

# Análisis descriptivo en el año 2001 de las Unidades de Tratamiento del Dolor Crónico en España

M. J. Martínez Zapata\*, E. Català\*\*, M. Rigola\*

\*Servicio de Epidemiología y Salud Pública. Centro Cochrane Iberoamericano. \*\*Servicio de Anestesiología. Unidad de Dolor. Hospital Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.

## Resumen

**OBJETIVO:** Descripción de las características y actividad asistencial de las Unidades de Dolor Crónico (UDC) de España durante el año 2001.

**DISEÑO:** Estudio transversal basado en una encuesta por correo realizada a las UDC españolas

**UNIDAD DE ESTUDIO:** UDC españolas.

**ANÁLISIS:** Análisis descriptivo de las UDC que cumplieron la encuesta.

**RESULTADOS:** De 79 UDC encuestadas, respondieron 56 (70,8%), de las cuales el 57,1% eran públicas, el 55,4% desarrollaban actividad docente y el 53,6% eran multidisciplinarias. El 72,4% de UDC eran mixtas. El 89,3% eran dependientes del Servicio de Anestesiología. Sólo un 57,1% de UDC disponían de personal con dedicación exclusiva. La media del número de visitas anual por UDC fue de 2.194 ( $\pm 2.041$ ). Los recursos terapéuticos más utilizados fueron los fármacos, los bloqueos, las técnicas espinales y las técnicas de estimulación transcutánea (TENS). Los sistemas implantables también fueron más frecuentes en las unidades de dolor crónico que en las de dolor mixto así como, también fue más frecuente en las universitarias que en las no universitarias ( $p=0,03$  y  $p=0,03$  respectivamente). El abordaje psicológico se utilizó más en las multidisciplinarias que en las unidisciplinarias ( $p<0,01$ ).

**CONCLUSIONES:** La distribución geográfica de las UDC en España no fue homogénea. La actividad asistencial de dichas UDC fue importante. Diversas características de las UDC como fuente de financiación, multidisciplinariedad, práctica de docencia universitaria y especialización en sólo dolor crónico, condicionaron la utilización de algunos tratamientos para el dolor.

### Palabras clave:

Unidad del dolor. Dolor crónico.

## Descriptive analysis of chronic pain clinics operating in Spain in 2001

### Summary

**OBJECTIVES:** To describe the characteristics and care approaches to care of chronic pain clinics operating in Spain in 2001.

**DESIGN:** Cross-sectional mail survey of pain clinics in Spain.

**SETTING:** Chronic pain clinics in Spain.

**STATISTICAL ANALYSIS:** Descriptive statistics of pain clinics responding to the questionnaire.

**RESULTS:** Fifty-six of the 79 pain clinics (70.8%) responded; 57.1% were in public facilities, 55.4% were affiliated with medical schools, and 53.6% were interdisciplinary units. Both acute and chronic pain were treated by 72.4% of the respondents. Anesthesiology departments supervised 89.3% of the clinics. Only 57.1% had staff permanently assigned to the pain clinic. A mean 2194 (SD 2041) visits by patients were received annually. The most commonly applied treatments were drugs, blocks, spinal techniques, and transcutaneous electrical nerve stimulation. Implantable systems were more frequently used in chronic pain clinics than in mixed pain clinics, and in university-affiliated clinics than in non-teaching facilities ( $P=0.03$  in both comparisons). A psychological approach was used more often in interdisciplinary clinics than in units operated by staff from a single specialty ( $P<0.01$ ).

**CONCLUSIONS:** Chronic pain clinics were not evenly distributed throughout Spain. The number of patients treated at pain clinics was high. The various characteristics of pain clinics—such as funding source, interdisciplinarity, university affiliation, and specialization in chronic pain—were factors that affected the use of certain treatments.

### Key words:

Pain clinic. Chronic pain.

Este estudio ha sido financiado por el Instituto Carlos III, N° Expediente 01/10001

### Correspondencia:

Dra. M<sup>a</sup> José Martínez Zapata  
Centro Cochrane Iberoamericano.  
Servicio de Epidemiología y Salud Pública.  
Hospital de la Santa Creu i Sant Pau.  
Sant Antoni M<sup>a</sup> Claret, 171  
08041 Barcelona.  
E-mail: mmartinez@hsp.santpau.es

Aceptado para su publicación en enero de 2005.

## Introducción

En los últimos años el dolor crónico se ha convertido en uno de los motivos de mayor consulta médica, siendo actualmente, uno de los principales problemas de Salud Pública. En una revisión de la literatura sobre la prevalencia del dolor crónico en adultos en atención primaria o en la población general, se observa una variabilidad del 10 al 40% en cuanto al porcentaje de prevalencia obtenido en los diferentes estudios<sup>3</sup>. En

una encuesta realizada en abril de 1998 a 5.000 personas en la población general española, se observó que un 30% de ésta padecía cualquier tipo de dolor y un 23% presentaba dolor crónico<sup>4</sup>. Estos datos son similares a otros países como Dinamarca (19%)<sup>5</sup> y Australia (17,1% en hombres y 20% en mujeres)<sup>6</sup>. En otros países la prevalencia publicada es más elevada como por ejemplo en Finlandia (35,1%)<sup>7</sup>.

