

REVISTA DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DEL DOLOR

www.elsevier.es/resed



ARTÍCULO ESPECIAL

Estándares de calidad asistencial y catálogo de procedimientos de las unidades de dolor crónico

J.L. de la Calle^{a,*}, D. Abejón^b, J. Cid^c, C. del Pozo^b, J. Insausti^d, E. López^e y el Panel de expertos de la Sociedad Madrileña del Dolor^f

^aUnidad del Dolor, Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, España

^bUnidad del Dolor, Hospital Universitario Puerta de Hierro, Madrid, España

^cUnidad del Dolor, Hospital Virgen de la Salud, Toledo, España

^dUnidad del Dolor, Hospital Universitario Severo Ochoa, Madrid, España

^eUnidad del Dolor, Hospital Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España

^fLos miembros del Panel de expertos se citan al final del documento.

Recibido el 15 de diciembre de 2009; aceptado el 15 de marzo de 2010

PALABRAS CLAVE

Estándares;
Procedimientos;
Calidad asistencial;
Unidad de dolor
crónico

Resumen

Objetivos: Desarrollar unos estándares de calidad asistencial y un catálogo de procedimientos para las unidades de dolor crónico.

Material y métodos: Un comité científico, formado por 6 expertos en el tratamiento del dolor crónico, seleccionó después de una revisión sistemática de la bibliografía un conjunto de 130 criterios de calidad asistencial y 80 procedimientos. Posteriormente, siguiendo la metodología Delphi, un panel formado por el propio comité científico y otros 12 expertos introdujo 4 criterios y 5 procedimientos adicionales, y valoró su grado de acuerdo sobre cada uno de los 134 criterios, y el grado de prioridad de los 85 procedimientos seleccionados.

Resultados: Se ha obtenido un grado elevado de consenso sobre la mayoría de los estándares de calidad propuestos. En particular, se han consensuado 31 estándares generales sobre instalaciones y equipamiento, 15 sobre recursos humanos y 13 sobre procesos. Se han desarrollado 40 estándares sobre consultas externas, que incluyen parámetros estructurales, organizativos y de tiempo, como el número de consultas necesario por cada 100.000 habitantes asignados (1,5 consultas), el número máximo de horas de consulta diarias que debe tener un facultativo (5 horas), el número máximo de días de consulta semanales por facultativo (3 días), el tiempo necesario para completar una primera consulta (50 min) y una sucesiva (20 min), y el tiempo máximo que debe permanecer un paciente en lista de espera en función de la enfermedad subyacente, entre otros. También se han desarrollado 18 estándares de hospitalización y hospital de día, que incluyen estándares como el número de camas y sillones de readaptación al medio necesarios en el hospital de día por cada 100.000 habitantes (1 cama y 1 sillón), el número máximo de

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jdelacalle.hrc@salud.madrid.org (J.L. de la Calle).

pacientes hospitalizados que puede tener a su cargo un especialista en el tratamiento del dolor (4 si es la unidad del dolor la responsable del ingreso, 7 si son otros servicios los responsables, 8 si son pacientes del hospital de día de la unidad), el tiempo necesario para realizar la primera consulta de un paciente hospitalizado (60 min si está ingresado a cargo de la unidad del dolor y 45 min si son otros servicios los responsables del ingreso). El estudio también incluye 8 estándares sobre actividad científica y docente. Finalmente, se ha evaluado la prioridad de 85 procedimientos (18 del hospital de día, 24 de las salas de bloqueo y 43 del quirófano) para que formen parte de la cartera de servicios de las unidades del dolor, y se han establecido unos estándares de tiempo para 76 de ellos.

Conclusiones: Con el debido rigor científico y técnico, se han desarrollado unos estándares de calidad y un catálogo actualizado de procedimientos propios de las unidades del dolor crónico, que deben resultar útiles tanto para la actualización de la estructura y la organización de las unidades ya existentes, como para la planificación y el desarrollo de futuras unidades. Esperamos contribuir con este trabajo a la mejora de la calidad asistencial de los pacientes con dolor crónico.

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

KEYWORDS

Standards;
Procedures;
Quality health care;
Chronic Pain Unit.

Quality care standards and procedures catalogue in chronic pain units

Abstract

Objectives: To develop quality care standards and a procedures catalogue for Chronic Pain Units.

Material and methods: A scientific committee consisting of 6 experts in the treatment of chronic pain selected, after a literature review, a group of 130 quality care criteria and 80 procedures. Later, following Delphi methodology, a panel made up of the scientific committee itself and 12 other experts introduced 4 additional criteria and 5 more procedures, and evaluated their level of agreement on each of the 134 criteria and the priority level of the 85 procedures selected.

Results: A high level of consensus agreement was obtained on the majority of the care standards proposed. In particular, there was consensus on 31 general standards for installations and equipment, 15 on human resources and 13 on procedures. A total of 40 standards have been developed for outpatient clinics, which include structural, organisational and time parameters, such as the number of clinics required for every 100,000 inhabitants (1.5 clinics), the maximum number of daily clinic hours that a physician has to attend (5 h), the maximum number of clinic days per week per physician (3 days), the time required to complete a first visit (50 min) and successive ones (20 min), and the maximum time that a patient must remain on a waiting list depending on their underlying illness, among others. Another 18 standards have been developed for hospitalisation and day hospital, which include standards such as the number of rehabilitation beds and chairs (1 bed and 1 chair), the maximum number of hospitalised patients that a specialist in pain treatment could be responsible for (4 if the Pain Unit is responsible for the admission, and 7 if other departments are responsible, 8 if they are hospital day unit patients), the time required for the first visit to a hospitalised patient (60 minutes if admitted by the Pain Unit and 45 if other departments are responsible for the admission). The study also included 8 standards on scientific activity and teaching. Finally, the priority of the 85 procedures was evaluated (18 for the day hospital, 24 for wards and 43 for operating room) so that they formed part of a services menu for the Pain Units, as well as establishing 76 time standards for these.

Conclusions: Quality standards and an updated procedures catalogue have been developed appropriate for chronic pain units, which should be useful for updating the structure and organisation of already existing units, as well as for the planning and development of future units. We hope that this work will contribute to the improvement in the quality of health care for patients with chronic pain.

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

Introducción

Desde la Sociedad Madrileña del Dolor (SMD) hemos decidido promover la elaboración y la difusión de unos criterios de calidad asistencial y un catálogo de procedimientos de las unidades de dolor crónico (UDC), desarrollados con la participación activa y el consenso profesional de expertos de la SMD. Al igual que otros autores, consideramos que las sociedades científicas son las que deben servir de instrumento para revisar la calidad de los procesos y facilitar a los clínicos los estándares adecuados¹.

Varios son los motivos que justifican el impulso de la SMD a este proyecto, a saber: *a)* la existencia de una injustificada variabilidad actual en la dotación, funcionamiento y resultados en las distintas UDC; *b)* la tendencia necesaria hacia la competitividad positiva (clínica, organizativa y científica) entre dispositivos asistenciales; *c)* las crecientes exigencias de los usuarios y de las autoridades sanitarias para garantizar la calidad y la seguridad de la atención sanitaria, y *d)* la obligación ética de optimizar continuamente los servicios prestados, intentando conseguir el mayor nivel de calidad alcanzable con los recursos disponibles.

El proyecto se ha realizado con la vocación de materializarse como una herramienta referente para los proveedores de servicios sanitarios, tanto públicos como privados, y para la evaluación y la certificación de la calidad de los servicios y los centros asistenciales en los que se efectúa la atención a pacientes con dolor crónico. Se ha pretendido que las propuestas resulten asumibles por los profesionales implicados, y aplicables de forma realista en el sistema sanitario.

Los dos objetivos específicos de la iniciativa son: *a)* proponer, consensuar y priorizar unos estándares objetivos que permitan generar medidas comparables de calidad asistencial entre servicios y dispositivos similares, con la finalidad última de promover los procesos de mejora continua de la asistencia sanitaria prestada, y *b)* consensuar y priorizar el listado de procedimientos que debe conformar la cartera de prestaciones asistenciales de las UDC, y establecer unos estándares de tiempo para éstos.

La utilidad y los beneficios derivados de disponer de unos criterios y estándares de calidad asistencial, y un catálogo de procedimientos de las UDC, resultan patentes tanto para los profesionales como para la propia Sociedad científica. Para los profesionales resultará beneficioso el desarrollo de unos estándares de práctica de calidad consensuados, y el hecho de definir claramente los procedimientos bajo la responsabilidad clínica de las UDC, delimitando su territorio especializado. Los estándares de calidad permitirán medir la calidad asistencial producida de forma cuantitativa, válida, fiable y objetiva, identificar las áreas de mejora y excelencia y, finalmente, poder comparar la calidad de las distintas unidades asistenciales. Para la propia Sociedad científica, resultará beneficioso potenciar su papel como vehículo científico y consolidar la imagen de liderazgo de la especialidad ante profesionales, pacientes e instituciones. También permitirá crear una base de datos común de calidad entre distintos servicios y unidades (útil para acciones de *benchmarking*, reconocimiento e incentivación institucional) y aportará un soporte científico-técnico de apoyo legal a la práctica de los especialistas en dolor.

Todo el estudio se ha desarrollado con el rigor metodológico necesario y tiene una sólida justificación científico-técnica. Con ello, se espera lograr un respaldo generalizado por parte de todos los agentes implicados en la mejora continua de la calidad del sistema sanitario (profesionales, sociedades científicas, pacientes, administración sanitaria y proveedores de servicios).

Finalmente, del éxito de este proyecto se espera una reducción de la variabilidad clínica no justificada, la mejor satisfacción de las necesidades reales de los clientes internos (profesionales) y externos (pacientes), y el cambio de cultura organizacional de los servicios hacia el fomento de la mejora continua.

Material y métodos

En la elaboración del presente trabajo han participado un coordinador (primer firmante) y un comité científico (resto de firmantes), todos ellos miembros de la Junta directiva de la SMD, un equipo técnico formado por un coordinador y un monitor expertos en investigación clínicoepidemiológica, y un panel de expertos en el tratamiento del dolor (ver apartado de agradecimientos).

Para garantizar la viabilidad del trabajo y su rigor metodológico, se propuso desarrollar el proyecto mediante la técnica de consenso profesional Delphi modificada, con metodología mixta: postal y presencial. El método Delphi modificado se desarrolla mediante dos rondas sucesivas de una encuesta estructurada al panel experto. Entre ambas rondas, cada participante recibe el procesamiento de los resultados intermedios logrados por el panel, lo que ofrece la oportunidad de contrastar la opinión personal con la de los restantes panelistas.

El proyecto se desarrolló en 5 fases: *a)* revisión de la bibliografía, formulación, revisión y adaptación de los estándares/recomendaciones del cuestionario; *b)* constitución del panel de expertos participantes; *c)* envío por correo electrónico del cuestionario en primera ronda; *d)* análisis de resultados, discusión y reevaluación grupal en reunión presencial del panel experto de los ítems de la primera ronda en los que se observó una alta variabilidad de criterio, y *e)* segunda ronda de encuesta anónima asistida por un sistema electrónico de voto. En la figura 1 se recoge un esquema de las etapas seguidas en la metodología, y la participación de cada uno de los actores del proyecto.

