

Situación actual de las unidades del dolor crónico en la Región de Murcia

F. López-Soriano, B. Lajarín, F. A. Rivas-López, L. Bernal y M. P. Jiménez-García

Unidad del Dolor y Unidad de Calidad. Hospital del Noroeste de Murcia

López-Soriano F, Lajarín B, Rivas-López FA, Bernal L, Jiménez-García MP. Situación actual de las unidades del dolor crónico en la Región de Murcia. Rev Soc Esp Dolor 2011; 1: 12-20.

ABSTRACT

Objective: to know about the current situation in terms of organization and management of Chronic Pain Clinics (UDO) of public hospitals in the Region of Murcia.

Material and methods: on-line questionnaires that explored aspects of structure and process, addressed to each of the heads of the UDO of every public hospitals of Murcia Health Service.

Results: the 87.5% of the UDO answered the questions, representing a 90% of population coverage in the region, all of them directed by an anaesthesiologist, 85.7% of which were multi-disciplinary.

Each UDO develops an average of 4.6 consultations per week and 0.75 operating rooms. 42.8% of them dedicate less than 8 h per week to assistance.

With an average delay of 66 days for the first demand and 49.2 days for the reviews, being the monthly demand for the first visits of 32.5 patients.

Some UDO expresses rejection to certain painful processes. 42.8% of them make triage, but only 28.6% use explicit criteria for it. Furthermore, only 28.6% use explicit criteria to send patients to another hospital, and only 57.1% have clinical intervention protocols.

Conclusions: UDO in the Region of Murcia has a wide

disparity in accessibility, workload, continuity of care, demand management and structure, making it very difficult to compare the results between units, due to the lack of the necessary homogeneity in the structure and care processes.

© 2011 Sociedad Española del Dolor: Published by Arán Ediciones, S.L.

Key words: Pain clinic. Service organization. Management. Public sector.

RESUMEN

Objetivo: conocer la situación actual, en términos de organización y administración, de las Unidades del Dolor Crónico (UDO) de los hospitales públicos de la Región de Murcia.

Material y método: encuesta on-line que exploraba aspectos de estructura y de proceso, dirigida a cada uno de los responsables de las UDO de todos los hospitales públicos del Servicio Murciano de Salud.

Resultados: respondieron el 87,5% de las UDO, que representan una cobertura poblacional del 90% de la Región, todas ellas dirigidas por un anestesiólogo, de las que el 85,7% eran multi-disciplinarias.

Cada UDO realiza una media de 4,6 consultas y 0,75 quirófanos semanales. El 42,8% dedican a la asistencia menos de 8 h a la semana.

Con una demora media para primera demanda de 66 días y de 49,2 para las revisiones, siendo la demanda mensual de primeras visitas de 32,5 pacientes.

Algunas UDO expresan rechazar ciertos procesos dolorosos. El 42,8% realiza triaje, pero solo el 28,6% utiliza para ello criterios explícitos. Sólo el 28,6% emplea criterios explícitos de derivación, y solo el 57,1% dispone de protocolos de actuación clínica.

Conclusiones: las UDO de la Región de Murcia presentan una gran disparidad en accesibilidad, presión asistencial, continuidad en los cuidados, gestión de la demanda y estructura, lo que hace muy difícil la posibilidad de comparación de resultados entre centros, al no disponer de la ho-

mogeneidad necesaria en la estructura y en los procesos asistenciales.

© 2011 Sociedad Española del Dolor. Publicado por Arán Ediciones, S.L.

Palabras clave: Unidades del Dolor. Organización de servicios. Gestión. Sector público.

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud, la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP) y los Capítulos de la Federación Europea de la IASP han declarado que “el tratamiento del dolor debe de ser uno más de los Derechos Humanos”, reconociendo que tanto el dolor agudo como el crónico están infravalorados mundialmente por los Servicios de Salud (1).

Las Unidades del Dolor Crónico (UDO) son unidades funcionales de asistencia especializada, generalmente hospitalarias, en las que un grupo pluri-disciplinar de profesionales, atienden a pacientes con dolor crónico derivados desde otras especialidades médicas (2-6).

No existe un modelo de UDO predominante, y los modelos existentes en nuestro país son muy dispares, por lo que contribuyen a que la asistencia al paciente con dolor crónico sea muy heterogénea y carente de garantías asistenciales adecuadas a un Servicio de Salud de calidad (7).