Las Unidades de Dolor (UD) o Clínicas de tratamiento del Dolor son aquellas especializadas en el diagnóstico y tratamiento del dolor rebelde, donde profesionales con conocimientos y experiencia estudian y valoran en una dimensión amplia los problemas del dolor y plantean la estrategia a seguir en cada caso. Las UD surgieron tras la segunda guerra mundial. Bonica, fue el impulsor<sup>8</sup> y el fundador de la primera unidad multidisciplinaria en Seattle (Estados Unidos, 1960). En España, aunque existe algún antecedente previo (Fundación Jiménez Díaz, 1966), se comenzaron a crear a partir de la década de los 70<sup>9</sup>. A lo largo de estos últimos años se han extendido ampliamente tanto en hospitales de segundo como de tercer nivel<sup>9</sup>. Algunas están especializadas únicamente en el dolor crónico, otras en el dolor agudo y otras en ambos (unidades de dolor mixtas). Según qué características tienen en la orientación del tratamiento, podemos distinguir entre unidades unimodales, unidisciplinarias y multidisciplinarias<sup>10</sup>. Otro tipo de unidades son las sindrómicas que se dedican al estudio y tratamiento de un síndrome doloroso: cefaleas, lumbalgias, etc<sup>9</sup>.

A pesar del apreciado número de UD españolas, no existe un registro periódico ni datos publicados de su actividad en conjunto. Creemos que difundir la actividad de las UD tiene interés por la alta prevalencia del Dolor Crónico y porque da a conocer a los clínicos españoles la situación actual de las UD que son centros de referencia para el dolor refractario.

El objetivo planteado en este estudio fue obtener información de las características de las UDC españolas, así como su actividad asistencial en relación con el abordaje del dolor crónico.

## Material y métodos

Los datos de contacto de la mayoría de las UDC se obtuvieron de la Sociedad Española del Dolor (SED) quien facilitó las direcciones de las UDC registradas en dicha Sociedad.

Para la recogida de información, la encuesta se estructuró en los siguientes apartados y variables:

1. Características de la UDC:
  1. a. Características de organización y funcionales.

- Financiación: pública, privada-mutual o concertada con el Sistema Nacional de Salud (SNS).

- Especialización: unidad de sólo tratamiento del dolor crónico o unidad mixta (tratamiento del dolor agudo y crónico).

- Orientación del tratamiento: las unidades unimodales se diferencian de las unidisciplinarias y multidisciplinarias fundamentalmente en que están especializadas en una sola técnica (bloqueo nervioso, estimulación nerviosa transcutánea, acupuntura, etc.). Las unidades unidisciplinarias están constituidas por profesionales de una sola especialidad médica, siendo generalmente anestesiólogos. Las unidades multidisciplinarias están integradas por un grupo especializado de profesionales sanitarios con diferentes perfiles (anestesiólogos, neurólogos, psiquiatras, traumatólogos, reumatólogos, psicólogos, fisioterapeutas, enfermería, terapia ocupacional, etc.) que evalúan y tratan el dolor crónico de los pacientes de manera interdisciplinaria. Además, dentro de las unidades se distinguen las que realizan investigación y docencia y las que no<sup>10</sup>.

- Espacio físico: consulta, hospital de día, quirófanos, camas hospitalarias.

- Personal del que dispone: médicos, psicólogos, fisioterapeutas, enfermería, celadores, administrativos, otros.

1. b. Actividad de docencia e investigación

- Actividad de docencia universitaria (pre-grado y/o de post-grado). Formación de médicos internos residentes (MIR), formación del personal, participación en estudios de investigación.

1. c. Actividad en gestión clínica

- Seguimiento de guías de tratamiento y evaluación de resultados

2. Características de la actividad asistencial: población de influencia, nº de pacientes atendidos, nº de visitas anuales, por paciente y por profesional, nº de profesionales, tipo de tratamientos utilizados en el dolor, nº de procedimientos anuales por paciente.

Se realizó un análisis descriptivo de las variables incluidas en la encuesta utilizando proporciones, distribución de frecuencias y medias con la desviación estándar (DE). Se efectuó un análisis de comparación de proporciones (pruebas de  $\chi^2$  y de Fisher) y de medias (prueba *t*) según las variables a estudiar. Los datos de las encuestas recibidas se analizaron mediante el programa informático SPSS.

## Resultados

La encuesta fue enviada a 79 UDC en el primer trimestre del 2002, por correo electrónico y/o convencional. En el segundo y en el tercer trimestre del 2002, se remitió un segundo correo a las UDC que inicial-

TABLA I

**Respuesta de las Unidades de Dolor Crónico por Comunidad Autónoma**

Comunidad Autónoma	UDC encuestadas	UDC que respondieron n (%)
Cataluña	35	28 (80,0)
Valencia	13	5 (38,4)
Madrid	12	7 (58,3)
Andalucía	9	8 (88,8)
Galicia	6	4 (66,6)
Canarias	1	1 (100)
Castilla - La Mancha	1	-
Castilla - León	1	1 (100)
Extremadura	1	-
Navarra	1	1 (100)
País Vasco	1	1 (100)
Total	79	56 (70,8)

UDC = Unidades de Dolor Crónico.

mente no respondieron. Finalmente contestaron a la encuesta 56 (70,8%) UDC (ver Anexo).

