**DOCUMENTO DE CONSENSO PARA LA ORGANIZACIÓN Y PLANIFICACIÓN DE LAS UNIDADES DEL DOLOR.**

**SOCIEDAD VASCO NAVARRA DEL DOLOR **

**INDICE**

1. Introducción
2. El dolor como problema de salud
   1. Introducción
   2. Epidemiologia
3. Organización y gestión de la unidad asistencial de tratamiento del dolor
   1. Clasificación de las UTDs
   2. Estructura y recursos materiales
   3. Derechos, garantías y seguridad del paciente
   4. Formación
4. Actividad de la unidad asistencial del tratamiento del dolor
   1. Diferentes tipos de dolor que trata la UTD
   2. Actividad asistencial en la UTD, Cartera de servicios
   3. Relación entre la UTD y atención primaria. Criterios de derivación.
   4. Tiempos de espera

**INTRODUCCION**

La Sociedad Vasco Navarra de Dolor SVND ha sido fundada en Julio de 2019 con la intención de constituir una asociación multidisciplinar de naturaleza científica, educativa y de utilidad pública sin ánimo de lucro.

**Los objetivos de la SVND se resumen en los siguientes puntos:**

1. Defender el derecho de todas las personas a recibir un tratamiento para su dolor.
2. Promover un abordaje integral y una asistencia de calidad para una mejor atención del paciente con dolor.
3. Defender la Deontología médica en el dolor.
4. Estimular la formación y educación tanto de la población sanitaria como no sanitaria, realizando charlas, cursos, formación continuada, etc.
5. Impulsar y promover la investigación y formación de calidad en dolor.
6. Fomentar y favorecer la difusión de la información en el terreno del dolor a todos los interesados, sanitarios, pacientes, familiares, asociaciones o agrupaciones de pacientes, etc.
7. Dar a conocer los objetivos de la Asociación a las instituciones pertinentes, administrativas, sanitarias y demás organismos.
8. Asesorar y aconsejar a las instituciones sobre la organización, confección y desarrollo de planes dirigidos a un manejo correcto del dolor.
9. Llevar a cabo la gestión económica para lograr sus fines
10. Promover cualquier otra actividad que pudiera favorecer los fines mencionados

**EL DOLOR COMO PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA**

**Introducción**

El dolor se define como «una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada a daño tisular real o potencial o descrito en términos de tal daño (Asociación Internacional para el Estudio del Dolor International, Association for the Study of Pain (IASP). En 2020 la IASP propuso una nueva definición: el dolor es una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada o similar a la asociada con daño tisular real o potencial. Se toman una serie de consideraciones:

1. El dolor es una experiencia personal influenciada en diferentes grados por factores biológicos psicológicos y sociales.
2. El dolor y la nocicepción son fenómenos diferentes. El dolor no puede ser inferido solamente por la actividad de las neuronas sensoriales.
3. Las personas aprenden el concepto del dolor a través de las experiencias de la vida
4. Si una persona manifiesta una experiencia dolorosa, esta debe ser respetada.
5. Aunque el dolor cumple una función adaptativa, puede tener efectos adversos sobre la funcionalidad y el bienestar social y psicológico.
6. Una de las maneras para expresar dolor es por la descripción verbal: la incapacidad para comunicarse no niega la posibilidad de que el humano o animal experimente dolor.

Se distinguen dos tipos básicos de dolor, agudo y crónico, entre los que existen diferencias. Mientras que el primero es predominantemente un síntoma o manifestación de lesión tisular, el dolor crónico se considera como una enfermedad en sí mismo.

El dolor afecta de forma relevante la calidad de vida de la población, con importantes consecuencias en el ámbito personal, familiar y social. Representa un problema de salud pública dada su gran repercusión socioeconómica y constituye uno de los motivos más frecuentes de utilización de los servicios de salud.

El dolor agudo asociado con intervenciones quirúrgicas, lesiones y otras condiciones puede producir complicaciones, incluido el riesgo de progresión a dolor crónico. Las acciones para mejorar el abordaje del dolor agudo y la identificación precoz de pacientes a riesgo de desarrollar dolor crónico pueden ayudar a avanzar en la prevención y en la disminución de la prevalencia de dolor crónico.

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 al paciente; y tiene repercusiones negativas sobre su calidad de vida.

