

**PROYECTO DE MODELO DE ATENCIÓN EN SALUD PARA LA UNIDAD DE
MANEJO DEL DOLOR AGUDO EN PACIENTES INTERNADOS EN
POSOPERATORIO EN EL HOSPITAL LA VICTORIA III NIVEL ESE**

**EDGAR URIEL JARA
ARDING ALEXANDER BUSTAMANTE**

**Asesor
JUAN CARLOS RODRÍGUEZ RUIZ**



**FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DE CIENCIAS DE LA SALUD
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES, ADMINISTRATIVAS Y ECONOMICAS
BOGOTÁ, D.C.
Noviembre 2015**

PROYECTO DE MODELO DE ATENCIÓN EN SALUD PARA LA UNIDAD DE MANEJO DEL DOLOR AGUDO EN PACIENTES INTERNADOS EN POSOPERATORIO EN EL HOSPITAL LA VICTORIA III NIVEL ESE	
Investigador Principal: Edgar Uriel Jara	Filiación Institucional: Estudiante Especialización Gerencia de la Salud FUCS
Correo electrónico: eujarah@gmail.com	Teléfono Celular :3006600616
Dirección de correspondencia:	
Co investigadores: Arding Alexander Bustamante Teléfono Celular: 3008160103 Correo electrónico: abustamante@fucsalud.edu.co Filiación Institucional: Estudiante Especialización Gerencia de la Salud FUCS	
Dirección de correspondencia (Investigador Principal):	
* Nombre del Grupo de Investigación: GAERSE	Total de Investigadores: 2
**Semillero de Investigación que presenta la propuesta N/A	Total de semilleros vinculados. N/A
*Línea de Investigación: N/A	
Facultad de Ciencias Sociales, Administrativas y Económicas	
Asesor Metodológico: Mario Morales	
Área o Servicio: Especialización Gerencia de la Salud FUCS	
¹Duración: 10 meses	
Costo Total:	
Desembolsable : \$	No desembolsable \$
El proyecto será presentado a convocatoria interna: Si <u> </u> No <u> </u>	
Descriptor / Palabras claves: Modelo de atención en salud, Dolor posoperatorio, Unidad manejo dolor.	
Fecha de Radicación : 27 de Junio de 2015	

INTRODUCCIÓN

En este trabajo se pretende conocer las características de las unidades de manejo de dolor posoperatorio de los hospitales públicos de tercer nivel, en donde se encuentra el Hospital La Victoria de Bogotá, partiendo de la propuesta de conocer la pertinencia para generar una unidad de manejo del dolor agudo en pacientes internados en posoperatorio, dado que en este hospital es donde se crea la necesidad de proponer unidad del dolor pertinente a sus condiciones de atención y a los requisitos de la normatividad de salud, en concordancia con lo dispuesto por la ley en las políticas de atención a pacientes y lo observado en una revisión documental de más de 30 referencias que permiten observar el desarrollo histórico de las unidades de manejo del dolor y los hallazgos médicos y científicos pertinentes en el avance del tema.

Por otra parte, mediante entrevistas semiestructuradas con algunos líderes de unidades de dolor, se logra comparar sus modelos de atención mediante una matriz que genera en consecuencia unas conclusiones que se deben tener en cuenta para el planteamiento de un modelo que se adapta mejor a las características del hospital y que sería el más adecuado para implementar la unidad de manejo de dolor posoperatorio en la institución.

1. DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO

En el Hospital La Victoria III Nivel ESE se realizan alrededor de 900 procedimientos quirúrgicos mensuales. En la institución, los pacientes hospitalizados en posoperatorio requieren frecuentemente la administración de analgesia de rescate. El hospital no cuenta con protocolos de manejo con opiáceos y en el equipo médico existe cierto temor generalizado al uso de estos medicamentos por el riesgo de efectos secundarios graves, e incluso, por las consecuencias legales derivadas del uso de sustancias reguladas. Estos problemas generalmente son identificados también en otras instituciones. Moyano (1996); (2002). Por otro lado los registros muestran que el consumo comparativo de morfina en Colombia, es uno de los más bajos del mundo. Joranson (2002). Es necesario promover el uso racional de opioides en nuestros hospitales y contribuir a eliminar los prejuicios de las personas en relación a la morfina, desmitificando su uso, haciéndolo cada vez más simple. Según la apreciación de Moyano (2002) se requiere promover el uso de opioides por parte de las especialidades médicas y no delegar esta responsabilidad solamente a los anestesiólogos, se sugiere además la implementación de clínicas de dolor en las instituciones que tengan programas docentes con el fin de promover la educación de dolor a nivel de postgrado y pregrado. Según encuestas internacionales, los integrantes de los equipos quirúrgicos generalmente desconocen las escalas de valoración de dolor o muestran deficiencias en su aplicación, existe además una débil capacitación del personal sobre el manejo de dolor posoperatorio. Landa (2004); Carr, Miaskowski, Dedrick, Williams (1998); Nolli, Apolone, Nicosia (1997); Goldstein, Van Den Kerkhof, Blaine (2004); Stamer, Mpasios, Stuber, Maier (2002); Merry, Judge, Ready (1997). En la actualidad los colaboradores del Hospital La Victoria presentan deficiencias similares a las reportadas en estas encuestas. Recientemente se está implementando la historia clínica electrónica en la institución, lo que permitirá determinar un campo obligatorio para el registro de la escala visual análoga para la descripción cuantitativa de la intensidad del dolor. Este será el primer paso para generar la cultura de la valoración, medición y tratamiento oportuno del dolor de los pacientes desde su ingreso a los servicios.

Tal como afirma Goic (2004) “Todo país debería aspirar a disponer de servicios médicos que sean, no sólo técnicamente eficientes, sino que hagan posible un modo social de relación interhumana en la que prevalezcan la acogida, la amabilidad y el respeto por las personas.” Siguiendo este razonamiento, resulta conveniente estructurar un modelo de atención para el manejo del dolor agudo posoperatorio en las instituciones con servicios quirúrgicos. La experiencia

internacional confirma que las unidades de manejo de dolor permiten optimizar el tratamiento analgésico de los pacientes y disminuir los costos de manejo intrahospitalario gracias a la menor presentación de las complicaciones del dolor posoperatorio, reduciendo morbilidad y mortalidad. Tsui, Law, Fok, et al. (1997); Chung, Mezei (1999); García-Muñoz, López-Vidal, Cárceles, Ferré, López-Rodríguez, Canteras et al. (2000).

2. ANTECEDENTES

La incidencia de dolor postoperatorio es elevada, situándose entre el 30 y 50% García-Muñoz (2000) y continúa tratándose de forma inadecuada debido entre otras causas a un deficiente uso de analgésicos. Según Zaragoza (2005) las principales causas del mal manejo del dolor posoperatorio pueden resumirse en: falta de conocimientos del personal sanitario, ausencia de valoraciones correctas, falta de información de los pacientes y ausencia de estructuras organizadas.

Navarro (2013) considera que el manejo de los pacientes con dolor requiere la participación de un equipo multidisciplinario, utilizado solamente en unas pocas instituciones que han entendido la eficacia y costo-efectividad de estas estrategias, existe por tanto, una necesidad de convertir a las unidades de manejo de dolor en pilares para la implementación de programas de investigación y el manejo clínico de los pacientes con dolor.

Con el objetivo de garantizar el derecho a la salud, el hospital La Victoria requiere un modelo de atención en salud que defina las interacciones entre la población susceptible y la unidad de manejo de dolor. Esta unidad debe ser capaz de gestionar los recursos para garantizar su sostenibilidad y con ello, la prestación de servicios cumpliendo los principios de universalidad, solidaridad y eficiencia en los términos que señala la ley 1438 de 2011. .

En el tratamiento del dolor, dada la dispersión y la heterogeneidad de los modelos asistenciales existentes, la gestión por procesos puede representar un instrumento de organización de gran utilidad, que puede ayudar a dar personalidad e identidad a las Unidades del Dolor, así como facilitar su labor dentro de los procesos asistenciales de los centros clínicos en las que se integran. Muñoz-Ramón, Paz, Cerpa, Várela, García-Caballero (2008). La gestión por procesos supone una nueva forma de entender la organización de las empresas y de los servicios sanitarios, permitiéndoles orientarse a satisfacer las necesidades y las demandas de los clientes.

3. DISEÑO METODOLÓGICO

Con el propósito que el Hospital de la Victoria garantice el derecho a la salud, mediante un modelo de atención que defina las interacciones entre la población susceptible y la unidad de manejo de dolor. Con observaciones desde la posibilidad de gestionar diversos recursos garantizar su sostenibilidad y con ello, la prestación de servicios cumpliendo los principios de universalidad, solidaridad y eficiencia se plantea la siguiente pregunta.

¿Cuál es el modelo de atención en salud de unidad de manejo de dolor agudo posoperatorio que mejor se adapta al Hospital La Victoria III Nivel ESE?