De las 19 Comunidades Autónomas españolas, 11 tenían al menos una UDC. La distribución geográfica de las UDC no fue homogénea en las diferentes Comunidades, siendo Cataluña la que mayor número de UDC concentró (35 de 79). En la Tabla I se describe la respuesta de los centros por Comunidades Autónomas.

*Características de organización y funcionales*

El tiempo medio de funcionamiento de las UDC fue de 14,2 ( $\pm 7,2$ ) años. De las 56 UDC que respondieron, 32 (57,1%) tenían una financiación pública, mientras que 18 (32,1%) concertada con el SNS y 6 (10,7%) privada-mutual (Tabla II). Destaca el modelo de finan-

ciación concertado en Cataluña (el 57,1% de las UDC) frente a un predominio de la financiación pública en el resto de Comunidades.

Respecto al tipo de dolor, sólo 16 (28,6%) unidades se dedicaban exclusivamente al tratamiento del dolor crónico, mientras que el resto, eran Unidades de Dolor Mixtas.

Según las categorías establecidas para clasificar las UDC, 26 (46,4%) se definieron en el tratamiento del dolor como unidisciplinarias y 30 (53,6%) como multidisciplinarias.

La mayoría de las UDC (89,3%) eran dependientes del Servicio de Anestesiología, mientras que sólo 1 (1,8%) UDC lo era del Servicio de Neurocirugía y 5 (8,9%) UDC eran unidades con funcionamiento independiente.

De las UDC que respondieron 45 (80,4%) disponían de espacio físico propio para la actividad asistencial, mientras que el resto compartían espacios con otras actividades asistenciales. El grado de utilización de los espacios físicos fue el siguiente: 53 (94,6%) UDC disponían de consulta, 39 UDC (69,6%) de quirófano y 35 UDC (62,5%) de hospitales de día; 15 (26,8%) UDC poseían una unidad hospitalaria para el ingreso de los pacientes más refractarios a los tratamientos. Sólo 18 (32,1%) UDC tenían la historia clínica informatizada.

Respecto al grado de participación de los profesionales, la distribución fue la siguiente: el especialista en anestesiología fue el más numeroso (98,2%), seguido de enfermería (73,2%) y el personal administrativo (46,4%) (Tabla III). Disponían de personal con dedicación exclusiva 32 (57,1%) UDC. Los centros públicos tenían más personal con dedicación exclusiva, que los privados y que los concertados, pero estas diferencias no fueron significativas.

TABLA II

**Características generales de las Unidades de Dolor Crónico que respondieron a la encuesta por Comunidad Autónoma**

	Cataluña n (%)	Andalucía n (%)	Madrid n (%)	Valencia n (%)	Galicia n (%)	Canarias n (%)	C- León n (%)	Navarra n (%)	País Vasco n (%)	Total
Unidisciplinar	13 (46,4)	5 (62,5)	3 (42,8)	1 (20,0)	2 (50)	0	0	1 (100)	1 (100)	26 (46,4)
Multidisciplinar	15 (54,6)	3 (48,5)	4 (57,2)	4 (80,0)	2 (50)	1 (100)	1 (100)	0	0	30 (53,6)
Pública	8 (28,6)	8 (100)	6 (85,7)	3 (60,0)	4 (100)	1 (100)	1 (100)	0	1 (100)	32 (57,1)
Concertada	16 (57,1)	0	1 (14,3)	1 (20,0)	0	0	0	0	0	18 (32,1)
Privada	4 (14,3)	0	0	1 (20,0)	0	0	0	1 (100)	0	6 (10,8)
Universitarias	15 (54,6)	6 (75,0)	4 (57,2)	2 (40,0)	0	1 (100)	1 (100)	1 (100)	1 (100)	31 (55,3)
No universitarias	13 (46,4)	2 (25,0)	3 (42,8)	3 (60,0)	4 (100)	0	0	0	0	25 (44,7)
Dolor crónico	5 (17,8)	3 (48,5)	3 (42,8)	2 (40,0)	1 (25,0)	1 (100)	0	0	1 (100)	16 (28,6)
Dolor mixto	23 (82,2)	5 (62,5)	4 (57,2)	3 (60,0)	3 (75,0)	0	1 (100)	1 (100)	0	40 (71,4)
Total	28 (100)	8 (100)	7 (100)	5 (100)	4 (100)	1 (100)	1 (100)	1 (100)	1 (100)	56 (100)

TABLA III  
**Distribución del personal sanitario de las Unidades de Dolor Crónico**

	UDC N=56 n (%)
Anestesiista	55 (98,2)
Enfermería	41 (73,2)
Administrativo	26 (46,6)
Auxiliar de clínica	21 (37,5)
Psicólogo	20 (35,7)
Psiquiatra	13 (23,2)
Fisioterapeuta	10 (17,9)
Reumatólogo	8 (14,3)
Celador	8 (14,3)

UDC= Unidad de dolor crónico.

