

Normas sobre evaluación, diagnóstico y tratamiento del Dolor

Resolución N° 932/2000 del Ministerio de Salud del 18/10/2000, fue publicada en la Edición del BOLETIN OFICIAL SUPLEMENTO del 7 de noviembre de 2000.

Anexo

Normas de Organización y Funcionamiento

Procedimientos, Diagnóstico y Tratamiento en Medicina del Dolor

Introducción:

La Organización Mundial de la Salud, la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor, y la Federación Mundial de Sociedades de Anestesiólogos se han ocupado desde hace mucho tiempo de dictar pautas y de divulgar acerca de la necesidad del alivio del dolor. Así como el nacimiento de la anestesia hace ciento cincuenta años permitió el desarrollo de la cirugía moderna, la evolución de todos y cada uno de los estudios, técnicas y descubrimientos con relación al dolor, lograron otro gigantesco paso de la ciencia en no solo permitir la cirugía sin dolor sino también la vida sin dolor. En este último cuarto de siglo la medicina mundial a través de sus organismos e instituciones se ha ocupado finalmente de la calidad de vida. Es oportuno recordar los versos del poeta médico Weir Mitchel quien en el cincuentenario de la primera anestesia, dijo, **"no habrá una hora más feliz en el transcurso de los siglos que aquella en que un cerebro audaz con voluntad casi divina fue capaz de decretar la muerte del dolor"**

En este contexto es verdaderamente una conducta inmoral del médico, o del área responsable del sistema de salud limitar, demorar o impedir, la gestión de un profesional capacitado en aliviar a un individuo sufriente. En el ámbito del dolor perioperatorio, como en el dolor crónico cuando no existe un tratamiento curativo destinado a erradicar la causa determinante del dolor y a través de ella el mismo dolor y cuando este no cumple ninguna finalidad fisiológica, es injustificable que todos y cada uno de los referentes de la cadena de cuidados del paciente no dispongan de los medios consensuados y reconocidos mundialmente destinados a eliminar o atenuar el dolor y todos los efectos que de él emanan.

En términos de costo-beneficio ha sido claramente demostrado que es antieconómico no organizar y ofrecer este tipo de servicios especializados. En el contexto de la medicina perioperatoria se han modificado sensiblemente indicadores como el tiempo de internación total, el consumo de analgésicos no reglados, el tiempo de internación en área crítica y el número de complicaciones directamente vinculadas a la inactividad de los pacientes por dolor postoperatorio. En el contexto del dolor crónico se ha disminuido el peregrinar de los pacientes generando numerosas consultas, estudios y tratamientos de prueba sin encontrar alivio al no estar dirigidos de un modo específico y organizado.

1. Alcances de las Normas

1.1. Estas normas se aplican a cualquier paciente que padece dolor agudo en el contexto del perioperatorio de cualquier intervención que por el solo hecho de provocar una lesión tisular pone en marcha mecanismos de dolor bien identificados en nuestros días. También deben ser aplicadas en el ámbito de Salas de Parto, Centros de Quemados, Salas de Trauma y asistencia en Emergencias médicas o quirúrgicas con las especificaciones consideradas en el desarrollo de las mismas.

1.2. Estas normas se aplican a cualquier paciente que padece dolor crónico de cualquier origen, dentro de las pautas metodológicas para el diagnóstico del mecanismo del dolor y de la aplicación de las técnicas farmacológicas o de procedimientos que correspondiere.

1.3. En ciertas circunstancias infrecuentes o inusuales, algunos métodos de diagnóstico y/o tratamiento pueden resultar impracticables y en consecuencia el profesional podrá encontrarse eximido de su aplicación y deberá señalar la circunstancia de excepción en la historia clínica o en el informe de registro que fuera menester.

1.4. En ciertas circunstancias infrecuentes o inusuales, el experto en Medicina del Dolor se verá obligado a actuar al margen de las pautas aquí establecidas, en cuyo caso deberá señalar la circunstancia de excepción en la historia clínica o en el informe de registro que fuera menester.

1.5. Estas normas están sujetas a revisión periódica para adecuarlas a la evolución de la de la práctica médica.

1.6. Se aclara que la expresión "Debe" es la condición obligatoria para cumplir la norma respectiva.

1.7. Se aclara que la expresión "Debería" es una condición muy conveniente pero no obligatoria.

1.8. Se aclara que la expresión "Puede" es una condición que se adopta si se la cree oportuna.

2. Norma 1: Definiciones. Terminología. Taxonomía. Entidades Nosológicas.

2.1. Definiciones

2.1.1. Dolor:

Experiencia displacentera sensorial y afectiva asociada con un daño tisular real o potencial o expresada en términos de tales daños.

2.1.2. Dolor Agudo:

Dolor de reciente comienzo y de duración probablemente limitada, generalmente existe una relación identificable temporal y causal con la injuria o la enfermedad. El médico tratante debe ser consciente que el dolor agudo es un síntoma y como tal señala la existencia de daño tisular real o potencial. Por lo tanto, debe ser tratado.

2.1.3. Dolor Crónico:

Dolor que persiste por más de 30 días con igual o creciente intensidad.

2.1.4. Dolor Crónico Oncológico:

Es aquel dolor crónico que esta relacionado con la enfermedad neoplásica y/o con su tratamiento.

Los eventuales episodios de dolor agudo por progreso de la enfermedad, complicaciones, tratamientos y/o estudios o exámenes complementarios se remite a las definiciones del apartado 2.1.1.2. de dolor agudo.

2.1.5. Dolor Crónico No Oncológico:

Es aquel dolor crónico de cualquier causa u origen, excluyendo enfermedades neoplásicas y/o sus tratamientos.

2.2. Taxonomía. Enumeración de Términos en Dolor y Síndromes de Dolor Crónico.

Las definiciones de los términos que a continuación se enumeran se remiten a las establecidas por la IASP.

