

# REVISTA DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DEL DOLOR

www.elsevier.es/resed



ORIGINAL

## Unidades de dolor en España. Encuesta SED Día del Dolor 2007

C. de Barutell

Institut Columna Vertebral, Clínica del Dolor de Barcelona, Barcelona, España

Recibido el 3 de julio de 2009; aceptado el 3 de octubre de 2009

### PALABRAS CLAVE

Encuesta unidades dolor;  
Personal y dedicación;  
Instalaciones;  
Labor asistencial 2006

### Resumen

**Objetivo:** Conocer la situación real de las unidades de dolor (UD) de los hospitales de todas las comunidades autónomas, Ceuta y Melilla, con relación a su personal, instalaciones y labor asistencial realizada en el año 2006.

**Material y métodos:** Se trata de un estudio observacional y transversal, mediante la entrega y recogida en mano de una encuesta al jefe/coordinador de las UD. Las encuestas constan de 3 apartados de preguntas. En el primero se solicitaban datos acerca del personal que trabaja en las unidades y su dedicación; el segundo está en relación con las instalaciones de que disponen, y el tercero preguntaba sobre la labor asistencial realizada en el año 2006. Dos preguntas finales hacen referencia a la realización o no de sesiones clínicas en las unidades y al tiempo de espera para ser visitados.

**Resultados:** De las encuestas enviadas se ha recibido contestación de 95 hospitales. Disponen de UD 94 y 1 no. En las UD trabajaban 356 médicos, de los cuales la gran mayoría son anestesiólogos, seguidos a mucha distancia por neurocirujanos y médicos de familia. La dedicación es mayoritariamente a tiempo parcial. Poca presencia de psicólogos clínicos, y con muy escasa dedicación y aceptable de diplomados universitarios de enfermería, auxiliares de clínica y personal de secretaría. En cuanto a las instalaciones disponibles, los resultados son desalentadores. La gran mayoría no dispone de espacio propio, utilizando consultas y quirófanos generales del hospital, y un porcentaje no desdeñable no tiene disponibilidad de ningún tipo de quirófano.

La labor asistencial, a pesar de todos estos inconvenientes, ha sido importante en cuanto al número de visitas, tanto primeras como sucesivas.

**Conclusiones:** A pesar de todas las deficiencias y dificultades las UD desarrollan una importante labor asistencial, y, en bastantes casos, de docencia e investigación. Es necesaria, por parte de las autoridades sanitarias, nacionales y autonómicas, la realización de un censo de lo que hay para, a partir de ahí, dotar a todos los hospitales del país de UD de categoría y nivel de acuerdo al del hospital. Es imprescindible la creación de UD de nivel IV en los hospitales de mayor nivel asistencial y regionales, así como la formación en dolor de algunos médicos de asistencia primaria, para que todos coordinados presten la mejor aten-

Correo electrónico: cdebarutell@telefonica.net; barutell@clinicadeldolor.com; cbarutell@gmail.com

ción a los pacientes. Igualmente, es deseable una mejor relación con las unidades de cuidados paliativos, ya que un porcentaje no despreciable de pacientes oncológicos puede beneficiarse de dicha colaboración. Es urgente y deseable la puesta en marcha del, tantas veces prometido por el Ministerio de Sanidad, Plan Nacional Integral del Tratamiento del Dolor, como se ha realizado con otras patologías también prevalentes.

© 2009 Sociedad Española del Dolor. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

#### KEYWORDS

Pain unit survey;  
Staff;  
Hours of work;  
Facilities;  
Clinical work 2006

#### Pain units in Spain. Survey of the Spanish Society of Pain, Pain Day 2007

##### Abstract

**Objective:** To determine the real situation of pain units in the hospitals of all the autonomous regions of Spain, Ceuta and Melilla, concerning their staffing, facilities, and the clinical work carried out in 2006.

**Material and methods:** We performed an observational cross-sectional study through hand delivery and collection of a questionnaire to the heads or coordinators of pain units. The questionnaires consisted of three sections. The first contained items on the staff working in the units and their hours of work. The second set of items concerned the facilities available and the third concerned the clinical work performed in 2006. Two final items were related to whether the units held clinical sessions or not and the waiting time for consultations.

**Results:** Completed questionnaires were received by 95 hospitals. Of these, 94 had a pain unit, while one did not. There were 356 physicians working in pain units: most were anesthesiologists, followed by a much smaller number of neurosurgeons and family physicians. Most staff worked part-time in the units. There were few clinical psychologists, working very few hours. Staffing levels for nurses, auxiliaries and secretaries were acceptable. The results on the available facilities were discouraging. Most units lacked spaces of their own and used the hospital's general consulting rooms and operating rooms. A not inconsiderable percentage was unable to use any operating room. Despite these limitations, substantial clinical work was performed in terms of the number of both first and follow-up consultations.