En marzo de 2007 se constituyó la Sección de Dolor de la Sociedad Murciana de Anestesiología y Reanimación, acordando por unanimidad, entre otros temas, realizar un estudio de la situación actual de las UDO en la Región de Murcia.

El objetivo de nuestro trabajo ha sido conocer la situación actual, en términos de organización y administración, de las UDO de los hospitales públicos de la Región de Murcia, como punto de partida para homogeneizar la asistencia clínica a los pacientes con dolor crónico.

MATERIAL Y MÉTODO

Durante el segundo semestre del 2008, se elaboró una encuesta dirigida a cada uno de los responsables de las UDO de todos los hospitales públicos del Servicio Murciano de Salud. La encuesta se distribuyó por correo electrónico, invitando a responder, en una primera fase, antes del 30 de octubre, y en un posterior recordatorio

antes del 20 de diciembre. Previamente se contactó telefónicamente con todos los gerentes de los hospitales públicos y con todos los responsables de las UDO, informándoles sobre los objetivos de la encuesta y quedando a su disposición para la aclaración de posibles dudas.

La encuesta exploraba aspectos de estructura y de proceso, apoyándose en el concepto clásico de calidad asistencial que presume que si se dan buenas condiciones de estructura y de proceso, se conseguirán buenos resultados.

Para la recogida de la información se elaboró una encuesta de 35 preguntas que incluyó (Tabla I): 3 de identificación del contexto, 6 sobre recursos humanos, 10 sobre las cargas de trabajo, 3 sobre casuística, 2 sobre procedencia y destino de los pacientes, y 11 sobre otros aspectos asistenciales.

Una vez obtenidas las respuestas, los resultados se introdujeron en una base de datos creada al efecto, explotando posteriormente los resultados en términos de media y rango para los valores cuantitativos, y frecuencia para los cualitativos.

Por último, los resultados fueron expuestos y discutidos por todos los participantes del estudio, en una sesión presencial convocada al efecto, 5 meses después.

RESULTADOS

Respondieron todos los hospitales públicos, excepto dos; uno de ellos se integró en la red pública a finales de 2009, aunque su área de asistencia ya estaba integrada en el 2007 en el hospital que no respondió.

Encontramos una gran diferencia en los recursos asignados a las diferentes Unidades de Dolor Crónico (UDO), así como al modo de funcionamiento de las mismas.

En total contestaron 7 de las 8 UDO existentes (87,5%). Los hospitales que respondieron cubren el 90% de la población regional.

Existen 3 UDO que tienen una población de referencia de menos de 100.000 habitantes, 3 que la tienen de 180-275.000, y 1 que asiste a una población superior a los 300.000 (población media de cobertura: 179.000 habitantes).

Tres hospitales son de tamaño pequeño (alrededor de 100 camas), 2 de tamaño mediano (entre 250 y 500), y 2 de tamaño grande (más de 500 camas).

Recursos humanos (Tabla II)

Todas las UDO están dirigidas por un anestesiólogo. De la plantilla orgánica del Servicio de Anestesiología, existen Unidades en las que participan 2 anes-

TABLA I. ENCUESTA QUE EXPLORA LA ESTRUCTURA Y GESTIÓN DE LAS UNIDADES DEL DOLOR CRÓNICO EN LOS HOSPITALES PÚBLICOS DE LA REGIÓN DE MURCIA