Con base en lo anterior se presentan los objetivos de investigación

3.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar el modelo de atención en salud que mejor se adapte a la unidad de manejo de dolor agudo de pacientes hospitalizados en posoperatorio inmediato para el Hospital La Victoria III Nivel ESE.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar las variables que determinan la existencia de unidades de manejo de dolor agudo posoperatorio en hospitales públicos de alta complejidad en Bogotá
- Contrastar los modelos de atención observados con las condiciones propias del Hospital La Victoria III nivel ESE

4. METODOLOGÍA

Bajo el planteamiento del objetivo general, el cual permite determinar el modelo de atención requerido para la unidad de manejo de dolor agudo en el Hospital la Victoria, se torna fundamental realizar una revisión documental, la cual esclarece desde diversos puntos de vista como se fundamenta el proceso del manejo del dolor, desde una fundamentación histórica, en contexto internacional y científico, para luego esclarecerlo a la luz de las coincidencias experienciales de dos entidades hospitalarias en el país, de similares características al Hospital la Victoria, por lo cual se abordaron entrevistas con expertos de estas dos entidades lo cual se contrasta con lo recavado en la revisión documental.

La técnica utilizada para el desarrollo del presente documento comienza por una revisión documental, la cual se presenta en el aparte de marco teórico, la cual se contrasta con la realidad contextual de país mediante la aplicación de entrevistas en profundidad, esta puede definirse como una técnica social que pone en relación de comunicación directa cara a cara a un investigador/entrevistador y a un individuo entrevistado con el cual se establece una relación peculiar de conocimiento que es dialógica, espontánea, concentrada y de intensidad variable. La “naturaleza” de la información que se produce en una entrevista en profundidad es de carácter cualitativo debido a que expresa y da curso a las maneras de pensar y sentir de los sujetos entrevistados, incluyendo todos los aspectos de profundidad asociados a sus valoraciones, motivaciones, deseos, creencias y esquemas de interpretación que los propios sujetos bajo estudio portan y actualizan durante la interacción de entrevista (los llamados “marcos de referencia” del actor (Cerón, 2006).

Según Díaz, 2013, las entrevistas semiestructuradas parten de preguntas planeadas, que pueden ajustarse a los entrevistados, considerando la posibilidad de adaptarse a los sujetos con enormes posibilidades para motivar al interlocutor, aclarar términos, identificar ambigüedades y reducir formalismos.

Se consideró la elaboración de una entrevista semiestructurada para la obtención de los datos, teniendo en cuenta la flexibilidad requerida en las respuestas de los expertos a un cuestionario previamente elaborado.

Para el diseño del cuestionario se toma como base la gestión por procesos. Las preguntas se orientan a los requisitos para el cumplimiento de la cadena de valor del Hospital La Victoria. Esta cadena inicia con la definición del modo de ingreso del paciente al proceso, continúa con la planeación de la atención, su ejecución, la

evaluación de las intervenciones y finaliza con unas condiciones de egreso. Las respuestas obtenidas pueden ser comparadas para determinar el mejor modelo de atención para la unidad de manejo de dolor del Hospital La Victoria.

Dichas entrevistas se realizaron con la siguiente ficha técnica.

Ficha Técnica de la entrevista

Población: Hospitales públicos de tercer nivel de atención de Bogotá D.C

Muestra: Unidades de manejo de dolor de los hospitales públicos de tercer nivel de atención de Bogotá D.C.

Tipo de Muestreo: Muestra por conveniencia.

Criterios de Inclusión y de Exclusión: Se incluyen en la comparación las unidades de manejo de dolor posoperatorio de los hospitales públicos de tercer nivel de atención de la ciudad de Bogotá D.C.

Matriz de hallazgos

	KENNEDY	TUNAL
RECURSO HUMANO	Médico Familiarista Paliativista Anestesiólogo Medico alternativo (acupuntura) Enfermera profesional Auxiliar de enfermería Psicóloga Psiquiatra	Médica algóloga Enfermera profesional Auxiliar de enfermería
INFRAESTRUCTURA	Consultorio (dolor crónico) Interconsultas en salas de internación	Consultorio (dolor crónico) Oficina administrativa Interconsultas en salas de internación
EQUIPOS	Bombas de administración controlada por el paciente (PCA) Bombas de infusión Equipos de infusión intratecal	Bombas de administración controlada por el paciente Bombas de infusión Equipos de infusión intratecal
MEDICAMENTOS	Políticas de farmacia para insumos no POS y controlados	Políticas de farmacia para insumos no POS y controlados

GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA	Guía PCA Guía enfermería para manejo de dolor Guía de dolor agudo posoperatorio	Guía de manejo de dolor oncológico Guía de manejo de dolor musculoesquelético Guía de manejo de dolor agudo Guía de manejo de dolor lumbar Guía de manejo de dolor neuropático Guía de dolor pélvico crónico Guía de manejo de cefalea
INTERDEPENDENCIA	Interconsulta Referencia y contrarreferencia	Interconsulta Referencia y contrarreferencia
SELECCIÓN DE PACIENTES	No están definidos los criterios Los pacientes manejados en la unidad de manejo de dolor son definidos por el anestesiólogo	Criterios definidos por anestesiólogo tratante y ronda médica para búsqueda activa

Con lo anterior se identifican los factores que influyen en el funcionamiento del modelo de atención en salud en una unidad de manejo de dolor.

5. MARCO TEÓRICO

El dolor posoperatorio afecta la calidad de vida del paciente hospitalizado, generalmente se evalúa parcialmente debido a la falta de aplicación de escalas objetivas de evaluación de dolor o por falta de sensibilización del personal a cargo del paciente en posoperatorio.

En 1979 la comunidad científica, a través de la Asociación Internacional de Estudio del Dolor (IASP), define el dolor como una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada con una lesión presente o potencial. Ibarra (2006) llega a considerar el dolor no tratado o no aliviado como una enfermedad per se. Brennan (2005) considera el alivio del dolor como un derecho humano e incluso como un problema de salud pública.

La OMS define la salud como: “el completo estado de bienestar físico, mental y social y no solo la ausencia de enfermedad o dolencia”, la interpretación de esta

definición nos lleva considerar el alivio del dolor como una obligación de los servicios sanitarios, dentro del marco del derecho a la salud. En países con avances en la legislación sobre manejo del dolor y el derecho a la muerte digna, “existe una declaración explícita del derecho a una analgesia adecuada, la obligación de los médicos a escuchar y responder razonablemente a la descripción que el paciente haga de su dolor, la inmunidad en la prestación del alivio necesario del dolor frente a posibles responsabilidades legales, la obligación de los médicos que no sepan o no quieran garantizar una analgesia adecuada a remitir a sus pacientes a otros médicos con los conocimientos necesarios y la obligatoriedad de la formación médica continua en el manejo del dolor”. (Brennan, 2005).

El dolor postoperatorio es un dolor de carácter agudo que traduce la respuesta a la agresión quirúrgica, y tiene unas características propias que le diferencian del dolor agudo y crónico. El objetivo del tratamiento del dolor postoperatorio es reducir o eliminar el dolor y la sensación de malestar del paciente, con un mínimo de efectos secundarios o adversos con los métodos más económicos (Muñoz-Blanco 2001).

Las unidades de dolor aparecieron en Estados Unidos durante en los años 60, después de observar la complejidad que requería el tratamiento del dolor crónico y de la necesidad de un equipo multidisciplinario. El Dr. Bonita, recogiendo la experiencia que había adquirido del tratamiento de heridas durante la Segunda Guerra Mundial, editó un texto referente "The Management of Pain" y fue en 1960 que creó la primera clínica multidisciplinaria especializada en la prevención, diagnóstico y tratamiento del dolor, cuando en la Universidad de Washington fue nombrado Jefe de Servicio de Anestesiología, no obstante las primeras unidades de dolor agudo fueron descritas por primera vez en Ready en 1988 (Ortega & Neira, 2007).

El dolor agudo se tiende a identificar con el dolor posoperatorio aunque existen otros modelos de dolor entre ellos el dolor obstétrico, el dolor en las unidades de cuidados críticos y el dolor isquémico de origen vascular; si bien todos deben recibir igual importancia en su atención, el dolor posoperatorio en general ha recibido mayor atención desde mediados de los años 80 cuando se inicia a brindar una atención especializada a éste tipo de dolor abriéndose en Estados Unidos y luego en Europa unidades para manejo de dolor dirigidas por especialistas en anestesiología. Se genera desde entonces la duda sobre su rentabilidad y validez en el modelo de salud europeo mayoritariamente público. El modelo norteamericano de clínicas privadas si permite la facturación por todo acto médico (Collado et al., 2008).