**Conclusions:** Despite the difficulties and lack of resources encountered, pain units perform considerable clinical work and a fair number also carry out teaching and research. National and regional health authorities should take a census, which should then be used to provide all the hospitals in the country with a pain unit suitable to each type of hospital. Level IV pain units should be created in level I and regional hospitals. Some family physicians should receive training in pain in order to improve coordination and provide optimal patient care. Equally, closer links with palliative care units are also desirable, since a not inconsiderable percentage of cancer patients could benefit from such a collaboration. The Comprehensive National Plan for the Treatment of Pain, much heralded by the Ministry of Health, should urgently be implemented, as has occurred with other prevalent disorders.

© 2009 Sociedad Española del Dolor. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

## Introducción

El dolor crónico es uno de los motivos de mayor incidencia de consulta médica, y tiene un impacto multidimensional en la vida de los pacientes, de la familia y de la comunidad. El dolor crónico es reconocido como un grave problema de salud pública y, debido a la alta prevalencia, requiere ser digno de atención por parte de las autoridades sanitarias, lo que conlleva importantes repercusiones económicas, administrativas y laborales.

La prevalencia del dolor crónico es un asunto de gran importancia para los profesionales de la salud, los sistemas nacionales de salud, los pacientes y la sociedad. Los datos obtenidos difieren unos de otros debido a las variaciones de población de las muestras, los métodos usados para su obtención y el criterio que define el dolor crónico. Ospina y Harstall<sup>1</sup> realizan una revisión sistemática para determinar la prevalencia del dolor crónico, analizando 32 publicaciones del período 1991-2002, de las que rechazan 19 por dife-

rentes motivos. De las 13 seleccionadas (entre las que se encuentran la de Catalá y Reig<sup>2</sup>), el resumen indica que la prevalencia del dolor crónico se sitúa entre el 10,1 y el 55,2%, con una mayor incidencia entre mujeres.

La Sociedad Española del Dolor (SED) realizó un estudio acerca de la prevalencia de dolor en España (encuesta SED, 1998), que fue dirigido por Catalá y Reig<sup>2</sup>. Se trata de un estudio epidemiológico, observacional, transversal (descriptivo), de base poblacional mediante entrevista telefónica única en el ámbito geográfico de España peninsular, Baleares y Canarias.

El objetivo principal era estimar la prevalencia del dolor agudo o crónico en la población general española de más de 18 años, y como objetivos secundarios valorar la localización, duración y repercusiones del dolor en las actividades de la vida diaria según los diferentes grupos de edad y sexo.

Los resultados dicen que el 70% de los entrevistados tuvo dolor físico durante el día anterior a la entrevista (37,6% mujeres, 21,1% varones), y éste apareció en el 42,6% en mayores de 65 años. Una mayoría de pacientes (60,5%) presentaba dolor crónico de más de 90 días de duración.

El dolor impidió realizar sus actividades normales al 27,3%, a alrededor del 49% le impidió realizar su trabajo habitual, el 7,5% presentó baja laboral y el 5,2% incapacidad laboral. Al 56,2% el dolor le afectó sus relaciones con la familia, amigos y trabajo.

La encuesta Pain in Europe<sup>3</sup> se realizó entre noviembre de 2002 y enero de 2003, siendo la mayor encuesta sobre dolor llevada a cabo, habiendo entrevistado a 46.000 sujetos de 16 países europeos.

El objetivo principal de ésta era estimar la prevalencia del dolor crónico en Europa, y como objetivos secundarios comprender y cuantificar las fuentes y causas que originan el dolor crónico, obtener datos demográficos de los sujetos que lo padecen, valorar el impacto en la calidad de vida, comprender los tratamientos actuales y el grado de satisfacción, así como explorar las actitudes de quienes lo padecen y las experiencias con el dolor.

La encuesta se llevó a cabo mediante entrevistas telefónicas asistidas por ordenador y un cuestionario de cribado, que en el caso de España fue de 3.801 y 301 sujetos.

Un primer dato que nos llama la atención es que nuestro país es el que menos dolor crónico tiene de todos los participantes (11%), siendo la media de la encuesta del 19%; es decir, 1 de cada 10 españoles presenta dolor crónico, lo que supone aproximadamente 4.950.000 personas.

La edad media de dichos sujetos es de 51 años, y la incidencia entre sexos no es significativa, el 52% mujeres frente al 48% varones.

El tiempo de evolución de su dolor es muy elevado, media de 9,1 años, mientras la media europea es de 7 años.

Las clínicas/unidades de tratamiento del dolor se desarrollaron tras la Segunda Guerra Mundial, el fundador de la primera unidad multidisciplinaria fue Bonica, en Seattle en 1960. En ellas un grupo de diferentes especialistas se dedicó multidisciplinariamente al estudio, diagnóstico y tratamiento del dolor.

