



Universidad de Carabobo
Facultad de Ciencias de la Salud
Dirección de Postgrado



Programa de Especialización en Anestesiología y Reanimación
Hospital Universitario "Ángel Larralde"

**PROPUESTA PARA EL DISEÑO DE LA CONSULTA DE DOLOR
HOSPITAL ONCOLÓGICO DR. MIGUEL PÉREZ CARREÑO, VENEZUELA**

Trabajo de grado presentado ante la Universidad de Carabobo para optar al
de Título de Especialista en Anestesiología y Reanimación

Bárbula Octubre 2015



Universidad de Carabobo
Facultad de Ciencias de la Salud
Dirección de Postgrado



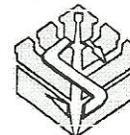
Programa de Especialización en Anestesiología y Reanimación
Hospital Universitario “Ángel Larralde”

**PROPUESTA PARA EL DISEÑO DE LA CONSULTA DE DOLOR
HOSPITAL ONCOLÓGICO DR. MIGUEL PÉREZ CARREÑO, VENEZUELA**

Trabajo de grado presentado ante la Universidad de Carabobo para optar al
de Título de Especialista en Anestesiología y Reanimación

AUTOR:
Médico Cirujano Mariam Parra
TUTOR METODOLÓGICO:
Dra. Zaida Rodríguez
TUTOR CLÍNICO:
Dr. Angelo Barrile

Valencia, Octubre 2015



ACTA DE DISCUSIÓN DE TRABAJO ESPECIAL DE GRADO

En atención a lo dispuesto en los Artículos 127, 128, 137, 138 y 139 del Reglamento de Estudios de Postgrado de la Universidad de Carabobo, quienes suscribimos como Jurado designado por el Consejo de Postgrado de la Facultad de Ciencias de la Salud, de acuerdo a lo previsto en el Artículo 135 del citado Reglamento, para estudiar el Trabajo Especial de Grado titulado:

PROPUESTA PARA EL DISEÑO DE LA CONSULTA DE DOLOR HOSPITAL ONCOLÓGICO DR. MIGUEL PÉREZ CARREÑO, VENEZUELA

Presentado para optar al grado de **Especialista en Anestesiología y Reanimación** por el (la) aspirante:

PARRA T., MARIAM S
C.I. V – 18627051

Habiendo examinado el Trabajo presentado, decidimos que el mismo está **APROBADO**.

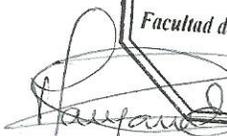
En Valencia, a los doce días del mes de febrero del año dos mil dieciséis.


Prof. Sharif Kanahan (Pdte)

C.I. 5440849
Fecha 12-02-2016


Prof. Nelson Sivira

C.I. 4800480
Fecha 12-02-2016


Prof. Maryam Carreño

C.I. 17067813
Fecha 12/02/2016



TG: 109-15



RESUMEN



PROPUESTA PARA EL DISEÑO DE LA CONSULTA DE DOLOR HOSPITAL ONCOLÓGICO DR. MIGUEL PÉREZ CARREÑO, VENEZUELA

Autor: Médico Cirujano Mariam Parra

Tutor Clínico: Dr. Angelo Barrile

Tutora Metodológica: Dra. Zaida Rodríguez

El dolor es el quinto signo vital, según la OMS, siendo un síntoma para el 30% de los pacientes oncológicos. Su manejo está vinculado a infraestructuras adecuadas, oferta de especialistas e implementación de políticas eficientes. Esta investigación tuvo como objetivo general el diseño de una propuesta administrativa, estructural, y funcional para una consulta de dolor en el Hospital Oncológico Miguel Pérez Carreño, en Venezuela, bajo la modalidad de proyecto factible. **MATERIALES Y MÉTODOS:** Fase I) Diagnóstico de la necesidad de la Consulta de Dolor, con un instrumento tipo encuesta aplicado a 30 especialistas (oncólogos, cirujanos e imagenólogos) y a 15 pacientes oncológicos en el año 2015, donde se demostró que el 85% la consideró de extrema o gran importancia, certificando en un 90%, el impacto del dolor en la hospitalización y recuperación. Se estableció la carencia de un protocolo institucional para su óptimo tratamiento. Fase II) Análisis de Factibilidad: Fundamentado en estadísticas, oferta, demanda y recursos, además del aporte de expertos en ingeniería sanitaria, arquitectura y recursos humanos. Fase III) Diseño de la propuesta, donde se incluyen: modelo de atención, intervención, elementos estructurales y no estructurales, equipos, procesos e impacto. **CONCLUSIONES:** El diseño e implementación de una Consulta de Dolor en el Hospital Oncológico Dr. Miguel Pérez Carreño en Valencia Venezuela contribuirá a fortalecer el diagnóstico, tratamiento y seguimiento del dolor en los pacientes oncológicos, así como disminuir su morbilidad en pro del mejoramiento de su calidad de vida.

Palabras Clave: Diseño de Consulta, Dolor Oncológico

ABSTRACT

Proposal for the Design of Consultant for Cancer pain. Hospital Dr. Miguel Pérez Carreño, Venezuela

Author: MD Mariam Parra

Clinical Tutor: MD. Angelo Barrile

Methodological Tutor: PHd. Zaida Rodríguez.

Pain is the fifth vital sign, according to WHO, being a symptom for 30% of cancer patients. Operation is linked to adequate infrastructure, supply of specialists and implementation of effective policies. This research had as main objective the design of the administrative, structural, and functional proposal for a consultation of pain in the Oncology Hospital Dr Miguel Perez Carreño, in Venezuela, by the form of feasible project. MATERIALS AND METHODS: Phase I) Diagnosis of the need for consultation of pain, a type survey instrument applied to 30 specialists (oncologists, surgeons and radiologists) and 15 cancer patients in 2015, which showed that 85% of the considered extremely or very important, certifying 90%, the impact of pain in hospitalization and recovery. The lack of an institutional protocol was established for optimal treatment. Phase II) Feasibility Analysis: Founded on statistics, supply, demand and resources, and the contribution of experts in sanitary engineering, architecture and human resources. Phase III) Design of proposal, which include: model of care, intervention, structural and non-structural elements, equipment, processes and impact. CONCLUSIONS: The design and implementation of a consultant for cancer pain at Dr. Miguel Perez Carreño Hospital in Valencia Venezuela will help strengthen the diagnosis, treatment and monitoring of pain in cancer patients and reduce morbidity and mortality for the improvement of their quality of life.