IDENTIFICACIÓN DEL CONTEXTO	
1. ¿Cuál es el nombre de tu hospital?	
2. ¿De cuántas camas de hospitalización dispone?	
3. ¿Qué volumen de población asiste tu hospital?	
RECURSOS HUMANOS	
4. ¿Identifique al responsable de su Unidad?	
5. De la plantilla de anestesiólogos, ¿cuántos participan en la Unidad del Dolor?	
6. ¿De cuántos enfermeros dispone la Unidad?	
7. ¿De cuantas auxiliares dispone la Unidad?	
8. Enumere otros profesionales sanitarios de que dispone la Unidad	
9. ¿Con que especialidades médico-quirúrgicas cuenta la Unidad?	
CARGAS DE TRABAJO	
10. ¿Dispone de consulta del dolor a jornada completa?	
11. ¿Cuántas consultas por semana realiza la Unidad?	
12. ¿Cuántas horas por semana de consulta dedica su Unidad a sus pacientes?	
13. ¿Cuántos pacientes de 1ª visita recibe por consulta?	
14. ¿Cuántos pacientes de 2ª visita (revisión) recibe por consulta?	
15. ¿Cuál es la demora media, en días, para la 1ª visita?	
16. ¿Cuál es la demora media, en días, para las revisiones?	
17. ¿Cuántas solicitudes de consulta recibe al mes?	
18. ¿Cuántos quirófanos por semana dedica a dolor?	
19. ¿Cuántos procedimientos por quirófano realiza?	
CASUÍSTICA	
20. Enumere las 3 patologías diagnósticas más usuales	
21. Enumere al menos 3 patologías diagnósticas que no atiende	
22. Enumere los 3 procedimientos diagnóstico-terapéuticos más usuales	
ORIGEN Y DESTINO DE LOS PACIENTES	
23. Enumere desde dónde recibe la derivación de sus pacientes (Atención Primaria, Especializada, Petición Propia)	
24. ¿Al alta de la Unidad, dirige a sus pacientes al profesional que se lo derivó?	
OTRAS ACTIVIDADES DE GESTIÓN	
25. ¿Dispone de hospital de referencia?	
26. ¿Realiza triage de las solicitudes de consulta?	
27. ¿Dispone de criterios protocolizados de triage?	
28. ¿Dispone de protocolos de derivación?	
29. ¿Realiza memoria anual de la Unidad?	
30. ¿Cree necesario estrechar lazos de comunicación con la Inspección de Trabajo?	
31. ¿Dispone de unidad de gasto propia? o ¿está integrada en el Servicio de Anestesiología?	
32. ¿Se remunera aparte del Servicio de Anestesiología la asistencia al dolor crónico?	
33. ¿Dispone de protocolos consensuados de diagnóstico y tratamiento de los pacientes con dolor?	
34. ¿Dispone de la posibilidad de ingreso propia, o debe ingresar a sus pacientes a cargo de otro servicio?	
35. ¿Participa la Unidad en algún tipo de actividad científica? (publicaciones, comunicaciones, cursos, etc.)	

tesiólogos, y una que imbrica a 6, con una media de 3,6.

El personal de apoyo asistencial es muy dispar, desde 0,5 diplomados en enfermería, a UDO que disponen de 1 diplomado, 1 auxiliar, 1 fisioterapeuta y 2 especialistas no anestesiólogos, con una media de 1,7 personal de apoyo por Unidad.

En cuanto al apoyo explícito de otras especialidades médico-quirúrgicas, 2 (28,6%) UDO cuentan con el soporte de todas las especialidades, 4 (57,1%) al menos con 4, y 1 (14,3%) declara no contar con ninguna especialidad de apoyo explícita. Las especialidades más frecuentes fueron, por este orden, Rehabilitación, Traumatología, Neurología y Psiquiatría.

Cargas de trabajo (Tabla III)

Todas las UDO tienen, al menos, una consulta sema-

nal, y todas ellas disponen de un quirófano, al menos a tiempo parcial, para la realización de técnicas invasivas.

Las UDO programan desde 1 a 10 consultas por semana (media de 4,6), y desde 0,25 a 1 quirófano semanal (una de ellas no tiene actividad de quirófano y deriva cualquier técnica invasiva). Casi la mitad de las UDO (42,8%) dedican menos de 8 h semanales a la asistencia, y cada quirófano programado efectúa entre 2 y 10 procedimientos invasivos (media de 4,6 procedimientos por quirófano).

De todas las UDO, 3 (42,8%) tienen al menos un especialista con dedicación a jornada completa y 4 de ellas no (57,1%); dedicando entre 4 y 35 horas por semana de la labor asistencial a consultas relacionadas con dolor crónico (media de 11,3 horas de consulta semanales). El tiempo medio que cada anestesiólogo dedica semanalmente a tareas de la UDO (horas de consulta más horas de quirófano) resultó ser de 4 h, lo que supone el 11,4% de su jornada ordinaria de 35 horas.