Desde entonces se han ido desarrollando en todo el mundo, y las diferentes sociedades de dolor han estableci-

do los requisitos básicos y mínimos para su creación y organización, cartera de servicios y distribución geográfica con el objetivo de mejorar la atención de la población. La Asociación Internacional para Estudio del Dolor (IASP) publicó una guía sobre las características deseables que deben reunir las diferentes modelos de clínicas de tratamiento del dolor y recomendaciones para los servicios de tratamiento del dolor<sup>4</sup>. En otros países, los capítulos nacionales de la IASP han editado también sus guías sobre los requerimientos mínimos de acuerdo a las necesidades de cada país.

En España, en los últimos 30 años, se han ido desarrollando las unidades de tratamiento del dolor, pero debemos resaltar que ha sido gracias a la iniciativa de muchos profesionales, que con un enorme esfuerzo personal dedicaron un tiempo extra de su horario laboral a esta actividad, sin contar con ningún apoyo institucional y, en muchas ocasiones, ni de su propio servicio.

La SED, por medio de su Comité de Acreditación, ha definido también los diferentes modelos de unidades del dolor con los requisitos indispensables, tanto técnicos como asistenciales para cada nivel<sup>5</sup>.

Martínez Zapata et al<sup>6</sup> analizan las características y actividad asistencial de las unidades de tratamiento de dolor crónico en España durante el año 2001, y llegan a las conclusiones de falta de homogeneidad en su distribución geográfica, inexistencia de un modelo predominante de unidad de dolor en España, financiación pública de la gran mayoría y dependencia también mayoritaria de los servicios de anestesiología. Realizan una actividad asistencial muy importante, analizando otros datos sobre los diferentes tipos de tratamiento que ofrecen.

En 2004, Rodríguez López<sup>7</sup> presenta un plan nacional de lucha contra el dolor, incluyendo al final un mapa-directorio de las unidades de dolor (UD) de España, que ha sido hasta la actualidad el directorio de la SED, colgado en la página web de la Sociedad (<http://www.sedolor.es>). Incluye 94 UD con disparidad geográfica, ya que 10 provincias españolas, además de Ceuta y Melilla, carecen de dicho servicio.

Al no estar claro todavía el número de UD existentes en España, así como su nivel, instalaciones, personal del que disponen y el trabajo que realizan anualmente, la SED, con motivo del Día del Dolor 2007, decidió hacer una encuesta nacional, mediante el envío de un cuestionario a las UD de todas las comunidades autónomas, además de Ceuta y Melilla. En ella se solicitaban datos sobre diferentes aspectos de las unidades agrupados en 3 bloques. En el primero, se preguntaba acerca del personal que trabajaba en la unidad y su dedicación; el segundo se refería a las instalaciones de que disponían, y el último se centraba en la labor asistencial realizada en el año 2006.

El objetivo principal es tener conocimiento de la situación actual de las unidades de tratamiento del dolor, importante para los miembros de la SED, pero aún más para las autoridades sanitarias, tanto centrales como autonómicas, para que fomenten el desarrollo homogéneo de éstas, estableciendo los niveles mínimos indispensables según la categoría de cada hospital siguiendo las directrices del Comité de Acreditación de la SED<sup>5</sup>, para asegurar una mejor atención de las necesidades de los usuarios.

## Material y métodos

Estudio observacional, transversal, basado en una encuesta entregada y recogida en mano 1 mes después a los jefes o coordinadores de las unidades de tratamiento del dolor de hospitales de todas las comunidades autónomas, Ceuta y Melilla. Los datos de contacto de las UD se obtuvieron de la secretaría de la SED, realizando la entrega y recogida de la encuesta el personal de la red de ventas nacional del laboratorio Pfizer. Se realizó un análisis descriptivo de los datos aportados por las unidades que contestaron a la encuesta.

La encuesta estaba estructurada en 3 apartados, además de unos datos generales acerca del hospital y su nivel asistencial, y el tipo de financiación pública o privada.

El primer apartado estaba relacionado con la composición del personal de la unidad. Se preguntaba acerca de su coordinador y su especialidad, así como la especialidad médica de los restantes miembros y su grado de dedicación, jornada completa o tiempo parcial. Disponibilidad y dedicación de psicólogos clínicos, diplomados universitarios de enfermería (DUE), auxiliares de clínica, personal administrativo y de secretaría, y celador.

En el segundo apartado se preguntaba acerca de los medios materiales de que disponen las unidades. Si tienen espacio propio en el hospital (consultas, salas de técnicas menores, quirófano, camas, archivo de historias clínicas, almacén, vestuario, biblioteca) o tienen que utilizar los espacios generales de éste, empleados y compartidos por otros especialistas. También se incidía en el número de días de visita en consulta, de procedimientos en sala de técnicas y de quirófano.