El Comité científico realizó una revisión sistemática de la bibliografía existente, e identificó los estándares de calidad disponibles en el ámbito del tratamiento del dolor crónico a nivel mundial²⁻³⁸. Fundamentada en esa revisión bibliográfica, se priorizaron los estándares/criterios más relevantes y, finalmente, se estableció una relación con 130 indicadores y 80 procedimientos. El cuestionario definitivo se agrupó en las áreas temáticas o secciones siguientes: I. Estándares generales; II. Estándares de consultas externas; III. Estándares de hospitalización/hospital de día; IV. Estándares de actividad científica y docente, y V. Catálogo de procedimientos.

Para cada uno de los ítems, los encuestados manifestaron su grado de acuerdo personal con que la propuesta resultase un criterio de calidad de las UDC, posicionándose en el

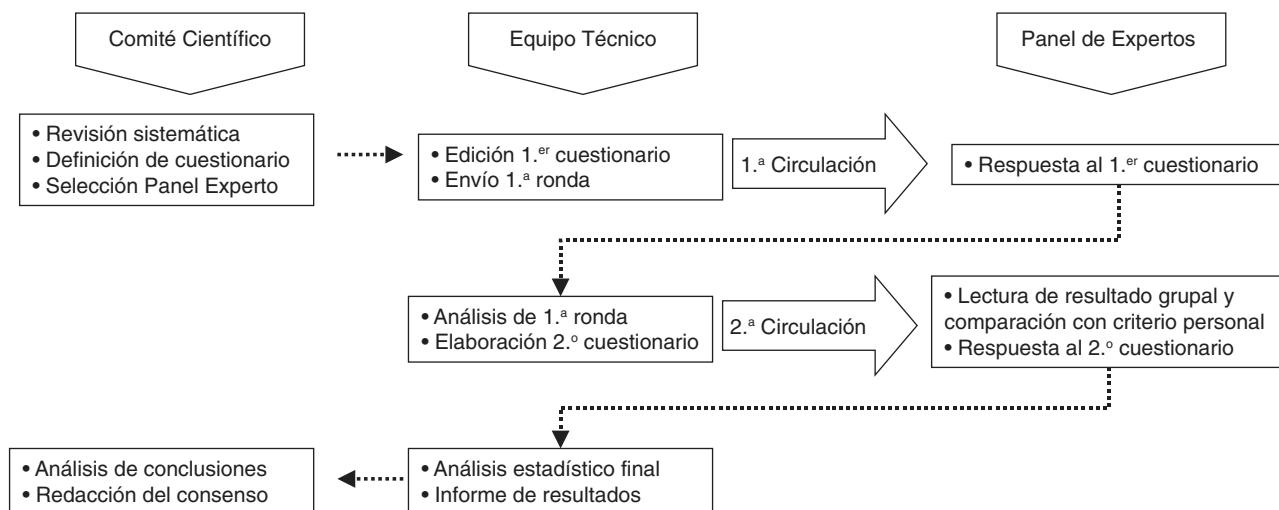


Figura 1 Esquema de las etapas seguidas en la metodología y la participación de cada uno de los actores en el proyecto.

punto que mejor representaba su criterio personal en una escala ordinal de tipo Likert de 1 (desacuerdo pleno) a 9 puntos (acuerdo pleno). La mayoría de los ítems del cuestionario se plantearon en forma de sentencia afirmativa. En el caso de los procedimientos de las UDC, se valoró su grado de prioridad. En este caso, para cada ítem, los encuestados manifestaron su opinión particular sobre la prioridad con la que se deberían implantar los distintos procedimientos propuestos en las UDC, eligiendo un punto de una escala ordinal similar de extremos 1 (mínima prioridad) a 9 puntos (máxima prioridad).

Adicionalmente, el cuestionario incluyó la valoración de otro tipo de estándares de calidad que requerían al panelista la cuantificación de determinados atributos de calidad exigibles a las UDC (espacio físico, tiempo de dedicación, personal propio, etc.). En estos casos se les indicó la unidad de medida en la que debían realizar sus propuestas de libre estimación (número de profesionales, minutos-días-semanas, superficie en m², etc.)

El Panel de expertos se conformó, bajo la dirección del Comité científico, mediante la selección de un grupo de clínicos expertos en el tratamiento del dolor, con dedicación plena al mismo durante un período de, al menos, 5 años, reconocido prestigio profesional y representación multicéntrica de la mayoría de centros asistenciales de la Comunidad Autónoma de Madrid.

La primera ronda de encuesta se materializó por vía correo electrónico, a través de la oficina técnica de coordinación, e incluyó el envío, la recepción y la devolución a la coordinación del formulario de encuesta puntuado por cada panelista. En esta fase del proyecto, los miembros del panel de expertos tuvieron la oportunidad de recomendar nuevos indicadores para que pudieran ser introducidos y puntuados en la segunda vuelta, y realizar las observaciones que considerasen oportunas. Adicionalmente, se puso a disposición del Panel de expertos la bibliografía utilizada, para que la emplearan si lo consideraban oportuno. En esta fase el panel propuso 4 indicadores y 5 procedimientos adicionales.

Tras completar la primera ronda de encuesta y analizar sus resultados, los participantes asistieron a 2 jornadas de

trabajo presencial en las que recibieron la información procesada de las opiniones del grupo sobre cada estándar de calidad propuesto. La información incluyó un dossier escrito detallado con las frecuencias de distribución de los votos del grupo (diagramas de barras de frecuencias relativas).

Después de realizar un debate aclaratorio del grupo en pleno sobre los resultados obtenidos, dirigido por un moderador técnico independiente, los presentes pudieron reconsiderar sus opiniones personales tras conocer el criterio preliminar del resto del grupo. Al final de las sesiones, se solicitó expresamente refrendar o modificar el voto previo en los indicadores de calidad en los que la puntuación media del grupo se localizó en el área de la indeterminación (ni acuerdo, ni desacuerdo; entre 4 y 6). Para este proceso de reevaluación de opiniones, se empleó un sistema electrónico de mandos interactivos de voto a distancia que garantizó en todo momento el mantenimiento del anonimato de cada participación individual. Para los panelistas ausentes a la sesión presencial, se organizó una segunda ronda de encuesta mediante correo electrónico, similar a la primera fase del consenso.

Para procesar la información recogida mediante las escalas tipo Likert (grado de acuerdo/grado de prioridad), para cada indicador sometido a consideración (ítem), se calcularon los valores promedios de las puntuaciones otorgadas por los panelistas y el intervalo de confianza (IC) del 95% de dicho estadístico. En general, a mayor promedio en la puntuación, se aprecia un grado mayor de acuerdo o prioridad en el grupo encuestado sobre el ítem referido. Los valores críticos 4 y 6 delimitan las áreas de acuerdo (> 6), indeterminación (4-6) o desacuerdo (< 4) en la opinión del grupo sobre cada indicador de calidad valorado. En los ítems de prioridad, estos valores determinan las fronteras entre el juicio grupal de alta (> 6), media (4-6) y baja (< 4) prioridad de los distintos procedimientos de la oferta de servicios de las UDC.

Para cada ítem, se interpreta que la opinión agrupada del Panel se posiciona claramente en las áreas laterales descritas (< 4 o > 6) si la media de las puntuaciones se localiza en dichas áreas y el recorrido de su IC del 95% no sobrepasa los

valores críticos descritos. Cuanto menor resulta el tamaño del IC de la media, mayor unanimidad se aprecia en las opiniones grupales. La ausencia de solapamiento en el recorrido de los IC del 95% del promedio de los distintos ítems expresan significación estadística en las diferencias apreciadas entre estos promedios. Para procesar la información recogida en las variables que requerían cuantificación de valores (indicadores de superficie, tiempo, número de profesionales, etc.) se calculó la mediana de las puntuaciones otorgadas por los panelistas, y los percentiles 25 y 75. Todo el estudio estadístico se ha realizado con el paquete informático SPSS (v.15).

Resultados

Se invitó a participar a 20 expertos, de los cuales 18 completaron su colaboración con el proyecto, entre los cuales están los autores del estudio. Los miembros del Panel forman parte de las plantillas de 10 hospitales públicos de la Comunidad de Madrid, un hospital público de la Comunidad de Castilla-La Mancha y una clínica privada de Madrid. Entre todos los miembros del panel suman más de 300 años de experiencia en el tratamiento del dolor.

En los anexos I y II se recogen los resultados completos con los datos estadísticos para cada uno de los criterios planteados. A continuación presentamos un resumen de los resultados obtenidos.

Sección I. Estándares generales

I.1. Estándares de estructura

I.1.1. Estructura: instalaciones, materiales y equipamientos

El Panel presentó un elevado grado de acuerdo sobre estos criterios, considerando que la UDC debe tener un espacio físico propio, que incluya una sala de recepción y espera de los pacientes, despachos para consultas externas, una sala para realizar sesiones clínicas/reuniones/biblioteca y estudio, un archivo documental y área administrativa propios; esta última con secretaría, archivos, documentación y área de informatización, debe contar con aseos y vestuarios para el personal y los visitantes, y un almacén propio. También se considera prioritario que la unidad cuente con un hospital de día propio para la aplicación de tratamientos especiales, y la preparación y la recuperación del paciente antes y después de la realización de los diferentes procedimientos. Dentro de la estructura física se considera prioritario que la unidad cuente con salas de bloqueo y la disponibilidad de un quirófano asignado, al menos, 2 días por semana. La unidad del dolor debe disponer de camas de hospitalización para pacientes en régimen de ingreso.

Dentro del apartado dotacional, se considera que la UDC debe disponer de accesos telefónicos directos, acceso a internet, sistemas de informatización idealmente en red para el registro normalizado de la actividad, e historias clínicas informatizadas y accesibles para el resto del hospital.

En el apartado dotacional se considera que tanto el hospital de día, como las salas de bloqueo deben estar dotadas con el material suficiente para realizar una monitorización básica

(electrocardiografía, oximetría de pulso y tensión arterial [TA] no invasiva), así como todo el material necesario para realizar maniobras de resucitación cardiopulmonar (ambú, tubos endotraqueales, mascarillas laríngeas, cánulas de Guedel, laringoscopio y fármacos específicos). El quirófano asignado a la unidad del dolor debe tener una dotación de material e instrumental convencional similar a cualquier otro de la institución, y debe incluir sistemas de monitorización del paciente y respirador. Adicionalmente, el quirófano de la unidad del dolor debe estar dotado con un aparato de radioscopía con intensificador de imágenes, y todos los sistemas de protección radiológica establecidos por la regulación vigente.

Dentro del apartado dotacional también se consideró que la UDC debe disponer de todo el material necesario para realizar bloqueos nerviosos (estimuladores y agujas específicas), de técnicas de radiofrecuencia (aparato de radiofrecuencia y agujas específicas), un ecógrafo para la realización de técnicas intervencionistas, sistemas de estimulación eléctrica transcutánea e iontoforesis, bombas de PCA (del inglés *patient controlled analgesia*) en número suficiente en función de los pacientes atendidos, programador de bombas de infusión implantables y neuroestimuladores, e instrumentos de exploración neurológica, como los pelos de Von Frey, martillos y diapasones.

No hubo consenso del Panel de expertos sobre la necesidad de disponer de un laboratorio diagnóstico específico de la unidad del dolor, así como sobre la necesidad de disponer de instrumentos de exploración del umbral del dolor, como el termotest, y sistemas de medida del flujo vascular periférico, como el teletermógrafo o el láser Doppler. Tampoco hubo consenso sobre la necesidad de disponer de sistemas de doble manguito de isquemia con manómetro y sistemas de biorretroalimentación. Es importante resaltar que, en el caso del criterio de disponer de un laboratorio diagnóstico específico para la UDC, la media de las opiniones fue de 6,61, pero en senso estricto no se puede afirmar el acuerdo, ya que el IC del 95% oscila entre 5,15 y 8,07. Los demás criterios sobre los que no se obtuvo el consenso se encuentran claramente en el territorio de la indefinición.