*Actividad en gestión clínica*

Sólo 30 (53,6%) UDC evaluaron periódicamente sus resultados, no existiendo diferencias significativas en la distribución de las UDC según las fuentes de financiación, ni en si eran universitarias o no, o en si eran unidades uni o multidisciplinarias, o si trataban sólo el dolor crónico o eran mixtas. La periodicidad de la evaluación era de 9 ( $\pm 3,7$ ) meses.

El número de UDC que utilizaron guías de práctica clínica fue 29 (51,8%), de las que 20 (68,9%) evaluaron el cumplimiento de las mismas. No existieron diferencias según la fuente de financiación. Sin embargo, las UDC docentes (de docencia en pre-grado y/o post-

grado) utilizaron más las guías de práctica clínica que las no docentes (65,6% *versus* 33,3%;  $p=0,03$ ).

*Actividad de docencia e investigación*

La proporción de UDC con actividad docente universitaria fue muy similar a la de las UDC sin dicha actividad (Figura 1). Sin embargo, las UDC con docencia fueron más frecuentemente multidisciplinarias, mientras las UDC sin docencia fueron en una proporción muy similar uni y multidisciplinarias (Figura 1).

Realizaron actividades de formación continuada como sesiones clínicas o cursos, 46 (82,1%) UDC y preparaban a médicos internos residentes, 39 (69,6%) UDC.

De las 43 (76,8%) UDC con actividad investigadora, 28 (65,1%) habían realizado ensayos clínicos y 41 (95,3%) estudios observacionales.

*Actividad asistencial*

La población media que cubrieron las UDC en el año 2001 fue de 355.601 ( $\pm 271.713$ ) personas, siendo significativamente mayor en las UDC públicas que en las concertadas. El número medio anual de pacientes por UDC fue de 1.468 ( $\pm 2.087$ ) (Tabla IV).

Las UDC públicas, las unidisciplinarias y las de dolor crónico tuvieron mayor número de pacientes aunque no de manera significativa (Tabla IV). El número medio anual de procedimientos terapéuticos

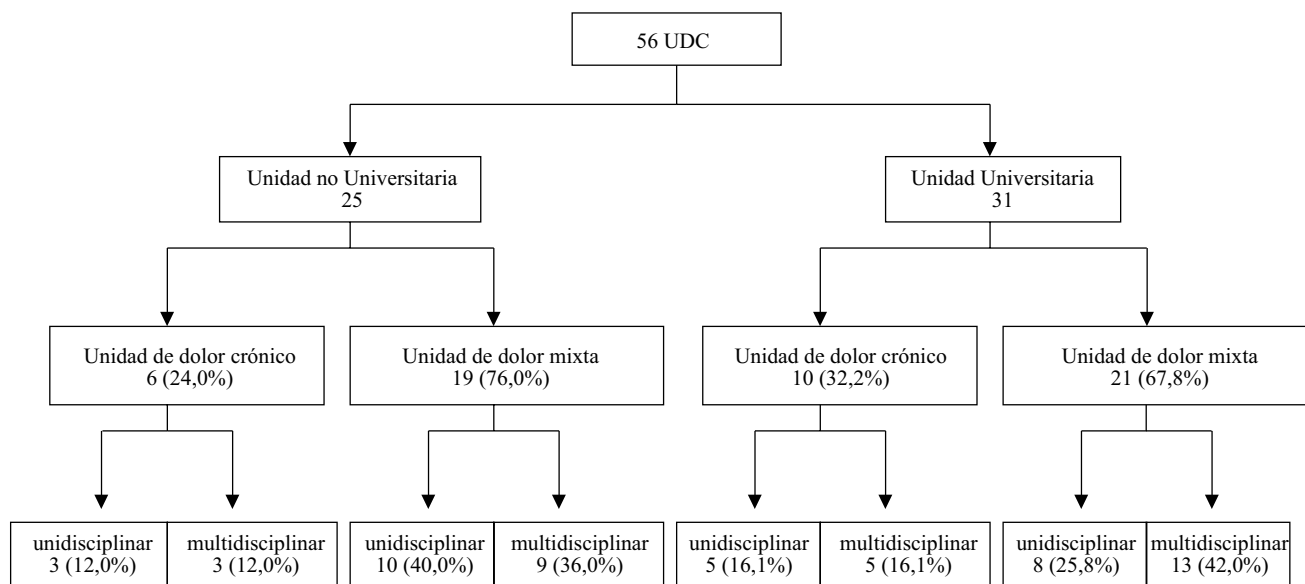


Fig. 1. Características de las unidades de dolor crónico que respondieron a la encuesta. UDC = Unidades de Dolor Crónico

TABLA IV  
**Comparación de la actividad asistencial de las Unidades de Dolor Crónico**