En el tercer apartado las preguntas se referían a la labor asistencial realizada durante el año 2006 en cuanto al número de primeras visitas (dolor oncológico y dolor crónico no maligno [DCNM]), visitas sucesivas y totales.

La encuesta terminaba con 2 preguntas que consideramos de interés, cuál es la realización de sesiones clínicas propias de la unidad y su periodicidad, y el tiempo medio de espera para ser visitado en la unidad en caso de dolor oncológico o de DCNM.

## Resultados

Se enviaron encuestas a 90 hospitales de todo el país, y se recibió contestación de 85 unidades. Ante la falta de respuesta de algunos hospitales importantes, que sabíamos disponen de UD, se hizo en el primer trimestre de 2008 un reenvío de la encuesta, habiendo obtenido respuesta de 10 hospitales más.

Por lo tanto, tenemos datos de 95 unidades que han contestado a la encuesta (fig. 1).

Con relación al primer bloque de preguntas sobre personal, los resultados de la encuesta indican que hay 356 médicos de diferentes especialidades que se dedican al tratamiento del dolor (fig. 2), destacando significativamente los anestesiólogos (86%), seguidas a mucha distancia de neurocirugía y medicina familiar y comunitaria (3% cada una de ellas), medicina interna (2%), rehabilitación (2%), psiquiatría (1%), reumatología (1%), neurología (0,84%) y otras (0,56%).



Figura 1 Clínicas de dolor por comunidades autónomas.

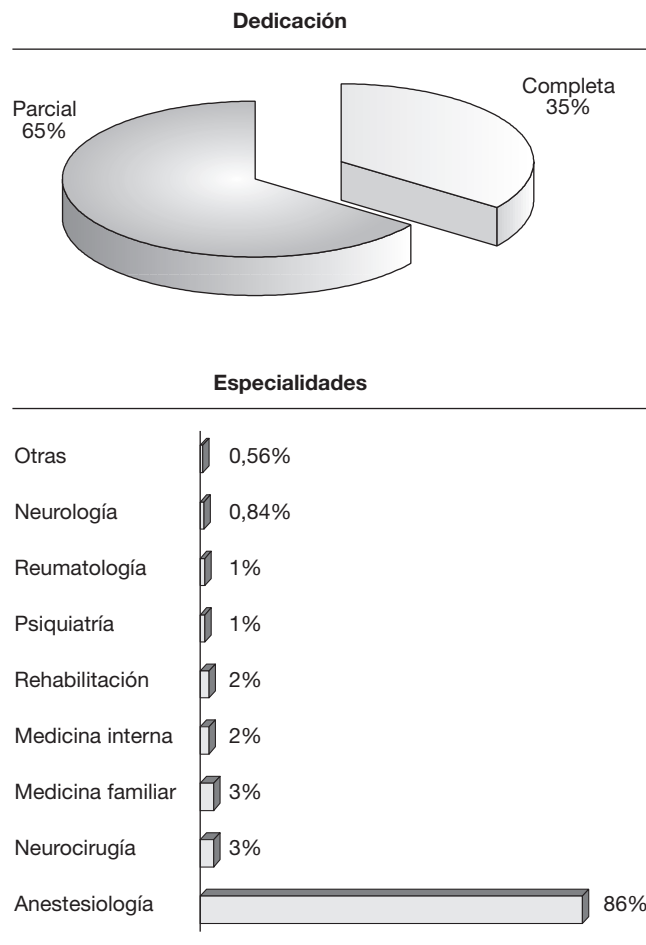


Figura 2 Médicos en unidades de dolor. Dedicación y especialidades.

De estos especialistas solamente el 35% tienen dedicación completa, mientras que el 65% lo hace de forma parcial, con una media de 16 h semanales.

Un psicólogo clínico está disponible en el 37% de las unidades, siendo su dedicación a tiempo completo el 11 y el 89% a tiempo parcial (fig. 3);

124 DUE trabajan en 82 unidades (86%), lo que hace una media de 1,51 DUE por unidad, careciendo de dichos profesionales 13 unidades (13%). De ellos, el 74% tiene dedicación exclusiva y el 26% dedicación parcial.

Los auxiliares de enfermería están presentes en el 73% de las unidades, teniendo dedicación completa el 65% y dedicación parcial el 35%.

Personal administrativo y de secretaría está disponible en el 66% de las unidades, la mayoría (65%) con dedicación parcial y el 35% con jornada completa.

Con relación al segundo bloque de preguntas sobre la disponibilidad de instalaciones propias de la unidad, los datos no son alentadores. La mayoría de las unidades carecen de espacio propio, utilizando las consultas y quirófanos generales del hospital. Las consultas generales se utilizan a tiempo parcial en la mayoría de las unidades, con una media de 2-3 días por semana.

Quirófano propio solamente está disponible en el 20% de las unidades, utilizando los quirófanos generales del hospital el 67%, con una disponibilidad en la mayoría de los casos de 1 día por semana (66%). No disponen de cualquier tipo de quirófano el 13% de las unidades (fig. 4).