Finalmente, hubo consenso en que no son necesarios actualmente los sistemas de crioanalgesia para el tratamiento del dolor, ni los aparatos para la aplicación de magnetoterapia.

I.1.2. Estructura: recursos humanos, formación y competencia

Las UDC deben estructurarse con dependencia directa de la Dirección médica. La UDC debe tener un director o coordinador de ésta con categoría de jefe de sección, y disponer de una plantilla médica compuesta preferentemente por anestesiólogos, siendo recomendable la participación multidisciplinaria de otros profesionales. Otras especialidades médicas especialmente recomendables para formar parte de la plantilla de la unidad son rehabilitación y terapia física, medicina interna y neurocirugía. Todos los facultativos que formen parte de la UDC deben tener dedicación completa a ella. En el capítulo de formación, todos los facultativos deben tener una titulación especializada y una formación y experiencia clínicas suficientes para tratar a los pacientes con dolor crónico, en consonancia con las recomendaciones establecidas en el programa de acreditación para expertos

en dolor de la Sociedad Española del Dolor. La UDC debe contar con facultativos consultores de forma estable, con dedicación parcial a la actividad de la unidad. Los especialistas mejor indicados como consultores, si no forman parte de la plantilla de la unidad, son neurocirujanos, psiquiatras, rehabilitadores, neurólogos y cirujanos ortopédicos.

Adicionalmente, dentro de los recursos humanos necesarios para la UDC, se considera imprescindible la participación de un psicólogo clínico, diplomados universitarios en enfermería (DUE), auxiliares de enfermería y administrativos con dedicación completa en todos los casos. El número necesario de DUE, auxiliares de enfermería, administrativos y celadores deberá calcularse en función de la actividad asistencial de la unidad.

No hubo consenso sobre la necesidad de contar en la plantilla de la UDC con celadores con dedicación completa (media: 6,89; IC del 95%, 5,71-8,07), ni sobre la necesidad de que en la plantilla de la UDC se incluya a otros profesionales sanitarios, como fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales y asistentes sociales (media: 4,22; IC del 95%, 2,99-5,46).

I.2. Estándares de proceso

I.2.1. Proceso: estándares de organización

Debe existir una conexión informática entre atención primaria y la UDC, y se debe garantizar la posibilidad de solventar telefónicamente problemas derivados del tratamiento, tanto a los pacientes, como a los médicos de atención primaria. Todos los médicos deben tener acceso en línea a una biblioteca médica y disponer de correo electrónico institucional.

En la tabla 1 se recoge el porcentaje de tiempo que los facultativos de la UDC deben dedicar a la labor asistencial, gestión, docente, investigadora y formación continuada según la categoría profesional. La actividad de la unidad no debe interrumpirse en períodos vacacionales.

I.2.2. Proceso: estándares de calidad

En las UDC se debe implantar la gestión por procesos y deben desarrollarse vías clínicas para los procedimientos más prevalentes. La actividad de la UDC debe estar protocolizada, y debe tener el adecuado soporte documental escrito. Los protocolos asistenciales deben basarse en las recomendaciones de las guías de práctica clínica.

Tabla 1 Porcentaje de la jornada laboral expresado en valores medianos. Porcentaje de tiempo laboral, por categorías profesionales, que deben dedicar a las diferentes actividades los miembros de la unidad de dolor

Actividad	Jefe de unidad	Adjunto	Residente
Asistencial	40	62,5	75
Gestión	20	5	0
Docente	10	10	10
Investigación	10	10	10
Formación continuada	10	10	10

Se deben distribuir cuestionarios de calidad percibida a todos los pacientes, y debe disponerse de documentos con información para el paciente sobre las entidades clínicas y procedimientos más prevalentes. Adicionalmente, debe disponerse de documentos con recomendaciones para el paciente sobre actividad física, medidas de higiene de la espalda y actuación posquirúrgica. Todos los procedimientos intervencionistas deben ir precedidos de la firma, por el paciente y el médico, del correspondiente consentimiento informado.

Sección II. Estándares de consultas externas

II.1. Estándares de estructura: instalaciones, personal

El tamaño mínimo de cada consulta debe ser de 15 m². La UDC debe disponer de 1,5 consultas externas diarias por cada 100.000 habitantes asignados. El máximo número de consultas que debe compartir una DUE y un auxiliar de clínica son de 2 y 3, respectivamente.

II.2. Estándares de proceso

II.2.1. Proceso: estándares de organización

Se considera que un paciente con dolor crónico debe revisarse anualmente en 4 ocasiones. En una jornada laboral, un facultativo de la UDC no debería atender más de 4 primeras consultas u 11 consultas sucesivas. Un facultativo de la UDC no debería dedicar más de 5 horas a consultas externas por jornada laboral y no debería tener asignado más de 3 días a la semana de consulta externa. Finalmente, la opinión del Panel es que el tiempo máximo para tener acceso a la historia clínica en los casos urgentes debe ser de 1 hora, y dentro de la actividad programada el tiempo máximo para obtenerla debe ser de 2 días¹⁵.

II.2.2. Proceso: estándares de tiempo

El tiempo necesario para completar la 1.^a consulta es de 50 min, y de 20 min para la segunda y sucesivas. El tiempo máximo de demora en la atención del paciente sobre la hora de citación es de 30 min.

El tiempo máximo en lista de espera para realizar la 1.^a consulta oscila entre una semana para los pacientes que presenten un proceso oncológico, y 5,5 semanas para los aquejados de un proceso crónico osteomuscular. El tiempo máximo de espera entre la 1.^a y la 2.^a consultas para esos mismos procesos oscila entre las 2 y las 8 semanas, respectivamente. En el anexo I se recogen todos los tiempos máximos estimados de lista de espera en función de la afección del paciente y el tipo de consulta a realizar.

II.2.3. Proceso: estándares de calidad

En la 1.^a consulta en la unidad se debe realizar una historia clínica completa que incluya los antecedentes personales (médicos, laborales y farmacológicos), la anamnesis general y de la historia del dolor y una exploración física completa (exploración regional del dolor, neurológica y ortopédica). En esta 1.^a consulta se deben solicitar las pruebas complementarias oportunas y realizar una aproximación

diagnóstica y un plan terapéutico provisional, así como proporcionar la correspondiente información al paciente. En las visitas sucesivas es donde se deben valorar las pruebas solicitadas y establecer el diagnóstico y plan terapéutico definitivo. En el informe clínico de alta deben figurar, al menos, los apartados siguientes: motivo de consulta, antecedentes personales y familiares, historia actual, exploración física, exploraciones complementarias, diagnóstico y tratamiento.

No hubo consenso sobre la necesidad de realizar una evaluación psicológica mediante tests psicométricos a todos los pacientes en la 1.^a consulta de la unidad (media: 6,67; IC del 95%, 5,44-7,90).

La UDC debe disponer de protocolos de derivación y seguimiento con atención primaria para los pacientes con dolor crónico, y participará, junto con otros servicios (rehabilitación, neurocirugía, psiquiatría, etc.), en las consultas monográficas multidisciplinarias sobre enfermedades crónicas relevantes que se constituyan en los hospitales de referencia.

La UDC debe tener un teléfono de contacto directo para el paciente que debe ser computado como una consulta.

Sección III. Estándares de hospitalización y hospital de día

III.1. Estándares de estructura

El hospital de día de la UDC debe disponer, como mínimo, de 1 cama y 1 sillón de readaptación al medio por cada 100.000 habitantes asignados del área sanitaria. Se considera que por cada 10 procedimientos intervencionistas ambulantes realizados, se debe disponer, como mínimo, de 4 camas y sillones de readaptación al medio.

III.2. Estándares de proceso

III.2.1. Proceso: estándares de organización

El número máximo de pacientes hospitalizados que puede tener asignado un especialista en el tratamiento del dolor es de 4 si es la UDC el servicio responsable del ingreso, y de 7 si son otros servicios los responsables del ingreso (interconsultas). En el caso del hospital de día de la UDC, el número máximo de pacientes asignados por especialista debe ser de 8.

III.2.2. Proceso: estándares de tiempo

El tiempo necesario para completar la 1.^a visita de un paciente hospitalizado a cargo de la UDC es de 60 min, y 45 min si el ingreso está realizado por otros servicios (interconsultas). Se considera que el tiempo necesario para completar la visita diaria (sucesivas) del paciente hospitalizado a cargo de otros servicios debe ser de 20 min.

En el caso del hospital de día de la UDC, el tiempo necesario para valorar a un paciente y prescribir su tratamiento es de 20 min, y de 15 min para realizar el control posttratamiento.

El tiempo necesario para completar la visita de alta hospitalaria, incluida la realización del informe clínico y la información al paciente y sus familiares, es de 45 min. Finalmente, se considera que son 50 min el tiempo necesario, por jornada laboral, para la comunicación con otros especialistas

como los responsables del ingreso del paciente en el caso de las interconsultas, radiólogos, electrofisiólogos, etc.

III.2.3. Proceso: estándares de calidad

En la 1.^a consulta de pacientes hospitalizados, a cargo de la UDC o de otros servicios (interconsultas a la UDC), se debe realizar una historia clínica completa que incluya los mismos epígrafes que los descritos para las consultas externas. En las visitas sucesivas diarias de los pacientes ingresados (a cargo de la UDC o de otros servicios), se debe recoger en la historia clínica la evolución del paciente, los resultados y la valoración de las pruebas complementarias, las reevaluaciones del tratamiento y la información al paciente y sus familiares. El informe de alta del paciente hospitalizado debe incluir, además de los epígrafes descritos para las consultas externas, un epígrafe que recoja la evolución del paciente con los procedimientos y/o actuaciones realizadas durante el ingreso.

Sección IV. Estándares de actividad científica y docente

IV.1. Actividad científica

Todos los facultativos de la UDC deben participar en las actividades científicas siguientes de forma habitual: comunicaciones a congresos nacionales e internacionales, publicaciones en revistas nacionales e internacionales, y proyectos de investigación con subvención pública o privada. En la figura 2 se recoge la opinión del Panel sobre la frecuencia temporal con la que se deben realizar estas actividades. La opinión mayoritaria es que la frecuencia mínima con la que se debe presentar una comunicación a congresos nacionales es de una al año, cada 2-3 años en la caso de las comunicaciones internacionales, cada 1-2 años se debe realizar una publicación nacional, y cada 3 años, una internacional. En el caso de los proyectos de investigación, se considera mayoritariamente que la frecuencia de participación mínima es de uno al año si la financiación es privada, y uno cada 3 años si la financiación es pública.

IV.2. Actividad docente

La UDC debe participar en las actividades de formación especializada (recibir médicos residentes en períodos de rotación reglados), y en las actividades de formación continua (cursos a otros servicios, estancias formativas de otros especialistas). Todos los facultativos de la UDC deben presentar sesiones clínicas, con una frecuencia mínima de entre 3 y 6 meses.

Sección V. Catálogo de procedimientos y estándares de tiempo

En total se ha evaluado la prioridad de 85 procedimientos para que formen parte de la cartera de servicios de las UDC (anexo II). Los procedimientos se han clasificado para realizarlos en el hospital de día (18 procedimientos), en las salas de bloqueo (24 procedimientos) o en el quirófano de la UDC (43 procedimientos).