	Pacientes 2001 por UDC media ( $\pm$ DE)	Procedimientos terapéuticos media ( $\pm$ DE)	Procedimientos terapéuticos por paciente media ( $\pm$ DE)
Unidisciplinar	1.644 (2.304)	747 (906)	0,9 (0,7)
Multidisciplinar	1.340 (1.951)	1.093 (1.081)	1,7 (2,4)
p	n.s.	n.s.	n.s.
Pública	2.088 (2.658)	1.296 (1.224)	1,4 (2,4)
Concertada	799 (890)	621 (562)	1,5 (1,4)
Privada	774 (705)	355 (209)	0,8 (0,8)
p	n.s.	0,03	n.s.
Universitarias	2.015 (2.506)	1.206 (1.213)	1,3 (2,3)
No universitarias	762 (1.070)	628 (597)	1,5 (1,3)
p	0,04	0,04	n.s.
Dolor crónico	1.653 (2.589)	1.196 (1.520)	1,9 (3,0)
Dolor mixto	1.391 (1.882)	841 (735)	1,1 (1,0)
p	n.s.	n.s.	0,02
Total	1.468 (2.087)	941 (1.013)	1,4 (1,9)

UDC = Unidades de Dolor Crónico.

fue de 941 ( $\pm$ 1.013) y fue significativamente más numeroso en las UDC públicas y en las universitarias (Tabla IV). Así mismo, el número medio anual de procedimientos terapéuticos por paciente fue de 1,4

( $\pm$ 1,9), siendo más elevado en las unidades de sólo dolor crónico que en las mixtas, mientras que no hubo diferencias según la fuente de financiación y la actividad docente de las UDC (Tabla IV). Aunque en las unidades multidisciplinares hubo mayor número de procedimientos terapéuticos por paciente ( $1,7\pm 2,4$ ) que en las unidisciplinarias ( $0,9\pm 0,7$ ) no llegó a ser significativo.

Los recursos terapéuticos más utilizados se especifican en la Tabla V. Al comparar los tratamientos aplicados según la fuente de financiación de las UDC, sólo existieron diferencias significativas en la utilización de los sistemas implantables (estimulación eléctrica medular y bombas intratecales de infusión de medicamentos) y la iontoforesis que fueron significativamente más frecuentes en las UDC públicas, y en la radiofrecuencia que fue más frecuente en las UDC privadas ( $p<0,01$ ) (Tabla V). Además los sistemas implantables fueron significativamente más frecuentes en las unidades de dolor crónico que en las mixtas y también en las universitarias que en las no universitarias; por otra parte, el tratamiento psicológico fue más frecuente en las unidades multidisciplinares que en las unidisciplinarias ( $p<0,01$ ).

Se realizó un análisis comparativo de la actividad asistencial de las 44 (78,5%) UDC que refirieron el número de visitas por paciente (Tabla VI). Cuando se estratificó por tipo de unidad según el tipo de dolor

TABLA V  
**Recursos terapéuticos más utilizados en las Unidades de Dolor Crónico**

	Fármacos n (%)	Bloqueos n (%)	Fármacos espinales n (%)	TENS <sup>a</sup> n (%)	Iontoforesis n (%)	Sistemas implantables <sup>b</sup> n (%)	Técnicas psicológicas n (%)	Radiofrecuencia n (%)	Técnicas ablativas neuroquirúrgicas n (%)
Unidisciplinar; N=26	26 (100)	26 (100)	23 (88,5)	22 (84,6)	12 (46,2)	12 (46,2)	4 (15,4)	6 (23,1)	1 (3,8)
Multidisciplinar; N=30	30 (100)	29 (96,7)	28 (93,3)	29 (96,7)	17 (56,7)	17 (56,7)	19 (63,3)	13 (43,3)	6 (20,0)
p	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	<0,01	n.s.	n.s.
Pública; N=32	32 (100)	32 (100)	31 (96,9)	31 (96,9)	22 (68,8)	23 (71,9)	13 (40,6)	11 (34,4)	4 (12,5)
Concertada; N=18	18 (100)	17 (94,4)	14 (77,8)	14 (77,8)	4 (22,2)	3 (16,7)	7 (38,9)	3 (16,7)	1 (5,6)
Privada; N=6	6 (100)	6 (100)	6 (100)	6 (100)	3 (50,0)	3 (50,0)	3 (50,0)	5 (83,3)	2 (33,3)
p	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	<0,01	<0,01	n.s.	0,01	n.s.
Universitarias N=31	31 (100)	31 (100)	30 (96,8)	30 (96,8)	18 (58,1)	20 (64,5)	14 (45,2)	11 (35,5)	6 (19,4)
No universitarias; N=25	25 (100)	24 (96,0)	21 (84,0)	21 (84,9)	11 (44,0)	9 (36,0)	9 (36,0)	8 (32,0)	1 (4,0)
p	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	0,03	n.s.	n.s.	n.s.
Dolor crónico; N=16	16 (100)	16 (100)	16 (100)	13 (81,3)	11 (68,8)	12 (75,0)	7 (43,8)	7 (43,8)	3 (18,8)
Dolor mixto; N=40	40 (100)	39 (97,5)	35 (87,5)	38 (95,0)	18 (45,0)	17 (42,5)	16 (40,0)	12 (30,0)	4 (10,0)
p	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	0,03	n.s.	n.s.	n.s.
Total de UDC; N=56	56 (100)	55 (98,2)	51 (91,1)	51 (91,1)	29 (51,8)	29 (51,8)	23 (41,1)	19 (33,9)	7 (12,5)

<sup>a</sup>Técnica de estimulación neurosensitiva. <sup>b</sup>Estimulación eléctrica medular y bombas intratecales de infusión de medicamentos.

