de cabeza fue más común en los países desarrollados. La prevalencia de dolor crónico fue mayor entre las mujeres y aquellos de mayor edad.
Sjøgren (2009)[76]	Objetivo: estimar la prevalencia de dolor crónico con la encuesta danesa de salud y compararlo con los años 2000 y 2005. Metodología: estudio realizado mediante entrevista y cuestionario. De 10.916 sujetos se seleccionaron 5.552 que completaron la entrevista y el cuestionario. Dolor crónico se definió como aquel de una duración ≥6 meses.	El 20,2% (hombres 17,7% y 22,4% mujeres) afirmó tener dolor crónico. Al comparar las prevalencias de dolor crónico, ajustando por edad y sexo con los datos obtenidos en el año 2000 (19,6%) y 2005 (19,5%) se observó que la prevalencia del dolor crónico se mantuvo "estable" durante estos años.
Fuente: Pérez Lázaro JJ, Fernández Ruiz I, Gálvez R, Tejedor M, Babio G, Olry de Labry A. Estándares de Calidad de las Unidades del Dolor. Escuela Andaluza de Salud Pública. 2009.		

Al igual que ocurre en la población adulta, los estudios de prevalencia de dolor en población infantil están realizados sobre muestras muy diferentes y utilizando diversas metodologías. Una aproximación a la estimación de la prevalencia de dolor en niños no ingresados, es el estudio publicado en 2008 y realizado en Tarragona a 561 niños entre 8 y 16 años (edad media 11,8 años). El 18,4% afirmó padecer algún dolor en el momento de la entrevista y el 88% de la muestra sufrió al menos un episodio de dolor en los 3 meses anteriores. En ese estudio el 37.3% de los participantes informaron sufrir dolor crónico[77]. Otro estudio realizado en EEUU evaluó registros de urgencias en menores de 18 años mostrando que en más de la mitad de ellos no consta la valoración del dolor que únicamente se registró en el 31,1% de historias clínicas consultadas. Otro trabajo realizado en Ontario (Canadá) y publicado en 2008, muestra una prevalencia de dolor del 27% para pacientes pediátricos antes de su ingreso y del 77% durante el ingreso. Durante la entrevista manifestaron dolor moderado o severo el 23% mientras que el 64% manifestó haber padecido dolor moderado o severo en algún momento de las últimas 24 horas[78].

Existen encuestas sobre prevalencia de dolor en atención primaria. En 2009 un artículo publicó la prevalencia de dolor crónico en pacientes que acudieron a 40 centros de atención primaria en Alemania. En aquellos pacientes que refirieron dolor de una duración de más de 3 meses, se evaluó la intensidad del dolor y las limitaciones de la actividad. La prevalencia de dolor crónico entre los 1.860 pacientes encuestados fue del 18,4%. El grado medio de la intensidad del dolor alcanzó un valor de 5 sobre 10 puntos y la limitación media de la actividad fue de 4,8 sobre 10. En la mayoría de los casos, el dolor estaba relacionado con enfermedades degenerativas osteomusculares[79]. También Frießem CH ha comparado los datos obtenidos en un estudio realizado en 2006 con más de 1.200 pacientes que acudieron a las consultas de atención primaria con los

resultados obtenidos en un estudio similar realizado en el año 1991. La comparación puso de manifiesto que el dolor fue el motivo más frecuente de consulta en ambos estudios (50,3% y 42,5%). El 40% de los entrevistados en 2006, afirmó sufrir dolor durante más de seis meses, frente al 36,4% del año 1991. En relación al impacto negativo del dolor sobre su vida diaria, en el año 2006 fue referido por el 88,3% de los pacientes, frente al 68% del año 1991[80].

En España, el dolor crónico afecta a un número importante de ciudadanos. El dolor oncológico es padecido en el 30-85% de los pacientes con cáncer, dependiendo del tipo y el estadio[81,(8)]. El dolor neuropático crónico tiene una causalidad múltiple y difícil tratamiento[50]. La fibromialgia es una entidad que ha cobrado un gran protagonismo en las últimas décadas, estimándose una prevalencia del 2,9 %[82] en cinco países de la Unión Europea. Un 30,9% de la muestra poblacional refería dolor crónico, con un alto componente neuropático[83], en uno de los últimos estudios epidemiológicos sobre dolor realizado en España en atención primaria.

2.2. Servicios para la atención de personas con dolor

Los servicios asistenciales para la atención a personas con dolor, fundamentalmente dolor crónico oncológico y no oncológico, son heterogéneos en su origen, en su organización, en el tipo de profesionales que se integran en ellos y en su cartera de servicios. El abordaje del tratamiento del dolor crónico debe ser multidisciplinar, para ofrecer un programa integral que ha demostrado eficacia y costo-efectividad[84].

La IASP ha definido cuatro tipos de unidad de tratamiento del dolor crónico, que han sido adoptadas por la SED. En orden de mayor a menor grado de complejidad y especialización[85] son: centro multidisciplinar para el tratamiento del dolor; unidad multidisciplinar del dolor; unidad del dolor; unidad monográfica.

La información disponible en muchos países sobre los servicios asistenciales para el tratamiento del dolor procede de asociaciones científicas y profesionales para el estudio del dolor y se atiene a la conceptualización de servicios elaborada por la IASP.

En algunos países, que han llevado a cabo estudios de situación y han puesto en marcha programas de trabajo para mejorar la atención a personas con dolor, es posible obtener datos sobre la actividad y el desarrollo de los servicios. En los mismos se identifican algunos elementos comunes, como su origen vinculado a servicios de anestesiología y relacionado con el tratamiento del dolor oncológico y los cuidados paliativos, en gran parte de los casos. Las unidades son heterogéneas e incluyen un gran número de perfiles profesionales, siendo más delimitadas a medida que se especializan. En la mayor parte de los países existe una alta demanda asistencial, recursos escasos y cartera de servicios dispar. Algunos ejemplos servirán para ilustrar este panorama.

AUSTRALIA

Australia, con la colaboración del *Australia and New Zealand College* (ANZCA) House, ha elaborado una estrategia nacional para el manejo del dolor[86]. La Sociedad Australiana del Dolor (APS) tiene registradas un total de 28 unidades y centros del dolor de carácter multidisciplinar y 29 unidades del dolor monográficas. En el marco conceptual de la IASP, esta sociedad apoya la orientación especializada de la instalación sanitaria para la atención al dolor y el trabajo multidisciplinar. La APS reconoce la heterogeneidad de los servicios australianos, apuntando a la falta de consenso en los esquemas diagnósticos y terapéuticos.

[(8)] La referencia es de 2000, es posible que en la actualidad sea menor.

Volver

CANADÁ

Canadá ha elaborado algunos análisis situacionales sobre los servicios de atención al paciente con dolor[87]. En el año 2005, se publicó un artículo sobre los recursos regionales disponibles para el tratamiento del dolor crónico no oncológico. Los resultados mostraron que en el 73% de los departamentos hospitalarios de anestesia se disponía de servicios para el tratamiento del dolor crónico no oncológico. En el 26% de los mismos se proporcionaba algún tipo de evaluación y tratamiento multidisciplinar, pero sólo en tres se contaba con un equipo profesional básico (anestesiólogo, y profesionales de enfermería, psicología y fisioterapia). Los indicadores asistenciales eran insatisfactorios: 4.500 pacientes esperaban su primera cita y casi 3.000 (67%) había esperado durante nueve meses o más[88]. Otro informe, el "*Review of Pain Management Services in Nova Scotia",* publicado en el año 2003, analizó la situación en Nova Scotia (Canadá), obteniendo resultados similares: escasez de recursos, escasez de profesionales especializados, considerables listas de espera e importantes problemas organizativos. Para responder a la situación se elaboró y presupuestó un plan de acción con el propósito de mejorar la formación, la integración de servicios, la adecuada utilización de recursos y la prestación de la atención asistencial sobre la base de la mejor evidencia médica disponible[89].

ESTADOS UNIDOS

La *American Society of Anesthesiologists* (ASA) y el American Pain Society (APS) han elaborado unas directrices para el manejo del dolor crónico[90].

REINO UNIDO

El primer servicio especializado en el tratamiento del dolor del National Health Service en Reino Unido (UK) fue creado a finales de los años 40; estaba formado por anestesiólogos que atendían fundamentalmente a pacientes oncológicos. En el año 2000 se publicó el informe "Services for patients with pain" cuyos resultados y conclusiones mostraban la falta de recursos de estos servicios y elevados tiempos de espera[91]. Otro informe publicado en el año 2003, "Adult Chronic Pain Management Services in the UK" mostró la gran variabilidad en las características de esta unidad tanto en disponibilidad de recursos como en cartera de servicios[92]. Actualmente, hay unas 300 clínicas del dolor en el Reino Unido, situadas en hospitales que atienden a pacientes derivados desde atención primaria o desde otros servicios hospitalarios.

El *Royal College of Anaesthetists* y la *Pain Society* desarrollaron una guía de buena práctica para la unidad de dolor[93], y el *Royal College of Anaesthetists y la Association of Anaesthetists of Great Britain and Ireland* han publicado recientemente una guía de buena práctica clínica para el departamento de anestesia, cuidados críticos y unidad de tratamiento del dolor[94]. *The Royal College of Anaesthetists*, dentro de los estándares para la especialidad, ha desarrollado los correspondientes a la unidad de dolor crónico[95]. Asimismo el *Royal College of Anaesthetists*, dentro de las directrices para la provisión de servicios de anestesia, incluye las relativas al manejo del dolor crónico[96]. La *British Pain Society* ha elaborado directrices de buena práctica para el manejo del dolor[97,98].

El *National Institute for Health and Clinical Excellence*[99] ha desarrollado una guía del tratamiento farmacológico del dolor neuropático.

ESPAÑA

La atención al dolor está recogida entre los requisitos de los servicios comunes del sistema nacional de salud.

El R.D. 1030/2006, de 15 de septiembre, establece la cartera de servicios comunes del SNS y contempla, en el artículo 5, los criterios y requisitos para la cartera de servicios comunes del SNS, las

Volver

técnicas, tecnologías o procedimientos, mencionando entre otros “contribuir de forma eficaz a la eliminación o disminución del dolor y el sufrimiento”.

La unidad U.36 *Tratamiento del dolor* se recoge en el RD 1277/2003 de 10 de octubre por el que se establecen las bases generales sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios y se define como aquella en la que un médico especialista es responsable de aplicar técnicas y métodos para eliminar o aliviar el dolor, de cualquier etiología, al paciente.

La primera unidad del dolor diferenciada en España se puso en marcha en 1966 dentro del servicio de anestesiología y reanimación de la Clínica de la Concepción, Fundación Jiménez Díaz de Madrid. En Cataluña, la primera unidad para la atención al paciente con dolor se instauró en 1976 en el Hospital Vall d'Hebron de Barcelona. En 1982 se estableció en el Hospital 12 de Octubre de Madrid una unidad piloto para el estudio y tratamiento del dolor[100]. En los últimos años la unidad del dolor se ha configurado con el propósito de realizar la valoración y tratamiento de diferentes tipos de dolor crónico. La mayor parte de unidades han surgido y se mantienen vinculadas a servicios hospitalarios de anestesiología y reanimación y, en ocasiones, relacionadas con cuidados paliativos.

Actualmente, según el Directorio de la Sociedad Española del Dolor (SED), en España existen un total de 127 unidades de dolor [(9)] cuya distribución por comunidades autónomas se recoge en la Tabla 2.3. Estos datos pueden variar de los recogidos por otras fuentes pues se contabilizan exclusivamente las registradas en la mencionada sociedad científica.

Tabla 2.3. Distribución de unidades de dolor por comunidad autónoma

Comunidad autónoma	Nº de Unidades
Andalucía	14
Aragón	4
Asturias	2
Canarias	5
Cantabria	1
Castilla la Mancha	4
Castilla y León	7
Cataluña	23
Ceuta	1
Comunidad Valenciana	9
Extremadura	2*
Galicia	8
Islas Baleares	2
La Rioja	1
Madrid	24
Melilla	1
Murcia	7
Navarra	2
País Vasco	10
Fuente: SED	
* Aunque en el registro de la SED figuran 2 UTD, Extremadura cuenta con 4 UTD.	

Las UTD en España son heterogéneas en cuanto a su estructura y equipamiento, dotación y perfiles de personal, la cartera de servicios, relación con otros servicios y niveles asistenciales, actividad no asistencial y los mecanismos de evaluación y control de la actividad.

Los artículos publicados por Martínez Zapata en el año 2005[101] y por C. de Barutell en el año 2009[102], basada en encuestas realizadas en los años 2001 y 2007, ofrecen una estimación del número, situación y características de las UTD en nuestro país,.

La encuesta del año 2001 fue remitida a 79 UTD obteniéndose una tasa de respuesta del 70,8%[101]. La gran mayoría de las unidades (89,3%) dependía funcionalmente de los servicios de anestesiología y un 57,1%

[(9)] http://www.sedolor.es/diectorio.php

Volver

disponía de personal con dedicación exclusiva. Los recursos terapéuticos más utilizados fueron los fármacos, los bloqueos nerviosos, las técnicas de administración de analgésicos por vía epidural y las técnicas de estimulación transcutáneas (TENS). Los sistemas implantables fueron utilizados más frecuentemente en la unidad de dolor de hospitales docente universitarios que en los no universitarios. La media anual de consultas (primeras más sucesivas) por UTD fue de 2.194.

El estudio de 2007 obtuvo información de 94 UTD, en las que trabajaban un total de 356 facultativos con dedicación mayoritaria a tiempo parcial[102]. La mayor parte de los profesionales eran anestesiólogos (86%), seguidos por neurocirujanos (3%) y médicos de familia (3%). En el 37% de las UTD existía un especialista en psicología con alguna dedicación. Un total de 124 diplomadas en enfermería trabajan en 82 UTD (86%), lo que genera una media de 1,51 enfermeras por unidad. La gran mayoría de las UTD encuestadas no disponía de espacio propio, por lo que utilizaban consultas y quirófanos generales del hospital. En un 72% de las UTD encuestadas se llevaban a cabo actividades de formación continuada, mientras que en un 26% no se realizaba ninguna actividad docente.

En cuanto a la actividad asistencial[102] la población de cobertura media de las UTD en España , en 2001, fue de 355.601 personas y el número medio anual de pacientes atendidos por UTD fue de 1.468; el número medio anual de procedimientos terapéuticos fue de 941, siendo el número medio anual por paciente de 1,4. En el año 2007 las UTD encuestadas realizaron un total de 271.913 visitas (4.856 visitas por unidad; 3,3 visitas por paciente). De ellas, 72.103 fueron primeras visitas y 199.810 visitas sucesivas. El desarrollo de este tipo de unidades, así como su heterogeneidad e irregular distribución territorial, reclama su normalización dentro de la estructura asistencial del SNS[103]. Los datos que aquí se recogen corresponden a unidades que atienden a pacientes mayores de 18 años; en el momento de preparar este informe no se dispone de datos comparables para la población infantil y juvenil (véase Anexo 1 para detalles de la atención al dolor crónico en esta población).

El estudio PHANDORA[(10)], recientemente ultimado, ha llegado a las siguientes conclusiones en relación con el perfil del paciente que acude a la primera visita en la UTD en España:

- La especialidad que deriva más pacientes a la UTD es traumatología.
- El paciente acude a la UTD con dolor mantenido durante mucho tiempo (un 12,7 % con dolor crónico desde hace más de 10 años).
- El 43% de pacientes tienen sobrepeso.
- Más del 27 % de los pacientes están solteros o viudos, que presupone que pasan solos buena parte del día o la noche.
- El 29 % del los pacientes están jubilados y solo el 20 % están en situación laboral activa.
- Entre las comorbilidades predomina la hipertensión, la dislipemia y la depresión.
- Predomina el dolor no oncológico 96,3% y de estos, el musculoesquelético en un 86,2 %.
- La fibromialgia afecta al 9,1 % de los pacientes.
- La localización más frecuente es en columna, con un 40 % en región lumbar.
- Se observa una significativa variabilidad en la utilización de AINE, opioides y anticonvulsivantes, antes y después de ser visitados en la UTD.
- Un 55 % de los pacientes de la UTD son tratados con técnicas intervencionistas percutáneas.

Extremadura ha sido la primera comunidad autónoma que ha dispuesto de un Programa Regional del Dolor en el año 2003[104]. El Departament de Salut de Cataluña realizó en 2009 una encuesta sobre la actividad

[(10)] Estudio realizado entre noviembre 2009 y enero 2010 por el grupo de trabajo de dolor musculoesquelético de la SED integrado por Antonio Montero (anestesiólogo), Javier Vidal (reumatólogo), Mª Jesús Rodríguez (anestesióloga), Lorenzo Jiménez (rehabilitador) y Daniel Samper (anestesiólogo) en colaboración con 160 especialistas de UTD españolas.

Volver

y el recurso humano de la UTD con objeto de con objeto de evaluar y mejorar las UTD en Cataluña.[105,(11)].

2.3. Acreditación y estándares

En el ámbito de la atención al dolor existen sistemas de acreditación, recomendaciones y buenas prácticas orientados a establecer una asistencia actualizada, segura, eficaz y eficiente al paciente con dolor, mejorando el proceso asistencial y optimizando los resultados[106,107,108].

Entre las referencias que establecen características estructurales y funcionales de la UTD, destaca el "Tratamiento práctico del dolor"[109], que incluye especificidades sobre la organización de la unidad de tratamiento del dolor crónico.

El modelo de acreditación de la *Joint Commission* para centros de atención sanitaria, de origen norteamericano, recoge un conjunto de estándares relacionados con la atención de calidad a la persona con dolor, como son el reconocimiento del derecho a una atención adecuada, la evaluación de la situación de dolor, la planificación de las actividades y la aplicación de tratamientos[110]. La *Joint Commission*, en colaboración con el *National Pharmaceutical Council*, ha elaborado un documento para mejorar el desempeño de las organizaciones que se dedican al tratamiento del dolor[111].

La IASP recoge una serie de requisitos para el "*reconocimiento*" del profesional médico dedicado al tratamiento del dolor y establece un curriculum formativo para otras especialidades. En algunos países, entre los que se encuentran Irlanda, Italia y Estados Unidos de América, existen sistemas de acreditación (*Boards* o exámenes de capacitación específica en el área de dolor) del profesional experto en atención al dolor. En Estados Unidos existe una subespecialidad en medicina del dolor dentro de la especialidad de anestesiología (*American Society of Anesthesiology*), además de sistemas para formar y acreditar conocimientos en medicina del dolor como el *American Board of Interventional Pain Physician* (ABIPP)(12) del *World Institute of Pain*(13) (WIP). La SED ha definido un sistema de acreditación para profesionales y unidades. El programa relativo a profesionales se refiere únicamente a los conocimientos y experiencia que debe tener el médico que se dedica al tratamiento del dolor.

La SEDAR introdujo, en su Libro Blanco, una clasificación y estándares para la UTD[112]. La SED ha desarrollado tres programas de acreditación relacionados con la atención al dolor crónico, dolor agudo y dolor oncológico, para los que se han definido un conjunto de estándares. La SED otorga esta acreditación de la UTD en cuatro niveles(14) que reproducen conceptualmente la clasificación de la IASP: Nivel IV Unidad multidisciplinar para el estudio y tratamiento del dolor; Nivel III Unidad multidisciplinar para el tratamiento del dolor; Nivel II Unidad unidisciplinar para el tratamiento del dolor; Nivel I Unidad de técnicas especificas de tratamiento del dolor.

La Sociedad Madrileña del Dolor ha elaborado recientemente un conjunto de estándares de calidad y catálogo de procedimientos de las UTD[113].

Existen referencias al dolor en sistemas de acreditación específicos de algunos países. Por ejemplo, el sistema nacional de acreditación de los servicios de salud de Australia ha elaborado estándares específicos para la evaluación y tratamiento del dolor[114] y Estados Unidos estableció en el año 1983 unos requerimientos mínimos para los centros sanitarios de atención al dolor, siguiendo las indicaciones de la *American Pain Society* y la *Comission on Accreditation of Rehabilitation Facilities*.

(11) http://www.gencat.cat/salut/depsalut/html/ca/dir2251/index.html
(12) http://www.abipp.org
(13) http://www.wolrdinstituteofpain.org
(14) http://www.sedolor.es/contenido.php?id=75

Volver

En la revisión de estándares del "*Achieving Improved Measurement*" del *Canadian Council on Health Services Accreditation"*[(15)], se ha incorporado la gestión del dolor como un estándar especifico. Así, se incluyen criterios sobre tratamiento del dolor que deben estar basados en la evidencia y hacen un mayor énfasis en la capacitación y actualización de conocimientos del personal sanitario, así como en la información a los pacientes y familiares sobre las opciones y estrategias actuales que pueden ser utilizadas en el tratamiento del dolor. Además, se contempla la gestión del dolor en relación a la seguridad del paciente, haciendo especial referencia al uso de opioides (*Standards-Statement-CCHSA*).

Además del amplio desarrollo de guías de práctica clínica para el manejo de diferentes tipos de dolor[115] en nuestro entorno existen instrumentos basados en la mejor evidencia científica para la mejora de la calidad y seguridad de la asistencia en determinadas situaciones clínicas que se acompañan de dolor. Se trata de los procesos asistenciales integrados (PAI) puestos en marcha en algunos servicios públicos de salud. Cabe hacer referencia especial al proceso de dolor crónico no oncológico, diseñado en la comunidad autónoma de Andalucía[(16),116,]. La Generalitat de Cataluña está desarrollando un modelo de atención para los pacientes con dolor crónico[105] y la Comunidad Autónoma de Andalucía, el Plan Andaluz Integral de Atención a Personas con Dolor[117].

La *Royal Pain Society* y el *Royal College of Anesthetics* del Reino Unido han establecido algunos estándares mínimos para los implantes en las UTD de ese país[97,118].

[(15)] http://www.accreditation.ca

[(16)] Disponibles en: http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/library/plantillas/externa.asp?pag=http://www.juntadeandalucia.es/salud/servicios/procesos/

Volver

3. Derechos y garantías del paciente

El hospital con UTD deberá observar y respetar los derechos del paciente recogidos en la legislación sanitaria vigente. En este capítulo se recogen aspectos sobre la información al paciente (y familiar) que requiere ser atendido en la UTD y, de forma general, aquellos otros incluidos en la normativa y que deben de ser tenidos en cuenta en el centro sanitario en donde se ubica esta unidad.

3.1 Información a paciente y cuidador[(17)].

La implicación del paciente en el cuidado de su propia salud es un elemento relevante en todas las estrategias de atención al paciente. Por ello, como principio general, la información debe ser clara, precisa y suficiente.

El artículo 4 de Ley 41/2002 establece el derecho a la información asistencial, en los siguientes términos:

1. *"Los pacientes tienen derecho a conocer, con motivo de cualquier actuación en el ámbito de su salud, toda la información disponible sobre la misma, salvando los supuestos exceptuados por la Ley. Además, toda persona tiene derecho a que se respete su voluntad de no ser informada. La información, que como regla general se proporcionará verbalmente dejando constancia en la historia clínica, comprende, como mínimo, la finalidad y la naturaleza de cada intervención, sus riesgos y sus consecuencias".*
2. *"La información clínica forma parte de todas las actuaciones asistenciales, será verdadera, se comunicará al paciente de forma comprensible y adecuada a sus necesidades y le ayudará a tomar decisiones de acuerdo con su propia y libre voluntad".*

Cabe destacar que la titularidad del derecho de ser informado es del paciente y, en determinadas circunstancias, de sus familiares.

En la literatura se han referenciado distintas razones por las que el paciente necesita información[119] , entre las que destacan las siguientes: tranquilizarse y afrontar la situación en las mejores condiciones posibles; hacerse una idea realista del pronóstico; comprender los procesos y colaborar en el propio cuidado; y compartir sus necesidades con la familia, amigos y/o cuidadores.

3.2 Consentimiento informado

La realización de procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasivos, así como la administración de tratamientos que impliquen riesgos o inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud del paciente, requerirá su consentimiento por escrito según lo previsto en la legislación aplicable.

La realización de cualquier procedimiento que implique un cierto nivel de riesgo debe disponer de un entorno de información necesario para que el paciente y su familia/cuidadores puedan conocer estos riesgos y las consecuencias de no asumirlos.

Se recomienda que exista un modelo de consentimiento informado con información particularizada por cada procedimiento diagnóstico o terapéutico de estas características incluido en la cartera de servicios de la UTD.

[(17)] El familiar o acompañante adquiere una dimensión adicional en su papel como cuidador. La participación activa e informada del cuidador es fundamental en la evolución longitudinal del paciente atendido en la UTD. El cuidador es un recurso (como prestador de cuidados) y un cliente de la UTD.

Volver

El consentimiento informado está regulado por la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, que lo define como “la conformidad libre, voluntaria y consciente de un paciente, manifestada en el pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada, para que tenga lugar una actuación que afecta a su salud”. **Cada hospital debe disponer de los documentos normalizados de consentimiento informado adaptados a sus especialidades, procedimientos y otras actividades que se realicen en el centro. Estos modelos de consentimiento informado deben ser revisados con la periodicidad que se establezca o cuando se modifiquen los procedimientos o se identifiquen nuevos riesgos.**

El consentimiento informado abordará de forma específica los aspectos relativos al procedimiento a realizar y el tipo de régimen asistencial (ambulatorio/ingreso), incluyendo unos apartados mínimos de información[120]: identificación del enfermo, del médico que indica y pide el consentimiento, y de los servicios médicos que lo llevarán a cabo; nombre, descripción y objetivos del procedimiento diagnóstico o terapéutico; riesgos generales y específicos personalizados; beneficios esperados y alternativas diagnósticas/terapéuticas; información del derecho a aceptar o a rehusar lo que se le propone y a retractarse del consentimiento ya decidido, e información del derecho a explicitar los límites que crea convenientes; confidencialidad y uso de datos; fecha del consentimiento; apartado diferenciado para el consentimiento del representante legal; declaraciones y firmas (paciente y médico). La SED dispone de un catálogo de procedimientos informados[(18)].

El documento será emitido por duplicado (una copia para el paciente/tutor legal y otra para la historia clínica) y el paciente podrá consultar con un facultativo para aclarar dudas o ampliar la información.

En el caso de que sea necesario anestesiar al paciente para realizar el procedimiento, una vez realizada la valoración del riesgo anestésico e informado el paciente de forma clara sobre el acto anestésico, es preciso el consentimiento informado sobre el tipo de anestesia.

Resulta importante que el paciente entienda los riesgos y beneficios de la intervención clínica o de la investigación. Se ha demostrado que la comprensión de riesgos y beneficios es relativamente pobre tanto en la investigación como en el ámbito clínico[121]. Por ello, el National Quality Forum (NQF) recomienda preguntar a cada paciente o tutor legal que explique en sus propias palabras la información relevante sobre los procedimientos o tratamientos para los que se solicita el consentimiento[122].

3.3 El acuerdo terapéutico

El acuerdo terapéutico debe quedar expresamente reflejado en la historia clínica del paciente en la primera visita, pudiendo ser objeto de modificación en las sucesivas revisiones.

Actualmente los objetivos terapéuticos en la UTD se orientan a recuperar o mejorar la función y la calidad de vida, más que a obtener resultados relacionados con la enfermedad que **origina el dolor[123].**

Algunos autores señalan como objetivos terapéuticos en el manejo de dolor[124]: mejorar la compresión del paciente sobre su situación; mejorar el nivel de funcionamiento físico; disminuir la percepción del nivel de dolor y sufrimiento; aportar estrategias para afrontar la discapacidad y el estrés; promover la participación activa del paciente en su tratamiento; y reducir o modificar el uso que se hace de los servicios sanitarios.

Es frecuente que exista desacuerdo respecto al alivio del dolor y la recuperación de la funcionalidad, entre las expectativas del profesional y las del paciente. Las expectativas terapéuticas del paciente son, generalmente, más altas de lo que se considera un éxito desde el punto de vista asistencial y de investigación. Esta situación puede conllevar un inadecuado cumplimiento de los tratamientos, o que el paciente busque

cambiar de equipo médico[125], por lo que el acuerdo terapéutico ha cobrado un creciente interés.

En el paciente con dolor crónico es necesario tener en cuenta factores relacionados con la percepción individual y la interpretación cognitiva[126]. Además, se debe valorar la información que aporta la medicina basada en la evidencia que, en ocasiones, favorece el tratamiento conservador frente al intervencionismo[127], lo que puede defraudar las expectativas del paciente[128].

En España, las instrucciones previas han sido reguladas en la Ley de autonomía del paciente, que las define como el documento por el que la persona mayor de edad manifiesta anticipadamente su voluntad, con objeto de que ésta se cumpla en el momento en que llegue a situaciones en cuyas circunstancias no sea capaz de expresar su opinión sobre los cuidados y el tratamiento de su salud[129,(19)].

3.4 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[(20)].
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.

Se deberá garantizar el derecho de acceso a estos documentos por parte del paciente o persona vinculada por razones familiares o de hecho, en los términos señalados en la legislación vigente, a excepción de los señalados en las apartados d), e) y j).

A continuación se desarrollan algunos aspectos relativos a estos derechos. Los apartados a) cartera de servicios, y g) historia clínica, están contemplados en el capítulo 5, de organización y gestión, de este documento.

PLAN DE ACOGIDA

En el caso de que la UTD disponga de camas de hospitalización, deberá tener un plan de acogida destinado al paciente ingresado.

---

(18) http://www.sedolor.es

(19) Para mayor información sobre el tema consúltese: Unidad de cuidados paliativos. Estándares y recomendaciones. AC-SNS. MSPSI. 2009; y documentos relacionados con la Estrategia en cuidados paliativos del SNS. http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/cuidadosPaliativos.htm

(20) RD 1591/2009, de 16 de octubre, por el que se regulan los productos sanitarios. Se entiende por producto sanitario cualquier instrumento, dispositivo, equipo, programa informático, material u otro artículo, utilizado solo o en combinación, incluidos los programas informáticos destinados por su fabricante a finalidades específicas de diagnóstico y/o terapia y que intervengan en su buen funcionamiento, destinado por el fabricante a ser utilizado en seres humanos con fines de: diagnóstico, prevención, control, tratamiento o alivio de una enfermedad; diagnóstico, control, tratamiento, alivio o compensación de una lesión o de una deficiencia; investigación, sustitución o modificación de la anatomía o de un proceso fisiológico; regulación de la concepción; y que no ejerza la acción principal que se desee obtener en el interior o en la superficie del cuerpo humano por medios farmacológicos, inmunológicos ni metabólicos, pero a cuya función puedan contribuir tales medios.

Volver

CÓDIGO ÉTICO

El hospital con UTD dispondrá de un código ético, en el que se plasme el conjunto de principios y reglas éticas que inspirarán su actividad.

GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA

Como en el resto de unidades y servicios del hospital, la UTD dejará constancia documental fehaciente de las guías, vías o protocolos de práctica clínica y de cuidados que apliquen en cada una de las prestaciones de su cartera de servicios, junto con sus evaluaciones y, en su caso, modificaciones y adaptaciones.

PROCEDIMIENTO DE ENSAYOS CLÍNICOS

La realización de ensayos clínicos y otras formas de investigación clínica deberá sujetarse a las condiciones y garantías establecidas en su legislación específica.

LISTA DE PRECIOS

El hospital con UTD deberá disponer de una lista de precios a disposición de los usuarios, que deberá ser comunicada a la administración competente de acuerdo con la normativa específica en la materia.

RECLAMACIONES Y SUGERENCIAS

El hospital tendrá, a disposición del usuario, hojas de reclamaciones y sugerencias que permitan dejar constancia de las quejas, reclamaciones, iniciativas o sugerencias relativas a su funcionamiento que estimen convenientes.

Su existencia se señalizará de forma visible y su situación deberá ser la más accesible para hacer posible su identificación y uso.

El usuario del hospital tiene derecho a obtener respuesta por escrito de las quejas o reclamaciones presentadas por parte del responsable del centro o persona autorizada, sin perjuicio de su remisión a la administración competente, de acuerdo con lo previsto en la normativa autonómica correspondiente.

Las quejas, reclamaciones, iniciativas y sugerencias deberán ser objeto de evaluación periódica.

SEGURO DE RESPONSABILIDAD

El profesional sanitario que ejerza en el ámbito de la asistencia sanitaria privada, así como la persona jurídica o entidad de titularidad privada que preste cualquier clase de servicios sanitarios, deberá disponer del preceptivo seguro de responsabilidad, aval u otra garantía financiera, que cubra las indemnizaciones que se puedan derivar de un eventual daño a las personas, causado con ocasión de la prestación de tal asistencia o servicios.

El hospital deberá disponer de póliza de seguro de responsabilidad acorde con su actividad para hacer frente a las eventuales indemnizaciones por daños al paciente, de los que deban responder.

ARCHIVO DE PÓLIZAS

El hospital y, en su caso, el profesional sanitario por cuenta propia deberán conservar copia de los documentos acreditativos de las garantías de responsabilidad exigidas.

Volver

4. Seguridad del paciente

La provisión de asistencia sanitaria entraña un riesgo elevado de ocasionar daños innecesarios al paciente. Los avances en medicina producidos en siglo XX han modificado el pronóstico y el tratamiento de muchas enfermedades. Esta evolución ha ido acompañada de un incremento en la complejidad de la organización, incorporación de nuevas tecnologías e incremento de la interacción entre profesionales muy especializados para la atención de pacientes mayores que presentan comorbilidad. Todo ello, en situaciones de recesión económica, supone un reto para el sistema sanitario, que debe controlar los costes y mantener la calidad y seguridad de los servicios que ofrece.