- 2.2.1. Estímulo nocivo
- 2.2.2. Nociceptor
- 2.2.3. Umbral de dolor
- 2.2.4. Nivel de tolerancia de dolor
- 2.2.5. Dolor somático
- 2.2.6. Dolor referido
- 2.2.7. Sufrimiento
- 2.2.8. Analgesia
- 2.2.9. Hiperalgnesia
- 2.2.10. Hipoalgnesia
- 2.2.11. Anestesia
- 2.2.12. Hiperestesia
- 2.2.13. Hipoestesia
- 2.2.14. Disestesia
- 2.2.15. Parestesia
- 2.2.16. Alodinia
- 2.2.17. Anestesia dolorosa
- 2.2.18. Hiperpatía
- 2.2.19. Dolor neurogénico
- 2.2.20. Dolor neuropático
- 2.2.21. Dolor de origen central
- 2.2.22. Dolor por desaferentación
- 2.2.23. Dolor de miembro fantasma
- 2.2.24. Dolor del muñón
- 2.2.25. Dolor radicular
- 2.2.26. Radiculopatía
- 2.2.27. Neuralgia
- 2.2.28. Neuritis
- 2.2.29. Neuropatía
- 2.2.30. Neuropatía periférica
- 2.2.31. Síndrome doloroso regional complejo tipo I/ tipo II
- 2.2.32. Síndrome de dolor del opérculo torácico
- 2.2.33. Síndrome de la apófisis estiloides / síndrome de Eagle
- 2.2.34. Epidondilitis lateral / codo de tenista
- 2.2.35. Síndrome del músculo piriforme
- 2.2.36. Fibromialgia
- 2.2.37. Enfermedad de Raynaud
- 2.2.38. Fenómeno de Raynaud

2.3. Entidades nosológicas

A continuación se enumeran el listado de entidades nosológicas reconocidas por la International Association for Study of Pain (IASP):

- 2.3.1. Síndromes relativamente generalizados
 - 2.3.1.1. Neuropatía periférica
 - 2.3.1.2. Muñón doloroso
 - 2.3.1.3. Dolor fantasma
 - 2.3.1.4. Causalgia
 - 2.3.1.5. Distrofia simpática refleja
 - 2.3.1.6. Dolor central (incluido dolor talámico y pseudotalámico)
 - 2.3.1.7. Síndrome de Siringomielia (cuando afecta la cabeza o los Miembros)
 - 2.3.1.8. Polimialgia reumática
 - 2.3.1.9. Fibrositis o síndrome de dolor miofacial difuso
 - 2.3.1.10. Artritis reumatoidea
 - 2.3.1.11. Osteoartritis
 - 2.3.1.12. Enfermedad por depósito de pirofosfato de calcio
 - 2.3.1.13. Gota
 - 2.3.1.14. Artropatía hemofílica
 - 2.3.1.15. Quemaduras
 - 2.3.1.16. Dolor de origen psicológico
 - 2.3.1.16.1. Tensión muscular
 - 2.3.1.16.2. Ilusorio o alucinatorio
 - 2.3.1.16.3. Histérico o hipocondríaco
 - 2.3.1.17. Enfermedad ficticia y simulada
- 2.3.2. Neuralgias de la Cabeza y la Cara
 - 2.3.2.1. Neuralgia del trigémino (tic doloroso)
 - 2.3.2.2. Neuralgia secundaria (trigeminal) de lesiones SNC
 - 2.3.2.3. Neuralgia secundaria del trigémino por trauma facial
 - 2.3.2.4. Herpes zóster agudo (trigeminal)
 - 2.3.2.5. Neuralgia postherpética (trigeminal)
 - 2.3.2.6. Neuralgia geniculada (nervio craneano VII): Síndrome Ramsay Hunt
 - 2.3.2.7. Neuralgia glossofaríngea (nervio craneano IX)
 - 2.3.2.8. Neuralgia del nervio laríngeo superior (neuralgia del nervio vago)
 - 2.3.2.9. Neuralgia occipital
- 2.3.3. Dolor craneofacial de origen musculoesquelético.