Keywords: Design of Consultant, Cancer Pain

INTRODUCCIÓN

La salud es, además de uno de los derechos fundamentales del ser humano, un valor esencial para el bienestar familiar, el desarrollo social y económico de una nación; asimismo, es una condición indispensable para la auténtica igualdad de oportunidades en la población. En el paciente con cáncer es deber del Estado y del equipo médico y multidisciplinario, regirse por paradigmas humanísticos y bioéticos, teniendo como referencia el marco legal y el concepto actual de salud, donde cobran vigencia los tres principios fundamentales autonomía, justicia y beneficencia. El análisis inteligente de los costos de un hospital puede ser una guía valiosa para la administración del mismo. El primer paso es separar los costos de los pacientes hospitalizados de los pacientes ambulatorios. Un segundo paso es separar los servicios proporcionados al personal de los que se le brindan al paciente. Diversos estudios han demostrado que el costo de los servicios por día o por semana de hospitalización varía considerablemente de un país a otro y aún dentro del mismo país. Esta problemática durante la administración hospitalaria es una realidad en la mayoría los hospitales en Venezuela, en especial, los de carácter oncológico. Los pacientes con patologías oncológicas constituyen la población que demanda la mayor parte de la atención sanitaria del país y es el dolor el síntoma cardinal que motiva la mayoría de las consultas (1)(2)

La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP) definió el dolor como "una experiencia sensitiva y emocional desagradable, asociada a una lesión tisular real o potencial". El dolor se clasifica según la duración; agudo, menor de tres meses, con escaso componente psicológico y crónico, dolor que persiste por más de tres meses, se acompaña de componente psicológico. Es el dolor típico del paciente con cáncer. Según la patogenia; neuropático, producido por estímulo directo del sistema nervioso central o

por lesión de vías nerviosas periféricas. Se describe como punzante, quemante, acompañado de parestesias y disestesias, hiperalgesia, hiperestesia y alodinia. Nociceptivo, se divide en somático, el cual se produce por la excitación anormal de nociceptores somáticos superficiales o profundos (partes blandas, óseas) y dolor visceral, producido por la excitación anormal de nociceptores viscerales. Psicógeno: Interviene el ambiente psico-social que rodea al individuo. Según el curso; continuo, persistente a lo largo del día y no desaparece e irruptivo; exacerbación transitoria del dolor en pacientes bien controlados con dolor de fondo estable. Según la intensidad; leve, puede realizar actividades habituales; moderado, interfiere con las actividades habituales, precisa tratamiento con opioides menores y severo, interfiere con el descanso, el paciente necesita opioides mayores (1).

El cáncer es considerado un problema mundial de salud pública y en la actualidad, el dolor ocasionado por esta enfermedad es una entidad conocida pero limitada en registros. No existen reportes concluyentes acerca del número de sujetos que sufren dolor por esta enfermedad. Aunque la Organización Mundial de la Salud (OMS) considera al dolor severo ocasionado por cáncer como un problema de salud en la mayoría de los países, no existen políticas sanitarias claras que aborden este problema y mucho menos programas específicos de atención a los pacientes que lo padecen. Según la OMS, del 30% al 50% de los pacientes con cáncer experimentan dolor debido principalmente a la falta de disponibilidad de analgésicos opioides o a su mala administración (3).

En la década de los 90 se estimó que 24.6 millones de personas en el mundo eran diagnosticados de cáncer y la mortalidad asociada a esta enfermedad causó 6.7 millones de defunciones. Durante el 2000 se documentaron 10 millones de nuevos casos de cáncer en el mundo y se prevé que para el 2020 se presentarán cerca de 15 millones de nuevos

casos al año. Estudios previos en los últimos 40 años apoyan la idea de que el dolor crónico es un conjunto de problemas psicológicos, sociales y biológicos. Este modelo multifactorial es una sustitución para el modelo simple que considera el dolor como un problema de física absoluta. En este modelo, los factores sociales y psicológicos son indirectamente relacionados con la sensación de dolor. A medida que el dolor se convierte en una situación crónica, los factores sociales y psicológicos también pueden ser más importantes que los factores biológicos. La desmoralización, trastornos emocionales, pensamiento crónico de dolor, individual, social y limitación de actividades profesionales, el aumento del consumo de drogas, las visitas frecuentes a las organizaciones de salud están relacionados con el dolor crónico. Cabe señalar que el dolor crónico afecta también a la auto-eficacia de los pacientes (2).

El dolor es un síntoma frecuente, muy temible y angustiante de los pacientes con cáncer. Se deteriora la calidad de vida por el impacto en las actividades diarias, como el trabajo, sueño o la vida social. Por otra parte, es una piedra angular del tratamiento del dolor oncológico, reconocer que la etiología del dolor es mucho más que la mera nocicepción. El conocimiento de la prevalencia y del tratamiento integral del dolor por cáncer permite optimizar la atención, mejorando la disponibilidad de los analgésicos e implementando políticas de educación en dolor, con una adecuada asignación de recursos económicos, principalmente en el campo de la investigación (4).

Según estimaciones publicadas por el National Institute of Health en 1998, 90 millones de los 250 millones de habitantes de los Estados Unidos sufrieron dolor, y 22 millones de ellos están parcial o totalmente discapacitados. La American Pain Society ha estimado que el costo acumulado de la asistencia sanitaria, la discapacidad y la pérdida de productividad asociada al dolor en ese país, representa uno de los mayores gastos en políticas sanitarias. Tan sólo en el dolor lumbar se gastan 50.000

millones de dólares al año según el National Institute of Neurological Disorders and Stroke. Casi una cuarta parte de los días de trabajo perdidos se atribuyen al dolor. Pese al considerable costo invertido en el diagnóstico y alivio de este, entre el 60 y el 80% de los pacientes no están satisfechos con el tratamiento que reciben y el 25% de todos los pacientes con cáncer en el mundo mueren sin recibir tratamiento apropiado para el dolor (5)

La elevada incidencia y por ende morbimortalidad del dolor en el paciente con cáncer puede explicarse a través de varios factores; como lo son la propia enfermedad, el personal de salud, la estructura sanitaria, la regulación gubernamental, los pacientes y sus familiares. El origen del incorrecto manejo del dolor por parte del personal sanitario está estrechamente vinculado a carencias en la formación profesional, desconocimiento de la fisiopatología, de la evaluación clínica, de las distintas opciones terapéuticas, farmacología de los analgésicos, pautas internacionales, uso de medicación coadyuvante (6)(7).

En años recientes, tanto la importancia de una correcta evaluación y un adecuado manejo del dolor ocasionado por el cáncer, ha tomado gran interés por médicos de diversas especialidades, entre ellos, oncólogos, algólogos, ortopedistas, psiquiatras, entre otros, llegando a constituir una prioridad en los programas académicos, clínicos y de investigación, ampliando su campo de conocimiento para detectar los principales síndromes dolorosos y otorgar un tratamiento efectivo para el alivio del mismo, representando desde mediados de la década de los ochenta un objetivo prioritario para la OMS. (8).