En la experiencia del dolor interactúan una serie de factores no solo biológicos, sino también emocionales y sociales. Es preciso conocer estos factores y su interrelación para realizar un abordaje integral, multidimensional e interdisciplinar. Para conseguir un mejor control del dolor y mejorar la calidad de vida de las personas que lo padecen es necesario contemplar junto al tratamiento analgésico, las medidas no farmacológicas y de promoción de estilos de vida saludables. Es importante promover un abordaje del dolor biopsicosocial y más centrado en la persona, a través de la información y formación de los pacientes, la formación de profesionales y la promoción del autocuidado

El dolor es un síntoma que está presente en numerosas enfermedades y por ello en diferentes estrategias del Sistema Nacional de Salud (SNS) se incluyen aspectos relacionados con el abordaje del dolor, como en la Estrategia en Cáncer, en Cuidados Paliativos o en Enfermedades Reumáticas y Musculoesqueléticas. En ellas se contemplan aspectos concretos de cada tipo de dolor.

A pesar de la magnitud del problema y del interés profesional, científico y social que supone la atención y el tratamiento de la persona con dolor crónico, este problema está infravalorado o inadecuadamente tratado. El déficit asistencial se extiende a pacientes hospitalizados o en régimen de atención ambulatoria, como se indica en la Declaración de Montreal

**Epidemiología**

El dolor es un problema de salud cuyo abordaje resulta prioritario por su frecuencia y repercusión en la calidad de vida de las personas, así como por la variabilidad asociada a su manejo y el consiguiente impacto en los resultados en salud y en la calidad de vida de los pacientes.

Desde diversos organismos internacionales, entre ellos la OMS, se insta a los países a incluir el dolor entre sus prioridades políticas para que sus ciudadanos reciban la calidad de tratamiento adecuada. La “Joint Comission on Accreditation of Healthcare Organizations” (JCAHO) ha desarrollado estándares para un adecuado manejo del dolor

que incluyen la información al paciente, educación de los profesionales sanitarios, evaluación del dolor y protocolos analgésicos.

En la Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad se establecen un conjunto de objetivos y recomendaciones para el Sistema Nacional de Salud (SNS) que permitirán orientar la organización de los servicios hacia la mejora de la salud de la población y sus determinantes, la prevención de las condiciones de salud y limitaciones en la actividad de carácter crónico y su atención integral. En el marco de la citada estrategia se ha identificado diferentes proyectos y líneas de trabajo para llevar a cabo la implementación, el seguimiento y la evaluación de la misma. Entre estos proyectos se incluye el desarrollo de un Documento Marco para la mejora del abordaje del dolor en

el SNS

En la Encuesta Nacional de Salud de 2011/12, un 11% de las personas encuestadas manifiestan haber tenido que reducir sus actividades habituales por algún tipo de dolor en las dos últimas semanas, siendo este porcentaje casi el doble en mujeres que en hombres (13,5% mujeres y 8,7% hombres). El 10% de las personas encuestadas manifiestan haber sido diagnosticadas de migraña o jaqueca en los últimos 12 meses, un 19,3% ha padecido de artrosis, artritis o reumatismo. El 18% han referido dolor cervical y un 20,5% ha referido dolor lumbar.

La prevalencia de dolor crónico es superior en las mujeres y aumenta en los grupos de más edad. La principal causa declarada son los problemas osteomusculares. Hasta hace menos de una década no se había prestado atención al origen del mismo, habiendo lagunas, incluso inexistencia tanto en la investigación básica como en la clínica, sin prestar atención a las diferencias fisiológicas entre sexos. Es prioritario fomentar la investigación basada en las diferencias fisiológicas en función del género.

El SNS pretende establecer un marco para el abordaje del dolor de una manera transversal. Se incluye el dolor agudo, dolor crónico de origen oncológico y no oncológico, dolor perioperatorio (entendido como aquel dolor presente en un paciente quirúrgico a causa de la enfermedad previa, del procedimiento quirúrgico, o de una combinación de ambos) y dolor relacionado con procedimientos diagnósticos y terapéuticos. Los objetivos y recomendaciones desarrollados van dirigidos tanto a población infantil como adulta, aunque sería conveniente un abordaje más específico del dolor en la infancia por las peculiaridades y características que presenta.

**LA UNIDAD ASISTENCIAL DE TRATAMIENTO DEL DOLOR**

Las Unidades del Dolor (UTD) se definen 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.

Los principales objetivos de estas unidades son reducir la incidencia y severidad del dolor, mejorar la calidad de vida del paciente, disminuir las complicaciones derivadas de una reducción ineficaz del dolor y educar a los pacientes y a sus familiares sobre los beneficios de una analgesia eficaz y sobre los riesgos de un tratamiento inapropiado del dolor, entre otros.

El concepto multidisciplinar de estas unidades debe contribuir a situarse como referencia, formación y consulta para otras especialidades, en todo lo que se refiera al dolor complejo, su diagnóstico, tratamiento y seguimiento.