TABLA VI  
**Comparación de la actividad asistencial de las Unidades de Dolor Crónico que refirieron el nº de visitas anual (N=44)**

	Visitas 2001 por UDC	Visitas 2001 por paciente	Profesionales por UDC	Visitas 2001 por profesional
	media ( $\pm$ DE)	media ( $\pm$ DE)	media ( $\pm$ DE)	media ( $\pm$ DE)
Unidisciplinar	1.568 (1.285)	3,9 (2,4)	1,3 (0,5)	2.003 (1.296)
Multidisciplinar	2.517 (2.293)	3,5 (2,8)	4,1 (2,4)	838 (658)
P	n.s.	n.s.	0,026	0,05
Pública	2.876 (2.041)	4,0 (2,4)	3,5 (2,5)	1.323 (1.107)
Concertada	1.303 (1.237)	3,0 (1,9)	2,7 (1,7)	834 (1.000)
Privada	2.222 (3.300)	4,0 (5,0)	4,6 (3,5)	650 (700)
P	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Universitarias	2.723 (2.093)	3,1 (2,1)	3,7 (2,7)	1.109 (1.253)
No universitarias	1.665 (1.890)	4,2 (3,08)	2,9 (2,1)	1.155 (757)
P	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
U. Dolor crónico	2.270 (2.087)	4,1 (3,7)	3,3 (2,4)	974 (913)
U. Dolor mixtas	2.165 (2.058)	3,5 (2,1)	3,4 (2,5)	1.215 (1.029)
P	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Total	2.194 (2.041)	3,7 (2,7)	3,4 (2,4)	1.129 (979)

UDC = Unidad de Dolor Crónico.

que trataban y por fuente de financiación, no hubo diferencias significativas en el número de visitas y de visitas por paciente. Sin embargo, las unidades multidisciplinares tuvieron mayor número de profesionales ( $p=0,03$ ) que las unidisciplinares siendo el número de visitas por profesional significativamente inferior ( $p=0,05$ ).

## Discusión

A partir de esta encuesta se ha realizado por primera vez un análisis de la situación de la mayor parte de las UDC españolas. De 79 UDC han respondido 56 (70,8%), siendo este grado de participación importante. Según los datos de la entrevista, la distribución geográfica de las UDC no fue homogénea, pues se concentró fundamentalmente en Cataluña (35 de 79 UDC), cuya población representa aproximadamente un 10% de la población total española, por tanto, existe una desigualdad geográfica en la información en este estudio, del abordaje especializado de los pacientes con dolor crónico.

De los datos obtenidos, podemos deducir que no hay un modelo de unidad del dolor predominante en España, aunque existieron algunas características más frecuentes que otras, como que la gran mayoría de UDC tenía financiación pública total o parcial (UDC concertadas), dependían de un Servicio de Anestesia y eran unidades de dolor mixtas. Las unidades universitarias no necesariamente eran multidisciplinares y viceversa. Sólo 30 (53,6%) UDC eran multidisciplinares cuando existe cierta evidencia a partir de una revisión

sistemática de que son más efectivas en el tratamiento del dolor crónico que las unidisciplinares<sup>11</sup> y de que consiguen beneficios sobre el paciente, haciendo posible el retorno al trabajo y no de una manera temporal<sup>12,13</sup>.

En el presente estudio fueron pocos los profesionales colaboradores especializados en aspectos emocionales (psicólogos y psiquiatras) o que proporcionan recursos a los pacientes para su autonomía y adaptación a la vida diaria (fisioterapeutas y terapeutas ocupacionales). En consonancia con la filosofía de las unidades multidisciplinares, fueron éstas las que mayoritariamente utilizaron terapias psicológicas. Existen evidencias de que la ansiedad y los cambios de humor están relacionados con el dolor crónico<sup>14</sup>, así como que la intensidad del dolor crónico y la presencia de depresión están correlacionadas, especialmente en pacientes de edad avanzada<sup>15</sup>. También existe una alteración de la calidad de vida<sup>7,16</sup> de los pacientes y repercusión a nivel laboral<sup>17</sup>. Un estudio realizado en 3 centros multidisciplinarios especializados en dolor crónico en el que se realizó una encuesta a los pacientes sobre la utilidad de los tratamientos, destacó que las medidas educacionales y psicológicas eran las más útiles para los pacientes<sup>18</sup>. Por otra parte, otro estudio encontró que los factores que influyen en la satisfacción de los pacientes con dolor crónico fueron la sensación del paciente de que la evaluación de su dolor había sido completa, que le habían sido explicados los procedimientos terapéuticos recibidos y había mejorado su actividad diaria<sup>19</sup>. Por ello es necesario dar al dolor crónico una dimensión biopsicosocial y abordarlo independientemente de la patología subyacente y