Para aplicar adecuadamente los tratamientos analgésicos la Organización Mundial de la Salud (OMS) propuso en el año 1986 una escalera analgésica en la que se recomendaba un tipo u otro de fármaco dependiendo de la intensidad del dolor. Siguiendo la graduación de intensidad del dolor, los fármacos que se recomiendan son: Nivel 1:

analgésicos no opioides tales como Aspirina, paracetamol y anti-inflamatorios no esteroideos (AINE). Nivel 2: opioides débiles tales como el tramadol, codeína y dextropropoxifeno. Nivel 3: opiáceos potentes tales como la morfina y otros opioides (oxicodona, hidromorfona, fentanilo o metadona) que no tienen techo terapéutico y por tanto es posible incrementar sus dosis en función de la intensidad del dolor. Nivel 4: El tratamiento invasivo del dolor oncológico terminal refractario, el cual es una técnica reservada para el tratamiento del dolor oncológico que no ha podido ser controlado con los tratamientos que se han expuesto anteriormente, a las dosis óptimas y con el tratamiento coadyuvante indicado en cada caso, describiéndose para ello la neuromodulación, estimulación eléctrica medular, bloqueos nerviosos, técnicas neuroquirúrgicas en caso de dolor severo que no responde al tratamiento convencional optimizado, cuando se presentan efectos secundarios intolerables en la escalada progresiva de los analgésicos y/o la imposibilidad de uso de cualquier otra vía de administración (oral, transdérmica o subcutánea) (5).

Los servicios asistenciales para la atención a personas con dolor son creados con el propósito de atender al paciente que sufre, fundamentalmente, dolor crónico oncológico y no oncológico. Este tipo de servicios son heterogéneos, tanto en su origen como en su organización, cartera de servicios y profesionales que se integran en ellos. El abordaje del dolor oncológico debe ser multidisciplinar, puesto que sólo los programas integrales han demostrado su eficacia y costo-efectividad. La Unidad de Tratamiento del Dolor se define como una organización de profesionales de la salud que ofrece asistencia multidisciplinar, que cumple con los requisitos funcionales, estructurales y organizativos que garantizan condiciones de seguridad, calidad y eficiencia adecuadas para atender al paciente con dolor oncológico que requiera asistencia especializada (5).

Estados Unidos publicó en 1999 una nueva iniciativa de crear un estándar que proporcionara un mecanismo de evaluar la calidad en la

práctica y documentación de los centros en la atención al dolor, a través de una Comisión Conjunta de Acreditación de las Organizaciones de la Salud (JCAHO). Esta iniciativa fue evaluada hace cinco años, demostrando ser una buena herramienta para adecuar el adecuado manejo del dolor que debía apoyarse en cuatro actuaciones: 1. Declarar el cuidado del dolor como un derecho del paciente, 2. Considerar el problema de la educación y formación específica en el cuidado del dolor, 3. Considerar la necesidad de evaluar el dolor sistemáticamente, 4. Utilizar siempre el tratamiento analgésico más seguro (5)(9)

Australia, con la colaboración del Australia and New Zealand College (ANZCA) House, ha elaborado una estrategia nacional para el manejo del dolor. La Sociedad Australiana del Dolor (APS) tiene registradas un total de 28 unidades y centros del dolor de carácter multidisciplinar y 29 unidades del dolor monográficas. En el marco conceptual de la IASP, esta sociedad apoya la orientación especializada de la instalación sanitaria para la atención al dolor y el trabajo multidisciplinar (9).

En Venezuela existen centros que cuentan con unidades o consultas, que prestan atención al paciente con dolor oncológico. En Maracaibo la Unidad de dolor y cuidados paliativos del Hospital Universitario, en Caracas el Hospital Miguel Pérez Carreño, Hospital de Clínicas Caracas, Unidad Clínica de Oncología del Hospital J.M de los Ríos, entre otros. En Carabobo el Hospital Oncológico Miguel Pérez Carreño ubicado en Bárbula, dentro de las áreas de la Universidad de Carabobo, ha sido durante muchos años, un centro de referencia a nivel nacional muy importante con un área de influencia bastante amplia, que abarca más de cuatro estados a nivel nacional, como lo son Carabobo, Aragua, Cojedes, Yaracuy y Lara. Atiende a más de 36.000 pacientes de los cuales más del 50% manifiesta en las consultas dolor moderado a severo (10)(11).

En este centro la atención del paciente con dolor se realiza de la siguiente manera; en quirófano son los anestesiólogos los que realizan el abordaje y tratamiento del paciente según la escala de la OMS y de acuerdo a la disponibilidad que exista en el servicio de farmacia. Los pacientes hospitalizados y los ambulatorios con dolor, son manejados esencialmente por el oncólogo médico o cirujano oncólogo, el cual basándose igualmente en la escala de la OMS, trata a los pacientes con AINES, antidepresivos, opioides (tramadol, oxicodona, fentanilo), anestésicos locales (lidocaína) y esteroides.

Tomando en cuenta las referencias a nivel mundial de unidades para el manejo del dolor oncológico y no oncológico, es necesario resaltar el carácter multidisciplinar, en la atención de los pacientes durante el tratamiento, especialmente en los pacientes con neoplasias. No solamente por la afectación sistémica que en ellos se presenta, sino la manifestación psico-afectivo, familiar y social del paciente. Se ha comprobado según múltiples consensos y reuniones de expertos que para el manejo del dolor oncológico deben estar involucrados médicos de diferentes especialidades, y otros profesionales no médicos, contar con infraestructuras adecuadas, regirse por los protocolos establecidos internacionalmente y disponer de los mejores y más eficientes medicamentos. En el Hospital Oncológico Miguel Pérez Carreño existen ciertos elementos en la atención del paciente con dolor que deben ser fortalecidos y otros factores que deben empezar a desarrollarse para un mejor desempeño de actividades y progresión favorable del paciente (12)

En tal sentido, esta investigación se orientó a la Evaluación, análisis y diseño de la consulta de dolor en el Hospital Oncológico Dr. Miguel Pérez Carreño a través de una propuesta administrativa, estructural, y funcional para este tipo de consulta. Para ello, se consideró prioritariamente la morbi-mortalidad asociada al dolor por cáncer y calidad de vida como elementos para desarrollar el diseño, que se constituyera en un sistema de seguimiento y evaluación de efectividad en los programas de prevención y control de la enfermedad, a través de la cobertura de los servicios de tratamiento del dolor.

