



Universidad de Valladolid
Grado en Enfermería
Facultad de Enfermería de Valladolid

UVa

Curso 2020-2021
Trabajo de Fin de Grado

ROL DE LA ENFERMERÍA EN LAS UNIDADES DEL DOLOR

Ana Cabezas Morla
Tutora: Eva María Sobas Abad
Cotutora: Amanda Vázquez Hernández

RESUMEN

Introducción: El dolor crónico afecta, en nuestro país, a cerca de cinco millones y medio de personas. Es un problema que cuenta con difícil tratamiento y por eso precisa de un abordaje multidisciplinar. La primera Unidad del Dolor (UD) en España se fundó en 1966 en la Clínica de la Concepción de Madrid. Se definen como organizaciones de profesionales de la salud que ofrecen asistencia multidisciplinar. Éstas, han probado ser la mejor medida para tratar el dolor crónico ya que permiten renovar la percepción que los pacientes tienen de su propio dolor.

Objetivo: Estudiar el papel de la enfermera en las UD.

Material y métodos: Se ha realizado una revisión bibliográfica en las bases de datos: Pubmed, CINHALL, SciELO o Web of Science, obteniendo un total de 1796 artículos, de los cuales se seleccionaron 32 para el desarrollo del trabajo. Se han incluido todos los artículos que hablen de la enfermería en las UD.

Resultados: La labor de enfermería es fundamental para el tratamiento y recuperación de los pacientes con dolor. Su papel durante la evaluación del paciente, el apoyo a lo largo del tratamiento y su participación en los procedimientos, hacen que la función que realizan sea primordial para aumentar su calidad de vida, objetivo fundamental del tratamiento del dolor en las UD.

Conclusiones: la estructura de las UD sigue siendo muy heterogénea, por eso es necesario seguir fomentando su progreso y perfeccionamiento. Deben contar con un equipo multidisciplinar que ayude a llevar a cabo una recuperación global de todos los aspectos afectados a causa del dolor (psicológicos, físicos y sociales), así como una mejora en la formación del nuevo personal de enfermería para seguir prosperando en el trato ofrecido a los pacientes.

Palabras clave: unidad del dolor, enfermería.

ABSTRACT

Introduction: Chronic pain affects, in our country, about five and a half million people. It is a problem that is difficult to treat and therefore requires a multidisciplinary approach. The first Pain Unit in Spain was founded in 1966 at the Clínica de la Concepción in Madrid. They are defined as organizations of health professionals that offer multidisciplinary assistance. These have proven to be the best measure to treat chronic pain since they allow to renew the perception that patients have of their own pain.

Objective: To study the role of the nurse in pain units.

Material and methods: A bibliographic review has been carried out in databases such as Pubmed, CINHALL, SciELO or Web of Science, obtaining a total of 1796 articles, of which 32 were selected for the development of the work. All the articles that speak of nursing in Pain Units have been included.

Results: Nursing work is essential for the treatment and recovery of patients with pain. Their role during the evaluation of the patient, the support throughout the treatment and their participation in the procedures, make the function that they perform, essential to increase the quality of their life, a fundamental objective of pain treatment in UD.

Conclusions: The structure of the UD continues to be very heterogeneous, for this reason it is necessary to continue promoting its progress and improvement. They must have a multidisciplinary team that helps carry out a global recovery of all aspects affected by pain (psychological, physical and social), as well as an improvement in the training of new nursing staff to continue to prosper in the treatment offered to patients.

Key words: pain unit, nursing.

GLOSARIO DE ABREVIATURAS

ABVD: Actividades Básicas de la Vida Diaria.

AP: Atención Primaria.

DUDH: Declaración Universal de los Derechos Humanos.

EFIC (*European Pain Federation*): Federación Europea de la Asociación Internacional del Estudio del Dolor.

EFNA (*European Federation of Neurological Societies*): Federación Europea de Asociaciones Neurológicas.

IASP (*International Association for the Study of Pain*): Asociación Internacional para el Estudio del Dolor.

IEF: Instituto de Estudios Fiscales.

JCR: *Journal Citation Report*.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

PIB: Producto interior bruto.

RD: Real Decreto.

SED: Sociedad Española del Dolor.

SNS: Sistema Nacional de Salud.

TENS (*Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation*): Electroestimulación percutánea.

UAM: Universidad Autónoma de Madrid.

UD: Unidad del Dolor.

UTD: Unidad de Tratamiento del Dolor.

UDT: Unidad del dolor torácico.

UEMC: Universidad Europea Miguel de Cervantes.

ÍNDICE

ÍNDICE.....	I
1. INTRODUCCIÓN.....	1
1.1. Clasificación del dolor	1
1.2. Unidades del dolor	2
2. JUSTIFICACIÓN	4
3. OBJETIVOS	7
3.1. Objetivo principal.....	7
3.2. Objetivos específicos	7
4. MATERIAL Y MÉTODOS.....	8
4.1. Búsqueda bibliográfica	8
4.2. Estrategia de búsqueda.....	8
4.3. Criterios de selección	8
4.4. Método de selección	8
5. RESULTADOS	10
5.1. Rol de la enfermería	15
5.1.1. Objetivos que cumplir.....	15
5.1.2. Funciones generales y específicas	16
5.1.3. Formación académica	20
5.1.4. Proceso de atención.....	20
5.1.5. Interconsulta telefónica	21
6. DISCUSIÓN.....	21
7. LIMITACIONES	27
8. FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN.....	27
9. CONCLUSIONES.....	28
Bibliografía.....	29
Anexos	1
Anexo 1. Artículos incluidos en el desarrollo.....	1
Anexo 2. Aprobación del Comité Ético de la Investigación	3
Anexo 3. Plan de cuidados⁸	4
Anexo 4. Escala de Goldberg²¹	8

Anexo 5. Cuestionario del Índice de Lattinen ²³	9
Anexo 6. Escala Visual Analógica (EVA) ²⁴	9
Anexo 7. Índice de Barthel ²²	10
Anexo 8. Primera parte del cuestionario de salud EuroQol-5D ²⁵	11
Anexo 9. Cuestionario DN4 ²⁵	12

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Distribución de UD, clínicas del dolor y especialistas por comunidad autónoma ¹⁶	11
Tabla 2. Principales objetivos de las UD ¹³	12
Tabla 3. Procedimientos quirúrgicos más utilizados ⁴	14
Tabla 4. Objetivos generales y específicos de la enfermería ²⁰	15
Tabla 5. Escalas e índices de valoración ^{11,21,22,23,24,25,25}	17

ÍNDICE DE ILUSTRACIONES

Ilustración 1. Diagrama de flujo.....	9
Ilustración 2. Especialidades médicas más predominantes en las UD	13
Ilustración 3. Distribución de las UD y clínicas del dolor presentes en España.	22

1. INTRODUCCIÓN

1.1. Clasificación del dolor

El dolor es uno de los trastornos más preocupantes de nuestra sociedad y, además, es una de las principales causas de consulta en el Servicio de Urgencias. Es considerado un gran problema de salud pública tanto por su prevalencia como por su coste económico y social¹. La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (*International Association for the Study of Pain – IASP –*) define el dolor crónico como “una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada a daño tisular real o potencial descrito en términos de tal daño”². De acuerdo con la Declaración Universal de los Derechos Humanos (DUDH), son los gobiernos, los encargados de la toma de medidas para, así, garantizar que todos sus ciudadanos dispongan de un acceso adecuado al tratamiento de su dolor. El no hacerlo podría suponer una violación del derecho a la salud de una persona³.

El dolor, atendiendo a su duración, se clasifica en agudo y crónico. El dolor agudo es considerado un síntoma o manifestación tisular con una duración máxima de tres meses que cede a medida que desaparece el estímulo que lo provoca; mientras que el dolor crónico está considerado como una enfermedad en sí misma cuya duración es superior a tres meses. Además, suele ir acompañado de patología psicológica como ansiedad y depresión afectando gravemente la calidad de vida de los pacientes que lo padecen. Es importante conocer esta diferencia ya que las Unidades del Dolor (UD) se van a encargar, en su mayoría, de tratar a los pacientes que padecen de esta última condición¹.

El dolor crónico afecta, en nuestro país, a cerca de cinco millones y medio de personas⁴. A pesar de ello es un problema que se encuentra infravalorado o tratado de manera insuficiente¹. Por esta razón, ahora, desde todos los ámbitos, se reconoce la necesidad de proporcionar al Sistema Sanitario de un equipo especializado y multidisciplinario con una educación íntegra en el tratamiento del dolor crónico⁴.

El médico anestesiólogo italoamericano Giovanni Giuseppe (“John⁵ Joseph”) Bonica (1917-1994) lidió durante toda su vida con dolores crónicos ocasionados por culpa del boxeo. Se dio cuenta de su infravaloración y quiso tratarlo tanto desde el punto de vista médico como científico y, de este modo, fundó la primera Unidad de Tratamiento del

Dolor (UTD) centrada en la persona y en su dolor y, de esta manera, corregir el problema. Por todos sus avances a la medicina, se le ha otorgado el reconocimiento de “Padre del Dolor Crónico”⁶.

El dolor, según la fisiopatología subyacente, se clasifica en dolor nociceptivo y neuropático. El dolor nociceptivo se produce por la presencia de un estímulo doloroso sobre los receptores del dolor⁷. Cuando es agudo cumple con una importante función para el organismo, ya que le advierte de un daño inmediato o de lesión en un tejido, de ahí, que se pueda clasificar en somático o visceral dependiendo de su origen⁸. A diferencia del dolor nociceptivo, el dolor neuropático se produce por un estímulo directo al sistema nervioso central o por una lesión de las vías nerviosas periféricas. La población lo describe como un dolor punzante o quemante acompañado de parestesias y disestesias, hiperalgesia (respuesta dolorosa aumentada¹⁰), hiperestesia y alodinia⁹ (dolor ante un estímulo que normalmente no es doloroso¹⁰). Además, se trata de uno de los dolores crónicos más común y difícil de tratar. Se caracteriza por una respuesta anormal que implica cambios en la fisiología de la respuesta. Puede ser de dos tipos: de origen central y de origen periférico. Su dificultad diagnóstica radica, principalmente, en la gran variedad de factores que participan en la fisiopatología de este fenómeno⁹. Este es uno de los motivos por los cuales se crearon las UD.

1.2.Unidades del dolor

El R.D. 1030/2006, de 15 de septiembre, instaura la Cartera de Servicios comunes del SNS y el procedimiento para su autorización. En su artículo nº5, se disponen los criterios y requisitos necesarios para la formación de las UD, así como las técnicas, tecnologías o procedimientos para ello¹. Además, en el R.D. 1277/2003, de 10 de octubre, se recogen las bases generales para autorizar a centros, servicios y establecimientos sanitarios dedicados al tratamiento del dolor. En él, se definen las UD (U.36 *Tratamiento del dolor*) como aquellas en las cuales un especialista asume la responsabilidad de aplicar las técnicas y los métodos necesarios para eliminar o aliviar el dolor de cualquier etiología de todos los pacientes que allí acuden¹.

No es hasta 1966^{1,11,13} cuando se pone en marcha la primera Unidad del Dolor en España, bajo la supervisión del Servicio de Anestesiología y Reanimación de la Clínica de la

Concepción, actualmente denominado Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz de Madrid¹.

El Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad en su informe “*Unidad de Tratamiento del Dolor. Estándares y recomendaciones de calidad y seguridad*”¹ las define como organizaciones de profesionales de la salud que ofrecen asistencia multidisciplinar; que cumplen con los requisitos funcionales, estructurales y organizativos; y que garantizan condiciones de seguridad, calidad y eficiencia adecuadas para atender al paciente con dolor crónico que requieran asistencia especializada. Este informe^{1,4} también las clasifica en tres categorías atendiendo al grado de complejidad y especialización:

- Grado I: unidad monográfica.
- Grado II: unidad del dolor.
- Grado III: unidad multidisciplinar para el tratamiento del dolor, donde se tratarán pacientes con dolor crónico de cualquier etiología abordando aspectos médicos, psicológicos, sociales y laborales, así como los pacientes con dolor agudo complejo o de difícil tratamiento.