Para hablar de daño asociado a la atención sanitaria distinguimos, siguiendo la actual taxonomía de la OMS[130], entre incidente sin daño (circunstancias que podría haber provocado daño innecesario al paciente) o incidentes con daño (que producen daño al paciente) también llamados evento adverso (EA). Los datos de los estados miembros de la U.E. muestran que se producen EA en 8% - 12% de los pacientes hospitalizados[131]. En España, los datos del Estudio ENEAS muestran que el 9,3% de los pacientes hospitalizados en el SNS sufren EA relacionados con la atención sanitaria, de los cuales casi el 50% podría ser prevenible aplicando prácticas seguras de efectividad demostrada[132].

Los errores asistenciales tienen consecuencias graves para el paciente y su familia, generan un coste asistencial y económico muy elevado, erosionan la confianza del paciente en el sistema, y dañan a las instituciones y al profesional sanitario. Por ello, la seguridad del paciente, entendida como la minimización del riesgo de producir daño innecesario al paciente asociado a la atención sanitaria, constituye hoy en día una prioridad para las principales organizaciones de salud, como la OMS[133], organismos internacionales, como la Unión Europea[134] y el Consejo de Europa[135], autoridades sanitarias, sociedades profesionales y organizaciones de pacientes.

En España, el MSPSI, en su responsabilidad de mejorar la calidad del sistema sanitario en su conjunto como marca la Ley 16/2003 de cohesión y calidad del SNS[(21)], ha considerado que la seguridad del paciente es un componente clave de la calidad y la ha situado en el centro de las políticas sanitarias. Así se refleja en la estrategia número ocho del Plan de Calidad del SNS[136], cuyo objetivo es mejorar la seguridad del paciente atendido en los centros sanitarios del SNS a través de distintas actuaciones, entre las que se encuentran: promover y desarrollar el conocimiento y la cultura de seguridad del paciente entre los profesionales y los pacientes; diseñar y establecer sistemas de información y notificación de EA; e implantar prácticas seguras recomendadas en los centros del SNS. Esta estrategia se basa en las recomendaciones de la Alianza Mundial por la Seguridad del Paciente de la OMS y de otros organismos internacionales[137].

Cabe destacar que la implantación de algunas de las prácticas básicas que permiten promover la seguridad del paciente, como es la disponibilidad de historia clínica electrónica o la prescripción electrónica, está determinada por la política de la CCAA o del hospital donde se encuentre la UTD.

El *National Quality Forum* (NQF) ha publicado recientemente una actualización de las prácticas seguras para una mejor asistencia sanitaria[122]. La mayor parte de las 34 medidas seguras recomendadas por el NQF tienen aplicación en la UTD.

La AC-SNS ha evaluado las prácticas seguras recomendadas por agencias gubernamentales para la prevención de EA en pacientes atendidos en los hospitales en función de su impacto y la complejidad de su implantación[138].

[(21)] Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del SNS. BOE nº 128 (29-5-2003).

Volver

4.1. Eventos adversos de las intervenciones en dolor.

Distintos EA han sido registrados e informados principalmente relacionados con el manejo intervencionista del dolor. Por ejemplo, debido a la inyección epidural de corticoides u otros fármacos se han descrito: cefalea espinal, formación de abscesos[139], hematoma epidural[140], necrosis de retina[141], meningitis, aracnoiditis e inyección subdural o subaracnoidea inadvertida, cuadriplejia transitoria[142], infarto del cordón medular[143], e infarto cerebeloso[144]. No obstante, estudios recientes sobre los eventos adversos del manejo intervencionista del dolor en UTD, no muestran la presencia de complicaciones graves y son infrecuentes[145,146]. Estos estudios han informado sobre la aparición de cefalea transitoria en 8% de los pacientes, de las que el 90% fueron leves y respondieron a hidratación, paracetamol y reposo, aunque su duración varió desde los 30 minutos hasta los 4 días. Estos estudios también informaron de alteraciones hemodinámicas que provocaron la suspensión de la intervención; concretamente, el 1,5% de los pacientes tuvieron fluctuaciones de la tensión arterial y la frecuencia cardíaca, y el 0,7% tuvieron un aumento de la tensión arterial hasta valores de 200/100 mmHg. Una encuesta postal[147] a una muestra aleatoria de 105 clínicas de dolor en EEUU, respondida por 61 centros, puso de manifiesto que el 72% de los médicos que respondieron, refirieron haber tratado durante el año previo pacientes que durante las intervenciones desarrollaron respuestas vasovagales (media 7,3 casos por centro, mediana 5, y rango 1-50), aunque solamente el 42% de las unidades había realizado simulacros de parada cardiorrespiratoria para prever y prepararse para esa situación.

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.

4.2. Cultura de seguridad

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[148,149]. 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"[150]. En el ámbito europeo, una de las definiciones más aceptadas es la de la Sociedad Europea de Calidad Asistencial (ESQHC) "Modelo integrado de comportamiento individual y organizativo orientado a minimizar los daños relacionados con la atención sanitaria"[151].

Una cultura de seguridad es esencialmente una cultura en la que la organización, los procesos y los procedimientos de trabajo están enfocados a mejorar la seguridad; donde el profesional está concienciado de manera constante y activa del riesgo de que se produzcan errores o, dicho de otra manera, de que "algo puede ir mal", tiene un papel y contribuye a la seguridad del paciente en la institución. También es una cultura abierta, donde el profesional es consciente de que puede y debe comunicar los errores, de que se aprende de los errores que ocurren y de que se ponen medidas para evitar que los errores se repitan (cultura de aprendizaje).

Se debe fomentar la creación y mantenimiento de una cultura de seguridad en el hospital con UTD[149].

Se deben realizar reuniones periódicas del equipo de la UTD para analizar con un enfoque sistemático los incidentes de seguridad que hayan ocurrido en la unidad y, especialmente, para establecer las medidas de prevención pertinentes[152].

Se debe realizar un análisis de riesgos proactivo (mediante un Análisis Modal de Fallos y Efectos -AMFE- o similar) **de aquellos procedimientos que puedan suponer un mayor riesgo en la unidad**, con el

Volver

fin de identificar los posibles fallos que puedan existir e implantar medidas para subsanarlos. Se recomienda efectuar al menos un análisis al año proactivo y siempre que se introduzca una nueva técnica o procedimiento de riesgo.

Se debe fomentar el flujo de comunicación con atención primaria respecto a temas de seguridad de pacientes, incluyendo regularmente la discusión sobre incidencias de seguridad registradas y la revisión de temas de seguridad del paciente en las reuniones y sesiones conjuntas con atención primaria.

Se debe promover la formación de los profesionales en materia de seguridad, incluyendo temas de seguridad en los programas de acogida y de formación continuada.

Se debe actualizar regularmente la información sobre seguridad del paciente y sobre prácticas basadas en la evidencia científica que hayan sido eficaces en la reducción de errores, con el fin de valorar la introducción de nuevas medidas que puedan ser útiles y establecer mejoras continuas en la seguridad de los pacientes atendidos en la unidad.

4.3. Comunicación durante el traspaso del paciente

A lo largo del tiempo, el paciente puede ser atendido por una serie de profesionales en múltiples unidades, como pueden ser atención primaria, atención ambulatoria especializada, atención de emergencia, atención hospitalaria o rehabilitación[153]. De forma adicional, puede relacionarse (por ejemplo, en la hospitalización o en observación de urgencias) con tres turnos de personal cada día. Un problema en la asistencia sanitaria del SNS, es que (debido a su particular organización y funcionamiento) un paciente que requiere visitas sucesivas, puede ser visitado por distintos médicos, uno diferente en cada visita. Esto desorienta al paciente y disminuye la efectividad de los tratamientos.

La comunicación entre las unidades y entre los equipos de atención en el momento del traspaso podría no incluir toda la información esencial, o podría darse la interpretación incorrecta de la información, lo que supone un riesgo de seguridad para el paciente. Además, el paciente anciano y el paciente pluripatológico, son particularmente complejos y por ello tienen una mayor vulnerabilidad a las brechas de comunicación durante el traspaso[154] que conducen a EA.

La comunicación en el momento del traspaso está relacionada con el proceso de pasar la información específica de un paciente de un prestador de atención a otro y de un equipo de prestadores al siguiente, o de los prestadores de atención al paciente y su familia a efectos de asegurar la continuidad y la seguridad de la atención del paciente. **Aumentar la efectividad de la comunicación entre los profesionales implicados en la atención al paciente durante el traspaso es un objetivo de seguridad prioritario** para la grupos líderes en seguridad, como la OMS[155], la *Joint Commission*[156] y el *National Quality Forum*[149].

Se recomienda estandarizar la comunicación entre los profesionales en el momento del traspaso, los cambios de turno y entre las distintas unidades de atención en el transcurso del traspaso de un paciente a otra unidad o ámbito asistencial. Para ello se recomienda la asignación de tiempo suficiente para comunicar la información importante y para formular y responder preguntas sin interrupciones; y el uso de la técnica SBAR[157]: modelo de lenguaje común para comunicar la información crucial, estructurada en cuatro apartados: S = Situation (Situación); B = Background(Antecedentes); A = Assessment (Evaluación); R = Recomendation (Recomendación).

Se recomienda estandarizar el alta para garantizar que en ese momento, el paciente y su siguiente prestador de atención sanitaria obtengan la información clave referente a los diagnósticos al alta, los planes de tratamiento y cuidados, los medicamentos, y los resultados de las pruebas. Para ello se recomienda el uso de listas de comprobación (checklist)[149,158] para verificar la transferencia eficaz de los principales elementos de información clave.

Volver

4.4. Seguridad en el uso de los medicamentos

Los medicamentos constituyen la intervención sanitaria más frecuente, por lo que no es de extrañar que sean una de las principales causas de EA en la asistencia sanitaria, tanto en el ámbito hospitalario como en el ámbito ambulatorio. En nuestro país, los estudios ENEAS y APEAS revelaron que los medicamentos eran la causa del 37,4% de los EA detectados en pacientes hospitalizados y del 47,8% en pacientes ambulatorios, respectivamente[132,159].

Una gran parte de los errores de medicación se producen en los procesos de transición asistencial, fundamentalmente por problemas en la comunicación de la información sobre la medicación entre los profesionales responsables o entre éstos y los pacientes. Estos errores dan lugar hasta un 20% de los acontecimientos adversos en hospitales y un porcentaje importante de los reingresos hospitalarios[160,161]. Por ello, actualmente **se recomienda que se promueva la implantación de prácticas de conciliación de la medicación en las transiciones asistenciales**[149,162], de forma muy especial, la conciliación al ingreso y cuando se cambia la terapia parenteral a oral, posología y horario.

Referencia especial debe hacerse a la seguridad en el uso de los opiodes, existiendo una abundante literatura en relación con este aspecto[163,164,165,166,167,168,169,170].

4.5. Seguridad en el uso de los productos sanitarios

El R.D. 1591/2009, de 16 de octubre, por el que se regulan los productos sanitarios, prevé la obligación de los profesionales sanitarios y autoridades que, con ocasión de su actividad, tuvieran conocimiento de cualquier funcionamiento defectuoso o alteración de las características o de las prestaciones de los productos sanitarios, así como cualquier inadecuación del etiquetado o de las instrucciones de utilización que pueda dar lugar o haya podido dar lugar a la muerte o al deterioro grave del estado de salud de un paciente o de un usuario.

El hospital debe designar un responsable de vigilancia para los procedimientos que se deriven de la aplicación de las incidencias señaladas en el párrafo anterior, el cual supervisará igualmente el cumplimiento de las obligaciones establecidas por el R.D. 1591/2009 en relación con las tarjetas de implantación de los productos sanitarios. El responsable de vigilancia comunicará sus datos a la autoridad sanitaria de la correspondiente comunidad autónoma y a la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios.

4.6. Identificación del paciente

En un reciente trabajo, promovido dentro de la estrategia de seguridad del paciente en el SNS, se realizan las recomendaciones para una identificación inequívoca del paciente[171] que se listan a continuación.

- Fomentar, al menos, dos identificadores, apellidos y nombre, fecha de nacimiento, número de historia clínica, número de tarjeta sanitaria. Ninguno de ellos deberá ser el número de cama.
- Utilizar una pulsera identificativa, impresa de forma automática, que contenga los datos de identificación.
- Elaborar y difundir protocolos que contemplen criterios claros para la identificación de pacientes no identificables o para diferenciar aquellos con el mismo nombre.
- Promover el etiquetado de las muestras del paciente en el mismo momento de la extracción.
- Establecer controles para evitar que la identificación incorrecta de un paciente en la historia clínica se perpetúe.
- Formar al personal en el procedimiento adecuado para la identificación de los pacientes y la necesidad de su verificación ante cualquier intervención de riesgo.

Volver

- Transmitir a los profesionales la necesidad de comprobar la identidad de los pacientes y certificar que se trata del paciente correcto y el procedimiento indicado antes de realizarlo.
- Incorporar activamente al paciente y a su familia en el proceso de identificación.
- Hacer un seguimiento periódico del proceso de identificación en los pacientes ingresados.

4.7. Seguridad del paciente y gestión de riesgos sanitarios[22]

Las buenas prácticas en términos de seguridad del paciente requieren una organización para la gestión de la seguridad. Los centros sanitarios deben desarrollar sistemas eficaces para asegurar, a través de la dirección clínica, una asistencia segura y aprender lecciones de su propia práctica y de la de otros. Los procesos de gestión del riesgo son relevantes para esta política, incluyendo la revisión de la cultura organizativa, evaluación del riesgo, entrenamiento, protocolos, comunicación, auditoría y aprendizaje de los efectos adversos, reclamaciones y quejas.

En el hospital, dependiendo de la dirección asistencial y de la política de la comunidad autónoma, existirá una unidad funcional de gestión de riesgos (o cualquier otra unidad, comisión o grupo de trabajo estable) que tenga como misión hacer una adecuada gestión de los riesgos sanitarios desde la identificación y registro de los EA asociados a la atención sanitaria al análisis de los mismos para aplicar acciones de mejora que permitan su prevención y minimización.

4.8. Implicación del paciente en su seguridad

En numerosas de las medidas de seguridad mencionadas se ha señalado la importancia de la implicación del paciente en su propia seguridad, que contribuye a[172]: alcanzar un diagnóstico correcto; elegir al proveedor de asistencia sanitaria; participar en la toma de decisiones sobre el tratamiento; observar y controlar el proceso de asistencia; identificar e informar complicaciones y EA del tratamiento; disminuir las tasas de errores de medicación; reducir las tasas de infecciones asociadas a la asistencia sanitaria; identificar inexactitudes en la documentación clínica: configurar mejoras en el diseño y provisión de los servicios sanitarios; controlar y gestionar tratamientos y procedimientos.

Diferentes organizaciones y agencias internacionales desarrollan acciones para facilitar la participación de los pacientes para mejorar la calidad y la seguridad en el proceso de la atención sanitaria (AJRQ, Joint Commission, entre otros) o para promover la participación de los pacientes y ciudadanos en las políticas de seguridad del paciente como hace la OMS a través de su programa "Los pacientes por la seguridad del paciente"[23].

En España y en el marco de la Estrategia de Seguridad del Paciente se creó en el año 2008, tras un trabajo de análisis y consenso con un grupo de representantes de pacientes y consumidores, la Red Ciudadana de Formadores en Seguridad de Pacientes impulsada por la Agencia de Calidad del SNS. Esta red tiene como objetivo dotar a los ciudadanos de recursos y herramientas con los que contribuir a su seguridad y a la de su entorno utilizando una metodología formativa en cascada que va alcanzado a pacientes en diferentes CCAA para constituir una red de trabajo orientada a la mejora de la calidad y la seguridad de los servicios sanitarios del SNS.

---

[22] Este apartado está basado en el del mismo enunciado del documento: Bloque quirúrgico. Estándares y recomendaciones. AC-SNS. MSPS. Madrid. 2009.
[23] www.who.int/patientsafety/patients_for_patient/en/index.html

Volver

4.9. Prevención de la infección relacionada con la atención sanitaria

La infección asociada a la atención sanitaria (IRAS) afecta a 1 de cada 20 pacientes ingresados en Europa, siendo las infecciones más comunes: las del tracto urinario asociado a sondaje (27%), infección respiratoria (24%), infección de sitio quirúrgico (17%) y infección asociada a catéter (10,5%) Estas infecciones son difíciles de tratar debido a la resistencia antimicrobiana que presentan los organismos patógenos implicados[(24)]. El paciente ingresado en la UTD es susceptible a estas infecciones por el tipo de procedimientos que se realizan en ella.

La AC-SNS, en el marco de la estrategia de SP promueve la campaña de higiene de manos de la OMS en los centros sanitarios priorizando "Los 5 momentos para la higiene de las manos" en el paciente hospitalizado[(25)], así como las medidas para la inserción segura de catéteres recomendadas en el proyecto "Bacteriemia zero", desarrollado en colaboración con la OMS[(26)].

4.10. Plan de autoprotección

La UTD comparte los potenciales riesgos del conjunto del hospital. En los documentos de estándares y recomendaciones elaborados por la AC-SNS del MSPSI se recogen las recomendaciones de autoprotección específicas para distintas modalidades y ámbitos asistenciales.

El hospital con UTD tendrá implantado un plan de autoprotección, que establecerá la organización de los medios humanos y materiales disponibles para la prevención del riesgo de incendio o de cualquier otro equivalente, así como para garantizar la evacuación y la intervención inmediata, ante eventuales catástrofes, ya sean internas o externas.

El plan de autoprotección comprenderá la evaluación de los riesgos, las medidas de protección, el plan de emergencias y las medidas de implantación y actualización.

4.11. Seguridad del paciente en la UTD [(27)].

La UTD tienen iguales características que cualquier otro servicio clínico: concurrencia de médicos de distintas especialidades, profesionales de la psicología, personal de enfermería y otros profesionales sanitarios. Además, se emplean en ella técnicas diagnósticas y terapéuticas cada día más sofisticadas e invasivas y, por tanto, no exentas de incidentes y accidentes de consecuencias negativas para el enfermo.

Para la elaboración de este apartado se constituyó un grupo de trabajo específico que, seleccionado y coordinado por la Escuela Andaluza de Salud Pública (EASP), identificó los EA más graves y que con más frecuencia acontecen en las UTD[173]. La metodología de trabajo fue cualitativa, basada en un panel de personas expertas. El objeto del trabajo fue la identificación de los diferentes tipos de EA y el diseño de un programa de seguridad tipo del paciente en la UTD, flexible para su implantación adaptada a la situación particular de cada unidad.

El análisis de los fallos que generan estos EA, mediante la herramienta de Análisis de los Modos de Fallos y de sus Efectos (AMFE) y de las causas latentes o del sistema, permite identificar un conjunto muy amplio de acciones preventivas que pueden evitar la reducción de la aparición de aquellos EA, posibilitando al paciente una atención más segura. Estas acciones se han sintetizado y resumido en una serie de

---

[(24)] European Centre for Disease Prevention and Control, [web site]. www.ecdc.europa.eu/en/healthtopics/Pages/Healthcare-associated_Infections_(HCAI).aspx
[(25)] www.seguridaddelpaciente.es/index.php/proyectos/financiacion-estudios/programa-higiene-manos.html.
[(26)] www.seguridaddelpaciente.es/index.php/lang-es/proyectos/financiacion-estudios/proyecto-bacteriemia-zero.html
[(27)] Apartado elaborado por J. J. Pérez Lázaro, basado en el trabajo de la EASP recogido en la referencia 173.

Volver

recomendaciones que, en la realidad operativa de las UTD, permitirá reducir al mínimo las consecuencias indeseables que acompañan a la asistencia.

Para la identificación de los EA, se definió el evento adverso como un daño o lesión relacionada con la asistencia sanitaria, más que con las complicaciones de la enfermedad del paciente. Incluye todos los aspectos de la atención tales como diagnóstico y tratamiento, así como los sistemas y equipamientos utilizados.

En la realización de este trabajo se han tenido en cuenta las recomendaciones de la OMS recogidas en Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente[130]. La OMS define el daño asociado a la atención sanitaria como el daño que deriva de los planes o medidas adoptados durante la prestación de atención sanitaria o que se asocia a ellos, no el que se debe a una enfermedad o lesión subyacente. Los daños comprenden las enfermedades, las lesiones, los sufrimientos, las discapacidades y la muerte; y pueden ser físicos, sociales o psicológicos.

Por consenso en el grupo, algunos EA, inicialmente identificados como tales por los participantes, se han eliminado del catálogo final, ya que se trataban de problemas de calidad, fallos u otros aspectos mejorables, pero que no se adaptaban a la definición empleada.

No siempre ha sido posible para los expertos acordar si un incidente de seguridad identificado se trataba de un evento adverso o del fallo que lo provoca o su causa. A pesar de ello, el grupo estimó que tenía interés clínico dejar constancia de estos hallazgos, aun sacrificando el refinamiento taxonómico. El respeto a la propuesta grupal explica que aún aparezcan algunos eventos adversos en la relación definitiva que no lo son en sentido estricto. Los eventos adversos en los que se ha suscitado la duda se han identificado con un asterisco (*).

Se identificaron un total 66 tipos de EA que, para facilitar su comprensión, fueron agrupados (Tabla 4.1.) según el aspecto asistencial con el que están relacionados, en medicación (44,7%), técnicas invasivas (22,3%), proceso asistencial (14,9%), información y educación del paciente (8,9%) y práctica clínica (7,4%).

Tabla 4.1. Clasificación de los eventos adversos

	Eventos adversos	Nº
1	Medicación	30
2	Técnicas invasivas	15
3	Proceso asistencial	10
4	Información y educación del paciente	6
5	Práctica clínica	5
	TOTAL	66

Posteriormente se calculó la puntuación del índice de priorización de riesgo (IPR) del evento adverso. Los que obtuvieron una mayor puntuación fueron:

- Mantenimiento o aumento de la discapacidad del paciente (261,3)
- Padecimiento del dolor de forma innecesaria (242,7)
- (*) Automedicación (217,7)
- Persistencia del dolor del paciente (195,7)
- Duplicidad de medicación en tratamiento del dolor y trastorno mental (186,7)
- Problemas digestivos (185,3)
- Efectos secundarios de técnicas invasivas con indicación incorrecta (178,5)
- Depresión respiratoria (177,3)
- (*) Excesiva farmacología en determinadas patologías (172,2)
- Síndrome de neurotoxicidad por opioide (170,5).

Cabe destacar que la puntuación oscila entre 0 y 1.000. Una puntuación más elevada del índice se interpreta como mayor prioridad para buscar acciones de prevención del fallo.

Volver

Las acciones preventivas que se identificaron para disminuir el riesgo alcanzaron un total de 452, muchas de ellas repetidas en diferentes EA, que pudieron agruparse por afinidades en su naturaleza en 9 lotes:

1. Modificaciones y mejoras en el proceso asistencial (151; 33,1%), entendidas como conjunto de actividades que, ordenadas en una secuencia lógica, son necesarias para la asistencia a un paciente. Tienen como característica esencial que la mayoría de ellas no precisan de recursos adicionales para llevarlas a la práctica pues se trata de acciones sobre la organización del trabajo.
2. Práctica clínica adecuada (83; 18,2%): conjunto de acciones preventivas dirigidas a mejorar la práctica clínica.
3. Actividades formativas dirigidas a los profesionales (62; 13,6%). La formación se consideró una herramienta de mejora de la calidad de la asistencia, por ello se sugirió la necesidad de poner en marcha y mantener un programa de actividades docentes específicas orientadas a la prevención de los EA.
4. Protocolos/procedimientos normalizados de trabajo (46; 10,1%). Esta parte podría considerarse dentro del primer apartado pero, dada su importancia cuantitativa y su especificidad se decidió separarlo del mismo. Todas las acciones preventivas de este grupo consisten en la elaboración de guías, protocolos o procedimientos para técnicas invasivas y otros aspectos. Igualmente se señaló que, en el caso de que la UTD disponga de protocolos, se debería garantizar que se aplican, se revisan y actualizan periódicamente.
5. Información específica al paciente (38; 8,3%), se recomendó que la UTD elabore una Guía de información al paciente y cuidadores. Lógicamente, los contenidos de la información son los que tienen que ver con la enfermedad, los fármacos que se usan para su tratamiento, efectos secundarios, complicaciones posibles, preparación previa a las técnicas, asociacionismo, higiene y actividad física y otros. La información debe ir dirigida fundamentalmente a que la persona demandante de asistencia sanitaria sea consciente de los posibles efectos adversos, tome medidas para su prevención, detecte precozmente su aparición y proceda a su autocuidado.
6. Gestión (37; 8,1%). Son acciones preventivas encaminadas tanto a modificar la organización funcional interna de estas unidades, como la organización de otros profesionales fuera de la UTD.
7. Listado de comprobación o checklist (26; 5,7%). Algunas acciones preventivas consistían en la verificación de un aspecto concreto mediante un listado de comprobación. Merece la pena destacar que muchas de ellas hacen referencia a la identificación del paciente y al lado de la lesión.
8. Tecnologías de la información y comunicación (11; 2,4%). En este apartado se incluyeron medidas preventivas que garanticen una buena comunicación con atención primaria y disponer de una serie de alertas que permitan adoptar a tiempo decisiones que permitan evitar la aparición de determinados EA. Para ello se recomendó la incorporación al proceso asistencial de aplicaciones informáticas específicas, destacando la puesta en marcha de la historia clínica electrónica única.
9. Medidas para mejorar la accesibilidad y la comunicación (2; 0,4%). Estas acciones preventivas hacen referencia a evitar la duplicidad de medicación del paciente con dolor y trastorno mental y a la resolución de dudas, buscando prevenir abandonos de tratamiento en aquellos casos en que esto puede ocurrir.

Como puede desprenderse de la lectura del listado de grupos de acciones necesarias para la prevención de los EA en las UTD, estas son, en su mayoría, actividades que no precisan de recursos específicos y, por tanto, pueden llevarse a cabo sin un esfuerzo económico adicional.

Una de las limitaciones del método empleado para alcanzar estas recomendaciones es que la relación de EA obtenida no es exhaustiva. Lógicamente, en la práctica aparecerán otros EA que el grupo no pudo identificar durante la realización del trabajo. Por otra parte, el futuro traerá de la mano nuevos medios

Volver

diagnósticos y terapéuticos que se acompañarán de EA específicos asociados a ellos y que no pueden adivinarse en el momento actual.

No ha podido incluirse en este apartado detalle de estas acciones, pero en conjunto, suponen de hecho un programa de calidad que puede se de utilidad para la mejora de la atención a los pacientes en estas unidades, así como una orientación práctica para la elaboración de programas específicos de formación continuada y de mejoras de la organización del trabajo. Adicionalmente, el apartado de seguridad del paciente tiene un interés docente, muy especialmente en la acogida y formación de profesionales de nueva incorporación a las UTD.

5. Aspectos organizativos y de gestión

El modelo asistencial de la atención al dolor debe basarse en una estrategia de atención sistemática, vinculada al nivel de necesidades del paciente, especializando la atención en la punta de la pirámide (casos más complejos) de acuerdo con el esquema de cuidados al paciente crónico desarrollado por la *Kaisser Permanente* (EE.UU.), adoptado en la estrategia del NHS inglés[174,175,176] y utilizado en otros documentos elaborados por la AC-SNS, como los referidos a la unidad de pacientes pluripatológicos[4] o cuidados paliativos[7]. En la punta de la pirámide se situaría la unidad de dolor, la cual debe colaborar con otras unidades, especializadas o dependientes de atención primaria, en el manejo del paciente con dolor crónico complejo.

Para poder llevar a cabo esta estrategia de atención, es preciso desarrollar una red asistencial que facilite el acceso del paciente al servicio más adecuado para atender sus necesidades.

La UTD se define como una **organización de profesionales de la salud que ofrece asistencia multidisciplinar, que cumple unos requisitos funcionales, estructurales y organizativos, de forma que garantiza las condiciones de seguridad, calidad y eficiencia adecuadas para atender al paciente con dolor crónico que requiera asistencia especializada**.

Entre los objetivos principales de la UTD destacan[118] los siguientes: aliviar total o parcialmente el dolor (no es siempre posible); incrementar la capacidad funcional; mejorar la calidad de vida; racionalizar la medicación analgésica; reducir de la utilización de los servicios sanitarios (consultas de atención primaria y especializada; intervenciones quirúrgicas y otros tratamientos); trabajar en la continuidad del tratamiento; aleccionar 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 biosanitaria 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; publicar los resultados asistenciales.

Este capítulo está dedicado a aquellos criterios y orientaciones referidos a los distintos atributos de la UTD como organización: tipología de unidades y cartera de servicios; relación de la UTD con otras unidades; criterios de inclusión del paciente; organización y funcionamiento de la UTD; sistema de información; y aspectos relativos a la gestión de pacientes.

5.1. Tipología de unidades

La IASP ha definido una tipología de centros para la atención al dolor crónico que, en orden de mayor a menor grado de complejidad y especialización, es la siguiente: Centro o unidad multidisciplinar para el tratamiento del dolor; Unidad multidisciplinar del dolor; Unidad del dolor; y Unidad monográfica.

Tomando como base esta clasificación, la SED establece cuatro categorías de acreditación de UTD. Las unidades tipo III y IV de la clasificación SED se diferencian en la realización de actividades de investigación y docencia. En este documento se ha considerado que toda UTD multidisciplinar debe desarrollar estas actividades[(28)], por lo que se unifica el tipo III y el IV de la SED en un único tipo III.

[(28)] Modificado de: Bases de la SED para la acreditación de Unidades de Tratamiento del Dolor. Documento modificado por la Junta Directiva de la SED, 11 de marzo de 2006.

Volver

Centro o unidad multidisciplinar para el estudio y tratamiento del dolor (UTD III)

El centro o unidad multidisciplinar es el tipo más complejo de UTD. Se estima la necesidad de disponer de una UTD tipo III por cada 1,5-2 millones de habitantes[177].

Las características del centro o unidad multidisciplinar para el estudio y tratamiento del dolor o UTD tipo III son:

- Contar con un director, persona experta en el manejo de pacientes con dolor así como con experiencia en investigación en dolor. Si este director no es un médico especialista con formación avanzada en medicina del dolor, entonces deberá crearse la figura del director médico que se encargará de supervisar los servicios médicos dispensados por la unidad.
- Disponer de un espacio físico propio y adecuado para realizar sus actividades. Debe tener recursos propios para el manejo del paciente ingresado o en régimen de consulta externa.
- Atender un mínimo de actividad estimado en 800 primeras visitas al año, permitiendo así mantener y actualizar conocimientos sobre el diagnóstico y tratamiento del dolor[(29)].
- Estar en condiciones de tratar al paciente con dolor crónico de cualquier etiología, abordando aspectos médicos, psicológicos, sociales y laborales.
- Disponer de una dotación de recursos humanos propios, suficiente para realizar sus actividades y con conocimientos amplios y actualizados sobre ciencias básicas (anatomía, bioquímica, fisiología, farmacología) y experiencia clínica demostrada para manejar el paciente con dolor crónico.
- Deben existir, al menos, dos especialidades médicas[(30)] representadas en el staff de la unidad, una de ellas, anestesiología o neurocirugía. Debe contar con un psicólogo o psiquiatra integrado en la plantilla de la unidad o con la disponibilidad del mismo para valorar y tratar los aspectos psíquicos y psicosociales del paciente con dolor crónico. Todos los especialistas médicos que forman parte de la plantilla de la UTD III deben tener formación avanzada en medicina del dolor.
- Debe disponer de psicólogos, enfermeras, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales y trabajadores sociales como personal sanitario no médico integrado. La necesidad de otro tipo de personal sanitario estará en función de la población a la que atiende la UTD III.
- El personal sanitario propio de la unidad debe realizar sesiones clínicas periódicas.
- Debe contar con la colaboración estable de otros especialistas (mantener sesiones interdisciplinares de dolor, elaborar protocolos, investigar en dolor).
- Debe ofrecer posibilidades diagnósticas y terapéuticas, que abarquen tratamientos farmacológicos y no farmacológicos, incluyendo tratamientos invasivos de elevada complejidad.
- Debe elaborar una historia clínica del dolor, solicitar y evaluar estudios complementarios, practicar un examen físico completo y evaluar al paciente utilizando técnicas actualizadas. Será también responsable de la adecuada valoración y tratamiento psicológico, fisioterapia, valoración por un/a terapeuta ocupacional, además de otros recursos si fueran apropiados.
- Debe elaborar un registro o base de datos informatizada del paciente con dolor, para valorar la eficacia / eficiencia de los tratamientos. El registro deberá estar conectado con la historia clínica informatizada del paciente o al archivo central de historias clínicas.
- Debe garantizar el acceso físico o electrónico a una biblioteca/ hemeroteca.
- Debe establecer protocolos clínicos propios y valorar su eficacia periódicamente.

[(29)] En comunidades autónomas insulares o regiones sanitarias con población dispersa puede considerarse esta cifra a la baja (500-600 primeras visitas).
[(30)] Es recomendable que, al menos, uno de ellos sea anestesiólogo o neurocirujano.