**Clasificación de las Unidades asistenciales de tratamiento del dolor**

Basados en la normativa de la IASP y de acuerdo con la realidad de la práctica asistencial, se establecen diferentes categorías de acreditación de Unidades de Tratamiento del Dolor, que se dividen en 4 niveles:

**NIVEL IV**: Unidad Multidisciplinar para el estudio y tratamiento del dolor. Integrada por una serie de profesionales sanitarios clínicos y básicos en la que se realiza investigación, docencia y tratamiento de pacientes con dolor agudo y crónico. Este es el nivel máximo entre las categorías de Unidades del dolor. La plantilla estará formada por médicos de diferentes especialidades además de otro tipo de personal sanitario no médico, como por ejemplo psicólogos, enfermeras, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, y asistentes sociales especializados en el diagnóstico y tratamiento de pacientes con dolor crónico.

**NIVEL III:** Unidad Multidisciplinar para el tratamiento del dolor formada por Médicos de diferentes especialidades, además de otro tipo de personal sanitario no médico, especializados en el diagnóstico y tratamiento de pacientes con dolor crónico. Se diferencia de las unidades de Nivel IV solamente en que ésta no realiza labores de investigación y docencia de forma habitual.

**NIVEL II:** Unidad Unidisciplinar para el tratamiento del dolor Orientada al diagnóstico y tratamiento de pacientes con dolor crónico. Puede estar especializada en diagnósticos específicos o en dolor localizado en determinadas partes del cuerpo. Deberá contar al menos con un facultativo médico.

**NIVEL I**: Unidad de técnicas específicas de tratamiento del dolor Se trata de una unidad que ofrece un determinado tipo de técnica antiálgica y no ofrece un tratamiento multidisciplinar. Se ofrecen diferentes tratamientos como bloqueos nerviosos, neuroestimulación transcutánea, etc

Las UTD deben estar integradas en una red asistencial articulada en torno al proceso asistencial, que garantice la continuidad del mismo. Debe abarcar, además de la unidad hospitalaria, otras unidades especializadas del mismo hospital o de otro hospital, atención primaria, recursos sociales y sociosanitarios, el autocuidado o la atención domiciliaria.

Son aspectos relevantes para el desarrollo de redes asistenciales para el manejo de trastornos que cursan con dolor: el papel de la atención primaria y de la atención especializada; los criterios de derivación; los tiempos de espera recomendados; la estructura de gestión de la red para el manejo del dolor crónico.

**Estructura, recursos materiales y humanos**

1. Las zonas que integran la UTD, son: Recepción y admisión; Consultas de diagnóstico y tratamiento; Hospital de día; Control de enfermería y apoyos; y zona de personal.
2. 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, incluyendo las técnicas quirúrgicas que requieren condiciones de quirófano. 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 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.
3. Recursos humanos: el personal que forma parte de las UTD consiste en:
   * 1. director / responsable de la unidad.
     2. médicos especialistas con formación avanzada en medicina del dolor.
     3. profesionales no médicos, entre ellos: enfermería, farmacéuticos, fisioterapeutas, psicólogos, terapeutas ocupacionales y trabajadores sociales con formación especializada en dolor.
     4. personal de apoyo

**Derechos, garantías y seguridad del paciente**

1. 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.
2. 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. 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:
   1. identificación del enfermo, del médico que indica y pide el consentimiento, y de los servicios médicos que lo llevarán a cabo
   2. nombre, descripción y objetivos del procedimiento diagnóstico o terapéutico
   3. riesgos generales y específicos personalizados
   4. beneficios esperados y alternativas diagnósticas/terapéuticas
   5. 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
   6. confidencialidad y uso de datos
   7. fecha del consentimiento
   8. apartado diferenciado para el consentimiento del representante legal
   9. declaraciones y firmas (paciente y médico)
3. 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.
   1. 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, por lo que el acuerdo terapéutico ha cobrado un creciente interés.
   2. En el paciente con dolor crónico es necesario tener en cuenta factores relacionados con la percepción individual y la interpretación cognitiva.
   3. Se debe valorar la información que aporta la medicina basada en la evidencia que, en ocasiones, favorece el tratamiento conservador frente al intervencionismo, lo que puede defraudar las expectativas del paciente.
4. Estudios recientes sobre los eventos adversos del manejo intervencionista del dolor en UTD, no muestran la presencia de complicaciones graves.
5. 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. 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, concienciado de manera constante y activa del riesgo de que se produzcan errores, 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).
6. Se deben realizar reuniones periódicas del equipo de la UTD para analizar con un enfoque sistémico los incidentes de seguridad en la unidad y, especialmente, para establecer las medidas de prevención pertinentes.
7. 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.
8. 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
9. Se recomienda estandarizar la comunicación entre los profesionales en el momento del traspaso del paciente, 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. Se recomienda estandarizar el alta