- 2.3.3.1. Cefalea por tensión aguda
- 2.3.3.2. Cefalea tensional: forma crónica (cefalea por contracción del cuero cabelludo)
- 2.3.3.3. Síndrome de dolor y disfunción temporomandibular.
- 2.3.3.4. Osteoartritis de la articulación temporomandibular.
- 2.3.3.5. Artritis reumatoidea de la articulación temporomandibular.
- 2.3.4. Lesiones de la Oreja, Nariz y Cavidad bucal.
- 2.3.4.1. Sinusitis maxilar.
- 2.3.4.2. Odontalgia dolor dental. Debido a defectos en el esmalte
- 2.3.4.3. Pulpitis
- 2.3.4.4. Periodontitis periapical y absceso periapical
- 2.3.4.5. Dolor dental no asociado con lesiones. Odontalgia atípica
- 2.3.4.6. Glosodinia y úlceras bucales. Lengua ardiente o disestesia oral.
- 2.3.4.7. Síndrome del diente partido.
- 2.3.4.8. Dolor luego de extracción dental
- 2.3.5. Síndromes de cefaleas primarias
- 2.3.5.1. Migraña clásica
- 2.3.5.2. Migraña común
- 2.3.5.3. Migraña variante
- 2.3.5.4. Carotidinia.
- 2.3.5.5. Cefalea mixta.
- 2.3.5.6. Cefalea en racimo
- 2.3.5.7. Hemisecrasia crónica paroxística
- 2.3.5.8. Cefalea crónica en racimo
- 2.3.5.9. Síndrome de Cluster tic
- 2.3.5.10. Cefalea postraumática.
- 2.3.6. Dolor de origen psicológico en la Cabeza y la Cara.
- 2.3.6.1. Dolor ilusorio o alucinatorio.
- 2.3.6.2. Histérico hipocondríaco.
- 2.3.7. Desórdenes musculoesqueléticos suboccipitales y cervicales.
- 2.3.7.1. Síndrome miofacial: torcedura cervical o lesión por hiperextensión cervical
- 2.3.7.2. Síndrome miofacial: músculo esternocleidomastoideo.
- 2.3.7.3. Síndrome miofacial: músculo trapecio.
- 2.3.7.4. Síndrome del proceso estilohioideo . Síndrome de Eagle
- 2.3.8. Dolor visceral en el Cuello.
- 2.3.8.1. Carcinoma de tiroides.
- 2.3.8.2. Carcinoma de laringe.
- 2.3.8.3. Tuberculosis de laringe.
- 2.3.9. Dolor de origen neurológico en el Cuello, Hombro y Extremidades Superiores.
- 2.3.9.1. Prolapso discal
- 2.3.9.2. Osteofito: espondilosis cervical
- 2.3.9.3. Tumor intraespinal.
- 2.3.9.4. Fractura o colapso de las vértebras cervicales.
- 2.3.9.5. Absceso epidural.
- 2.3.9.6. Tumor vertebral.
- 2.3.9.7. Herpes zóster agudo
- 2.3.9.8. Neuralgia postherpética.
- 2.3.9.9. Sífilis: tabes dorsal y paquimeningitis hipertrófica
- 2.3.9.10. Meningitis y aracnoiditis.
- 2.3.9.11. Avulsión traumática de raíces nerviosas
- 2.3.9.12. Síndrome apical pulmonar. Tumor de Pancoast
- 2.3.9.13. Síndrome del opérculo torácico
- 2.3.9.14. Costilla cervical o malformación de la primera costilla cervical
- 2.3.9.15. Dolor por enfermedad metastásica esquelética del hombro o brazo
- 2.3.10. Lesiones del Plexo Braquial.
- 2.3.10.1. Tumor del plexo braquial.
- 2.3.10.2. Irritación química del plexo braquial.
- 2.3.10.3. Avulsión traumática del plexo braquial
- 2.3.10.4. Postradiación.
- 2.3.10.5. Brazos doloridos y dedos inquietos
- 2.3.11. Dolor de Hombro, Brazo y Mano.
- 2.3.11.1. Tendinitis bicipital
- 2.3.11.2. Bursitis subacromial (bursitis subdeltoidea y tendinitis del supraespinoso)
- 2.3.11.3. Ruptura del manguito rotador: parcial o completa
- 2.3.11.4. Epicondilitis lateral (codo de tenista)
- 2.3.11.5. Epicondilitis medial (codo de golfista)
- 2.3.11.6. Tenosinovitis de DeQuervain
- 2.3.11.7. Osteoartritis de la mano
- 2.3.11.8. Síndrome del tunel carpiano
- 2.3.11.9. Dolor de origen psicológico en el hombro y el brazo.
- 2.3.11.9.1. Tensión
- 2.3.11.9.2. Ilusorio o alucinatorio
- 2.3.11.9.3. Histérico o hipocondríaco
- 2.3.12. Enfermedad vascular de los miembros
- 2.3.12.1. Enfermedad de Raynaud
- 2.3.12.2. Fenómeno de Raynaud
- 2.3.12.3. Congelamiento y lesión por frío

- 2.3.12.4. Eritema pernio (sabañón)
- 2.3.12.5. Acrocianosis
- 2.3.12.6. Lidedo reticularis
- 2.3.13. Enfermedad del colágeno de los miembros
 - 2.3.13.1. Esclerodermia
 - 2.3.13.2. Ergotismo
- 2.3.14. Enfermedad funcional por vasodilatación de los miembros
 - 2.3.14.1. Eritromelalgia
 - 2.3.14.2. Tromboangeítis obliterante
 - 2.3.14.3. Insuficiencia venosa crónica.
- 2.3.15. Insuficiencia arterial de los miembros
 - 2.3.15.1. Claudicación intermitente.
 - 2.3.15.2. Dolor de reposo
- 2.3.16. Dolor de origen psicológico de los miembros
 - 2.3.16.1. Tensión.
 - 2.3.16.2. Ilusorio.
 - 2.3.16.3. Conversión.
- 2.3.17. Dolor torácico.
 - 2.3.17.1. Herpes zoster agudo
 - 2.3.17.2. Neuralgia postherpética.
 - 2.3.17.3. Postinfección y neuralgia periférica segmental.
 - 2.3.17.4. Angina de pecho.
 - 2.3.17.5. Infarto de miocardio.
 - 2.3.17.6. Pericarditis.
 - 2.3.17.7. Aneurisma de aorta.
 - 2.3.17.8. Enfermedades del diafragma
 - 2.3.17.8.1. Infección: origen torácico o pulmonar
 - 2.3.17.8.2. Neoplásica: origen torácico o pulmonar
 - 2.3.17.8.3. Musculoesquelético
 - 2.3.17.8.4. Infección: origen gastrointestinal
 - 2.3.17.8.5. Neoplásica: origen gastrointestinal
 - 2.3.17.8.6. Colelitiasis
 - 2.3.17.9. Fractura o colapso de la vértebra torácica.
 - 2.3.17.10. Síndrome de la costilla flotante
 - 2.3.17.11. Dolor postmastectomía: agudo y subagudo
 - 2.3.17.12. Dolor postmastectomía: crónico no maligno
 - 2.3.17.13. Dolor postmastectomía final o carcinoma regional
 - 2.3.17.14. Síndrome de dolor postoracotomía
- 2.3.18. Dolor torácico de origen psicológico
 - 2.3.18.1. Tensión muscular.
 - 2.3.18.2. Ilusorio
 - 2.3.18.3. Conversión.
- 2.3.19. Dolor torácico: referido al tracto abdominal o gastrointestinal
 - 2.3.19.1. Absceso subfrénico
 - 2.3.19.2. Organos abdominales herniados
 - 2.3.19.3. Desórdenes de la motilidad esofágica
 - 2.3.19.4. Esofagitis
 - 2.3.19.5. Reflujo esofágico con ulceración péptica.
 - 2.3.19.6. Carcinoma del esófago.
 - 2.3.19.7. Úlcera gástrica con dolor torácico
 - 2.3.19.8. Úlcera duodenal con dolor torácico
 - 2.3.19.9. Enfermedad visceral torácica con dolor
 - 2.3.19.9.1. Referida al abdomen
 - 2.3.19.9.2. Pericarditis
 - 2.3.19.9.3. Hernia diafragmática
- 2.3.20. Dolor abdominal de origen neurológico
 - 2.3.20.1. Herpes zoster agudo
 - 2.3.20.2. Neuralgia postherpética
 - 2.3.20.3. Neuralgia segmental o intercostal
 - 2.3.20.4. Síndrome de la décimo segunda costilla
 - 2.3.20.4. Síndrome del atrapamiento del nervio abdominocutáneo
- 2.3.21. Dolor abdominal de origen visceral
 - 2.3.21.1. Fallo cardíaco
 - 2.3.21.2. Enfermedad vesícula biliar
 - 2.3.21.3. Síndrome postcolecistectomía
 - 2.3.21.4. Úlcera gástrica crónica
 - 2.3.21.5. Úlcera duodenal crónica
 - 2.3.21.6. Carcinoma de estómago
 - 2.3.21.7. Carcinoma del páncreas
 - 2.3.21.8. Isquemia mesentérica crónica
 - 2.3.21.9. Enfermedad de Crohn
 - 2.3.21.10. Constipación crónica
 - 2.3.21.11. Síndrome del colon irritable
 - 2.3.21.12. Enfermedad diverticular del colon
 - 2.3.21.13. Carcinoma de colon
- 2.3.22. Síndrome de dolor abdominal de enfermedades generalizadas