OBJETIVO GENERAL

Elaborar una propuesta de diseño para la consulta de dolor en el Hospital Oncológico Dr. Miguel Pérez Carreño de la ciudad de Valencia, Venezuela

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1.- Determinar la necesidad de una Consulta de Dolor en el Hospital Oncológico Dr. Miguel Pérez Carreño de la ciudad de Valencia, Venezuela

2.- Recolectar la información técnica y especializada para el diseño de la propuesta de una Consulta de Dolor en el Hospital Oncológico Dr. Miguel Pérez Carreño de la ciudad de Valencia, Venezuela

3.- Determinar la factibilidad física, administrativa y económica para el diseño de la propuesta de una Consulta de Dolor en el Hospital Oncológico Dr. Miguel Pérez Carreño de la ciudad de Valencia, Venezuela

4.- Elaboración de la Propuesta de Diseño para la Consulta de Dolor en el Hospital Oncológico Dr. Miguel Pérez Carreño de la ciudad de Valencia, Venezuela

MATERIALES Y MÉTODOS

Esta investigación se enfocó dentro de la modalidad de proyecto factible. En tal sentido se desarrollaron las siguientes fases:

Fase I. Diagnóstico de la Necesidad de la Consulta de Dolor

En esta primera fase se estableció la necesidad de una Consulta de Dolor en el Hospital Oncológico Dr. Miguel Pérez Carreño de la ciudad de Valencia, Venezuela, a través de un instrumento tipo encuesta que se le aplicó a 30 especialistas (Anestesiología, Cirugía Oncológica, Oncología Médica, Radiología, entre otros), adscritos al mencionado hospital en el año 2015, la cual cumplió los criterios de validez y confiabilidad para tal fin. También se aplicó una encuesta a pacientes 15 pacientes, 8 mujeres y 7 hombres entre 35 y 70 años con distintos tipos de neoplasias que estaban hospitalizados en el centro. Los datos obtenidos fueron procesados en base a los parámetros estadísticos de promedio, chi cuadrado y desviación estándar.

Fase II: Análisis de Factibilidad:

Esta fase se fundamentó en los resultados obtenidos en las encuestas diagnósticas y el análisis de la información obtenida en las revisiones bibliográficas. Igualmente se consideraron todos los requerimientos normativos, legales, técnicos e informáticos pertinentes. El resultado fue un estudio de factibilidad, que representa, organiza, planifica y operativiza el funcionamiento de la Consulta de Dolor Oncológico en el Hospital Dr. Miguel Pérez Carreño de la ciudad de Valencia, Venezuela, basado en las tasas de morbi-mortalidad por todo tipo de cáncer en Venezuela e indicadores sanitarios como: tratamiento que reciben los pacientes con dolor oncológico, causas de hospitalización y promedio de estancia, entre otros, para de esta manera calcular la demanda, analizar la oferta, los recursos con que se cuenta y proponer las decisiones más convenientes y rentables tanto social como económica que garantice la viabilidad y sostenibilidad del proyecto.

Fase III: Elaboración de la propuesta de Diseño de la Consulta de Dolor:

En esta fase se diseñó, con el apoyo de expertos (médicos con maestría o doctorado en el área de administración sanitaria y hospitales, arquitecto con experiencia en planeación y diseño de hospitales y el equipo de ingenieros (estructural, eléctrico, gases especiales, red de voz y datos, red hidráulica y sanitaria, ventilación mecánica) entre otros, con conocimiento y entendimiento en la aplicación de las normas que rigen en cada tema). Para ello se establecieron las especificaciones del diseño como: descripción de la consulta, descripción de los ambientes de la consulta (acceso, recepción y control, oficinas administrativas, área de atención al usuario, sala de espera y baños, área de evaluación del paciente, área del personal médico); programa médico arquitectónico, departamentos y servicios interconsultantes, sistemas de comunicaciones, mobiliarios, equipos y recurso humano. También se definieron elementos de estructura y comportamiento que incluyeron la base de datos, el diseño de historia clínica, diseño de formularios y hoja de reportes. Por limitaciones de tiempo para la investigación, esta fue la última fase que se desarrolló, quedando por ejecutar, las fases de prueba (revisión por expertos, administradores y junta directiva del hospital para la corrección, posible aprobación e implementación) en un segundo momento investigativo.

PROPUESTA DE DISEÑO PARA LA CONSULTA DE DOLOR.

HOSPITAL ONCOLÓGICO DR MIGUEL PÉREZ CARREÑO,

VALENCIA, VENEZUELA

Los servicios asistenciales para los pacientes que padecen de dolor oncológico son creados con el propósito de atender al paciente de forma multidisciplinar, ofrecer alivio no solamente del dolor, sino también el manejo adecuado de síntomas generados por patologías oncológicas, basándose en una atención integral para mejorar la calidad de vida (9)(13).

La consulta de dolor oncológico del Hospital Oncológico Dr. Miguel Pérez Carreño en la ciudad de Valencia, Venezuela, tendrá como objetivo evaluar a los pacientes que asisten a centro de manera ambulatoria así como a los que se encuentren hospitalizados, una vez que el médico especialista tratante realice la referencia a dicha consulta. En la primera consulta se registrará al paciente en el sistema de datos, se realizará historia clínica y plan diagnóstico y terapéutico. Igualmente se contará con el apoyo e intervención de los trabajadores sociales, psicólogos y psiquiatras que evaluarán conjuntamente al paciente y a sus familiares más cercanos.

MISIÓN

- Brindar alivio del dolor al paciente que asiste al centro, ofreciendo manejo adecuado de síntomas que conllevan las patologías oncológicas, basándose en una atención integral, cubriendo sus principales necesidades como ser bio-psico-social y espiritual.
- Incrementar la capacidad funcional de los pacientes que asisten a la consulta y mejorar la calidad de vida, reinsertando eficazmente al paciente a sus actividades cotidianas y al medio laboral.
- Ofrecer posibilidades diagnósticas y terapéuticas, que abarquen tratamientos farmacológicos y no farmacológicos, incluyendo tratamientos invasivos de elevada complejidad.

VISIÓN.

- Investigación en dolor y cuidados paliativos, con un enfoque bioeticista y de medicina basada en evidencia.
- Promover la capacitación y educación del personal de la salud para la atención de los pacientes con dolor oncológico

OBJETIVOS

1. Conocer el número de pacientes oncológicos que corresponden al área de influencia de este centro asistencial, para así establecer el número de pacientes que requieren de la consulta de dolor.
2. Valoración por parte del servicio de trabajo social para tipificar la categoría económica de cada paciente.
3. Promover la educación biosanitaria de la población en general en relación con el manejo del dolor oncológico y hábitos saludables.
4. Elaborar un registro o base de datos informativa del paciente con dolor oncológico, a través de la historia clínica de dolor y de la historia clínica de hospitalización para valorar la eficacia / eficiencia del diagnóstico, manejo, tratamiento y seguimiento de los tratamientos, con el fin de reportar estadísticas confiables y actualizadas.
5. Elaborar, publicar y distribuir guías de abordaje del dolor oncológico, como apoyo para la atención primaria.