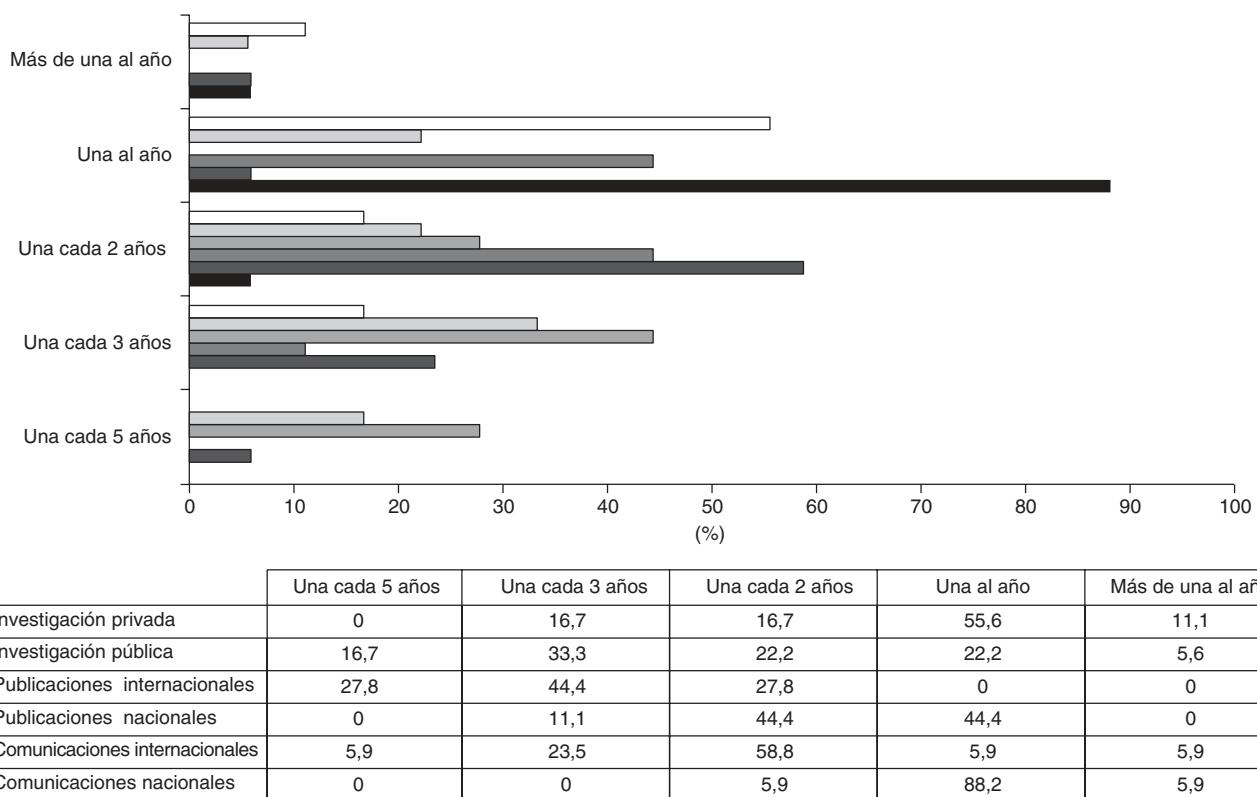


Figura 2 Opinión del Panel de expertos expresada en porcentaje (%) de la frecuencia mínima con la que se deberían realizar las diferentes actividades científicas.

De los procedimientos propuestos para los hospitales de día de las UDC, se ha considerado de baja prioridad la estimulación eléctrica percutánea (PEN o PNT) y la programación de neuroestimuladores por radiofrecuencia; de prioridad media el bloqueo regional endovenoso y el test con fentolamina, y de alta prioridad el resto de procedimientos.

En el caso de los procedimientos propuestos para realizarlos en las salas de bloqueo, se han considerado como de prioridad intermedia el bloqueo del ganglio esfenopalatino (media: 3,83; IC del 95%, 2,19-5,48), el del ganglio estrellado (media: 6,89; IC del 95%, 5,35-8,42) y el espinal diferencial (media: 6,72; IC del 95%, 5,23-8,22), aunque el primero de ellos está muy próximo a la baja prioridad, y los 2 últimos, a la alta. El resto de procedimientos se ha considerado de alta prioridad.

Para los procedimientos a realizar en el quirófano, se han considerado de baja prioridad la hipofisectomía química percutánea y la cordotomía cervical percutánea; de prioridad intermedia el bloqueo neurolítico epidural o subaracnoideo, la discografía, el tratamiento intradiscal electrotérmico, la radiofrecuencia del disco intervertebral, la vertebroplastia y la cifoplastia, la ozonoterapia y la radiofrecuencia intraarticular coxofemoral y de rodilla. Todos los demás procedimientos se han considerado de alta prioridad.

Se han establecido estándares de tiempo para 76 de los procedimientos. En 9 procedimientos, con baja y mediana prioridad, no se han podido establecer unos estándares de tiempo, ya que no se definieron muchos de los miembros del Panel de expertos.

Discusión

La metodología para la obtención de estándares puede basarse en la revisión de la bibliografía, el análisis de procesos, la opinión de expertos y otros métodos de consenso (Delphi, grupo nominal, etc.)³⁹. En este proyecto, se ha combinado el método Delphi con un documento previo de revisión de la bibliografía en el que basar la selección de los indicadores a puntuar, con un control en todas las etapas por un grupo de trabajo de composición mixta (Comité científico formado por expertos en el tratamiento del dolor y equipo técnico con experiencia en investigación clínicoepidemiológica). Todo el proceso se ha desarrollado con el debido rigor metodológico y con una sólida justificación científico-técnica, lo que avala la solvencia de los resultados.

La técnica Delphi es un método contrastado de identificación y resolución de problemas mediante el consenso. Esta técnica se utiliza en cuestiones sobre las que no hay evidencia científica, que es sustituida por un consenso de expertos con el que se puede conseguir una aproximación muy real en la identificación de problemas y necesidades³⁹. Algunas ventajas importantes de este método son: *a)* el anonimato en la defensa de las opiniones individuales; *b)* la interacción controlada de cada miembro con las opiniones del resto del grupo; *c)* la oportunidad de reflexionar y reconsiderar la opinión propia por parte de cada participante; *d)* la posibilidad de cambiar de criterio, si los argumentos presentados así lo justifican, sin que resulte notorio al resto

de panelistas; e) la validación estadística del consenso logrado, y f) su amplia difusión de uso en múltiples áreas de la biomedicina.

En nuestro trabajo se ha conseguido un elevado grado de consenso en la mayoría de los estándares, lo que avala la importancia de los criterios seleccionados, y la solvencia del método empleado para su elección. Estos resultados se muestran especialmente relevantes al haber utilizado la técnica Delphi para la consecución de éstos, ya que está demostrado que con esta técnica se consiguen conclusiones más fidedignas que con otros métodos de resolución de problemas, como la técnica del grupo nominal, con los que habitualmente resulta más fácil llegar al consenso del Panel de expertos⁴⁰.

Adicionalmente, nos parece importante resaltar el hecho de que el Panel de expertos haya sido numeroso (18 participantes), que cuente con una vasta experiencia profesional (el Panel en su conjunto tiene más de 300 años de dedicación profesional al tratamiento del dolor crónico), y que sus miembros tengan un reconocido prestigio profesional dentro de la Sociedad Española del Dolor. Todo ello abunda en la importancia del grado de consenso alcanzado en la mayoría de los estándares seleccionados, y confiere aun una mayor fiabilidad a los resultados.

El control de la calidad de la atención médica analiza los componentes de la asistencia sanitaria delimitados por Donabedian⁴¹, a saber:

- a) Análisis de la calidad de los medios: la evaluación de la estructura que permite identificar deficiencias en las instalaciones, equipamiento, organización y personal disponibles para prestar la asistencia.
- b) Análisis de la calidad de los métodos: la evaluación del proceso que permite conocer la calidad de la actuación profesional en relación con la norma científico-técnica establecida.
- c) Análisis de la calidad de los logros asistenciales: la evaluación de los resultados que permite identificar si se está obteniendo lo esperado en el nivel de salud de los pacientes, según sus necesidades y expectativas.

Este autor establece una relación funcional entre estos 3 niveles, considerando que una estructura adecuada aumenta las posibilidades de un buen proceso, y que éste propicia un resultado óptimo.

Se trata de una clasificación esencialmente didáctica que no supone una secuencia temporal de análisis. Es decir, cuando se evalúa la calidad de la asistencia, se contemplan a un tiempo elementos de estructura, proceso y resultados cuya medición objetiva resulte factible. Medir la calidad asistencial de un servicio clínico significa comparar la práctica clínica real observada con los estándares explícitos preestablecidos, en las 3 grandes categorías comentadas: estándares de estructura (por ejemplo, instalaciones, formación y entrenamiento del personal, recursos, etc.); estándares de proceso (por ejemplo, cómo se hace la asistencia, cómo se documenta, si existen protocolos, si se siguen, etc.), y estándares de resultado (por ejemplo, complicaciones ocurridas, efectividad lograda con la asistencia, etc.)

Este planteamiento es el que hemos utilizado a la hora de establecer los diferentes estándares y criterios. Nos hemos centrado en elaborar estándares de estructura y de proceso

que consideramos básicos para continuar trabajando sobre la calidad de las UDC. Es importante resaltar que el control de la calidad de los resultados, aplicado únicamente a los cambios en el estado de salud, es incompleto, además de difícil. Por ello, hay que analizar la calidad del servicio prestado en sí mismo, y que es el resultado de la interacción entre el profesional, la estructura y el paciente⁴². Como ya comentamos previamente, consideramos que son las sociedades científicas las que deben servir de instrumento para revisar la calidad de los procesos y facilitar a los clínicos los estándares adecuados.

La *European Federation for IASP Chapters* (EFIC) ha realizado una serie de recomendaciones para mejorar el tratamiento del dolor en Europa, entre las que se encuentran el reconocimiento de la medicina del dolor como una especialización profesional en todos los países, y la provisión de recursos por parte de las administraciones públicas y privadas para el desarrollo de más unidades/centros del dolor que cuenten con una completa cartera de servicios y una suficiente dotación estructural para el tratamiento del dolor²⁷. Su objetivo es estrechar la frontera entre los recursos disponibles actualmente, y los que son realmente necesarios para que el tratamiento del dolor sea accesible a toda persona que lo necesite. En España, al igual que en otros países de nuestro entorno, estamos lejos de contar con los recursos adecuados para las necesidades reales en el tratamiento del dolor crónico. Actualmente, el reconocimiento de las necesidades dotacionales de las UDC está más en relación con la perseverancia y la capacidad de persuasión de los miembros de las unidades, que con un reconocimiento oficial de estas estructuras clínicas. Consideramos que iniciativas lideradas por las sociedades científicas, como la que hemos realizado, pueden contribuir a la mejora de esta situación.