Volver

- Debe formar parte de un centro docente y/o investigador acreditado. Debe desarrollar labores de investigación sobre dolor (solicitud de becas / ayudas gubernamentales, para potenciar la investigación independiente y de calidad; la publicación de los resultados en revistas especializadas de ámbito nacional o internacional, con factor de impacto).
- Debe disponer de programas formativos dirigidos a todo profesional implicado, incluyendo pregraduados, postgraduados y especialistas de su red asistencial.
- Debe implicarse en programas educacionales para la ciudadanía, sobre analgesia y hábitos saludables en pacientes con dolor.

Unidad unidisciplinar para el tratamiento del dolor (UTD II).

Las características de la unidad unidisciplinar para el tratamiento del dolor o UTD tipo II son las siguientes:

- Debe de estar constituida al menos por dos facultativos médicos especialistas.
- Deberá existir un coordinador médico con formación avanzada en medicina del dolor que será responsable de la calidad del servicio clínico prestado a los pacientes.
- Debe de tener capacidad diagnóstica y de tratamiento de pacientes con dolor crónico de distinta etiología y abordar los aspectos físicos, psicosociales, médicos y laborales del dolor crónico.
- Debe disponer de espacio físico definido.
- Debe contar con una dotación de recursos humanos propios suficientes para poder realizar sus actividades. El personal sanitario que desarrolla su labor en una UTD debe poseer los conocimientos suficientes en materias básicas y clínicas necesarias para manejar pacientes con dolor crónico.
- Debe valorar y tratar los aspectos físicos y biopsicosociales del paciente. Debe contar con un psicólogo o psiquiatra integrado en la plantilla de la unidad o contar con la disponibilidad del mismo de forma interdisciplinar.
- El personal de la unidad debe realizar sesiones interdisciplinarias y reunirse con frecuencia para tratar casos clínicos y valorar alternativas terapéuticas.

Unidad de técnicas especificas de tratamiento del dolor (UTD I)

La unidad de técnicas específicas de tratamiento del dolor o UTD I ofrece algunos tipos de técnicas antiálgicas que no tienen carácter multidisciplinar e incluyen con frecuencia: bloqueos nerviosos, neuroestimulación transcutánea, acupuntura, biofeedback, etc.

Las características de la unidad de técnicas específicas de tratamiento del dolor o UTD I son:

- Debe contar con una plantilla suficiente de profesionales sanitarios con titulación de acuerdo con las normas establecidas en España y a la normativa vigente de la U.E. El personal sanitario debe poseer los conocimientos en ciencias básicas y clínicas necesarias para manejar al paciente con dolor crónico. Todos los médicos integrados en la unidad deben tener formación avanzada en medicina del dolor.
- Debe ofrecer capacidad diagnóstica y de tratamiento del paciente con dolor crónico.
- Debe disponer de un espacio físico propio definido.
- Deberá registrar la historia clínica del paciente y acceder al archivo central de historias clínicas. Debe valorar los resultados individuales y la eficacia de los tratamientos globalmente ofrecidos por la unidad.

5.2. Cartera de servicios

Se puede definir la cartera de servicios de la unidad según las modalidades asistenciales que ofrece y por su cartera de procedimientos.

La cartera de servicios de la unidad se adaptará a su tipología y al perfil y complejidad de sus pacientes.

La UTD III debe ofertar atención a pacientes con dolor agudo complejo o de difícil tratamiento en consulta externa, hospital de día y hospitalización convencional; la realización de interconsultas a traumatología, reumatología, cirugía general, medicina interna, oncología[178] y cuidados paliativos[7,179] . Debe realizar procedimientos quirúrgicos.

La Tabla 5.1. recoge los procedimientos que deberían estar incluidos en la cartera de servicios de la UTD a propuesta del panel de expertos de la Sociedad Madrileña del Dolor[113]. La UTD III debe ofertar, además de la mayor parte de estos procedimientos, otros como intervenciones psicológicas básicas que han mostrado su eficacia en estudios controlados (específicamente: terapia cognitivo-conductual, *biofeedback*, hipnosis) o los procedimientos de reactivación física[180,181,182,183,184,185].

La Conselleria de Sanitat de la Generalitat Valenciana ha elaborado una escala de unidades relativas de valor para los procedimientos de anestesiología, reanimación y terapéutica del dolor[186].

Tabla 5.1. Cartera de procedimientos de la UTD

Hospital de Día	Tiempo (min)
Estimulación eléctrica transcutánea (TEN)	15
Estimulación eléctrica percutánea (PEN o PNT)	—
Iontoforesis	20
Programación / cambio de dosis de bomba implantable de flujo variable	15
Recarga de bomba implantable de flujo variable	35
Técnica de infusión espinal: preparación de la medicación, programación y relleno de bomba por telemetría	30
Técnica de infusión espinal: relleno de bomba de flujo fijo	30
Técnica de infusión espinal: preparación de la medicación y programación de bomba electrónica de infusión ambulatoria externa (PCA)	20
Técnica de infusión sistémica: incluye la infusión subcutánea y endovenosa y programación de bomba electrónica de infusión ambulatoria externa (PCA)	20
Programación de neuroestimulador implantado simple	20
Programación de neuroestimulador implantado de doble canal	27,5
Programación de neuroestimulador por radiofrecuencia	—
Administración espinal de anestésicos locales a través de sistemas externos o parcialmente implantados	20
Revisión de sistemas espinales externos o parcialmente implantados	15
Bloqueo regional intravenoso: manguito de isquemia	—
Test intravenoso con fentolamina	—
Test intravenoso con Lidocaina	60
Test y tratamiento intravenoso sistémico	60
Preparación quirúrgica de los pacientes que van a ser intervenidos en la UTD	20
Vigilancia posquirúrgica de los pacientes que han sido intervenidos en la UTD	30***
Infusión intravenosa bifosfonatos	20
Infusión intravenosa anestésicos locales	90

Volver

Salas de bloqueo	
Infiltración de tendones superficiales con anestésicos locales	20
Infiltración de tendones superficiales con corticoides	20
Infiltración de bursa con anestésicos locales	20
Infiltración de bursa con corticoides	20
Infiltración periférica de puntos gatillo con anestesia local	20
Infiltración periférica de puntos gatillo con toxina botulínica	20
Infiltración muscular superficial con toxina botulínica	20
Infiltración articular con anestésicos locales	20
Infiltración articular con corticoides	20
Infiltración articular con ácido hialurónico	20
Bloqueo de nervios periféricos dosis única: diagnóstico o terapéutico	20
Bloqueo de nervios periféricos con corticoides	20
Bloqueo nervioso periférico múltiple	30
Bloqueo nervioso de plexos	30
Bloqueo nervioso troncular	27,5
Bloqueo de nervios craneales superficiales	20
Bloqueo nervioso continuo: colocación de sistema de infusión continua	30
Radiofrecuencia de nervios periféricos	27,5
Bloqueo espinal diferencial	30
Bloqueo espinal utilizando dosis única de anestésicos locales	25
Administración espinal dosis única de corticoides	25
Procedimientos quirúrgicos*,**	
Implantes de electrodos subcutáneos, periféricos y radiculares (Q)	50
Implante de electrodo quirúrgico epidural (Q)	90
Bloqueo de ganglio esfenopalatino	30
Bloqueo simpático cérvico-torácico diagnóstico o terapéutico (ganglio estrellado)	22,5
Bloqueo neurolísis paravertebral simpático	60
Bloqueo neurolítico, epidural o subaracnoideo	42,5
Bloqueo sacroiliaco	30
Bloqueo coxofemoral	30
Técnicas de punción muscular profunda con control radiológico: toxina botulínica de psoas/cuadrado lumbar/piriforme	30
Bloqueo/neurólisis del plexo celíaco	50
Bloqueo/neurólisis del plexo hipogástrico superior	40
Bloqueo facetario/ramo medial posterior vertebral: cervical/dorsal/lumbar	37,5
Discografía	40
Tratamiento intradiscal electrotérmico (IDET)	—
Catéter espinal tunelizado con / sin bomba de infusión externa	45
Cordotomía cervical percutánea	—
Epidurolisis / Adhesiolisis por adherencias	60
Epiduroscopia	90
Radiofrecuencia de articulaciones vertebrales posteriores (ramo medial)	40
Radiofrecuencia de nervios periféricos	30

Volver

Radiofrecuencia de cadena simpática cervical, torácica, lumbar	47,5
Radiofrecuencia de ganglio dorsal: cervical, dorsal o lumbar	42,5
Radiofrecuencia de raíces posteriores vía epidural	50
Radiofrecuencia del disco intervertebral	45
Radiofrecuencia y otras intervenciones terapéuticas sobre el Ganglio de Gasser	55
Implante, primer tiempo, de un electrodo de estimulación medular (Q)	70
Recolocación/sustitución o retirada de un electrodo de estimulación medular (Q)	90
Implante, primer tiempo, de dos electrodos de estimulación medular (Q)	115
Recolocación/sustitución o retirada de dos electrodos de estimulación medular (Q)	120
Implante de generador interno y extensión a electrodos (2.º tiempo) de un sistema de estimulación medular (Q)	60
Sustitución de generador interno (Q)	45
Implante de bomba de infusión interna (Q)	90
Implante de reservorio intratecal lumbar, dorsal o cervical (Q)	70
Implante, y/o revisión, y/o recambio, y/o explante de catéter espinal y reservorio subcutáneo (Q)	90
Implante, y/o revisión, y/o recambio, y/o explante de catéter espinal y bomba interna (Q)	90
Vertebroplastia (Q)	—
Cifoplastia (Q)	—
Bloqueo Ganglio Walter	40
Ozonoterapia: infiltración y discólisis[31]	35
Bloqueo de nervios esplácnicos	45
Bloqueo radicular selectivo de raíces espinales (inyección transforaminal dorsal, lumbar y sacra)	40
Radiofrecuencia de nervios esplácnicos	60
Radiofrecuencia de articulación sacroilíaca	45
Radiofrecuencia de ganglio impar de Walter	45
Radiofrecuencia intraarticular coxofemoral y de rodilla	30
Procedimientos psicoterapéuticos	
Tratamiento cognitivo-conductual	
Hipnosis	
Biofeedback	
Fuente: Modificado de De la Calle y cols., 2010.	
Se destaca, en negrita, aquellos procesos que deberían ofertar las UTD III (aquellos con prioridad ≥ 7 para el panel de expertos de la SMD). El listado de la SMD no incluye procedimientos psicoterapéuticos	
Tiempo promedio de cada procedimiento (mediana de los tiempos propuestos por el panel de expertos de la Sociedad Madrileña del Dolor).	
* Puede haber importantes variaciones en el tiempo medio. Son datos indicativos -como el resto-.	
** Hay procedimientos que no se requiere quirófano, solo sala de técnicas con Rx. (Q): requiere quirófano o sala de tratamientos con ambiente quirúrgico (apartado 6.4.7.Sala de tratamiento y bloqueos).	

La cartera de servicios de las UTD II y I es heterogénea. Los procedimientos más frecuentes de 63 UTD tipo II, identificados a través de una encuesta realizada por la SED para este documento se recogen en la Tabla 5.2.

[31] No existe evidencia científica suficiente sobre la eficacia de este procedimiento.

Volver

Tabla 5.2. Cartera de procedimientos más frecuentes en las UTD Tipo II

Procedimientos	Nº de Unidades
Tratamiento farmacológico	63
Bloqueos periféricos	63
Bloqueos simpáticos	57
Bloqueos centrales	63
Tratamiento mínimamente invasivo en patología musculoesquelética	63
Estimulación eléctrica transcutánea	54
Iontoforesis	41
Neurolisis de ganglios, central, periférica	46
Estimulación medular	56
Estimulación periférica	38
Infusión intratecal	41
Radiofrecuencia	49
Ozonoterapia*	22
Epiduroscopia	12
Termografía	4
* Uso de Ozoterapia: no hay evidencia científica	
Fuente: SED	

5.3. Red asistencial para el manejo del dolor crónico

La alta prevalencia del dolor requiere de la coordinación entre diferentes niveles asistenciales así como el trabajo de diferentes especialidades. El adecuado manejo y tratamiento del dolor crónico hace necesario integrar la asistencia en equipos multidisciplinares (profesiones y especialidades) dentro de una red asistencial de dolor.

La introducción del concepto de red asistencial es relativamente novedosa en el SNS. En las estrategias del SNS en cáncer[187] y cardiopatía isquémica[188] existen referencias a la creación de redes asistenciales.

El cambio de una atención centrada en episodios a otra que garantice la continuidad asistencial implica la superación, por parte del servicio clínico, de los límites estrictos del hospital, para integrarse en una red articulada en torno al "proceso asistencial", que garantice un continuo asistencial que abarca, además de la unidad hospitalaria, otras unidades especializadas del mismo hospital o diferente hospital, de distinta complejidad, otros recursos sanitarios, de atención primaria de salud, sociales y sociosanitarios, el autocuidado o la atención domiciliaria[(32)].

Tomando como base la descripción de "red asistencial" contenida en las estrategias del SNS y los trabajos de Shortell[189], en relación con el concepto de "red integrada de servicios", una "red asistencial" debería contar con los siguientes elementos:

- Un marco geográfico y poblacional definido para cada "bloque de procesos".
- La definición de los recursos humanos y físicos con los que cuenta la red.
- El desarrollo de instrumentos (protocolos, vías, procesos asistenciales integrados, etc.) que garanticen la continuidad de los cuidados y sirvan de referente para todos los profesionales que participan en la red asistencial.
- La integración funcional (sistemas de información) y clínica (gestión por procesos, gestión de enfermedades) de los equipos asistenciales y la vinculación de los profesionales.

[(32)] Pactos territoriales protocolizados.

Volver

La red asistencial debe permitir vincular recursos en diferentes ámbitos (domicilio, centro de salud, hospital local, servicios de referencia, unidades de convalecencia, etc.) y modalidades asistenciales (apoyo domiciliario, consulta, hospitalización de día, hospitalización convencional, unidades de media o larga estancia, hospitalización a domicilio, etc.), de forma que, con la aplicación de los instrumentos de gestión clínica desarrollados y compartidos por los profesionales de los equipos integrados en la red se garantice la calidad, continuidad e integralidad de la atención de la forma más eficiente.

Aspectos relevantes para el desarrollo de redes asistenciales para el manejo de trastornos que cursan con dolor son: 1. el papel de atención primaria y de atención especializada; 2. los criterios de derivación; 3. los tiempos de espera recomendados; 4. los criterios de inclusión y exclusión de la UTD; y 5. la estructura de gestión de la red para el manejo del dolor crónico.

RELACIÓN ENTRE LA UTD Y ATENCIÓN PRIMARIA

En la literatura se constata que es frecuente que el clínico piense que el dolor es difícil de tratar y que el resultado de los tratamientos es frustrante en comparación con la inversión de tiempo y recursos necesarios para llevarlos a cabo[125].

En el año 2001 se publicó una encuesta realizada en el Reino Unido[190] a 504 médicos de atención primaria, que atendían una media de 187 pacientes con dolor crónico no oncológico (en su mayoría lumbalgias y osteoartritis, aunque hubo cerca de un 30% con otros diagnósticos). En esta encuesta los profesionales de atención primaria expresaron que:

- Menos de la mitad de los profesionales refirieron que el dolor interfería o modificaba el estilo de vida o la calidad del sueño y el descanso de los pacientes.
- El manejo óptimo de estos pacientes se conseguía en menos de la mitad de los casos (46%). El 81% de los médicos creía que un número significativo de pacientes recibía un tratamiento subóptimo.
- Las principales barreras referidas para conseguir un manejo óptimo de estos pacientes, fueron los efectos adversos de los fármacos y el cumplimiento terapéutico de los pacientes (74 y 58% respectivamente). Sólo el 10% de estos profesionales trataban a sus pacientes con opioides.
- Los médicos de atención primaria expresaron insatisfacción con sus habilidades para manejar pacientes con dolor crónico. La cuarta parte de los profesionales pensaban que sería bueno que hubiera más guías y protocolos locales disponibles para el manejo del dolor crónico, y el 81% manifestó interés en recibir formación y entrenamiento en el manejo de estos pacientes.

Debe definirse un modelo de relación formal entre la UTD y los profesionales de atención primaria que mejore el manejo sistemático del paciente, como se plantea en los pacientes con enfermedad crónica atendidos desde la unidad de pacientes pluripatológicos. La UTD podría utilizar los siguientes instrumentos [(33)]:

- Sesión clínica: se deben realizar sesiones clínicas conjuntas en las que participen los miembros de la UTD y los profesionales de atención primaria, implicándose éstos en su preparación, promoción y difusión. Las sesiones deben tener carácter periódico y multidisciplinar, facilitando la asistencia de los profesionales sanitarios y sociales que intervengan en el proceso asistencial del paciente con dolor crónico. Es aconsejable realizar una sesión inicial dedicada a la presentación de la cartera de servicios de la UTD, revisión de los circuitos existentes para las derivaciones como para garantizar la continuidad de la asistencia a través de una comunicación ágil y efectiva y establecer los objetivos de colaboración. En posteriores sesiones se puede exponer y debatir casos clínicos con problemas de diagnostico, abordaje terapéutico y seguimiento de pacientes seleccionados desde primaria o de pacientes ya derivados.

[(33)] Modificado de: Unidad de pacientes pluripatológicos. Estándares y recomendaciones. AC-SNS. MSPS. 2010.

Volver

- Interconsulta: se deben establecer los medios para conseguir una interconsulta ágil (telefónica, correo electrónico, etc.) mediante la que el médico de atención primaria pueda exponer y compartir dudas, incidencias y planteamientos terapéuticos en el manejo del paciente con dolor.
- Circuitos: se deben diseñar circuitos sencillos y ágiles tanto para evitar derivaciones innecesarias o evitables (citas burocráticas; pacientes en fase estable; citas para concertar exploraciones o entregar informes / recetas) como para facilitar la derivación de carácter preferente o no demorable.
- La información clínica compartida puede resolver la inmensa mayoría de estos trámites y ayudar a solucionar de una forma eficiente gran parte de los problemas clínicos que se planteen.

Se deben crear vínculos entre la UTD y atención primaria que contribuyan a unificar el concepto de salud y visión integral del paciente, mediante alguna de las siguientes actividades:

- Facilitar periodos de formación y reciclaje de los médicos y enfermeras del ámbito de atención primaria en la UTD vinculados a los programas de colaboración y formación, con la posibilidad de estudiar y evaluar conjuntamente pacientes remitidos desde atención primaria.
- Desarrollar líneas de colaboración en investigación clínica en dolor y, especialmente, aquellas relacionadas con los problemas clínicos abordados conjuntamente.
- Colaborar en la elaboración de protocolos, recomendaciones, consensos y guías de práctica clínica basadas en la evidencia.
- Colaborar en la elaboración de textos informativos escritos(folletos , dípticos ,etc.) dirigidos al paciente con dolor que facilite información y promueva la colaboración del paciente y su entorno (cuidadores) en el proceso de tratamiento así como el autocuidado.
- Plantear actividades docentes objetivas e independientes, impartidas por expertos en medicina del dolor si es posible asociados a departamentos universitarios. Estas actividades incluyen cursos, seminarios y talleres conjuntos entre miembros de la UTD y médicos y enfermeras de atención primaria.
- Difundir las experiencias de colaboración y mostrar y publicar los resultados obtenidos en la atención a los pacientes con dolor profundizando en los conceptos de salud y cuidados sanitarios para avanzar en el desarrollo de un modelo de atención integral y continuada.
- Crear grupos de trabajo conjuntos sobre temas específicos tales como docencia, investigación, uso racional del medicamento, etc.

El paciente debe ser atendido en la UTD en estrecha coordinación con su médico / enfermera de atención primaria. El “plan de acción compartida” (PAC) entre atención primaria y la UTD, instrumento desarrollado en la unidad de pacientes pluripatológicos[4], se activará por acuerdo entre los responsables del paciente en atención primaria y en la UTD cuando el paciente necesite la intervención conjunta de ambos para el control clínico del dolor. Durante todo el proceso de asistencia conjunta a través del PAC el médico responsable del paciente en atención primaria y el responsable de la UTD colaborarán estrechamente para unificar los planes terapéuticos. La relación de atención primaria con la UTD debe evitar revisiones innecesarias en la UTD.

CRITERIOS DE DERIVACIÓN DEL PACIENTE A LA UTD

La Sociedad Madrileña del Dolor[113] propone, como estándar de calidad, la existencia de protocolos de derivación y seguimiento. Los criterios de derivación deben adaptarse a las especificidades organizativas de cada área de salud y de cada UTD. Algunos aspectos de la coordinación entre UTD y atención primaria[191] pueden ser aplicados a la derivación a la unidad desde servicios especializados.

Uno de los criterios para derivar al paciente es la necesidad de un abordaje integral del paciente en la valoración o tratamiento multidisciplinar, especialmente aquel que no mejora con el tratamiento según lo esperado[192] y en el caso del paciente con dolor crónico con un componente psicosocial importante[126].

Volver

Goucke propone [124] como criterios de derivación que no se ha obtenido mejoría con el tratamiento con opioides; no se consigue mejoría funcional; el dolor neuropático de difícil control; ausencia de diagnóstico satisfactorio; antecedentes de mal uso de la medicación; componente psicosocial importante.

Se recomienda[192] explicar al paciente el tipo de dolor que padece, exponiendo las opciones de tratamiento basadas en la evidencia de manejo del dolor a largo plazo. Debe presentarse la UTD como una forma integral de abordaje, evitando que el paciente suponga que es la última posibilidad terapéutica, por la desesperanza, impotencia o sensación de abandono que puede significar. Debe informar que la UTD III incluirá la valoración de un psicólogo o psiquiatra experto. Debe explorar cualquier prejuicio o preocupación que el paciente pudiera tener en relación a la derivación a la UTD, de la forma más abierta y directa posible.

Una revisión reciente de la Sociedad Canadiense del Dolor concluyó que esperas superiores a seis meses desde la derivación, se asocian a un deterioro en la calidad de vida relacionado con la salud y en el bienestar psicológico, con un aumento de los síntomas depresivos[193]. El manual de buenas prácticas del Reino Unido[93] señala que los servicios de dolor deben prestar una especial atención a los grupos vulnerables y potencialmente desfavorecidos como los ancianos, los niños, los discapacitados, etc. Debe garantizase el acceso a la unidad del dolor del paciente con discapacidad visual o auditiva, con problemas de drogas y a las víctimas de torturas.

En el Anexo 2 se recoge un algoritmo de derivación de pacientes con dolor osteomuscular desde atención primaria. La misma publicación recoge otros algoritmos de derivación[194].

TIEMPOS DE ESPERA

La Tabla 5.3. recoge tiempos de espera y priorización en la atención en la UTD establecidos en diferentes países[(34)].

Tabla 5.3. UTD: tiempos de espera y priorización en la atención en distintos países

País	Prioridad 1	Prioridad 2	Prioridad 3	Comentarios
Australia (*Department of Health Western Australia)*	"inmediato". "categoría 1". **1 semana** para condiciones graves, dolorosas, con riesgo de deterioro y afectación de la calidad de vida (cáncer, zóster agudo)	"urgente". "categoría 2". **1 mes**. Condición dolorosa con duración y progresión intermedia y riesgo de aumento de deterioro funcional (dolor de espalda agudo que evoluciona a crónico)	"rutina". "categoría 3". **3 meses**. Progresión rápida improbable, tratamiento de mantenimiento iniciado o se hace necesaria revisión o reevaluación (dolor lumbar crónico, dolor persistente, uso prolongado de opioides que requiere revisar la prescripción)	Se reconoce que la lista de espera de rutina en Australia del Oeste es actualmente de 12 meses debido a recursos limitados.
Canadá (*Wait Times Alliance Recomendations*). Noviembre 2007	**14 días**. Dolor canceroso.	**30 días**. Dolor neuropático agudo de menos de 6 meses.	**3 meses**. Protrusión discal lumbar aguda o dolor crónico subagudo en un adulto en edad laboral donde el tratamiento puede mejorar la función	**6 meses** para otros tipos de dolor crónico
Reino Unido			**18 semanas** para referencias a consultas externas	Directrices genéricas, no específicas para el dolor
Finlandia	**1 mes** para dolor intenso no diagnosticado; o dolor prolongado postraumático o posquirúrgico	**3 meses** para dolor moderado no diagnosticado	**6 meses** para la asistencia no urgente del dolor crónico	La cobertura de la atención al dolor crónico se incluyó en el sistema de salud en Marzo de 2007

[(34)] www.iasp-pain.org

Volver

País	Prioridad 1	Prioridad 2	Prioridad 3	Comentarios
Noruega *(Norwegian Directorate of Health)*. Junio 2009	**2 semanas**. "Grupo 1 o condiciones subagudas" que han durado más de 6 meses y tienen riesgo de evolucionar hacia dolor de difícil tratamiento "Grupo 5" o dolor grave y difícil de tratar en enfermedades graves y avanzadas (cáncer, insuficiencia cardiaca,...)	**16 semanas** "Grupo 2" o dolor crónico complejo con o sin causa desencadenante conocida y condición incurable y problemática co-mórbida (drogadicción o enfermedad psiquiátrica)	**16 semanas** "Grupo 3" o dolor complejo crónico con causa desencadenante incurable "Grupo 4" o dolor complejo crónico sin causa desencadenante conocida	Estos tiempos se aplican a aquellos pacientes con derecho legal al tratamiento. En Noruega el tiempo de espera se mide desde la evaluación y clasificación en los grupos de dolor crónico por atención primaria (que puede tener lugar dentro de los primeros 30 días) y el momento de iniciar el tratamiento.
Fuente: International Association for the Study of Pain. Task Force on Wait-Times. Summary and Recommendations. February, 2010.				

Las recomendaciones de la IASP, son las siguientes[195]:

- Urgente (prioridad 1 - 1 semana): condición dolorosa aguda con riesgo de deterioro o cronicidad o dolor relacionado con cáncer terminal o enfermedad en estado terminal. El herpes zoster agudo también requiere tratamiento urgente, pero esencialmente debe ser tratado en el nivel de atención primaria más que en un servicio especializado.
- Semiurgente (prioridad 2 - 1 mes): dolor intenso no diagnosticado, o dolor progresivo con riesgo de aumentar el deterioro funcional, generalmente de 6 meses de duración o menos (dolor de espalda no resuelto, dolor neuropático, dolor posquirúrgico o postraumático).
- Rutina o regular (prioridad 3 - 4 meses): dolor persistente prolongado sin progresión relevante.

Como recomendaciones complementarias, la IASP propone desarrollar estrategias coste-efectivas, compartidas con las del manejo de pacientes crónicos complejos[4] , para que el tratamiento del dolor sea más accesible. Estas estrategias son: apoyar el desarrollo de sistemas de autocuidado; mejorar la educación comunitaria y la formación de los profesionales de atención primaria en el manejo del dolor; facilitar la creación de redes de interconsulta entre profesionales (correo electrónico, telemedicina); desarrollar guías para el manejo de los pacientes con dolor crónico en los distintos niveles asistenciales, y asegurar el uso eficiente de los recursos disponibles; limitar las pautas de revisión del paciente con dolor crónico, mientras permanece estable.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN EN LA UTD[(35)]

Criterios de admisión en la UTD son, entre otros:

- Síndrome doloroso persistente, experiencia dolorosa que se prolonga más allá del de la curación de la lesión inicial (fase crónica, más de 3 meses de duración).
- Falta de respuesta terapéutica cuando se utilizan intervenciones o tratamientos adecuados enfocados desde el modelo biomédico.

Es necesario que las UTD desarrollen estrategias eficientes de alta de la unidad, que aseguren un flujo de nuevos pacientes que pueda dar respuesta a la demanda asistencial[192]. Asimismo, las UTD deben establecer relaciones de colaboración con atención primaria, así como con otras especialidades[196], en el marco de la red asistencial y en función de las carteras de servicios de las UTD integradas en esta red.

[(35)] Especialmente aplicable a UTD III.

Volver

ESTRUCTURA DE GESTIÓN PARA EL MANEJO DEL DOLOR CRÓNICO

Con independencia de que cada una de las unidades asistenciales integradas en la red mantengan su propia entidad, debe definirse y desarrollarse una estructura de gestión para la red, que debe contar con un órgano colegiado en el que estén representadas todas las UTD integradas en la red, un director o coordinador (generalmente, el responsable de la UTD III) así como un responsable de enfermería (supervisor, coordinador de cuidados).

La red debe desarrollar los protocolos de atención, la integración, coordinación y desarrollo de la red asistencial y la discusión de casos con un enfoque pluridisciplinar e interdisciplinar, garantizando la calidad de la asistencia y seguridad del paciente.

La estructura de gestión de la red debe promover la formación continuada de los profesionales y el desarrollo de actividades de docencia y de investigación, innovación y desarrollo.

Si se configura como una unidad de gestión su director debe tener autoridad y responsabilidad sobre el presupuesto, una remuneración adecuada, responder de su gestión y disponer de sistemas adecuados de información y soporte administrativo. Para ello es aconsejable asignar un responsable de otros servicios generales del hospital (económico-financiero, área de personal, etc.) como apoyo de la unidad de gestión, o que ésta los incorpore dentro de su plantilla.

La UTD del hospital de área será referencia para el área de salud y para el hospital local (con población de referencia inferior a 100.000 habitantes).

La UTD tipo III debe garantizar un acceso equitativo a sus prestaciones al paciente de su ámbito geográfico y poblacional (aproximadamente 1,5-2 millones de habitantes), utilizando instrumentos de gestión de la demanda y garantía de calidad[36].

La historia clínica compartida y la utilización de TIC (teléfono móvil, correo electrónico, videoconferencia, etc.) son recursos importantes para el desarrollo de la red asistencial para la atención al paciente con dolor crónico.

[36] Se trata de un criterio indicativo. En comunidades autónomas insulares o regiones con población dispersa el volumen poblacional de la red puede reducirse (600.000 habitantes).

Volver

5.4. Organización y gestión de la UTD

Se han adaptado los estándares de la Sociedad Madrileña del Dolor[113], que serían aplicables especialmente a las UTD III.

Tabla 5.4. UTD Multidisciplinar: estándares de organización y funcionamiento [37]

Estructura	
Director o coordinador de la unidad	Dedicación completa a la UTD
Plantilla multidisciplinar	
Especialidades médicas	Especialmente recomendables en la plantilla de la unidad son anestesiología, medicina interna, neurocirugía, rehabilitación y reumatología
	Facultativos consultores de forma estable, con dedicación parcial a la actividad de la unidad. Si no forman parte de la plantilla de la unidad, deben ser: neurocirujano, psiquiatra, rehabilitador, neurólogo y cirujano ortopédico
Otros profesionales	Imprescindible: psicólogo especialista en dolor
	Enfermera / s con dedicación completa
	Soporte de otros profesionales, como fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales y trabajadores sociales
Proceso	
Biblioteca médica	Acceso online
Correo electrónico institucional	Todos los profesionales
Conexión informática	Entre atención primaria y la UTD Entre la UTD y recursos de cuidados paliativos
Períodos vacacionales	Se debe mantener la actividad asistencial
Protocolos de derivación	Garantizar la asistencia en los casos urgentes de dolor
Protocolos asistenciales	Basados en las recomendaciones de guías de práctica clínica y en la evidencia médica Actualizados periódicamente
Vías clínicas	Procedimientos más prevalentes de la UTD
Relación con otros profesionales	Garantizar al médico de atención primaria la posibilidad de solventar telefónicamente problemas derivados del tratamiento Habilitar los cauces de relación entre la UTD y los farmacéuticos intra y extrahospitalarios
Gestión por procesos	Se debe implantar
Procedimientos intervencionistas	Deben ir precedidos de la firma del documento de consentimiento informado por el paciente Al alta debe entregarse informe de la técnica realizada
Cuestionarios de calidad percibida	Todos los pacientes de la UTD
Información al paciente	Sobre las entidades clínicas y procedimientos más prevalentes de la UTD
Documentos con recomendaciones al paciente	Promoción del autocuidado: consejos sobre actividad física, medidas de higiene de la espalda y actuación posquirúrgica

DIRECTOR O RESPONSABLE DE LA UTD

El director de la UTD III será un profesional con formación avanzada en el estudio y tratamiento de pacientes con dolor crónico. Si este director o responsable no es un médico especialista con formación avanzada en Medicina del Dolor, entonces deberá crearse la figura del director médico que se encargará de supervisar los servicios médicos dispensados por la unidad. Las funciones del director o responsable de la UTD serán, entre otras, las siguientes:

- Dedicación a tiempo completo a la unidad. Desarrollo e implantación de los criterios de admisión y alta del paciente, protocolos asistenciales y relaciones con otros servicios y unidades.
- Administración de la unidad, incluyendo presupuesto, sistema de información y de evaluación y mejora de la calidad.
- Participación en investigación y docencia (UTD III).

[37] Fuente: Adaptado de De la Calle y cols., 2010

Volver

- Resto de funciones atribuidas en los criterios de organización y funcionamiento de una UTD.
- Coordinador / Director de la red asistencial de dolor, si bien eventualmente esta función la puede ejercer cualquier otro miembro de la UTD.
- Realización de una evaluación de resultados anual sobre la actividad y el funcionamiento de la UTD / red asistencial, en la que consten expresamente los resultados conseguidos.

MANUAL DE ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO

La unidad deberá disponer de un manual de organización y funcionamiento en el que se refleje: el organigrama de la unidad; la cartera de servicios; la disposición física de la unidad y sus recursos estructurales y de equipamiento; los procesos; los criterios de inclusión de pacientes; los instrumentos de coordinación asistencial con otras unidades y servicios; protocolos y guías; las líneas de responsabilidad en cada uno de los actos; y todos los requisitos contemplados en los criterios de organización y funcionamiento (tabla 5.3.).