**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.

**Formación del personal médico experto en dolor (SED / IASP)**

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; tratamientos 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

**Formación enfermería de la UTD**

Los enfermero/as que forman parte de la UTD debe adquirirlos conocimientos, competencias y habilidades para la atención del paciente con dolor en la unidad. Competencias y conocimientos

•Llevar a cabo una historia clínica con elaboración de un plan de cuidados. Saber 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.

•Comunicar bien con los pacientes y familiares informándoles sobre las opciones y finalidad de su proceso doloroso. Seguir la evolución del dolor. Realizar consultas programadas de evolución del dolor y de la respuesta del individuo y su entorno al

problema de salud.

•Conocer, administrar y evaluar los tratamientos farmacológicos basados en la evidencia y la analgesia multimodal. Conocer cómo utilizar los opioides y prevenir/manejar sus efectos indeseables

•Ser experto en la técnica de recarga de bombas de perfusión.

•Capacidad de trabajar en una UTD multidisciplinar y de comunicar adecuadamente con los profesionales que forman parte de ella.

•Capacidad para enseñar a otros profesionales de la salud (estudiantes, enfermería, otros médicos), los principios básicos necesarios para el adecuado tratamiento del dolor

•Habilidades de comunicación y relación entre distintos niveles asistenciales y de gestión de casos

**Formación del psicólogo/especialista de salud mental de la UTD**

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

Conocimientos

El psicólogoy/o psiquiatra 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.

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.

Competencias

Llevar a cabo una evaluación clínica psicológica. Utilizar las escalas de evaluación psicológica y de dolor y los cuestionarios validados para identificar y diagnosticar el impacto psicológico del dolor.

Diagnóstico, identificación y rotulación del problema comportamental, cognitivo, emocional o social, del paciente con dolor.

Conocer y aplicar 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

Conocer y aplicar técnicas específicas para el tratamiento del dolor: biofeedback, hipnosis clínica, técnicas de relajación profunda, reestructuración cognitiva, etc.

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.

Elaborar informes clínicos y apoyar a otros profesionales en la elaboración de informes de pacientes con 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.

**ACTIVIDAD DE LA UNIDAD ASISTENCIAL DEL TRATAMIENTO DEL DOLOR**

**Diferentes tipos de dolor que trata la UTD:**

Dolor osteoarticular (artritis y artrosis)

Dolor del raquis: lumbar, dorsal, cervical

Dolor musculoesquelético (síndromes de dolor miofascial y dolor muscular generalizado)

Dolor oncológico

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 visceral

Dolor vascular

Dolor mixto

**Actividad asistencial de la UTD, Cartera de servicios**

Consulta:

1. Ambulatoria presencial en la unidad
2. Historia clínica, diagnostico, solicitud de pruebas diagnósticas, tratamiento
3. Consulta no presencial
4. Consulta telefónica
5. Consulta de enfermería

Técnicas realizadas por personal de enfermería:

1. Organización de la consulta y actividad en la Unidad
2. Electroestimulación domiciliaria (TENS)
3. Iontoforesis
4. Técnica de infusión sistémica: incluye la infusión subcutánea y endovenosa y
5. Programación de bomba electrónica de infusión ambulatoria externa (PCA)
6. Preparado de bombas de PCA (analgesia controlada por el paciente)
7. Control por telemetría y rellenado de bombas implantables
8. Preparación de los bloqueos e infiltraciones en la unidad

Técnicas realizadas por personal médico

(Se pueden realizar en la Unidad o en quirófano, con control ecográfico o radioscópico).