- 2.3.22.1. Fiebre familiar del Mediterráneo (FMF)
- 2.3.22.2. Migraña abdominal
- 2.3.22.3. Porfiria intermitente aguda
- 2.3.22.4. Coproporfiria hereditaria
- 2.3.22.5. Porfiria variegata
- 2.3.23. Dolor abdominal de origen psicológico
- 2.3.23.1. Tensión muscular
- 2.3.23.2. Ilusorio o alucinatorio
- 2.3.23.3. Conversión.
- 2.3.24. Enfermedades del útero, ovarios y anexos
- 2.3.24.1. Mittelschmerz
- 2.3.24.2. Dismenorrea secundaria
- 2.3.24.2.1. Con endometritis
- 2.3.24.2.2. Con adenomiosis o fibrosis
- 2.3.24.2.3. Con obstrucción congénita
- 2.3.24.2.4. Con obstrucción adquirida.
- 2.3.24.2.5. Causas psicológicas
- 2.3.24.3. Dismenorrea primaria
- 2.3.24.4. Endometriosis
- 2.3.24.5. Parametritis posterior
- 2.3.24.6. Salpingitis tuberculosa
- 2.3.24.7. Retroversión del útero
- 2.3.24.8. Dolor ovárico
- 2.3.24.9. Dolor pelviano crónico sin patología obvia (CPPWOP)
- 2.3.25. Dolor en el Recto, Perineo y Genitales Externos.
- 2.3.25.1. Neuralgia de los nervios iliohipogástrico, ilioinguinal o genitofemoral.
- 2.3.25.2. Infiltración por tumor del sacro y nervios sacros.
- 2.3.25.3. Dolor rectal, perineal y genital de origen psicológico.
- 2.3.26. Dolor de espalda y dolor de origen neurológico en el tronco y la espalda
- 2.3.26.1. Prolapso del disco intervertebral
- 2.3.26.2. Herpes zóster agudo
- 2.3.26.3. Neuralgia postherpética
- 2.3.26.4. Tumor intraespinal
- 2.3.26.5. Fractura de vértebras lumbares
- 2.3.26.6. Colapso de las vértebras lumbares
- 2.3.26.7. Absceso epidural
- 2.3.26.8. Tumor vertebral
- 2.3.26.8.1. Que involucra nervios: tórax
- 2.3.26.8.2. Que involucra músculo esquelético: tórax
- 2.3.26.8.3. Que involucra nervios: abdomen
- 2.3.26.8.4. Que involucra músculo esquelético: abdomen
- 2.3.26.8.5. Que involucra nervios: baja espalda
- 2.3.26.8.6. Metástasis músculoesquelética: baja espalda
- 2.3.26.9. Tumor retroperitoneal
- 2.3.26.10. Sífilis
- 2.3.26.11. Meningitis y aracnoiditis
- 2.3.26.12. Carcinomatosis meníngea
- 2.3.26.13. Infiltración tumoral del plexo lumbosacro
- 2.3.27. Dolor de espalda de origen musculoesquelético
- 2.3.27.1. Osteofito
- 2.3.27.2. Espondilolisis lumbar
- 2.3.27.3. Estenosis espinal
- 2.3.27.4. Sacralización o lumbarización (vértebra transicional)
- 2.3.27.5. Faceta articular anormal (tropismo facetario)
- 2.3.27.6. Dolor bajo de espalda agudo postesfuerzo
- 2.3.27.7. Recurrente dolor bajo de espalda postesfuerzo excesivo
- 2.3.27.8. Trauma: agudo
- 2.3.27.9. Dolor de espalda bajo crónico mecánico
- 2.3.27.10. Lesión de disco prolapsado
- 2.3.27.11. Lesión de cauda equina
- 2.3.27.12. Espondilitis anquilosante
- 2.3.27.13. Síndrome del cuadrado de los lomos
- 2.3.27.14. Síndromes glúteo
- 2.3.28. Dolor de espalda de origen visceral.
- 2.3.28.1. Carcinoma del recto.
- 2.3.29. Dolor de espalda bajo de origen psicológico
- 2.3.29.1 Tensión.
- 2.3.29.2 Ilusorio
- 2.3.29.3. Conversión.
- 2.3.30. Síndromes locales en la pierna y el pie Dolor de origen neurológico
- 2.3.30.1. Neuropatía del femorocutáneo lateral (meralgia parestésica)
- 2.3.30.2. Neuralgia del obturador
- 2.3.30.3. Neuralgia femoral
- 2.3.30.4. Neuralgia del ciático
- 2.3.30.5. Neuralgia interdigital del pie (Metatarsalgia de Morton)
- 2.3.30.6. Neuropatía por inyección