Estas unidades han probado ser la mejor medida para el tratamiento del dolor crónico ya que permiten renovar la percepción que los pacientes tienen de su propio dolor. Es así, que en el censo realizado por la Sociedad Española del Dolor (SED) en 2012 se recogen un total de 183 Unidades del Dolor distribuidas por toda la geografía española⁴.

2. JUSTIFICACIÓN

El dolor crónico provoca un efecto devastador³ en muchos aspectos de la vida diaria como, por ejemplo, la disminución de la calidad de vida y la capacidad para trabajar de manera normal y la dificultad para participar plenamente en la vida social y familiar¹². Además, se acompaña de síntomas tales como ansiedad y depresión, problemas hormonales, trastorno del sistema inmune y gastrointestinal y trastorno del sueño¹².

Se estima que, alrededor, del 23,4% de la población española padece dolor crónico¹². Dada la cantidad de población que lo sufre, la OMS decidió dedicar el 17 de octubre, Día Mundial contra el Dolor y así destacar la importancia de encontrar urgentemente un mejor tratamiento para el sufrimiento físico que producen algunas enfermedades. Con esta gran evidencia de su importancia, se ha considerado, el dolor, como el quinto signo vital¹³.

El proyecto *Pain Proposal* es una iniciativa llevada a cabo por la Federación Europea de la Asociación Internacional del Estudio del Dolor (*European Pain Federation – EFIC –*) y la Federación Europea de Asociaciones Neurológicas (*European Federation of Neurological Societies – EFNA –*) que surge de la necesidad para identificar de forma global las carencias en el manejo del dolor crónico y de intentar, así, coordinar los esfuerzos de todas las partes involucradas¹⁴.

Éste estima que, uno de cada cinco europeos (19%) padece dolor crónico, en virtud de lo cual, es posiblemente la afección médica con mayor impacto negativo en la calidad de vida. Es considerado una experiencia subjetiva, personal y difícil de medir y definir, pero ello no resta importancia al abrumador impacto que produce en la vida de las personas que lo padecen. Las personas con dolor crónico acuden a los profesionales de la salud alrededor de 7 veces al año y esperan una media de 2,2 años entre la búsqueda de ayuda y el diagnóstico, y 1,9 años antes de que su dolor se controle adecuadamente. Adicionalmente, según algunos estudios³, el 26% tuvo que esperar hasta cinco años antes de recibir un diagnóstico.

Como se ha referido antes, el dolor crónico está asociado a muchos otros problemas. Los pacientes se sienten cansados e indefensos porque la sociedad no es capaz de comprender el grado de incapacidad que puede llegar a causar¹⁴. Estas personas necesitan la

confirmación de que su dolor es real y, por ello, la comunicación juega un papel muy importante, por lo que disponer de un asesoramiento, una información y un apoyo a través de grupos de defensa de pacientes, es crucial para su “recuperación”³. Está asociado a un aumento del riesgo de enfermedades psicológicas tales como ansiedad, depresión (47%), trastornos del sueño (50%) o incluso el suicidio¹⁴. Por lo que, recibir el tratamiento adecuado y lo más rápido posible es clave para su recuperación física y psicológica. Diferentes estudios^{3,12}, han demostrado que los pacientes que aguardan seis meses hasta conseguir un tratamiento experimentan un deterioro en la calidad de vida, en el bienestar psicológico e incluso, depresión. El proyecto *Pain Proposal* estimó que el 29% de los pacientes españoles no recibían el tratamiento adecuado para su tipo de dolor y situación personal y que, el tiempo medio para conseguirlo se situaba en torno a 1,6 años¹⁴.

Su coste, aunque difícil de calcular, es significativo y, posiblemente, insostenible. Se estima que supone un gasto económico para Europa de más de 300 billones de euros¹⁴, lo que supone entre un 1,5% - 3% del producto interior bruto (PIB) europeo³ y a España unos 16.000 millones de euros, lo que sería un 2,5% del PIB¹⁴. Estos costos pueden ser directos e indirectos. Los costes directos (medicamentos, tratamientos o intervenciones, tiempo del personal para su administración³) se deben a que estos pacientes acuden tres veces más al Sistema Sanitario que la población que no lo padece³, costándole la mayor parte de los gastos que tiene el Sistema Sanitario, unos 1.900 millones de euros³. Teniendo en cuenta esta descomunal cifra se deduce que una mejor gestión y un tratamiento más eficaz del dolor generaría menos visitas a los centros sanitarios y, por ende, se reduciría mucho esta cifra. Los costes indirectos exceden en gran medida a los costes directos, ya que el 90% de la carga recae sobre la sociedad: empresarios, contribuyentes, pacientes y sus familias. El dolor crónico no tratado tiene un impacto en la salud física y emocional de las personas y, como resultado, se restringe su capacidad para trabajar de manera productiva y participar en la vida³. Se estima que el 29% de los pacientes con dolor crónico temen perder su puesto de trabajo y, de ellos, el 22% lo pierde; el 21% es incapaz de trabajar; el 8% sufre cambios de responsabilidad en el trabajo que desarrolla y el 4% es obligado a cambiar de trabajo¹⁴. El Instituto de Estudios Fiscales (IEF) determina con 2.500 millones de euros el impacto laboral del dolor crónico, provocando pérdidas de 52 millones de euros en bajas laborales¹⁴. Todos estos costes, no se incluyen únicamente en el presupuesto de atención médica, sino también, en el de asistencia social, ya que ayudan mediante las prestaciones por desempleo y la prestación de servicios de apoyo locales³.

Dada la magnitud de los desafíos económicos a los que se enfrenta Europa, nunca ha sido más importante abordar las ineficiencias en el manejo del dolor, por lo que, se puede concluir que el argumento económico es convincente para priorizar el manejo del dolor en la sociedad.

Sin embargo, el impacto del dolor crónico no debe considerarse simplemente en términos económicos. Sin un tratamiento adecuado, las personas que lo padecen a menudo no pueden trabajar o incluso realizar las tareas más simples³, por lo que es, también, un problema multifactorial debido tanto a causas físicas como psíquicas, por eso necesita de un equipo multidisciplinar para tratar todos los aspectos que lo causan y modifican. Hasta el momento solo existen medidas subjetivas del dolor, por eso la medición se basa en la interpretación de un profesional de la salud; de la descripción que hace una persona de su dolor³. Durante este proceso, es indispensable contar con un equipo multidisciplinar siendo de especial interés el papel que la enfermera realiza con los pacientes, tanto aliviando su dolor físico mediante la administración de analgesia como ayudándoles psicológicamente. La enfermería busca mejorar la calidad de vida de este tipo de pacientes. De ahí, el objetivo de este trabajo.

3. OBJETIVOS

Tras comprender la relevancia del dolor crónico, el impacto que tiene en la calidad de vida de los pacientes y el gasto que genera en el país, incluyendo bajas e incapacidades temporales, creo que es importante investigar y estudiar este tema. Por eso se plantea la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es el papel de la enfermería en la atención y cuidado de los pacientes que acuden a las Unidades del Dolor?

Para dar respuesta a esta pregunta, se pretende llevar a cabo una revisión bibliográfica sistemática de la literatura científica y así, intentar que la población comprenda la importancia de nuestro trabajo y dedicación en este ámbito tan subjetivo, infravalorado e importante como es el dolor crónico.

3.1. Objetivo principal

Conocer el cometido de la enfermera en las Unidades del Dolor.

3.2. Objetivos específicos

- Identificar la estructura y organización de las UD.
- Detallar las funciones que realiza la enfermera en una UD.
- Especificar la importancia de sus cuidados en la recuperación de la calidad de vida de los pacientes.

4. MATERIAL Y MÉTODOS

4.1. Búsqueda bibliográfica

Para conocer la importancia de la enfermería en las UD se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica de la literatura científica existente y así, posteriormente, realizar un trabajo útil tanto para la población en general como para los profesionales de la salud.

4.2. Estrategia de búsqueda

Para ello se ha efectuado una búsqueda sistemática y automatizada de las principales bases de datos de Ciencias de la Salud, siendo éstas: PUBMED, Dialnet, SciElo, CINAHL, el catálogo de la biblioteca de la Universidad de Valladolid y Web of Science. En todas ellas, las palabras clave utilizadas son *pain unit AND nursing*. La búsqueda se inició el 26/12/2020 y finalizó el 29/01/2021 por lo que, cualquier artículo publicado con posterioridad a la fecha de finalización de la búsqueda queda automáticamente excluido del trabajo.

4.3. Criterios de selección

Se escogieron todo tipo de artículos sin fecha tope de antigüedad, es decir, desde el más antiguo hasta la actualidad, debido a la escasez de material en este tema. Solo se seleccionaron aquellos artículos basados en la experiencia en humanos y artículos en español, inglés, portugués y alemán.

4.4. Método de selección

Las búsquedas realizadas en las distintas bases de datos arrojaron los siguientes resultados: la investigación en las distintas bases de datos (principalmente de Web of Science) sacaron a la luz 1796 artículos. Durante un segundo filtrado, tras la lectura del título se eliminaron 1556 documentos y tras la lectura del resumen y el texto completo, se seleccionaron 32. En cambio, las búsquedas en el Catálogo almena de la Universidad de Valladolid y en CINAHL no obtuvieron ningún resultado. En la *Ilustración 1* se presenta el diagrama de flujo. La calidad de la información se ha evaluado mediante el programa *Journal Citations Report* (JCR). Ésta es una herramienta que ofrece datos estadísticos cuantificables de citas, que permiten determinar de manera objetiva la

importancia de las principales revistas de información dentro de sus categorías temáticas. Los estudios seleccionados se encuentran recogidos en el apartado de anexos (*Anexo I*)

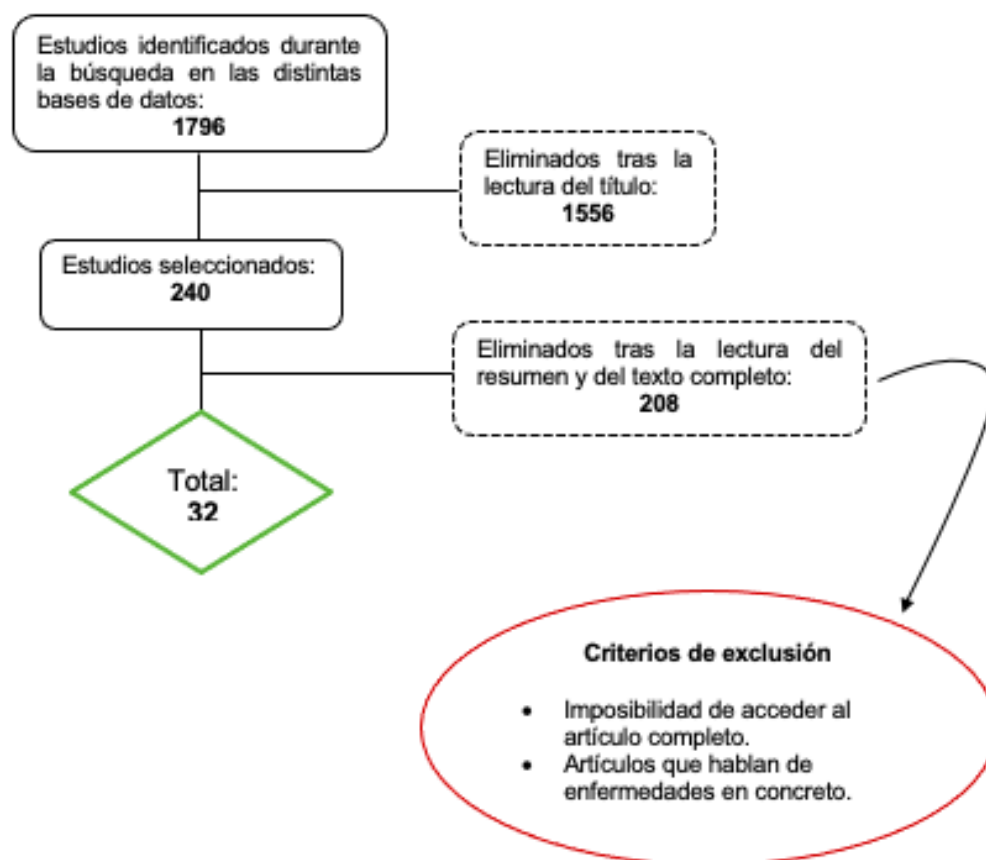


Ilustración 1. Diagrama de flujo

5. RESULTADOS

Hasta hace poco el dolor crónico era y sigue siendo, en muchos sentidos, un problema sin resolver. A pesar de la magnitud del problema y del interés médico, científico y social es un problema infravalorado o inadecuadamente tratado. Las causas de la infravaloración del dolor y de la inadecuación en su tratamiento son de naturaleza multifactorial. Alguno de los factores que ha provocado esta situación son la falta de formación y de información del personal sanitario, el desconocimiento sobre la utilización de tratamientos de forma segura, efectiva y eficiente, la falta de precisión, adecuación y utilización de los métodos de evaluación del dolor, las normas para el uso de estupefacientes y el componente cultural subyacente a las actitudes y sistemas de afrontamiento del dolor¹. Atendiendo a esta necesidad de mejorar esta situación, surgen las UD, convirtiéndolo, por consiguiente, en uno de los objetivos de los planes de salud.

