

Rev. Soc. Esp. Dolor  
5: 338-345; 2007

## *Estado actual de las unidades de dolor agudo en Andalucía*

J. L. Ortega<sup>1</sup>, F. Neira<sup>2</sup>

Ortega J. L., Neira F.

### **Present state of Acute Pain Services in Andalucía**

#### **SUMMARY**

##### *Objectives*

To determine the stage of implantation and function of Acute Pain Services (APS) in the network of Public Hospitals in Andalucía (SSPA).

##### *Material and Methods*

Telephonic poll addressed to all hospitals of the SSPA. Questionnaire enquiring on the existence of APS, its organization, selection of patients, follow-up, preferred analgesic options, used of devices and statistics regarding activity.

##### *Results*

In Andalucía there are 32 hospitals of the SSPA, 5 are regional hospitals, 9 specialties hospitals and 18 local hospitals. The 5 regional hospitals include 10 hospital facilities, 4 of whom have an APS. All APS are led by an anaesthesiologist and give coverage on a 24/7 basis; follow-up time ranges between 24 and 72 hours. 6 of the 9 specialties hospitals have an APS, all of them with an anaesthesiologist in charge du-

ring the morning; follow-up time ranges between 48 and 96 hours. 3 of the 18 local hospitals have an APS; follow-up time ranges between 48 and 72 hours. In all cases, the preferred analgesic options are intravenous and epidural analgesia.

##### *Conclusions*

APS are present in 4 of the 10 centers included in 5 regional hospitals. Andalusian local hospitals have the lowest implantation of APS.

**Key words:** Postoperative pain. Postoperative pain management service. Treatment. Questionnaire. Andalucía.

#### **RESUMEN**

##### *Objetivos*

Conocer el grado de implantación y funcionamiento de las Unidades de Dolor Agudo (UDA) en los hospitales dependientes de Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA).

##### *Material y Métodos*

Encuesta telefónica a todos los hospitales dependientes del SSPA. Se ha realizado un cuestionario sobre la existencia o no de UDA; la organización de la UDA, selección de pacientes, tiempo de seguimiento de los mismos, analgesia más utilizada y dispositivos más utilizados y si disponían de estadísticas sobre la actividad desarrollada.

##### *Resultados*

En Andalucía hay 32 hospitales dependientes del SSPA, de ellos 5 son Hospitales Regionales, 9 Hospitales de Especialidades y 18 Hospitales Comarcales. Los 5 Hospitales Regionales están formados por un total de 10 centros hospitalarios, de ellos 4 disponen de UDA. Todas las UDA están a cargo de un anestesiólogo. Las 4 UDA de los Hospitales Regionales atienden a los pacientes las 24 horas del día, todos los días del año. El tiempo de seguimiento de los pacientes oscila entre las 24 y 72 horas. De los 9 Hospitales de Especialidades 6 disponen de UDA; Todas las UDA tienen un anestesiólogo responsable por la mañana. El seguimiento de

<sup>1</sup> Doctor en Medicina y Cirugía.  
Facultativo Especialista de Área de Anestesiología y Reanimación.  
Profesor Asociado de Ciencias de la Salud de la Universidad de Cádiz.

<sup>2</sup> Doctor en Medicina y Cirugía.  
Facultativo Especialista de Área de Anestesiología y Reanimación.  
Profesor Asociado de Ciencias de la Salud de la Universidad de Cádiz.

Servicio de Anestesia, Reanimación y Tratamiento del Dolor.  
H. U. Puerto Real (Cádiz).

Recibido: 10/01/2007  
Aceptado: 08/03/2007

los pacientes oscila entre 48 y 96 horas. De los 18 Hospitales Comarcales, 3 disponen de UDA. Todas las UDA cuentan con un anestesiólogo responsable durante la mañana. El seguimiento de los pacientes oscila de 48 a 72 horas. En todas las UDA la analgesia más utilizada es la intravenosa y la epidural.

#### Conclusiones

La UDA está implantada en 4 centros hospitalarios de los 10 que constituyen los 5 Hospitales Regionales. Los Hospitales Comarcales son los que tienen una menor implantación de las UDA en Andalucía.

**Palabras clave:** Dolor postoperatorio, Unidad de dolor agudo postoperatorio. Tratamiento. Encuesta. Andalucía.

## INTRODUCCION

En los últimos años se han producido grandes avances en el conocimiento de los mecanismos neurofisiológicos del dolor, se han sintetizado nuevos medicamentos y se han desarrollado técnicas que permiten tratar el dolor postoperatorio con seguridad y eficacia, en la mayoría de los pacientes (1).