I.- DISEÑO ARQUITECTÓNICO

a) Estructural

Acceso

El acceso de pacientes al servicio de consulta externa debe ser independiente, rápido, amplio y de fácil identificación. Debe estar ubicado en la planta baja o al mismo nivel que el exterior y con recorridos lo más cortos posibles, sin diferencias de niveles entre el interior y el exterior; cuando no sea posible, el acceso contará con rampas. Para indicar la proximidad a las rampas y otros cambios de nivel, el piso tendrá una textura diferente con

respecto al predominante, en una distancia no menor de 1.20 m; el mismo que será del ancho de la rampa o escalera. Las puertas contarán con 1.00 m. de ancho libre como mínimo. Las puertas tendrán cerraduras con manijas tipo palanca. Los marcos de las puertas irán en color de alto contraste para remarcar el acceso. Las rampas deberán tener las siguientes características: Ancho mínimo de 1.00 metro libre entre pasamanos, pendiente no mayor de 6 %, bordes laterales de 0.05 m de altura (9)(10)(14).

Deberán existir dos pasamanos a diferente altura. El primero a 90 cm. y el segundo a 75 cm. del nivel del piso terminado, separados de la pared a una distancia 0.05 metros, prolongándose 0.60 cms. en el arranque y en la llegada. Deben ser confeccionados con tubos de fierro de 1 ½" de diámetro y con acabado de color contrastante con respecto al elemento delimitante vertical (9)(14)

El piso deberá ser firme, uniforme y antideslizante, con longitud no mayor de 6.00 metros, si la inclinación es de 1:12, y si la longitud requerida sobrepasara los 6.00 metros, se considerarán descansos intermedios de 1.50 metros y el área de llegada y arranque será de 1.80 metros mínimo.

Se debe instalar señalización que prohíba la obstrucción de la rampa con cualquier elemento y a la entrada de la rampa se colocará el símbolo internacional de acceso a discapacitados (9)(14)(16)(17)(18).

Recepción y admisión

Ambiente destinado a las personas que informan y controlan el acceso al servicio. Requiere de un (1) mueble de control a una altura de 90 cms de atención al público, sistema de intercomunicaciones y un (1) teléfono. Esta área debe ser fácilmente localizable para los pacientes y acompañantes. Contar con un (1) archivador, dos sillas ergonómicas con ruedas, un (1) escritorio con una (1) computadora, una (1) impresora, un (1) estante, dos papeleras (9)(14)(16)(17).

Sala de espera

Área destinada al público y familiares de los pacientes, controlada visualmente por el área de recepción y lo más cercana a la entrada principal del centro. Tendrá facilidad para consecución de refrigerios, punto de televisión, música ambiental y teléfonos públicos. Debe contar con dos mesas bajas, dos papeleras, máquina de bebidas frías y calientes y alimentos sólidos, además de veinte (20) asientos, y uno (1) para discapacitados cada 16 asientos normales con las siguientes características: Área de 1.20 x 1.20 metros., área de circulación de 1.50 metros como mínimo y señalización de área reservada. Se asignará un teléfono para personas con discapacidad con altura de colocación del aparato a 1.20 metros en su parte superior y un área de uso de 1.20 x 1.20 metros para permitir el acceso de silla de ruedas (20). Debe contar con baños públicos dos (02) por sexo y uno (01) de ellos para discapacitados de acuerdo a la normativa descrita para tal fin. En todos los casos se considerará: Piso antirresbalante, muros macizos en sanitarios para personas con discapacidad, circulación interna de 150 cm de ancho, puertas con abatimiento hacia fuera y barras de apoyo de fierro galvanizado esmaltado o acero inoxidable de 3.8 cm de diámetro (9)(14)(16)(17)(18).

Consultorio

Área mínima es de 20 metros cuadrados con tres ambientes: área de consulta, área de examen y/o valoración y sala de tratamientos y bloqueos.

- Área de consulta y evaluación

Contará con un (1) escritorio con una silla para el médico, dos asientos para paciente y acompañante, dos papeleras, un (1) archivador, un (1) estante o closet, una computadora, una impresora, sistema de red telefónica e internet.

La sala de evaluación tendrá una camilla, estetoscopio, tensiómetro, negatoscopio, Vitrina con medicamentos de emergencia y de uso común, balanza de adulto, insumos y materiales gastables (guantes, gasas, algodón, alcohol, jabón desinfectante) un (1) lavamanos (9)(14)(18).

- Sala de tratamientos y bloqueos

Existen dos formas de diseñar y desarrollar ésta área. Cercana al área de la consulta y evaluación de los pacientes con dolor oncológico, o contar con uno de los quirófanos de este hospital acondicionado para realizar los tratamientos intervencionistas que forman parte de esta consulta. Para esta área es necesario regirse por las normas COVENIM para el desarrollo de áreas quirúrgicas: mesa y lámparas quirúrgicas, máquina de anestesia; monitorización estándar: presión arterial no invasiva, electrocardiograma, frecuencia cardíaca, saturación de oxígeno, concentración de CO₂ expirado, disponibilidad de oxígeno, carro de paro, neuroestimulador, ecógrafo, equipo de radiofrecuencia, intensificador de imágenes material para técnicas de radiofrecuencia, medicamentos e insumos médico quirúrgicos. El suelo debe ser liso, antirresbalante y resistente. El material de revestimiento debe ser de difícil combustión y autoextinguible. Los techos y las paredes deben ser lisos y continuos, sin ventanas. Puertas deslizantes y corredizas, nunca abatibles. Las luces deben ser frías y empotradas en el techo, con un cuadro eléctrico por recinto, conectado a la red normal y de emergencia, con transformador de aislamiento y planta eléctrica con autonomía no inferior a dos horas. El sistema de ventilación debe ser de volumen de aire constante con climatizador independiente por sala para mantener intervalo de temperaturas entre 20- 24 °C y humedades relativas entre 45-55%. El nivel sonoro máximo en la sala será de 35- 40 dBA. Debe contar con protección contra incendios: sistema de detección, alarma y extintor (9)(14)(16)(17)(18).

b) Servicios

Área de consulta

El paciente con dolor oncológico será referido por su médico tratante a esta consulta, como primer paso a seguir. Posteriormente deberá tomar una cita. En la primera consulta se llenará la historia clínica, donde el paciente será evaluado y examinado. Se hará una formulación del diagnóstico, el planteamiento de los objetivos del tratamiento, selección de la intervención terapéutica apropiada a cada paciente en particular y finalmente la

monitorización continua, evaluación de la eficacia y eficiencia de la intervención utilizada. Si es necesario se harán referencias a los servicios interconsultantes que el paciente amerite. Para esta fase y para el inicio de las actividades de la consulta de dolor oncológico, el director y especialistas agregados deberán regirse por: guías, vías o protocolos de práctica clínica y asistencial, normas escritas de funcionamiento interno, documentación asistencial, informativa o estadística por las que el centro rige sus actividades y los procedimientos, informes, protocolos de elaboración conjunta o indicadores que permitan asegurar la continuidad asistencial de los pacientes. Dentro de las intervenciones a realizar se pueden mencionar; utilización de los fármacos opioides en dosis altas, utilización de coadyuvantes, rotación de opioides, medidas específicas paliativas: esteroides, utilización de opioides por vía subcutánea, utilización de fármacos poco comunes: inhibidores del N-metil-D-aspartato (NMDA) y estimulación eléctrica transcutánea, programación/cambio de dosis de bomba implantable de flujo variable y recarga de bomba implantable de flujo variable. Incluyendo además, la técnica de infusión espinal, preparación de la medicación, programación, y relleno de bomba, técnica y de infusión sistémica: infusión subcutánea, endovenosa y administración espinal de anestésicos locales a través de sistemas externos (9)(14)(16)(17)(18).