ANEXO

**Unidades de Dolor Crónico que respondieron a la encuesta**

**Cataluña**

Ciutat Sanitària i Universitària de Bellvitge  
 Clínica del Dolor de Barcelona  
 Consorci Sanitari de la Creu Roja  
 Fundació Sanitària d'Igualada  
 Hospital Clínic de Barcelona  
 Hospital Comarcal de L'Alt Penedès  
 Hospital Creu Roja de Barcelona  
 Hospital de Figueres  
 Hospital de la Santa Creu i Sant Pau  
 Hospital de Mataró  
 Hospital de Sabadell. Consorci Sanitari Parc Taulí  
 Hospital de Viladecans  
 Hospital del Mar  
 Hospital Esperança  
 Hospital General de Granollers  
 Hospital Municipal de Badalona  
 Hospital Sagrat Cor  
 Hospital Sant Jaume de Girona  
 Hospital Universitari Arnau de Vilanova  
 Hospital Universitari Germans Trias i Pujol  
 Hospital Universitari Josep Trueta de Girona  
 Hospital Universitari Sant Joan de Reus  
 Hospital Universitario Joan XXIII  
 Hospital Vall d'Hebrón  
 Institut Català del Dolor  
 Instituto Universitario Dexeus  
 Midat Mutua (Barcelona)  
 Pius Hospital de Vall

**Andalucía**

Hospital Naval de San Carlos  
 Hospital SAS Jerez de la Frontera  
 Hospital Universitario de Puerto Real  
 Hospital Universitario de Valme  
 Hospital Universitario Puerta del Mar  
 Hospital Universitario San Cecilio  
 Hospital Universitario Virgen de la Victoria  
 Hospital Virgen de las Nieves

**Comunidad de Madrid**

Clínica Puerta de Hierro  
 Fundación Hospital Alcorcón  
 Fundación Jimenez Díaz  
 Hospital Severo Ochoa  
 Hospital Universitario 12 de Octubre  
 Hospital Universitario de Getafe  
 Hospital Universitario Príncipe de Asturias de Alcalá

**Comunidad Valenciana**

Clínica Virgen del Consuelo  
 Consorcio Hospital General Universitario  
 Fundación Instituto Valenciano de Oncología  
 Hospital Marina Baixa  
 Hospital Universitario Dr. Peset

**Galicia**

Complejo Hospitalario Arquitecto Marcide-Novoa Santo  
 Complejo Hospitalario de Pontevedra - Hospital Monte  
 Complejo Hospitalario Ourense  
 Hospital Xeral - Calde

**Canarias**

Hospital Universitario de Gran Canaria "Dr. Negrin"

**Castilla-León**

Hospital Universitario "Del Río Hortega"

**Navarra**

Clínica Universitaria de Navarra

**País Vasco**

Hospital de Cruces

desde un punto de vista multidisciplinario para reducir el dolor, la necesidad de medicación y el sufrimiento del paciente, además de corregir las anomalías físicas (postura, etc), educar a los pacientes y mejorar el desempeño de sus actividades cotidianas, sociales y familiares<sup>20</sup>.

En nuestro estudio, las UD de dolor crónico fueron más intervencionistas que las UD mixtas, pues realizaron mayor número de procedimientos por paciente, así como utilizaron recursos terapéuticos más costosos como los sistemas implantables. Por otra parte, las unidades multidisciplinarias tuvieron mayor número de profesionales y menor número de visitas por profesional que las UDC unidisciplinarias. Sin embargo no podemos afirmar que estos dos modelos de unidades sean más costosas, pues falta información sobre variables de eficacia. Si bien, un estudio no comparativo realizado en Dinamarca demostró que los gastos sanitarios en una unidad multidisciplinaria de dolor crónico no se reducían aunque sí los sociales, pues tras el tratamiento de los pacientes disminuía apreciablemente el número de éstos con baja laboral transitoria<sup>21</sup>.

Dentro del apartado de los tratamientos utilizados, los fármacos y las técnicas como los bloqueos, el TENS y los fármacos espinales, que fueron los recursos más usados, se aplicaron sin diferencia independientemente del modelo de UD y de la fuente de financiación. Sin embargo, ciertos tratamientos (sistemas implantables, iontoforesis) más costosos y que requieren personal especializado<sup>9</sup> fueron utilizados más frecuentemente en los centros públicos que en los concertados y privados. Por ello, es posible que la disponibilidad de estas técnicas de tratamiento dependiera de los recursos económicos de los centros.

La falta de precisión en la respuesta o la ausencia de respuesta (por ejemplo, el número de visitas) a algunas preguntas de la encuesta por parte de las UDC, ha sido una limitación del estudio. Sin embargo, no creemos que la desigualdad geográfica de las UDC de la encuesta esté relacionada con el diseño o la ejecución del estudio, si no que es más un reflejo de las Políticas Sanitarias en España, pues la fuente de obtención de las direcciones de contacto de dichas UDC ha sido la SED, donde en principio, están registradas la mayor parte de ellas. No obstante, existió un porcentaje no cuantificado de UDC no inscritas en la SED y que no fueron entrevistadas por desconocimiento de su existencia, lo que supone un cierto sesgo de detección y de información del estudio. Por todo ello, nuestros resultados se han de interpretar con cautela y si es posible, se habrían de validar con nuevos estudios.