TABLA II. CONTEXTO ASISTENCIAL Y RECURSOS HUMANOS

	UDO 1	UDO 2	UDO 3	UDO 4	UDO 5	UDO 6	UDO 7	Todas
¿De cuántas camas de hospitalización dispone tu hospital?	105	100	289	100	500	250	1000	100-1.000
¿Qué volumen de población asiste tu hospital? (en miles)	74	98	198	60	278	169	545	60.000 a 545.000
<i>RECURSOS HUMANOS</i>								
¿Identifique al responsable de su Unidad?	Anest	Anest	Anest	Anest	Anest	Anest	Anest	Anest
¿Cuántos Anestesiólogos participan en la Unidad del Dolor?	3	2	5	6	3	3	3	2-6
¿De cuántos enfermeros dispone la Unidad?	0,5	1	1	0,5	1	1	1	0-1
¿De cuántas auxiliares dispone la Unidad?	0,5	0	1	0	1	1	1	0-1
Enumere otros profesionales sanitarios de que dispone la Unidad	0	0	1 Fisio 1 PSIC 1 TRA	0	0	0	0	0-3
¿Con qué especialidades médico-quirúrgicas cuenta la Unidad?	NEUR RHB RX PSIQ	0	RHB TRA PSIC FAR	NEUR RHB TRA PSIQ	Todas	0	Todas	Ninguna - todos

Anest = anestesiólogo; Fisio = fisioterapeuta; Psic = psicólogo; TRA = traumatólogo; NEUR = neurólogo; RHB = rehabilitador; RX = radiólogo; PSIQ = psiquiatra.

TABLA III. CARGAS DE TRABAJO

	UDO 1	UDO 2	UDO 3	UDO 4	UDO 5	UDO 6	UDO 7	Todas
CARGAS DE TRABAJO								
¿Dispone de consulta del dolor a jornada completa?	No	No	Sí	No	Sí	No	Sí	Sí/No
¿Cuántas consultas por semana realiza la Unidad?	1	1	10	7	7	1	5	1-10
¿Cuántas horas por semana de consulta dedica su Unidad a sus pacientes?	5	4	6	6	11	7	35	4-35
¿Cuántos pacientes de 1ª visita recibe por consulta?	3	5	6	2	8	5	3	2-5
¿Cuántos pacientes de 2ª visita (revisión) recibe por consulta?	3	7	8	5	10	2	10	8-10
¿Cuál es la demora media, en días, para la 1ª visita?	160	7	31	7	45	92	120	7-160
¿Cuál es la demora media, en días, para las revisiones?	40	15	90	30	?	30	90	15-90
¿Cuántas solicitudes de consulta recibe al mes?	20	30	28	15	32	?	60	15-60
¿Cuántos quirófanos por semana dedica a dolor?	1	1	1	0	1	0,25	1	0-1
¿Cuántos procedimientos por quirófano realiza?	4	2	9	0	3	4	10	2-10

En una sesión de consultas externas se atiende un número dispar de pacientes, desde 2 primeras consultas y 5 revisiones, hasta 8 primeras y 10 revisiones (media de 4,6 primeras y 6,4 revisiones).

La demora media expresada para atender una primera demanda de asistencia oscila desde los 7 días hasta más de 4 meses (media de 66 días), y de 15 hasta 90 para las revisiones (media de 49,2 días).

La demanda mensual de primeras visitas oscila entre 15 y 60 pacientes (media de 32,5 por mes).

Casuística (Tabla IV)

Las 3 patologías diagnósticas más usuales vistas por las UDO resultaron ser el dolor de espalda, el neuropático y el oncológico, aunque no existe homogeneidad entre las distintas Unidades.

Los 3 procedimientos diagnóstico-terapéuticos más usuales fueron las infiltraciones epidurales de esteroides, los puntos gatillo y el bloqueo de carillas articulares, con similar falta de homogeneidad entre las mismas.

No todas las UDO atienden casuísticas similares, así, existen unidades que refieren no asistir a pacientes con cefaleas, con dolor artrósico y/o fibromialgia. Solo una UDO (14,3%) dice atender todas las patologías dolorosas propias de una UDO de nivel IV de la Sociedad Española de Dolor (SED) (8).

Origen y destino de los pacientes atendidos (Tabla IV)

La mayoría de las UDO (57,1%) reciben pacientes derivados desde Atención Primaria, además de aquellos pacientes que así lo deciden a petición propia; mientras que 2 (28,6%) sólo atienden los derivados por Atención Primaria y/o Especializada, y 1 UDO (14,3%) sólo los derivados por Atención Especializada y, de manera restrictiva, algunos de Atención Primaria.