Disponen de sala de técnicas menores aproximadamente el 50% de las unidades.

El tercer bloque de preguntas sobre la labor asistencial realizada en las UD en el año 2006 nos indica que se realizó un total de 271.913 visitas, de ellas 72.103 fueron primeras visitas y 199.810 visitas sucesivas.

De los pacientes visitados, aproximadamente el 86% eran portadores de DCNM y el 14% de dolor por cáncer (fig. 5).

Las sesiones clínicas se realizan en el 72% de las unidades, con una media de 1 por semana en el 33% y 1 por mes en el 25%. No realizan sesiones clínicas el 26% de las unidades y no han contestado a la pregunta el 2% (fig. 6).

Un último dato que preguntamos en la encuesta, era el tiempo medio de espera para ser atendido en la UD, diferenciando si se trata de DCNM o de dolor oncológico. Los resultados son, en dolor por cáncer, entre el mismo día de la consulta y 15 días de espera en el 8% y entre 1 y 3 meses el 6%, no contesta el 1% y no visita enfermos de cáncer el 6% de las unidades.

En DCNM, entre el mismo día y 15 días el 24%, de 1 a 2 meses el 40%, de 3 a 6 meses el 23%, más de 6 meses el 3%, y no contesta el 1% (fig. 7).

**Discusión**

De las 95 encuestas recibidas, 1 hospital carece de UD (1,05%). De los restantes, 90 son de financiación pública (95,7%) y 4 de financiación privada (4,25%).

A diferencia de los datos que teníamos de los trabajos anteriormente mencionados<sup>6,7</sup>, en éste, el número de UD que han contestado es más importante, y además están representadas todas las comunidades autónomas y Ceuta y Melilla, aunque constatamos que siguen faltando datos de unidades de hospitales importantes que no han contestado a la encuesta, como el Hospital 12 de Octubre, el Hospital

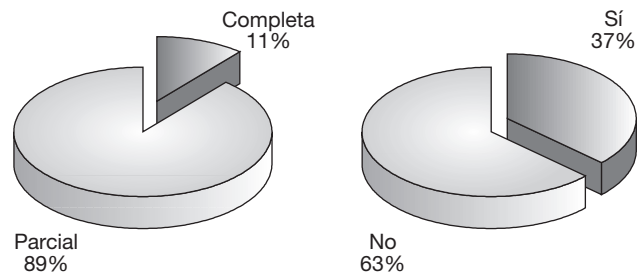


Figura 3 Psicólogos en unidades de dolor. Dedicación.

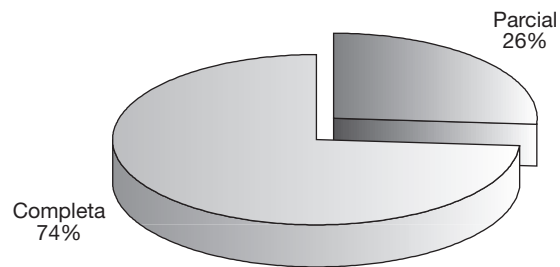


Figura 4 Diplomados universitarios en enfermería en unidades de dolor. Dedicación.

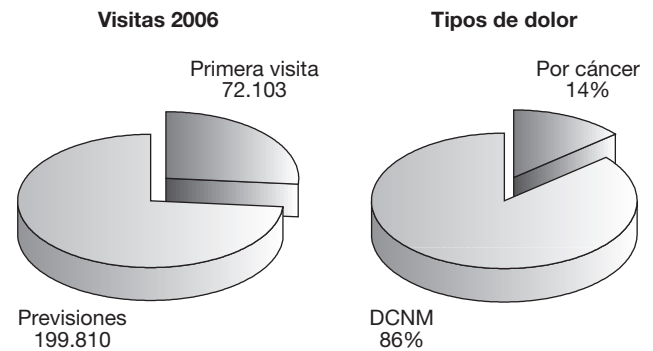


Figura 5 Número total de visitas en 2006. DCNM: dolor crónico no maligno.

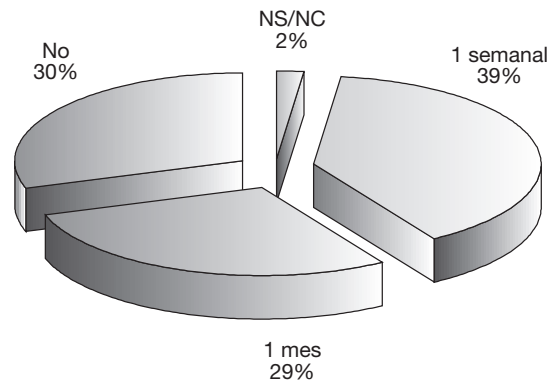


Figura 6 Sesiones clínicas.