Sin embargo y a pesar de los progresos alcanzados en los conocimientos de la fisiopatología, la farmacología de los analgésicos y en el desarrollo de técnicas más eficaces para controlar el dolor postoperatorio, muchos pacientes no reciben una analgesia adecuada. La incidencia del dolor postoperatorio moderado-severo en nuestro país continúa siendo muy elevada. Según diversas encuestas el 30-50% de los pacientes presentan dolor moderado-severo durante el periodo postoperatorio (2,3).

El tratamiento del dolor postoperatorio no debería ser un problema, ya que disponemos de los conocimientos, fármacos, tecnología e infraestructura para su correcto tratamiento. Además, se conoce la causa de este tipo de dolor, que es limitado en el tiempo y suele responder bien al tratamiento. El diseño de una adecuada estrategia que permita la aplicación de los recursos terapéuticos disponibles, debería ser suficiente para conseguir el control óptimo del dolor postoperatorio (4,5).

Disponemos de diferentes técnicas para tratar el dolor: analgesia controlada por el paciente (PCA), bloqueos regionales y la analgesia epidural con opioides y/o anestésicos locales. Sin embargo, todavía no se han superado los obstáculos que impiden o dificultan su utilización tras la cirugía (6). La mayoría de los pa-

cientes postoperados continúan recibiendo un tratamiento analgésico que ha cambiado poco en las últimas décadas. Esta ha sido una de las principales conclusiones del comité interdisciplinario de expertos formado por el National Health and Medical Research Council of Australia, el Royal College of Surgeons of England, el Royal College of Anaesthetists, el US Department of Health and Human Services y la IASP. Una de las principales recomendaciones de este comité fue la necesidad de crear servicios de dolor agudo (7).

Las Unidades de dolor Agudo (UDA) fueron descritas por primera vez por Ready en 1988 (8). En nuestro país, excepto en un número muy limitado de hospitales, las UDA empezaron a gestionarse, planificarse y ponerse en marcha a partir del año 2000, no pudiéndose decir que, actualmente, el problema del dolor postoperatorio sea un problema resuelto en España. Surgen en la creencia de que la organización de los recursos disponibles y la sensibilización de los profesionales podía ser el mejor argumento para el control del dolor. Desde la creación de las primeras Unidades, las UDA han proliferado y ha sido recomendada su implementación desde algunas organizaciones reconocidas de profesionales, instancias gubernamentales o agencias privadas (9-12).

La presencia de estas Unidades es hoy día un prerrequisito para acreditar los centros para la formación postgraduada, según el Royal College of Anaesthetist en Gran Bretaña y por el Australian and New Zealand College of Anaesthetist. En la última actualización de la Guía de Práctica Clínica de la American Society of Anesthesiologists para el manejo del dolor agudo postoperatorio se recomienda la implantación de Unidades de Dolor Agudo desde, o con la participación activa, de los Servicios de Anestesiología y la disponibilidad de anestesiólogos las 24 horas del día (13).

El objetivo de las Unidades es mejorar el tratamiento del dolor agudo postoperatorio aplicando métodos eficaces de control analgésico, proporcionando una atención organizada, sistemática y adaptada a cada paciente con arreglo a las evidencias científicas, la práctica clínica y las posibilidades de cada centro. Nacen para mejorar la calidad asistencial y, como consecuencia de ello, se obtiene un beneficio de la salud; mejorando el confort y la satisfacción de los pacientes, limitando y atenuando la repercusión de la agresión anestésico-quirúrgica, disminuyendo las potenciales complicaciones postoperatorias y la morbilidad, facilitando la recuperación del paciente con una movilización y rehabilitación más precoces y, probablemente, disminuyendo la estancia hospitalaria y los

costes. Además, se debe encargar de la docencia e investigación sobre el control del dolor agudo. Este servicio debe atender a los pacientes, incluyendo la visita diaria de los mismos; evaluar la calidad de la analgesia, los efectos secundarios, las dosis de medicamentos y la inspección de los dispositivos y accesos para analgesia sistémica o regional (9-11).

El objetivo del presente estudio es conocer el grado de implantación de las UDA en los hospitales dependientes de Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA), como modelo para el tratamiento del dolor postoperatorio. Asimismo, pretendemos averiguar las técnicas más frecuentemente utilizadas por las UDA en los distintos hospitales.