El manual, que respetará los requisitos generales organizativos previamente descritos, deberá ser abierto y actualizable de acuerdo con las modificaciones que se produzcan en la cartera de servicios o con los cambios estructurales o funcionales.

En el organigrama deberán estar definidas las responsabilidades, así como las líneas jerárquicas, atribuciones y competencias de cada uno de los miembros de la unidad.

La UTD debe facilitar a todos sus miembros información sobre objetivos, plantilla, estructura de gestión, comités, uniformes y disciplina, líneas de responsabilidad y comunicación, directrices éticas, etc. que facilita la integración en la unidad y el desarrollo de un sentimiento de pertenencia a la misma.

5.5. Gestión de pacientes

Los aspectos relativos a la documentación clínica, registro de pacientes, informe de alta y protección de datos afectan al hospital al que está vinculada la UTD.

La documentación clínica está integrada por el conjunto de documentos resultantes del proceso asistencial, cualesquiera que sean su formato y soporte.

La gestión de la documentación clínica corresponderá a la unidad de admisión y de documentación clínica o equivalente. La gestión comprenderá la generación, custodia, préstamo, duplicación, copia, seguimiento y depuración de cualquier documento clínico.

La documentación clínica deberá ser conservada en condiciones que garanticen su correcto mantenimiento y seguridad durante el tiempo adecuado en cada caso y, como mínimo, cinco años contados desde la terminación de cada proceso asistencial.

HISTORIA CLÍNICA

El centro sanitario contará con un único registro de historias clínicas que centralizará toda la información correspondiente a la actividad que se realice en el mismo. Su gestión se llevará a cabo de acuerdo con un protocolo que garantice su trazabilidad y localización, e incluya criterios escritos sobre archivo, custodia, conservación y acceso a la documentación.

La historia clínica deberá ser única para cada paciente y deberá ser compartida entre los profesionales, centros y niveles asistenciales. Asimismo, deberá cumplir las exigencias técnicas de compatibilidad que cada servicio de salud establezca.

La información asistencial recogida en la historia clínica podrá constar en soporte papel o a través de medios informáticos, electrónicos o telemáticos, siempre que garantice su recuperación y uso en su totalidad. En lo relativo al diseño, contenido mínimo, requisitos y garantías y usos de la historia clínica se atenderá a lo

Volver

previsto en la Ley 41/2002 básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

En la historia clínica del paciente que recibe tratamiento en una UTD debe existir un apartado específico sobre la evaluación del dolor que presenta el paciente en la primera consulta y una constancia evolutiva del la modificación de estos parámetros y de todos los test realizados.

INFORME DE LA UTD

El médico responsable del paciente dentro de la UTD tiene que elaborar el informe de alta médica a que se refiere la Ley 41/2002 básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica [38].

REGISTRO DE PACIENTES DE LA UTD

Es recomendable que la UTD disponga de un registro de pacientes. Esta base de datos debe incluir los casos atendidos por la UTD. En el registro de pacientes atendidos se harán constar los datos necesarios para la identificación inequívoca del paciente, el diagnóstico final y los procedimientos realizados de cada paciente evaluado, así como la identificación de todos los profesionales implicados en su tratamiento, en especial los profesionales de atención primaria responsables del paciente y, en su caso, de la enfermería de enlace, gestora de casos o recurso similar.

Se recomienda que la UTD disponga de un registro informatizado de pacientes que permita establecer una base de datos local/regional/nacional y poder mejorar el tratamiento del dolor en las UTD sobre la base de los resultados obtenidos, utilizando un instrumento de *benchmarking*.

PROTECCIÓN DE DATOS SANITARIOS

Los datos de carácter personal relativos a la salud del paciente tienen la consideración de datos especialmente protegidos a los efectos previstos en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal.

El hospital o centro sanitario adoptará las medidas de organización, procedimentales y técnicas necesarias para garantizar la seguridad, confidencialidad e integridad de los datos referentes a la salud del paciente, así como para hacer efectivo el ejercicio del derecho de acceso, rectificación y cancelación de los mismos.

RESPONSABLE DE LOS FICHEROS

El hospital o centro garantizará la seguridad y conservación de todos los ficheros de los que dispongan, estén o no automatizados.

El hospital o centro sanitario designará la persona responsable de los ficheros automatizados que se comunicará a la administración competente. El responsable del fichero y las personas que intervengan en cualquier fase del tratamiento de los datos de los pacientes están sometidos al deber de secreto profesional.

CONFIDENCIALIDAD DE LOS DATOS

El paciente tiene derecho a la confidencialidad sobre su estado de salud en los términos establecidos por la Ley 41/2002 básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

Volver

CESIÓN DE DATOS

La cesión de los datos relativos al paciente requerirá en todo caso, el consentimiento expreso del afectado, con las excepciones previstas en la legislación sanitaria y en la legislación de protección de datos.

SISTEMA DE INFORMACIÓN

El sistema de información estará integrado en el sistema general del hospital, debiendo atender a los distintos requerimientos de la UTD.

(38) Disposición transitoria única. Informe de alta. "El informe de alta se regirá por lo dispuesto en la Orden del Ministerio de Sanidad, de 6 de septiembre de 1984, mientras no se desarrolle legalmente lo dispuesto en el artículo 20 de esta ley".

Volver

6. Estructura y recursos materiales

En este capítulo se desarrollan los criterios y recomendaciones referidos a las condiciones estructurales y funcionales de la UTD III, equipamiento e instalaciones. En el Anexo 3 se desarrolla un ejemplo de programa funcional de espacios para una UTD III.

La UTD III es multidisciplinar, de elevada complejidad y, habitualmente, localizada en hospital, universitario, de referencia con un ámbito de población en torno a 1,5 millones de habitantes. Dispone de una estructura física diferenciada, con comunicación tanto con la circulación de pacientes ambulantes, como con la circulación interna del hospital con objeto de garantizar el acceso a otras unidades asistenciales del hospital. La UTD III debe contar con recursos ajustados a la actividad que se desarrolle en la misma y configurarse en zona de acceso y admisión, consulta y salas de tratamiento, hospital de día integrado en la unidad y zona de personal.

La UTD II es una unidad unidisciplinar, habitualmente ubicada en una estructura hospitalaria, aunque puede ser extrahospitalaria, que atiende a pacientes con dolor crónico. Algunos de los recursos físicos que integran la unidad (acceso y recepción, hospital de día, consulta, personal) pueden ser compartidos con otros recursos de especialidades afines, en función del volumen de actividad y de la cartera de servicios.

La UTD I, habitualmente, es una unidad monográfica que se dedica a técnicas relacionadas con una región corporal específica.

6.1. Programa funcional

La UTD requiere la elaboración de un programa funcional que, según la población que ha de ser atendida y del resto de los recursos asistenciales de la red asistencial, defina la cartera de servicios y se dimensione los recursos humanos y físicos necesarios para desarrollar adecuadamente la actividad prevista.

La redacción del programa funcional requiere:

- Identificar el ámbito territorial de la unidad y realizar el análisis sociodemográfico de su población.
- Analizar los recursos existentes en la red asistencial (primaria, especializada y sociosanitaria), vinculados a la UTD.
- Estimar la demanda en función de los criterios de selección de pacientes y la estrategia de abordaje que se desarrolle para el cribado de los casos.
- Conocer la estrategia (plan director) de la red de ordenación de recursos de tratamiento del dolor, adaptada a las características territoriales, a las instalaciones existentes y/o en proyecto, así como a la demanda esperada de atención a su población.
- Evaluar el rendimiento de los recursos.
- Definir la cartera de servicios.
- Definir la relación de la UTD con otras unidades funcionales del hospital.
- Desarrollar las necesidades de personal y equipamiento, de acuerdo con la actividad prevista, rendimientos estimados y cartera de servicios definida.
- Disponer de criterios de organización y funcionamiento de la UTD que recojan aspectos relacionados con la circulación de pacientes, personal y suministros
- Elaborar un programa de recursos físicos y equipamiento.
- Elaborar un estudio económico que incluya gastos de inversión y de funcionamiento de la UTD.

Las incertidumbres en cuanto a las demandas de atención, así como en relación con el desarrollo e innovación de los tratamientos, deben ser consideradas en el dimensionado de recursos de consultas, salas de tratamiento, y puestos de hospital de día.

Volver

6.2 Ubicación de la UTD en el hospital: relación con otras unidades

El tratamiento del dolor implica el desarrollo de actividades de diagnóstico y tratamiento de pacientes en distintas áreas dentro del hospital[39]:

- Área ambulatoria (consultas y hospital de día): locales de consulta, examen y tratamiento, y de apoyo de secretaría y trabajo administrativo. Disponibilidad y utilización de tecnologías de la información (historia clínica electrónica).
- Bloque quirúrgico: quirófanos y recuperación postanestésica.
- Diagnóstico por Imagen: radiología convencional e intervencionista para diversos procedimientos terapéuticos
- Hospitalización polivalente. Unidades de Oncología (entre el 11 y el 15 % de los pacientes con dolor relacionado con procesos oncológicos requieren atención específica de la UTD) y Unidades de Cuidados Paliativos.
- Unidad de farmacia hospitalaria.
- Urgencias.

Los recursos anteriores se encuentran compartidos e integrados en las diferentes áreas funcionales del hospital de agudos. En las UTD de nivel III, debe existir un espacio diferenciado dentro del área ambulatoria para la atención (diagnóstico y tratamiento) tanto de pacientes ambulantes como de pacientes ingresados en diferentes unidades del hospital. Este requerimiento plantea la necesidad de que la UTD disponga de fácil acceso para el paciente procedente de la entrada general del área ambulatoria del hospital, así como de conexión directa con la circulación interna del hospital para la comunicación de los profesionales con las diversas unidades donde se encuentran pacientes que requieren atención por parte de la UTD. En este sentido, topológicamente, las características de ubicación son similares a las de los gabinetes de exploraciones funcionales centrales del hospital.

Asimismo, la UTD se relaciona estrechamente con la red de atención primaria, la sociosanitaria y de cuidados paliativos.

6.3 Características estructurales de la UTD: zonas y locales

Para el desarrollo de este apartado, se ha considerado la actividad que se desarrolla en la UTD de nivel III. Para ello se han considerado los estándares de estructura y recursos materiales de la International Association for the Study of Pain (*Pain Clinic Guidelines*), la Sociedad Madrileña del Dolor[113], y los documentos "*Recommended guidelines for Pain Management Programmes for adults*"[98] y "*Pain Management Services: Good Practice*"[93], así como la experiencia disponible en España en programación funcional y funcionamiento de unidades de tratamiento del dolor.

Las zonas que integran la UTD III, son las siguientes.

1. Recepción y admisión.
2. Consultas de diagnóstico y tratamiento.
3. Hospital de día.
4. Control de enfermería y apoyos.
5. Zona de personal.

Estos recursos específicos de la UTD se localizan generalmente en el área ambulatoria del hospital, con acceso a la circulación general de pacientes ambulantes y con la circulación interna destinada a personal pacientes encamados y suministros y servicios. Es necesario considerar que la mayor parte de los pacientes

tratados en la UTD son pacientes ambulantes que requieren una estancia en el hospital de día propio de la unidad.

La Tabla 6.1. recoge el programa genérico de locales asignados a cada una de las zonas que se detallan en los epígrafes siguientes.

Tabla 6.1 UTD: programa genérico de locales

Zona	Local
ACCESO Y ADMISIÓN	1. Vestíbulo de acceso 2. Recepción y Admisión. Secretaría 3. Sala de espera para pacientes y acompañantes 4. Aseos públicos y aseo adaptado 5. Almacén silla de ruedas
CONSULTA: DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO	6. Consulta 7. Sala de tratamientos y bloqueos 8. Sala de terapia en grupo (tratamiento psicológico, ocupacional o educativo)
HOSPITAL DE DÍA	9. Vestuario y aseo de pacientes 10. Puestos de hospital de día
CONTROL DE ENFERMERÍA Y APOYOS	11. Mostrador y puestos de trabajo 12. Oficio limpio 13. Almacén de equipos 14. Almacén de material fungible 15. Almacén de lencería 16. Aseo de personal 17. Oficio de limpieza 18. Oficio sucio y clasificación de residuos
PERSONAL	19. Despachos clínicos 20. Sala de trabajo clínico y reuniones polivalente 21. Sala de estar y refrigerio de personal 22. Vestuarios y aseos del personal

(39) Estas relaciones dependen del “mix” entre recursos dedicados a la UTD y compartidos con otras unidades.

Volver

ZONA DE ACCESO Y ADMISIÓN

La situación de discapacidad en la que se encuentran algunos pacientes que acuden a la UTD exigen soluciones funcionales y materiales que faciliten la accesibilidad en la UTD.

Tabla 6.2. Zona de acceso y admisión: función y características estructurales

Ámbito	Función	Características estructurales
VESTÍBULO DE ACCESO	Facilitar el acceso a la unidad	Preferentemente ubicada en plantas con acceso al mismo nivel que el exterior y con recorridos lo más cortos posibles. El vestíbulo de entrada será suficientemente amplio para permitir la circulación hasta el mostrador de recepción-admisión, evitando situaciones que pudieran dificultar el acceso.
RECEPCIÓN Y ADMISIÓN	Atención al paciente y a sus acompañantes (con un cierto grado de privacidad) durante el proceso de admisión.	Con mostrador diseñado de forma que resulte accesible desde la entrada principal y fácilmente localizable para los pacientes y acompañantes, y, que el personal de recepción pueda observar la puerta de entrada y las circulaciones del público. Con tomas de voz y datos.
SALA DE ESPERA	Para pacientes y acompañantes	Adyacente a la recepción y admisión, y con espacio para la estancia prolongada de acompañantes durante los tratamientos de los pacientes en la Unidad. Confortable, con teléfono, televisión, espacio para máquinas de refrigerio y fuente automática de agua fría, así como de aseos públicos (uno de ellos adaptado) en su proximidad. Con 1,5 asientos cómodos por paciente que se encuentre en cualquier zona de la unidad. Con acceso directo desde el vestíbulo de entrada, permitirá el contacto visual con el mostrador de recepción y dará acceso a la zona de consultas y salas de tratamiento, y al hospital de día de la UTD.
LOCALES DE APOYO	Para el funcionamiento de la zona	Aseos públicos y aseo adaptado. Espacio para sillas de ruedas.

VESTÍBULO DE ACCESO

En general, el acceso a la UTD se realiza desde la circulación general externa destinada a los pacientes ambulantes.

Es deseable que la unidad se localice en plantas con fácil acceso y con recorridos lo más cortos posibles.

La señalización exterior deberá facilitar el acceso y es recomendable la existencia de un aparcamiento, dada la necesidad de uso de vehículo particular (o transporte sanitario programado) para realizar el desplazamiento y la organización por citas puntuales.

El vestíbulo de entrada será suficientemente amplio para permitir la circulación hasta el mostrador de recepción-admisión, evitando situaciones que pudieran dificultar el acceso.

RECEPCIÓN Y ADMISIÓN

Este local debe disponer de espacio necesario para la atención al paciente y a sus acompañantes (deberá tenerse en cuenta la necesidad de un cierto grado de privacidad) durante el proceso de admisión.

El mostrador de recepción se diseñará de forma que resulte accesible desde la entrada principal y fácilmente localizable para los pacientes y acompañantes, y, que el personal de recepción pueda observar la puerta de entrada y las circulaciones del público. Mostrador adaptado a pacientes en silla de ruedas y zona de trabajo administrativo.

Volver

El espacio para trabajo administrativo debe disponer del equipamiento necesario para desarrollar eficazmente su actividad, así como de espacio para almacenar la documentación específica: protocolos, folletos informativos, etc.

Se recomienda que toda la tramitación administrativa se realice, siempre que sea posible, en el propio mostrador de recepción, evitando la utilización de despachos adyacentes. En los nuevos diseños se considera que el sistema de información debe soportar íntegramente el desarrollo de todas las actividades, incluyendo, además de las meramente administrativas, el registro y la gestión de la documentación clínica.

SALA DE ESPERA DE PACIENTES Y ACOMPAÑANTES

Sala de espera para pacientes y acompañantes adyacente a la recepción y admisión, y con espacio para la estancia prolongada de acompañantes durante los tratamientos de los pacientes en la Unidad.

La sala debe ser confortable y disponer de teléfono, televisión, espacio para máquinas de refrigerio y fuente automática de agua fría, así como de aseos públicos (uno de ellos adaptado) en su proximidad.

El dimensionado de la zona de espera dependerá de la actividad prevista y de las características socioculturales de la población, debiendo contar con una previsión de 1,5 asientos cómodos (los tiempos de espera pueden ser largos) por paciente que se encuentre en cualquier zona de la unidad. Deberá disponer de espacio suficiente para el movimiento de sillas de ruedas.

Tendrá preferentemente acceso directo desde el vestíbulo de entrada, permitirá el contacto visual con el mostrador de recepción y dará acceso a la zona de consultas y salas de tratamiento, y al hospital de día de la UTD.

ASEOS PÚBLICOS Y ASEO ADAPTADO

Junto a la sala de espera principal se programan unos aseos para el público dotados de lavabo e inodoro, uno de ellos adaptado para minusválidos.

ALMACÉN SILLA DE RUEDAS

Local que sirve para depósito de sillas de ruedas de los pacientes que acuden en ellas a la unidad mientras son tratados en la misma. Se recomienda que se ubique en un local cerrado, próximo al vestíbulo y a la recepción de la unidad.

Volver

ZONA DE CONSULTA, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

En esta zona se localizan las consultas y las salas para la realización de diferentes tratamientos como infiltraciones, bloqueos nerviosos, algunas técnicas de radiofrecuencia, bloqueo espinal (epidural o subaracnoideo), administración espinal de corticoides. Para la realización de otros procedimientos (tales como los implantes de neuroestimuladores, reservorios, bombas de infusión, o los bloqueos invasivos), se requiere el uso de los recursos del Bloque Quirúrgico.

La tendencia actual que se está produciendo hacia la utilización de técnicas mínimamente invasivas, derivadas de los argumentos basados en la evidencia, plantean la posibilidad de realizar múltiples procedimientos orientados al tratamiento del dolor en el área ambulatoria de la UTD.

Tabla 6.3. Zona de consulta, diagnóstico y tratamiento: función y características estructurales

Ámbito	Función	Características estructurales
CONSULTA	Realizar historia clínica, historia del dolor; exploración, diagnóstico y evaluación. Facilitar información al paciente y consentimiento informado, si es preciso. Realizar tratamientos psicológicos individualizados.	Deberá permitir en un único espacio la actividad combinada de consulta y exploración, manteniendo en todo momento condiciones de privacidad, con una única puerta. La distribución del espacio facilitará la comunicación con otras consultas adyacentes, a fin de posibilitar la circulación del personal sanitario. Toma de voz y datos, así como espacio para el almacenamiento de material. Dispensador de solución hidroalcohólica. Se recomienda una superficie útil mínima de 18 m^2.
SALA DE TRATAMIENTOS Y BLOQUEOS	Sala de intervención externa al bloque quirúrgico, que requiere ambiente quirúrgico.	Se recomienda una superficie útil mínima de 30 m^2. Debe disponer de una zona de preparación clínica (6 m^2) y un acceso de pacientes diferenciado, con espacio para vestidor de pacientes (4 m^2). La sala deberá disponer de puertas automáticas (ancho mínimo 1,20 y mirilla) que aseguren la existencia de mayor presión que los espacios adyacentes. Ambiente quirúrgico.
SALA DE TERAPIAS GRUPALES (Psicológicas, Ocupacionales, Educativas)	Sala para la realización del programa de tratamiento psicológico en grupo (también tratamiento ocupacional o de carácter educativo).	Debe contar con un espacio suficiente donde albergar 6 pacientes y sus respectivos acompañantes, además de los diferentes profesionales que en ocasiones pueden participar en las sesiones. También debería permitir la incorporación de 2-3 personas en proceso de formación. Un total de 15 a 18 personas según los momentos y las actividades. Es recomendable que esta sala esté comunicada con la sala de rehabilitación y fisioterapia.

CONSULTA

Local de trabajo para la realización de la historia clínica, facilitar al paciente la información pertinente y obtener su consentimiento, si fuera necesario.

El local de consulta deberá permitir en un único espacio la actividad combinada de consulta y exploración, de forma que se optimicen las condiciones de intimidad y se logre mayor versatilidad en la utilización de un espacio que, funcionalmente, resulte más flexible.

Además de la historia clínica y exploración, en este local se tomarán las constantes vitales y se realizarán otros procedimientos diagnósticos y terapéuticos menores. Para ello será necesario, además del mobiliario de despacho (mesa, sillón y sillas), una camilla de exploración accesible por ambos lados y aislable mediante cortinas o biombos y demás mobiliario clínico para almacenar el material fungible e instrumental de uso en la consulta.

Volver

Cuando el local de consulta esté destinado a intervenciones psicológicas individuales deberá contar con una butaca reclinable o similar para facilitar el entrenamiento en relajación y/o visualización y equipo de biofeedback.

La distribución del espacio facilitará al máximo la privacidad de la consulta y la comunicación con otras consultas adyacentes, a fin de posibilitar la circulación del personal sanitario.

Debe disponer asimismo de infraestructura de telecomunicaciones.

Para el desarrollo de las funciones antes señaladas se recomienda disponer de una superficie útil mínima de 18 m^2.

SALA DE TRATAMIENTOS Y BLOQUEOS

La disponibilidad de una sala de tratamientos y bloqueos con ambiente quirúrgico, permite la realización de la mayor parte de las técnicas relacionadas en la tabla 5.1., incluyendo las técnicas quirúrgicas que requieren condiciones de quirófano tipo B[6]. La decisión de disponer de una sala de tratamientos y bloqueos de este tipo, que es el descrito en este apartado, dependerá de la necesidad de disponer o no de un quirófano dedicado a la UTD, con independencia de si este quirófano se sitúa en el bloque quirúrgico general o en el de cirugía mayor ambulatoria. En el supuesto de un volumen de actividad quirúrgica que requiera un quirófano dedicado a la UTD se recomienda dotar una sala de tratamientos y bloqueos con ambiente quirúrgico externa al bloque quirúrgico.

Sala de intervenciones (con una superficie útil mínima de 30 m2) externa al bloque quirúrgico que requiere ambiente quirúrgico. Debe disponer de una zona de preparación clínica (6 m2) y un acceso de pacientes diferenciado, con espacio para vestidor (4 m2).

Equipada con mesa y lámparas quirúrgicas, y monitorización básica (ECG, pulsioximetría y TA no invasiva). Disponibilidad de oxigeno y vacío. Equipamiento para resucitación cardiorrespiratoria.

Material para bloqueos nerviosos, incluidos estimulador de nervios periféricos y y todo el material necesario para su correcto funcionamiento.

Material para técnicas de radiofrecuencia, incluidos aparatos de radiofrecuencia y y todo el material necesario para su correcto funcionamiento.

Las salas deben disponer de ambiente quirúrgico y una climatización e instalaciones adecuadas a las exigencias de la RITE, el REBT y la UNE 100713 (todo aire exterior y 2 niveles de filtrado).

La sala deberá disponer de puertas automáticas (ancho mínimo 1,20 y mirilla) que aseguren la existencia de sobrepresión sobre los espacios adyacentes.

Se recomienda que la sala de tratamientos disponga de torres independientes para monitores y equipos de cirugía. Asimismo, la sala debe contar con lámpara quirúrgica. Es recomendable disponer de panel de control, en el que entre otros elementos se incorporen los indicadores y controles de temperatura, humedad relativa, indicador de sobrepresión, así como interruptores, tomas de corriente, tomas de vídeo, tomas de voz y datos, intercomunicación, etc.

El suelo de la sala debe ser flexible y continuo, antideslizante y conductivo, conectado a la red equipotencial. El revestimiento de paramentos debe ser liso, continuo, sin juntas, fácil de limpiar y resistente a limpiezas continuadas con productos desinfectantes.

Los materiales de acabados de suelos y paramentos deben ser de difícil combustión, autoextinguibles, que no contribuyan a la transmisión del incendio y que no desprendan humos ni gases tóxicos en caso de incendio. De acuerdo con el actual CTE-DB-SI, techos y paredes deben ser B-s1,dO, y los suelos C_{FL}-s1.

El techo debe ser liso, continuo y no registrable.

La sala debe disponer de las siguientes instalaciones:

Volver

- Electricidad: cuadro eléctrico por sala, conectado a la red normal y de emergencia, con transformador de aislamiento. Suministro complementario SAI con una autonomía no inferior a 2 horas, tomas de corriente en panel de control (9), en torre de cirugía (6), en torre de anestesia (6).
- Iluminación: iluminación general de la sala de intervención (1.000 lux) regulada.
- Climatización: sistema de volumen de aire constante con climatizador independiente por sala de intervención. Intervalo de temperaturas: 20 – 24 ºC. Intervalo de humedades relativas: 45 -55 %. Nivel sonoro máximo en la sala: 35 – 40 dBA.
- Oxígeno y vacío.
- Protección contra incendios: sistema de detección (detector óptico de humos en la zona central de la sala), alarma y extintor en zona próxima a la sala.
- Comunicaciones: tomas RJ-45 (2) de la red integrada de voz-datos. Tomas RJ-45 (4) de la red integrada de voz-datos en el panel de control, así como un conjunto de vídeo y audio. Sistema de videograbación, altavoz de megafonía e interfono. Por lo general todas las salas de intervención tienen 1-2 ordenadores para registro de datos del paciente (presión arterial, ECG, Sat O2); también para que enfermería registre el material utilizado, la duración de la intervención, etc.
- Sistema de gestión: controles de temperatura, humedad y sobrepresión en el interior de la sala de intervención. Control y alarma del sistema de aislamiento del cuadro eléctrico, y alarmas e interruptores magnetotérmicos del cuadro eléctrico de la sala.

SALA PARA TRATAMIENTOS GRUPALES, OCUPACIONALES, EDUCATIVOS

Sala para intervención grupal con capacidad para un mínimo de 15 personas, equipada con el siguiente material:

- sillas de paleta para poder tomar notas o mesa suficientemente grande para que los pacientes y acompañantes se puedan sentar alrededor de ella y participar de la sesión de trabajo..
- medios audiovisuales, cañón, ordenador, vídeo, TV y cámara para poder grabar. Pizarra / pizarra digital. Si el centro no cuenta con conexión wi-fi, entonces es recomendable que esta sala tenga puntos de conexión a Internet (varios).
- cámara de Gesel para poder realizar docencia.

Debe disponer de aislamiento acústico para poder trabajar técnicas de relajación e hipnosis y de control de temperatura individualizado.

Se recomienda que esta sala sea adyacente a la de fisioterapia. Cumplimiento de la normativa de accesibilidad (escaleras, rampas demasiado pronunciadas o de suelo resbaladizo).

Dependiendo del volumen de actividad y ocupación de estas salas, pueden ser compartida con otras unidades o servicios.

ZONA DE HOSPITAL DE DÍA

En el Hospital de día de la UTD se realizan los procedimientos y tratamientos tales como estimulación eléctrica (transcutánea o percutánea), iontoforesis, diferentes técnicas de infusión espinal y sistémica, programación de neuroestimuladores implantados y por radiofrecuencia, test intravenoso, así como la preparación y recuperación de los pacientes sometidos a los procedimientos previstos en las salas de tratamiento de la UTD.

Volver

Tabla 6.4. Zona de hospital de día: función y características estructurales

Ámbito	Función	Características estructurales
PUESTOS DE HOSPITAL DE DÍA	Para tratamientos ambulantes.	Sala abierta con capacidad para dos, cuatro o más puestos. Cada puesto debe disponer de cabecero con tomas eléctricas e informáticas, iluminación y oxígeno y vacío.
LOCALES DE APOYO	Para el funcionamiento de la zona	Vestuario y aseo de pacientes

PUESTOS DE HOSPITAL DE DÍA

Puestos de hospital de día en sala común atendidos desde el control de enfermería de la Unidad.

Espacios destinados a la preparación y recuperación del paciente antes y después de las sesiones de tratamiento en la Unidad, así como para la aplicación de tratamientos especiales y farmacológicos. El puesto de control de enfermería es la central de comunicación de la unidad, por lo que debe disponer infraestructuras de telecomunicación, sistema de comunicación con los pacientes, transporte neumático, y alarmas (contra incendios, gases, etc.).

Los puestos de hospital de día tendrán tomas de oxígeno y vacío, camas o sillones de tratamiento regulables en altura, una mesita con espacio para los efectos personales de los pacientes y ala para apoyar bandejas, así como espacio para una silla adicional (a utilizar por un acompañante).

Cada puesto dispondrá de las instalaciones eléctricas necesarias tanto para iluminación como para la utilización de los equipos electro-médicos. Se valorará, además, la conveniencia de que dispongan de televisión y, en todo caso, se proporcionará al paciente una unidad de control manual, que le permita avisar al personal de enfermería, manejar la iluminación y, en su caso, el mando a distancia de la televisión.

Se considera conveniente que la sala de hospital de día disponga de iluminación natural y a ser posible, vistas al exterior, si bien ello, garantizando en todo momento la intimidad durante la aplicación de los tratamientos.

Los puestos de hospital de día podrán habilitarse en salas comunes o puestos individuales, en función de las necesidades y características del tratamiento. En las salas comunes cada puesto debería ocupar, como mínimo, un espacio de 3,0 x 3,0 m., y deben poder aislarse convenientemente mediante cortinas o biombos o, en su caso, mamparas.

Las salas comunes de hospital de día utilizadas por pacientes de ambos sexos presentan claras ventajas organizativas y económicas. Es esencial, sin embargo, que ello no afecte a las condiciones de intimidad y dignidad en la administración de los tratamientos.

VESTUARIO Y ASEO DE PACIENTES

Los pacientes que acuden a la UTD para recibir una tratamiento deben poder acceder directamente a la zona de hospital de día (si es posible sin pasar por la zona de consultas).

Los vestuarios de los pacientes usuarios de esta zona estarán ubicados en un espacio contiguo a la sala en la que se localizan los puestos de tratamiento.

Los vestuarios estarán diferenciados para hombres y mujeres y deberán contar con espacio suficiente para taquillas, que permitan la custodia de ropa y objetos personales.

Los aseos para uso específico de pacientes (incluyendo minusválidos), estarán ubicados junto a los vestuarios y tener una dimensión adecuada al tamaño de la unidad.

Volver

ZONA DE CONTROL DE ENFERMERÍA Y APOYOS

La zona de control de enfermería atiende tanto al hospital de día (en el que se encuentra integrada) como a la zona de consultas y salas de tratamientos de la UTD.

Esta zona incorpora los locales de apoyo (material y equipos) necesarios para el funcionamiento de la UTD.

Tabla 6.5. Zona de control de enfermería y apoyos: función y características estructurales

Ámbito	Función	Características estructurales
MOSTRADOR Y ZONA DE TRABAJO	Trabajo del personal de enfermería: observación del paciente durante su tratamiento y recuperación, planificación de los cuidados y labores administrativas	Debe poder controlarse visualmente al paciente, disponer de un mostrador de trabajo, equipado con tomas de voz y datos, y con una zona que permita la atención de personas en silla de ruedas. Debe disponer de infraestructura de telecomunicación, sistema de comunicación con el paciente, transporte neumático, y alarmas (contra incendios, gases, etc.).
LOCALES DE APOYO	Actividades de soporte para la actividad asistencial de la unidad.	Espacio para el carro de paradas Oficio de limpio Almacén de material fungible Almacén de lencería Almacén de equipos Oficio de sucio y clasificación de residuos Oficio de limpieza Espera del paciente ingresado

MOSTRADOR Y ZONA DE TRABAJO

Se ubicará en la zona central de la unidad (sala común de puestos de hospital de día) y con fácil acceso a los puestos individuales, abierto para minimizar distancias y facilitar el control. Con elementos de apoyo en función de las características de los tratamientos y los cuidados que requiera su administración y la recuperación de los pacientes.

Dispondrá de mostrador con superficie para escribir, equipos de comunicación, incluyendo la central de recepción de llamadas a la enfermera, espacio para almacenar el material de trabajo y para la documentación clínica. Se recomienda la instalación de estaciones de trabajo con acceso a las aplicaciones de gestión de pacientes y estación clínica, así como terminal de sistema de transporte neumático de muestras.

CARRO DE RESUCITACIÓN CARDIOPULMONAR

En un espacio específico (no un local diferenciado), próximo al mostrador de enfermería y con facilidad para el transporte hacia los puestos en los que son tratados los pacientes, debe ubicarse el carro móvil de paradas con desfribilador.

OFICIO LIMPIO

Local asociado directamente al puesto de control de enfermería, que se encuentra destinado al almacenamiento de medicamentos, material estéril y preparación de material clínico.

Debe disponer de una zona de lavado de manos, frigorífico (a 4 º C con control homologado de temperatura y alarma visual y acústica en caso de mal funcionamiento) para conservación de medicamentos y espacio para el almacenamiento de material.

El oficio limpio debe estar equipado con estanterías y vitrinas así como con panel de Información y protocolización, y repisa apropiada para medicación.

Volver

ALMACÉN DE EQUIPOS

Equipos de monitorización básica (ECG, pulsioximetría y TA no invasiva), así como almacén de equipos específicos para los tratamiento que se realizan el la UTD (bombas de infusión, soportes, TNS, etc)..