De todas las UDO, una dice no disponer de hospital de referencia, aclarando que cuando precisa realizar alguna derivación por carencia de medios (técnicos o humanos) carece de referente, por negativa expresa a la atención del resto de hospitales.

TABLA IV. CASUÍSTICA DE LAS UNIDADES DEL DOLOR. ORIGEN Y DESTINO DE LOS PACIENTES

	UDO 1	UDO 2	UDO 3	UDO 4	UDO 5	UDO 6	UDO 7	Todas
CASUÍSTICA								
Enumere las 3 patologías diagnósticas más usuales	Espal Neuro Miofas	Espal Neuro Onco	Arthro Neuro SDC	Espal Neuro Fibrom	Todas	Espal Fibrom Onco	Todas	Espal Neuro Onco
Enumere al menos 3 patologías diagnósticas que no atiende	Cefa Medu	Medu	Cefa		Arthro Fibrom		Ninguna	Cefa Arthro Fibrom
Enumere los 3 procedimientos diagnóstico-terapéuticos más usuales	IEE Gat Btx	IEE Cari Plex	Gat Cari TENS	IEE TENS Gat	Bom Medu Btx	IEE Gat Cari	Bom Plex Simpt	IEE Gat Cari
ORIGEN Y DESTINO								
Enumere desde dónde recibe la derivación de sus pacientes	AP AE	AP AE PP	AP AE PP	AP AE PP	AP AE	AP AE	AP AE PP	AP AE PP
¿Al alta de la Unidad, dirige a sus pacientes al profesional que se lo derivó?	Sí	No	No	No	Sí	Sí	Sí	Sí/No

Espal = Dolor de espalda; Neuro = Neuropático; Miofas = Miofascial; Onco = Oncológico; Arthro = Artrosico; SDC = Síndrome de dolor complejo; Fibrom = Fibromialgia; Cefa = Cefaleas; Medu = Dolor medular; IEE = Infiltración epidural de esteroides; Gat = Puntos gatillo; Btx = Botox; Cari = Carillas articulares; Plex = Bloqueo de plexos; TENS = Estimulación nerviosa transcutánea; Bom = Uso de bombas implantables; IA = Infiltraciones articulares; Simpt = Simpatomía; AP = Atención Primaria; AE = Atención Especializada; PP = Petición propia.

Por último, 3 unidades (42,8%) declaran que no devuelven al paciente visitado a su médico derivante al final del proceso (alta de la Unidad).

OTRAS ACTIVIDADES DE LA UDO (Tabla V)

La mayoría de las UDO (85,7%) realizan actividades formativas en dolor, dirigidas a Atención Primaria.

Igualmente, la mayoría de ellas (85,7%) evalúa sus resultados periódicamente, confeccionando una memoria anual de actividades.

Cuatro UDO (57,1%) creen necesario contar con una estrecha colaboración con la Inspección de Trabajo, a fin de facilitar las decisiones que se generan con las bajas laborales y el reconocimiento de incapacidades, actividad que cada vez ocupa más tiempo de dedicación, con la consiguiente merma del trabajo asistencial.

Administrativamente 3 (42,8%) UDO disponen de unidad de gasto propia (el gasto se imputa a la UDO como unidad de gestión propia independiente) y 4 (57,1%) imputan el gasto al Servicio de Anestesiología.

Cuatro (57,1%) declaran disponer de actividad extraordinaria remunerada para hacer frente al exceso de

demanda asistencial que pueda generarse.

Solo 2 (28,6%) UDO pueden hacer el ingreso en hospitalización del paciente con cargo a la UDO, el resto lo tiene que hacer a través de terceros.

Tres (42,8%) Unidades realizan triage antes de aceptar las solicitudes de primeras visitas, tanto a petición del paciente como por derivación desde Atención Primaria, pero sólo 2 (28,6%) de estas tienen criterios protocolizados de triage.

Sólo las 2 UDO más antiguas en su creación, disponen de protocolos de derivación explícitos (28,6%), y solo 4 de todas las UDO declaran disponer de protocolos de actuación clínica claramente establecidos (57,1%).

Todas las UDO expresan haber tenido actividad científica y/o investigadora en el último año.