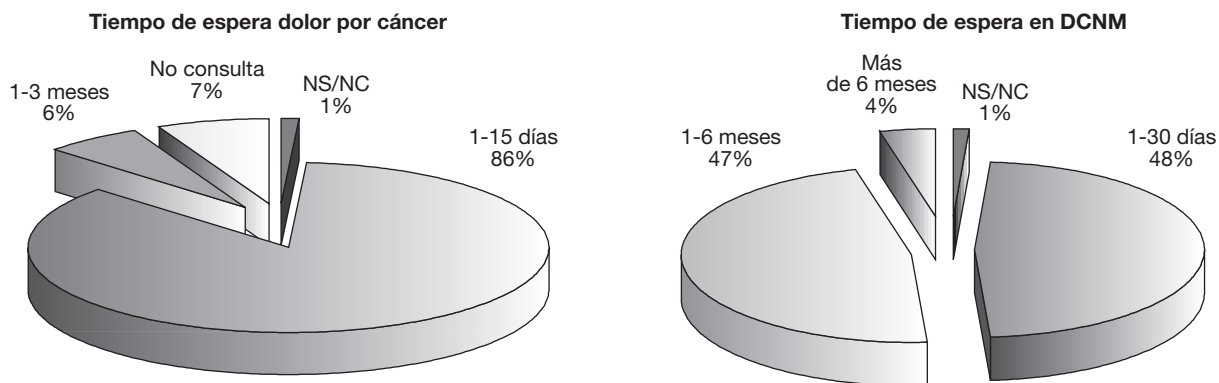


Figura 7 Tiempo de espera para ser visitado. DCNM: dolor crónico no maligno.

Puerta de Hierro y el Hospital Clínico de Madrid, el Hospital La Fe de Valencia, el Hospital de Bellvitge, el Hospital Clínico y el Hospital del Mar de Barcelona, el Hospital Clínico Universitario de Salamanca, el Hospital Juan XXIII de Tarragona, el Hospital de Lleida y otros.

Asimismo, llama la atención el escaso número de encuestas recibidas de las Comunidades de Castilla y León, Castilla-La Mancha e Islas Baleares.

Los datos obtenidos no reflejan exactamente la realidad actual, aunque son más homogéneos en cuanto a la menor dispersión geográfica. De todas maneras, es necesario insistir con posteriores esfuerzos para intentar una aproximación lo más exacta posible a la realidad existente.

La gran mayoría de las UD, 89 (94,6%), depende de los servicios de anestesiología, 2 de medicina de familia (2,12%), 2 de neurocirugía (2,12%) y 1 de medicina interna (1,06%). Seis unidades son independientes de cualquier servicio, 2 de financiación pública y 4 privadas.

Por especialidades médicas, también destaca, con mucha diferencia, la anestesiología (86%), seguida de las otras especialidades a mucha distancia, pero hay que destacar que sólo el 35% de estos especialistas tiene dedicación completa y exclusiva al tratamiento del dolor.

Desafortunadamente, la mayoría de los jefes de servicio de anestesiología y gerentes de hospitales siguen considerando el tratamiento del dolor como una actividad secundaria del servicio<sup>8</sup>. La presión asistencial por las listas de espera quirúrgicas y la escasez de especialistas hace que se destinen los recursos asistenciales y personales para la actividad quirúrgica en detrimento de las otras áreas de la especialidad alejadas del quirófano. Esta actitud puede acabar en un futuro no lejano, dado el interés en el tratamiento del dolor de otras especialidades médicas (neurocirugía, neurología, reumatología, oncología, traumatología, radiología intervencionista), relegando a los anestesiólogos a ser meros espectadores de las nuevas técnicas de cirugía de mínima invasión o a ser simples aplicadores de técnicas de bloqueo nervioso indicadas por otros especialistas.

Para el tratamiento de cuadros de dolor crónico completos se hace del todo necesario el desarrollo de UD multidisciplinarias, independientes de cualquier servicio de hospital, lo que posibilita tener presupuesto propio para cubrir sus necesidades de tecnología y las facultas para poder decidir la contratación de personal médico de diferentes espe-

cialidades, así como personal sanitario no médico como psicólogos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, trabajadores sociales. Los mejores resultados obtenidos en ellas vienen avalados por numerosos trabajos<sup>9-11</sup>.

Desde hace ya muchos años, se conoce la relación entre dolor crónico y alteraciones de la esfera psicológica<sup>12-14</sup>. Muchos pacientes con dolor crónico presentan cambios de comportamiento, afectivos y emocionales serios. Desarrollan ansiedad, depresión, hipocondría y tendencia a olvidar los problemas cotidianos que no están relacionados con su problema físico.