ALMACÉN DE MATERIAL FUNGIBLE

Espacio para el almacenamiento de material estéril, como textil estéril, agujas, jeringas, y otro material fungible.

ALMACÉN DE LENCERÍA

Espacio para los carros de ropa limpia, y almacenamiento de material textil (mantas, almohadas, toallas), que debe estar diferenciada de la sucia (a ubicar en el oficio de clasificación de residuos).

ASEO DE PERSONAL

Se debe disponer de un aseo (lavabo, inodoro y ducha) para el personal que trabaja en el hospital de día, de manera que no requiera salir de esta zona de trabajo.

OFICIO DE LIMPIEZA

Local para el alojamiento de equipos y material de limpieza de los locales y el equipamiento de la unidad.

El oficio debe disponer de espacio para el movimiento de carros y equipos de limpieza, así como una zona equipada con un fregadero.

OFICIO SUCIO Y CLASIFICACIÓN DE RESIDUOS

Para la limpieza de material así como el depósito de ropa sucia y residuos clasificados, si los hubiera. Los distintos residuos clínicos deberán disponerse en contenedores herméticos de acuerdo con la normativa y los protocolos vigentes.

Debe disponer de fregadero y vertedero.

El local debe disponer de espacio para alojar el carro de ropa sucia.

ZONA DE PERSONAL

La zona de personal debe localizarse en la parte más interna de la unidad, asociada a la circulación intrahospitalaria destinada a personal, pacientes ingresados y servicios.

Aunque las consultas externas de la Unidad sirvan como despachos, es conveniente disponer de un número de despachos adicionales que sirvan de apoyo a los diferentes especialistas que integran el equipo multidisciplinar de la UTD.

Asimismo, resultan esenciales espacios y recursos destinados a la formación y docencia, así como para la gestión, organización e investigación de la UTD.

Tabla 6.6 Zona de personal: función y características estructurales

Ámbito	Función	Características estructurales
DESPACHOS, SECRETARÍA, SALAS DE TRABAJO Y DE REUNIONES	Realización de las actividades de gestión, investigación, docencia, trabajos administrativos y estudio.	Con infraestructuras y equipos de telecomunicación (voz y datos). Superficie útil de 16 m2 por despacho.
ESTAR DE PERSONAL Y REFRIGERIO	Para descanso del personal. Debe poder atender cualquier llamada de paciente o emergencia.	Próxima al puesto de control de enfermería. Dentro de la sala, en una zona reservada, debe disponerse de material y equipos para el refrigerio del personal.
VESTUARIOS Y ASEOS DE PERSONAL	Para uso del personal de la unidad	Próximo a la sala de estar de personal.

Volver

Ámbito	Función	Características estructurales
		Los vestuarios deben disponer de una zona de taquillas, diferenciada de la de aseos.

DESPACHO; SALA DE TRABAJO Y DE REUNIONES

Deben disponer de espacio suficiente para una mesa de trabajo dotada con ordenador, teléfono e impresora.

El dimensionado de los despachos depende de la actividad programada para la UTD, su cartera de servicios y demanda prevista y características del equipo multidisciplinar.

Los despachos deben disponer de infraestructuras y equipos de telecomunicación (voz y datos).

SECRETARÍA

Local para trabajo administrativo y de organización de la unidad. Con espacio para archivo y reprografía.

SALA DE REUNIONES POLIVALENTE

Sala para sesiones clínicas, formación y docencia.

Resulta recomendable que una de las salas polivalentes disponga de un sistema de videoconferencia que permita reuniones y sesiones clínicas entre la UTD y los diversos recursos de atención primaria, centros sociosanitarios y de cuidados paliativos externos al hospital.

SALA DE ESTAR Y REFRIGERIO DE PERSONAL

Sala para la estancia y descanso del personal, próxima a la zona de hospital de día y de tratamientos, de manera que se pueda atender cualquier llamada de paciente, o cualquier situación de emergencia.

Debe disponerse de material y equipos para el refrigerio del personal: lavabo, frigorífico con máquina para fabricar hielo, microondas, cafetera, hervidor de agua, despensa, utensilios de cocina y vajilla, etc.

ASEOS Y VESTUARIOS DE PERSONAL

En esta zona se localizan los aseos y vestuarios del personal de toda la UTD.

Se recomienda programar un aseo para personal con movilidad reducida.

La dimensión de los vestuarios dependerá del sistema de organización y gestión de los vestuarios en el conjunto del hospital. Se recomienda que en unidades de una cierto tamaño se sitúen en la propia unidad, facilitando la permanencia del personal en la misma.

Los vestuarios deben disponer de una zona de taquillas, diferenciada de la de aseos que deben disponer de lavabos, inodoros y ducha.

Cada zona de aseos estará dotada de un inodoro por cada 15 personas o fracción y de un lavabo por cada 10 personas o fracción, que trabajen en la unidad.

Volver

6.4 Equipamiento

El equipo de la UTD debe ser adecuado a su cartera de servicios. En la tabla siguiente se recogen los estándares de equipamiento adaptados de la propuesta de la Sociedad Madrileña del Dolor[113]. En el Anexo 4 se recogen las recomendaciones de equipamiento por local.

Tabla 6.7. UTD III: equipamiento

Hospital de día	
Material de monitorización básica (ECG, pulsioximetría y TA no invasiva)	En todos los puestos
Disponibilidad de oxigeno	
Material de reanimación cardiopulmonar (ambú, tubos endotraqueales, mascarillas laríngeas, tubos de Guedel, laringoscopio y fármacos específicos)	En la sala de bloqueo/hospital de día
Bombas de infusión tipo PCA	Número suficiente según pacientes atendidos
Programador para bombas de infusión implantadas	
Programador para estimulador eléctrico (medulares/periféricos)	
Ecógrafo	Recomendable para la realización de técnicas intervencionistas
Sistema de medida de flujo vascular periférico	Como el teletermógrafo o láser doppler (en unidad o vascular)
Instrumentos de exploración	Del umbral del dolor, como el termotest
	Neurológica, como los filamentos de Von Frey, martillos y diapasones
Instrumentos para la evaluación psicológica	
Sistemas de doble manguito de isquemia con manómetro	
Sistemas de estimulación eléctrica transcutánea	
Sistemas para la realización de iontoforesis	
Salas de tratamientos y bloqueos	
Mesas y lámparas quirúrgicas, y monitorización básica (ECG, pulsioximetría de pulso y TA no invasiva)	
Disponibilidad de oxigeno y vacío.	
Material	Para bloqueos nerviosos, incluidos estimulador de nervios periféricos y agujas específicas Para técnicas de radiofrecuencia, incluidos aparato de radiofrecuencia y agujas específicas
Radioscopia	Con intensificador de imágenes
Fuente: Modificado de De la Calle y cols., 2010.	

Volver

7 RECURSOS HUMANOS

Los únicos programas para el tratamiento del dolor crónico que han mostrado eficacia terapéutica y coste efectividad, han sido los programas integrales en los que médicos de distintas especialidades y otros expertos en distintas disciplinas trabajan en equipo[84,126,192,197].

7.1. Registro de personal sanitario

En el hospital o, en su caso, la UTD deberá haber un registro actualizado de los profesionales sanitarios, cualquiera que sea su vinculación y la modalidad y lugar de prestación de la asistencia.

El registro incluirá: número de registro, nombre y apellidos, titulación, categoría profesional, especialidad, función, tipo de vinculación, en su caso, fecha de baja, cese o pase a la situación de pasivo, y, además, cuantos otros datos sean preceptivos de acuerdo con los principios generales establecidos por el Consejo Interterritorial del SNS en desarrollo de lo previsto en la legislación de ordenación de profesiones sanitarias.

El registro de profesionales sanitarios se actualizará siempre que haya una modificación de la plantilla y se revisará, al menos, una vez cada año, verificando el cumplimiento por parte de los profesionales de los requisitos necesarios para el ejercicio de la profesión.

Constará en el registro de profesionales sanitarios la *adscripción* de cada profesional a la unidad funcional en que preste servicio y, específicamente, a la UTD.

7.2. Expediente personal

Todos los centros sanitarios dispondrán de un expediente personal de cada profesional sanitario, incluyendo el personal que se encuentre en la situación de pasivo, en el que se conservará toda la documentación relativa a la titulación, formación especializada, experiencia profesional y vida laboral.

Se garantizará el derecho de acceso del interesado, así como la seguridad y confidencialidad de los datos personales.

7.3. Funciones y competencias

El personal ejercerá su profesión de acuerdo con los principios, condiciones y requisitos contenidos en la ley de ordenación de las profesiones sanitarias y en las demás normas legales y deontológicas aplicables[(40)].

La UTS III debe disponer de personal con las siguientes funciones y competencias:

- Director / responsable de la unidad. Para ser responsable de la unidad se requiere acreditar formación avanzada en Medicina del Dolor. Las funciones del director de la UTD han sido descritas en el apartado 5.4.1. Deberá existir un responsable las 24 horas del día, incluyendo periodos vacacionales, por lo que en todo momento se deberá conocer quién es el responsable y la persona en que, en su caso, delega, por lo que este aspecto deberá estar contemplado en las normas de funcionamiento de la unidad.
- Supervisor/coordinador de cuidados. (UTD III) Funciones propias de la gestión del personal de enfermaría y auxiliar, y colaboración con el responsable de la UTD en la gestión económica y de los recursos materiales de la UTD.
- Médicos especialistas con formación avanzada en medicina del dolor.
- Profesionales no médicos, entre ellos: enfermería, farmacéuticos, fisioterapeutas, psicólogos, terapeutas ocupacionales y trabajadores sociales con formación especializada en dolor.

Volver

- Personal de apoyo.

La dedicación a la UTD puede ser a tiempo completo o parcial. Los estándares referidos a recursos humanos elaborados por la Sociedad Madrileña del Dolor están recogidos en la tabla 5.3.

La *British Pain Society* considera como profesionales indispensables de la UTD a los médicos especialistas con formación avanzada en Medicina del Dolor, el psicólogo y el fisioterapeuta.

Una definición resumida de las funciones de los profesionales que trabajan en UTD podría ser la siguiente[97,198]:

- Médicos especialistas (especialidades médico-quirúrgicas): obtener y evaluar la historia clínica y pruebas complementarias, examen físico y valoración del paciente y elaboración de una estrategia terapéutica mediante la prescripción de tratamientos farmacológicos y/o la realización de técnicas intervencionistas. Serán responsables además de la información a pacientes y familiares.
- Psiquiatras: prescribir fármacos cuando así lo requiera el estado del paciente, por ejemplo, en casos de trastorno depresivo mayor (combinando con las terapias cognitivo-conductuales) y/o si se sospecha de riesgo de suicidio.
- Psicólogos: valoración del paciente, administración de terapia o tratamiento cognitivo-conductual, y de otras terapias que han demostrado su eficacia en el tratamiento del dolor como la hipnosis y *biofeedback*. Elaboración de la estrategia terapéutica, información a pacientes y familiares. Seguimiento de los casos. Consejo y asesoramiento a profesionales. Educación para la salud.
- Enfermeras: valoración del paciente, apoyo en procedimientos intervencionistas, educación de los pacientes, coordinación de cuidados, administración, control y seguimiento de la medicación. En el Anexo 5 se recogen los perfiles de enfermería en el hospital de día de las UTD.

Otras recomendaciones[199] agregan, además de los perfiles y competencias ya mencionados, los siguientes:

- Fisioterapeutas: valoración de los pacientes, proveer fisioterapia o ejercicios individualizados o en grupo, estimulación eléctrica nerviosa transcutánea, participación y valoración funcional de los pacientes en programas estructurados de entrenamiento físico (como, por ejemplo, la escuela de espalda).
- Farmacéuticos: valoración de los riesgos de interacciones farmacológicas, seguimiento terapéutico.
- Terapeuta ocupacional: trabajo en grupo, planificación y programación del retorno a las actividades cotidianas y laborales, re-entrenamiento.

Todos los profesionales de la UTD tipo III deberán desarrollar actividad docente e investigadora.

En el Anexo 6 se recoge la propuesta de competencias en las que se describen los niveles de formación en dolor: básica (Anexo 6) para médicos especialistas que en su práctica clínica atienden o visitan pacientes con dolor (especialistas en atención primaria, reumatología, oncología, traumatología y otros)[200].; y avanzada, correspondiente a los profesionales con la capacitación específica en dolor (Anexo 7)[(41)]. En el Anexo 8 se recogen recomendaciones en formación para el personal de enfermería de la UTD. En el Anexo 9 se recogen aspectos de la formación de los psicólogos que forman parte de la UTD.

Las competencias necesarias que debería tener un médico generalista para el tratar el dolor crónico han sido definidas recientemente por el Departamento de Salud del Reino Unido[201]. Como competencias generales señalan:

- Buenas habilidades de comunicación con pacientes, cuidadores y los demás profesionales.
- Habilidades para explicar los riesgos y beneficios de las diferentes opciones terapéuticas.

[(40)] Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias.

[(41)] La IASP ha desarrollado el currículum específico para enfermería, farmacia, medicina, odontología, psicología y terapia física y ocupacional(http://www.iasp-pain.org. Estos curricula deben ser considerados en asociación con el *Core Curriculum for Professional Education in Pain* (2nd Edition) [(1995), Fields HL (ed), Seattle, IASP Press.

Volver

- Habilidades para involucrar a los pacientes y sus cuidadores en el manejo de sus condiciones de salud.

Como competencias específicas, si bien señalan que no es estrictamente necesario que se desarrollen todas, mencionan las siguientes áreas:

- Valoración integral del paciente con dolor.
- Diagnostico y manejo del dolor crónico.
- Manejo de condiciones clínicas de larga evolución que cursan con dolor.
- Trabajo en equipo para la rehabilitación multidisciplinar.
- Manejo de los tratamientos farmacológicos.
- Conocimientos de psicopatología.
- Competencias complementarias: manejo del dolor post- traumático; conocimiento del sistema de servicios sociales y oportunidades de empleo para pacientes con dolor crónico; investigación en dolor crónico.

7.4. Identificación y diferenciación del personal

El hospital o centro sanitario con UTD adoptará las medidas necesarias para garantizar la identificación de su personal y la diferenciación del mismo según su titulación y categoría profesional ante los usuarios o sus acompañantes, de modo que a estos les sea posible conocer quién los atiende.

El personal sanitario estará diferenciado por categorías profesionales e identificado mediante una tarjeta personal, en la que conste de forma visible su nombre, apellidos y categoría profesional.

El profesional sanitario tiene el deber y la obligación de identificarse cuando así sea requerido por el paciente o usuario, indicando su nombre, apellidos, titulación y especialidad, así como su categoría y función.

7.5. Medios documentales

Para el correcto ejercicio de su profesión, y en función de su categoría profesional, los centros facilitarán al personal sanitario que preste servicio en la UTD, los siguientes recursos:

- El acceso a la historia clínica del paciente.
- Las guías, vías o protocolos de práctica clínica y asistencial.
- Las normas escritas de funcionamiento interno, así como la definición de objetivos y funciones, tanto generales como específicas.
- La documentación asistencial, informativa o estadística que determine el centro.
- Los procedimientos, informes, protocolos de elaboración conjunta o indicadores que permitan asegurar la continuidad asistencial de los pacientes.

7.6. Formación

La Unidad Multidisciplinar tiene una especial responsabilidad en la formación en dolor de profesionales de otras especialidades y de atención primaria del mismo u otros centros, especialmente de su red asistencial. Deberá facilitar planes de docencia que incluya las bases teóricas y prácticas del tratamiento del dolor. De igual forma, participará en la formación sobre dolor de otros profesionales no médicos, pero relevantes asistencialmente en el manejo del dolor intra y extrahospitalario (enfermería, gestor de casos, servicio de urgencias, psicólogo).

La UTD debe adoptar las medidas necesarias para facilitar la realización de actividades de formación continuada y de investigación y docencia de sus profesionales. La UTD dispondrá de un programa de formación continuada para la actualización de su personal en los conocimientos relativos a las nuevas modalidades de tratamiento, la seguridad del paciente y la calidad, adaptado a sus características.

Volver

7.7. Criterios para el cálculo de los recursos

Las comparaciones de estándares de dotación de plantillas y otros recursos (por ejemplo, camas) entre países están condicionadas por la diferente estructura de categorías profesionales, especialidades y competencias interprofesionales, además de por factores epidemiológicos y la diversidad de estructuras organizativas y de funcionamiento de los sistemas sanitarios, incluyendo los incentivos a una mayor o menor producción de servicios. La estructura organizativa y de gestión (redes asistenciales) y la estrategia elegida para la derivación y alta de estos pacientes influyen de forma determinante en la gestión de la demanda y por lo tanto en las necesidades de recursos humanos.

Un acercamiento a la necesidad de recursos es el cálculo de rendimientos profesionales por tipo de actividad. En la tabla 5.1 se recogen los estándares de tiempo de los procedimientos realizados en las UTD, mientras que en la tabla 7.3 se muestran los estándares de tiempo por actividad, ambos propuestos por la Sociedad Madrileña del Dolor.

Tabla 7.1. Estándares de tiempo por actividad

Actividad	Tiempo en minutos
Primera consulta	50 (45 *)
Consultas sucesivas	20
1ª visita del paciente hospitalizado (UTD responsable del ingreso)	60
1ª consulta /interconsulta del paciente hospitalizado (a cargo de otros servicios), incluidos los desplazamientos dentro del propio hospital	45
Visita diaria / interconsultas sucesivas del paciente hospitalizado (a cargo de otros servicios), incluidos los desplazamientos dentro del propio hospital	20-30
Visita el día del alta hospitalaria, incluidas la realización del informe clínico e información al paciente y familiares	45
Valorar a un paciente y prescribir su tratamiento en el hospital de día de la UTD	20
Control postratamiento y alta de un paciente en el HdD de la UTD	15
Consulta por complicaciones en un paciente del HdD de la UTD	15
* Royal College of Anaesthetists, The Pain Society,2007 [93]	
Fuente: Adaptado de De la Calle y cols., 2010.	

Volver

8 Calidad asistencial

Desde el punto de vista administrativo la autorización de funcionamiento de las UTD descansa en la del centro hospitalario en el que se integra. En el apartado 2.2. se han mencionado los criterios de acreditación.

Para las modalidades asistenciales desarrolladas en la UTD: consulta externa, hospital de día, hospitalización convencional, atención urgente, tratamiento intervencionista o intervención quirúrgica, ya sea con hospitalización o mediante cirugía mayor ambulatoria, se recomienda utilizar los indicadores generales que para estas modalidades se han desarrollado en los respectivos documentos de estándares y recomendaciones de la AC-SNS. La Sociedad Madrileña del Dolor propone como indicadores de calidad específicos[42] los que se recogen en la Tabla 8.1.

Tabla 8.1. Estándares de calidad de una UTD

GENERALES
Se deben distribuir cuestionarios de calidad percibida con la atención recibida a todos los pacientes asistidos en la UTD
Los protocolos asistenciales de la UTD estarán basados en las recomendaciones de guías de práctica clínica actualizadas de calidad basadas en la evidencia
Se deben organizar vías clínicas para los procedimientos más prevalentes de la UTD
Se debe implantar la gestión por procesos en la UTD
Se debe disponer de documentos de información al paciente sobre las entidades clínicas y procedimientos más prevalentes de la UTD
Todos los procedimientos intervencionistas deben ir precedidos de la firma del documento de consentimiento informado por el paciente
Se debe disponer de documentos con recomendaciones al paciente sobre: actividad física, medidas de higiene de la espalda y actuación posquirúrgica
CONSULTA
En la primera consulta en la unidad se debe realizar una historia clínica completa que incluya: antecedentes personales médicos, laborales y farmacológicos; anamnesis general y de la historia del dolor; exploración física completa que incluya una exploración regional del dolor, neurológica y ortopédica
En la primera consulta en la unidad se deben solicitar las pruebas complementarias oportunas, efectuar una aproximación diagnóstica, establecer un plan terapéutico provisional, e informar al paciente
En la primera consulta en la unidad se debe realizar una evaluación psicológica del paciente
En la consulta sucesiva en la unidad se deben valorar las pruebas complementarias, establecer el diagnóstico y plan de tratamiento definitivos, e informar al paciente
En el informe clínico de alta deben figurar al menos los siguientes apartados: motivo de consulta, antecedentes personales, antecedentes familiares, historia actual, exploración física, exploraciones complementarias, diagnóstico y tratamiento
La unidad dispone de protocolos de derivación y seguimiento con atención primaria para los pacientes con dolor crónico (existe soporte documental)
La UTD asigna un gestor del caso a cada paciente que entra en la unidad, que será el responsable del cuidado de que se cumpla el proceso con dicho paciente
La UTD participará junto a otros servicios (rehabilitación, neurocirugía, psiquiatría, etc.) en las consultas monográficas multidisciplinares sobre patologías dolorosas crónicas relevantes que se constituyan en los hospitales de referencia (por ejemplo, unidad de lumbalgia crónica)

[42] En la concepción de los documentos de estándares y recomendaciones, “indicadores de calidad” son todos aquellos que hacen referencia a un adecuado desempeño de las unidades, incluyendo aquellos relativos a su eficiencia y productividad.

Volver

La UTD participará en sesiones conjuntas con los farmacéuticos hospitalarios, para evaluar los regímenes analgésicos
La UTD debe ofertar un teléfono de contacto directo al paciente cuyas llamadas serán contabilizada como consulta
Tiempo de demora por encima de los recomendados por la IASP (apartado 5.3.4.)
HOSPITALIZACIÓN CONVENCIONAL Y HOSPITAL DE DÍA
En la primera visita de un paciente hospitalizado en la unidad, se debe realizar una historia clínica completa que incluya: antecedentes personales médicos, laborales y farmacológicos; anamnesis general y de la historia del dolor; exploración física completa que incluya una exploración regional del dolor, neurológica y ortopédica
En la primera interconsulta de un paciente hospitalizado de otro servicio se debe realizar una historia clínica completa que incluya: antecedentes personales médicos, laborales y farmacológicos; anamnesis general y de la historia del dolor; exploración física completa que incluya una exploración regional del dolor, neurológica y ortopédica
En las visitas sucesiva diaria al paciente hospitalizado (propio o de otro servicio), se debe recoger la evolución del paciente, valorar las exploraciones complementarias, reevaluar el tratamiento e informar al paciente y familiares
En el informe de alta del paciente hospitalizado deben figurar, al menos, los puntos siguientes: motivo de consulta, antecedentes personales, historia clínica, exploración física, exploraciones complementarias, evolución con los procedimientos y/o actuaciones realizadas, diagnóstico principal y tratamiento prescrito.
Fuente: Adaptado de De la Calle y cols., 2010.

Volver

9 Criterios de revisión y seguimiento de los estándares y recomendaciones de calidad y seguridad de la UTD

Se recomienda que **se realice una revisión y actualización de este informe en un plazo no superior a tres años**.

A lo largo del proceso de debate para la elaboración de este informe se han identificado lagunas de conocimiento, en especial en lo referente a la disponibilidad de información y experiencia contrastada sobre el funcionamiento de las UTD en el sistema sanitario español. Para mejorar este conocimiento como fundamento sobre el que elaborar recomendaciones basadas en la evidencia o, al menos, en la experiencia (elaboración de bases de datos de pacientes con dolor), se recomienda que la próxima revisión recoja, además de los tópicos abordados en este documento, los siguientes:

- Un análisis sistemático de los indicadores de la UTD, que comprenda el conjunto de indicadores recomendado en este documento.
- Un censo de los recursos y cartera de servicios de las UTD en España, de conformidad con la tipología establecida en este documento.
- Información consistente sobre las estrategias de manejo del dolor con mejor coste-efectividad en nuestro medio, para poder realizar en el futuro una recomendación sobre la dotación de recursos basada sobre datos fiables.

Se propone la creación del área de capacitación específica en tratamiento del dolor.

Se recomienda la identificación de elementos que faciliten la creación y gestión de unidades multidisciplinares en el ámbito del SNS.

Se recomienda la realización de estudios en dolor y analgesia, que diferencien sexo y género [15,202].

Volver

Anexo 1. Atención al dolor crónico en población infantil[43]

EL DOLOR CRÓNICO EN LOS MÁS JÓVENES: UN PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA

Los informes publicados no dejan margen para la duda: el dolor crónico es un problema frecuente para muchos niños y adolescentes[203]. Los estudios epidemiológicos publicados muestran que alrededor del 30% de niños tienen dolor crónico[204]. Un estudio realizado en nuestro país, el único específico de dolor pediátrico en población general que se haya publicado, muestra que el 37.3% de estudiantes entre 8 y 16 años sufre de alguna forma de dolor crónico[205]. Estudios clínicos también documentan altas tasas en la ocurrencia de dolor crónico musculoesquelético, hasta el 35 % de la población estudiada[206]. Más aun, un informe reciente[207] constata un aumento muy importante en los síndromes de dolor musculoesquelético; a lo que parece, los índices actuales llegan a duplicar o triplicar, en ocasiones y según las franjas de edad, los niveles existentes hace 40 años. Así, pues, el dolor crónico entre los más jóvenes no sólo es un problema extendido, además de escasamente investigado y a menudo infratratado, sino que parece que la incidencia aumenta y el problema tiende a empeorar.

En este asunto conviene señalar que aun siendo muy importante, la mayoría de las veces el dolor no es el único problema de estos niños y sus familias. Acaso lo peor sea el impacto de éste en todas y cada una de las áreas en la vida del niño. En efecto, aunque escasas, las investigaciones realizadas señalan que el dolor crónico tiene un potencial efecto devastador sobre la salud mental de los niños; por ejemplo, los problemas de depresión y/o de ansiedad resultan muy habituales[208]. Más aun, estos niños faltan frecuentemente a la escuela y reducen el tiempo dedicado a las actividades sociales[209], informan sentirse más aislados, incomprendidos y menos queridos por sus compañeros[210], a menudo tienen dificultades para dormir[211] y/o concentrarse[212], y suponen “una carga” para sus familiares y cuidadores[213]. Precisamente, el dolor crónico es un problema que trasciende los límites individuales de quien lo sufre en primera persona, pues también afecta a todos aquellos a quienes con ellos conviven[214]. Los datos sobre el impacto del dolor crónico en los hermanos de aquellos directamente afectados son escasos. No obstante, los estudios publicados indican que los hermanos están en situación de riesgo de experimentar malestar emocional y menores niveles de autoestima que niños de características parecidas aunque con hermanos sin problemas crónicos de salud[215,216,217]. En cuanto a los efectos del dolor crónico en los padres, los informes apuntan que éstos muestran claros síntomas de malestar psicológico (estrés, ansiedad o depresión), parece que como consecuencia de la falta de competencia para ayudar a sus hijos[218], lo que acaso sea más significativo es que el malestar de estos padres está relacionado con el nivel de discapacidad que muestran sus hijos[219]. Padres y hermanos de los niños con dolor crónico informan de una sensación de carga, así como limitaciones en el funcionamiento social, de dificultades económicas y matrimoniales, así como de sentimientos de dependencia poco gratos[220].

Además del impacto psicológico y social, los síndromes de dolor crónico resultan un problema económico grave para los padres, también para la sociedad. Un estudio reciente de Sleed y cols.[221] mostraba que el coste medio por adolescente con dolor crónico es aproximadamente de £8000 (unos 9500€) anuales, esta cifra incluye gastos directos e indirectos.

A pesar del impacto del dolor crónico en niños y adolescentes, en verdad todavía se sabe poco sobre cómo debemos proceder ante este tipo de problemas. Así no sorprende que, recientemente, Eccleston y Malleson[222] realizaran un llamamiento para reparar "la vergonzosa falta de datos sobre el tratamiento de este

[43] Anexo elaborado por J. Miró; R. Gálvez; Francisco Reinoso Barbero, Coordinador de la Unidad de Dolor Infantil. Serviico de Anestesiología-Reanimación. Hospital Unversitario La Paz de Madrid y Mª Rosario Rodríguez Rodríguez. Hospital Universitario Materno Infantil de Canarias. Las Palmas.

.

Volver

problema tan común". Aunque se han publicado algunos estudios controlados sobre tratamientos, no está claro cuál de los muchos factores que parece modulan el dolor debería ser el foco central de la intervención. No obstante, sí parece claramente aceptado que cuando un niño con dolor crónico o recurrente no responde al tratamiento médico habitual, es necesario que se resuelva por un equipo multidisiciplinar de especialistas entrenados en el manejo del dolor[223]. También parece haber un acuerdo en que la mejor alternativa para reducir el impacto del dolor crónico es actuar cuanto antes. No en vano, algunos expertos sugieren que un problema de dolor mal resuelto en edades tempranas puede ser un factor de riesgo de dolor crónico, discapacidad y problemas de salud mental en edades más avanzadas[224,225]. Brevemente, la evaluación y tratamiento de los niños y adolescentes con dolor crónico debe contemplar diferentes niveles y unidades de análisis e intervención[214]. Aunque no todos los tratamientos multidisciplinares resultan igualmente válidos. En efecto, los datos aunque escasos son sólidos e indican que el mejor tratamiento posible para estos jóvenes es el *tratamiento multidisciplinar de orientación cognitivo-conductual*[226]. Una forma de intervención que no sólo se ha mostrado como la más efectiva de las disponibles, también resulta en una reducción significativa de los costes asociados, tanto directos como indirectos[227].

El tratamiento debe realizarse en unidades especializadas: unidad multidisciplinar de dolor infantil y juvenil.

UNIDAD MULTIDISCIPLINAR DE DOLOR INFANTIL Y JUVENIL

La unidad de dolor infantil y juvenil o unidad multidisciplinar (UTDPed) que atiende a población pediátrica es el lugar para la obtención de información acerca del tipo de dolor en niños y de sus características, así como el lugar para establecer el adecuado plan terapéutico. Desde el periodo prenatal hasta la adolescencia tienen lugar importantes cambios que es necesario conocer, y no solo en la fisiología de la transmisión nociceptiva, al mismo tiempo que se requiere una formación específica en dolor crónico y de sus especificidades en esta población. En 2005 la IASP publicó "*Core Curriculum for Professional Education in Pain. Pain in Infants, Children, and Adolescents*". En 2004 la *American Academy of Pediatrics* publicó el documento "*Clinical Report: Relief of Pain and Anxiety in Pediatric Patients in Emergency Medical Systems*". Las sociedades científicas han publicado varias guías y recomendaciones para el diagnóstico y tratamiento del dolor en edad infantil y juvenil. La misma OMS ha establecido sus propias guías para el tratamiento del dolor en esas etapas.

La UTDPed debe estar adaptada a la edad del paciente, con un entorno que facilite su adaptación y la interacción con los profesionales que allí desarrollan su labor.

RECOMENDACIONES DE LA IASP PARA EL DOLOR CRÓNICO INFANTIL Y JUVENIL (2005)

- Entender que el dolor crónico se asocia en muchos niños y adolescentes a sufrimiento, discapacidad, ansiedad y malestar emocional[228,229]. Saber que el dolor crónico tiene a menudo varios componentes nociceptivos, neuropáticos, ambientales y psicológicos; por lo que requiere de un abordaje multimodal para su tratamiento. Entender que independientemente de la causa autolimitada que lo originó, el dolor puede prolongarse por largos periodos de tiempo[230,231].
- Las intervenciones de tipo psicológico son consideradas una parte integral del abordaje del dolor crónico en niños, sin embargo, la evidencia científica que aconseja su uso es relativamente limitada, excepto en el caso del dolor de cabeza, dado que el número de ensayos clínicos en dolores crónicos pediátricos es todavía escaso, sobre todo si se compara con los ensayos disponibles en adultos[232].
- Saber que todavía hay numerosas incógnitas en cuanto a las terapias psicológicas y los programas multidisciplinarios del dolor crónico en niños. Las revisiones de este tipo de tratamientos psicológicos en niños con cefaleas[233,234,235,236], abdominalgias recurrentes[237,238], dolor asociado a enfermedades[239], a anemia

Volver

falciforme[240], o dolor crónico incluyendo el dolor de cabeza[232,241] han resaltado la necesidad de estudios bien diseñados para obtener la información acerca de la eficacia de los mismos.

- Comprender que la mayoría de los datos de la eficacia de los analgésicos en pediatría están extrapolados de los adultos. Así, la eficacia de los antidepresivos tricíclicos o de la gabapentina está bien establecida en adultos, la evidencia de su eficacia en niños está obtenida de casos clínicos más bien escasos[242,243].
- Conocer que ciertos niños con dolor crónico pueden tener problemas emocionales duraderos que sugieren cierto grado de afectación del nivel de humor, ansiedad o incluso de trastornos somatomorfos[244,245,246].

CARTERA DE SERVICIOS

La unidad multidisciplinar de dolor infantil y juvenil (UTDPed) debe tener la capacidad de valorar y tratar:

- Dolor crónico no asociado a enfermedad orgánica: abdominalgia, cefaleas, dolor en extremidades…
- Dolor crónico asociado a enfermedades cancerosas.
- Dolor crónico asociado con enfermedades no cancerosas de características nociceptivas: artritis reumatoide, enfermedades inflamatorias crónicas.
- Dolor crónico asociado con enfermedades no cancerosas de características neuropáticas: dolor de miembro fantasma, síndromes regionales complejos, neuropatías postraumáticas.
- Dolor crónico asociado con enfermedades no cancerosas de características espásticas: parálisis cerebral, distonías genéticas.
- Dolor crónico asociado a situación terminal del niño incluido en programa de cuidados paliativos.
- Cuadros mórbidos asociados; médicos, conductuales o psiquiátricos que exigen un tratamiento específico.
- Prevención de la agudización del dolor crónico mediante el programa de tratamiento hospitalario del dolor agudo: dolor postoperatorio, dolor por mucositis.
- Prevención de la agudización del dolor crónico mediante el programa de tratamiento hospitalario del dolor asociado a procedimientos diagnósticos o terapéuticos dolorosos: punción de médula ósea, punción articular, punción lumbar.