Las UTD se definen como unidades funcionales de asistencia especializada, generalmente hospitalarias, en las que un grupo multidisciplinar de profesionales, atienden a pacientes con dolor crónico derivados desde otras especialidades médicas¹⁵. Ya desde sus inicios, hace más de 60 años, dependen casi exclusivamente del Servicio de Anestesiología y Reanimación de los hospitales. Actualmente, según el Directorio de la SED en España, en 2014, existían un total de 183 unidades del dolor⁴. Debido a ello, se ha realizado una búsqueda exhaustiva de las UD públicas y las Clínicas del dolor y especialistas privados que podemos encontrar en todo el territorio español (*Tabla 1*)¹⁶. Los resultados nos muestran un total de 348 unidades distribuidas por toda la geografía. De ellas, el 56,18% son financiadas por el Estado, es decir, son públicas; mientras que el resto (43,8%) se trata de clínicas y hospitales privados.

Tabla 1. Distribución de UD, clínicas del dolor y especialistas por comunidad autónoma¹⁶

Comunidad autónoma	Nº de Unidades
Andalucía	57
Aragón	12
Asturias	11
Cantabria	2
Castilla-La Mancha	15
Castilla y León	22
Cataluña	60
Ceuta	2
Extremadura	3
Galicia	15
Islas Baleares	15
Islas Canarias	15
La Rioja	1
Madrid	45
Melilla	1
Murcia	13
Navarra	3
País Vasco	14
Valencia	42
Total	348

La calidad asistencial de un servicio clínico significa comparar la práctica clínica real observada con los estándares explícitos preestablecidos en 3 categorías¹⁷: estructura (instalaciones, recursos humanos, etc.), proceso (cómo se lleva a cabo la asistencia, protocolos, etc.) y resultado (complicaciones, efectividad...). Siguiendo este esquema y los ideales propuestos por la SED¹⁷, se realizará un análisis de las UD presentes en España.

Los objetivos que persiguen en las UD (*Tabla 2*) se encuentran orientados a la recuperación o aumento de la calidad de vida del paciente y no tanto a la obtención de resultados relacionados con la enfermedad que lo produce.

Tabla 2. Principales objetivos de las UD¹³

Aliviar total o parcialmente el dolor.
Prestar atención sanitaria a todos los aspectos implicados en el dolor, incluyendo los emocionales, sociales, familiares y ocupacionales.
Valorar y evaluar las necesidades de los pacientes.
Incrementar la capacidad funcional, para ello, se trabajará en la continuidad del tratamiento.
Mejorar la calidad de vida.
Optimizar la medicación analgésica.
Reducir la utilización de los servicios sanitarios mediante la educación para la salud tanto al paciente como a sus familiares y allegados.
Favorecer el autocuidado del paciente con dolor.
Mejorar la formación del personal sanitario (médicos, enfermeras y personal auxiliar) en el tratamiento y manejo del dolor.
Promover la educación biosanitaria de la población en relación con el manejo del dolor.
Investigar sobre la epidemiología, etiología, evolución y tratamiento de los pacientes con dolor crónico.
Elaborar, publicar y distribuir guías de abordaje del dolor de apoyo para Atención Primaria.

Todos estos objetivos se deben conseguir desde la empatía y humanidad, llevando a cabo un abordaje integral, multidimensional e interdisciplinar del dolor y siempre centrándose en los pacientes y su entorno^{1,13}.

Para conseguir el abordaje multidisciplinar necesario y la calidad asistencial que los pacientes merecen, estas unidades deben seguir un modelo biopsicosocial que incluya medidas físicas, psicológicas, sociales, cognitivas, afectivas y conductuales¹⁸. De ahí la importancia de la multidisciplinariedad. Pueden estar constituidas por: anestesiólogos, psicólogos, rehabilitadores, médicos de familia, internistas, neurólogos, psiquiatras, neurocirujanos, geriatras, fisioterapeutas, enfermeras, auxiliares de enfermería y auxiliares administrativos. En cuanto a las especialidades médicas presentes (*Ilustración 2*), según *González-Escalada et al⁴* la más predominante, sin duda alguna, es anestesiología con el 55%, pero también encontramos otras como rehabilitadores (9%), médicos de familia (7%), internistas (6%), neurólogos (3,5%), psiquiatras (3%) y neurocirujanos (2%).

También, *Barutel et al*¹⁹ arrojan unas cifras similares para cada especialidad. Además, según *González-Escalada y cols*⁴ el 57% dispone de una o más enfermeras trabajando a tiempo completo. Centrándonos en la enfermería, en 83 UD se encuentran trabajando 124 enfermeras, lo que conlleva a una media de 1,51 enfermeras por unidad. De ellas, el 74% tiene una dedicación exclusiva a la unidad y el 26% dedicación parcial¹⁹.

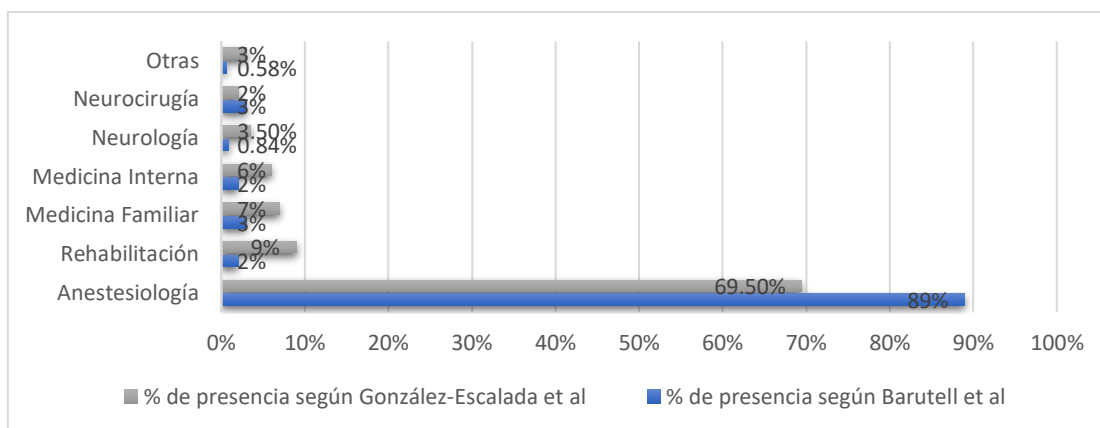


Ilustración 2. Especialidades médicas más predominantes en las UD

Según el artículo anteriormente mencionado¹⁷, las UD deben disponer de un coordinador o director responsable del Servicio, así como de anestesiólogos, rehabilitadores, internistas y neurocirujanos con dedicación exclusiva a la Unidad. Adicionalmente, se considera necesaria e imprescindible la participación de psicólogos, enfermeras, auxiliares de enfermería y administrativos, también con dedicación completa¹⁷. Teniendo en cuenta estos ideales, se ha podido observar que en el 69% de las UD existe la figura de un director o coordinador responsable del servicio⁴.

Si se relacionaran las UD con otro tipo de unidades, nos encontramos con que éstas son muy heterogéneas respecto a su estructura y equipamiento, dotación y perfiles asistenciales, actividad no asistencial y mecanismos de evaluación y control de la actividad¹.

La SED¹⁷ informa que han de estar integradas por: una sala de espera para los pacientes; consultas de diagnóstico y tratamiento; un hospital de día para la aplicación de procedimientos especiales, así como, para la preparación y recuperación de los pacientes antes y después de la realización de los diferentes procedimientos; salas de bloqueo; un quirófano asignado dos días a la semana; y camas de hospitalización para los pacientes en régimen de ingreso. El 43% de las UD de España cuenta con camas de hospital de día, pero el 70% no dispone de camas de hospitalización ni de salas de bloqueo (52%)⁴ y tan

solo el 20%¹⁹ afirma contar con quirófano propio. En cuanto a las consultas, el 67% dispone de las consultas generales del hospital y, únicamente, el 33% dispone de consultas propias¹⁹.

Como señalan *Polo-Santos M. et al*¹⁸ los profesionales que más frecuentemente derivan a sus pacientes a las UD son los traumatólogos (38,7%), médicos generalistas (12,8%), neurocirujanos (11,8%) y rehabilitadores (8,6%).

En cuanto a la cartera de servicios de la que se dispone en las UD españolas, se pueden encontrar tanto procedimientos quirúrgicos (*Tabla 3*) como no quirúrgicos, siendo estos últimos los más integrados dentro de las carteras de servicios de los distintos hospitales españoles. Los procedimientos más realizados en las salas de bloqueo/hospital de día son: bloqueo de nervios periféricos, bloqueo espinal, infiltración periférica de puntos gatillo con anestésico local, infiltración local con anestésicos locales o corticoides, bloqueo nervioso troncular, infiltración periférica de puntos gatillo o musculares con toxina botulínica e infusión intravenosa de anestésicos locales⁴.

Tabla 3. Procedimientos quirúrgicos más utilizados⁴

Procedimientos quirúrgicos	% de realización en las UDT (mayor a menor)
Bloqueo facetario/ramo medial posterior vertebral: cervical/dorsal/lumbar	87,9%
Bloqueo sacroiliaco	83,7%
Técnicas de punción muscular profunda con control radiológico: toxina botulínica de psoas/cuadrado lumbar/piriforme	79,4%
Bloqueo coxofemoral	78,7%
Catéter espinal tunelizado con/sin bomba de infusión externa	78,7%
Bloqueo simpático cérvico-torácico diagnóstico o terapéutico (ganglio estrellado)	78%
Bloqueo radicular selectivo de raíces espinales (inyección transforamidal dorsal, lumbar y sacra)	75,2%

5.1. Rol de la enfermería

Los profesionales de enfermería llevan muchos años mejorando día a día su práctica a través de la actualización de conocimientos, procedimientos y protocolos. La meta en el siglo XXI es trabajar la gestión clínica optimizando la práctica clínica diaria para conseguir el mayor beneficio para el paciente en las mejores condiciones para el profesional y a un coste asumible²⁰.

Las enfermeras se encargan de las labores asistenciales directas para con el paciente. Deben ser conscientes del gran papel que pueden desarrollar en el control y tratamiento del dolor¹³ ya que son capaces de advertir rápidamente los cambios en la enfermedad del paciente, detectando posibles efectos secundarios producidos por el tratamiento y monitorizando la intensidad del dolor. Por eso, reforzar la capacidad de autocuidado del paciente es prioritario para revertir muchos de los efectos secundarios que el tratamiento le pueda ocasionar²⁰.

Es función de la enfermera, informar al paciente, programar las citas, realizar las técnicas, vigilar los efectos adversos y valorar los resultados. Además, constituye el factor puente entre el paciente, la familia y el resto del equipo asistencial y como miembro de este equipo debe cumplir con las funciones específicas de todo profesional de la salud: programación, coordinación, asistencial y docente. La enfermería es responsable de enseñar a incluir de forma correcta y estimulante programas de ejercicio físico e higiene postural en los cuidados prestados²⁰.

5.1.1. Objetivos que cumplir

Los principales objetivos que una enfermera ha de cumplir mientras desarrolla su trabajo profesional en una UD se resumen en la *Tabla 4*.