Los estándares que hemos desarrollado sobre las necesidades estructurales en instalaciones, equipamiento y recursos humanos de las UDC son en muchos aspectos similares a las recomendaciones realizadas por otras sociedades científicas cuyo campo de actuación es el dolor crónico^{7,18,31-37}. No puede ser casual el elevado grado de coincidencia en aspectos tan concretos como los tiempos mínimos para realizar la primera consulta en las UDC (50 min en nuestro caso frente a 45 min para la *British Pain Society* y el *Royal College of Anaesthetists*³⁵), o el número de consultas externas por cada 100.000 habitantes (1,5 en nuestro caso frente a 1 profesional a tiempo completo para el *Royal College of Anaesthetists*¹⁶). También son coincidentes otras muchas de las recomendaciones sobre aspectos organizativos, como la importancia de la comunicación con atención primaria y la necesidad de realizar atención continuada.

Hemos priorizado y actualizado el catálogo de procedimientos y prestaciones asistenciales propios de las UDC. El motivo es que, a nuestro criterio, el nomenclátor de la Organización Médica Colegial no recoge con claridad la actividad y los procedimientos que realmente se están realizando en las UDC, como tampoco están explicitados suficientemente en las carteras de servicio de la mayoría de los hospitales²⁹. Adicionalmente, hemos desarrollado unos estándares de tiempo para la realización de éstos, que son significativamente menores que las recomendaciones de otros autores¹². Es importante resaltar que los tiempos de nuestro estudio hacen referencia exclusivamente al

tiempo de realización del procedimiento, y excluyen, por tanto, los intermedios como los de anestesia o la preparación del paciente. No obstante, aunque consideramos que los estándares de tiempo que proponemos deben resultar útiles para planificar la actividad de las UDC, resulta obvio que éstos deben tomarse como orientativos, dada la gran variabilidad interindividual e interprocesos existente.

Ante la evidencia del deterioro de los pacientes con dolor mientras esperan para ser atendidos en las UDC, y el hecho de que no existan, en nuestro conocimiento, unas recomendaciones específicas sobre el tiempo máximo en lista de espera para pacientes con dolor crónico, resultaba obligado establecer unos estándares al respecto⁴³. Los estándares que hemos establecido se han realizado atendiendo a la necesidad de que los tiempos de espera máximos deben establecerse teniendo en cuenta los distintos procesos y las prioridades clínicas, sin excluir que, complementariamente, se puedan establecer tiempos máximos de carácter general socialmente razonables. Consideramos que los estándares que planteamos no sólo son deseables, sino también completamente asumibles y realistas en sus planteamientos. Tan realistas son, que todavía no cumplen los deseos de los pacientes. Baste como ejemplo el hecho de que, según el consenso del Panel de expertos, el tiempo máximo que debe permanecer un paciente en lista de espera para realizar la 1.^a consulta oscila entre una semana para los pacientes oncológicos y 5,5 semanas para los pacientes con enfermedad osteomuscular crónica, resultados que exceden el tiempo máximo que los pacientes consideran correcto esperar para la consecución de esta 1.^a consulta, que oscila entre 15 días y 26 días, según la especialidad demandada⁴⁴.

Podemos concluir diciendo que, con el debido rigor científico-técnico, hemos desarrollado unos estándares de calidad y un catálogo actualizado de procedimientos propios de las UDC, que deben resultar útiles tanto para la actualización de la estructura y la organización de las unidades ya existentes, como para la planificación y el desarrollo de futuras unidades. Esperamos que estos estándares contribuyan a disminuir la variabilidad actual en cuanto a la dotación, el funcionamiento y los resultados en las distintas UDC y permitan mejorar la calidad, la seguridad y la accesibilidad de la atención especializada prestada a los pacientes con dolor crónico.

Agradecimientos

Queremos agradecer al Panel de expertos su participación en el presente proyecto, al equipo técnico formado por Fernando Caballero y Patricia Chica su labor de asesoría y colaboración científico-técnica, y a Emilio Lozano, jefe regional de neurociencias de Madrid de Pfizer, su contribución en la financiación del estudio.

Panel de expertos

M. Acedo, Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.
 J. de Andrés, Hospital Virgen de la Salud, Toledo.
 J. Estrada, Hospital Universitario de Getafe, Madrid.
 J.R. González-Escalada, Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid.

- A. Gracia, Fundación Jiménez Díaz, Madrid.
- A. Manzano, Hospital Universitario Gregorio Marañón, Madrid.
- J.M. Muñoz-Ramón, Hospital Universitario de La Paz, Madrid.
- C. Pérez, Hospital Universitario de La Princesa, Madrid.
- A. Perucho, Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid.
- E. Reig, Clínica del Dolor de Madrid, Madrid.
- M. Ruiz, Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Madrid.
- L. Vicente-Fatela, Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Fuentes de financiación

Las fuentes de financiación no han tenido participación en el diseño del estudio, la colección de datos, el análisis o la interpretación de éstos, la redacción del manuscrito o la decisión de enviarlo para su publicación.

Bibliografía

1. Ruiz P. La medición de la calidad asistencial. Rev Clin Esp. 2001;201:561-62.
2. Agency for Health Care Policy and Research (AHCPR). Management of cancer pain: clinical guideline number 9. Publication No. 94-0592.1994. [Consultado en diciembre de 2008] Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/bookshelf/br.fcgi?book=hsarchive&part=A18803>
3. Aronoff GM, Wagner JM. The Pain Center: Development, structure and dynamics. En: Aronoff GM, editor. Pain Centers a revolution in health care. New York: Raven Press; 1988. p. 33-54.
4. Aronoff GM, McAlary PW. Organization and function of the multidisciplinary pain center. En: Aronoff GM, editor. Pain Centers a revolution in health care. New York: Raven Press; 1988. p. 55-74.
5. Bonica JJ. Evolution of multidisciplinary/Interdisciplinary pain programs. En: Aronoff GM, editor. Pain Centers a revolution in health care. New York: Raven Press; 1988. p. 9-32.
6. Boswell MV, Trescot AM, Datta S, Schultz DM, Hansen HC, Abdi S, et al. Interventional techniques: Evidence-based practice guidelines in the management of chronic spinal pain. Pain Physician. 2007;10:7-111.
7. Campbell A, Cole E. Interdisciplinary Pain Management Programs: The American Academy of Pain Management Model. En: Boswell MV, Cole BE, editors. Weiner's pain management: a practical guide for clinicians. 7th ed. Boca Raton: American Academy of Pain management; 2006. p. 1517-30.
8. Commission on accreditation of rehabilitation facilities (CARF). Standards manual. Centers for Medicare and Medicaid services. DMEPOS accreditation program. 3th ed. 2009. [Consultado en febrero de 2009] Disponible en: <http://www.carf.org/pdf/DMEPOSsm.pdf>
9. Commission on accreditation of rehabilitation facilities (CARF). Performance indicators for rehabilitation programs. Version 1.1.1998. [Consultado en febrero de 2009] Disponible en: <http://www.carf.org/pdf/PerIndMo.pdf>
10. Cunningham AJ, Knape JTA, Adriaensen H, Blunnie WP, Buchser E, Goldik Z, et al. Guidelines for anaesthesiologist specialist training in pain medicine. Eur J Anaesthesiol. 2007;24:568-70.

11. Cruccu G, Aziz TZ, García-Larrea L, Hansson P, Jensen TS, Le-faucheur JP, et al. EFNS guidelines on neurostimulation therapy for neuropathic pain. *Eur J Neurol.* 2007;14:952-70.
12. Busquets C, Rivera MV. Técnicas utilizadas en las unidades del dolor. Tiempo empleado. En: Busquets C, Rivera MV, editores. Unidades del dolor: Realidad hoy, reto para el futuro. Barcelona: Acadèmia de Ciències Mèdiques de Catalunya i de Balears; 2002. p. 79-80.
13. Department of Health, Clinical standards advisory group (CSAG). Services for patients with pain. London: 2000. [Consultado en diciembre de 2008] Disponible en: http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_4007468
14. Dobkin PL, Lucy J, Boothroyd LJ. Organizing health services for patients with chronic pain: when there is a will there is a way. *Pain Med.* 2007;9:881-9.
15. Gatchel RJ, Okifuji A. Evidence-based scientific data documenting the treatment and cost-effectiveness of comprehensive pain programs for chronic nonmalignant pain. *J Pain.* 2006;7:779-93.
16. Grady K. Chronic pain services. En: Colvin JR, editors. Raising the standard: a compendium of audit recipes for continuous quality improvement in anaesthesia. 2nd ed. The Royal College of Anaesthetists; 2006. p. 251-72. [Consultado en diciembre de 2008] Disponible en: <http://www.rcoa.ac.uk/docs/ARB-section12.pdf>
17. Grupo de Consenso de Anestesia, Reanimación y Terapéutica del Dolor, Consellería de Sanitat de la Generalitat Valenciana. El catálogo de procedimientos de la unidad del dolor. Una oportunidad para conocer su casuística. Libro de ponencias del V Congreso de la Sociedad Española del dolor. 2002: 1-8. [Consultado en diciembre de 2008] Disponible en: http://revista.sedol.es/pdf/2002_11_01.pdf
18. International Association for the Study of Pain (IASP), Task Force on Guidelines for Desirable Characteristics for Pain Treatment Facilities. Desirable characteristics for pain treatment facilities. 1990. [Consultado en enero de 2009] Disponible en: http://www.iasppain.org/AM/Template.cfm?Section=Pain_Clinic_Guidelines&Template=/CM/HTMLDisplay.cfm&ContentID=3011
19. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO), National Pharmaceutical Council (NPC). Improving the quality of pain management through measurement and action. 2003. [Consultado en diciembre de 2008] Disponible en: <http://d.scribd.com/docs/26u61e831vd4f4gly5c1.pdf>
20. Martínez Zapata MJ, Català E, Rigola M. Análisis descriptivo en el año 2001 de las Unidades de Tratamiento del Dolor Crónico en España. *Rev Esp Anestesiol Reanim.* 2005;52:141-8.
21. Mc Quay HJ, Moore RA, Eccleston C, Morley S, Williams AC. Systematic review of outpatient services for chronic pain control. *Health Technol Assess.* 1997;1:1-135.
22. Ministerio de Sanidad y Consumo, Informes, estudios e investigación. Unidad de Hospital de día: Estándares y recomendaciones. 2008. [Consultado en enero de 2009] Disponible en: <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/UnidadHospitalDia.pdf>
23. Ministerio de Sanidad y Consumo, Informes, estudios e investigación. Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria: Estándares y recomendaciones. 2008. [Consultado en enero de 2009] Disponible en: <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/guiaCMA.pdf>
24. Muñoz-Ramón JM, Memran N. Tratamiento del dolor en el contexto de la sanidad francesa. La experiencia del Centre hospitalier universitaire de Niza. *Rev Soc Esp Dolor.* 2001;8:51-62.
25. National specialised services definitions set. Definition Nº 31: Specialised Pain management services (adult). DOH, 2002. [Consultado en enero de 2009] Disponible en: <http://www.doh.gov.uk/specialisedservicesdefinitions>
26. National Pharmaceutical Council (NPC), Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO). Pain: Current Understanding of assessment, management and treatments. 2001. [Consultado en diciembre de 2008] Disponible en: <http://d.scribd.com/docs/1qe0r4k1bd6nmb8g71hj.pdf>
27. Niv D, Devor M. Position paper of the European Federation of IASP Chapters (EFIC) on the subject of pain management. *Eur J Pain.* 2007;11:487-9.
28. Nova Scotia chronic pain working group. Action plan for the organization and delivery of chronic pain services in Nova Scotia. 2006. [Consultado en diciembre de 2008] Disponible en: http://www.gov.ns.ca/health/reports/pubs/Action_Plan_Chronic_Pain.pdf
29. Organización Médica Colegial (OMC). Clasificación Terminológica y codificación de actos y técnicas médicas. 2003. [Consultado en diciembre de 2008] Disponible en: <http://www.cgcom.org/sites/default/files/nomenclator.pdf>
30. Petrie KJ, Frampton T, Large RG. What do patients expect from their first visit to a Pain Clinic? *Clin J Pain.* 2005;21:297-301.
31. Sociedad Española de Anestesiología y Reanimación (SEDAR). Clínica para el estudio y tratamiento del dolor. En: SEDAR, editores. Libro blanco de la sociedad española de anestesiología y reanimación (SEDAR). Madrid: Editorial Gamma; 1993. p. 63-182.
32. Sociedad Española del Dolor. Bases de la SED para la acreditación de las unidades de tratamiento del dolor. [Consultado en diciembre de 2008] Disponible en: http://www.sedolor.es/doc/SED-acreditacion_de_Unidades_11-03-2006.pdf
33. The British Pain Society. Recommended guidelines for pain management programmes for adults. London: 2007. [Consultado en diciembre de 2008]. Disponible en: http://www.britishpainsociety.org/book_pmp_main.pdf
34. The Association of Anaesthetists of Great Britain and Ireland, The Pain Society. Provision of Pain Services. London: 1997. [Consultado en diciembre de 2008]. Disponible en: <http://www.britishpainsociety.org/24doc.pdf>
35. The Royal College of Anaesthetists, The Pain Society. Pain Management Services Good Practice. 2003. [Consultado en enero de 2009] Disponible en: <http://www.rcoa.ac.uk/docs/painservices.pdf>
36. The Royal College of Anaesthetists. Guidelines for Schools of Anaesthesia and Hospitals providing advanced training in pain management for anaesthetists. 2003. [Consultado en diciembre de 2008] Disponible en: <http://www.rcoa.ac.uk/docs/PainTrainingGuidelinesJUL03.doc>
37. The Royal College of Anaesthetists. Guidance on the provision of anaesthetic services for Chronic Pain Management (chapter 7). 2009. [Consultado en febrero de 2009] Disponible en: <http://www.rcoa.ac.uk/docs/GPAS-Chronic.pdf>
38. Veillette Y, Dion D, Altier N, Choiniere M. The treatment of chronic pain in Québec: a study of hospital-based services offered within anesthesia departments. *Can J Anaesth.* 2005;52:600-6.
39. Fidel L, Lapiedra M, Librán G. Técnicas básicas útiles en gestión clínica. En: Jiménez M, editor. Manual de gestión para jefes de servicios clínicos. Madrid: Ediciones Díaz de Santos SA; 2000. p. 41-70.
40. Hutchings A, Raine R, Sanderson C, Black N. A comparison of formal consensus methods used for developing clinical guidelines. *J Health Serv Res Policy.* 2006;11:218-24.
41. Donabedian A. Evaluación de la calidad de la atención médica. *Rev Calid Asist.* 2001;16:S11-S27.
42. Varo J. La gestión de la calidad en la atención sanitaria. En: Jiménez J, editor. Manual de gestión para jefes de servicios clínicos. Madrid: Ediciones Díaz de Santos SA; 2000. p. 315-54.
43. Lynch ME, Campbell FA, Clark AJ, Dunbar 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.
44. Rodrigo I, Gabilondo L. Tiempos de espera aceptables y repercusiones de la espera desde la perspectiva de los pacientes. *Rev Calid Asist.* 2007;22:168-79.