Los efectos sociales del dolor crónico no controlado son importantes. Los pacientes pueden desarrollar problemas interpersonales con miembros de su familia, amigos y miembros de la comunidad. El hecho de que muchos pacientes dejen de trabajar les plantea no solamente un estrés emocional sino también económico, y un sentimiento de dependencia e inutilidad. Todo esto repercute también en la familia desde el punto de vista emocional, lo que es percibido por el enfermo, agravando aún más su cuadro.

Nuestros resultados coinciden con los de Martínez Zapata et al<sup>6</sup>, siendo muy escaso el número de psicólogos que están trabajando en UD (37%) y de éstos la mínima parte a tiempo completo (11%).

Es importante el deterioro de la calidad de vida de los pacientes con dolor crónico y las repercusiones que origina en la actividad laboral. Numerosos trabajos demuestran que programas de rehabilitación multimodales<sup>15,16</sup>, generalmente combinados con intervenciones psicológicas y actividad física, ejercicios o terapia física, disminuyen el dolor y un mayor número de pacientes retornan a su trabajo<sup>17,18</sup>, mejorando antes que los que se les ha hecho control pasivo o intervenciones separadas.

En nuestro trabajo, fisioterapeutas y terapeutas ocupacionales solamente están presentes en 1 UD (1,05%), de carácter privado, de las que han contestado a la encuesta.

Personal de enfermería y auxiliares de clínica tienen mayor presencia en la UD (86 y 73%), siendo la dedicación completa mayoritaria en el caso de los DUE (74%) y no en el de auxiliares de clínica (35%); no ocurre así con el personal administrativo, la mayoría con menor presencia (66%) y dedicación parcial (65%).

De los datos obtenidos del segundo apartado de preguntas, observamos el escaso número de UD con espacios pro-

pios, requisito deseable por las directrices de la IASP<sup>4</sup>. Observamos que la mayoría de UD (67%) dispone de consultas generales del hospital, con una ocupación media de 2-3 días por semana. Consultas propias de la UD se dan en el 33%. Quirófano propio de la unidad solamente se da en el 20%, mientras que en el 67% de las unidades se emplean los quirófanos generales del hospital, con una media de 1 día por semana en el 66%. No disponen de quirófano el 13% de UD. Salas de técnicas menores están disponibles en el 50%.

Si correlacionamos los datos de los 2 primeros apartados de la encuesta (personal e instalaciones), podemos señalar que de los 94 hospitales que tienen UD solamente 5 unidades (4 públicas y 1 privada) se pueden incluir como de nivel IV, al cumplir las directrices de la IASP<sup>4</sup> y de la SED<sup>5</sup>. Otras unidades, en número no superior a 10, siendo condescendientes con las citadas normas de acreditación, se pueden incluir como de nivel III (dependientes de un servicio, generalmente de anestesiología, pero interdisciplinarias con consultores de otros servicios). La mayoría restante, 80, siendo muy flexibles en la aplicación de las normas de acreditación, las incluimos en los niveles II y I.

A pesar de todas estas deficiencias, el trabajo asistencial realizado fue muy importante, destacando la diferencia entre pacientes tratados por dolor oncológico y DCNM, cosa normal desde la implantación de las unidades de cuidados paliativos. Destacar que un 6% de UD no visita pacientes neoplásicos.

La formación continuada como sesiones clínicas se realiza en el 72% de las UD (1 por semana en el 33% y 1 por mes en el 25%), pero es elevado el número de UD que no realizan ninguna actividad docente (26%).

Los tiempos de espera son muy aceptables en dolor oncológico: 86% en menos de 15 días. En los pacientes afectados de DCNM los tiempos presentan mayor variabilidad.

## Conclusiones

- Los datos obtenidos, aunque mejoran en cuanto a una menor dispersión geográfica que los trabajos anteriores, no reflejan exactamente la realidad actual, por la ausencia de datos de UD que no han contestado a la encuesta. No obstante es una aproximación valiosa, y son necesarios posteriores trabajos para completar el mapa y actualizarlo.
- Se hace del todo necesario realizar por parte de las autoridades sanitarias, centrales y autonómicas, un censo de las UD existentes, reconocerlas oficialmente y dotarlas de lo necesario (personal e instalaciones) según su nivel, de acuerdo con las directrices IASP y SED.
- Es urgente la creación, en todos los hospitales, de mayor nivel asistencial y en los regionales de UD multidisciplinarias, independientes de cualquier servicio del hospital, con médicos de diferentes especialidades y personal no médico, como psicólogos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, trabajadores sociales.
- Los hospitales de segundo nivel asistencial (provinciales) deben tener su UD interdisciplinaria, dependiente de un servicio del hospital, no obligatoriamente de anestesiología, que tenga colaboración con otras especialidades médicas.