DISCUSIÓN

El dolor está considerado como uno de los principales problemas de salud pública mundial, por lo que se le conoce como “la epidemia silenciosa” de nuestro siglo. Sus costes se estiman entre el 2,2% y el 2,8% del producto interior bruto de los países industrializados, y

TABLA V. OTROS ASPECTOS DE LA GESTIÓN DE LAS UNIDADES DEL DOLOR

	<i>UDO 1</i>	<i>UDO 2</i>	<i>UDO 3</i>	<i>UDO 4</i>	<i>UDO 5</i>	<i>UDO 6</i>	<i>UDO 7</i>	<i>Todas</i>
GESTIÓN								
¿Dispone de hospital de referencia?	Área 1	Área 2	–	Área 1	Área 1	Área 3	–	3 hospitales
¿Realiza triage de las solicitudes de consulta?	Sí	Sí	No	No	Sí	No	No	Sí/No
¿Dispone de criterios protocolizados de triage?	Sí	No	No	No	Sí	No	No	Sí/No
¿Dispone de protocolos de derivación?	No	No	No	No	Sí	No	Sí	Sí/No
¿Realiza memoria anual de la Unidad?	Sí	No	Sí	Sí	Sí	No	Sí	Sí/No
¿Cree necesario estrechar la comunicación con la Inspección de Trabajo?	Sí	No	Sí	Sí	No	Sí	Sí	Sí/No
¿Dispone de Unidad de gasto propio?	Sí	No	No	No	Sí	No	Sí	Sí/No
¿Recibe remuneración aparte por la asistencia al dolor?	Sí	No	No	No	Sí	Sí	No	Sí/No
¿Dispone de protocolos consensuados?	Sí	No	No	No	Sí	Sí	Sí	Sí/No
¿Dispone de la posibilidad de ingreso propia?	No	Sí	Sí	No	No	No	No	Sí/No
¿Participa la Unidad en algún tipo de actividad científica?	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí

equivale a los costes producidos por el cáncer y las enfermedades cardiovasculares juntos (6,7). Para la Región de Murcia (2005) supondría un coste estimado de 600 millones de euros.

En el mundo, la prevalencia de dolor crónico en la población general adulta, puede llegar a alcanzar a más de la mitad de la población (9), y según el estudio *Pain in Europe* (2004), la prevalencia de dolor crónico en la población europea (10) se sitúa en el 19%, siendo España el país con menor prevalencia de dolor con el 11%. Un estudio anterior (1998), sobre una muestra de 5.000 personas, ofrecía, para nuestro país, una prevalencia del 23% (11).

Martínez Zapata ya puso de manifiesto que las UDO españolas carecían de homogeneidad y de falta de modelo, siendo la mayoría de ellas de financiación pública y dependientes de los Servicios de Anestesiología (12).

En opinión de la SED (7), se estima que en España, 4,5 millones de personas sufren dolor crónico. Extrapolado a Murcia serían 150.000 personas para el año 2005, aunque tan solo un pequeño porcentaje de estos

serían candidatos a ser atendidos por una UDO multidisciplinar (Nivel III y IV de la SED) (8).

Nuestra comunidad autónoma reconoce por Ley (13), el derecho al adecuado tratamiento del dolor, al menos para los procesos terminales. Otras comunidades españolas también reconocen este derecho, en los mismos términos (14).

Algunos países como Argentina han dictado normas estatales para la organización y funcionamiento de las UDO (15), y otros como Canadá (16), disponen la asistencia al dolor crónico, estructurada en distritos sanitarios, con criterios explícitos sobre organización y administración de los mismos.

Mientras nuestro estudio constata 8 UDO en la Región de Murcia en el año 2004, mientras que la SED (7) solo reconoce 2 en el año 2005, ambas de nivel II.

Observamos la inexistencia de un modelo predominante de UDO, coincidiendo con los datos publicados para el resto del país (12,17).

Coincidimos con los datos publicados para el resto del país (12) en el porcentaje de UDO que podían ingresar pacientes con cargo a su Unidad, y en el porcen-

taje de UDO que hacían evaluación periódica de resultados.

Disponemos de un mayor porcentaje de UDO con carácter multidisciplinar, todas ellas dependientes del Servicio de Anestesiología. Igualmente, la proporción de UDO con algún tipo de actividad investigadora en nuestra Región es superior a la publicada para el resto del país, y nuestra media anual de pacientes por UDO es también mayor.