## MATERIAL Y MÉTODO

Hemos confeccionado un formulario, para realizar una encuesta telefónica a todos los hospitales dependientes del SSPA, incluyendo los hospitales que funcionan como Empresas Públicas. La encuesta se realizó en abril de 2006. Hemos contactado con los Jefes del Servicio de Anestesiología de los mismos, y en su defecto con Facultativos de dichos Servicios. A todos ellos les hemos realizado un cuestionario en el que preguntábamos sobre la existencia o no de UDA, el personal de que disponía (anestesiólogo, enfermería,...), tipo de pacientes que atendía y horario de atención a los mismos, tiempo de seguimiento, tipo de analgesia más utilizada y dispositivos más empleados y si disponían de datos sobre la actividad desarrollada.

## RESULTADOS

En Andalucía hay 32 hospitales dependientes del SSPA (Tabla I).

### HOSPITALES REGIONALES:

En dos hospitales el anestesiólogo de la UDA comparte funciones con la unidad de recuperación postanestésica (URPA) durante la mañana de lunes a viernes; el resto del tiempo la UDA está a cargo del anestesiólogo de guardia. Dos centros hospitalarios disponen de personal de enfermería adscrito a la UDA y uno cuenta con la colaboración de los MIR. Sólo una UDA proporciona información preanestésica y visita preoperatoria (Tabla II).

En los 4 centros hospitalarios con UDA todos los

pacientes son dados de alta de la URPA con pautas de tratamiento analgésico para el dolor postoperatorio. El tiempo de seguimiento de los pacientes oscila entre las 24 y 72 horas. Variando de una a otra de la siguiente manera: 24 horas (1 UDA), de 24 a 48 horas (1 UDA), 48 horas (1 UDA) y 72 horas (1 UDA). De los 4 centros, tres de ellos utilizan fichas de seguimiento de los pacientes.

Los sistemas de perfusiones analgésicas utilizados son: elastómeros y bombas mecánicas de infusión en dos hospitales, bombas mecánicas de infusión en uno y elastómeros en el otro centro.

**Tabla I.** Hospitales Andaluces dependientes del Sistema Sanitario Público de Andalucía.

| Hospitales Regionales  |
|--|
| Hospital Virgen del Rocío (Sevilla).   |
| Hospital Virgen Macarena (Sevilla).  |
| Hospital Virgen de las Nieves (Granada).                                     |
| Hospital Reina Sofía (Córdoba).  |
| Hospital General de Málaga (Málaga).   |
| Hospitales de Especialidades   |
| Hospital Virgen de Valme (Sevilla).  |
| Hospital Puerta del Mar (Cádiz).   |
| Hospital Jerez de la Frontera (Cádiz).                                       |
| Hospital Puerto Real (Cádiz).  |
| Hospital San Cecilio (Granada).  |
| Hospital Virgen de la Victoria (Málaga).                                     |
| Hospital Juan Ramón Jiménez (Huelva).  |
| Complejo Hospitalario de Jaén (Jaén).  |
| Hospital Torrecárdenas (Almería).  |
| Hospitales Comarcales  |
| Hospital Punta de Europa (Área Sanitaria Campo de Gibraltar, Cádiz).         |
| Hospital Infanta Margarita (Cabra, Córdoba).                                 |
| Hospital Infanta Elena (Huelva).   |
| Hospital San Agustín (Linares, Jaén).  |
| Hospital San Juan de la Cruz (Úbeda, Jaén).                                  |
| Hospital la Merced (Osuna, Sevilla).   |
| Hospital la Línea (Área Sanitaria Campo de Gibraltar, Cádiz).                |
| Hospital Baza (Granada).   |
| Hospital Santa Ana (Motril, Granada).  |
| Hospital Valle de los Pedroches (Área Sanitaria Norte de Córdoba) (Córdoba). |
| Hospital Antequera (Málaga).   |
| Hospital Serranía (Ronda, Málaga).   |
| Hospital Axarquía (Vélez Málaga, Málaga).                                    |
| Hospital Riotinto (Huelva).  |
| Hospital la Inmaculada (Huércal-Overa, Almería).                             |
| Hospital Poniente (El Ejido, Almería).                                       |
| Hospital Costa del Sol (Málaga).   |
| Hospital Alto Guadalquivir (Andujar, Jaén).                                  |