Tabla 4. Objetivos generales y específicos de la enfermería²⁰

OBJETIVOS GENERALES	OBJETIVOS ESPECÍFICOS
<i>Proporcionar cuidados integrales tanto al paciente como a familia, respondiendo sus dudas e intentando conseguir la máxima recuperación y autonomía</i>	Garantizar la comprensión de la información recibida (diagnóstico y posibilidades terapéuticas). Garantizar que los pacientes realicen las pruebas indicadas y acudan a las revisiones citadas, posibilitando una mayor adherencia al tratamiento.

	<p>Proporcionar formación, información y educación terapéutica sobre el tratamiento que se le va a administrar (cumplimiento de horarios, efectos secundarios, utilización de recursos, etc.).</p> <p>Potenciar el autocuidado mediante técnicas de EpS (ejercicio, normas posturales, estilos de vida...).</p>
<i>Mejorar la calidad de vida</i>	Asesorar acerca del control de los eventos adversos surgidos del tratamiento.
<i>Mejorar la eficacia del tratamiento</i>	<p>Incrementar la independencia del paciente.</p> <p>Ayudar a conseguir una mayor adaptación ante las adversidades.</p>
<i>Minimizar los efectos secundarios</i>	<p>Promoción de la salud y prevención secundaria de la enfermedad.</p> <p>Implicar a la familia en la enfermedad del paciente.</p>
<i>Establecer una post-consulta para reforzar las indicaciones médicas</i>	<p>Aclarar las pautas de medicación (posología, vías de administración).</p> <p>Mitigar efectos adversos (laxantes, antieméticos...).</p> <p>Ofrecer información clara sobre el/los tratamiento/s a realizar (farmacológicos, ablativos, estimulativos, implantes).</p> <p>Dilucidar las posibles dudas que le puedan surgir.</p> <p>Explicar de forma práctica normas de higiene postural tanto de estiramiento como de fortalecimiento.</p>
<i>Atención telefónica: enfermería se ocupa de la atención a los pacientes que llamen con consultas respecto a su terapia actual, por eso es importante que cuenten con formación en farmacología y que lleven tiempo trabajando allí ya que conocerán de primera mano el problema del paciente que llame.</i>	
<i>Realizar el seguimiento del paciente.</i>	
<i>Efectuar una correcta comunicación entre profesionales sanitarios para conseguir un adecuado seguimiento del paciente.</i>	

5.1.2. Funciones generales y específicas

Las funciones de un profesional enfermero en una UD son muchas y muy variadas. Entre ellas cabe destacar: la valoración del paciente, la administración de tratamientos por vía tópica, parenteral, epidural e intratecal, la colaboración en procedimientos intervencionistas realizados en el quirófano (bloqueos, implantes y radiofrecuencias), cuidados pre y postoperatorios, extracciones, colocación de TENS, tratamientos de radiofrecuencia pulsada transcutánea, lontoforesis o el apoyo emocional¹³. Como bien se ha mencionada antes, además, ha de cumplir con las funciones específicas de todo profesional de la salud.

La **función de programación** se destinará a la citación de los pacientes, dando mayor prioridad a los pacientes oncológicos, ya que son considerados los más urgentes. Así

mismo, la enfermera planificará su tiempo de trabajo para realizar las curas quirúrgicas que tenga que hacer, los tratamientos que necesite administrar y las técnicas que requieran su presencia en el quirófano²⁰.

En la **función de coordinación**, la enfermera es considerada una pieza fundamental; ya que es nexo de unión con conexión directa con el resto del personal sanitario y el paciente y su familia y el resto de proveedores del hospital. Puede parecer una función prescindible, pero es primordial para el correcto seguimiento de la salud y la enfermedad del paciente.

Durante la **función asistencial**, enfermería, primeramente, deberá comprobar la historia clínica y contrastarla con la información proporcionada por el paciente. Si fuera necesario el ingreso del paciente para la realización de alguna técnica, las enfermeras serán las responsables de recibir, identificar, instalar e informar al paciente sobre el procedimiento al que va a someterse²⁰.

Posteriormente, procederá a realizar una valoración inicial del paciente mediante la utilización de las distintas escalas o tests (*Tabla 5*). También, monitorizará al paciente durante el ingreso y su estancia en el hospital de día. Gracias a su formación, las enfermeras están capacitadas para colaborar con el médico en la realización del método elegido. Éste, ha de ser consensuado y autorizado por el paciente mediante la lectura y firma de un consentimiento informado²⁰.

Tabla 5. Escalas e índices de valoración^{11,21,22,23,24,25,25}

	¿QUÉ VALORA?	PARÁMETROS
Escala Goldberg²¹	Ansiedad Depresión Inadecuación social Hipocondría	Se puntúa de 0-3 siendo el 3 la peor puntuación. El valor máximo es 36 y el mínimo es 0 puntos.
Índice Barthel²²	Independencia para realizar las ABVD	Se clasifica de 0 (dependencia total) a 100 (independencia total) y define 3 categorías de dependencia: <ul style="list-style-type: none"> • Grave (< 45 puntos) • Moderada (45-60 puntos) • Leve (> 65 puntos)

Test de Lattinen²³	Valora la evolución del dolor	Se puntúa de 0 a 4 la intensidad y la frecuencia del dolor, el consumo de analgésicos, el grado de incapacidad y las horas de sueño.
Escala EVA²⁴	Valora la intensidad del dolor	Consiste en una regla con lado izquierdo (menor intensidad) y lado derecho (mayor intensidad). Cuando el paciente indica el grado de dolor que experimenta. Luego, el dolor será: <ul style="list-style-type: none"> • Leve (< 3 puntos) • Moderado (4-7 puntos) • Grave (\geq 8 puntos)
Cuestionario de salud EuroQol-5D²⁵	Evalúa la calidad de vida del paciente	Consta de 3 partes: la primera define el estado de salud a través de 5 dimensiones (movilidad, cuidado personal, actividades cotidianas, dolor y ansiedad); la segunda es una escala analógica visual; y la tercera recoge datos anónimos.
DN4²⁶	Valora el dolor neuropático	Consta de 10 ítems que se evalúan con 1 (sí) o 0 (no) para identificar la probabilidad de tener dolor neuropático. La puntuación total es 10 y el corte se aplica \geq 4 puntos.

Finalizada la técnica, llevará a cabo el seguimiento post-quirúrgico basado en: 1) la valoración y ejecución de curas; y 2) la realización de las técnicas de enfermería que crea necesarias. Será la encargada de protocolizar las actuaciones de terapias no farmacológicas para así, asesorar al paciente. Al alta, informará al paciente respecto a la fecha de la próxima visita, así como de la posibilidad de realizarla telefónicamente²⁰.

En conclusión, los cuidados enfermeros pueden ayudar a solucionar o suavizar los problemas que presentan mediante la formulación de diagnósticos enfermeros reales o potenciales o colaborando con otros profesionales de la salud²⁰. En el *Anexo I* se ha llevado a cabo la realización de un plan de cuidados (NANDA, NOC y NIC) para los pacientes que padecen dolor crónico.

La **función docente** se basa en realizar una correcta educación para la salud. Se debe explicar que el objetivo del tratamiento consistirá en ayudarlo a sentirse mejor y en aumentar su calidad de vida. Se esclarecerá la medicación pautada por el médico, haciendo especial hincapié en el hecho de que, ésta ha de ayudarlo a lograr las metas que se proponga, siempre y cuando sean razonables y acordes con su situación. Así mismo,

se concienciará al paciente, o a la familia en caso necesario, de la importancia de la administración de la medicación en horarios fijos para ayudarle a mantener los niveles de fármaco en sangre y así permitir la máxima eficacia. Se debe informar respecto a los posibles efectos secundarios al tratamiento y de la posibilidad de completar la pauta médica con los llamados medicamentos coadyuvantes o coanalgésicos²⁰ o medicación de rescate.

De igual modo, se prestará apoyo psicológico, si fuera necesario, intentando focalizarlo en la alegría de haber conseguido tales logros y restándole importancia al dolor que le haya podido haber causado. Relacionado con esto, la enfermera será la responsable de la selección de estrategias que fomenten el control del dolor como por ejemplo talleres o técnicas de relajación. Algunos de los talleres más extendidos son el taller de escuela de espalda, taller de fibromialgias y el taller de post-técnica invasiva²⁰. El taller de escuela de espalda es el programa de tratamiento más ampliamente instaurado en los centros de salud y hospitales. Se proponen pautas para el autocuidado de los pacientes a fin de mejorar su sintomatología y el manejo de su dolor. Está demostrado que realizar ejercicio de manera regular aporta multitud de beneficios tanto a nivel emocional como físico, por lo tanto, afecta de manera positiva en la salud general del paciente²⁷. El uso de talleres o técnicas de relajación son dos ejemplos de educación para la salud por la que tanto aboga la enfermería.

Uno de los puntos clave que los profesionales de enfermería han de lograr es la adherencia al tratamiento, por eso, la integración de la familia y el entorno del paciente es considerado una parte crucial¹³. Para que se produzca una adherencia eficaz a éste, la comunicación con la familia, cuidador o paciente ha de ser lo más efectiva posible¹³. Algunas de las claves para conseguirla son: mantener el contacto visual, usar un tono de voz adecuado al contexto, escuchar activamente, comunicar un mensaje claro o utilizar un lenguaje ajustado al nivel psicosocial del paciente. También se lleva a cabo la sensibilización del entorno, favoreciendo y fomentando la participación de los pacientes y su familia, mejorando y aportando una información correcta, promoviendo intervenciones que favorezcan la implantación en su autocuidado, siempre escuchando, dejando que se expresen libremente²⁰. Como enfermeras debemos hacer unas recomendaciones generales con respecto a hábitos higiénicos posturales, estiramientos, dietas y ejercicio; y otras más específicas en cuanto a medicación, uso de

electroestimulación percutánea (*Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation – TENS –*) y manejo de dispositivos implantables (neuroestimuladores, bombas de infusión externas e internas)¹³. Igualmente, llevará a cabo la formación de nuevo personal de enfermería enfocándose, principalmente, en técnicas de alivio del dolor para aumentar su control. Una técnica muy utilizada se basa en algo tan simple como es la distracción del paciente, mediante actividades, ejercicios, etc. y así evitar el aburrimiento.

5.1.3. Formación académica

Respecto a la formación académica con la que han de contar los profesionales de enfermería que componen las UD, no se ha conseguido encontrar una gran referencia bibliográfica. *Muro Castillo I et al*¹¹ declararon que, en su unidad, las enfermeras habían recibido un curso intensivo en dolor, tanto teórico como práctico, de más de 200 horas mediante una rotación por distintas unidades. También se ha hecho referencia, en otros artículos, de la posibilidad de conseguir una formación en el tratamiento y manejo del dolor mediante la SED. Ésta imparte un máster, en colaboración con la UEMC, de Medicina del Dolor¹ y cursos de formación para profesionales de la salud². Además, la UAM ofrece un máster oficial en Cuidado Avanzado de pacientes de Anestesia, Reanimación y Tratamiento del dolor³.

En lo que respecta a la capacitación de los profesionales, hoy en día el manejo del dolor no se trata como un área independiente. Se estudia únicamente en la carrera de Medicina, más exactamente, en la asignatura de Farmacología. Existen también dos postgrados en medicina de AP llamados “Abordaje del dolor oncológico” y “Abordaje del dolor crónico” y cursos de formación continuada sobre cuidados paliativos en pacientes oncológicos¹⁴.

5.1.4. Proceso de atención

El primer paso para un paciente que acude por primera vez a la UD es la consulta de enfermería. Durante el desarrollo de la ésta, la enfermera será la responsable de la realización de la historia clínica del paciente, en la cual recogerá los datos del paciente,

¹¹ <https://master.sedolor.es/>

² <https://www.sedolor.es/profesionales-y-formacion/cursos/>

³ <https://www.fjd.es/escuela-enfermeria/es/estudios/postgrado/titulos-oficiales/master-universitario-cuidados-avanzados-paciente-anestesia>

antecedentes personales, quirúrgicos, rehabilitadores, etc., así como su situación social, hábitos de salud del paciente por patrones funcionales de enfermería, tratamiento previo, tipo de dolor y características¹¹. Aunque Blanca Palomares Rubio, enfermera de la Unidad del Dolor del Hospital Universitario Ramón y Cajal de Madrid, en el artículo publicado por Metas de Enfermería “*Unidades del Dolor, el derecho a no sufrir*”¹³, sostiene que, en su unidad, el paciente es atendido por el psicólogo de la unidad en primer lugar. Después, en ambos casos, el paciente pasará a la consulta médica donde se le realizará una evaluación del dolor y una exploración para detectar y proporcionar un tratamiento adecuado.