Sería útil impulsar un Registro periódico de Actividad y también de Resultados de las UDC españolas. La Administración Sanitaria debería fomentar el desa-

rollo de UDC debido a la alta prevalencia de pacientes con dolor crónico y a la desigualdad en la distribución geográfica de las UDC actualmente existentes.

## Agradecimientos

Agradecemos la colaboración de la Sociedad Española del Dolor que ha proporcionado las direcciones de contacto con las UDC españolas, y especialmente, a las UDC que han cumplimentado la entrevista, ya que con sus datos han hecho posible el estudio. También agradecemos la colaboración de la Dra. Marta Ferrandiz (Unidad de Dolor. Servicio de Anestesiología del HSCSP) que participó en el diseño de la encuesta y de los Dres. Ignasi Bolívar y Xavier Bonfill (Centro Cochrane Iberoamericano. Servicio de Epidemiología y Salud Pública del HSCSP) que han contribuido a mejorar la calidad de la presente publicación con sus comentarios.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Merskey H. Pain terms: a list with definitions and a note on usage. Recommended by the International Association for the Study of Pain (IASP) Subcommittee on Taxonomy. *Pain* 1979;6:249-252.
2. IASP Subcommittee on Taxonomy, classification of chronic pain. Descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms. *Pain* 1986;suppl. 3.
3. Verhaak PF, Kerssens JJ, Dekker J, Sorbi MJ, Bensing JM. Prevalence of chronic benign disorder among adults: a review of the literature. *Pain* 1998;77(3):231-239.
4. Català E, Reig E, Artés M, Aliaga L, López JS, Segur J. Prevalence of Pain in the Spanish population. Telephone survey in 5000 homes. *European J Pain* 2002;6(2):133-40.
5. Anónimo. QI project cuts patients' chronic pain dramatically. *Healthcare Benchmarks Qual Improv* 2003;10(8):94-96.
6. Blyth FM, March LM, Brnabic AJM, Jorm LR, Williamson M, Cousins M. Chronic pain in Australia: a prevalence study. *Pain* 2001;89(2-3):127-134.
7. Mantyselka PT, Turunen JHO, Ahonen RS, Kumpusalo EA. Chronic pain and poor self-rated health. *JAMA* 2003;290(18):2435-2442.
8. Bonica JJ. *The Management of Pain*. 1st ed. Lea and Febiger. Philadelphia 1953.
9. Busquets C, Ribera MV. Unitats de dolor. En: Busquets C, Ribera MV. *Unitats de dolor. Realitat avui, repte per al futur*. Ed. Acadèmia de Ciències Mèdiques de Catalunya i Balears. Barcelona, 2002; p. 53-73.
10. Loeser J. Desirable characteristics for pain treatment facilities: report of the IASP taskforce. En: Bond MR, Charlton JE, Woolf C. *Proceedings of the VIth World Congress on Pain*. Ed. Elsevier. Amsterdam 1991.
11. Flor H, Fydrich TH, Turk DC. Efficacy of multidisciplinary pain treatment centers: a meta-analytic review. *Pain* 1992;49(2):221-230.
12. Fishbain DA, Rosomoff HL, Golberg M. The prediction of return to work after pain center treatment: a review. *Clin J Pain* 1993;9:3-15.
13. Collado Cruz A, Torres i Matas, Arias i Gassol A, Cerdà Gabaroi D, Vilarrasa R, Valdés Miyar M, et al. Eficacia del tratamiento multidisciplinario del dolor crónico incapacitante del aparato locomotor. *Med Clin (Barc)* 2001;117:401-405.
14. McWilliams LA, Cox BJ, Enns MW. Mood and anxiety disorders associated with chronic pain: an examination in a nationally representative sample. *Pain* 2003;106(1-2):127-133.
15. Turk DC, Okifuji A, Scharff L. Chronic pain and depression: role of perceived impact and perceived control in different age cohorts. *Pain* 1995;61(1):93-101.
16. Becker N, Bondegaard TA, Olsen AK, Sjogren P, Bech P, Eriksen J. Pain epidemiology and health related quality of life in chronic non-malignant pain patients referred to a Danish multidisciplinary pain center. *Pain* 1997;73(3):393-400.
17. Blyth FM, March LM, Nicholas MK, Cousins MJ. Chronic pain, work performance and litigation. *Pain* 2003;103(1-2):41-47.
18. Chapman SL, Jamison RN, Sanders SH, Lyman DR, Lynch NT. Perceived treatment helpfulness and cost in chronic pain rehabilitation. *Clin J Pain* 2000;16(2):169-177.
19. McCracken LM, Evon D, Karapas ET. Satisfaction with treatment for chronic pain in a specialty service: preliminary prospective results. *Eur J Pain* 2002;6(5):387-393.
20. Fishbain DA, Rosomoff HL, Steele-Rosomoff R, Culer B. Types of pain treatment facilities and referral selection criteria: a review. *Arch Fam Med* 1995;4(1):58-66.
21. Bondegaard AT, Sorensen J, Sjogren P, Eriksen J. Chronic non-malignant pain patients and health economic consequences. *Eur J Pain* 2002;6(5):341-352.