**Tabla II.** UDA en Andalucía. SSPA.

|   | 5 Hospitales Regionales<br>(10 centros hospitalarios) | 9 Hospitales de<br>Especialidades | 18 Hospitales Comarcales |
|---|---|-----------------------------------|--------------------------|
| Nº UDA  | 4   | 6                                 | 3                        |
| Nº UDA que cumplen las<br>características ideales de la SED | 0   | 1                                 | 0                        |
| Nº de UDA que atienden a<br>tiempo completo                 | 4   | 4                                 | 3                        |
| Tiempo de seguimiento                                       | 24-72 h   | 48-96 h                           | 48-72 h                  |
| Responsable de la UDA                                       | Anestesiólogo   | Anestesiólogo                     | Anestesiólogo            |
| Sistema de selección:                                       |   |                                   |                          |
| Catéteres epidurales y/o<br>bombas de PCA                   | 1   | 1                                 | 0                        |
| Dolor moderado- severo                                      | 1   | 3                                 | 0                        |
| Especialidad quirúrgica                                     | 2   | 2                                 | 3                        |
| Analgesia más utilizada:<br>intravenosa y epidural          | Sí  | Sí                                | Sí                       |

**HOSPITALES DE ESPECIALIDADES**

Dos UDA dependen de la Unidad de Dolor Crónico, en otra el responsable es un anestesiólogo a tiempo parcial, en otra el coordinador es el Jefe de Servicio de Anestesiología y hay un grupo de trabajo formado por 7 FEA y un enfermero, si bien diariamente el encargado de la UDA es el mismo anestesiólogo que lleva la URPA. En todos estos hospitales el anestesiólogo de guardia se encarga de la UDA el resto del tiempo. De las 6 UDA, 2 disponen de personal de enfermería y en una colaboran los MIR. Sólo una UDA proporciona información preanestésica y visita preoperatoria.

Una UDA además de tratar a los pacientes postoperatorios se encarga del tratamiento del dolor agudo no quirúrgico. El seguimiento de los pacientes oscila entre 48 y 96 horas. En tres UDA el seguimiento se hace durante 48 horas, en una durante 72 horas y en las dos restantes entre 48 y 96 horas. La mitad de las UDA disponen de fichas de seguimiento.

En todos los centros hospitalarios con UDA, los pacientes son dados de alta de la URPA con pautas de tratamiento analgésico para el dolor postoperatorio. En 3 UDA utilizan bombas mecánicas de infusión continua y/o PCA y en las 3 restantes emplean tanto las bombas mecánicas de infusión continua y/o PCA como los dispositivos elastoméricos.

**HOSPITALES COMARCALES**

De los 18 Hospitales Comarcales, 3 disponen de UDA (tabla II). Todas las UDA cuentan con un anestesiólogo responsable durante la mañana, corriendo a cargo, en una de las ocasiones, del anestesiólogo de guardia. El tiempo restante, la UDA depende del anestesiólogo de guardia. Las 3 UDA cuentan con personal de enfermería, adscrito a la URPA.

Una de las UDA revisa todos los pacientes seleccionados programados, pero no las urgencias y las otras dos UDA revisan a los pacientes con catéteres epidurales o con bombas de morfina. El seguimiento de los pacientes oscila de 48 a 72 horas, en una UDA 48 horas y en las restantes de 48 a 72 horas.

Referente a los sistemas de analgesia utilizados, una UDA emplea bombas de infusión mecánica de PCA y los restantes emplean tanto las bombas de infusión mecánica y/o PCA como los dispositivos elastoméricos. Siete hospitales comarcales disponen de protocolos de analgesia postoperatoria, fundamentalmente para cirugía traumatológica y cirugía mayor abdominal.

**DISCUSIÓN**

El correcto tratamiento del dolor postoperatorio en los hospitales andaluces dependientes del SSPA, no

tendría por qué estar condicionado a la existencia o no de UDA, no obstante es el modelo que se va implantando de forma progresiva. En el estudio de Powell y cols (12), el 30% de los médicos encuestados en 2002, describía su UDA como floreciente, el 52% la describía como poco reconocida y el 17% como inexistente. La mayoría describía haber realizado grandes esfuerzos para poder implantar la UDA. El 66% de los que respondieron, reconocían que los pacientes tenían niveles inaceptables de dolor postoperatorio y que las UDA eran a menudo servicios confusos y desestructurados (59%). El 85% consideraba que las UDA deberían ser servicios multidisciplinarios, que trataran el dolor en todos los pacientes postquirúrgicos y a tiempo completo. El 95% consideraba que se necesitaba un mejor acercamiento de la Organización para mejorar el problema (12).