5.1.5. Interconsulta telefónica

La teleasistencia es una característica propia de las UD extendida en todo el territorio español. Enfermería posee un papel fundamental ya que es responsable de atender a los pacientes ante cualquier problema que les surja derivado de la medicación o del procedimiento²⁰. También, se fomenta la continuidad asistencial y sirve para disipar las dudas respecto a la técnica a la que se le va a someter. Los principales objetivos son²⁸:

- Favorecer el cumplimiento de los pacientes a la asistencia a técnicas prescritas.
- Conseguir que los pacientes acudan en condiciones óptimas.
- Mejorar la adhesión al tratamiento del paciente.

Debido a la pandemia, esta función se ha desarrollado mucho ya que los pacientes se quedaron de un día para otro sin atención sanitaria presencial²⁹.

6. DISCUSIÓN

Esta revisión bibliográfica tuvo como propósito estudiar en profundidad el papel que desempeña la enfermera en las UD. Además de investigar sobre la distribución, organización y recursos con los que cuentan éstas hoy en día.

*Martínez Zapata et al*³⁰ al realizar su estudio en 2001 sobre el estado de las UD en España concluyeron que faltaba homogeneidad en la distribución geográfica de las UD españolas. Aunque los datos precedentemente planteados no reflejan exactamente la realidad actual, si se ha podido observar que, 20 años después, se ha conseguido una homogeneización y una menor dispersión de éstas en España. En la *Ilustración 3* se puede analizar que todas las comunidades autónomas cuentan con al menos una unidad o clínica donde se puede

tratar de manera multidisciplinar, todos los aspectos a tener en cuenta como agravantes del propio dolor. Si bien, es importante destacar que ciertas comunidades más pudientes, económicamente hablando, como la Comunidad de Madrid, Cataluña o la Comunidad Valenciana, cuentan con un número mayor de UD por habitante mientras que otras, como Castilla y León, cuentan con un número mucho más pequeño. Por ejemplo, la ratio en Castilla y León de UD por habitante es de 1:109.454,545 mientras que en la Comunidad madrileña es de 1:71.622,222.

Se puede observar que con respecto al artículo de *González-Escalada et al⁴* de 2014, el número de Unidades del Dolor ha aumentado considerablemente; de las 183 unidades que recogía aquel estudio su número se ha incrementado a 384 unidades existentes actualmente en 2021.

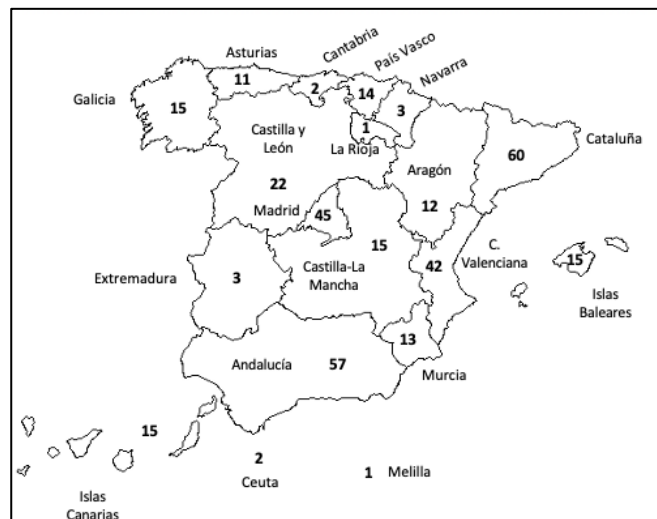


Ilustración 3. Distribución de las UD y clínicas del dolor presentes en España.

Martínez Zapata et al³⁰, en su estudio de 2005, concluyeron que en España no existía un modelo predominante de UD. Sin embargo, en estudios posteriores^{4,19}, revisados en este trabajo, han confirmado la presencia de un modelo mayoritario en nuestro país. Éstas son las UD de nivel II^{4,19}, definidas por el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad¹ como “*unidades en condiciones de tratar al paciente con dolor crónico de distinta etiología, sin tener carácter multidisciplinar*”. Aunque esta definición no sería del todo aplicable al tipo específico de UD españolas es el que más se asemeja a ellas. *González-Escalada y cols⁴* realizaron una clasificación propia para poder clasificar las UD existentes. Las agruparon de la siguiente manera:

- Grupo A: caracterizadas por contar con un solo médico (especialista o no) que trabaja a tiempo parcial y que no pasa consulta diaria.
- Grupo B: se benefician de un médico especialista a tiempo parcial que pasa consulta diaria.
- Grupo C: disponen de un médico especialista a tiempo completo que realiza consultas diarias.
- Grupo D: son infraestructuras que disfrutan de más de un médico especialista que pasa consulta a diario.

Sus resultados muestran que el 28% correspondía al grupo A, el 21,3% al grupo B, el 37,1% al grupo C y el resto (9%) pertenecía al grupo D. Con estos datos concluyeron que el tipo de UD más presente en España se encontraba en el nivel II de clasificación propuesta por el Gobierno español y, además, la mayor parte contaba con un especialista con dedicación exclusiva a la unidad⁴.

Si nos fijamos en lo descrito previamente, se observa que el 56,18% de las UD son de financiación pública y el 43,82% son privadas. Esta situación es debida a las amplias listas de espera con las que cuentan las UD dependientes del SNS. Éstas han propiciado que los pacientes, fruto del malestar provocado por los efectos físicos, psicológicos y sociales del dolor, busquen otras alternativas, en este caso, en el ámbito de la sanidad privada, mediante las que tratar a su patología.

La inmensa mayoría de las UD españolas dependen exclusivamente del Servicio de Anestesiología de los hospitales de referencia de los que dependen. Si bien hay algunas, aunque un número insignificante de unidades, que dependen de otro tipo de servicios como neurocirugía.

Haciendo omisión a la guía publicada por la IASP sobre las características y recomendaciones que deberían reunir las UD para el tratamiento del dolor se encuentran³¹:

- Multidisciplinaridad del centro y la comunicación activa entre dichos profesionales.
- Existencia de un director o coordinador de la actividad asistencial.

- Contar con un espacio propio para el desarrollo de la actividad.
- Mantener registros asistenciales.
- Poseer los conocimientos necesarios para el tratamiento de estos pacientes.
- Gozar de la correspondiente licencia de trabajo en el país, en este caso España.
- Tratar tanto el dolor oncológico como el no oncológico, así como a una alta cantidad y variedad de pacientes.
- Establecer protocolos.
- Ser participe de investigaciones sobre el dolor crónico.

En general, el nivel de cumplimiento tanto de estos criterios como de las recomendaciones propuestas por la SED¹⁷, así como de los estándares y recomendaciones del Ministerio de Sanidad español¹, es cumplido parcialmente. Aún así existe un relevante margen de mejora. Todos estos esfuerzos, sobre guías de recomendaciones, no han dado suficientes frutos como para la mejora de las UD. Un ejemplo de ello es que tan solo el 49,3% de las UD tengan registros específicos para el manejo del dolor¹⁸.

Ahora bien, el panorama europeo no se encuentra mucho mejor en cuanto de UD se habla. En Irlanda, el número y la estructura de las unidades del dolor aún no se considera óptimo para la población existente; en Alemania, el número de este tipo de estructuras ha aumentado muchísimo, no obstante, la calidad de algunas de ellas es cuestionable; y en Reino Unido, se han encontrado hallazgos similares¹⁸.

Todo esto demuestra una falta en la definición comúnmente aceptada de lo que es una UTD. Ahora, la atención debería centrarse en los recursos humanos, la educación y la formación del personal y las demás disciplinas implicadas, así como en un enfoque multidisciplinario y multiprofesional para la prestación de cuidados de alta calidad¹⁸.

Dada la insuficiente bibliografía respecto a la especialización de las UD españolas, no se ha podido averiguar si las éstas se ocupan únicamente de tratar el dolor crónico o si también se encargan del dolor agudo. No obstante, se ha de reseñar la existencia de un extenso catálogo de artículos sobre Unidades del Dolor Torácico o Cardíaco (UDT) muy comunes y desarrolladas en países como Alemania o Estados Unidos. *Martínez Zapata et al*³⁰ postulan que el 71,4% de las UD son UD mixtas ya que se dedican al tratamiento

tanto del dolor crónico como del agudo. Sin embargo, la Unidad de Dolor Agudo del Hospital Universitario Puerta de Mar³² en Cádiz se dedica exclusivamente al tratamiento del dolor agudo procedente de cualquier servicio de cirugía como el dolor obstétrico, el vásculo-isquémico o el postoperatorio.

Según *De Barutel et al*¹⁹, 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.

En cuanto a los recursos humanos podemos afirmar que el personal con el que suele contar una UD es insuficiente. Tanto la IASP³¹ como la SED¹⁷ están de acuerdo en que una UD multidisciplinaria ha de estar compuesta por médicos, enfermeras, psicólogos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, consejeros vocacionales, trabajadores sociales y cualquier otra profesional que pueda contribuir al diagnóstico y tratamiento del paciente³¹. Los proveedores de salud más habituales que podemos encontrar en las UD son el personal médico y el personal enfermero. A pesar de ello, la enfermería, aunque es personal con dedicación exclusiva en el 74% de los casos, en ocasiones (26%⁴), es personal que trabaja a tiempo parcial (es “volante”) lo que se traduce en una disminución manifiesta de la calidad asistencial que reciben estos pacientes; ya que muchas veces este personal no ha recibido la suficiente educación en el campo como para proporcionar la asistencia necesaria que estos pacientes requieren.

Prosiguiendo con las demás especialidades, tanto psicólogos como fisioterapeutas como terapeutas ocupacionales como trabajadores sociales son áreas totalmente inexistentes en la gran mayoría de las UD^{18,19,30}. Este hecho, provoca una deficiencia importante en el tratamiento del dolor, pues, como se ha dicho antes, éste viene acompañado de múltiples problemas psicosociales con los que el paciente ha de lidiar y la mayor parte de las veces no es capaz si no se le proporciona la ayuda suficiente. Sería un gran acierto, el fomento de la incorporación de este tipo de facultativos a las UD para que se lleve a cabo el tratamiento holístico por el que tanto se aboga en este trabajo.

Tanto IASP³¹ como la SED¹⁷ coinciden en que las UD deben contar con un espacio propio donde desarrollar su actividad. Es preciso reconocer que desde su implantación en España hace ya más de 60 años, las UD han evolucionado mucho. El Gobierno español ha

realizado esfuerzos recientes por mejorar su funcionamiento, calidad y seguridad como se puede observar en los “*Estándares y Recomendaciones de las Unidades del Dolor*”¹⁷ llevada a cabo en 2011. Aún así, este intento por mejorar no ha sido suficiente pues, durante la investigación, se observan muchas deficiencias respecto a las infraestructuras, espacio y distribución de las UD.

Tanto la IASP³¹ como la SED¹⁷ como el Gobierno Nacional Español¹ afirman que es indispensable, para llevar a cabo una atención de calidad, que las UD cuenten con un espacio propio. Los resultados hallados confirman que estas implementaciones necesarias no se están llevando a cabo, ya que se puede observar que una gran mayoría de UD comparten espacio con otras unidades.

Así mismo, con la bibliografía hallada, tampoco se consigue establecer una organización predominante de las UD porque la información es bastante controvertida al respecto. Algunos autores¹⁸ afirman que más del cincuenta por ciento de las UD cuenta con acceso a camas de hospitalización para pacientes ya hospitalizados o para pacientes que deban ser hospitalizados con el fin de efectuar la técnica invasiva que precisen. Otros, como *González-Escalada et al*⁴ sostienen que el 70% de éstas no dispone de este tipo de estructuras y que solo un 43% se organiza en forma de hospital de día.