TRATAMIENTOS HABITUALES DE LA UTD PEDIÁTRICA

- Utilización de técnicas analgésicas no farmacológicas.
- Tratamientos psicológicos contrastados empíricamente: terapia cognitivo-conductual, hipnosis, *biofeedback*
- Administración de sedación profunda o cuidados monitorizados.
- Administración de agentes analgésicos convencionales por distintas vías sistémicas.
- Administración de medicación coadyuvante para mejora del confort y la calidad de vida tras la administración de agentes analgésicos como antieméticos, laxantes, psicoestimulantes, sedantes.
- Administración de agentes analgésicos no convencionales (antidepresivos, anticomiciales, anestésicos locales, corticoideos, antiarritmicos) por vía sistémica buscando un efecto analgésico.
- Administración de agentes analgésicos convencionales por distintas vías a través de dispositivos específicos de Analgesia Controlada por el Paciente (Bomba PCA).
- Realización de técnicas aisladas de bloqueo transitorio regional: bloqueos periféricos, bloqueos tronculares, bloqueos paravertebrales, bloqueos espinales.
- Realización de técnicas de bloqueo regional permanente: bloqueos periféricos, bloqueos tronculares, bloqueos paravertebrales, bloqueos espinales. Con el uso de radiofrecuencia o agentes neurolíticos.
- Administración de agentes analgésicos a través de catéteres de localización epidural, troncular, paravertebral, intratecal.

Volver

- Realización de técnicas de neuromodulación crónica: implantación de reservorio subcutáneo conectado a catéter intratecal e implantación de electrodos de estimulación medular.
- Coordinación de la asistencia multidisciplinaria con psiquiatría, rehabilitación-fisioterapia, neurocirugía...

En el tratamiento de la población infantil y/o juvenil con dolor crónico, también se debe considerar que:

- Las presentaciones de los fármacos, con frecuencia, no se ajustan a las necesidades del niño y es necesario recurrir a la preparación magistral de los mismos.
- Se deben conocer las normas sobre la regulación de recetas y requisitos especiales de prescripción y dispensación de estupefacientes en menores según el art. 3 de la Orden de 25 de abril de1994 del MSPSI.
- Se debe disponer de los documentos de consentimiento informado por representación para los menores de edad, según lo establecido en el artículo 3 de la Ley 41/2002, de 14 noviembre: "*Cuando el paciente menor de edad no sea capaz intelectual ni emocionalmente de comprender el alcance de la intervención. En este caso, el consentimiento lo dará el representante legal del menor después de haber escuchado su opinión si tiene doce años cumplidos. Cuando se trate de menores no incapaces ni incapacitados, pero emancipados o con dieciséis años cumplidos, no cabe prestar el consentimiento por representación. Sin embargo, en caso de actuación de grave riesgo, según el criterio del facultativo, los padres serán informados y su opinión será tenida en cuenta para la toma de la decisión correspondiente*".
- Así mismo se debe disponer de los documentos necesarios para el uso compasivo de medicamentos, ya que con frecuencia las fichas técnicas de los medicamentos "*no recomendado en niños y adolescentes por falta de experiencia*".
- Tal y como se especifica en el artículo 5 del capítulo II de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica: El niño tiene derecho como cualquier otro paciente a ser informado de modo adecuado a sus posibilidades de comprensión y adaptada a su desarrollo cognitivo si así lo desea. "*El paciente será informado, incluso en caso de incapacidad, de modo adecuado a sus posibilidades de comprensión, cumpliendo con el deber de informar también a su representante legal*". También tiene derecho a que se respete su voluntad de no ser informado. Son necesarios programas educativos para la familia, el niño, profesionales de la sanidad, educadores y la sociedad.

RECURSOS MATERIALES

La estructura física de la unidad debe cumplir las normas de autorización de la comunidad autónoma y los criterios de normalización disponibles a nivel europeo, como la Normativa ISO 110: 101, 102, 105, que afectan a distintos locales como son la sala asistencial (p.ej., consulta), sala auxiliar (p.ej., almacén para la ubicación del material, sala de preparación de la medicación, sala de espera de familiares, sala de información, aseo para familiares, pacientes y personal sanitario, vestuario para el personal sanitario, etc.), sala administrativa (p. ej., despacho, sala de trabajo y reunión del personal facultativo, sala de docencia e investigación).

Para desarrollar la actividad asistencial relacionada con la atención del dolor infantil y/o juvenil es necesario disponer de material adaptado al tamaño y edad del niño, tanto fungible (cánulas, catéteres, agujas de punción, sondas, etc.) como el equipamiento adecuado para una monitorización básica (ECG, pulsioximetría y TA no invasiva) y respirador necesarios para la sedación y analgesia en lactantes, niños y adolescentes, así como carro de reanimación cardiopulmonar equipado para dicha población (ambú, mascarillas laríngeas, tubos de Guedel, laringoscopio y palas apropiados y fármacos adecuados para todas las edades) y desfibrilador, en la zona de control de enfermería, de acuerdo a las recomendaciones de la SEDAR (1990). Se dispondrá de cunas, camillas y sillas de transporte, con protección adecuada a las diferentes edades de los pacientes.

Volver

También es necesario disponer de desfibriladores cardiacos (uno por bloque quirúrgico o sala de bloqueos) y de material de manejo de la vía aérea (especialmente en el niño que debe ser anestesiado o sedado para la realización de procedimientos terapéuticos).

Es imprescindible disponer de material de radiodiagnóstico (aparato de rayos X portátil, amplificador de imágenes portátil, ecografía portátil) imprescindible en técnicas de bloqueos y otros procedimientos invasivos.

Se recomienda considerar el manejo, cuidado y mantenimiento del material específico empleado en los tratamientos del dolor (bomba de analgesia controlada por el paciente, bomba de infusión intratecal, electrodos de estimulación nerviosa periférica y medular, aparatos de radiofrecuencia, sintonizadores por telemetría, etc.).

La UTDPed deberá contar con un acceso fácil, entorno confortable con decoración y adaptación específica para niños en la recepción, consulta y hospital de día (mobiliario, juegos, entretenimientos, cuentos y televisión).

Próximo a la sala de espera principal debe haber un aseo adaptado para lactantes, niños y adolescentes con movilidad reducida y dotado de lavabo, inodoro y cambiador adecuados a las diferentes edades. Igualmente, deberá contemplarse un espacio que permita la privacidad en caso de lactancia y alimentación.

En la consulta se dispondrá de mobiliario adaptado a niños pequeños (mesa y sillas) y material necesario para la evaluación de los niños mediante métodos subjetivos directos e indirectos: diferentes escalas para la evaluación en función de la edad, mapas corporales adaptados a las diferentes edades, papel para los dibujos libres, lápices de colores. También se dispondrá de fonendoscopio, tallímetro y báscula para lactantes y niños, así como para la toma de presión sanguínea de forma no invasiva con manguitos adecuados a las diferentes edades.

RECURSOS HUMANOS

La UTDPed deberá contar con un director, persona experta en el manejo del paciente con dolor, preferiblemente con experiencia en investigación en dolor. Si este director no es un médico especialista con formación avanzada en medicina del dolor, entonces deberá crearse la figura del director médico que se encargará de supervisar los servicios médicos dispensados por la unidad.

Los profesionales implicados en la unidad pediátrica son:

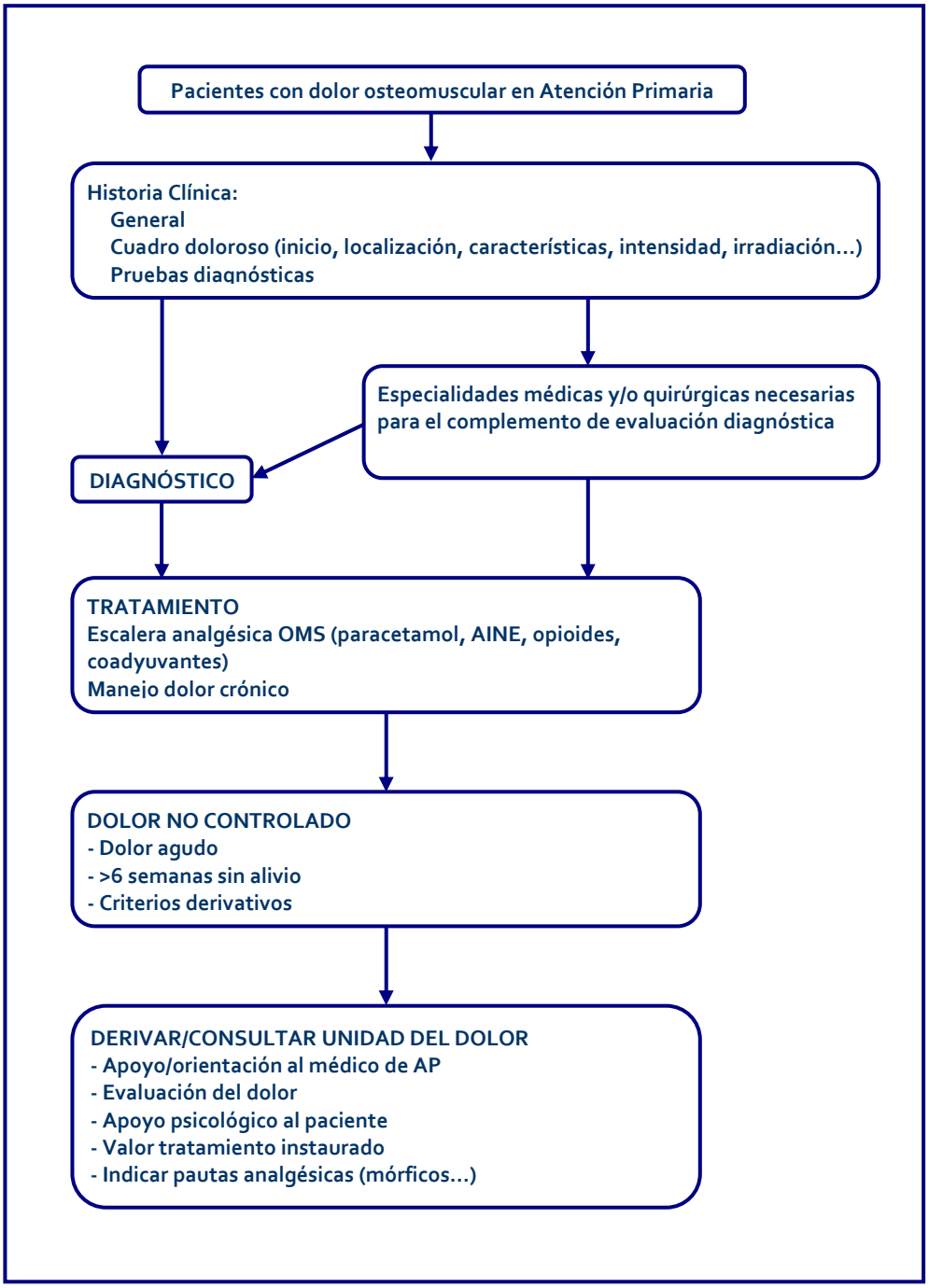
- Médicos: Dependiendo de sus características, la UTDPed contará con facultativos de diversas especialidades (pediatra, psiquiatra, neurocirujano) con tiempos de dedicación ajustados a la volumen de actividad asistencial.
- Enfermería.
- Otro personal sanitario: como psicólogos o fisioterapeutas para el tratamiento rehabilitador. Aunque no hay criterios mínimos, se deben poner en relación con los programas de tratamiento se oferten y la carga asistencial.

Volver

Anexo 2. Derivación del paciente con dolor[44]

El paciente debe ser derivado al nivel especializado cuando exista un problema de diagnostico de la enfermedad de base que genera el dolor, aunque solo se debe remitir a la consulta de la UTD, una vez tratado en AP y, en su caso, por el especialista de la enfermedad de base (criterios de derivación en apartado 5.3.), si el dolor no ha sido controlado.

Figura A.2.1. Derivación del paciente con dolor



[44]Gálvez R (Ed.). Guía práctica en Atención Primaria. Criterios para la remisión de pacientes a la Unidad del Dolor. 2002. Modificado.

Volver

Anexo 3. Programa funcional de espacios de la UTD III

En este apartado se desarrolla un ejemplo del programa de locales de una UTD III, ubicada en un hospital de referencia (en torno a un millón de habitantes), con funciones docentes y de investigación.

Tabla A.3.1. UTD III: programa de locales

Zona	Local	Nº	m^2 / local	Total m^2
ACCESO Y ADMISIÓN	1. Vestíbulo de acceso	1	12	12
	2. Recepción y admisión	1	16	16
	3. Sala de espera	1	24	24
	4. Aseos públicos	2	4	8
	5. Aseo adaptado	1	5	5
	6. Almacén silla de ruedas	1	4	4
	SUPERFICIE ÚTIL DE LA ZONA DE ACCESO Y ADMISIÓN			**69**
CONSULTA: DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO	7. Consulta / Despacho	4	18	72
	8. Sala de tratamiento y bloqueos	2	30	60
	9. Sala de terapia en grupo (tratamiento psicológico, ocupacional o educativo)	1	36	36
	SUPERFICIE ÚTIL DE LA ZONA DE CONSULTA: DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO			**168**
HOSPITAL DE DÍA	10. Vestuario y aseo de pacientes	2	6	12
	11. Puestos de hospital de día	4	9	36
	SUPERFICIE ÚTIL DE LA ZONA DE HOSPITAL DE DÍA			**48**
CONTROL DE ENFERMERÍA APOYOS	12. Mostrador y zona de trabajo	1	16	16
	13. Espacio para carro de paradas (en zona de trabajo)	1	3	3
	14. Oficio limpio	1	8	8
	15. Almacén de equipos	1	18	18
	16. Almacén de material fungible	1	12	12
	17. Almacén de lencería	1	4	4
	18. Aseo de personal	1	6	6
	19. Oficio de limpieza	1	4	4
	20. Oficio sucio y clasificación de residuos	1	5	5
	SUPERFICIE ÚTIL DE LA ZONA DE CONTROL DE ENFERMERÍA Y APOYOS			**76**
PERSONAL	21. Despachos clínicos	3	12	36
	22. Sala de trabajo clínico	1	20	20
	23. Secretaría (trabajo administrativo, archivo y reprografía)	1	14	14
	24. Sala de reuniones polivalente	1	24	24
	25. Sala de estar de personal	1	16	16
	26. Vestuarios y aseos de personal	2	12	24
	SUPERFICIE ÚTIL DE LA ZONA DE PERSONAL			**134**
SUPERFICIE ÚTIL TOTAL DE LA UNIDAD DE TRATAMIENTO DEL DOLOR				**495**
SUPERFICIE CONSTRUIDA TOTAL DE LA UNIDAD DE TRATAMIENTO DEL DOLOR (S. útil x 1,30)				**643,5**

Volver

Anexo 4. Plan de equipamiento[45]

En este apartado se desarrolla un ejemplo del plan de equipamiento correspondiente al programa de locales de la UTD III correspondiente al Anexo 3, ubicada en un hospital de referencia (en torno a un millón de habitantes), con funciones docentes y de investigación.

Tabla A.4.1. UTD III: plan de equipamiento

Local	Equipamiento
Acceso y admisión	
1. Vestíbulo de acceso	Espacio diáfano para visitantes y familiares de los enfermos que reciben tratamiento en la unidad Sin equipamiento específico
2. Recepción y admisión	Mueble mostrador Cajoneras Sillones ergonómicos con ruedas Estaciones de trabajo / ordenadores Impresora láser / fax / escáner Estantería Teléfono. Sistemas de comunicación por voz Papelera
3. Sala de espera	Sillas / sillones / bancadas Cuadros Mesas bajas Papeleras Máquinas de bebidas frías y calientes y de alimentos sólidos
4. Aseos públicos	Dispensadores de papel Dispensadores de toallas de papel / o secador de aire Escobillas Espejos Papelera con tapa basculante de 25 litros Percha Dispensador de jabón
5. Aseo adaptado	Dispensadores de papel Dispensadores de toallas de papel / o secador de aire Escobillas Espejos Papelera con tapa basculante de 25 litros Percha Dispensador de jabón
6. Almacén silla de ruedas	Sillas de transporte de enfermo

[45] Se evitan referencias numéricas, pues el número de equipos dependerá de la dimensión de la unidad, así como de otras variables estructurales y funcionales.

Volver

Consulta: diagnóstico y tratamiento	
7. Consulta / Despacho	Armario. Báscula –Talla Butaca reclinable Camilla exploración Caudalímetro Cuadro Cuando usada para terapia psicológica individual: Esfignomanómetro digital portátil Estaciones de trabajo / ordenadores Estimuladores eléctricos (medulares/periféricos) Foco de exploración Fonendoscopio Impresora láser Instrumentos de evaluación psicológica Instrumentos de exploración neurológica (filamentos de Von Frey, martillos y diapasones) Linterna de lápiz Luz frontal Mesa modular de trabajo con cajonera Silla Sillón ergonómico Sistemas de estimulación eléctrica transcutánea Sistemas para la realización de iontoforesis Teléfono Termotest Vacuómetro Vitrina con armario
8. Sala de tratamiento y bloqueos	Bombas de infusión tipo PCA Carro auxiliar 2 estantes Caudalímetro Ecógrafo Equipo portátil de RX (disponible, no dentro de la sala) Estaciones de trabajo / ordenadores Gavetas de tamaño diverso Lámpara quirúrgica Lavabo medical (fuera de la sala, a la entrada) Material para bloqueos nerviosos, incluidos estimulador de nervios periféricos y agujas específicas Material para técnicas de radiofrecuencia, incluidos aparato de radiofrecuencia y agujas específicas Material vario (pies gotero, ganchos techo, etc.) Mesa de quirófano Monitor multiparamétrico

Volver

	Panel de control Reloj de pared Sistema de medida de flujo vascular periférico, (teletermógrafo o láser .doppler) Sistemas de doble manguito de isquemia con manómetro Teléfono Torre de anestesia y torre de cirugía Vacuómetro
Hospital de día	
9. Sala de terapias de grupo	Sillas Mesa Medios audiovisuales (cañón, ordenador, vídeo, TV y cámara para poder grabar) Pizarra / pizarra digital Armario
10. Vestuario y aseo de pacientes	Banco Dispensador de jabón Dispensador de papel Dispensador de toallas de papel Escobilla Espejo Papelera con tapa basculante de 25 litros Percha Taquilla
11. Puestos de hospital de día	Bomba perfusión Camilla de transporte Carro medicación urgencia Caudalímetro Estaciones de trabajo / ordenadores Estimuladores eléctricos (medulares/periféricos) Material vario (pies gotero, ganchos techo, etc,) Mesa cigüeña para comer Monitor multiparamétrico Monitor TA con manguitos de varios tamaños Silla Sillón de tratamiento Sillón ergonómico Sistemas de estimulación eléctrica transcutánea Sistemas para la realización de iontoforesis Teléfono Vacuómetro

Volver

Control de enfermería y apoyos	
12. Mostrador y zona de trabajo	Armario archivo Armario estantería cerrado Cuadro Estaciones de trabajo / ordenadores Estantería metálica Impresora láser Mesa modular de trabajo con cajonera Mueble mostrador Papelera PDA´s gestión cuidados Percha Plafón de avisos Reloj de pared con fecha Silla Sillón ergonómico Sistema de comunicaciones Tel DECT Teléfono
13. Carro de RCP	Carro de parada Desfibrilador
14. Oficio limpio	Armario vitrina colgado de 80 x 90 x 35 cm. Carro de medicación Dispensador de jabón Dispensador de toallas de papel Dispensador de toallas de papel Estantería metálicas Frigorífico Mueble clínico con doble pileta y espacio de almacenamiento inferior Papelera con tapa basculante de 25 litros Taburete fijo de 60 cm.
15. Almacén de equipos	Estanterías metálicas
16. Almacén de material fungible	Sistema modular de almacenamiento mediante doble cajetín (en las unidades de gran dimensión puede resultar adecuada la utilización de armarios de dispensación automatizada de fármacos y material fungible) Estanterías metálicas
17. Almacén de lencería	Carros de lencería para ropa limpia Estanterías metálicas
18. Aseo de personal	Espejo Papelera con tapa basculante de 25 litros Dispensador de toallas de papel Percha Dispensador de jabón Dispensador de papel Escobilla

Volver

19. Oficio de limpieza	Mueble con encimera, pileta y basura Estanterías metálicas
20. Oficio sucio y clasificación de residuos	Mueble de doble pileta y basura Papelera con tapa basculante de 25 litros Dispensador de toallas de papel Encimera Estanterías metálicas Vertedero (equipamiento fijo)
Personal	
21. Despachos clínicos	Armario archivo Armario estantería cerrado Cuadro Estación de trabajo / ordenador Impresora chorro de tinta Mesa de despacho con ala y cajonera Papelera Percha Pizarra mural Sillas sin ruedas Sillón ergonómico con ruedas Teléfono
22. Sala de trabajo clínico	Armario archivo Armario Cuadros Estaciones de trabajo / ordenadores Estantería de madera Impresoras láser Mesas modulares de trabajo con cajonera Papeleras Sillones ergonómicos con ruedas Teléfono
23. Secretaría (trabajo administrativo, archivo y reprografía)	Armario archivo Armario estantería cerrado Cuadro Equipo multifunción con impresora láser, fax y scanner Estación de trabajo / ordenador Fotocopiadora Mesa de despacho con ala y cajonera Papelera Percha Sillas sin ruedas Sillón ergonómico con ruedas Teléfono
24. Sala de reuniones polivalente	Armarios archivo Cañón de proyección

Volver

	Cuadros Estaciones de trabajo / ordenadores Estanterías de madera Impresora láser Mesa de reuniones Papelera Percha Pizarra mural Sillas sin ruedas Teléfono
25. Sala de estar de personal	Armarios altos y bajos Cuadros Dispensador de toallas de papel Encimera con pileta, microondas y frigorífico Mesa centro Papelera con tapa basculante de 25 litros Percha Sillas Sillones de descanso Teléfono
26. Vestuarios y aseos de personal	Banco Dispensador de jabón Dispensador de papel Dispensador de toallas de papel Escobilla Espejo Papelera con tapa basculante de 25 litros Percha Taquilla

Volver

Anexo 5. Perfil del personal de enfermería del hospital de día de la UTD[46]

El ámbito de competencia del profesional de enfermería articula dos elementos fundamentales: la competencia clínica y la responsabilidad profesional.

La competencia clínica está vinculada a características individuales como son: la habilidad para realizar técnicas; la capacidad de razonamiento e integración de los conocimientos teóricos con las situaciones reales de la práctica clínica; la capacidad de relacionarse y compartir conocimientos; la capacidad de preguntarse y generar hipótesis; la sensibilidad y respeto hacia los otros; el nivel de tolerancia al estrés.

Además ha de desarrollar habilidades comunicativas y relacionales para garantizar una relación de confianza y equilibrada con el paciente. Desde esta perspectiva la competencia profesional tiene un impacto directo sobre los resultados clínicos del paciente.

La competencia como ámbito de responsabilidad profesional de la enfermera implica unas áreas de actividad que le son propias, y otras que son compartidas con otros profesionales del equipo. El trabajo en equipo en la UTD es necesario, como también lo es que las competencias exclusivas y las compartidas de los diferentes profesionales que en ella trabajan estén bien delimitadas. Integrar procesos asistenciales y el trabajo en equipo conlleva compartir actuaciones entre los componentes del mismo, por lo que es preciso delimitar las competencias compartidas, de forma protocolizada, y las que son responsabilidad de cada profesional.

El perfil profesional debe cumplir los siguientes requisitos:

- dedicación demostrada de voluntad de servicio al paciente
- disponer de una buena capacidad de trabajo y actitud positiva
- manifestar compromiso de aprendizaje permanente para lograr una asistencia de calidad
- capacidad de gestión clínica
- ser consciente de la repercusión de sus decisiones en el uso y distribución de recursos.
- capacidad de trabajo en equipo

La enfermería juega un papel muy importante en el hospital de día y sala de tratamiento y bloqueos de la UTD, prestando cuidados al paciente crónico que requiere tratamiento de larga duración.

La educación sanitaria y el asesoramiento al enfermo y su familia, estará presente en todos los procedimientos. El enfermo requiere adiestramiento relacionado con técnicas invasivas e implantes de dispositivos, cuyo manejo no está exento de riesgos.

La enfermería adscrita a esta unidad debe conocer la cartera de servicios de la UTD y del resto de dispositivos de la red asistencial y conocer los criterios y procedimientos de admisión y alta de pacientes así como de coordinación con la red asistencial.

La enfermería adscrita a la UTD debe estar entrenada y capacitada para:

- Realizar la valoración y continuidad de los cuidados del enfermo con dolor crónico.
- Establecer relaciones de respeto y confianza priorizando la atención hacia el enfermo más frágil.
- Manejar algunas terapias analgésicas y de sus efectos indeseables.
- Manejar dispositivos de administración de fármacos.
- Colaborar con el médico en procedimientos invasivos en el hospital de día y la sala de bloqueos y tratamientos.
- Colaborar en la valoración previa y programación de los enfermos para tratamientos invasivos.

[46] Aportación de Jorge Álvarez González (Coordinador de Enfermería de la Clínica del Dolor del H.U. Virgen del Rocío de Sevilla) e Isabel Serrano (Enfermera de la Unidad del Dolor del H.U. de la Santa Creu i Sant Pau de Barcelona).

Volver

- Mantener de forma segura y adecuada el material de la unidad (farmacia, especialmente estupefacientes; material fungible; material de urgencia y soporte vital, etc.).
- Coordinación con el equipo de atención primaria en la continuidad de cuidados del paciente con dolor crónico.
- Manejo de intervención en educación para la salud del paciente con dolor crónico, tanto a nivel individual como grupal.

La actuación de enfermería en el hospital de día de la UTD debe estar protocolizada, pero debe ser personalizada en cada caso.

Una buena gestión de los limitados recursos, pasa por una eficiente rotación de los puestos de atención durante el horario asistencial, mediante una agenda equilibrada, evitando "picos" de presión que pueden incidir negativamente en la seguridad de los enfermos, y en la calidad de la asistencia prestada.

La enfermería en la UTD debe velar por preservar la intimidad del enfermo en todas sus actuaciones y promover la información del enfermo y su familia.

Por último, mantendrá una actitud positiva para el trabajo en equipo multidisciplinar, participando en actividades de formación específicas, y aportando propuestas de mejora continua de la unidad.

En la Tabla A.5.1. se recoge la taxonomía de intervenciones de enfermeras CIE (NIC) relacionadas con la UTD.

Tabla A.5.1. UTD: taxonomía de intervenciones de enfermería CIE (NIC)

CÓDIGO	NIVEL 1	NIVEL 2	NIVEL 3
1320 1400 1540	Fisiológico básico	Fomento de la comodidad física	Acupresión Manejo del dolor Estimulación nerviosa eléctrica transcutánea
2400 2309 2313 2314 2304 2317 2316 2210 2214	Fisiológico complejo	Control de fármacos	Asistencia en la analgesia controlada por el paciente (PCA) Administración de medicación epidural en pacientes portadores de catéter y /o bomba de infusión Administración de medicación intramuscular Administración de medicación intravenosa Administración de medicación oral Administración de medicación subcutánea Administración de medicación tópica Administración de analgésicos Administración de analgésicos: intraespinal en pacientes portadores de catéter y /o bomba de infusión
3350 3320 3160	Fisiológico complejo	Control respiratorio	Monitorización respiratoria Oxigenoterapia Aspiración de vías aéreas
2440 4190 4200 4238 4238	Fisiológico complejo	Control de las vías de acceso vascular	Mantenimiento de dispositivos de acceso venoso (DAV) Punción intravenosa Terapia intravenosa Flebotomía Flebotomía: muestra de sangre venosa Muestra de sangre arterial para gasometría
3440 2870 2880 5610	Fisiológico complejo	Cuidados perioperatorios	Cuidados del sitio de la incisión Cuidados postanestésicos Coordinación preoperatorio Enseñanza prequirúrgica
5310 5270	Conductual	Ayuda para hacer frente a situaciones difíciles	Dar esperanza Apoyo emocional
5616	Conductual	Educación de los pacientes	Enseñanza: medicamentos prescritos

Volver

CÓDIGO	NIVEL 1	NIVEL 2	NIVEL 3
5820	Conductual	Fomento de la comodidad	Disminución de la ansiedad
7460	Sistema sanitario	Mediación del sistema sanitario	Protección de los derechos del paciente
7710 7620 7650 8550 7840 7820 7660	Sistema sanitario	Gestión del sistema sanitario	Colaboración con el médico Registro y comprobación de sustancias controladas Delegación Manejo de la tecnología Manejo de los suministros Manejo de muestras Revisión del carro de paradas
7910 7920 8180 8100 8060	Sistema sanitario	Control de la información	Consulta Documentación Consulta por teléfono Derivación Trascripción de órdenes
Fuente: Bulechek, G.M., McCloskey, J.C. (Eds.) (1985) Nursing interventions: treatments for nursing diagnosis. Philadelphia: WB Saunders.			

Tabla A.5.2. UTD: relación de actividades de enfermería en hospital de día

Actividades de enfermería
Administración de fármaco intramuscular
Administración de fármaco oral
Administración de fármaco subcutáneo
Administración de fármaco intravenoso
Cambio de patrones de neuroestimulador
Carga/colocación de infusor continuo
Ciclo/sesión Iontoforesis
Colaboración en boqueo espinal
Colaboración en bloqueo periférico
Colaboración en infiltración articular
Colaboración en bloqueo por radiofrecuencia
Colaboración en retirada de catéter de Hickman
Consulta telefónica
Cuidados por complicaciones
Cuidados post-quirúrgicos en 24 horas
Cuidados post-quirúrgicos post-24 horas
Cuidados post-técnica
Enseñanza al procedimiento
Extracción sanguínea del catéter venoso central
Extracción sanguínea periférica
Heparinización / mantenimiento de catéter central
Monitorización de constantes
Neuroestimulador / cambio de programación*
Neuroestimulador / telemetría*
Cambio de la medicación prescrita en una bomba implantable intratecal programable*

Volver

Recarga de bomba implantable intratecal programable* Recarga y cambio de medicación de bomba implantable intratecal programable* Recarga de bomba implantable intratecal de flujo fijo*
Fuente: Sistema Integrado de Documentación Clínica Avanzado. Historia Clínica Electrónica Clínica del Dolor. Hoja de Cuidados. H.U. Virgen del Rocío (Sevilla)
* Con supervisión médica

Volver

Anexo 6. Formación básica en dolor del médico

El personal médico que en su práctica atiende al paciente con dolor (atención primaria, reumatología, oncología, traumatología y otros) debe adquirir y mantener los conocimientos y habilidades necesarios para ello. En la Tabla A.6.1. se proponen la formación básica del médico en dolor.

Tabla A.6.1. Formación de médicos en dolor: nivel básico

CAMPO	CONOCIMIENTOS	HABILIDADES CLINICAS	OTRAS HABILIDADES
El Dolor y su tratamiento **Habilidades clínicas:** Indicar la terapia más adecuada para los procesos agudos y crónicos más prevalentes, así como de los enfermos en fase terminal. **Formación Clínica Humana** Conocer la epidemiología, las consecuencias socioeconómicas y las bases fisiopatológicas del dolor agudo y crónico y su tratamiento	**Definición y tipos de dolor. El tratamiento del dolor como un derecho fundamental del individuo. Modelo biopsicosocial aplicado a dolor crónico.** 1.- El dolor como un problema de salud pública. - Epidemiología. Repercusión individual y socioeconómica - Aspectos éticos, medicolegales y de compensación al trabajador - Investigación humana y animal. 2.- Conocer los mecanismos implicados en la transmisión y modulación del dolor y en la evolución del dolor agudo a crónico. Neuroanatomía, fisiología y bioquímica: Vías de transmisión y modulación del dolor. Transmisores implicados. Psicología del dolor 3.- Saber como evaluar el dolor, el sufrimiento y la discapacidad, así como la eficacia de los tratamientos. Escalas y cuestionarios 4.- Conocer los tratamientos utilizados en el manejo del dolor agudo y crónico - Tratamiento farmacológico: analgésicos opioides, no-opioides y adyuvantes. Vías y modos de administración - Tratamientos invasivos: bloqueos, radiofrecuencia, neuroulación - Técnicas psicológicas y fisioterapia - Unidades multidisciplinares de tratamiento del dolor 4.- Conocer las características clínicas y el tratamiento de los cuadros clínicos más frecuentes que cursan con dolor: - Dolor agudo postoperatorio y en urgencias - Dolor músculo-esquelético - Dolor neuropático - Dolor oncológico - Dolor en el niño y en el anciano - Dolor en la embarazada - Dolor en el paciente drogodependiente - Dolor en cuidados paliativos 5.- Conocer los principios de analgesia y sedación paliativas	- Realizar una historia clínica, exploración física y solicitar pruebas complementarias pacientes con dolor agudo y crónico - Evaluar la intensidad del dolor agudo y crónico utilizando escalas analógicas visuales y verbales. - Pautar tratamientos con fármacos analgésicos solos y asociados, para los cuadros clínicos más frecuentes que cursan con dolor. Prevenir y tratar los efectos secundarios - Tratar correctamente el dolor en situaciones especiales: embarazo y lactancia, pediatría, anciano, paciente drogodependiente - Pautar y administrar opioides y sus combinaciones por distintas vías (p.o., parche, etc.) en el ámbito domiciliario. Prevenir y tratar los efectos secundarios. Conocer las manifestaciones de la adicción a opioides en pacientes con dolor - Hacer el seguimiento de los pacientes oncológicos que reciben dosis altas de opioides por distintas vías. - Administrar infiltraciones con anestésicos locales con fines analgésicos - realizar técnicas de neuroestimulación transcutánea (TNS) e iontoforesis - hacer un seguimiento (“diario” de dolor) de la evolución del dolor crónico y la eficacia del tratamiento - saber decidir cuando se ha de referir un paciente a una Unidad de Dolor Multidisciplinaria - capacidad de trabajar por objetivos.	- Evaluar un protocolo de ensayo clínico en dolor - Conocer la utilidad de los cuestionarios de dolor crónico - Administra fármacos analgésicos utilizando analgesia controlada por el paciente (PCA) - La utilización de opioides en pacientes terminales (paliativos) - La rotación de opioides y/o vías de administración - Técnicas de fisioterapia - Técnicas psicológicas - Técnicas intervencionistas - Educación para la salud en dolor crónico

Fuente: Gomar C, Montero A, Puig MM, Sabaté A, Fábregas N, Valero R, Dalmau A, Rull M, García R, Fita G, Rovira I, Gallart Ll, Samsó E, Villalonga R, Vilanova F, Koo M, Roigé J, de Nadal M, Añez C, Villalonga A, Roldán J, Díaz FX. Propuesta sobre las competencias en Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor de un graduado de Medicina. Consenso del profesorado de las universidades de Cataluña. Rev Esp Anestesiol Reanim 56:436-444, 2009. Modificado.