En Canadá se realizó una encuesta que recogía el período de junio de 2000 a enero de 2001, respondieron a la misma 50 de los 62 hospitales universitarios encuestados (81%). El 80 % de los hospitales tenían al menos 200 camas. El 90 % de los mismos había puesto en marcha la UDA, que dependía del servicio de Anestesia (14).

En una encuesta realizada en Alemania sobre las UDA, de los 773 departamentos de anestesia encuestados, respondieron 446 y de ellos 161 disponía de UDA. La UDA se encontraba implantada con mayor frecuencia en los grandes hospitales. Sólo la mitad de las UDA cumplían los criterios básicos de calidad. El 68,3% contaba con anesthesiólogos asignados a la UDA y el 23,6% con enfermera (15).

En 1994 se realizó una encuesta con seguimiento telefónico en Nueva Zelanda, de los 79 hospitales preguntados respondieron 62, de ellos sólo 12 contaban con médico y enfermera asignados a la UDA y correspondían con hospitales de más de 150 camas. Además había 28 UDA que no cumplían los requisitos exigidos (16).

Hay diferentes modelos asistenciales válidos, entre las que se encuentran las Unidades de bajo coste, Unidades de Cuidados Perioperatorios, las Unidades de Reanimación ampliadas; incluso se puede recurrir a protocolos de analgesia sin necesidad de que exista una unidad específica. No obstante, las UDA son el modelo asistencial más defendido en la actualidad, para el tratamiento del dolor postoperatorio. La existencia de una UDA conlleva la dedicación de una serie de profesionales, a mitigar el dolor agudo y, dentro de este, el postoperatorio. De ahí, que hayamos intentado determinar cuántas son las UDA que hay en los hospitales andaluces dependientes del SSPA, cuál

es su organización y el alcance de su funcionamiento (17).

Para conseguir nuestro objetivo hemos confeccionado un cuestionario, que se ha realizado de forma telefónica; lo que ha permitido evitar la pérdida de datos y los sesgos que se producen, cuando tan solo se reciben un número reducido de los cuestionarios remitidos, ya sea por olvido u otros motivos. De esta manera hemos obtenido información de la totalidad de hospitales dependientes del SSPA. En Gran Bretaña también se realizó un estudio, en el año 2002, sobre la extensión de la implantación de las UDA. La metodología fue a través de un cuestionario, que se remitió por correo a los jefes de las UDA de 403 hospitales del Servicio Nacional de Salud que realizaban más de 1000 intervenciones quirúrgicas anuales. El 81% de los hospitales respondió al cuestionario, perdiéndose los datos del 19 % de los hospitales, que en nuestro estudio ha podido ser evitado (12).

Nuestra intención ha sido obtener una idea global, lo más aproximada posible, de la realidad del tratamiento del dolor postoperatorio en los hospitales Andaluces, y más concretamente centrándonos en la existencia o no de las UDA y su grado de funcionamiento y dedicación. Los resultados podrían tener cierta desviación de la realidad, dado que la encuesta se realizó en abril de 2006 y puede haber habido cambios desde entonces.

En Andalucía hay 5 Hospitales Regionales constituidos por 10 centros hospitalarios; el 40 % de estos centros cuentan con una UDA. Hay 9 Hospitales de Especialidades; de ellos 6 tienen UDA, lo que supone el 66,6%, siendo el modelo más difundido en el tratamiento del dolor postoperatorio de los hospitales de este nivel. Los Hospitales Comarcales son los menos proclives a adoptar la UDA como modelo de tratamiento del dolor; dado que de los 18 hospitales sólo 3 disponen de UDA, 7 disponen de protocolos de analgesia postoperatoria. En España disponen de UDA el 30 % de los hospitales de más de 200 camas (18).

En Gran Bretaña la implantación de la UDA está mucho más extendida. En la encuesta realizada en 2002, del 83% de los hospitales que respondió al cuestionario, el 81% tenían UDA. La mayoría de éstas ofrecían un servicio completo de lunes a viernes durante el día, con un servicio reducido el resto del tiempo (12).

Una de las causas que puede explicar la baja implantación de las UDA en los Hospitales Comarcales andaluces, son los importantes cambios de organización, cargas de trabajo y necesidad de personal que

esto supone. La implantación de la UDA se acompaña de la utilización de diversas técnicas analgésicas, que no se suelen utilizar en las plantas de hospitalización y que requieren un estrecho seguimiento, como es la analgesia epidural y los catéteres para analgesia de nervios periféricos, así como los sistemas de PCA de administración de fármacos (10,11).