- 2.3.30.7. Pierna dolorida y dedos inquietos
- 2.3.30.8. Enfermedad metastásica
- 2.3.31. Síndromes de dolor de la cadera y el muslo de origen musculoesquelético
- 2.3.31.1. Bursitis isquial
- 2.3.31.2. Bursitis trocantérica
- 2.3.31.3. Osteoartritis de cadera
- 2.3.32. Síndromes musculoesqueléticos de la pierna
- 2.3.32.1. Estenosis espinal.
- 2.3.32.2. Osteoartritis de la rodilla
- 2.3.32.3. Calambres nocturnos
- 2.3.32.4. Facitis plantar

3. Norma 2: Listado de consultas y procedimientos. Requisitos para su práctica.

En medicina del dolor y clasificación de los mismos a realizar según los diferentes niveles de riesgo del ámbito de su aplicación.

3.1. Se considerará:

- 3.1.1. Nivel 1: solamente podrán realizarse las consultas o procedimientos indicados con el número 1.
- 3.1.2. Nivel 2: se podrán realizar las consultas o procedimientos indicados con el número 2 ó 1.
- 3.1.3. Nivel 3: se podrán realizar solamente las consultas o procedimientos indicados con el número 3. En establecimientos nivel 3 se pueden realizar la totalidad de consultas y procedimientos contenidos en el listado.

Consultas	Nivel de riesgo
Consulta en consultorio. Primera vez	1
Consulta en domicilio. Primera vez	1
Consultas de seguimiento en consultorio o domicilio semanal y/o mensual	1
Bloqueos	Nivel de riesgo
Bloqueo del nervio occipital.	2
Bloqueo diagnóstico interescalénico.	2
Bloqueo axilar diagnóstico.	2
Bloqueo de Bier con vasodilatadores (ej.:bretilio o guanetidina).	2
Bloqueo interescalénico regional continuo (por c/24 hs).	2
Bloqueo diagnóstico o terapéutico del Ganglio Estrellado.	2
Bloqueo paravertebral cervical	2
Bloqueo paravertebral torácico	2
Bloqueo paravertebral lumbar	2
Bloqueo periradicular diagnóstico o terapéutico por fluoroscopia.	2
Bloqueo periradicular diagnóstico o terapéutico por fluoroscopia. (+ de 1 nivel)	2
Bloqueo selectivo de raíces cervicales con fluoroscopia.	2
Bloqueo selectivo de raíces torácicas o lumbares con fluoroscopia. (1 Nivel)	2
Bloqueo selectivo de raíces torácicas o lumbares con fluoroscopia. (+ de 1 Nivel)	2
Bloqueo de raíces con catéter de Racz.	2
Bloqueo del ganglio de Whalter. Diagnóstico.	2
Bloqueo del ganglio de Whalter. Neurolítico.	2
Bloqueo del simpático lumbar o dorsal.	2
Bloqueo intercostal (1 o más niveles).	2
Bloqueo neurolítico intercostal (1 o más niveles).	2
Bloqueos facetarios lumbares.	2
Bloqueos facetarios torácicos.	2
Bloqueos facetarios cervicales.	2
Bloqueo Neurolítico Esplácnico.	3
Bloqueo diagnóstico y/o terapéutico del Plexo Celíaco.(uni o bilateral)	3
Bloqueo diagnóstico o terapéutico peridural cervical	2
Bloqueo diagnóstico o terapéutico peridural torácico o lumbar.	2
Bloqueo raquídeo diagnóstico y/o terapéutico con Opioides.	2
Bloqueo raquídeo diagnóstico y/o terapéutico con Baclofen.	2
Bloqueo neurolítico peridural cervical.	2
Bloqueo neurolítico peridural torácico.	2
Bloqueo neurolítico peridural lumbar.	2
Bloqueo del plexo hipogástrico superior.	2
Bloqueo diagnóstico y/o terapéutico del ganglio de Gasser.	2
Epidurograma.	2
Epiduroscopia.	3
Discograma.	2
Estimulación discal diagnóstica.	2
Bloqueo de articulación sacroilíaca. (Unilateral)	2
Bloqueo de articulación sacroilíaca. (Bilateral)	2
Infiltraciones	Nivel de riesgo
Infiltración de puntos gatillos. (hasta 3)	1
Infiltración de puntos gatillos. (más de 3)	1
Proloterapia de articulación sacroilíaca. (Unilateral)	2
Proloterapia de articulación sacroilíaca. (Bilateral)	2
Infiltración articulación rodilla. (Unilateral)	2
Infiltración articulación rodilla. (Bilateral)	2
Infiltración articulación cadera. (Unilateral)	2
Infiltración articulación cadera. (Bilateral)	2
Infiltración articulación hombro. (Unilateral)	2
Infiltración articulación hombro. (Bilateral)	2
Infiltración de nervios periféricos.	2
Colocación de catéteres y analgesia regional	Nivel de

3.2. Pautas generales para la realización de Procedimientos Invasivos en Dolor.

3.2.1. Con relación al paciente:

3.2.1.1. Debe tener una indicación precisa avalada por un plan de estudio, con una historia clínica de dolor y los exámenes complementarios recomendables para cada caso.