ANEXO I Unidad de dolor crónico (UDC)**Sección I. Estándares generales****I.1. Estándares de estructura****I.1.1. Estructura: instalaciones, material y equipamiento**

N.º de ítem	Descripción	Media	IC del 95%
La UDC debe disponer de los elementos dotacionales siguientes:			
1	Espacio físico propio de la unidad	8,94	8,83-9,06
2	Zona de recepción y sala de espera	8,44	7,96-8,93
3	Despachos para consultas externas	8,89	8,73-9,05
4	Archivo documental propio	7,61	6,64-8,58
5	Historias informatizadas y accesibles para el resto del hospital	7,94	7,12-8,77
6	Acceso telefónico directo	8,67	8,18-9,15
7	Acceso a internet	8,67	8,33-9,01
8	Área administrativa propia: secretaría, archivos, documentación y área de informatización	8,22	7,55-8,89
9	Sala para sesiones clínicas/reuniones/biblioteca y estudio	7,56	6,72-8,40
10	Hospital de día propio, para la aplicación de tratamientos especiales, preparación y recuperación del paciente antes y después de la realización de los procedimientos	8,00	7,18-8,82
11	Camas de hospitalización disponibles en la unidad	8,29	7,45-9,14
12	Salas de bloqueo	8,39	7,93-8,84
13	Quirófano asignado, al menos, 2 días semanales	7,89	6,91-8,87
14	Quirófano de la unidad con dotación material e instrumental convencional (similar a cualquier otro de la institución), incluidos sistema de monitorización y respirador	7,82	6,91-8,74
15	Quirófano de la unidad con radioscopía con intensificador de imágenes	7,67	6,52-8,81
16	Quirófano de la unidad con sistemas de protección radiológica según regulación vigente	8,24	7,39-9,08
17	Almacén propio para materiales específicos de la unidad	7,81	6,84-8,79
18	Aseos y vestuarios para el personal y visitantes	7,44	6,51-8,38
19	Informatización de la unidad, idealmente en red, para el registro normalizado de la actividad	7,83	7,12-8,54
20	Salas de bloqueo con mesas y lámparas quirúrgicas, y monitorización básica (ECG, pulsioximetría de pulso y TA no invasiva)	8,44	7,93-8,96
21	Hospital de día con material de monitorización básica (ECG, pulsioximetría de pulso y TA no invasiva), al menos en una de las camas disponibles	8,67	8,29-9,05
22	Material de resucitación cardiopulmonar (ambú, tubos intratraqueales, mascarillas laringeas, tubos de Guedel, laringoscopio y fármacos específicos) en las salas de bloqueo/hospital de día	8,89	8,73-9,05
23	Material para bloqueos nerviosos, incluidos estimulador de nervios periféricos y agujas específicas	8,94	8,83-9,06
24	Material para técnicas de radiofrecuencia, incluidos aparato de radiofrecuencia y agujas específicas	8,41	8,00-8,82
25	Bombas de infusión tipo PCA en número suficiente según pacientes atendidos	8,41	7,86-8,96
26	Programador para bombas de infusión implantadas	8,29	7,64-8,94
27	Programador para estimulador eléctrico (medulares/periféricos)	8,18	7,47-8,89
28	Ecógrafo para la realización de técnicas intervencionistas	8,00	6,80-9,20
29	Sistema de medida de flujo vascular periférico, como el teletermógrafo o láser doppler	3,89	2,76-5,02
30	Instrumentos de exploración del umbral del dolor, como el termotest	5,11	3,97-6,25
31	Instrumentos de exploración neurológica como los pelos de Von Frey, martillos y diapasones	8,28	7,74-8,81
32	Sistemas de doble manguito de isquemia con manómetro	4,44	2,88-6,01
33	Sistemas de estimulación eléctrica transcutánea	8,33	7,92-8,75
34	Sistemas para la realización de iontoforesis	8,39	7,93-8,84
35	Sistemas de crioanalgesia para el tratamiento del dolor	2,56	1,43-3,68
36	Sistemas de biorretroalimentación	3,89	2,73-5,04
37	Aparatos para la aplicación de magnetoterapia	2,50	1,53-3,47
38	Disponer de laboratorio diagnóstico específico para la unidad del dolor	6,61	5,15-8,07

(Continúa)

ANEXO I (Continuación)**I.1.2. Estructura: recursos humanos, formación y competencia**

N.º de ítem	Descripción	Media	IC del 95%
La UDC debe disponer de la siguiente estructura y organización de los recursos humanos			
39	Las UDC deben estructurarse con dependencia directa de la dirección médica	8,17	7,15-9,18
40	Director o coordinador de la unidad, con categoría de jefe de sección	8,00	7,18-8,82
41	Plantilla, preferentemente compuesta por anestesiólogos, con participación multidisciplinaria de otros profesionales recomendable	8,17	7,62-8,71
42	Otras especialidades médicas especialmente recomendables en la plantilla de la unidad son: rehabilitación y tratamiento físico, medicina interna y neurocirugía	8,18	7,62-8,71
43	Participación imprescindible de un psicólogo clínico en la plantilla de la Unidad	8,33	7,79-8,87
44	Todos los facultativos de la unidad tendrán titulación especializada	7,78	6,79-8,77
45	Todos los facultativos que formen parte de la plantilla de la unidad del dolor tendrán dedicación completa a ella	7,83	6,99-8,67
46	Los facultativos tendrán la formación y experiencia clínica suficiente para tratar a los pacientes con dolor crónico, según las recomendaciones establecidas en el programa de acreditación para expertos en dolor de la Sociedad Española del Dolor	8,06	7,32-8,79
47	El cálculo del número de facultativos necesarios para el correcto funcionamiento de la unidad se establecerá en función de los tiempos asistenciales acreditados en las distintas actividades de la unidad: consultas externas, atención a pacientes hospitalizados (ingresos propios y partes interconsulta), hospital de día de la unidad, técnicas intervencionistas y actividad quirúrgica	8,61	8,26-8,96
48	Presencia de DUE con dedicación completa en la plantilla de la unidad	8,61	8,02-9,21
49	Presencia de auxiliares de enfermería con dedicación completa en la plantilla de la unidad	8,56	8,13-8,98
50	Presencia de administrativos con dedicación completa en la plantilla de la unidad	8,28	7,60-8,96
51	Presencia de celadores con dedicación completa en la plantilla de la unidad	6,89	5,71-8,07
52	El número de DUE, auxiliares de enfermería, administrativo y celador deberá calcularse en función de la actividad asistencial de la unidad	8,50	7,79-9,21
53	Se debe contar con la presencia de otros profesionales, como fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales y asistentes sociales	4,22	2,99-5,46
54	Se debe contar con facultativos consultores de forma estable, con dedicación parcial a la actividad de la unidad	7,83	6,91-8,76
55	Los especialistas deseables como consultores, si no forman parte de la plantilla de la unidad, son neurocirujanos, psiquiatras, rehabilitadores, neurólogos y cirujanos ortopédicos	8,22	7,47-8,98

I.2. Estándares de proceso**I.2.1. Proceso: estándares de organización**

N.º de ítem	Descripción	Media	IC del 95%
56	Todos los médicos deben tener acceso online a una biblioteca médica	8,72	8,49-8,95
57	Todos los médicos del servicio deben disponer de dirección de correo electrónico institucional	8,44	7,74-9,15
58	Debe existir una conexión informática entre atención primaria y la UDC	7,94	7,03-8,85
59	Se debe garantizar a pacientes y médicos de atención primaria la posibilidad de solventar telefónicamente problemas derivados del tratamiento	7,89	7,11-8,67
60	Se debe mantener la actividad asistencial durante los períodos vacacionales	7,67	6,46-8,87

(Continúa)