Área o sala de bloqueo y procedimientos quirúrgicos

En esta área se aplicarán técnicas neuromoduladoras: morfina espinal (bombas o reservorios), neuroestimulación de cordones posteriores; técnicas neuroablativas o lesivas: vertebroplastia/Cifoplastia, bloqueos analgésicos/neurolíticos , radiofrecuencia pulsada y técnicas neuroquirúrgicas : neurectomía (9)(18).

c) Servicios de apoyo

- *Laboratorio*: realizará pruebas diagnósticas sobre cualquier muestra biológica, aunque fundamentalmente, sobre sangre y

orina. Estará fundamentado en tres áreas: hematología, bioquímica y bacteriología.

- *Imagenología*: realizará radiología digital, ultrasonido y eco doppler, tomografía, resonancia magnética y radiología intervencionista.
- *Farmacia*: será responsable de la adquisición, conservación, dispensación y elaboración de medicamentos así como de su selección y evaluación así como de la información farmacoterapéutica, actividades de farmacocinética clínica, farmacovigilancia y control de productos en fase de investigación clínica (9).

II.- RECURSOS HUMANOS

a) Médico Director:

Será un médico con formación acreditada (anestesiólogo con subespecialización en dolor) o con experiencia comprobada en el manejo del dolor oncológico así como experiencia en investigación en dolor a través de publicaciones científicas relacionadas. Dentro de sus funciones estará el desarrollo e implantación de criterios de admisión y alta del paciente, protocolos asistenciales y relaciones con otros servicios, así como participación en investigación y docencia (9).

b) Médicos interconsultantes

Estarán constituidos por el neurocirujano, psiquiatra, fisiatra, internista neurólogo, traumatólogo, oncólogo y cirujano oncólogo.

c) Personal no médico:

Dos trabajadores sociales, dos enfermeras dedicadas exclusivamente a la consulta y procedimientos, un (1) farmaceuta, dos fisioterapeutas y dos psicólogos.

III.- RECURSOS ADMINISTRATIVOS

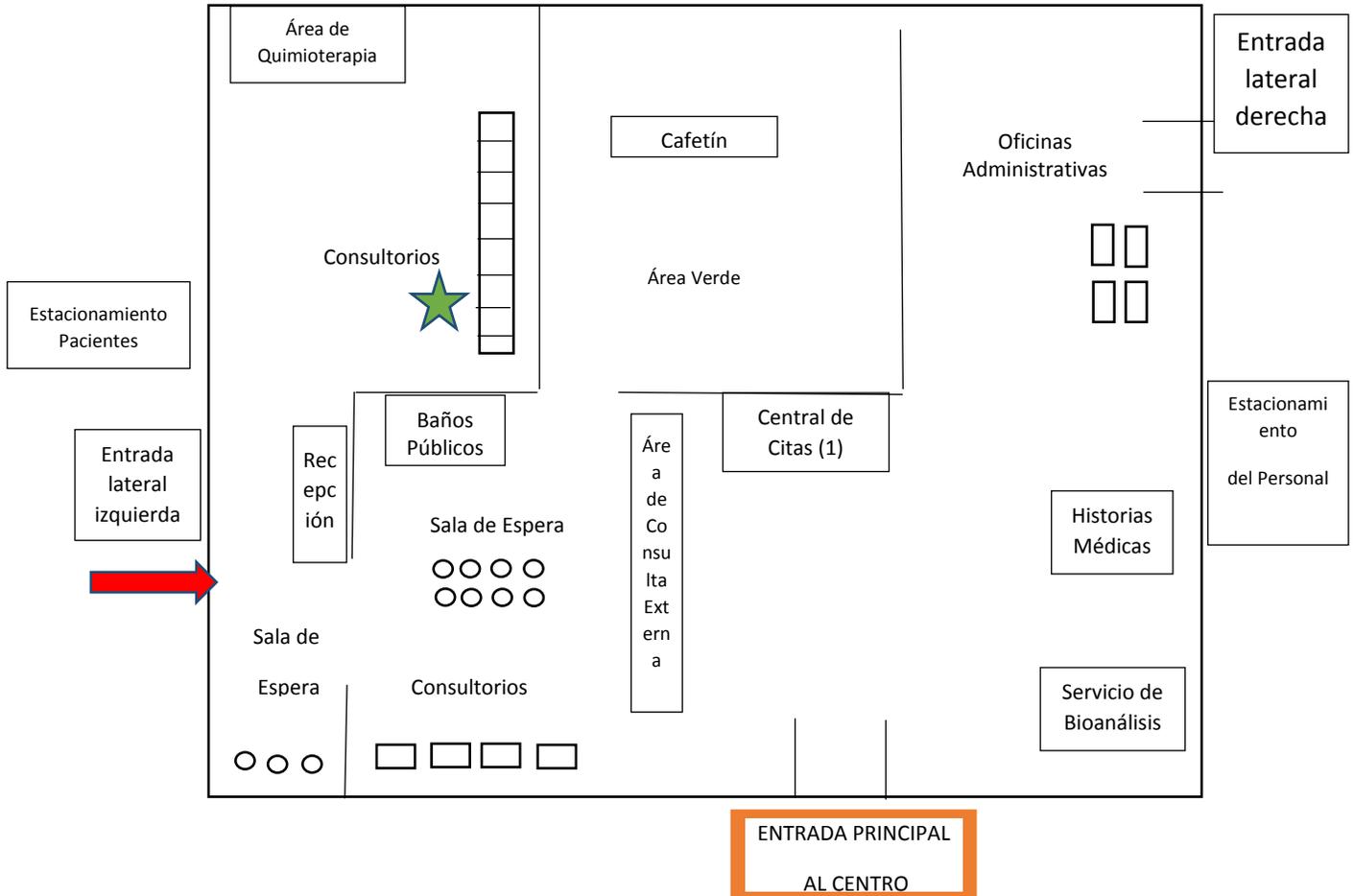
Las actividades administrativas estarán a cargo del médico director de la consulta. Este, en caso de ser necesario, podrá delegar ciertas funciones a la coordinadora de enfermería de la consulta. Dichas actividades serán supervisadas por la dirección administrativa del Hospital Oncológico Dr. Miguel Pérez Carreño.