Desde la perspectiva latinoamericana, la teoría del pluralismo estructurado de Londoño & Frenk (1996) planteaba la necesidad de reformar el modelo de atención en salud, solucionando los problemas existentes y abordando los nuevos retos, se propuso entonces una integración horizontal en un sistema donde cada actor cumpliera una función específica con regulación por parte de la función pública y con separación entre el financiamiento y la prestación de servicios de salud, cerrando espacios a los monopolios que se podrían establecer con los sistemas de integración vertical donde una misma organización cumple varias funciones.

El actual sistema de salud Colombiano maneja un modelo en el cual coexisten cuatro eslabones a saber: financiamiento, administración, regulación y la prestación de los servicios. El financiamiento está a cargo del Fondo de Solidaridad y Garantías (FOSYGA) a través de sus cuentas para el régimen contributivo y para el régimen subsidiado, la administración corre por cuenta de las Empresas Promotoras de Salud (EPS) para los dos regímenes, la regulación recae directamente sobre el Estado y la prestación de los servicios está a cargo de las Instituciones Prestadoras de los Servicios de Salud (IPS) quienes interactúan directamente con los pacientes. Este sistema ha respondido a directrices del Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional, y ha sido eficaz en países con menor tasa de desempleo e informalidad, sin embargo en Colombia la situación es diferente llevando al fracaso del sistema (Riveros & Amado, 2012).

Las IPS que se encargan de prestar los servicios de salud, en especial aquellas de mayor complejidad, tienen instauradas unidades de manejo del dolor cuya estructura funciona de manera transversal a los otros servicios constituyendo un reto para el buen funcionamiento de las mismas, por lo cual se han sugerido varios mecanismos de gestión entre ellos el esquema por procesos consistente en una organización que gira alrededor de actividades que benefician al paciente independientemente de que pertenezcan o no a la misma área funcional, se habla de un proceso global donde hay una entrada representada por la queja de dolor del paciente, unos recursos materiales y humanos, un sistema de control con indicadores y una salida evidenciada por la disminución del dolor inicial. Es un enfoque basado en los sistemas de gestión de la calidad (Muñoz-Ramón, Paz, Cerpa, Várela & García-Caballero 2008).

Durante la investigación de las variables que definen la existencia de las unidades de manejo de dolor se encontró que están contenidas en la Resolución 2003 de 2014. El modelo de atención en salud allí definido contempla la capacidad técnico administrativa, la suficiencia patrimonial y financiera y la capacidad tecnológica y científica. Estas unidades deben cumplir con los estándares de habilitación, definidos como los requisitos mínimos para el funcionamiento de un servicio. En la

resolución 2003 de 2014 no existen estándares expresamente definidos para la habilitación de una unidad de manejo de dolor. Por otro lado, si se definen los estándares para la habilitación de los servicios donde tendría lugar la operación de la unidad. Tales servicios incluyen las salas de cirugía, la consulta externa y la hospitalización de alta complejidad. Al continuar la exploración de los requisitos para operar las unidades de manejo de dolor a nivel internacional se encuentran especificaciones interesantes que pueden contribuir a mejorar la calidad de la atención de los pacientes que padecen dolor..

Collado et al. (2008) proponen un modelo de unidad de dolor agudo en un hospital regional que inicia con una encuesta sobre dolor postoperatorio aplicada en las diferentes áreas del propio hospital para tener un panorama orientador, sugieren un inicio progresivo de las actividades de acuerdo a la capacidad técnica existente en el hospital y a la colaboración observada de todos los servicios potencialmente involucrados, se debe contar con una protocolización escrita que incluya los protocolos analgésicos claramente detallados y sus guías de aplicación, los cuales deben ser de estricto conocimiento por parte del personal de enfermería de las plantas de hospitalización. Por último señalan la importancia de la recogida de resultados, llevando un registro preciso de los pacientes que se benefician de los tratamientos instaurados por las Unidades de manejo de dolor.

El trabajo en las unidades de manejo de dolor resulta eficiente cuando se cuenta con equipos multidisciplinarios. Los especialistas de distintas disciplinas aportan a la comprensión de las diferentes facetas del dolor. El abordaje holístico del paciente resulta costo-efectivo. (Gatchel, 2006. Scascighini, 2008. Nicholas 2004. Ospina, 2003)

Según un grupo de expertos en el manejo del dolor del Ministerio de Sanidad de España, las unidades de manejo deben estar conformadas por un director responsable de la unidad acreditado en formación avanzada en Medicina del Dolor, personal de enfermería y auxiliar, médicos especialistas con formación avanzada en medicina del dolor. Profesionales no médicos, entre ellos: enfermeros, farmacéuticos, fisioterapeutas, psicólogos, terapeutas ocupacionales y trabajadores sociales con formación especializada en dolor. (Palanca, 2011)

La British Pain Society considera como profesionales indispensables de la unidad a los médicos especialistas con formación avanzada en Medicina del Dolor, el psicólogo y el fisioterapeuta.