Por el contrario, nuestra población media de cobertura por UDO es inferior a la publicada para España, así como la media anual de procedimientos por Unidad (12).

A pesar de existir una diferencia de 10 años entre nuestro trabajo y el de Catalá (12), nuestras UDO presentan claros déficit de estructura, respecto a la media nacional, en aspectos como la disponibilidad de espacio físico propio, de enfermeras y de administrativo, así como en disponer de personal con dedicación exclusiva a la UDO.

Por último, las UDO de nuestra región carecen de la cultura de uso de guías de práctica clínica, así como de dedicación a impartir actividades formativas a sus colaboradores y proveedores.

Aunque no existe un *benchmark* establecido para la asistencia al paciente con dolor (18), las diferentes demoras, medias de primeras consultas y revisiones de nuestras UDO, nos indican importantes problemas de accesibilidad para nuestros pacientes.

Los problemas se agravan con la existencia de UDO que refieren no atender a pacientes con cefaleas, artrosis y/o fibromialgias, o con aquellas que no reciben pacientes derivados desde Atención Primaria, o con otras que admiten pacientes a petición propia.

El tiempo medio de dedicación en consulta por paciente es muy dispar, existiendo UDO que dedican 2,5 veces menos tiempo a sus pacientes que otras, aunque menos de la mitad dedica menos de 8 h a la actividad asistencial, con la consiguiente presión asistencial (19). Este tiempo de dedicación no se ajusta a las recomendaciones publicadas (20).

Se hace triage pero no existe protocolo del mismo, lo que conlleva a la objetividad de las decisiones, con su posible repercusión para el paciente.

La mayoría de las UDO expresa la necesidad de contar más estrechamente con la Inspección de Trabajo, dado la importancia que estas Unidades pueden suponer en decisiones tan serias como las bajas laborales, la incapacidad.

Un alto porcentaje de UDO (57,1%) rompe la continuidad asistencial al no remitir al paciente de alta al médico que la derivó.

Concluimos que las UDO de la Región de Murcia

carecen de la articulación funcional entre ellas (o no se aplica), y presentan una enorme disparidad en accesibilidad, presión asistencial, continuidad en los cuidados, gestión de la demanda, estructura, descoordinación asistencial, y otros aspectos, todos ellos necesarios para una asistencia al dolor crónico de calidad.

Seguimos en la misma situación del año 2001, en el que Martínez Zapata (12) pone de manifiesto la falta de homogeneidad entre las UDO, expresando la inexistencia de un modelo predominante de unidad de dolor en España.

Por estas razones creemos que debemos caminar hacia un modelo homogéneo de UDO, que ofrezca mayores garantías de calidad a nuestros pacientes, siendo una buena opción la acreditación de las mismas por organismos externos, y mediante normas universalmente aceptadas. Igualmente, proponemos la adopción de un modelo de gestión política, que incorpore una visión integradora de la asistencia sanitaria, creando un plan regional sobre dolor crónico, y que integre una red regional para la asistencia al dolor crónico, de características similares al modelo canadiense (16), asegurando la continuidad de cuidados.

Con una apuesta firme en el Modelo Europeo de Gestión de la Calidad (EFQM), en el que las comparaciones entre centros es la norma, parece muy difícil que las UDO de la Región de Murcia puedan comparar sus resultados sin disponer de la homogeneidad necesaria en la estructura y en los procesos asistenciales.

AGRADECIMIENTOS

A todos los responsables de las Unidades de Dolor Crónico de la Región de Murcia por su colaboración.

A la Sociedad Murciana de Anestesiología y Reanimación por su apoyo incondicional.

CORRESPONDENCIA:

F. López Soriano
Unidad de Calidad
Hospital del Noroeste de Murcia
Miguel Espinosa, s/n.
30400 Caravaca de la Cruz, Murcia
e-mail: francisco.lopez18@carm.es