3.2.1.2. Los pacientes deben presentarse con un ayuno de 6 hs. como mínimo

3.2.1.3. No poseer contraindicaciones absolutas tales como:

3.2.1.3.1. Infección de la piel en la zona de abordaje

3.2.1.3.2. Sepsis

3.2.1.3.3. Coagulopatía

3.2.1.4. En el caso de contraindicaciones relativas debe tratarse cada situación en particular para evitar las posibles complicaciones:

3.2.1.4.1. Ingesta de Anticoagulantes

3.2.1.4.2. Tumores del SNC con hipertensión endocraneana (para procedimientos del neuroaxis)

3.2.1.4.3. Distress psicológico severo

3.2.1.5. Consentimiento informado: el paciente debe tener conocimiento del procedimiento a realizar, pronóstico y posible complicaciones. Todas las dudas deben ser explicadas.

3.2.1.6. Dicho consentimiento se deberá realizar por escrito y firmado por el paciente, o tutor o encargado en caso de minoría de edad o encontrarse inhabilitado legal o físicamente. El consentimiento deberá incluir garantía de medios pero no de resultados.

3.2.1.7. Deberían ser repetidos los procedimientos solo en aquellos pacientes en los cuales se demuestre beneficio clínico.

3.2.1.8. Luego de la realización del procedimiento el paciente será observado en la sala de cuidados postanestésicos por el tiempo que el especialista indique como necesario. En aquellos procedimientos más complejos la internación del paciente para su observación será decidida por el especialista.

3.2.1.9. Siempre se realizará un seguimiento postprocedimiento que puede ser telefónico, en consultorio externo o en el domicilio del paciente, a los efectos de evaluar la respuesta al mismo y las posibles complicaciones.

3.2.2. Con relación al experto:

3.2.2.1. Este debe contar con los requisitos necesarios establecidos en la currícula para expertos en Medicina del Dolor.

3.2.2.2. Deberá realizar un informe previo para informar al paciente, institución médica o entidad correspondiente, acerca de la indicación del procedimiento avalado por el plan de estudio previo surgido del examen físico y los estudios complementarios y asentado en la historia clínica.

3.2.2.3. La técnica, vía de abordaje, material a utilizar, etc. deben estar dentro de los cánones y del marco de la práctica de la médica de la práctica habitual, es decir lo que surge del consenso de expertos en la materia o de las publicaciones basadas en la evidencia, tanto a nivel nacional como internacional con adaptación al medio.

3.2.2.4. El experto en medicina del dolor debe dejar sentado en un parte o informe del procedimiento realizado, explicando las estructuras abordadas, material, técnica utilizada, etc.

3.2.2.5. Luego del procedimiento el experto en medicina del dolor debe realizar una visita postprocedimiento en donde evalúa la respuesta del paciente y posibles complicaciones inmediatas. Finalmente el experto en medicina del dolor firma el alta cuando a su criterio el paciente se encuentra estable y puede regresar a su domicilio.

3.2.2.6. Antes de ser dado de alta debe recibir información acerca de los cuidados postprocedimiento, (reposo, medicaciones, etc.), y un número telefónico donde pueda comunicarse en caso de emergencia.

3.2.2.7. El experto en medicina del dolor deberá llevar un registro de sus pacientes para posteriores consultas, seguimiento, estudio epidemiológico, etc..

3.2.3. Con relación a la institución:

3.2.3.1. Deberá contar con los requisitos de Acreditación de acuerdo a los Niveles de Riesgo .

3.2.3.2. Deberá contar con una sala para un control preprocedimiento, comprobar la existencia de ayuno, medicaciones que puedan afectar el procedimiento (anticoagulantes, AINES, etc.), alergias medicamentosas y control de signos vitales.

3.2.3.3. Debe contar con una sala para la realización de procedimientos y poseer los materiales necesarios para la práctica de los mismos, que varían según el tipo. (ver Equipamiento básico para Procedimientos en Medicina del dolor).

3.2.3.4. Debe poseer una sala o área de Cuidados Postanestésicos, en donde se realiza un control postprocedimiento, signos vitales y aseguran el bienestar general del paciente: brindar medicación analgésica si es necesaria, medicaciones específicas requeridas por la enfermedad de base del paciente, comidas, etc. (Ver equipamiento básico para Procedimientos en Medicina del dolor. La norma de Equipamiento Básico para salas de recuperación Postanestésica satisface las necesidades del área de cuidados postprocedimientos.)

3.2.3.5. Acorde a la complejidad del área de dolor deberá llevar un registro de los pacientes para su seguimiento y el relevamiento epidemiológico de las distintas entidades nosológicas con todas las características de interés de acuerdo a las necesidades específicas de la historia clínica de dolor.

3.3. Pautas para la realización de procedimientos implantables y neurodestructivos:

3.3.1. Neurodestructivos:

Alcoholizaciones, Fenolizaciones, Radiofrecuencia, Crioneurolysis. Además de todos los requisitos anteriores en los procedimientos neurodestructivos es necesario la realización de procedimientos diagnósticos previos a la destrucción de tejido neurológico. Debido a que este procedimiento en muchos casos es definitivo se deben practicar previamente procedimientos con intención diagnóstica y solo en caso de lograr resultados positivos se debe proceder con el definitivo.

3.3.2. Dispositivos Implantables:

3.3.2.1. Neuroestimuladores: como primera medida el paciente debe ser sometido a un test de screening psicológico. Si el paciente lo aprueba luego se considerará la colocación de un electrodo temporario percutáneo por varios días. Si esto le brinda una mejoría de sus síntomas mayor al 70%, entonces recién se considera la colocación del electrodo definitivo con el generador y batería. Este último se realiza con la asistencia de un neurocirujano o un especialista acreditado con experiencia para la realización de la etapa quirúrgica del procedimiento.