IV.- RECURSOS ECONÓMICOS

La partida presupuestaria de la consulta de dolor oncológico del Hospital Oncológico Dr. Miguel Pérez Carreño estará a cargo de la administración y dirección del centro, la cual depende de INSALUD y del Ministerio para el Poder Popular para la Salud.

PROPUESTA DE DISEÑO DE PLANO PARA LA CONSULTA DE DOLOR ONCOLÓGICO

HOSPITAL ONCOLÓGICO DR. MIGUEL PEREZ CARREÑO, VENEZUELA



PROPUESTA DE DISEÑO DE HISTORIA CLÍNICA
HOSPITAL ONCOLÓGICO DR. MIGUEL PÉREZ CARREÑO, VENEZUELA

Fecha: _____ Historia Clínica # _____

HISTORIA PERSONAL

Nombres y Apellidos: _____ Edad: _____
 Fecha de Nacimiento: _____ Lugar de Nac: _____ Peso: ___ Talla _____ Estado Civil: ___
 Dirección: _____
 Ocupación: _____ Teléfonos: _____
 Diagnóstico: _____

Antecedentes Personales:
 HTA ___ DM ___ Alergias ___ Asma ___ Tabaquismo ___ Drogas ___ Alcohol: ___ Hospitalizaciones: ___ Otros _____

Antecedentes Familiares: _____

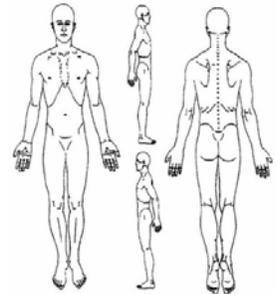
Antecedentes Quirúrgicos: _____

Tratamientos que ha recibido y que recibe actualmente:

Resultados de paraclínicos y estudios recientes (Laboratorios, Rx, TAC, Resonancia, Ecografías etc.)

HISTORIA DE DOLOR ONCOLÓGICO

❖ ¿Cuándo comenzó el dolor? _____
 ❖ Tipo de dolor que está experimentado actualmente:
 Tipo quemadura ___ Entumecimiento ___
 Calambres ___ Puntadas ___ Puñaladas ___
 Palpitaciones ___ Otra sensación: _____



ESCALAS DE SEVERIDAD DEL DOLOR

❖ Marque con un círculo el número que mejor describa su dolor **en este momento**:
 No dolor 0 ___ 1 ___ 2 ___ 3 ___ 4 ___ 5 ___ 6 ___ 7 ___ 8 ___ 9 ___ 10 El peor dolor posible

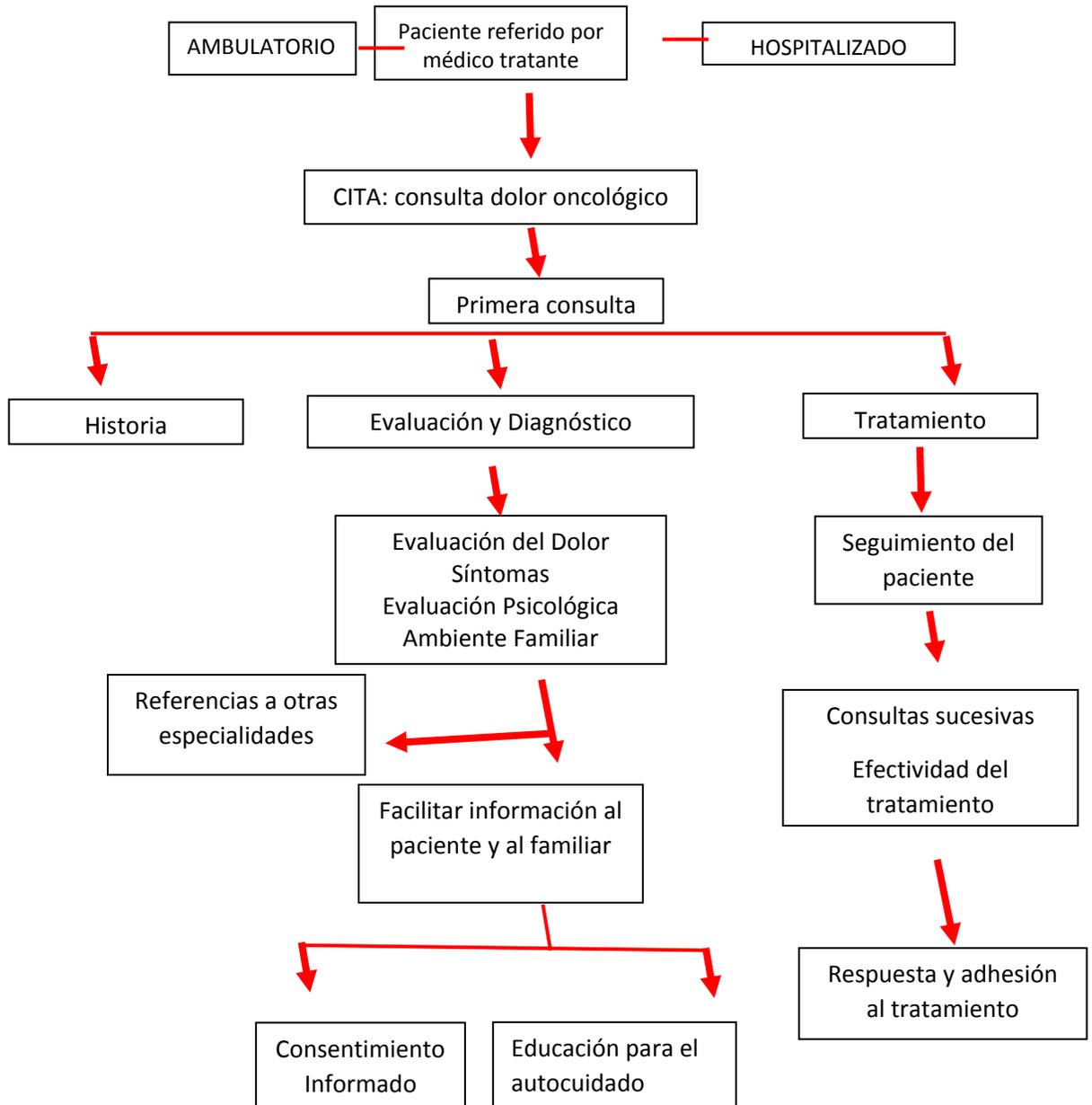
❖ Marque con un círculo el número que mejor describa su dolor **usual o típico**:
 No dolor 0 ___ 1 ___ 2 ___ 3 ___ 4 ___ 5 ___ 6 ___ 7 ___ 8 ___ 9 ___ 10 El peor dolor posible

❖ Marque con un círculo el nivel de dolor más severo **que haya experimentado**:
 No dolor 0 ___ 1 ___ 2 ___ 3 ___ 4 ___ 5 ___ 6 ___ 7 ___ 8 ___ 9 ___ 10 El peor dolor posible

❖ ¿Con qué frecuencia aparece su dolor?
 Varias veces al mes ___ Varias veces por semana ___ Varias veces al día ___
 Varias veces por hora ___ Constante (casi no desaparece) ___

❖ ¿Qué hace que el dolor empeore o reaparezca?