Además, la SED publicó en 2010 unos estándares de calidad¹⁷ en los que se describen las características óptimas que han de tener las UD que tratan la patología crónica. Este documento alega que debe gozar de consultas externas, un hospital de día propio para la aplicación de tratamiento especiales, y la preparación y la recuperación del paciente antes y después de la realización de los diferentes procedimientos. Además, también debe de poseer de salas de bloqueo y un quirófano asignado al menos dos días por semana¹⁷. Realizando un análisis comparativo de estas condiciones, se puede comprobar que alguno de estos requisitos se cumple. Por ejemplo, un 80% de las UD sí cuentan con consultas propias donde realizan su actividad¹⁹ y un 71% refiere tener alcance a salas de bloqueo dedicadas a intervenciones menores¹⁸. Pese a todo, tan solo una mínima parte de las UD cuentan con acceso a un quirófano¹⁹.

La IASP en su artículo “*Desirable characteristics for pain treatment facilities*”³¹ manifiesta la necesidad de que sus miembros realicen investigaciones sobre el dolor

crónico. El desarrollo de este campo en referencia al dolor crónico ha de ser uno de los objetivos principales en todas las UD del país. Tras la lectura de la bibliografía hemos podido analizar que, aunque las UD españolas se encuentren en pleno desarrollo actualmente, fomentan día a día una búsqueda más exhaustiva en lo tocante al dolor crónico e igualmente, en lo referente a nuevas técnicas analgésicas para impulsar un mayor manejo del dolor¹¹. Citando a *Polo-Santos y cols*¹⁸, el 100% de las unidades ya realizaban investigaciones científicas en 2018, de las cuales un 56,5% ya contaba con un artículo publicado a nivel internacional y un 42% recibía financiación internacional para llevar a cabo su investigación.

Igual que la investigación, la actividad docente también forma parte de las premisas a cumplir divulgadas por la IASP³¹. Existen centros, como el Complejo Asistencial de Cáceres en Extremadura¹¹ que desarrollan programas docentes, con evidencia científica, sobre analgésica básica en los Centros de Atención Primaria de la provincia. La imparten médicos, enfermeras y auxiliares de enfermería, cada uno a su colectivo y a su cupo de pacientes. Asimismo, la IASP³¹ también reconoce que estas unidades tienen que formar parte o estar afiliadas a alguna institución importante educativa o investigadora como puede ser una Universidad o una Escuela de Enfermería. Tal y como expresa *Polo-Santos et al*, una extensa mayoría de UD (79,7%) apoya firmemente las actividades docentes¹⁸. La UD anteriormente citada en concreto, desarrolla formación pregrado. Además, enriquece la formación de este futuro nuevo personal mediante la rotación por la Unidad¹¹. Pero, aunque la actividad docente sea muy practicada y esté muy extendida es, aún, demasiado elevado el número de UD que no realiza ninguna actividad docente (26%)¹⁹.

7. LIMITACIONES

La mayor limitación que se ha tenido durante el desarrollo del presente trabajo ha sido la falta de bibliografía existente sobre el tema a tratar.

8. FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN

Teniendo en cuenta que la bibliografía acerca del tema es escasa, se hace necesaria la continuación de la investigación, con la intención de visibilizar la gran importancia de la profesión de enfermería en este campo tan desconocido. Así mismo, me ha llamado la

atención, la poca formación disponible actualmente. Por eso, se debería fomentar capacitación de enfermeras con el fin de mejorar altamente los cuidados ofrecidos a este tipo de pacientes.

9. CONCLUSIONES

- La enfermera es el nexo de unión entre el equipo sanitario y el paciente. Se encarga tanto de aliviar el dolor físico, mediante la aplicación de técnicas y la administración de medicación, como del psicológico, a través del apoyo, cuidado y protección de los pacientes; todo ello destinado a que el paciente consiga la máxima autonomía y aumente la calidad de su vida.
- La estructura de las UD, aún teniendo en cuenta los avances, sigue siendo muy heterogénea. La mayoría no cuenta con la infraestructura ni el personal adecuado para tratar con la mayor calidad asistencial a los pacientes que sufren dolor crónico. Es necesario seguir fomentando el progreso y perfeccionamiento de las unidades del dolor, así como una mejor formación de nuevo personal de enfermería para seguir prosperando en el trato ofrecido a los pacientes.
- Los objetivos con los que tienen que cumplir las enfermeras que trabajan en este tipo de unidades son muy importantes y variados, ya que van desde administrar el tratamiento hasta la resolución de dudas durante las consultas telefónicas. Aún así, todas estas funciones se realizan con el único objetivo de aumentar la calidad de vida de los pacientes.
- Deben contar con médicos especialistas, enfermeras, psicólogos, terapeutas ocupacionales, fisioterapeutas, etc., para que la recuperación del paciente sea completa. Bien es cierto que, el profesional sanitario que más tiempo pasa al lado del paciente es la enfermera, por eso, es muy importante el papel que ellas/os desarrollan. Son los primeros en advertir los posibles cambios que el paciente pueda estar sufriendo a causa del tratamiento, además, de prestarle apoyo psicológico para que no se sienta abandonado mientras dure el proceso.

Bibliografía

1. Palanca Sánchez I (Dir.), Puig Riera de Conías MM (Coord. Cient.), Elola Somoza J (Dir.), Bernal Sobrino JL (Comit. Redac.), Paniagua Caparrós JL (Comit. Redac.), Grupo de Expertos. Unidad de tratamiento de dolor: estándares y recomendaciones. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad [Internet]. 2011 [citado 30 de diciembre de 2020]. Recuperado a partir de: https://www.msbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/EERR/Unidad_de_tratamiento_de_l_dolor.pdf
2. Achury-Saldaña DM. Dolor: la verdadera realidad [Internet]. 2008 [citado el 28 de diciembre de 2020];8(2):146-158. Recuperado a partir de: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1657-59972008000200004&script=sci_abstract&tng=es
3. Pain Proposal EC of P. Improving the Current and Future Management of Chronic Pain A European Consensus Report Acknowledgements. Prim Care [Internet]. 2010;17. Disponible en: http://www.dgss.org/fileadmin/pdf/Pain_Proposal_European_Consensus_Report.pdf%0Ahttp://www.dgss.org/fileadmin/pdf/Pain_Proposal_European_Consensus_Report.pdf%0Ahttp://www.efic.org/use_rfiles/file/pain_proposal.pdf
4. González-Escalada JR, Camba A, Sánchez I. Censo de las Unidades del Dolor en España. Análisis de la estructura organizativa, dotación, cartera de servicios e indicadores de calidad y buenas prácticas. Rev Soc Esp Dolor [Internet]. 2014 [citado 26 de diciembre de 2020];21(3):149-161. Recuperado a partir de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462014000300006
5. Franco ML. Cartas al director. Una unidad del dolor multidisciplinar en el ámbito de la sanidad privada. Rev Soc Esp Dolor [Internet]. 2014 [citado 26 de diciembre de 2020];21(3):186-187. Recuperado a partir de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462014000300011&lang=es
6. Álvarez JP. Giovanni Giuseppe Bonica (1917-1994). Rev Med Clin Condes [Internet]. 2019 [citado 29 de enero de 2021];30(6):494-498. Recuperado a partir de: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-giovanni-giuseppe-bonica-1917-1994--S0716864019301038>
7. Rodríguez MJ, García AJ. Costes del dolor neuropático según etiología en las Unidades del Dolor en España. Rev Soc Esp Dolor [Internet]. 2007 [citado el 29 de diciembre de 2020];14(6):404-415. Recuperado a partir de: <https://scielo.isciii.es/pdf/dolor/v14n6/original1.pdf>
8. Clasificación del dolor. Dolor.com [Internet]; 2015 [citado el 3 de marzo de 2021]. Recuperado a partir de: <https://www.dolor.com/para-sus-pacientes/tipos-de-dolor/clasificacion-dolor>
9. Cruciani RA, Nieto MJ. Fisiopatología y tratamiento del dolor neuropático: avances más recientes. Rev Soc Esp Dolor [Internet]. 2006 [citado el 4 de marzo de 2021];13(5):312-327. Recuperado a partir de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1134-80462006000500006
10. Dr. Fuentes M. ¿Qué es el dolor neuropático? Dolor.com [Internet] [citado el 3 de marzo de 2021]. Recuperado a partir de: <https://www.dolor.com/para-sus-pacientes/tipos-de-dolor/dolor-neuropatico>
11. Muro Castillo I, Rodríguez Fernández I, Rivas Mateos MJ, Die Ortega MP, Marra Gracia M, Ortega et al. Organización asistencial de una Unidad del Dolor en Extremadura. Rev Sec Esp Dolor [Internet]. 2008 [citado 26 de diciembre de 2020];15(2):108-112. Recuperado a partir de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462008000200007&lang=es
12. Montero A, Samper D, Vidal J, Rodríguez MJ, Jiménez L. Study to evaluate the profile of patients attending pain units in Spanish hospitals for the first time (PANDHORA study). Future Medicine [Internet]. 2012 [citado el 8 de enero de 2021];2(3):209-217. Recuperado a partir de: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24654664/>
13. López Criado S. Unidades del Dolor, el derecho a no sufrir. Metas de Enfermería: Actualidad Enfermera [Internet]. 2016 [citado el 4 de enero de 2021]. Recuperado a partir de: <https://www.enfermeria21.com/diario-dicen/unidades-del-dolor-el-derecho-a-no-sufrir-DDIMPORT-044640/>
14. Torralba A, Miquel A, Darba J. Situación actual del dolor crónico en España: iniciativa “Pain Proposal”. Rev Soc Esp Dolor [Internet]. 2014 [citado el 10 de enero de 2021];21(1):16-22. Recuperado a partir de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462014000100003
15. López-Soriano F, Lajarín B, Rivas-López FA, Bernal L, Jiménez-García MP. Situación actual de las unidades del dolor crónico en la Región de Murcia. Rev Soc Esp Dolor [Internet]. 2011 [citado el 15 de enero de 2021];1: 12-20. Recuperado a partir de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462011000100004
16. Unidades del Dolor [Internet]. SED – Sociedad Española del Dolor. 2021 [citado el 2 de enero de 2021]. Recuperado a partir de: <https://www.sedolor.es/pacientes/unidades-de-dolor/>
17. De la Calle JL, Abejón D, Cid J, Del Pozo C, Insausti J, López E y el panel de expertos de la Sociedad Madrileña del Dolor. Estándares de calidad asistencial y catálogo de procedimientos de las unidades de dolor crónico. Rev Soc Esp Dolor [Internet]. 2010 [citado el 26 de enero de 2021];17(2):114-133.