La Sociedad Madrileña del Dolor y la British Pain Society recomiendan que las unidades de manejo de dolor de alta complejidad cuenten con una planta física que contenga una zona de recepción y admisión, consultorios para diagnóstico y

tratamiento, hospital de día, control de enfermería y apoyos, zona de personal. Estas zonas deben estar ubicadas en el área de consulta externa garantizando las condiciones de acceso a pacientes ambulatorios y hospitalizados. Se recomienda además el acceso a tecnologías de la información (historia clínica electrónica).

La unidad de manejo de dolor debe contar con interdependencia y acceso a quirófanos y salas de recuperación postanestésica. El departamento de radiología convencional e intervencionista debe ser parte integral de la unidad, teniendo en cuenta la necesidad de apoyo para diversos procedimientos terapéuticos. La farmacia hospitalaria debe garantizar el acceso a los medicamentos requeridos para el tratamiento de los pacientes. Se recomienda contar con un mínimo de existencias de opiáceos de acuerdo con los consumos históricos de la unidad.

El portafolio de servicios de las unidades de manejo de dolor definen la necesidad de contar con el equipo establecido para cada actividad, intervención o procedimiento. Las unidades de manejo de dolor de alta complejidad, en general cuentan con material de monitorización básica (ECG, pulsioximetría y TA no invasiva), disponibilidad de oxígeno, insumos para reanimación cardiopulmonar (ambú, tubos endotraqueales, mascarillas laríngeas, tubos de Guedel, laringoscopio y fármacos específicos). En la sala de procedimientos debe contar con bombas de infusión tipo PCA en número suficiente según pacientes atendidos, programador para bombas de infusión implantadas, programador para estimulador eléctrico (medulares/periféricos) La disponibilidad de un ecógrafo es recomendable para la realización de técnicas intervencionistas. Se requiere también un sistema de medida de flujo vascular periférico, instrumentos de exploración del umbral del dolor, como el termotest, para exploración neurológica, como los filamentos de Von Frey, martillos y diapasones. Instrumentos para la evaluación psicológica, sistemas de doble manguito de isquemia con manómetro. Sistemas de estimulación eléctrica transcutánea. Sistemas para la realización de iontoforesis. Salas de tratamientos y bloqueos con mesas y lámparas quirúrgicas, y monitorización básica (ECG, pulsioximetría de pulso y TA no invasiva) Disponibilidad de oxígeno y vacío. Material Para bloqueos nerviosos, incluidos estimulador de nervios periféricos y agujas específicas Para técnicas de radiofrecuencia, aparatos y agujas específicas. Radioscopia con intensificador de imágenes. (De la Calle y cols., 2010.)

Algunos medicamentos usados para aliviar el dolor tienen un control especial por el Estado, debido a la posibilidad de su uso para acto ilícitos. La resolución 1478 de 2006 y las resoluciones modificatorias posteriores expide las normas para el control, seguimiento y vigilancia de la importación, exportación, procesamiento, síntesis, fabricación, distribución, dispensación, compra, venta, destrucción y uso

de sustancias sometidas a fiscalización, medicamentos o cualquier otro producto que las contengan y sobre aquellas que son monopolio del Estado.

Los medicamentos no incluidos en el plan de beneficios según la resolución 5521 de 2013, deben ser solicitados según lo contemplado en la resolución 1479 de 2015.

Existe una coincidencia lógica entre la norma de habilitación de servicios y las recomendaciones internacionales, respecto a la elaboración de guías de práctica clínica de las unidades de manejo de dolor. Cada unidad debe elaborar las guías y protocolos de acuerdo con el perfil epidemiológico de la población que atiende. (Palanca, 2011).