ANEXO I (Continuación)**I.2.2. Proceso: estándares de calidad**

N.º de ítem	Descripción	Media	IC del 95%
61	Se deben distribuir cuestionarios de calidad percibida con la atención recibida a todos los pacientes asistidos en la UDC	7,17	6,28-8,06
62	La actividad de la UDC debe estar protocolizada con el adecuado soporte documental escrito	8,17	7,57-8,76
63	Los protocolos asistenciales de la UDC estarán basados en las recomendaciones de guías de práctica clínica actualizadas de calidad	8,28	7,80-8,75
64	Se deben organizar vías clínicas para los procedimientos más prevalentes de la UDC	7,72	6,82-8,62
65	Se debe implantar la gestión por procesos en las UDC	8,17	7,57-8,76
66	Se debe disponer de documentos de información al paciente sobre las entidades clínicas y procedimientos más prevalentes de la UDC	8,11	7,45-8,77
67	Todos los procedimientos intervencionistas deben ir precedidos de la firma del documento de consentimiento informado por el paciente	8,94	8,83-9,06
68	Se debe disponer de documentos con recomendaciones al paciente sobre: actividad física, medidas de higiene de la espalda y actuación posquirúrgica	7,78	6,95-8,61

Sección II. Estándares de consultas externas**II.1. Estándares de estructura****II.1.1. Estructura: instalaciones**

N.º de ítem	Descripción	Mediana	P25	P75
1	Tamaño mínimo de la consulta (expresado en m ²)	15,00	15,00	15,75
2	Número de consultas externas disponibles diariamente en la unidad por cada 100.000 habitantes	1,50	1,00	2,00

II.1.2. Estructura: personal/competencia

N.º de ítem	Descripción	Mediana	P25	P75
3	Máximo número de consultas que comparte una DUE	2,0	2,0	2,0
4	Máximo número de consultas que comparte una auxiliar	3,0	3,0	3,0

II.2. Estándares de proceso**II.2.1. Proceso: estándares de organización**

N.º de ítem	Descripción	Mediana	P25	P75
5	Número de veces que se revisa al año a un paciente en las UDC	4	3,75	4,25
6	Tiempo máximo para tener acceso a la historia clínica en casos urgentes (expresado en horas)	1,0	1,0	1,25
7	Tiempo máximo para tener acceso a la historia clínica en actividad programada (expresado en días)	2,0	1,0	2,25
8	Número máximo de primeras consultas que pueden ser atendidas por facultativo de la unidad en una jornada laboral	4	3	4
9	Número máximo de consultas sucesivas que pueden ser atendidas por un facultativo de la unidad en una jornada laboral	11	10	12
10	Número máximo de días de consulta a la semana por facultativo	3	3	4
11	Número máximo de horas de consulta diarias por facultativo	5	5	5,25

(Continúa)

ANEXO I (Continuación)**II.2.2. Proceso: estándares de tiempo**

N.º de ítem	Descripción	Mediana	P25	P75
Tiempo necesario (expresado en minutos) para:				
Minutos				
12	Completar la 1.ª consulta	50	50	55
13	Completar la 2.ª consulta	20	20	20
14	Completar cada una de las consultas sucesivas	20	17,5	20
15	Demora en la atención al paciente sobre la hora de citación en consulta	30	30	30
Tiempo máximo en lista de espera (expresado en semanas) para la 1.ª consulta en:				
Semanas				
16	Pacientes con un proceso oncológico	1	1	2
17	Pacientes con un proceso crónico vascular	3	2	3,5
18	Pacientes con un proceso crónico de origen osteomuscular	5,5	3,5	6
19	Pacientes con un proceso crónico neuropático	3	2	4
20	Pacientes con un proceso crónico reagudizado	2	1,5	2,5
Tiempo máximo en lista de espera (expresado en semanas) entre la 1.ª y 2.ª consultas en:				
Semanas				
21	Pacientes con un proceso oncológico	2	2	2,25
22	Pacientes con un proceso crónico vascular	4	4	6
23	Pacientes con un proceso crónico de origen osteomuscular	8	8	12
24	Pacientes con un proceso crónico neuropático	4	4	6,5
25	Pacientes con un proceso crónico reagudizado	4	4	4,5
Tiempo máximo en lista de espera (expresado en semanas) entre la 2.ª consulta y las sucesivas en:				
Semanas				
26	Pacientes con un proceso oncológico	4	3,75	4
27	Pacientes con un proceso crónico vascular	8	5,75	10
28	Pacientes con un proceso crónico de origen osteomuscular	12	11	15,25
29	Pacientes con un proceso crónico neuropático	8	7,75	10,5
30	Pacientes con un proceso crónico reagudizado	7	4	8
Tiempo máximo de espera (expresado en semanas) entre la realización de un procedimiento intervencionista y la consulta de revisión en:				
Semanas				
31	Procedimiento intervencionista diagnóstico	2	1,75	2
32	Procedimiento intervencionista terapéutico	4	3,5	7,25
II.2.3. Proceso: estándares de calidad				
N.º de ítem	Descripción	Media	IC del 95%	
33	En la 1.ª consulta en la unidad se debe realizar una historia clínica completa que incluya: antecedentes personales médicos, laborales y farmacológicos; anamnesis general y de la historia del dolor; exploración física completa que incluya una exploración regional del dolor, neurológica y ortopédica	8,88	8,71-9,05	
34	En la 1.ª consulta en la unidad se deben solicitar las pruebas complementarias oportunas, efectuar una aproximación diagnóstica, establecer un plan terapéutico provisional, e informar al paciente	8,71	8,31-9,10	
35	En la 1.ª consulta en la unidad se debe realizar una evaluación psicológica del paciente mediante tests psicométricos	6,67	5,44-7,90	
36	En las visitas sucesivas en la unidad se deben valorar las pruebas complementarias, establecer el diagnóstico y plan de tratamiento definitivos, e informar al paciente	8,88	8,63-9,13	

(Continúa)

ANEXO I (Continuación)

N.º de ítem	Descripción	Media	IC del 95%
37	En el informe clínico de alta deben figurar al menos los siguientes apartados: motivo de consulta, antecedentes personales, antecedentes familiares, historia actual, exploración física, exploraciones complementarias, diagnóstico y tratamiento	8,71	8,31-9,10
38	La unidad dispone de protocolos de derivación y seguimiento con atención primaria para los pacientes con dolor crónico (existe soporte documental)	7,38	6,29-8,46
39	La UDC participará junto a otros servicios (rehabilitación, neurocirugía, psiquiatría, etc.) en las consultas monográficas multidisciplinares sobre patologías dolorosas crónicas relevantes que se constituyan en los hospitales de referencia (por ejemplo, unidad de lumbalgia crónica)	7,76	6,86-8,67
40	La UDC debe ofertar un teléfono de contacto directo al paciente que será contabilizada como consulta	8,56	7,62-9,49

Sección III. Estándares de hospitalización y hospital de día**III.1. Estándares de estructura**

N.º de ítem	Descripción	Mediana	P25	P75
1	Número mínimo de sillones de readaptación al medio en el hospital de día de la UDC por cada 100.000 habitantes del área sanitaria asignada	1	1	2
2	Número mínimo de camas del hospital de día de la UDC por cada 100.000 habitantes del área sanitaria asignada	1	0,5	1
3	Número mínimo de camas y sillones de readaptación al medio del hospital de día de la UDC por cada 10 procedimientos intervencionistas ambulantes realizados	4	4	4,5

III.2. Estándares de proceso**III.2.1. Proceso: estándares de organización**

N.º de ítem	Descripción	Mediana	P25	P75
4	Número máximo de pacientes hospitalizados que puede tener asignado un especialista en el tratamiento del dolor, siendo la UDC el servicio encargado del ingreso	4	2,75	4
5	Número máximo de pacientes hospitalizados que puede tener asignado un especialista en el tratamiento del dolor, siendo otros servicios los responsables del ingreso (interconsultas)	7	5	8
6	Número máximo de pacientes en el hospital de día de la UDC que puede tener asignado un especialista en el tratamiento del dolor	8	7	10

III.2.2. Proceso: estándares de tiempo (expresado en minutos)

N.º de ítem	Descripción	Mediana	P25	P75
7	Tiempo necesario para completar la 1.ª visita del paciente hospitalizado, siendo la UDC el servicio responsable del ingreso	60	48,75	60
8	Tiempo necesario para la 1.ª consulta de un paciente hospitalizado a cargo de otros servicios (interconsulta), incluidos los desplazamientos dentro del propio hospital	45	45	52,5
9	Tiempo necesario para completar la visita diaria (sucesivas) del paciente hospitalizado a cargo de otros servicios, incluidos los desplazamientos dentro del propio hospital	20	20	30
10	Tiempo necesario de la visita el día del alta hospitalaria, incluidas la realización del informe clínico e información al paciente y familiares	45	45	52,5
11	Tiempo necesario, por jornada laboral, dedicado a la comunicación con otros especialistas, como responsables del ingreso de los pacientes en el caso de las interconsultas, radiólogos, especialistas en medicina nuclear, electrofisiólogos, etc., incluidos los desplazamientos dentro del propio hospital	50	30	56,25
12	Tiempo necesario para valorar a un paciente y prescribir su tratamiento en el hospital de día de la UDC	20	15	20

(Continúa)

ANEXO I (Continuación)

N.º de ítem	Descripción	Mediana	P25	P75
13	Tiempo necesario para realizar el control postratamiento y alta de un paciente en el hospital de día de la UDC	15	15	20
14	Tiempo necesario para atender a una llamada de consulta por complicaciones en un paciente del hospital de día de la UDC	15	15	20

III.2.3. Proceso: estándares de calidad

N.º de ítem	Descripción	Media	IC del 95%
👉 15	En la primera visita de un paciente hospitalizado a cargo de la unidad se debe realizar una historia clínica completa que incluya: antecedentes personales médicos, laborales y farmacológicos; anamnesis general y de la historia del dolor; exploración física completa que incluya una exploración regional del dolor, neurológica y ortopédica	8,94	8,82-9,07
👉 16	En la primera visita de un paciente hospitalizado a cargo de otros servicios (interconsulta a la UDC) se debe realizar una historia clínica completa que incluya: antecedentes personales médicos, laborales y farmacológicos; anamnesis general y de la historia del dolor; exploración física completa que incluya una exploración regional del dolor, neurológica y ortopédica	7,76	6,83-8,70
👉 17	En las visitas sucesivas diarias a los pacientes ingresados (a cargo propio o de otros servicios), se debe recoger en la historia clínica la evolución del paciente, valorar las exploraciones complementarias, reevaluar el tratamiento y la información a los pacientes y sus familiares	8,59	8,22-8,95
👉 18	En el informe de alta de un paciente hospitalizado deben figurar, al menos, los puntos siguientes: motivo de consulta, antecedentes personales, historia clínica, exploración física, exploraciones complementarias, evolución con los procedimientos y/o actuaciones realizadas, diagnóstico principal y tratamiento prescrito	8,44	7,85-9,02

Sección IV. Estándares de actividad científica y docente**IV.1. Actividad científica**

N.º de ítem	Descripción	Media	IC del 95%
Todos los facultativos de la unidad deben participar en las siguientes actividades científicas de forma habitual:			
👉 1	Comunicaciones a congresos nacionales	7,56	6,54-8,57
👉 2	Comunicaciones a congresos internacionales	7,28	6,39-8,16
👉 3	Publicaciones científicas en revistas nacionales	7,44	6,48-8,41
👉 4	Publicaciones científicas en revistas internacionales	8,00	7,39-8,61
👉 5	Participar en proyectos de investigación, con subvención pública y/o privada	8,28	7,56-9,00

IV.2. Actividad docente

N.º de ítem	Descripción	Media	IC del 95%
👉 6	Todos los facultativos de unidad deben presentar sesiones clínicas	8,27	7,54-9,00
👉 7	La unidad debe participar en actividades de formación especializada (recibir médicos residentes en rotación reglada)	8,66	8,39-9,00
👉 8	La unidad debe participar en actividades de formación continuada externas (impartirá cursos al resto de servicios o en atención primaria, y/o recibe facultativos para estancias formativas en el abordaje del dolor)	8,66	8,39-9,00

Significado de los iconos:

- 👉 Consenso grupal (de acuerdo con el indicador valorado)
 ✌️ No consenso grupal (variabilidad de criterio sobre el indicador valorado)

- 👎 Consenso grupal (en desacuerdo con el indicador valorado)

ECG: electrocardiografía; IC del 95%: intervalo de confianza del 95%; P25 y P75: percentiles 25 y 75, respectivamente.