PROPUESTA DE DISEÑO DE FLUJOGRAMA PARA LA CONSULTA DE DOLOR HOSPITAL ONCOLÓGICO DR MIGUEL PÉREZ CARREÑO, VENEZUELA



CONCLUSIONES

Se estableció la necesidad para el diseño de la Consulta de Dolor en el Hospital Oncológico Dr. Miguel Pérez Carreño en la ciudad de Valencia Venezuela, ya que entre el 85-90 % de los médicos especialistas encuestados, lo consideran de gran y extrema importancia para el fortalecimiento en el diagnóstico, tratamiento y seguimiento del dolor en los pacientes oncológicos que a él acuden. De igual forma se determinó la necesidad de este proyecto ya que 60% de los pacientes manifestaron la gran importancia del dolor como motivo de hospitalización y recuperación y 40% consideró que se le da mediana importancia al diagnóstico y tratamiento del dolor. 85% de los pacientes considera de gran importancia la creación de una consulta de dolor en esta institución.

Los pacientes con dolor oncológico deben ser manejados por equipos multidisciplinarios, en centros especializados con infraestructuras específicas, un personal altamente entrenado en esta área, y contar con normativas para el cumplimiento de sus actividades tanto administrativas como sanitarias. Actualmente se dispone de suficientes recursos farmacológicos como para asegurar el control del dolor en más del 95% de los pacientes en la mayoría de los países del mundo. Hay analgésicos opioides y no opioides que se pueden adaptar a la graduación de la intensidad del dolor oncológico en cada situación. En este sentido, la escala analgésica del dolor, promovida por la OMS, sigue siendo una estrategia válida para el tratamiento del dolor oncológico y su uso se debe seguir promoviendo en todos los niveles asistenciales

Los pacientes con dolor oncológico son usuarios de cualquier recurso de la red sanitaria, desde los hospitales a centros de atención primaria. Por este motivo, se hace necesario implementar la formación de los profesionales involucrados en el manejo de estos pacientes, así como aplicar otras

medidas encaminadas a fomentar políticas sanitarias que permitan ofrecer accesibilidad equitativa y universal a los recursos específicos.

De acuerdo a la información recolectada se elaboró la propuesta del diseño para la consulta de dolor en el Hospital oncológico Dr. Miguel Pérez Carreño en Valencia, Venezuela. Se recomienda continuar con las fases de prueba (revisión por expertos, administradores y junta directiva del hospital para la corrección, posible aprobación e implementación) y ejecución en un segundo momento investigativo

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.- Tratado del Dolor Wall y Melzack. 5ta Edición. Mac Mahom S, Koltzenburg M. 2007.
- 2.- Reyes et al, Cancerología 1 (2006): 233-244. Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos.
- 3.- Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2003: Forjemos el futuro. 1211 Ginebra 27, Suiza.
- 4.- Kopf A., Patel N. Guía para el manejo del Dolor en condiciones de bajos recursos. IASP. Washington D.C.2010.
- 5.- D. Reyes Chiquete et. Al. Rev. Soc. Esp. Dolor vol.18 no.2 Narón mar.-abr. 2011.Epidemiología del dolor por cáncer.
- 6.- González M, et. al. Modelos para el seguimiento y evaluación de programas de cáncer en Venezuela. Rev. venezolana oncología 2009 Dic [citado 2015 Jun 24]; 21(4): 189-202.
- 7.- MEDICINA PALIATIVA Vol. 18. Núm. 02. Abril - Junio 2011 Código de buena práctica para el control del dolor oncológico.
- 8.- Plancarte et al. Cancerología 1 (2006): 273-281. Manejo Integral del dolor.
- 9.- Unidad de Tratamiento del Dolor. Informes, Estudios e Investigación España, 2011. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.
- 10.- Información Epidemiológica Sobre Morbilidad Venezuela 2004. MPPS.
- 11.- Anuario de Mortalidad 2012. MPPS CARACAS – VENEZUELA Septiembre, 2014.
- 12.- Estrategia en Cuidados Paliativos del Sistema Nacional de Salud. Sanidad 2007 ministerio de sanidad y consumo. España.
- 13.- Guía de gestión de consultas externas en atención especializada. Subdirección General de Atención Especializada. Instituto Nacional de la Salud. Madrid, España. S.f.

14.- Manual guía para el diseño arquitectónico servicio de consulta externa. Bogotá d.c., 2010 Secretaria Distrital de Salud D.C.

15.- Normas técnicas para el diseño de elementos de apoyo para personas con discapacidad en los establecimientos de salud. Dirección general de salud de las personas. Dirección ejecutiva de normas técnicas para infraestructura en salud. Perú, Febrero 1999. 31pag.

16.- Criterios de Diseño de Elementos Arquitectónicos de Apoyo para Personas con Necesidades Especiales. Revista Digital Universitaria. 1 Enero del 2001 Vol.1 No.3 Muria R, Olivares. México

17.- Normas particular de habilitación para la instalación y funcionamiento de consultorios. Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social. Santo Domingo Republica Dominicana marzo 2005. 8 pág.

18.- Normas COVENIM 2339-87. Clínicas, Policlínicas, Institutos u Hospitales Privados. Clasificaión. 1987.

19.- Rev Med Uruguay 2004; 20: 32-43 * Dolor oncológico: un problema no resuelto. Píriz et al. Montevideo.

20.- Programas nacionales de control del cáncer. Políticas y pautas para la gestión. OMS 2da edición; 2004:188 pp.

21.- Centro Universitario para el Estudio y Tratamiento del Dolor y Cuidados Paliativos. Facultad de Medicina. Universidad Autónoma de Guadalajara. S.f

22.-. Guía clínica alivio del dolor por cáncer avanzado y cuidados paliativos. Santiago, MINSAL 2011.

23.- Dolor oncológico reunión de expertos Salamanca. Septiembre de 2005 Cátedra Extraordinaria del Dolor FUNDACION GRUNENTHAL Universidad de Salamanca.

24.- El dolor oncológico en urgencias: un reto a vencer. Revista Dolor. Año 7 Vol. VIII 2010. Dr. Armando Candelas Almanza. Durango, México