3.3.2.2. Bombas de Infusión: en este caso también el paciente debe ser sometido a un test psicológico. De ser superada esta instancia se procede con un estudio diagnóstico que consiste en la colocación de opiáceos intratecales mediante una inyección única o a través de la colocación de un catéter peridural e infusión continua. Si el paciente refiere una mejoría del 70% o mayor entonces se considera la colocación de un dispositivo definitivo

4. Norma 3: Acreditación de Areas de Medicina del Dolor

Las tareas de acreditación deben llevarse a cabo por la Autoridad competente.

4.1. Características de las instalaciones para el diagnóstico y tratamiento del dolor

La presente norma adhiere a las pautas internacionales elaboradas por la IASP en cuanto a los criterios para la Acreditación de las diferentes Areas de Medicina del Dolor y las adecua a nuestro medio.

4.1.1. Definición de términos

4.1.1.1. Instalación de Diagnóstico y Tratamiento de Dolor

Término genérico que se refiere a todas las formas de instalaciones para el tratamiento del dolor, sin considerar al personal involucrado o tipos de pacientes atendidos.

4.1.1.2. Centro Multidisciplinario de Diagnóstico y Tratamiento del Dolor

Es una organización de científicos y profesionales de la salud que incluye la investigación, enseñanza y atención de pacientes con dolor agudo y crónico. Es la más grande y compleja de las instalaciones, e idealmente debería existir como componente de una escuela médica u hospital escuela. Los programas clínicos deben ser supervisados por un autorizado y entrenado director médico. Se requiere una amplia gama de profesionales: médicos, psicólogos, enfermeros, terapeutas físicos, terapeutas ocupacionales, consejeros vocacionales, trabajadores sociales y otros, intercomunicados entre sí. Deben ofrecerse programas para pacientes internados y ambulatorios de diagnóstico y tratamiento.

Características del Centro Multidisciplinario de Diagnóstico y Tratamiento del Dolor:

4.1.1.2.1. Distintos tipos de profesionales

4.1.1.2.2. Por lo menos tres especialidades médicas, una debe ser psiquiatría o psicología médica. Debe contemplar aspectos físicos y psicosociales del paciente. La necesidad de los otros proveedores de salud debe ser determinada sobre la base de la población asistida.

4.1.1.2.3. Los profesionales deberían comunicarse entre sí acerca de cada paciente y de los programas de tratamiento.

4.1.1.2.4. Debería haber un coordinador o Director del centro. Si no es médico, debería existir además un Director de Servicios Médicos experto en medicina del dolor, responsable del monitoreo de los profesionales.

4.1.1.2.5. El Centro Multidisciplinario de Dolor debería ofrecer diagnóstico y servicio terapéuticos que incluyen manejo de medicación, consultas médicas, revisión de tratamiento previos y test diagnósticos, exámenes físicos, evaluación y tratamientos psicológicos, fisioterapia, evaluación vocacional, etc.

4.1.1.2.6. El Centro Multidisciplinario de Dolor debe tener un espacio designado para sus actividades, adecuado para pacientes internados y ambulatorios.

4.1.1.2.7. El Centro Multidisciplinario de Dolor debe tener archivos y registros de sus pacientes, también para evaluar resultados y efectividad de los programas.

4.1.1.2.8. El Centro Multidisciplinario de Dolor debe tener empleados de soporte para llevar a cabo sus actividades.

4.1.1.2.9. Los proveedores activos de cuidados de la salud deben tener un adecuado conocimiento de ciencias básicas y prácticas clínicas relevantes en el tratamiento del dolor crónico.

4.1.1.2.10. El Centro Multidisciplinario de Dolor debe tener profesionales entrenados en el manejo de las emergencias.

4.1.1.2.11. El Centro Multidisciplinario de Dolor debe estar disponible para tratar la más amplia gama de dolores crónicos de diferente etiología.

4.1.1.2.12. El Centro Multidisciplinario de Dolor debe establecer protocolos del manejo del paciente con dolor y evaluar su eficacia periódicamente.

4.1.1.2.13. El Centro Multidisciplinario de Dolor debe tratar un adecuado número de pacientes a fin de mantener la práctica del Staff profesional.

4.1.1.2.14. Los miembros del Centro Multidisciplinario de Dolor deben desarrollar tareas de investigación en dolor crónico.

4.1.1.2.15. El Centro Multidisciplinario de Dolor debe tener programas educacionales de diferentes niveles de proveedores de salud, pre graduados, graduados y postdoctorales.

4.1.1.2.16. El Centro Multidisciplinario de Dolor debe estar estrechamente afiliada a una institución mayor de investigación y ciencias educativas.

4.1.1.2.17. Este tipo de establecimiento admite consultas y procedimientos para los niveles de riesgo 1, 2 y 3.

4.1.1.3. Clínica Multidisciplinaria de Diagnóstico y Tratamiento del Dolor

Similar a la anterior, pero sin investigación ni enseñanza en sus programas regulares.

Características deseables de una Clínica multidisciplinaria de dolor

4.1.1.3.1. Distintos tipos de profesionales

4.1.1.3.2. Por lo menos tres especialidades médicas, una debe ser psiquiatría o psicología médica. Debe contemplar aspectos físicos y psicosociales del paciente. La necesidad de los otros proveedores de salud debe ser determinada sobre la base de la población asistida.

4.1.1.3.3. Los profesionales deberían comunicarse entre sí acerca de cada paciente y de los programas de tratamiento.

4.1.1.3.4. Debería haber un coordinador o Director del centro. Si no es médico, debería existir además un Director de Servicios Médicos experto en Medicina del dolor responsable del monitoreo de los profesionales.