ANEXO II

Sección V. Catálogo de procedimientos de la Unidad del Dolor Crónico (UDC)

V.1. Estándares de proceso

V.1.1. Procedimientos del hospital de día de la UDC

N.º de ítem	Descripción	Prioridad		Tiempo (min)		
		Media	IC del 95%	Mediana	P25	P75
1	Estimulación eléctrica transcutánea (TEN)	8,06	7,34-8,77	15	15	22,5
2	Estimulación eléctrica percutánea (PEN o PNT)	2,24	1,26-3,21	—	—	—
3	Iontoforesis	7,78	6,93-8,62	20	18,75	30
4	Técnica de infusión espinal: relleno y programación de bomba por telemetría	8,56	8,13-8,98	30	30	31,25
5	Técnica de infusión espinal: relleno de bomba de flujo fijo	8,61	8,19-9,03	30	20	31,25
6	Técnica de infusión espinal: relleno y programación de bomba electrónica de infusión ambulatoria externa (PCA)	8,56	8,07-9,04	20	20	30
7	Técnica de infusión sistémica: incluye la infusión subcutánea y venosa con relleno y programación de bomba electrónica de infusión ambulatoria externa (PCA)	8,28	7,56-9,00	20	20	30
8	Programación de neuroestimulador implantado simple	8,56	8,13-8,98	20	18,75	21,25
9	Programación de neuroestimulador implantado de doble canal	8,56	8,17-8,95	27,5	20	30
10	Programación de neuroestimulador por radiofrecuencia	2,83	1,58-3,99	—	—	—
11	Administración espinal de anestésicos locales a través de sistemas externos o parcialmente implantados	8,56	8,04-9,07	20	18,75	20
12	Revisión de sistemas espinales externos o parcialmente implantados	8,56	8,04-9,07	15	15	20
13	Bloqueo regional intravenoso: manguito de isquemia	3,83	2,08-5,59	—	—	—
14	Test intravenoso con fentolamina	3,65	2,57-4,72	—	—	—
15	Test intravenoso con lidocaína	7,44	6,68-8,21	60	57,5	60
16	Test y tratamiento intravenoso sistémico	7,94	6,87-9,02	60	55	60
17	Preparación quirúrgica de los pacientes que van a ser intervenidos por la UDC	8,41	7,66-9,16	20	15	20
18	Vigilancia posquirúrgica de los pacientes que han sido intervenidos por la UDC	8,00	7,17-8,83	30	30	30

V.1.2. Procedimientos de las salas de bloqueo de la UDC

N.º de ítem	Descripción	Prioridad		Tiempo (min)		
		Media	IC del 95%	Mediana	P25	P75
19	Infiltración de tendones superficiales con anestésicos locales	7,60	6,64-8,36	20	15	21,25
20	Infiltración de tendones superficiales con corticoides	7,44	6,59-8,30	20	15	21,25
21	Infiltración de bursa con anestésicos locales	7,44	6,66-8,23	20	15	25
22	Infiltración de bursa con corticoides	7,44	6,64-8,25	20	15	25
23	Infiltración periférica de puntos gatillo con anestesia local	7,72	6,84-8,61	20	15	25
24	Infiltración periférica de puntos gatillo con toxina botulínica	7,89	7,21-8,57	20	18,75	25
25	Infiltración muscular superficial con toxina botulínica	7,89	7,19-8,59	20	18,75	25

(Continúa)

ANEXO II (Continuación)

N.º de ítem	Descripción	Prioridad		Tiempo (min)		
		Media	IC del 95%	Mediana	P25	P75
26	Infiltración articular con anestésicos locales	8,00	7,43-8,57	20	20	20
27	Infiltración articular con corticoides	7,94	7,34-8,55	20	20	20
28	Infiltración articular con ácido hialurónico	7,59	6,82-8,36	20	20	20
29	Bloqueo de nervios periféricos dosis única: diagnóstico o terapéutico	8,17	7,52-8,81	20	20	20
30	Bloqueo de nervios periféricos con corticoides	8,22	7,67-8,78	20	20	20
31	Bloqueo nervioso periférico múltiple	7,67	6,87-8,47	30	23,75	30
32	Bloqueo nervioso de plexos	7,61	6,67-8,55	30	28,75	30
33	Bloqueo nervioso troncular	7,78	7,00-8,55	27,5	20	30
34	Bloqueo de nervios craneales superficiales	8,00	7,24-8,76	20	20	22,5
35	Bloqueo de ganglio esfenopalatino	3,83	2,19-5,48	30	30	30
36	Bloqueo simpático cérvico-torácico diagnóstico o terapéutico (ganglio estrellado)	6,89	5,35-8,42	22,5	20	30
37	Bloqueo nervioso continuo: colocación de sistema de infusión continua	7,50	6,35-8,65	30	20	31,25
38	Radiofrecuencia de nervios periféricos	7,94	6,99-8,90	27,5	20	30
39	Bloqueo espinal diferencial	6,72	5,23-8,22	30	30	31,25
40	Bloqueo espinal dosis única de anestésicos locales	7,89	6,99-8,79	25	20	30
41	Bloqueo espinal dosis única de corticoides	7,89	6,88-8,90	25	20	30
42	Implantes de electrodos subcutáneos, periféricos y radiculares	8,11	7,55-8,67	50	43,75	60

V.1.3. Procedimientos del quirófano de la UDC

N.º de ítem	Descripción	Prioridad		Tiempo (min)		
		Media	IC del 95%	Mediana	P25	P75
43	Bloqueo/neurólisis simpático paravertebral	8,44	7,76-9,13	60	45	60
44	Bloqueo neurolítico, epidural o subaracnoideo	6,89	5,45-8,32	42,5	38,75	60
45	Bloqueo sacroiliaco	8,56	8,13-8,98	30	30	41,25
46	Bloqueo coxofemoral	8,39	7,66-9,12	30	30	35
47	Técnicas de punción muscular profunda con control radiológico: toxina botulínica de psoas/cuadrado lumbar/piriforme	8,17	7,48-8,85	30	30	30
48	Bloqueo/neurólisis del plexo celíaco	8,67	8,25-9,08	50	45	60
49	Bloqueo/neurólisis del plexo hipogástrico superior	8,56	8,10-9,01	40	37,5	60
50	Bloqueo facetario/ramo medial posterior vertebral: cervical/dorsal/lumbar	7,94	6,87-9,02	37,5	23,75	43,25
51	Discografía	6,22	5,25-7,20	40	37,5	41,25
52	Tratamiento intradiscal electrotérmico (IDET)	4,83	3,75-5,92	—	—	—
53	Bloqueo del ganglio esfenopalatino	7,33	6,30-8,37	45	43,75	45
54	Hipofisección química percutánea	2,44	1,72-3,17	—	—	—
55	Catéter espinal tunelizado con/sin bomba de infusión externa	8,50	7,98-9,02	45	43,75	51,25
56	Cordotomía cervical percutánea	2,22	1,41-3,03	—	—	—
57	Epidurólisis/adhesiolisis por adherencias posquirúrgicas	7,67	6,56-8,77	60	55	60
58	Epiduroscopia	7,17	6,14-8,19	90	60	90
59	Radiofrecuencia de articulaciones vertebrales posteriores (ramo medial)	8,35	7,72-8,98	40	40	45
60	Radiofrecuencia de nervios periféricos	8,28	7,54-9,02	30	28,75	40
61	Radiofrecuencia de cadena simpática cervical, torácica, lumbar	8,33	7,70-8,97	47,5	43,75	50
62	Radiofrecuencia de ganglio dorsal: cervical, dorsal o lumbar	8,28	7,58-8,98	42,5	37,5	46,25
63	Radiofrecuencia de raíces posteriores vía epidural	8,39	7,79-8,98	50	40	60
64	Radiofrecuencia del disco intervertebral	6,44	5,38-7,51	45	43,75	60
65	Radiofrecuencia y terapéuticas sobre el ganglio de Gasser	7,78	6,76-8,79	55	40	60
66	Implante, primer tiempo, de un electrodo de estimulación medular	8,50	8,01-8,99	70	60	90

(Continúa)

ANEXO II *(Continuación)*

N.º de ítem	Descripción	Prioridad		Tiempo (min)		
		Media	IC del 95%	Mediana	P25	P75
67	Recolocación/sustitución o retirada de un electrodo de estimulación medular	8,65	8,10-9,19	90	90	90
68	Implante, primer tiempo, de dos electrodos de estimulación medular	8,39	7,73-9,05	115	90	120
69	Recolocación/sustitución o retirada de dos electrodos de estimulación medular	8,61	7,99-9,23	120	100	120
70	Implante de generador interno y extensión a electrodos (2.º tiempo) de un sistema de estimulación medular	8,67	8,33-9,01	60	60	90
71	Sustitución de generador interno	8,67	8,33-9,01	45	45	60
72	Implante de bomba de infusión interna	8,61	8,19-9,03	90	90	90
73	Implante de reservorio intratecal lumbar, dorsal o cervical	8,50	7,88-9,12	70	60	90
74	Implante, y/o revisión, y/o recambio, y/o explante de catéter espinal y reservorio subcutáneo	8,50	7,88-9,12	90	60	90
75	Implante, y/o revisión, y/o recambio, y/o explante de catéter espinal y bomba interna	8,53	7,98-9,08	90	90	112,5
76	Vertebraloplastia	3,72	2,41-5,03	—	—	—
77	Cifoplastia	3,71	2,30-5,11	—	—	—
78	Bloqueo ganglio Walter	8,28	7,74-8,81	40	30	45
79	Ozonoterapia: infiltración y discólisis	4,60	3,42-5,78	35	30	40
80	Bloqueo de nervios esplácnicos	8,17	7,62-8,71	45	45	60
81	Bloqueo radicular selectivo de raíces espinales (inyección transforminal dorsal, lumbar y sacra)	8,06	7,32-8,79	40	30	50
82	Radiofrecuencia de nervios esplácnicos	7,88	7,07-8,69	60	45	60
83	Radiofrecuencia de articulación sacroiliáca	8,06	7,47-8,65	45	42,5	60
84	Radiofrecuencia de ganglio impar de Walter	8,17	7,62-8,71	45	30	60
85	Radiofrecuencia intraarticular coxofemoral y de rodilla	6,44	5,18-7,71	30	30	50

Significado de los iconos:

👉 Prioridad ALTA del procedimiento propuesto.

👉 Prioridad MEDIA del procedimiento propuesto.

👉 Prioridad BAJA del procedimiento propuesto.

IC del 95%: intervalo de confianza al 95%; Tiempo: tiempo expresado en minutos para realizar el procedimiento propuesto, excluyendo tiempos intermedios; P25 y P75: percentiles 25 y 75, respectivamente.

El Panel de expertos no definió un tiempo.