La baja incidencia de implantación de UDA en los Hospitales Comarcales andaluces hace que se plantee la necesidad de incrementar los recursos de los mismos o buscar otros modelos más adecuados para los mismos.

La mayoría de las UDA de Andalucía atienden a los pacientes a tiempo completo, mientras que en Gran Bretaña tan sólo el 5% de las UDA cubrían su servicio las 24 horas del día y los 7 días de la semana (12).

En la encuesta realizada en Gran Bretaña en 2002, en la mayoría de los hospitales (68%) el anestesiólogo de guardia era el único que atendía la UDA fuera de del horario ordinario. Solo el 6% tenían personal de enfermería específico los fines de semana (12). En Canadá las UDA estaban formadas por un anestesiólogo (100 %), una enfermera (56 %) y un farmacéutico (33 %) (14).

En España solo el 45 % de los pacientes, de hospitales de más de 200 camas, recibe información sobre el dolor postoperatorio, siendo informados por anestesiólogos el 78 % de los mismos (18).

Según Puig y cols la responsabilidad del dolor postoperatorio recae sobre los anestesiólogos en el 71 % de los casos, sobre los cirujanos en el 40 % y sobre enfermeros en el 33 %, solapándose los cuidadores del dolor (18).

Las UDA de los diferentes hospitales regionales, de especialidades y comarcales andaluces carecen de criterios unificados para la selección de pacientes a tratar. Surge la idea de la necesidad de desarrollar estándares para estas Unidades, que permitan facilitar a los pacientes una atención de calidad y que cumpla los criterios de equidad para la población andaluza, dando a todos los andaluces, cualquiera que sea el hospital en el que sea atendido un tratamiento del dolor eficaz y eficiente.

En todas las UDA de los Hospitales de Especialidades hay fichas de seguimiento de los pacientes. En los hospitales españoles solo se mide el dolor en el 36% de las salas de cirugía, quedando reflejado en la historia del paciente en el 34% (18).

La analgesia más utilizada en las salas de recuperación postanestésica en el territorio español es la administrada por vía intravenosa (83%), epidural (78%),

intravenosa continua (69%) e intramuscular (58%) (18). Esto concuerda con el tratamiento prescrito en las UDA de los hospitales andaluces.

Según Puig y cols. solo el 28% de los servicios de anestesiología están satisfechos con el tratamiento del dolor realizado en los hospitales españoles. Todo esto implica que en los hospitales españoles de más de 200 camas el tratamiento del dolor es inadecuado, la mayoría de los pacientes no reciben información sobre el dolor postoperatorio ni sus posibles tratamientos, no hay una estructura clara de responsabilidad para el tratamiento del dolor postoperatorio y todo esto conlleva la insatisfacción de los anestesiólogos (18).

E. Soler y cols estudiaron 623 pacientes hospitalizados e intervenidos por los servicios de cirugía general y aparato digestivo, ginecología y obstetricia, oftalmología, otorrinolaringología, traumatología, ortopedia y urología. Observaron que el servicio de ginecología era el que presentaba mayor intensidad e incidencia de dolor, tanto al abandonar la URPA como durante el primer día. Encontraron una correlación entre la duración de la intervención y la intensidad del dolor. Identificaron como factores determinantes de la intensidad del dolor postoperatorio el servicio quirúrgico, el procedimiento de acceso quirúrgico, la técnica anestésica y el analgésico administrado. No encontraron relación directa entre la prevalencia del dolor postoperatorio y la edad o el sexo (19). Basándose en esta premisa hay hospitales regionales, de especialidades y comarcales que seleccionan a los pacientes por la intensidad del dolor postoperatorio. En otras ocasiones los pacientes seleccionados proceden de las especialidades con mayor incidencia de dolor postoperatorio. Las especialidades con mayor incidencia de dolor postoperatorio fueron: ortopedia (16,1 %), urología (13,4 %), cirugía general (11,5 %) y cirugía plástica (10 %) (20,21).

La mayor parte de las UDA de Andalucía dependen exclusivamente de los Servicios de Anestesiología, que tratan de coordinar el tratamiento del dolor con las diferentes especialidades implicadas. Algunas de las UDA en Andalucía cuentan con el apoyo de personal de enfermería y con la participación de los MIR.