Volver

Anexo 7. Formación del personal médico experto en dolor (SED / IASP)[47]

El experto en medicina de dolor será aquel acreditado en el área de capacitación específica, de conformidad con los criterios que en su caso establezca el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.

El programa de formación en dolor debe realizarse en una UTD que garantice la adquisición de competencias clínicas (conocimiento, habilidades y actitudes) que se pueden evaluar mediante un seguimiento del médico en formación. La UTD deberá tener las características descritas para una UTD tipo III. Se considera recomendable que cuente en su plantilla o con la colaboración de un psicólogo.

El experto en tratamiento del dolor debe poseer los conocimientos necesarios para manejar pacientes con dolor de cualquier etiología, además de conocer las ciencias básicas en las cuales se fundamentan los distintos enfoques terapéuticos.

El médico experto en dolor debe tener los siguientes conocimientos :

1. Diagnóstico y tratamiento: historia clínica del dolor y examen físico; medida del dolor; tratamiento físicos; valoración y manejo rehabilitador; participación en valoraciones y tratamientos multidisciplinarios; conocimiento de procedimientos anestésicos; conocimientos para la realización de procedimientos quirúrgicos apropiados a la especialidad.
2. Conocimientos de diagnóstico y tratamiento psicológico: tests psicológicos; recogida de datos derivados de la historia y de los test; valoración de los resultados; conocimiento de las distintas modalidades de tratamiento.
3. Conocimientos de farmacoterapia: Analgésicos (no opioides; opioides; coadyuvantes)
4. Conocimiento del manejo de distintos tipos de dolor: oncológico y el manejo del paciente terminal en el ámbito de los cuidados y el concepto unidad de cuidados paliativos; postoperatorio y postraumático; dolor originado por lesiones nerviosas; relacionado con enfermedades crónicas; dolor de causa desconocida; dolor en los niños; dolor en el anciano
5. Conocimiento del manejo de dolores regionales como: cefalea; síndrome doloroso facial; dolor cervical y dorsal alto; lumbalgia; dolor localizado en las extremidades; dolor torácico y abdominal; dolor pelviano y perineal

El experto en dolor debe acreditar al menos dos años de entrenamiento clínico en la materia en una UTD con docencia acreditada. Debe poseer la licenciatura en medicina, además de una especialidad reconocida que permita el manejo de pacientes.

[47] http://www.sedolor.es/medico_experto.pdf. Se trata de una aproximación provisional e indicativa mientras se aprueba el contenido del Área de Capacitación Específica en Medicina del Dolor.

Volver

Anexo 8. Formación del personal de enfermería de la UTD

Los enfermeros que forman parte de la UTD[48] debe adquirir los conocimientos, competencias y habilidades para la atención del paciente con dolor en la unidad. En este anexo se recoge una propuesta del contenido de la formación.

COMPETENCIAS:

- Lleva a cabo una historia clínica con elaboración de un plan de cuidados. Sabe utilizar las escalas de evaluación y los cuestionarios *validados* para identificar y diagnosticar el tipo de dolor, así como para conocer las alteraciones que el dolor produce en el individuo y su entorno en las actividades de la vida diaria, en la relación consigo mismo y con los demás y en la utilización adecuada de la red sanitaria.
- Comunica bien con los pacientes y familiares informándoles sobre las opciones y finalidad de su proceso doloroso. Sigue cuidadosamente la evolución del dolor. Realiza consultas programadas de evolución del dolor y de la respuesta del individuo y su entorno al problema de salud, dolor.
- Conoce, administra y evalúa los tratamiento farmacológicos basados en la evidencia y la analgesia multimodal. Conoce cómo utilizar los opioides y prevenir/manejar sus efectos indeseables
- Es experto en la técnica de recarga de bombas de perfusión.
- Es capaz de trabajar en una UTD multidisciplinar y de comunicar adecuadamente con los profesionales que forman parte de ella.
- Es capaz de actuar como gestor de casos.
- Es capaz de diseñar y realizar estudios clínicos controlados en dolor
- Tiene capacidad para enseñar a otros profesionales de la salud (estudiantes, enfermería, otros médicos), los principios básicos necesarios para el adecuado tratamiento del dolor
- Debe tener aptitudes de habilidades de comunicación y relación entre distintos niveles asistenciales y de gestión de casos

CONOCIMIENTOS

La enfermera que participa en el cuidado del pacientes en las UTD debe tener conocimientos científicos y actualizados sobre los mecanismos del dolor y la analgesia, así como sobre las patologías y condiciones que inducen dolor agudo y crónico. También deben tener conocimientos actualizados sobre situaciones clínicas, evaluación y tratamiento del dolor, farmacológico y no farmacológico, incluyendo terapias psicológicas en dolor y terapias educativas para modificación de estilos de vida.

HABILIDADES

Evaluación del dolor agudo: relacionado con procedimientos, postoperatorio, en el servicio de urgencias y durante el transporte.

Evaluación y seguimiento del paciente con dolor crónico: historia y plan de cuidados terapéutico. Diario del dolor.

Conocer las opciones de tratamiento integral que existen en la actualidad para el tratamiento del paciente con dolor crónico oncológico y no-oncológico.

Volver

Conocer los fármacos analgésicos y adyuvantes en pacientes con dolor de cualquier etiología, en especial de opioides y terapia multimodal; las terapias cognitivas – conductuales básicas; las terapias educativas sanitarias.

Comunicación efectiva con paciente, familiar y cuidador. Informar y discutir las opciones de adaptación al tratamiento del dolor y sus consecuencias y los objetivos clínicos a corto y largo plazo. Hacer un adecuado seguimiento de la evolución del dolor.

Buena comunicación con todo el equipo de la Unidad de Dolor multidisciplinaria, con el equipo de atención primaria, participando de forma coadyuvante del abordaje integral del paciente en todas las fases de su proceso.

Registra (manual o informático) todos los casos e intervenciones terapéuticas y la eficacia de los planes de cuidado.

Evalúa los resultados de lo que hace, responde documentadamente a la pregunta de lo que hace para qué sirve.

---

(48) Aportación de M. Jiménez e I. Serrano.

Volver

Anexo 9. Formación del psicólogo/a de la UTD[49].

El psicólogo/a de la UTD debe adquirir y mantener los conocimientos, competencias y habilidades para la atención del paciente con dolor en la unidad. En este anexo se recoge algunos aspectos que se deben considerar en el contenido de su formación.

COMPETENCIAS:

Lleva a cabo una evaluación clínica psicológica. Sabe utilizar las escalas de evaluación psicológica y de dolor y los cuestionarios validados para identificar y diagnosticar el impacto psicológico del dolor.

Competencias en diagnóstico, identificación y rotulación del problema comportamental, cognitivo, emocional o social, del paciente con dolor.

Conoce y aplica los tratamientos psicológicos cognitivo-conductuales basados en la evidencia para el tratamiento psicológico del dolor, con el objeto de entender, aliviar y resolver trastornos psicológicos: emocionales, problemas de conducta, preocupaciones personales y otros en relación al dolor. En aplicación individual, en pareja, o en grupo, y ser llevado por uno o más psicólogos constituidos en equipo

Conoce y aplica técnicas específicas para el tratamiento del dolor: biofeedback, hipnosis clínica, técnicas de relajación profunda, reestructuración cognitiva, etc.

Es capaz del diseño y la realización de programas de ajuste a la enfermedad crónica.

Conoce y puede desarrollar su rol como consultor técnico para casos, programas, organización, apoyo a profesionales de las Unidades y externos.

Es capaz de trabajar en una UTD multidisciplinar y de comunicar adecuadamente con los profesionales que forman parte de ella.

Es capaz de elaborar informes clínicos y apoyar a otros profesionales en la elaboración de informes de pacientes con dolor.

Es capaz de coordinarse con profesionales sanitarios y no sanitarios en el abordaje integral del dolor con continuidad de cuidados.

Es capaz de actuar como gestor de casos.

Es capaz de diseñar y realizar estudios clínicos controlados en dolor.

Capaz de diseñar y coordinar programas preventivos y de promoción de la salud en dolor.

Tiene capacidad para enseñar a otros profesionales de la salud (otros psicólogos, otros profesionales, estudiante), los principios básicos desde la psicología clínica, necesarios para el adecuado tratamiento del dolor.

CONOCIMIENTOS

El psicólogo que participa en el cuidado del paciente en la UTD debe tener conocimientos científicos y actualizados sobre los tratamientos cognitivo-conductuales y en especial las técnicas específicas para el tratamiento del dolor crónico y agudo, así como de la evaluación, diagnóstico en salud mental del paciente con dolor y diseño de tratamientos. Al mismo tiempo tiene conocimientos del sistema sanitario y otros recursos para garantizar el correcto trabajo en red que garantice la continuidad de cuidados, las actividades preventivas y de apoyo a centros, unidades, profesionales, etc.

[49] Basado en aportaciones del Dr. Jiménez Rodríguez.

Volver

Ha de tener conocimientos sobre anatomía y fisiología relacionada con dolor, de las distintas situaciones clínicas, evaluación del dolor, tratamientos farmacológicos y no farmacológicos, en especial la educación para la salud, así como epidemiología e investigación.

HABILIDADES

Evaluación y seguimiento del paciente con dolor crónico: historia, exploración física y solicitud y evaluación de pruebas complementarias. Diario de dolor.

Capacidad para elaborar un plan de tratamiento integral individual para el paciente con dolor crónico, y desarrollar lo correspondiente a su profesión, con gestión del caso dentro de la unidad y con continuidad en atención primaria y especializada.

Capacidad para elaborar un plan de tratamiento integral grupal para pacientes con dolor crónico y desarrollar todos los apartados correspondientes a su profesión.

Conocer las opciones de tratamiento que existen en la actualidad para el tratamiento de pacientes con dolor crónico oncológico y no-oncológico

Conocer cuando están indicados otros tratamientos intervencionistas y no-intervencionistas, solicitando la ayuda de especialistas en medicina de dolor u otros especialistas.

Conocer la aplicación de los tratamientos psicológicos con el paciente y su familia.

Buena comunicación con todo el personal sanitario de la UTD multidisciplinaria.

Buena comunicación con el resto de los profesionales que trabajan con el paciente con dolor crónico.

Registra (manual o informático) el caso e intervención terapéutica y la eficacia del tratamiento.

Establece interacciones efectivas con el equipo multidisciplinar que trabaja en la UTD.

Considera que el paciente tiene el derecho a que se le escuche, a que se le crea, y a estar informado en lo que respecta al dolor que padece y su tratamiento.

Reconoce los principios de “mínimo intervencionismo”, utilizando las técnicas más simples y seguras que puedan ser efectivas para obtener los objetivos clínicos del tratamiento.

Desarrolla habilidades para informar al paciente sobre las mejores opciones de tratamiento psicológico basado en la evidencia disponible. Explica el riesgo / beneficio de los tratamientos y obtiene consentimiento. Resuelve las dudas y preocupaciones que el paciente pueda tener.

Diagnosticar los trastornos facticios y de simulación del dolor.

Evalúa los resultados de lo que hace, responde documentadamente a la pregunta de lo que hace para qué sirve.

Volver

Anexo 10. Índice Alfabético de definiciones y términos de referencia.

ACREDITACIÓN

"*Acción de facultar a un sistema o red de información para que procese datos sensibles, y determinación del grado en el que el diseño y la materialización de dicho sistema cumple los requerimientos de seguridad técnica preestablecidos*". Procedimiento al que se somete voluntariamente una organización en el cual un organismo independiente da conformidad de que se cumplen las exigencias de un modelo determinado.

AUDITORÍA DE LA CALIDAD: AUDITORÍA

"Proceso que recurre al examen de libros, cuentas y registros de una empresa para precisar si es correcto el estado financiero de la misma, y si los comprobantes están debidamente presentados". Examen metódico e independiente que se realiza para determinar si las actividades y los resultados relativos a la calidad satisfacen las disposiciones previamente establecidas, y para comprobar que estas disposiciones se llevan a cabo eficazmente y que son adecuadas para alcanzar los objetivos previstos.

AUTORIZACIÓN / HABILITACIÓN

Autorización sanitaria: resolución administrativa que, según los requerimientos que se establezcan, faculta a un centro, servicio o establecimiento sanitario para su instalación, su funcionamiento, la modificación de sus actividades sanitarias o, en su caso, su cierre.

Fuente: Real Decreto 1277/2003, de 10 de octubre, por el que se establecen las bases generales sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios.

BIOFEEDBACK

Una técnica terapéutica que utiliza equipos de monitorización electrónica para entrenar a las personas a controlar ciertas funciones corporales que normalmente son automáticas, como por ejemplo, la presión arterial, la frecuencia cardíaca o la tensión muscular. Es una técnica que ha demostrado ser eficaz en multitud de ensayos controlados y aleatorizados. Es una de las técnicas de elección para el tratamiento del dolor de cabeza crónico.

CARTERA DE SERVICIOS

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 de un centro, servicio o establecimiento sanitario.

Fuente: Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del SNS y el procedimiento para su actualización.

CENTRO SANITARIO

Conjunto organizado de medios técnicos e instalaciones en el que profesionales capacitados, por su titulación oficial o habilitación profesional, realizan básicamente actividades sanitarias con el fin de mejorar la salud de las personas.

Fuente: Real Decreto 1277/2003, de 10 de octubre, por el que se establecen las bases generales sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios.

CÓDIGO ÉTICO

Conjunto de reglas o preceptos morales que el centro sanitario aplica en la conducta profesional relacionada con la atención sanitaria de los enfermos que atiende.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Conformidad libre, voluntaria y consciente de un paciente, manifestada en el pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada, para que tenga lugar una actuación que afecta a su salud.

Volver

DOCUMENTACIÓN CLÍNICA

Todo dato, cualquiera que sea su forma, clase o tipo, que permite adquirir o ampliar conocimientos sobre el estado físico y la salud de una persona o la forma de preservarla, cuidarla, mejorarla o recuperarla (Art. 3 de la Ley 41/2002, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica).

EFECTO ADVERSO

Se define para este estudio como todo accidente o incidente recogido en la Historia Clínica del paciente que ha causado daño al paciente o lo ha podido causar, ligado sobre todo a las condiciones de la asistencia. El accidente puede producir un alargamiento del tiempo de hospitalización, una secuela en el momento del alta, la muerte o cualquier combinación de estos. El incidente, no causa lesión ni daño, pero puede facilitarlos.

Para reunir esta condición, tendrá que darse una lesión o complicación, prolongación de la estancia, tratamiento subsecuente, invalidez al alta o éxitus, consecuencia de la asistencia sanitaria y desde moderada probabilidad de que el manejo fuera la causa a total evidencia.

Fuente: Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la Hospitalización. ENEAS 2005. Madrid: MSC; 2006.

HISTORIA CLÍNICA

Conjunto de documentos que contienen los datos, valoraciones e informaciones de cualquier índole sobre la situación y la evolución clínica de un paciente a lo largo del proceso asistencial. Incluye la identificación de los médicos y demás profesionales que han intervenido en los procesos asistenciales (Art. 3 y 14 de la Ley 41/2002, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica).

HOSPITALIZACIÓN CONVENCIONAL

Ingreso de un paciente con patología aguda o crónica reagudizada en una unidad de enfermería organizada y dotada para prestar asistencia y cuidados intermedios y no críticos las 24 horas del día a pacientes, y en la que el paciente permanece por más de 24 horas.

HOSPITAL DE DÍA

La Unidad de Hospitalización de Día se define como una organización de profesionales sanitarios, que ofrece asistencia multidisciplinaria a procesos mediante la modalidad de hospitalización de día, y que cumple unos requisitos funcionales, estructurales y organizativos, de forma que garantiza las condiciones adecUTDas de calidad y eficiencia, para realizar esta actividad.

Fuente: Unidad de Hospital de Día. Estándares y recomendaciones. Agencia de Calidad. MSPS. 2009.

Observación: El documento utilizado como fuente discrimina diversas tipologías de unidades de hospital de día y diferencia estas unidades de los puestos de hospital de día integrados en gabinetes.

HOSPITALIZACIÓN DE DÍA

Modalidad asistencial que tiene por objeto el tratamiento o los cuidados de enfermos que deben ser sometidos a métodos de diagnóstico o tratamiento que requieran durante unas horas atención continuada médica o de enfermería, pero no el internamiento en el hospital.

Fuente: Unidad de Hospital de Día. Estándares y recomendaciones. Agencia de Calidad. MSPS. 2009.

INFORME DE ALTA

Documento emitido por el médico responsable de un centro sanitario al finalizar cada proceso asistencial de un paciente o con ocasión de su traslado a otro centro sanitario, en el que especifica los datos de éste, un resumen de su historial clínico, la actividad asistencial prestada, el diagnóstico y las recomendaciones terapéuticas. Otros términos similares utilizados: Informe Clínico de Alta; Informe de Alta Médica (Art. 3 de la Ley 41/2002, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica; Orden del Ministerio de Sanidad, de 6 de septiembre de 1984).

Volver

PACIENTE INGRESADO

Paciente que genera ingreso (pernocta) en una cama de hospital.

PUESTO EN HOSPITAL DE DÍA

Plaza diferenciada destinada a hospitalización durante unas horas, ya sea para diagnóstico, investigación clínica y/o exploraciones múltiples, así como para tratamientos que no pueden hacerse en la consulta externa, pero que no justifican la estancia completa en hospital. No se consideran puestos en HdD, los dedicados a los servicios de urgencias.

REGISTRO DE CENTROS, SERVICIOS Y ESTABLECIMIENTOS SANITARIOS

Conjunto de anotaciones de todas las autorizaciones de funcionamiento, modificación y, en su caso, instalación y cierre de los centros, servicios y establecimientos sanitarios concedidas por las respectivas Administraciones sanitarias.

Fuente: R.D. 1277/2003, de 10 de octubre, por el que se establecen las bases generales sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios.

REGISTRO DE PACIENTES

Conjunto de datos seleccionados sobre los pacientes y su relación con el centro sanitario, con motivo de un proceso sanitario asistencial.

REQUISITOS PARA LA AUTORIZACIÓN

Requerimientos, expresados en términos cualitativos o cuantitativos, que deben cumplir los centros, servicios y establecimientos sanitarios para ser autorizados por la administración sanitaria, dirigidos a garantizar que cuentan con los medios técnicos, instalaciones y profesionales adecuados para llevar a cabo sus actividades sanitarias.

Fuente: R.D. 1277/2003, de 10 de octubre, por el que se establecen las bases generales sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios.

SISTEMA DE INFORMACIÓN

Conjunto de procesos, sean o no automáticos, que, ordenadamente relacionados entre sí, tienen por objeto la administración y el soporte de las diferentes actividades que se desarrollan en los centros, servicios, y establecimientos sanitarios, así como el tratamiento y explotación de los datos que dichos procesos generen.

TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL

La terapia cognitivo-conductual es un procedimiento psicoterapéutico que tiene como objetivo fundamental enseñar a las personas cómo resolver sus problemas mediante el cambio en su forma de pensar, sentir y comportarse. Es un procedimiento sistemático altamente estructurado y orientado a los objetivos. La literatura especializada ha identificado a esta forma de intervención psicológica como la más adecuada, hasta el momento, para orientar los protocolos de tratamiento en dolor crónico.

UNIDAD DE ENFERMERÍA DE HOSPITALIZACIÓN DE POLIVALENTE AGUDOS (UEH)

Una organización de profesionales sanitarios que ofrece asistencia multidisciplinar en un espacio específico, que cumple unos requisitos funcionales, estructurales y organizativos, de forma que garantiza las condiciones de seguridad, calidad y eficiencia adecuadas para atender pacientes con procesos agudos o crónicos agudizados que, estando hospitalizados por procesos médicos o quirúrgicos agudos, no precisan o solamente requieren un nivel 1 de cuidados críticos, pero no superior.

UNIDAD DE TRATAMIENTO DEL DOLOR (UTD)

Una organización de profesionales de la salud que ofrece asistencia multidisciplinar, que cumple unos requisitos funcionales, estructurales y organizativos, de forma que garantiza las condiciones de seguridad, calidad y eficiencia adecuadas para atender al paciente con dolor crónico que requiera asistencia especializada.

Volver

Anexo 11. Abreviaturas

ABIPP. American Board of Interventional Pain Physician

AC-SNS Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud

AHRQ Agency for Healthcare Research and Quality (Estados Unidos)

AMFE Análisis de los Modos de Fallos y de sus Efectos

ANZCA Australia and New Zealand College of Anaesthesiologists

APS Australian Pain Society

ASA American Society of Anesthesiologists

CC.AA. Comunidades Autónomas

CMBD Conjunto Mínimo y Básico de Datos

EA Efecto Adverso

EESCRI Estadística de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado

EFIC European Federation of IASP Chapters

EMH Encuesta de Morbilidad Hospitalaria

HdD Hospital de Día

H.U. Hospital Universitario

IASP International Association for the Study of Pain

INE Instituto Nacional de Estadística

LOPD Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

MSC Ministerio de Sanidad y Consumo

MSPSI Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad

NICE National Institute for Health Clinical Excellence

NPSA National Patient Safety Agency (Reino Unido)

NQF National Quality Forum (Estados Unidos de América)

NHS National Health Service (Reino Unido)

OMS. Organización Mundial de la Salud

PC-SNS Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud

SED. Sociedad Española del Dolor

SEDAR. Sociedad Española de Anestesiología y Reanimación

SIGN. Scottish Intercollegiatte Guidelines Network.

SNS. Sistema Nacional de Salud

TENS. Transcutaneous Electriccal Nerve Stimulation (Técnicas de estimulación nerviosa eléctrica transcutánea)

UTD. Unidad de Tratamiento del Dolor

UTDPed. Unidad de dolor infantil y juvenil o unidad multidisciplinar

WIP. World Institute of Pain

Volver

Anexo 12. Bibliografía

1 Cirugía Mayor Ambulatoria. Guía de Organización y funcionamiento. Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo. 1993.

2 Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria. Estándares y Recomendaciones. Agencia de Calidad del SNS. Ministerio de Sanidad y Consumo. 2008.

3 Unidad de Hospitalización de Día. Estándares y Recomendaciones. Agencia de Calidad del SNS. Ministerio de Sanidad y Política Social. 2008.

4 Unidad de Pacientes Pluripatológicos. Estándares y Recomendaciones. Agencia de Calidad del SNS. Ministerio de Sanidad y Política Social. 2009.

5 Atención Hospitalaria al Parto. Maternidades Hospitalarias. Estándares y recomendaciones. Agencia de Calidad del SNS. Ministerio de Sanidad y Política Social. 2009.

6 Bloque quirúrgico. Estándares y recomendaciones. Agencia de Calidad del SNS. Ministerio de Sanidad y Política Social. 2009.

7 Unidad de cuidados paliativos. Estándares y recomendaciones. Agencia de Calidad del SNS. Ministerio de Sanidad y Política Social. 2010.

8 Unidad de enfermería de hospitalización polivalente de agudos. Estándares y recomendaciones. Agencia de Calidad del SNS. Ministerio de Sanidad y Política Social. 2010.

9 Unidad de urgencias hospitalarias. Estándares y recomendaciones. Agencia de Calidad del SNS. Ministerio de Sanidad y Política Social. 2010.

10 Unidad de cuidados intensivos. Estándares y recomendaciones. Agencia de Calidad del SNS. Ministerio de Sanidad y Política Social. 2010.

11 Miró J., Raich RM. Dolor orgánico vs. dolor funcional. Revista de Psicología de la Salud 1990;2: 33-44.

12 Green CR, Anderson KO, Baker TA, Campbell LC, Decker S, Fillingim RB, y cols. The unequal burden of pain: Confronting racial and ethnic disparities in pain. Pain Med 2003; 4: 277-294.

13 Anderson KO, Green CR, Payne. Racial and ethnic disparities in pain: causes and consequences of unequal care. J Pain. 2009;10:1 187-204.

14 Flores G; Committee On Pediatric Research Technical report--racial and ethnic disparities in the health and health care of children. Pediatrics. 2010.

15 Fillingim RB, King CD, Ribeiro-Dasilva MC, Rahim-Williams B, Riley JL. Sex, Gender, and Pain: A Review of Recent Clinical and Experimental Findings. J Pain. 2009; 10: 447-485.

16 International Association for the Study of Pain. Task Force on Taxonomy. Classification of Chronic Pain, Second Edition , edited by H. Merskey and N. Bogduk, IASP Press, Seattle, 1994.

17 Giordano J, Schatman ME. A Crisis in Chronic Pain Care: An Ethical Analysis. Part Three: Toward an Integrative, Multi-disciplinary Pain Medicine Built Around the Needs of the Patient. Pain Physician 2008; 11: 775-784.

18 Bassols A, Bosch F, Campillo M, Canellas M, Banos JE. An epidemiological comparison of pain complaints in the general population of Catalonia, Spain. Pain. 1999;83: 9-16.

19 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.

20 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.

21 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.

Volver

22 Miró J, Paredes S, Rull M, Queral R, Miralles R, Nieto R, Huguet A, Baos J. Pain in older adults: A prevalence study in the Mediterranean region of Catalonia. European Journal of Pain 2007;11:83–92.

23 Parris W. The history of pain medicine. In: Raj P, ed. Practical Management of Pain. St. Louis, MO: Mosby, Inc.;2000: 3–9.

24 Day M. Pain Medicine: A Medical Specialty?. Pain Practice;2004;4: 1–10.

25 Brennan F, Carr DB, Cousins M. Pain Management: A Fundamental Human Right. Anesth Analg 2007;105:205–21.

26 Verhaak PF, Kerssens JJ, Dekker J, Sorbi MJ, Bensing JM. Prevalence of chronic benign pain disorder among adults: a review of the literature. Pain 1998;77: 231–9.

27 Blyth FM, March LM, Brnabic AJM, Jorm LR, Williamson M, Cousins MJ. Chronic pain in Australia: a prevalence study. Pain 2001;89:1 27–34.

28 Crombie IK, Croft PR, Linton SJ, Le Resche L, Von Korff M, eds. Epidemiology of Pain. Seattle: IASP Press, 1999.

29 Won A, Lapane K, Gambassi G, Bernabei R, Mor V, Lipsitz LA. Correlates and management of non-malignant pain in the nursing home. J Am Geriatr Soc 1999;47: 936–42.

30 Harstall C, Ospina M. How prevalent is chronic pain? Pain Clin Updates 2003;11:1– 4.

31 Sternbach RA. Survey of pain in the United States: the Nuprin Pain Report. Clin J Pain 1986;2: 49–53.

32 Teno JM, Weitzen S, Wetle T, Mor V. Persistent pain in nursing home residents [research letter]. JAMA 2001;285:2081.

33 Breivik H, Collett B, Ventafridda V, Cohen R, Gallacher D. Survey of chronic pain in Europe: Prevalence, impact on daily life, and treatment. European Journal of Pain. 2006;10:287-333.

34 Andersen S, Worm-Pedersen J. The prevalence of persistent pain in a Danish population. Pain 1987;S4:S332.

35 Sheehan J, McKay J, Ryan M, Walsh N, O'Keefe D. What Cost Chronic Pain? Irish Medical Journal 1996;89: 218-219.

36 Von Korff M, Dworkin SF, Le Resche L. Graded chronic pain status: an epidemiologic evaluation. Pain 1990;40: 279-291.

37 Bowsher, D, Rigge, M, Sopp, L Prevalence of chronic pain in the British population: A telephone survey of 1037 households. Pain Clinic 1991;4: 223-230.

38 Becker N, Bondegaard TA, Olsen AK, Sjorgren P, Bech P, Eriksen J. Pain epidemiology and health related quality of life in chronic non-malignant pain patients referred to a Danish multidisciplinary pain center. Pain 1997;73: 393-400.

39 Bowsher, D. Neurogenic pain syndromes and their management. Brit. Med.Bull 1991;47: 644-666.

40 Waddell G. Low back pain: A twentieth century health care enigma. Spine 1996;21: 2820-2825.

41 van Tulder MW, Koes BW, Bouter LM. A cost-of-illness study of back pain in the Netherlands. Pain 1995;62: 33-240.

42 Higginson, I.J. Innovations in assessment: epidemiology and assessment of pain in advanced cancer. Proceedings of the 8th World Congress on pain, Progress in Pain Research and Management vol. 8, eds. T.S.Jensen, J.A. Turner and Z. Wiesenfeld-Hallin, Seattle, IASP Press, 1997, pp. 707-711.

43 Borghouts JAJ, Koes BW, Vondeling H, Bouter LM. Cost-of-illness of neck pain in the Netherlands in 1996. Pain 1999;80: 629-636.

44 Brattberg G, Thorslund M, Wilkman A. The prevalence of pain in a general population. The results of a postal survey in a county of Sweden. Pain 1989;37: 215-222.

Volver

45 Elliott AM, Smith BH, Penny KI, Smith WC, Chambers WA. The epidemiology of chronic pain in the community. Lancet 1999;354: 1248-1252.

46 Linton SJ, Hellsing AL, Hallden K. A population based study of spinal pain among 35-45 year olds: Prevalence, sick leave, and health-care utilization. Spine 1998;23: 1457-1463.

47 Maniadakis N, Gray A. The economic burden of back pain in the UK. Pain 2000;84: 95-103.

48 Mantyselka P, Kumpusalo E, Ahonen R, Kumpusalo A, Kauhanen J, Viinamaki H, Halonen P, Takala J. Pain as a reason to visit the doctor; a study in Finnish primary health care. Pain 2001;89:1 75 - 180.

49 Perquin CW, Hazebroek-Kampschreur AAJM, Hunfeld JAM, Bohnen AM, van Suijlekom-Smit LWA, Passchier J, van der Wouden JC. Pain in children and adolescents: a common experience. Pain 2000;87: 51-58.

50 González-Escalada JR, Barutell C, Camba A, Contreras D, Muriel C, Rodríguez M. Creencias, actitudes y percepciones de médicos, farmacéuticos y pacientes acerca de la evaluación y el tratamiento del dolor crónico no oncológico. Rev. Soc. Esp. Dolor. 2009;16: 7-20.

51 Miró, J. (2003). Dolor crónico. Procedimientos de evaluación y tratamiento psicológico. Desclée de Brower

52 Miró, J. (en prensa). Dolor crónico: ¿un problema de salud pública también entre los más jóvenes? Revista de la Sociedad Española del Dolor.

53 Londoño C, Contreras F, Delgadillo G, Tobón S, Vinaccia S. Barreras para el manejo efectivo del dolor crónico. Rev Psicopatol. Psicol. Clín. 2005;10: 25-31.

54 Bolíbar I, Catalá E, Cadena R. El dolor en el hospital: de los estándares de prevalencia a los de calidad. Rev Esp Anestesiol Reanim. 2005;52: 131-40.

55 Pérez Benitez S., Bellido Estevez I., Gomez Luque A., Pérez Rodriguez J. Dolor y ansiedad en cirugia pediátrica. Cir Pediatr 2008;21:84-88.

56 Taylor EM, Boyer K, Campbell FA. Pain in hospitalized children: A prospective cross-sectional survey of pain prevalence, intensity, assessment and management in a Canadian pediatric teaching hospital. Pain Res Manage 2008;13:25-32.

57 Deandrea S, Montanari M, Moja L, Apolone G. Prevalence of undertreatment in cancer pain. A review of published literature. Ann Oncol 2008; 19:1985–91.

58 Bonica JJ. Evolution and current status of pain programs. J Pain Symptom Manage. 1990;5:368-74.

59 Pronovost PJ. An interview with Peter Pronovost. Jt Comm J Qual Saf. 2004 Dec; 30:659-64.

60 Gross D, Fogg L, Webster-Stratton C, Garvey C, Julion W, Grady J. Parent Training of Toddlers in Day Care in Low- Income Urban Communities. J Consult Clin Psychol. 2003; 71:261-278.

