

La gestión en la unidad del dolor

Desde la creación en 1973 de la primera Unidad de Dolor de mano del Dr. J. L. Madrid Arias, el desarrollo de nuevas Unidades ha seguido un camino tortuoso y lleno de dificultades adaptándose a las vicisitudes que se han ido presentando dada la idiosincrasia de la composición habitualmente unidisciplinaria y dependiente de los Servicios de Anestesiología y Reanimación.

El modelo de acreditación de la Joint Commission para centros de atención sanitaria, de origen norteamericano, recoge un conjunto de estándares relacionados con la atención de calidad a la persona con dolor, como son el reconocimiento del derecho a una atención adecuada, la evaluación de la situación de dolor, la planificación de las actividades y la aplicación de tratamientos. La Joint Commission, en colaboración con el National Pharmaceutical Council, elaboró un documento para mejorar el desempeño de las organizaciones que se dedican al tratamiento del dolor (1).

En este sentido, en el año 2011 se creó un documento, promovido por el Ministerio de Sanidad, de estándares y recomendaciones para las unidades de tratamiento del dolor, en el que participaron múltiples disciplinas relacionadas con el dolor. El objetivo del documento es poner a disposición de las administraciones públicas sanitarias, gestores –públicos y privados– y profesionales sanitarios, criterios para la organización y gestión de estas unidades, contribuyendo a la mejora en las condiciones de seguridad y calidad de su práctica, en las múltiples dimensiones que la calidad tiene, incluyendo la eficiencia en la prestación de los servicios, así como para su diseño y equipamiento (2).

En el documento se establecen estándares sobre diagnósticos y procedimientos en las unidades pero no se establecen los criterios taxonómicos en los que basarse para unificarlos. Sin embargo, ya en 2007 el equipo liderado por la Dra. L. Vicente Fatela, del Hospital Universitario 12 de Octubre de Madrid, había presentado por primera vez un artículo en la *Revista de la Sociedad Española del Dolor* en el que remarcaba la necesidad de unificar los diagnósticos en base a las normas de clasificación que establece la Clasificación Internacional de Enfermedades de la OMS (CIE- 9-MC) (3).

La CIE-9-MC ha servido como clasificación de referencia para toda la investigación llevada a cabo sobre la posibilidad de agrupar los enfermos, no sólo por diagnóstico, sino de acuerdo con el proceso realizado durante su paso por el sistema sanitario, al objeto de evaluar los resultados obtenidos, tanto para el usuario como al gestor del sistema (4).

El sistema de medición del producto final hospitalario más aceptado universalmente, basado en variables clínicas, es el sistema de agrupamiento de grupos relacionados con el diagnóstico (GRD). Es un sistema de clasificación de pacientes basado en la agrupación de diagnósticos más o menos afines y en la combinación de diferentes atributos predictivos del nivel de recursos hospitalarios que estos consumen. Es un sistema de clasificación de episodios de hospitalización en base a isoconsumo de recursos.

Para la construcción de este sistema de clasificación de pacientes es necesario el Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD), para utilizar en informes de alta hospitalaria y que se define

como el número mínimo de variables que permita obtener un máximo de aplicaciones clínicas y administrativas (5,6).

Existen diversos estudios que demuestran que la mera existencia de información con respecto a lo que se hace y lo que cuesta tratar una determinada patología, tiene un importante efecto reductor del coste por proceso, siempre y cuando la información llegue a los que realmente generan el gasto: los responsables de las unidades (7).

La codificación representa una mejora en la gestión de las unidades favoreciendo los estudios clínicos, epidemiológicos, de morbilidad, mortalidad, de investigación y financiación por procesos (GRD). En este sentido, ya en el Libro Blanco de la SED de 2008, en su apartado de acreditación, se dice que todas las unidades del dolor deben tender hacia la utilización del mismo sistema de codificación de los diagnósticos del dolor y de los procedimientos terapéuticos, adecuado a los diagnósticos del comité de taxonomía de la IASP y al ICD-9 (8).

El problema se presentaba cuando la CIE-9-MC no contemplaba algunos de los principales diagnósticos y procedimientos presentes en las Unidades de Dolor, es por ello que desde la SED se impulsó la elaboración de un boletín anexo, que trabajó excelentemente el equipo de las Dras. Vicente y Acedo del Hospital 12 de Octubre de Madrid, consiguiendo en el año 2012 que se editara desde el Ministerio de Sanidad un boletín de actualización en la codificación del dolor y de los procedimientos en columna, sin duda, los más frecuentes en nuestras unidades del dolor (9).

A pesar de que estos documentos sientan las bases de la correcta codificación de procesos y procedimientos, la realidad es que no se utilizan sistemáticamente en todas las unidades del dolor, posiblemente por desconocimiento o por considerar erróneamente que la codificación correcta no tiene la importancia debida. Nuevamente el equipo liderado por la Dra. Acedo presenta un nuevo trabajo de actualización en el que muestra la codificación de diagnósticos según la CIE-9-MC y la importancia de obtener a partir de ellos los GRD correspondientes que darán a nuestras actuaciones su grado de complejidad y por tanto el “peso” que determinará su justo coste (10).

Debemos pues entender que sólo la correcta codificación de diagnósticos/procedimientos según la CIE-9-MC reflejará la actividad real y el coste que nuestras actuaciones en las unidades de dolor generan, es decir, el peso específico de nuestro trabajo en el Sistema de Salud. Nuestra gestión de la unidad de dolor no será completa si no se considera necesaria e imprescindible la codificación correcta de nuestra actividad.

D. Samper Bernal

*Servicio de Anestesiología. Clínica del Dolor. Hospital Germans Trias i Pujol.
Badalona, Barcelona*

BIBLIOGRAFÍA

1. Berry P, Dahl JL, Donovan MI, Fline PG, Mlaskowski C, Stillmen M, et al. Improving the quality of pain management through measurement and action. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations; 2003.
2. Unidad de tratamiento del dolor: estándares y recomendaciones. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2011.
3. Vicente-Fatela L, Acedo-Gutiérrez MS, Rodríguez-Sánchez S, González-García E, Martínez-Salio A, Sanz-Ayan MP. Codificación del dolor crónico con la clasificación internacional de enfermedades – 9.ª revisión – modificada clínica (CIE-9-MC). Rev Soc Esp Dolor 2007;2:95-103.
4. Clasificación Internacional de Enfermedades 9ª revisión. Modificación Clínica. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. Secretaría Técnica; 1988.
5. Contenido del CMBD. Consejo interterritorial del Sistema Nacional de Salud; 1987.
6. Recogida del CMBD. Norma interna del a Dirección General INSALUD; 1992.
7. Gestión Clínica. Fundación Gaspar Casal. Diciembre 2011.
8. Libro blanco de la SED; 2008.
9. Codificación Clínica con la CIE-9-MC: Actualización en la codificación del dolor y de los procedimientos en columna. Boletín número 37, marzo 2012. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
10. Acedo Gutiérrez MS, Rodríguez Sánchez S, González García E, Sanz Ayán MP, Martínez Salio L, Vicente Fatela L. La codificación como instrumento en la gestión clínica de las unidades del dolor. Rev Soc Esp Dolor 2015;22(4):145-58.