Existen metaanálisis que demuestran que la adopción del modelo de UDA para el tratamiento del dolor postoperatorio supone una mejora en la calidad y efectividad de su tratamiento, elevando el grado de satisfacción de los usuarios (10). Se ha visto como la implantación de la UDA puede reducir la incidencia de complicaciones e incluso la mortalidad pos-

toperatoria en los 30 primeros días del postoperatorio (22).

La implantación de una UDA no debe ser un proceso estático, sino que requiere la reevaluación periódica de sus resultados, la constatación de que las técnicas analgésicas que utilizan están basadas en la mejor evidencia científica disponible y que se ajusta a la mejor relación coste-efectividad, sin obviar la seguridad y tolerabilidad de las diferentes técnicas analgésicas; desembocando en una mayor calidad asistencial y satisfacción del paciente. De ahí la importancia no solo de la existencia de una UDA, sino de la organización y gestión adecuada para el centro hospitalario en el que se encuentre ubicada (11).

La UDA debe seleccionar la mejor técnica analgésica individualizando su indicación, teniendo en cuenta el tipo de intervención, si es o no ambulatoria, el grado previsto de agresión quirúrgica y los condicionantes específicos de cada paciente, según edad, patología y tratamiento concomitante entre otros.

Los hospitales pueden tener distintas necesidades y disponer de modelos diversos de UDA que se adaptan a sus condiciones particulares. Rawal señala los principales componentes de la organización de la UDA (7).

Las bases para el desarrollo de una UDA han sido publicadas en la Revista de la Sociedad Española del Dolor. Por su parte, el Comité de Acreditación de la SED (CASED) ha definido unos estándares, aprobados por la Junta Directiva de la SED en 2002, para el desarrollo en España del proceso de acreditación tanto individual como institucional, en el tratamiento del dolor, abarcando también la UDA. Este proceso se basa en las características ideales que una UDA debería cumplir (23). El CASED determina el organigrama que debe tener la UDA (23).

El modelo de UDA debe basarse en un anestesiólogo con dedicación a tiempo completo, que coordina y supervisa a enfermeras y los diferentes equipos quirúrgicos. Dentro de las funciones de la UDA se encuentran la formación y docencia, no solo del personal de la UDA, sino también de todo aquel directa o indirectamente relacionado.

La elaboración de protocolos, utilización, adaptación e implementación de guías de práctica clínica son una práctica que enriquece la labor asistencial y docente de la UDA. La evaluación del dolor como una constante vital más, el registro de los datos de los pacientes, su evaluación y confrontación con el de otras UDA, ayuda a la mejora continua de la calidad de la UDA y debería ser una práctica habitual de la misma. La información y adiestramiento de los pacientes en la técnica analgésica seleccionada para su tratamien-

to permite obtener su colaboración y conseguir un control más efectivo del dolor (10,11).

En Andalucía ningún Hospital Regional cumple la totalidad de características ideales. Entre los Hospitales de Especialidades sólo se cumplen en un hospital y no hay ningún hospital comarcal que cumpla la totalidad de dichas características ideales determinadas por la SED.

## CONCLUSIONES

De nuestro estudio se deriva que el modelo de UDA para el tratamiento del dolor postoperatorio, ha sido mayoritariamente adoptado por los Hospitales de Especialidades, siendo los Hospitales Comarcales donde ha tenido menor aceptación. Se hace necesario realizar una Auditoria clínica, que evalúe la situación actual no ya de las UDA, sino del tratamiento del dolor postoperatorio en Andalucía; así como estudiar las medidas más adecuadas para proporcionar en cada hospital el modelo más eficaz y eficiente para el tratamiento del dolor postoperatorio.

## CORRESPONDENCIA

C/Huerta Chica Nº 10, 1º A  
11130 Chiclana de la Frontera (Cádiz)  
Teléfono: 956533933  
e-mail: anesfer@arrakis.es  
Financiación: Ninguna  
Conflictos de interes: No declarados

## BIBLIOGRAFÍA

1. Muñoz-Ramón JM, Criado A, Valentín B, García-Caballero J. Diseño de un plan de formación para la puesta en marcha de una Unidad de Dolor Agudo. Rev Soc Esp Dolor 2002; 9: 37-40.
2. García-Muñoz M, López-Vidal J, Cárcelos MD, Ferré C, López-Rodríguez F, Canteras M et al. Influencia de la U.D.A. en la evolución del postoperatorio tras toracotomía. Rev Soc Esp Dolor 2000; 7: 141-148.
3. Muñoz-Blanco F, Salmerón J, Santiago J, Marcote C. Complicaciones del dolor postoperatorio. Rev Soc Esp Dolor 2001; 8: 194-211.
4. Torres LM. Protocolos y dolor postoperatorio. Rev Soc Esp Dolor 2002; 9: 139.