61 Gunnarsdottir S, Donovan H, Serlin RC, Voge C, Ward S. Patient related barriers to pain management: the Barriers Questionnaire II BQ II. Pain 2002; 99:385–96.

62 Miaskowski C, Dodd MJ, West C. Lack of adherence with the analgesic regimen: a significant barrier to effective cancer pain management. J. Clin. Oncol. 2001; 19: 4275-9.

63 Willoughby SG, Hailey BJ, Mulkana S, Rowe J. The effect of laboratory induced depressed mood state on responses to pain. Beh Med. 2002;28: 23-29.

64 Bertakis K, Azari R, Callahan EJ. Patient Pain in Primary Care: Factors That Influence Physician Diagnosis. Ann Fam Med. 2004;2:224-230.

65 World Health Organization. Cancer Pain Relief. Geneva. World Health Organization. 1986.

66 Romero J, Galvez R, Ruiz S. ¿Se sostiene la escalera analgésica de la OMS? Rev. Soc. Esp. Dolor. 2008;1:1-4.

Volver

67 Bergman S, Herrstrom P, Hogstrom K, Petersson IF, Svensson B, Jacobsson LT. Chronic musculoskeletal pain, prevalence rates, and sociodemographic associations in a Swedish population study. J Rheumatol. 2001;28: 1369-1377.

68 Smith BH, Elliott AM, Chambers WA, Smith WC, Hannaford PC, Penny K: The impact of chronic pain in the community. Fam Pract. 2001; 18:292-299.

69 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.

70 Gerdle B, Bjork J, Henriksson C, Bengtsson A. Prevalence of current and chronic pain and their influences upon work and healthcare-seeking: A population study. JRheumatol. 2004; 31:1399-1406.

71 Rustoen T, Wahl AK, Hanestad BR, Lerdal A, Paul S, Miaskowski C. Gender differences in chronic pain: Findings from a population-based study of Norwegian adults. Pain Manag Nurs. 2004; 5:105-117.

72 Von Korff, M., Crane, P., Lane, M., Miglioretti, D., Simon, G., Saunders, K., Stang, P., Brandenburg, N., Kessler, R.C. Chronic spinal pain and physical-mental comorbidity in the United States: Results from the national comorbidity survey replication. Pain. 2005; 113:331-339.

73 Wijnhoven HA, de Vet HC, Picavet HS. Prevalence of musculoskeletal disorders is systematically higher in women than in men. Clin J Pain. 2006; 22: 717-724.

74 Bouhassira D, Lanteri-Minet M, Attal N, Laurent B, Touboul C. Prevalence of chronic pain with neuropathic characteristics in the general population. Pain. 2008; 136:380-387.

75 Tsang A, Korff MV, Lee S, Alonso J, Karam E, Angermeyer MC, Borges G y cols. Common chronic pain conditions in developed and developing countries: Gender and age differences and comorbidity with depression-anxiety disorders. J Pain. 2008;9:883-891.

76 Sjøgren P, Ekholm O, Peuckmann V, Grønbaek M. Epidemiology of chronic pain in Denmark: an update. Eur J Pain. 2009;13:287-92.

77 Huguet A, Miró J. The Severity of Chronic Pediatric Pain: An Epidemiological Study. J Pain. 2008; 9:226-236

78 Taylor EM, Boyer K, Campbell FA. Pain in hospitalized children: A prospective cross-sectional survey of pain prevalence, intensity, assessment and management in a Canadian pediatric teaching hospital. Pain Res Manage 2008; 13:25-32.

79 Hensler S, Heinemann D, Becker MT, Ackermann H, Wiesemann A, Abholz HH, y cols. Chronic Pain in German General Practice. Pain Medicine. 2009;10:1408- 1415.

80 Frießem CH, Willweber-Strumpf A, Zenz MW. Chronic pain in primary care. German figures from 1991 and 2006. BMC Public Health 2009;9:299.

81 Bassols A, Bosch F, Campillo M, Cañellas M, Baños JE. An epidemiological comparison of pain complaints in the general population of Catalonia (Spain). Pain 1999; 83: 9-16.

82 Branco J, Bannwarth B, Failde I, Abelló J, Blotman F, Spaeth M, y cols. Prevalence of Fibromyalgia: A Survey in Five European Countries. [In press]. Seminars in Arthritis and Rheumatism 2010;39:448-453.

83 Pérez C, Saldaña MT, Navarro A, Vilardaga I, Rejas J. Prevalence and Characterization of Neuropathic Pain in a Primary-Care Setting in Spain. A Cross-Sectional, Multicentre, Observational Study. Clin Drug Invest 2009;29:441-450.

84 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.

85 International Association for the Study of Pain. Desirable characteristics for pain treatment facilities - Guidelines. Prepared by the Task Force on Guidelines for Desirable Characteristics for Pain Treatment Facilities. IASP Press, 1990. Disponible en:
http://www.iasp-pain.org/AM/Template.cfm?Section=Home&Template=/CM/HTMLDisplay.cfm&ContentID=3011

Volver

86 National Pain Summit Initiative. National Pain Strategy. Pain Management for all Australians. Faculty of Pain Medicine. Australia and New Zeland College (ANZCA) House. www.painsummit.org.au

87 Dobkin PL, Lucy J, Boothroyd LJ. Organizing health services for patients with chronic pain: when there is a will there is a way. Pain Med. 2007;9:881-9.

88 Veillette Y, Dion D, Altier N, Choiniére M. The treatment of chronic pain in Québec: a study of hospital-based services offered within anesthesia departments. Can J Anaesth. 2005;52:600-6.

89 Nova Scotia Chronic Pain Working Group .Action plan for the organization and delivery of chronic pain services in Nova Scotia., 2006. Disponible en:
http://www.gov.ns.ca/health/reports/pubs/Action_Plan_Chronic_Pain.pdf

90 An Updated Report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Chronic Pain Management and the American Society of Regional Anesthesia and Pain Medicine. Practice Guidelines for Chronic Pain Management. Anesthesiology 2010; 112:810-33.

91 Department of Health. Services for patients with pain: Report of a CSAG committee chaired by Professor Alastair Spence, 2000. Disponible en:
http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_4007468

92 Dr Foster in collaboration with the Pain Society. Adult chronic pain management services in the UK. Br Pain Soc, 2003. Disponible en: http://www.britishpainsociety.org/pdf/dr_foster.pdf

93 The Royal College of Anaesthetists & The Pain Society. Pain Management Services Good Practice. May, 2003.

94 The Royal College of Anaesthetists & The Association of Anaesthetists of Great Britain and Ireland. Good Practice. A guide for departments of anaesthesia, critical care and pain management. Third Edition. 2006.

95 Grady K. Chronic pain services. En: Raising the Standard: a compendium of audit recipes. The Royal College of Anaesthetists. 2006: 251-272.

96 The Royal College of Anaesthetists. Chapter 7. Chronic pain services. Guidance on the provision of anaesthetic services for Chronic Pain Management. En: Guidelines for the Provision of Anaesthetic Services. 2009.

97 The British Pain Society .Recommended guidelines for pain management programmes. Br Pain Soc. London 2005. Disponible: www.britishpainsociety.org

98 Recommended guidelines for Pain Management Programmes for adults. A consensus statement prepared on behalf of the British Pain Society. April 2007. The British Pain Society 2007. (www.britishpainsociety.org).

99 NICE clinical guideline 96. Neuropathic pain: the pharmacological management of neuropathic pain in adults in non-specialist settings Developed by the Centre for Clinical Practice at NICE. 2010.

100 Pérez-Cajaraville J, Abejón JD, Ortiz JR, Pérez JR. El dolor y su tratamiento a través de la historia. Rev. Soc. Esp. Dolor. 2005;12: 373-384 .

101 Martínez Zapata MJ, Català E, Rigola M. Análisis descriptivo en el año 2001 de las Unidades de Tratamiento del Dolor Crónico en España. Rev Esp Anestesiol Reanim. 2005;52: 141-148.

102 Barutell, C. Unidades de dolor en España. Encuesta SED Día del Dolor 2007. Revista de la Sociedad Española del Dolor 2009;16: 421-428 .

103 Insausti J, Cruz MD, del Pozo C y cols.¿Quo vadis dolor?. Rev Soc Esp Dolor 2010;17: 187-189.

104 Junta de Extremadura. Programa de Evaluación y Tratamiento del Dolor. Mérida: Consejería de Sanidad y Consumo; 2004.

105 Model d'atenció al dolor crònic a Catalunya. Direcció General de Planificació i Avaluació. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya. 2010.

Volver

106 Zhou Y, Furgang FA, Zhang Y. Quality Assurance for Interventional Pain Management Procedures. Pain Physician. 2006; 9:107-114.

107 Zhou Y, Thompson S. Quality Assurance for Interventional Pain Management Procedures in Private Practice. Pain Physician 2008; 11: 43-55.

108 Baier RR, Gifford DR, Patry G, Banks SM, Rochon T, DeSilva D, y cols. Ameliorating pain in nursing homes: A collaborative quality-improvement project. J. Am. Geriatr. Soc. 2004; 52:1 988-1995.

109 Prithvi Raj, P. (ed). Tratamiento práctico del dolor. Madrid: Ed. Harcourt, SA, 2002.

110 Joint Commission International. Estándares de Acreditación para Hospitales, 2007.

111 Berry P, Dahl JL, Donovan MI, Flne PG, Mlaskowski C, Stillmen M, Syrjala KL. Improving the Quality of Pain Management Through Measurement and Action. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. 2003.

112 Clínica para el estudio y manejo del dolor. En: Libro Blanco. Sociedad Española de Anestesiología, reanimación y Terapia del Dolor. 1993. Capítulo 10. pp. 162-187.

113 de la Calle JL, Abejón D, Cid J, del Pozo C, Insausti J, López E y el Panel de expertos de la Sociedad Madrileña del Dolor. Estándares de calidad asistencial y catálogo de procedimientos de las unidades de dolor crónico. Rev Soc Esp Dolor. 2010;17: 114-133.

114 National Report on Health Services Accreditation Performance 2007/2008.

115 World Health Organisation. Cancer pain relief. 2nd ed. Geneva: WHO; 1996.

116 Rodríguez MJ (coord.), Cáliz R, Castilla FJ, Esteve R, Garcia I, Guerra JA, y cols. Dolor crónico no oncológico : proceso asistencial integrado. Consejería de Salud, 2007.

117 González JA, Ayuso A, Caba F, Caraballo M, Cosano I, Salvador J y cols. Plan andaluz de atención a personas con dolor. 2010-2013. Dirección General de Calidad, Investigación y Gestión del Conocimiento. Consejería de Salud. 2010.

118 The Royal College of Anaesthetists, The Pain Society. Pain Management Services. Good Practice 2003. Disponible en: http://www.rcoa.ac.uk/docs/painservices.pdf 2010.

119 Costa Alcaraz AM, Almendro PC. Un modelo para la toma de decisiones compartidas con el paciente. Aten Primaria 2009;41: 285-7.

120 Comité de Bioética de Cataluña .Guía sobre el consentimiento informado. Octubre 2002.

121 Cahana A, Hurst SA. El consentimiento informado voluntario en la investigación y la asistencia clínica: una actualización. Pain Pract 2009;2: e15-e21.

122 National Quality Forum (NQF). Safe Practices for Better Healthcare–2009 Update: A Consensus Report. Washington, DC: NQF; 2009.

123 Gordon DB, Dahl JL. Quality improvement challenges in pain management. Pain 2004; 107:1-4.

124 Goucke CR. The management of persistent pain. Med J Aust 2003;178: 444-7.

125 Morlion B, Walch H, Yihune G, Vielvoye-Kerkmeer A, de JZ, Castro-Lopes J, y cols. The Pain Associates' International Network Initiative: a novel practical approach to the challenge of chronic pain management in Europe. Pain Pract 2008;8: 473-80.

126 Scascighini L, Sprott H. Chronic nonmalignant pain: a challenge for patients and clinicians. Nat. Clin. Pract. Rheumatol. 2008;4: 74-81.

127 Robaina FJ. Controversias de la cirugía instrumentada y el tratamiento del dolor lumbar por enfermedad degenerativa. Resultados de la evidencia científica. Neurocirugía 2007;18: 406-13.

128 Robaina FJ. Aspectos medicolegales y bioéticos de la cirugía instrumentada de la columna lumbar degenerativa. Implicaciones en el manejo del dolor crónico. Rev. Soc. Esp. Dolor 2009;16:410-414.

Volver

129 The National Council for Palliative Care. Advance Decisions to Refuse Treatment. A Guide for Health and Social Care Professionals. Department of Health. September, 2008.

130 WHO. Marco conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente. Versión 1.1. Informe Técnico Definitivo. Ginebra, 2009. (http://www.who.int/patientsafety/implementation/icps/icps_full_report_es.pdf)

131 Conklin, A. Room for improvement; Strong patient safety systems could limit health, social and economic harms from medical error. RAND Europe, 2009. http://www.rand.org/pubs/research_briefs/2009/RAND_RB9472.pdf

132 Ministerio de Sanidad y Política Social. Estudio Nacional sobre los efectos adversos ligados a la hospitalización. ENEAS. 2005. http://www.seguridaddelpaciente.es/contenidos/castellano/2006/ENEAS.pdf?phpMyAdmin=mvRY-xVABNPM34i7Fnm%2C23Wrlq5

133 World Health Organization. World Alliance for Patient Safety. Forward Programme 2005. Disponible en: www.who.int/patientsafety

134 European Commission. DG Health and Consumer Protection. Patient safety- Making it Happen! Luxembourg Declaration on Patient Safety. 5 April 2005.

135 Council of Europe. Recommendation Rec(2006)7 of the Committee of Ministers to member states on management of patient safety and prevention of adverse events in health care. 24 May 2006. [consultado 15/9/2008].Disponible en: https://wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?id=1005439&BackColorInternet=9999CC&BackColorIntranet=FFBB55&BackColorLogged=FFAC75

136 Agencia de Calidad del SNS. “Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud”. Marzo, 2006. http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/home.htm

137 Terol E., Agra Y., Fernández MM, Casal J., Sierra E., Bandrés B., García M.J., del Peso P. Resultados de la estrategia en seguridad del paciente del Sistema Nacional de Salud español, período 2005-2007. Medicina Clínica, 2008; 131; Nº Extra 3:4-11.

138 Prácticas Seguras Simples recomendadas por agentes gubernamentales para la prevención de EA (EA) en los pacientes atendidos en hospitales. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008.

139 Puehler W, Brack A, Kopf A. Extensive abscess formation after repeated paravertebral injections for the treatment of chronic back pain. Pain 2005;113:427-9.

140 Ain RJ, Vance MB. Epidural hematoma after epidural steroid injection in a patient withholding enoxaparin per guidelines. Anesthesiology 2005;102:701-3.

141 Browning DJ. Acute retinal necrosis following epidural steroid injections. Am J Ophthalmol 2003; 136: 192-4.

142 Karasek M, Bogduk N. Temporary neurologic deficit after cervical transforaminal injection of local anesthetic. Pain Med 2004;5: 202-5.

143 Ludwig MA, Burns SP. Spinal cord infarction following cervical transforaminal epidural injection: a case report. Spine (Phila Pa 1976) 2005;30:E266-E268.

144 Tiso RL, Cutler T, Catania JA, Whalen K. Adverse central nervous system sequelae after selective transforaminal block: the role of corticosteroids. Spine J 2004;4:468-74.

145 Zhou Y, Furgang FA, Zhang Y. Quality assurance for interventional pain management procedures. Pain Physician 2006;9:107-14.

146 Zhou Y, Thompson S. Quality assurance for interventional pain management procedures in private practice. Pain Physician 2008;11:4 3-55.

Volver

147 Ahmed SU, Tonidandel W, Trella J, Martin NM, Chang Y. Peri-procedural protocols for interventional pain management techniques: a survey of US pain centers. Pain Physician 2005;8:181-5.

148 National Patient Safety Agency. Seven steps to patient safety. London: National Patient Safety Agency. February 2004.

149 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.

150 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; 1999.p.31-3.

151 EUNeTPaS. Use of patient safety culture instruments and recommendations. Denmark, 2010. http://90plan.ovh.net/~extranetn/images/EUNetPaS_Publications/eunetpas-report-use-of-psci-and-recommandations-april-8-2010.pdf

152 Institute for Healthcare Improvement. Safety Briefings. 2004. [consultado 15/9/2008]. Disponible en: http://www.wsha.org/files/82/SafetyBriefings.pdf

153 Bodenheimer T. Coordinating Care — A Perilous Journey through the Health Care System. N Engl J Med 2008;358;10.

154 Halasyamani L, Kripalani S, Coleman EA, Schnipper J, van Walraven C, Nagamine J, Torcson P, Bookwalter T, Budnitz T, Manning D. Transition of care for hospitalized elderly - the development of a Discharge Checklist for Hospitalists. Journal of Hospital Medicine. 2006;1:354-360.

155 WHO Collaborating Centre for Patient Safety Solutions. Preámbulo a las soluciones para la seguridad del paciente. Comunicación durante el traspaso de pacientes. Soluciones para la seguridad del paciente. Volumen1. Mayo 2007.

156 Joint Commission 2009 National Patient Safety Goals Hospital Program. http://www.jointcommission.org/PatientSafety/NationalPatientSafetyGoals

157 Haig KM, Sutton S, Whittington J. SBAR: A shared mental model for improving communication between clinicians. Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety. Mar 2006;32: 167-175.

158 The Care Transitions Program. Checklist for patients. http://www.caretransitions.org/documents/checklist.pdf

159 Estudio APEAS. Estudio sobre la seguridad de los pacientes en atención primaria de salud. Madrid: Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo.2008. Disponible en: http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/estudio_apeas.pdf

160 Rozich JD, Resar RK. Medication safety: One organization´s approach to the challenge. J Clin Outcomes Management 2001; 8: 27-34.

161 Nassaralla CL, Naessens JM, Chaudhry R y cols. Implementation of a medication reconciliation process in an ambulatory internal medicine clinic. Qual Saf Health Care 2007;16:90-94.

162 National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) and National Patient Safety Agency. Technical patient safety solutions for medicines reconciliation on admission of adults to hospital. December 2007. Disponible en: http://www.nice.org.uk/guidance/index.jsp?action=byId&o=11897

163 Fields HL Should we be reluctant to prescribe opioids for chronic non-malignant pain?. Pain. 2007129:233-4.

164 Arnold RM, Han PK, Seltzer D. Opioid contracts in chronic nonmalignant pain management: objectives and uncertainties. Am J Med. 2006,119:292-6.

Volver

165 Ballantyne JC, LaForge KS. Opioid dependence and addiction during opioid treatment of chronic pain. Pain. 2007,129:235-55. Erratum in: Pain. 2007 Oct;131:350.

166 Højsted J, Sjøgren P. Addiction to opioids in chronic pain patients: a literature review. .Eur J Pain. 2007,11:490-518. Epub 2006 Oct 27. Review.

167 Kahan M, Srivastava A, Wilson L, Gourlay D, Midmer D. Misuse of and dependence on opioids: study of chronic pain patients. Can Fam Physician. 2006 Sep;52:1081-7..

168 Trescot AM, Helm S, Hansen H, Benyamin R, Glaser SE, Adlaka R, Patel S, Manchikanti L. Opioids in the management of chronic non-cancer pain: an update of American Society of the Interventional Pain Physicians' (ASIPP) Guidelines. Pain Physician. 2008,11(2 Suppl):S5-S62.

169 Kahan M, Srivastava A, Wilson L, Mailis-Gagnon A, Midmer D. Opioids for managing chronic non-malignant pain: safe and effective prescribing. Can Fam Physician. 2006,52:1091-6.

170 Manchikanti L, Manchikanti KN, Pampati V, Cash KA. Prevalence of side effects of prolonged low or moderate dose opioid therapy with concomitant benzodiazepine and/or antidepressant therapy in chronic non-cancer pain. Pain Physician. 2009,12:259-67.

171 Morís de la Tassa J., Fernández de la Mota E., Aibar C., Casyan S., Ferrer J.M. Identificación inequívoca de pacientes ingresados en hospitales del Sistema Nacional de Salud. Med. Clin. (Barc.) 2008; 131, Número Extraordinario 3: 72-78.

172 Davis R.. Patient involvement in patient safety - the patient as part of the safety solution: how can patients be involved?. NLH Patient and Public Involvement Specialist Library (http://www.library.nhs.uk/ppi/ViewResource.aspx?resID=273565&tabID=289). Consultado el 05.01.09.

173 Tejedor M, Galvéz R, de Pazzis M, Guerra JA, Insausti J, Jiménez M, et al. Programa de seguridad del paciente en las unidades de tratamiento del dolor. Disponible en: Escuela Andaluza de Salud Pública; Granada, 2010.

174 Improving Chronic Disease Management. Department of Health. 3 March 2004.

175 NHS Modernization Agency. 10 High Impact Changes for Service Improvement and Delivery. Agosto, 2004.

176 Supporting People with Long Term Conditions. An NHS and Social Care Model to sUCPort local innovation and integration. Department of Health. 2005.

177 De Andrés J. Situación actual del tratamiento del dolor crónico en España. Rev. Esp. Anestesiol. Reanim. 2005; 52:127-130.

178 Díaz-Rubio E (Coord.). Estrategia en Cáncer del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo. 2006.

179 Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia en Cuidados Paliativos del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo. 2007.

180 Jensen MP, Patterson DR. Hypnotic treatment of chronic pain. Journal of Behavioral Medicine, 2006, 29, 95-124.

181 Jensen MP. Hypnosis fro chronic pain management: a new hope. Pain 2009;146:235-237.

182 Turk DC, Swanson KS, Tunks ER. Psychological approaches in the treatment of chronic pain patients – when pills, scalpels, and needles are not enough. Canadian Journal of Psychiatry 2008; 53: 213-223.

183 Eccleston C, Williams AC; Morely S. Psychological therapies for the management of chronic pain (excluding headache in adults Cochrane database of Systematic Reviews 2009. CD007407.

184 Palermo TM, Eccleston C, Lewandowski AS, Williams AC, Morely S. Randomized controlled trials of psychological therapies for managemtn of chronic pain in children and adolescents: an updated meta-analytic review. Pain 2010; 148:387-397.

Volver

185 Miró J. Dolor crónico. Procedimientos de evaluación e intervención psicológica. Bilbao: Desclée de Brower, 2003.

186 Barberá M, Cardona J, De Andrés J, Galán J, García-Ecobar M, Gómez-Manzano MS, Moro B y cols. Catálogo de procedimientos de anestesiología, reanimación y terapéutica del dolor (Versión 2000). Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat. 2000.

187 Estrategia en Cáncer del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo. 2006.

188 Estrategia en Cardiopatía Isquémica del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo. 2006.

189 Ferlie E, Shortell SM, "Improving the Quality of Health Care in the United Kingdom and the United States: A Framework for Change", The Milbank Quarterly 2001;79:281-316.

190 Stannard C, Johnson M. Chronic pain management--can we do better? An interview-based survey in primary care. Curr Med Res Opin 2003;19:703-6.

191 Galvez R. Principales Criterios derivativos de pacientes a las Unidades del Dolor. Ed Abadía. Madrid 2007.

192 Nicholas MK. When to refer to a pain clinic. Best Pract Res Clin Rheumatol 2004;18: 613-29.

193 Lynch ME, Campbell F, Clark AJ, Dunbar MJ, Goldstein D, Peng P, y cols. A systematic review of the effect of waiting for treatment for chronic pain. Pain 2008;136:97-116.

194 Gálvez R (Ed.). Guía práctica en Atención Primaria: Guía práctica en Atención Primaria. Criterios para la remisión de pacientes a las Unidades del Dolor. 2002.

195 International Association for the Study of Pain. Task Force on Wait-Times. Summary and Recomendations. February, 2010.

196 Von Korff M, Glasgow RE, Sharpe M. ABC of psychological medicine: Organising care for chronic illness. BMJ 2002;325: 92-4.

197 Ospina M, Harstall C. Multidisciplinary Pain Programs for Chronic Pain: Evidence from Systematic Reviews. Disponible en www ihe ca/documents/multi_pain_programs_for_chronic_pain pdf 2003; Acceso mayo 2010.

198 Peng P, Stinson JN, Choiniere M, Dion D, Intrater H, LeFort S, y cols. Role of health care professionals in multidisciplinary pain treatment facilities in Canada. Pain Res Manag 2008;13:484-8.

199 NHS Quality impovement Scottland. Management of chronic pain in adults. Best practice statement. NHS Quality improvement Scottland 2006.

200 Gomar C, Montero A, Puig MM, Sabaté A, Fábregas N, Valero R y cols. Propuesta sobre las competencias en Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor de un gradUTDo de Medicina. Consenso del profesorado de las universidades de Cataluña. Rev Esp Anestesiol Reanim 56:436-444, 2009.

201 Royal College of General Practitioners, Royal Pharmaceutical Society. Guidance and competencies for the provision of services using practitioners with special interests. Pain Management. NHS 2009. Disponible en: http://www.pcc.nhs.uk/uploads/pwsis/March%202009/updated_pain_management.pdf.

202 Greenspan JD, Craft RM, LeResche L, Arendt-Nielsen L, Berkley KJ, Fillingim RB, y cols, and the Consensus Working Group of the Sex, Gender, and Pain SIG of the IASP. Studying sex and gender differences in pain and analgesia: A consensus report. Pain 2007;132: S26–S45.

203 National Institutes of Health. Chronic pain management: Developing a treatment system for people with disabilities (NIH Publication No. 94-3720). Washington, DC: U.S. Government Printing Office, 1994.

204 Roth-Isigkeit A, Thyen U, Raspe HH, Stöven H, Schmucker P. Reports of pain among German children and adolescents: an epidemiological study. Acta Pediatria 2004; 93:258-263.

Volver

205 Huguet, A, Miró, J. The Severity of Chronic Pediatric Pain: An Epidemiological Study. Journal of Pain 2008; 9:226-236.
206 De-Inoccencio, J. Epidemiology of musculoskeletal pain in primary care. Arch Dis Child 2004; 89:431-434.
207 Palermo, TM. (2000). Impact of recurrent and chronic pain on child and family functioning: a critical review of the literature. Developmental and Behavioral Pediatrics, 21, 58-69.
208 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 Jul;44(7):890–895.
209 Logan DE, Simons LE, Stein MJ, Chastain L. School impairment in adolescents with chronic pain. J Pain 2008; 9(5):407-416.
210 Kashikar-Zuck S, Lynch AM, Graham TB, Swain NF, Mullen SM, Noll, RB. Social functioning and peer relationship of adolescents with juvenile fibromylagia syndrome. Arthritis Care & Research 2007; 3:474-480.
211 Chambers CT, Corkum PV, Rusak B. The importance of sep in pediatric chronic pain – a wake-up call for pediatric psychologists. J Pediatr Psychol 2008; 33:333-334.
212 Valrie CR, Gil KM, Redding-Lallinger R, Daeschner C. Brief report: sleep in children with sickle cell disease: an analysis of daily diaries utilizing multilevel models. J Pediatr Psychol 2007; 32: 857-861.
213 Gauntlett-Gilbert J; Eccleston C. Disability in adolescents with chronic pain: Patterns and predictors across different domains of functioning. Pain 2007; 131:132-141.
214 Miró J. Dolor crónico. Procedimientos de evaluación e intervención psicológica. Bilbao: Desclée de Browuer, 2003
215 Akobeng AK, Miller V, Firth D, Suresh-Babu MV, Mir P, Thomas AG. Quality of life of parents and siblings of children with inflammatory bowel disease. J Pediatr Gastroenterol Nutr 1999; 28:S40-42.
216 Britton C, Moore A. Views from the inside, part 2: what the children with arthritis said, and the experiences of siblings, mothers, fathers and grandparents. Br J Occup Ther 2002; 65:413-419.
217 Engstrom I. Psychological problems in siblings of children and adolescents with inflammatory bowel disease. Eur Child Adolesc Psychiatry 1992;1:24-33.
218 Smart S, Cottrell D. Going to the doctors: the views of mothers of children with recurrent abdominal pain. Child Care Health Dev 2005; 31:265-273.
219 Eccleston C, Crombez C, Scotford A, Clinch J, Connell H. Adolescent chronic pain: patterns and predictors of emotional distress in adolescents with chronic pain and their parents. Pain 2004; 108:221-229.
220 Jordan AL, Eccleston C, Osborn M. Being a parent of the adolescent with complex chronic pain: an interpretative phenomenological analysis. Eur J Pain 2007; 11:49-56.
221 Sleed M, Eccleston C, Beecham J, Knapp M, Jordan A. The economic impact of chronic pain in adolescence: methodological considerations and a preliminary costs-of-illness study. Pain 2005; 119:183-190.
222 Eccleston, C., Malleson, P. Managing chronic pain in children and adolescents. British Medical Journal 2007; 236:1408-1409.
223 Finley GA, McGrath PJ, Chambers CT (eds.) Bringing Pain Relief to Children. Totowa, NJ: Humana Press, 2006
224 Brattberg G. The incidence of back pain and headache among Swedish school children. Quality Of Life Research 1994; 3:S27-S31
225 Miró J, Huguet A, Nieto, R. Predictive factors of chronic pediatric pain and disability: a Delphi poll. Journal of Pain 2007; 8:774-792
226 Palermo TM, Eccleston C, Lewandowski AS, Williams AC, Morley S. Randomized controlled trials of psychological therapies for management of chronic pain in children and adolescents: an updated meta-analytic review. Pain 2010; 148:387-397

Volver

227 Ho IK, Goldschneider KR, Kashikar-Zuck S, Kotagal U, Tessman C, Jones B. Healthcare utilization and indirect burden among pediatric patients with chronic pain. J Muskuloskeletal Pain 2008; 16:155-164.
228 McGraw T, Kosek P. Erythromelalgia pain managed with gabapentin. Anesthesiology 1997; 86:988–990.
229 Perquin CW, Hazebroek-Kampschreur AA, Hunfeld JA, et al. Pain in children and adolescents: a common experience. Pain 2000;87:51–58.
230 Bursch B, Walco GA, Zeltzer L. Clinical assessment and management of chronic pain and pain-associated disability syndrome. J Dev Behav Pediatr 1998;19:45–53.
231 Bursch B, Joseph MH, Zeltzer LK. Pain-associated disability syndrome. In: Schechter N, Berde C, Yaster M (Eds). Pain in Infants, Children and Adolescents, 2nd ed. Philadelphia: Lippincott, Williams and Wilkins, 2003, pp 841–848.
232 McGrath PA, Holahan AL. Psychological Interventions with children and adolescents: evidence for their effectiveness in treating chronic pain. Semin Pain Med 2003;1:1–11.
233 Holden EW, Deichmann MM, Levy JD. Empirically supported treatments in pediatric psychology: recurrent pediatric headache. J Pediatr Psychol 1999; 24(2):91–109.
234 Janicke DM, Finnev JW. Empirically supported treatments in pediatric psychology: recurrent abdominal pain. J Pediatr Psychol 1999; 24(2):115–127.
235 McGrath PA, Hillier LM. Recurrent headache: triggers, causes and contributing factors. In: McGrath PA, Hillier LM (Eds). The Child with Headache: Diagnosis and Treatment, Progress in Pain Research and Management, Vol. 19. Seattle: IASP Press, 2001, pp 77–107.
236 Hermann C, Blanchard EB. Biofeedback in the treatment of headache and other childhood pain. Appl Psychophysiol Biofeedback 2002; 27:143-162.
237 Blanchard EB, Scharff L. Psychosocial aspects of assessment and treatment of irritable bowel syndrome in adults and recurrent abdominal pain in children. J Consult Clin Psychol 2002; 70:725-738.
238 Weydert JA, Ball TM, Davis MF. Systematic review of treatments for recurrent abdominal pain. Pediatrics 2003;111: e1–11
239 Walco GA, Sterling CM, Conte PM, Engel RG. Empirically supported treatments in pediatric psychology: disease-related pain. J Pediatr Psychol 1999; 24:155–167; discussion 168-171.
240 Anie KA, Green J. Psychological therapies for sickle cell disease and pain. Cochrane Database Syst Rev 2000;:CD001916.
241 Eccleston C, Morley S, Williams A, Yorke L, Mastroyannopoulou K. Systematic review of randomised controlled trials of psychological therapy for chronic pain in children and adolescents, with a subset meta-analysis of pain relief. Pain 2002; 99:157-165.
242 McGraw T, Kosek P. Erythromelalgia pain managed with gabapentin. Anesthesiology 1997; 86:988-990.
243 Rusy LM, Troshynski TJ, Weisman SJ. Gabapentin in phantom limb pain management in children and young adults: report of seven cases. J Pain Symptom Manage 2001;21:78-82.
244 Ernst AR, Routh DK, Harper DC. Abdominal pain in children and symptoms of somatization disorder. J Pediatr Psychol 1984; 9:77-86.
245 Egger HL, Angold A, Costello EJ. Headaches and psychopathology in children and adolescents. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1998;37:951-958.
246 Holden EW, Bachanas P, Kullgren K, Gladstein J. Chronic daily headache in children and adolescents. In: McGrath PA, Hillier LM (Eds). The Child with Headache: Diagnosis and Treatment, Progress in Pain Research and Management, Vol. 19. Seattle: IASP Press, 2001, pp 221–241.

Volver