En general las instituciones prestadoras de salud en el distrito capital no cuentan con todos los servicios habilitados para hacer frente a los requerimientos del paciente que padece dolor. La continuidad en la prestación de tratamientos debe garantizarse por medio del sistema de referencia y contrarreferencia con su marco normativo contenido en el Decreto 4747 de 2007 del Ministerio del Minsalud y la Resolución 3047 de 2008 del Minsalud

6. CONCLUSIONES

- Las unidades de manejo de dolor de los hospitales observados cuentan con un equipo de profesionales de distintas especialidades médicas, dirigidos por un médico especialista en manejo de dolor. En consecuencia, la unidad de manejo de dolor del Hospital La Victoria debe contar con un médico algólogo al mando de un equipo multidisciplinario con dedicación completa a las actividades de la unidad.
- Las guías internacionales de conformación de unidades de dolor definen la necesidad de contar con áreas exclusivas para el funcionamiento de consultorios y áreas compartidas para las intervenciones propias de la unidad de manejo de dolor. Las instituciones observadas siguen la tendencia internacional y cuentan con áreas de destinación específica. Se debe asignar un área de consulta externa para la unidad de manejo de dolor en el Hospital La Victoria, garantizando además, la interdependencia con el área de farmacia, fisioterapia y salas de cirugía.
- En los hospitales observados se cuenta con un equipamiento básico para la intervención de pacientes, al ser comparados con los requerimientos referidos en las reseñas internacionales sobre dotación de las unidades de manejo de dolor. Sin embargo, con este equipo básico se puede dar cobertura a la atención inicial del paciente. Las intervenciones adicionales,

generalmente se tramitan a través del sistema de referencia del ente territorial.

- La política de manejo de farmacia para la unidad de dolor cuenta con el respaldo de la reglamentación distrital y nacional para el uso de medicamentos controlados por la unidad de estupefacientes. Igualmente el país tiene claramente definido el procedimiento para el suministro de medicamentos excluidos del Plan Obligatorio de Salud. La unidad de manejo del dolor del Hospital La Victoria debe contar con documento que describa los procedimientos para garantizar la existencia de medicamentos y las condiciones para su dispensación a los servicios.
- Las unidades de manejo de dolor observadas elaboran guías de práctica clínica que se adaptan a su portafolio de servicios. Esta tendencia es semejante a lo documentado en las recomendaciones de las sociedades internacionales de manejo de dolor. Es necesario considerar el perfil epidemiológico de cada hospital para generar o adaptar sus propias guías. La existencia de estos documentos es una condición obligatoria para el funcionamiento de cualquier servicio, según la reglamentación colombiana.
- A nivel internacional, se recomienda que las unidades de manejo de dolor sean autosuficientes, de modo que operen como un proceso individual que integre un equipo multidisciplinario con dedicación 24 horas. En los modelos observados, las unidades de manejo de dolor no cuentan con disponibilidad permanente ni con planta física exclusiva. La unidad de manejo de dolor del Hospital La Victoria debe elaborar los lineamientos para el trabajo en red para garantizar la continuidad del tratamiento requerido por cada paciente.
- En general, es el profesional especializado en manejo de dolor quien define los criterios para el ingreso de los pacientes a la unidad de manejo de dolor. En los hospitales observados se realiza la búsqueda activa y el tamizaje de pacientes hospitalizados para definir la pertinencia de su ingreso a la unidad de manejo de dolor. La sensibilización del personal de salas de cirugía permite incluso el manejo preventivo del dolor en los pacientes a quienes se les realizan cirugías mayores.

REFERENCIAS

1. Brennan F, Cousins MJ. El alivio del dolor como un derecho humano. *Rev Soc Esp Dolor* 2005; 12: 17-23.
2. Carr DB, Miaskowski C, Dedrick SC, Williams GR. Management of perioperative pain in hospitalized patients: a national survey. *J Clin Anesth* 1998;10(1):77-85.