- Recuperado a partir de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462010000200007
18. Polo-Santos, M.; Videla-Cés, S.; Pérez-Hernández, C.; Mayoral-Rojals, V.; Ribera-Canudas, M.V.; Sarría-Santamera, A. An Update on Resources, Procedures and Healthcare Provision in Pain Units: A Survey of Spanish Practitioners. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2021, 18, 451. Recuperado a partir de: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33430012/>
 19. De Barutell C. Unidades de Dolor en España. Encuesta SED Día del dolor 2007. *Rev Soc Esp Dolor* [Internet]. 2009 [citado el 8 de enero de 2021];16(8):421-428. Recuperado a partir de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462009000800002
 20. Goberna Iglesias MJ, Mayo Moldes M, Lojo Vicente V. Gestión y actuación enfermera en la unidad de dolor crónico. *Rev Soc Esp Dolor* [Internet] 2014 [citado el 13 de enero de 2021]; 21(1): 50-58. Recuperado a partir de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462014000100006
 21. Cribado ansiedad/depresión – Escala de Goldberg. Servicio Andaluz de Salud. Conserjería de salud [Internet] [citado el 3 de enero de 2021]. Recuperado a partir de: https://www.huvn.es/archivos/cms/enfermeria/archivos/publico/Cuestionarios/cribado_de_ansiedad_depresion_escala_de_goldberg.pdf
 22. Cid-Ruzafa J, Damián-Moreno J. Valoración de la discapacidad física: el índice de Barthel. *Rev Esp Salud Pública* [Internet]. 1997 [citado el 3 de enero de 2021];71:127-137. Recuperado a partir de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57271997000200004
 23. González-Escalada JR, Camba A, Muriel C, Rodríguez M, Contreras D, De Barutell C. Validación del índice de Lattinen para la evaluación del paciente con dolor crónico. *Rev Soc Esp Dolor* [Internet]. 2012; [citado el 27 de diciembre del 2020];19(4): 181-188. Recuperado a partir de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462012000400004
 24. Escala visual analógica del dolor (EVA). Úlceras Fóra. Xunta de Galicia. Consellería de Sanidade [Internet] [citado el 3 de enero de 2021]. Recuperado a partir de: <https://ulcerasfora.sergas.gal/Informacion/DocumentosCP/Escala%20EVA.pdf>
 25. Herdman M, Badia X, Berra S. El EuroQol-5D: una alternativa sencilla para la medición de la calidad de vida relacionada con la salud en atención primaria. *Aten Primaria* [Internet]. 2001 [citado el 22 de enero del 2021];28(6):425-429. Recuperado a partir de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7684037/>
 26. Blanco E, Gálvez R, Zamorano E, López V, Pérez M. Prevalencia del dolor neuropático (DN), según DN4, en atención primaria. *Semergen* [Internet]. 2012 [citado el 18 de enero del 2021];38(4):203-210. Recuperado a partir de: [https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-articulo-prevalencia-del-dolor-neuropatico-dn--S1138359311004084#:~:text=El%2045%2C7%25%20de%20los,no%20opioides%20\(51%25\).](https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-articulo-prevalencia-del-dolor-neuropatico-dn--S1138359311004084#:~:text=El%2045%2C7%25%20de%20los,no%20opioides%20(51%25).)
 27. Montiel Higuero J. Escuela de espalda. Aula de Salud – Sede Universitaria Ciudad de Alicante. Universidad de Alicante [Internet]. [citado el 22 de enero del 2021]. Recuperado a partir de: <https://web.ua.es/es/aula-salud/actividades-2019-2020/escuela-de-espalda.html>
 28. Miguel Martín MN, Nieto Iglesias C, Torremocha Latorre N, Cárcamo Fonfría A. Absentismo de pacientes citados en técnicas intervencionistas en la unidad del dolor HUFA: llamada telefónica de enfermería. Fundación Hospital Alcorcón (Alcorcón) [Internet]. 2019 [citado el 29 de diciembre de 2021]. Recuperado a partir de: <https://www.resed.es/p-157-absentismo-de-pacientescitados-en-tecnicasintervencionistas-en-unidad-dolorhufa-llamada-telefonica-deenfermeria835>
 29. Montero Matamala A. Las Unidades del Dolor en la era del COVID-19. *Rev Soc Esp Dolor* [Internet]. 2020 [citado el 13 de enero de 2021];27(3):143-145. Recuperado a partir de: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462020000300001
 30. 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* [Internet]. 2005 [citado el 27 de diciembre de 2020];52(3):141-148. Recuperado a partir de: https://www.researchgate.net/publication/237622529_Analisis_descriptivo_en_el_ano_2001_de_las_Unidades_de_Tratamiento_del_Dolor_Cronico_en_Espana
 31. Loeser JD, Boureau F, Brooks P, Ferrer-Brechner T, Fields HL, Fox CD et al. Pain Clinic Guidelines: Desirable Characteristics for Pain Treatment Facilities. International Associations for the Study of Pain (IASP) [Internet]. 2018 [citado el 27 de enero del 2021]. Recuperado a partir de: <https://www.iasp-pain.org/Education/Content.aspx?ItemNumber=1471>
 32. Collado F, Aragón MC, Pérez AC, Eizaga R, Vidal MA, Torres LM. Organización de una Unidad de Dolor Agudo en un Hospital Regional. *Rev Soc Esp Dolor* [Internet]. 2008 [citado el 15 de enero del 2021];15(1):28-40. Recuperado a partir de: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462008000100006

Anexos

Anexo 1. Artículos incluidos en el desarrollo

<p>1. Palanca Sánchez I (Dir.), Puig Riera de Conías MM (Coord. Cient.), Elola Somoza J (Dir.), Bernal Sobrino JL (Comit. Redac.), Paniagua Caparrós JL (Comit. Redac.), Grupo de Expertos. Unidad de tratamiento de dolor: estándares y recomendaciones. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad [Internet]. 2011 [citado 30 de diciembre de 2020]¹.</p>
<p>2. González-Escalada JR, Camba A, Sánchez I. Censo de las Unidades del Dolor en España. Análisis de la estructura organizativa, dotación, cartera de servicios e indicadores de calidad y buenas prácticas. <i>Rev Soc Esp Dolor</i> [Internet]. 2014 [citado 26 de diciembre de 2020];21(3):149-161⁴.</p>
<p>3. Muro Castillo I, Rodríguez Fernández I, Rivas Mateos MJ, Die Ortega MP, Marra Gracia M, Ortega Bejarano MA, López Basset MI. Organización asistencial de una Unidad del Dolor en Extremadura. <i>Rev Sec Esp Dolor</i> [Internet]. 2008 [citado 26 de diciembre de 2020];15(2):108-112¹¹.</p>
<p>4. López Criado S. Unidades del Dolor, el derecho a no sufrir. <i>Metas de Enfermería: Actualidad Enfermera</i> [Internet]. 2016 [citado el 4 de enero de 2021]¹³.</p>
<p>5. Torralba A, Miquel A, Darba J. Situación actual del dolor crónico en España: iniciativa “Pain Proposal”. <i>Rev Soc Esp Dolor</i> [Internet]. 1014 [citado el 10 de febrero de 2021];21(1):16-22¹⁴.</p>
<p>6. López-Soriano F, Lajarín B, Rivas-López FA, Bernal L, Jiménez-García MP. Situación actual de las unidades del dolor crónico en la Región de Murcia. <i>Rev Soc Esp Dolor</i> [Internet]. 2011 [citado el 15 de enero de 2021];1: 12-20¹⁵.</p>
<p>7. Unidades del Dolor [Internet]. SED – Sociedad Española del Dolor. 2021 [citado el 2 de enero de 2021]¹⁶.</p>
<p>8. De la Calle JL, Abejón D, Cid J, Del Pozo C, Insausti J, López E y el panel de expertos de la Sociedad Madrileña del Dolor. Estándares de calidad asistencial y catálogo de procedimientos de las unidades de dolor crónico. <i>Rev Soc Esp Dolor</i> [Internet]. 2010 [citado el 26 de enero de 2021];17(2):114-133¹⁷.</p>
<p>9. Polo-Santos, M.; Videla-Cés, S.; Pérez-Hernández, C.; Mayoral-Rojals, V.; Ribera-Canudas, M.V.; Sarría-Santamera, A. An Update on Resources, Procedures and Healthcare Provision in Pain Units: A Survey of Spanish Practitioners. <i>Int. J. Environ. Res. Public Health</i> 2021, 18, 451. https://doi.org/10.3390/ijerph18020451.¹⁸</p>
<p>10. De Barutell C. Unidades de Dolor en España. Encuesta SED Día del dolor 2007. <i>Rev Soc Esp Dolor</i> [Internet]. 2009 [citado el 8 de enero de 2021];16(8):421-428¹⁹.</p>
<p>11. Goberna Iglesias MJ, Mayo Moldes M, Lojo Vicente V. Gestión y actuación enfermera en la unidad de dolor crónico. <i>Rev Soc Esp Dolor</i> 2014; 21(1): 50-58²⁰.</p>

<p>12. Cribado ansiedad/depresión – Escala de Goldberg. Servicio Andaluz de Salud. Conserjería de salud [Internet] [citado el 3 de enero de 2021]²¹.</p>
<p>13. Cid-Ruzafa J, Damián-Moreno J. Valoración de la discapacidad física: el índice de Barthel. Rev Esp Salud Pública [Internet]. 1997 [citado el 3 de enero de 2021];71:127-137²².</p>
<p>14. González-Escalada JR, Camba A, Muriel C, Rodríguez M, Contreras D, De Barutell C. Validación del índice de Lattinen para la evaluación del paciente con dolor crónico. Rev Soc Esp Dolor 2012; 19(4): 181-188²³.</p>
<p>15. Escala visual analógica del dolor (EVA). Úlceras Fóra. Xunta de Galicia. Consellería de Sanidade [Internet] [citado el 3 de enero de 2021]²⁴.</p>
<p>16. Herdman M, Badia X, Berra S. El EuroQol-5D: una alternativa sencilla para la medición de la calidad de vida relacionada con la salud en atención primaria. Aten Primaria [Internet]. 2001 [citado el 22 de enero del 2021];28(6):425-429.²⁵</p>
<p>17. Blanco E, Gálvez R, Zamorano E, López V, Pérez M. Prevalencia del dolor neuropático (DN), según DN4, en atención primaria. Semergen [Internet]. 2012 [citado el ... de ... del 2021];38(4):203-210²⁶.</p>
<p>18. Montiel Higuero J. Escuela de espalda. Aula de Salud – Sede Universitaria Ciudad de Alicante. Universidad de Alicante [Internet]. [citado el 18 de enero del 2021]²⁷.</p>
<p>19. Miguel Martín MN, Nieto Iglesias C, Torremocha Latorre N, Cárcamo Fonfría A. Absentismo de pacientes citados en técnicas intervencionistas en la unidad del dolor HUFU: llamada telefónica de enfermería. Fundación Hospital Alcorcón (Alcorcón) [Internet]. 2019 [citado el 29 de diciembre de 2021]²⁸.</p>
<p>20. Montero Matamala A. Las Unidades del Dolor en la era del COVID-19. Rev Soc Esp Dolor [Internet]. 2020 [citado el 13 de enero de 2021];27(3):143-145²⁹.</p>
<p>21. 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 [Internet]. 2005 [citado el 27 de diciembre de 2020];52(3):141-148³⁰.</p>
<p>22. Loeser JD, Boureau F, Brooks P, Ferrer-Brechner T, Fields HL, Fox CD et al. Pain Clinic Guidelines: Desirable Characteristics for Pain Treatment Facilities. International Associations for the Study of Pain (IASP) [Internet]. 2018 [citado el 27 de enero del 2021]³¹.</p>
<p>23. Collado F, Aragón MC, Pérez AC, Eizaga R, Vidal MA, Torres LM. Organización de una Unidad de Dolor Agudo en un Hospital Regional. Rev Soc Esp Dolor [Internet]. 2008 [citado el 15 de enero del 2021];15(1):28-40³².</p>

Anexo 3. Plan de cuidados⁸

NANDA	NOC	NIC	Actividades
[00052] Deterioro de la interacción social	[1503] Implicación social.	[5100] Potenciación de la socialización.	Animar al paciente a desarrollar relaciones. Fomentar las actividades sociales y comunitarias.
		[4362] Modificación de la conducta: habilidades sociales.	
[00070] Deterioro de la adaptación	[1300] Aceptación: estado de salud.	[4410] Establecimiento de objetivos comunes.	Ayudar al paciente y a su ser querido a desarrollar expectativas realistas de ellos mismos en el desempeño de sus papeles.
	[1305] Modificación psicosocial: cambio de vida.	[5250] Apoyo en la toma de decisiones.	Ayudar al paciente a establecer objetivos realistas, que puedan conseguirse. Ayudar al paciente a aclarar los valores y expectativas que pueden ayudar a tomar decisiones vitales fundamentales. Utilizar software informático interactivo o ayudas de decisión basadas en internet como complemento al apoyo profesional.
[00078] Gestión ineficaz de la propia salud	[1601] Conducta de cumplimiento.	[4420] Acuerdo con el/la paciente.	Ayudar al paciente con dolor a identificar las prácticas sobre la salud que desea cambiar. Ayudar al paciente a establecer objetivos realistas, que puedan conseguirse.
[00085] Deterioro de la movilidad física	[0208] Movilidad.	[0200] Fomento del ejercicio.	Ayudar al individuo a integrar el programa de ejercicios en su rutina semanal. Realizar los ejercicios con el paciente, si procede. Incluir a la familia/cuidadores del paciente en la planificación y mantenimiento del programa de ejercicios. Controlar la respuesta del individuo al programa de ejercicios.
	[0300] Autocuidados: actividades de la vida diaria.	[1800] Ayuda al autocuidado.	Comprobar la capacidad del paciente para ejercer autocuidados independientes.