BIBLIOGRAFÍA

1. Brennan F, Carr DB, Cousins M. Pain Management: A Fundamental Human Right. *Anesth Analg* 2007; 105: 205-21.
2. Manzanal AM, Casado MP, Vílchez E, Fernández-Esplá A, García-Higuera E, Quevedo MA, et al. Evaluación general de una unidad de tratamiento del dolor en un hospital universitario. *Rev Soc Esp Dolor* 2000; 7: 263-4.
3. Rodríguez-López MJ. Situación actual del dolor en España. Visión de los profesionales. Sociedad Española del Dolor (consultada: 06.03.07). Disponible en: <http://www.sedolor.es/imprimir.php?id=642&tipo=9>
4. Las Unidades del Dolor deben ser unidades de gestión independiente y multidisciplinarias. Conclusiones del I Encuentro Ibérico de Unidades del Dolor 2006 (consultada: 17.08.09). Disponible en: http://www.acceso.com/display_release.html?id=29280
5. Clínica para el estudio y tratamiento del dolor. En: Sociedad Española de Anestesiología, Reanimación y Tratamiento del Dolor. Libro Blanco. Madrid: Gamma; 1993, p 163-87.
6. Breivick H, Collett B, Ventafrida V, Cohen R, Gallacher D. Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life, and treatment. *Eur J Pain* 2006; 10: 287-333.
7. Rodríguez MJ. Situación de las Unidades del Dolor en España. En: Sociedad Española del Dolor. Manual práctico sobre epidemiología del dolor en España. La Coruña, SED Editorial; 2005, p 107-31.
8. Bases de la SED para la acreditación de las Unidades de Tratamiento del Dolor. Documento modificado por la Junta Directiva de la SED 11 de Marzo de 2006 (consultada: 14.08.09). Disponible en: http://www.sedolor.es/acreditacion_unidad.pdf
9. Ospina M, Harstall C. Prevalence of chronic pain an overview. Alberta Heritage Foundation for Medical Research, Health Technology Assessment. Edmonton, AB 2002; Report n° 28.
10. The Pain in Europe Report. (consultada: 28.08.09). Disponible en: http://www.paineurope.com/index.php?q=en/book_page/the_pain_in_europe_report
11. Catalá E, Reig E, Artés M, Aliaga L, López JS, Segur J. Prevalence of pain in the spanish population. Telephone survey in 5000 homes. *European J Pain* 2002; 6: 133-40.
12. Martínez-Zapata MJ, Catalá E, Rigola M. Análisis descriptivo en el año 2001 de las Unidades de Tratamiento del Dolor Crónico en España. *Rev Esp Anesthesiol Reanim* 2005; 52: 141-8.
13. Ley 3/2009, de 11 de Mayo, de los Derechos y Deberes de los Usuarios del Sistema Sanitario de la Región de Murcia. BORM 114 de 20/05/2009, p 22639-74.
14. Accesibilidad a la asistencia sanitaria de las personas con dolor crónico en Castilla-La Mancha. Resolución del Defensor del Pueblo (consultada: 03.09.09). Disponible en: <http://www.defensorclm.com/Resoluciones/2003/Sanidad/docs/unidaddolor1.htm>
15. Normas de Organización y Funcionamiento Procedimientos, Diagnóstico y Tratamiento en Medicina del Dolor. Resolución N° 932/2000 del Ministerio de Salud del 18/10/2000, BO Supl del 07.11.2000. (consultada: 31.08.09). Disponible en: http://www.fundanest.org/resolucion_932_2000.htm
16. Action Plan for the organization and delivery of Chronic Pain Services in Nova Scotia. Nova Scotia Chronic Pain Working Group. July 19, 2006 (consultada: 28.08.09). Disponible en: http://gov.ns.ca/health/reports/pubs/Action_Plan_Chronic_Pain.pdf
17. Berro MJ. Situación actual del dolor crónico en España. En: Sociedad Española del Dolor. Manual Práctico sobre epidemiología del dolor en España. La Coruña, SED Editorial, 2005, p 75-104.
18. Lynch ME, Campbell FA, Clark AJ, Dumbar MJ, Goldstein D, Peng P, et al. Waiting for treatment for chronic pain – a survey of existing benchmarks: Toward establishing evidence-based benchmarks for medically acceptable waiting times. *Pain Res Manage* 2007; 12: 245-8.
19. Veillette Y, Dion D, Altier N, Choiniere M. The treatment of chronic pain in Québec: a study of hospital-based services offered within anaesthesia departments. *Can J Anaesthesiol* 2005; 52: 600-6.
20. Busquet C, Ribera MV. Unidades de Dolor. Realidad hoy, reto para el futuro. Capítulo V. Barcelona. Ed. Acadèmia de Ciències Mèdiques de Catalunya i de Balears 2002; p. 53-72.