- Los hospitales comarcales deben disponer de UD unidisciplinarias, en las que 1 o 2 médicos de la misma especialidad realizarán consultas de dolor diaria o semanalmente.
- Estamos de acuerdo con Rodríguez López<sup>7</sup> en que en los centros de asistencia primaria deben crearse grupos de médicos de medicina familiar y comunitaria expertos en evaluación, diagnóstico y tratamiento del dolor previamente formados en UD multidisciplinarias.
- Todos estos niveles asistenciales deben estar en continua intercomunicación, lo que redundará en beneficios para los pacientes y para la Administración.
- Los pacientes oncológicos son tratados mayoritariamente en las unidades de cuidados paliativos. Pero en aproximadamente un 10-12% de éstos observamos que el dolor no es aliviado por medios farmacológicos, siendo necesaria una mayor colaboración entre unidades de cuidados paliativos y UD, ya que dicho grupo de pacientes se podría beneficiar con tratamientos de mínima invasión (bloqueos nerviosos, radiofrecuencia) o con técnicas de perfusión espinal.
- Ante los datos de la encuesta, creemos necesario dar un toque de atención a las autoridades sanitarias, nacionales y autonómicas, para que valorando la importante labor asistencial que realizan las UD, por el entusiasmo y dedicación de los profesionales que en ellas trabajan, a pesar de las deficiencias señaladas, se decidan de una vez al desarrollo e implantación de un plan integral de tratamiento del dolor prometido en diferentes ocasiones.

## Conflicto de intereses

El autor declara no tener ningún conflicto de intereses.

## Agradecimiento

La SED agradece a Pfizer la colaboración prestada en la entrega y recogida de las encuestas.

## Bibliografía

1. Ospina M, Harstall M. Prevalence of chronic pain: an overview. Health Technology Assessment. Edmonton, Alberta, Canada: Alberta Heritage Foundation for Medical Research; 2002.
2. Catalá E, Reig E, Artés M, Aliaga L, López JS, Segú JL. Prevalence of pain in the Spanish population. Telephone survey in 5,000 homes. *Eur J Pain*. 2002;6:133-40.
3. Breivik H, Collett B, Ventafridda V, Cohen R, Gallacher D. Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact of daily life, and treatment. *Eur J Pain*. 2006;10:287-333.
4. Chairman Loeser JD. Task Force on Guidelines for Desirable Characteristics for Pain Treatment Facilities. Desirable characteristics for pain treatment facilities. IASP; 1990. p. 1-5.
5. Bases de la SED para la acreditación de las unidades de tratamiento del dolor [consultado 8-2009]. Disponible en: [http://www.sedolor.es/doc/SED\\_acreditacion\\_de\\_Unidades](http://www.sedolor.es/doc/SED_acreditacion_de_Unidades)
6. 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 Anestesiol Reanim*. 2005;52:141-8.

7. Rodríguez López MJ. Plan Nacional de Lucha contra el Dolor [consultado 8-2009]. Disponible en: <http://www.senec.org/plan%20nacional%20>
8. De Andrés J. Situación actual del tratamiento del dolor crónico en España [editorial]. *Rev Esp Anestesiol Reanim.* 2005;52:127-30.
9. Flor H, Fydrich T, Turk DC. Efficacy of multidisciplinary pain treatment centers: a meta-analytic review. *Pain.* 1992;49:221-30.
10. Turk DC. Clinical effectiveness and cost-effectiveness of treatments for patients with chronic pain. *Clin J Pain.* 2002;18:355-65.
11. Ospina M, Harstall C. Multidisciplinary pain programs for chronic pain: evidence from systematic reviews. HTA 30. Edmonton, Alberta, Canada: Alberta Heritage Foundation for Medical Research (AHFMR); 2003.
12. Halpern LM. Psychotropics, ataractics, and related drugs. En: Bonica J, Vetafridda V, editors. *Advances in pain research and therapy.* Vol. 2. New York: Raven Press; 1979. p. 275-89.
13. Chapman RC. Psychologic and behavioral aspects of cancer pain. En: Bonica J, Vetafridda V, editors. *Advances in pain research and therapy.* Vol. 2. New York: Raven Press; 1979. p. 45-56.
14. Barutell C, Ribera MV. Asociación farmacológica en el tratamiento del dolor. *Dolor.* 1987;1:31-8.
15. Snow BR, Gusmorino P, Pinter I, Jiménez A, Rosenblum A. Multidisciplinary treatment of physical and psychosocial disabilities in chronic pain patients: a follow-up report. *Bull Hosp Jt Dis Orthop Inst.* 1988;48:52-61.
16. Swedish Council on Thecnology Assessment in Healt Care (SBU). *Methods of treating chronic pain- a systematic review.* SBU report N.º 177/1+2. Stockholm: SBU; 2006.
17. Rosomoff RS. Inpatient and outpatient chronic pain programs can be successful in returning patients to gainful employment. *Clin J Pain.* 1990;6:80-3.
18. Aronoff GM, MacAlary PW, Witkower A, Berdell MS. Pain treatment programs: Do they return workers to the workplace? *Occup Med.* 1988;3:123-36.