			Animar al paciente a realizar las actividades normales de la vida diaria ajustadas al nivel de capacidad.
		[5612] Enseñanza: actividad/ejercicio prescrito.	
[00095] Deterioro del patrón de sueño	[0003] Descanso. [0004] Sueño.	[1850] Mejorar el sueño.	Determinar los efectos que tiene la medicación del paciente en el esquema del sueño. Ajustar el programa de administración de medicamentos para apoyar el ciclo de sueño/vigilia.
[00126] Conocimientos deficientes: proceso de la enfermedad y/o régimen terapéutico	[1813] Conocimiento: régimen terapéutico.	5602] Enseñanza: proceso de enfermedad.	Enseñar al paciente medidas para controlar/minimizar síntomas, si procede. Proporcionar información acerca de la enfermedad, si procede. Instruir al paciente con dolor sobre las medidas para prevenir/minimizar los efectos secundarios de la enfermedad, si procede. Proporcionar el número de teléfono al que llamar si surgen complicaciones. Reforzar la información suministrada por los otros miembros del equipo de cuidados, si procede.
[00133] Dolor crónico	1605] Control del dolor. [2101] Dolor: efectos nocivos.	[1400] Manejo del dolor.	Enseñar el uso de técnicas no farmacológicas. Enseñar métodos farmacológicos de alivio del dolor. Evaluar la eficacia de las medidas de alivio del dolor a través de una valoración continua del paciente. Integrar a la familia en la modalidad de alivio del dolor, si fuera posible.
		[2380] Manejo de la medicación.	Comprobar la capacidad del paciente para automedicarse, si procede. Vigilar la eficacia de la modalidad de administración de la medicación. Controlar el cumplimiento del régimen de medicación.

			<p>Enseñar al paciente y/o a la familia el método para la administración de los fármacos, si procede.</p> <p>Explicar al paciente y/o a la familia la acción y los efectos secundarios esperados de la medicación.</p> <p>Desarrollar estrategias para controlar los efectos secundarios de los fármacos.</p> <p>Investigar los posibles recursos económicos para la adquisición de los fármacos prescritos, si procede.</p>
[2102] Nivel del dolor.	[2380] Manejo de la medicación.		<p>Determinar el impacto del uso de la medicación en el estilo de vida del paciente.</p> <p>Enseñar al paciente cuándo debe conseguir atención médica.</p>
	[5618] Enseñanza: procedimiento/tratamiento.		<p>Corregir las expectativas irreales del procedimiento/tratamiento, si procede.</p>
	[5616] Enseñanza: medicamentos prescritos.		<p>Informar al paciente acerca del propósito y acción de cada medicamento.</p> <p>Instruir al paciente acerca de la posología, vía y duración de los efectos de cada medicamento.</p> <p>Ayudar al paciente a desarrollar un horario de medicación escrito.</p>
	[4410] Establecimiento de objetivos comunes.		<p>Ayudar al paciente a identificar objetivos realistas y asequibles.</p> <p>Ayudar al paciente a desglosar los objetivos complejos en pasos pequeños, manejables.</p>
		[224/226] Terapia de ejercicios: movilidad articular, control muscular.	
	[7110] Fomentar la implicación familiar.		<p>Animar a los miembros de la familia y al paciente a ayudar a desarrollar un plan de cuidados, incluidos los resultados y la implantación del plan de cuidados.</p>

			<p>Proporcionar el apoyo necesario para que la familia tome decisiones informadas.</p> <p>Informar a los miembros de la familia de los factores que pueden mejorar el estado del paciente.</p>
		[5270] Apoyo emocional.	<p>Animar al paciente a que exprese los sentimientos de ansiedad, ira o tristeza.</p> <p>Favorecer la conversación o el llanto como medio de disminuir la respuesta emocional.</p> <p>Permanecer con el paciente y proporcionar sentimientos de seguridad durante los periodos de más ansiedad.</p>
		[1800] Ayuda con el autocuidado.	<p>Comprobar la capacidad del paciente para ejercer un autocuidado independiente.</p> <p>Alentar la independencia, pero interviniendo si el paciente no puede realizar la acción dada.</p>
		[1850] Mejorar el sueño.	<p>Explicar la importancia de un sueño adecuado durante el embarazo, la enfermedad, las situaciones de estrés psicosocial, etc.</p> <p>Animar al paciente a que establezca una rutina a la hora de irse a la cama para facilitar la transición del estado de vigilia al de sueño.</p>
		[5900] Distracción.	<p>Animar al individuo a que elija la técnica de distracción deseada, como música, participar en una conversación o contar detalladamente un suceso o cuento, recordar un suceso positivo, centrarse en una fotografía o un objeto neutro, imaginación dirigida o el humor, o bien ejercicios de respiración profunda.</p>

Anexo 4. Escala de Goldberg²¹

SUBESCALA DE DEPRESIÓN	RESPUESTAS	PUNTOS
¿Se ha sentido con poca energía?		
¿Ha perdido usted su interés por las cosas?		
¿Ha perdido la confianza en sí mismo?		
¿Se ha sentido usted desesperanzado, sin esperanzas?		
Puntuación Total (Si hay respuestas afirmativas a cualquiera de las preguntas anteriores, continuar preguntando)		
¿Ha tenido dificultades para concentrarse?		
¿Ha perdido peso? (a causa de su falta de apetito)		
¿Se ha estado despertando demasiado temprano?		
¿Se ha sentido usted enlentecido?		
¿Cree usted que ha tenido tendencia a encontrarse peor por las mañanas?		
PUNTUACIÓN TOTAL		

PUNTUACIÓN TOTAL (Escala única)	
--	--

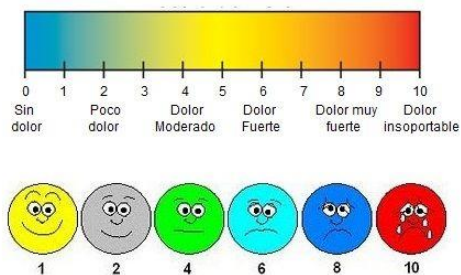
SUBESCALA DE ANSIEDAD	RESPUESTAS	PUNTOS
1.- ¿Se ha sentido muy excitado, nervioso o en tensión?		
2.- ¿Ha estado muy preocupado por algo?		
3.- ¿Se ha sentido muy irritable?		
4.- ¿Ha tenido dificultad para relajarse		
Puntuación Total (Si hay 2 o más respuestas afirmativas, continuar preguntando)		
5.- ¿Ha dormido mal, ha tenido dificultades para dormir?		
6.- ¿Ha tenido dolores de cabeza o nuca?		
7.- ¿Ha tenido alguno de los siguientes síntomas: temblores, hormigueos, mareos, sudores, diarrea? (síntomas vegetativos)		
8.- ¿Ha estado preocupado por su salud?		
9.- ¿Ha tenido alguna dificultad para conciliar el sueño, para quedarse dormido?		
PUNTUACIÓN TOTAL		

Anexo 5. Cuestionario del Índice de Lattinen²³

FECHA / /		
Intensidad del dolor	Nulo	0
	Ligero	1
	Molesto	2
	Intenso	3
	Insoportable	4
Frecuencia del dolor	No	0
	Raramente	1
	Frecuente	2
	Muy frecuente	3
	Continuo	4
Consumo de analgésicos	No toma analgésicos	0
	Ocasionalmente	1
	Regular y pocos	2
	Regular y muchos	3
	Muchísimos	4
Incapacidad	No	0
	Ligera	1
	Moderada	2
	Ayuda necesaria	3
	Total	4
Horas de sueño	Como siempre	0
	Algo peor de lo habitual	1
	Se despierta frecuentemente	2
	Menos de 4 horas	3
	Precisa hipnóticos	+1
TOTAL:		

Anexo 6. Escala Visual Analógica (EVA)²⁴

Escalas de dolor



Anexo 7. Índice de Barthel²²

Índice Barthel		
Actividad	Descripción	Puntaje
Comer	1. Incapaz	0
	2. Necesita ayuda para cortar, extender mantequilla, usar condimentos, etc.	5
	3. Independiente (la comida está al alcance de la mano)	10
Trasladarse entre la silla y la cama	1. Incapaz, no se mantiene sentado	0
	2. Necesita ayuda importante (1 persona entrenada o 2 personas), puede estar sentado	5
	3. Necesita algo de ayuda (una pequeña ayuda física o ayuda verbal)	10
	4. Independiente	15
Aseo personal	1. Necesita ayuda con el aseo personal	0
	2. Independiente para lavarse la cara, las manos y los dientes, peinarse y afeitarse	5
Uso del retrete	1. Dependiente	0
	2. Necesita alguna ayuda, pero puede hacer algo solo	5
	3. Independiente (entrar y salir, limpiarse y vestirse)	10
Bañarse o Ducharse	1. Dependiente	0
	2. Independiente para bañarse o ducharse	5
Desplazarse	1. Inmóvil	0
	2. Independiente en silla de ruedas en 50 m	5
	3. Anda con pequeña ayuda de una persona (física o verbal)	10
	4. Independiente al menos 50 m, con cualquier tipo de muleta, excepto andador	15
Subir y bajar escaleras	1. Incapaz	0
	2. Necesita ayuda física o verbal, puede llevar cualquier tipo de muleta	5
	3. Independiente para subir y bajar	10
Vestirse y desvestirse	1. Dependiente	0
	2. Necesita ayuda, pero puede hacer la mitad aproximadamente, sin ayuda	5
	3. Independiente, incluyendo botones, cremalleras, cordones, etc.	10
Control de heces	1. Incontinente (o necesita que le suministren enema)	0
	2. Accidente excepcional (uno/semana)	5
	3. Continente	10
Control de orina	1. Incontinente, o sondado incapaz de cambiarse la bolsa	0
	2. Accidente excepcional (máximo uno/24 horas)	5
	3. Continente, durante al menos 7 días	10

Anexo 8. Primera parte del cuestionario de salud EuroQoL-5D²⁵

CUESTIONARIO DE SALUD EUROQOL-5D

Marque con una cruz la respuesta de cada apartado que mejor describa su estado de salud en el día de HOY.

Movilidad

- No tengo problemas para caminar
- Tengo algunos problemas para caminar
- Tengo que estar en la cama

Cuidado personal

- No tengo problemas con el cuidado personal
- Tengo algunos problemas para lavarme o vestirme
- Soy incapaz de lavarme o vestirme

Actividades cotidianas (p. ej., trabajar, estudiar, hacer las tareas domésticas, actividades familiares o actividades durante el tiempo libre)

- No tengo problemas para realizar mis actividades cotidianas
- Tengo algunos problemas para realizar mis actividades cotidianas
- Soy incapaz de realizar mis actividades cotidianas

Dolor/malestar

- No tengo dolor ni malestar
- Tengo moderado dolor o malestar
- Tengo mucho dolor o malestar

Ansiedad/depresión

- No estoy ansioso ni deprimido
- Estoy moderadamente ansioso o deprimido
- Estoy muy ansioso o deprimido

Cuestionario DN4

(Versión española del cuestionario Dolour Neuropathique 4¹)

Responda a las cuatro preguntas siguientes marcando sí o no en la casilla correspondiente.

ENTREVISTA AL PACIENTE

Pregunta 1: ¿Tiene su dolor alguna de estas características?

1	Quemazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Sensación de frío doloroso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Descargas eléctricas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Pregunta 2: ¿Tiene en la zona donde le duele alguno de estos síntomas?

4	Hormigueo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Pinchazos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Entumecimiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Escozor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

EXPLORACIÓN DEL PACIENTE

Pregunta 3: ¿Se evidencia en la exploración alguno de estos signos en la zona dolorosa?

8	Hipoestesia al tacto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Hipoestesia al pinchazo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Pregunta 4: ¿El dolor se provoca o intensifica por?

10	El roce	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
----	---------	--------------------------	--------------------------

¹ Versión Francesa (Francia): Bouhassira D, et al. Pain 2005; 114: 29-36.
Versión Española (España): Pérez C, et al. EFIC 2006.