1. Epidurales: interlaminar, transforaminal y caudal,
2. Epidurolisis, lisas de adherencias epidurales mediante diferentes catéteres
3. Bloqueo de nervios periféricos: craneales y no craneales, n. occipital (Arnold), supraescapular, intercostal, iliohipogástrico, iliofemoral, genitocrural, geniculados, etc.
4. Bloqueos miofasciales: puntos trigger, m. piramidal, m. cuadrado lumbar, m. psoas, etc.
5. Bloqueos raquis: facetas cervicales y lumbares, articulación sacroiliaca.
6. Bloqueos intrarticulares: rodilla, hombro, cadera, etc..
7. Radiofrecuencia:
   1. ramo medial posterior a nivel lumbar, dorsal y cervical,
   2. ganglio de la raíz dorsal
   3. sistema simpático: lumbar, ganglio estrellado, ganglio impar (Walter)
   4. intradiscal, coablativa y laser intradiscal
   5. sacroilíaca
   6. nervios periféricos: supraescapular, geniculados
   7. radiofrecuencia fría
8. Crioanalgesia y crioablación
9. Vertebroplastia y cifoplastia
10. Neuroestimulación en sus diferentes abordajes: cordones posteriores, ganglio de la raíz dorsal, periférica, sacra,
11. Neuroestimulación magnética transcraneal y eléctrica
12. Analgesia Intratecal y tratamiento de la espasticidad mediante Bombas y Reservorios Subcutáneos.
13. **Creación de una unidad de tratamiento multidisciplinar para el dolor complejo-hiperalgesia**

La unidad aborda el tratamiento de síndromes dolorosos complejos:

* Síndrome fibromiálgico
* Lumbalgia inespecífica
* Síndrome témporo-madibular
* Cefalea tensional crónica
* Síndrome hiperalgésicos
* Síndrome dolor pélvico

Necesidades de personal.

* Psicólogo
* Fisioterapeuta

Abordaje multidisciplinar con diferentes técnicas:

* Técnicas cognitivos –conductuales
* Técnicas de afrontamiento al dolor
* Biofeed-back
* Técnicas de relajación
* Ejercicios de estiramiento y fortalecimiento muscular y aeróbico

**Relación entre la UTD y atención primaria. Criterios de derivación.**

El estudio PHANDORA, 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).

(1) 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.

Predomina el dolor no oncológico 92,3% 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.

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

1. 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.
2. 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.
3. 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.
4. 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:

1. 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.
2. Desarrollar líneas de colaboración en investigación clínica en dolor y, especialmente, aquellas relacionadas con los problemas clínicos abordados conjuntamente
3. Colaborar en la elaboración de protocolos, recomendaciones, consensos y guías de práctica clínica basadas en la evidencia.
4. 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.
5. 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.
6. 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.
7. Crear grupos de trabajo conjuntos sobre temas específicos tales como docencia, investigación, uso racional del medicamento, etc.

El paciente debe ser derivado al nivel especializado: cuando exista un problema de diagnóstico de la enfermedad de base que genera el dolor, una vez tratado en Atención Primaria (AP) y, en su caso, por el especialista de la enfermedad de base y si el dolor no ha sido controlado. Uno de los criterios para derivar al paciente es la necesidad de un

abordaje integral del paciente en la valoración o tratamiento multidisciplinar

**Criterios de derivación:**

1. Individualizar cada paciente según su patología e historia clínica.

2. Cuando se haya aplicado la escalera analgésica de la OMS

3. Cuando exista un problema de diagnóstico de la enfermedad de base que genera el dolor.

4. Una vez tratado en Atención Primaria (AP) y, en su caso, por el especialista de la enfermedad de base y el dolor no ha sido controlado.

5. Cuando la UTD puede ofertar alternativas terapéuticas intervencionistas como bloqueos axiales o periféricos, tratamientos endovenosos, radiofrecuencia, colocación de implantes

**Tiempos de espera**

Las recomendaciones de la IASP, son las siguientes:

1. **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. Dolores neuropáticos severos como la neuralgia del trigémino, neuralgia postherpética.
2. **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).
3. **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, 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.

**BIBLIOGRAFIA**

1. Raja SN, Car DB, Cohen M, et al. The revised International Association for the study of Pain. Definition of pain. Pain 2020; 16(9): 1976-1982.
2. Documento Marco para la mejora del abordaje del dolor en El SNS Plan de Implementación. Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el SNS SANIDAD 2014 MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD
3. DECLARATION OF MONTREAL. Declaration that Access to Pain Management Is a Fundamental Human Right.
4. SOCIEDAD ESPAÑOLA DEL DOLOR. El alivio del dolor es un derecho humano. Dossier en prensa 2020. <https://www.sedolor.es/>
5. Unidad de Tratamiento del Dolor. Estándares y recomendaciones de calidad y seguridad. Informes, estudios e investigación 2011, www.mspsi.gob.es MINISTERIO DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL E IGUALDAD.
6. Laura Mª Pradal, Belén Albericio, María Carbonell. Analizando los perfiles y características de las derivaciones intrahospitalarias a la clínica del dolor. Portalesmédicos.com 16 (6); 2021 248
7. International Association for the Study of Pain Task Force on Wait-Times SUMMARY AND RECOMMENDATIONS. February 2010