3. Cerón Manuel Canales. (2006). *Metodologías de investigación social: introducción a los oficios*. Santiago de Chile: LOM Ediciones
4. Chung F, Mezei G. Factors contributing to a prolonged stay after ambulatory surgery. *Anesth Analg* 1999; 89: 1352-9.
5. Collado F, Aragón M, Pérez A, Eizaga R, Vidal M, Torres L. 2008. Organización de una Unidad de Dolor Agudo en un Hospital Regional, *Rev. Soc. Esp. Dolor* 1: 28-40
6. Consulta de la Norma: Retrieved July 22, 2015, from <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/norma1.jsp?i=20670>
7. 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*. 2010;17: 114-133
8. Díaz-Bravo, L. "La entrevista, recurso flexible y dinámico Investigación en Educación Médica. Consultado el 18 de julio de 2015 en: <http://www.elsevier.es/es-revista-investigacion-educacion-medica-343-seccion-metodologia-investigacion-educacion-medica-9000427>
9. García-Muñoz M, López-Vidal J, Cárceles 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.
10. Gatchel RJ, Okifuji A. Evidence-Based Scientific Data Documenting the Treatment and Cost-Effectiveness of Comprehensive Pain Programs for Chronic Nonmalignant Pain. *The Journal of Pain* 2006;7:779-93
11. Goic G, Alejandro. (2004). Ética de la organización de la atención de salud. *Revista médica de Chile*, 132(3), 388-392..
12. 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.
13. Ibarra E, Una nueva definición de "Dolor". Un Imperativo de nuestros días *Rev. Soc. Esp. Dolor* 2: 65-72; 2006
14. Joranson D, *Primer congreso de la Asociación Latinoamericana de Cuidados Paliativos. Guadalajara, México 20-22 Marzo del 2002.*
15. Landa JI. Encuesta de la Asociación Española de Cirujanos sobre el dolor postoperatorio. *Jano, Suplemento de Congresos*, mayo de 2004; pp. 10-12.
16. Londoño, Juan Luis y Frenk, Julio. 1996. Documento de Trabajo 353: Pruralismo Estructurado: Hacia un modelo innovador para la reforma de los sistemas de Salud en América Latina. Banco Interamericano de Desarrollo, Oficina del Economista Jefe.
17. Martínez Carazo, Piedad Cristina. (2006). El método de estudio de caso: estrategia metodológica de la investigación científica. *Pensamiento & Gestión*, julio, 165-193.

18. Merry A, Judge MA, Ready B. Acute pain services in New Zealand hospitals; a survey. *N Z Med J* 1997; 29, 110 (1046): 233-235.
19. Moyano J, Colombia: Status of Cancer Pain and Palliative Care, *Journal of Pain and Symptom Management*. (1996) 12 (2)
20. Moyano J, Ruiz F, Vainio A Cancer pain management in Colombia, *European Journal of Palliative Care* (2002) 9(3) 98-101
21. Muñoz-Blanco F, Salmerón J, Santiago J and Marcote C. Complications of postoperative pain. *Rev Soc Esp Dolor* 2001; 8: 194-211.
22. Muñoz-Ramón J. M., Paz J., Cerpa M., Várela A., García-Caballero J.. La Gestión por Procesos en el Tratamiento del Dolor. *Rev. Soc. Esp.* 2008 Mayo; 15(4): 241-247.
23. Navarro Vargasa J, Caminos Pinzón J, El laberinto del dolor y la necesidad de impulsar la investigación básica *Rev Colomb Anestesiol*. 2013;41(1):1-3
24. Nicholas MK. When to refer to a pain clinic. *Best Pract Res Clin Rheumatol* 2004;18: 613-29.
25. Nolli M, Apolone G, Nicosia F. Postoperative analgesia in Italy. National survey on the anaesthetist's beliefs, opinions, behaviour and techniques in postoperative pain control in Italy. *Acta Anaesthesiol Scand* 1997;41:573-580.
26. Ortega J, Neira F. 2007. Estado actual de las unidades de dolor agudo en Andalucía, *Rev. Soc. Esp. Dolor*, 5: 338-345.
27. Ospina M, Harstall C. Multidisciplinary Pain Programs for Chronic Pain: Evidence from Systematic Reviews. Disponible en [www ihe ca/documents/multi_pain_programs_for_chronic_pain pdf](http://www.ihe.ca/documents/multi_pain_programs_for_chronic_pain.pdf) 2003; Acceso mayo 2010.
28. 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; 2011.
29. Recommended guidelines for Pain Management Programmes for adults. A consensus statement prepared on behalf of the British Pain Society. April 2007. The British Pain Society 2007. (www.britishpainsociety.org).
30. Riveros, E, Amado, F. 2012. Modelo de salud en Colombia: ¿financiamiento basado en seguridad social o en impuestos? *Rev. Gerenc. Polit. Salud*, Bogotá (Colombia), 11 (23): 111-120.
31. Scascighini L, Sprott H. Chronic nonmalignant pain: a challenge for patients and clinicians. *Nat. Clin. Pract. Rheumatol*. 2008;4: 74-81.
32. 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.

33. The British Pain Society .Recommended guidelines for pain management programmes. Br Pain Soc. London 2005. Disponible: www.britishpainsociety.org
34. The Royal College of Anaesthetists & The Pain Society. Pain Management Services Good Practice. May, 2003.
35. Tsui SL, Law S, Fok M, et al. Postoperative analgesia reduces mortality and morbidity after esophagectomy. Am J. Surg 1997; 173: 472-8.
36. Zaragoza F Dolor posoperatorio en España sedar sed 2005