5. Torres Morera LM, Collado Collado F, Gómez Cía T, Gálvez Mateos R. Dolor postoperatorio. Dolor en politraumatizados y grandes quemados. En: Torres LM. Medicina del Dolor. Barcelona: Editorial Masson SA; 1997. p. 725-739.
6. Ortega JL, Neira F. Prevalencia, medición y valoración del dolor postoperatorio. En: Torres LM. Tratamiento del dolor postoperatorio. Madrid: Ediciones Ergon SA; 2003. p. 31-55.
7. Rawal N, Allvin R, EuroPain Acute Pain Working Party. Acute pain service in Europe: a 17-nation survey of 105 hospitals. *Eur J Anaesth* 1998; 15: 354-363.
8. Ready B, Oden R, Chadwick HS, et al. Development of an anesthesiology-based postoperative pain management service. *Anesthesiology* 1988; 68: 100-106.
9. Ashburn MA, Ready LB. Dolor postoperatorio. En: Loeser JD, Butler SH, Chapman RC, Turk DC. *Bonica Terapéutica del dolor*. México: McGraw Hill Interamericana; 2001. p. 909-926.
10. Chabás E. Dolor postoperatorio y Unidades de Dolor Agudo. *Rev Soc Esp Dolor* 2004; 11: 257-259.
11. Caba F, Núñez-García A, Tejedor M, Echevarría M. Valoración de la actividad de una Unidad de Dolor Agudo postoperatorio por cuidadores del paciente quirúrgico. *Rev Soc Esp Dolor* 2004; 11: 479-189.
12. Powel AE, Davies HTO, Banister J et al. Rethoric and reality on acute pain services in the U. K.: a national postal questionnaire survey. *Br J Anaesth* 2004; 92: 689-693.
13. American Society of Anesthesiologists Task Force on Pain Management. Practice guidelines for acute pain management in the perioperative setting. Acute Pain Section. National Guidelines Clearinghouse. (Actualizada on October 15, 2003; citada 9 noviembre 2004. Disponible en: <http://www.asahq.org/publicationsAndServices/pain.pdf>.
14. Goldstein DH, VanDenKerkhof EG, Blaine WC. Acute pain management services have progressed, albeit insufficiently in Canadian academic hospitals. *Can J Anaesth* 2004; 51: 231-235.
15. Stamer UM, Mpasios N, Stuber F, Maier C. A survey of acute pain services in Germany and a discussion of international survey data. *Reg Anesth Pain Med* 2002; 27, 2: 117-121.
16. Merry A, Judge MA, Ready B. Acute pain services in New Zealand hospitals; a survey. *N Z Med J* 1997; 27, 110 (1046): 233-235.
17. Muñoz JM<sup>a</sup>, Valentín B, Criado A. ¿Protocolos o unidades de dolor agudo? Planificación y gestión. Costes del dolor postoperatorio. En: Aliaga L. Dolor agudo y postoperatorio teoría y práctica. Caduceo Multimedia SL 2005: 511-525.
18. Puig M, Montes A, Marrugat J. Management of postoperative pain in Spain. *Act. Anaesth Scand* 2001; 45, 4: 465-470.
19. Soler E, Faus MT, Montaner MC, Morales F, Martínez-Pons V. Identificación de los factores que influyen en el dolor postoperatorio. *Rev Esp Anestesiología Reanim* 2001; 48: 163-170.
20. Jin FL, Chung F. Postoperative pain – a challenge for anaesthetists in ambulatory surgery. *Can J Anaesth* 1998; 45, 4: 293-296.
21. Chung F, Ritchie E, Su J. Postoperative pain in ambulatory surgery. *Anesth Analg* 1997; 85, 5: 986.
22. Store DA, Shelton AC, Poustie SJ, Colin-Thome NJ, McIntyre RE, McNicol PL. Effect of an anaesthesia department led critical care outreach and acute pain service on postoperative serious adverse events. *Anaesthesia* 2006, 61: 24-28.
23. Comisión de acreditación de la SED (CASED). Normas de la SED para el tratamiento del dolor agudo. *Rev Soc Esp Dolor* 1998; 5: 379-386.