4.1.1.3.5. La Clínica Multidisciplinaria de Dolor debería ofrecer diagnóstico y servicio terapéuticos que incluyen manejo de medicación, consultas médicas, revisión de tratamiento previos y test diagnósticos, exámenes físicos, evaluación y tratamientos psicológicos, fisioterapia, evaluación vocacional, etc.

4.1.1.3.6. La Clínica Multidisciplinaria de Dolor debe tener un espacio designado para sus actividades, adecuado para pacientes internados y ambulatorios.

4.1.1.3.7. La Clínica Multidisciplinaria de Dolor debe tener archivos y registros de sus pacientes, también para evaluar resultados y efectividad de los programas.

4.1.1.3.8. La Clínica Multidisciplinaria de Dolor debe tener empleados de soporte para llevar a cabo sus actividades.

4.1.1.3.9. Los proveedores activos de cuidados de la salud deben tener un adecuado conocimiento de ciencias básicas y prácticas clínicas relevantes en el tratamiento del dolor crónico.

4.1.1.3.10. La Clínica Multidisciplinaria de Dolor debe tener profesionales entrenados en el manejo de las emergencias.

4.1.1.3.11. La Clínica Multidisciplinaria de Dolor debe estar disponible para tratar la más amplia gama de dolores crónicos de diferente etiología.

4.1.1.3.12. La Clínica Multidisciplinaria de Dolor debe establecer protocolos del manejo del paciente con dolor y evaluar su eficacia periódicamente.

4.1.1.3.13. La Clínica Multidisciplinaria de Dolor debe tratar un adecuado número de pacientes a fin de mantener la práctica del

Staff profesional.

4.1.1.3.14. Este tipo de establecimiento admite consultas y procedimientos para los niveles de riesgo 1, 2 y 3.

4.1.1.4. Clínica de Diagnóstico y Tratamiento del Dolor

Esta institución enfoca el diagnóstico y tratamiento del paciente con dolor clínico. Puede orientarse en diagnósticos específicos o en dolores relacionados con áreas específicas del cuerpo (Ej.: Clínica de Cefaleas, Clínica de Lumbalgias, etc.) o de características interdisciplinarias.

Puede ser grande o pequeña y debería ser dirigida por un médico experto en medicina del dolor.

Características de una Clínica de Dolor

4.1.1.4.1. Deberá tener acceso a la internación en por lo menos tres especialidades médicas.

4.1.1.4.2. Los profesionales deberían comunicarse entre sí acerca de cada paciente y de los programas de tratamiento.

4.1.1.4.3. Debería haber un coordinador o Director de la clínica. Si no es médico, debería existir además un Director de Servicios Médicos experto en medicina del dolor responsable del monitoreo de los profesionales.

4.1.1.4.4. Debe ofrecer servicios de diagnóstico y tratamiento.

4.1.1.4.5. Debe tener asignado espacio para sus actividades.

4.1.1.4.6. La Clínica de Dolor debe tener archivos y registros de sus pacientes, también para evaluar resultados y efectividad de los programas.

4.1.1.4.7. La Clínica de Dolor debe tener empleados de soporte para llevar a cabo sus actividades.

4.1.1.4.8. Los proveedores activos de cuidados de la salud deben tener un adecuado conocimiento de ciencias básicas y prácticas clínicas relevantes en el tratamiento del dolor crónico.

4.1.1.4.9. La Clínica de Dolor debe tener profesionales entrenados en el manejo de las emergencias.

4.1.1.4.10. Este tipo de establecimiento admite consultas y procedimientos para los niveles de riesgo 1 y 2.

4.1.1.5. Consultorio de Medicina del Dolor

Será un consultorio particular, en un establecimiento de cualquiera de los niveles de riesgo, en un centro periférico, Municipal, Provincial, etc., que será atendido por un Médico Experto en Medicina del Dolor. En el mismo se podrán hacer consultas y procedimientos establecidos en el apartado correspondiente de esta norma, designado como nivel 1.

Características de un Consultorio del Dolor

4.1.1.5.1. Debe ofrecer servicios de diagnóstico y tratamiento.

4.1.1.5.2. Debe tener asignado espacio para sus actividades.

4.1.1.5.3. El consultorio del dolor debe tener archivos y registros de sus pacientes, también para evaluar resultados y efectividad de los programas.

4.1.1.5.4. El consultorio del dolor puede tener empleados de soporte para llevar a cabo sus actividades.

4.1.1.5.5. Debe mantener íntima relación con algún establecimiento de mayor complejidad para poder llevar a cabo los procedimientos que figuran en el listado de estas normas para nivel 2 y 3 de riesgo, las internaciones o interconsultas cuando sean necesarias.

4.2. Relación del área o servicio dolor con otras dependencias del área de prestadores de servicios de salud

4.2.1. Dependencia administrativa

4.2.1.1. La dependencia administrativa deberá ser en forma directa de la División Anestesia o Servicio de Anestesiología de la Institución. El anestesiólogo es especialmente entrenado en el tratamiento del dolor perioperatorio, lo que conlleva al seguimiento del paciente mediante técnicas analgésicas que en muchas oportunidades comienzan en el preoperatorio y/o intraoperatorio. (Ej.: colocación de catéteres epidurales, analgesia preventiva, etc.) En el mundo existe consenso y es común esta elección basándose en que la mayoría de los expertos en dolor son además Anestesiólogos.

4.2.1.2. Deberá ser resorte de la División o Servicio de Anestesiología, el seleccionar al personal que tendrá a su cargo las tareas de diagnóstico y tratamiento del dolor, de acuerdo a las normas vigentes en cada institución.

4.2.1.3. La nueva dependencia tendrá carácter de Servicio o Área, según corresponda.

4.2.1.4. La misma contará con un encargado o jefe de servicio o área. El cargo mencionado se asignará por concurso de antecedentes, mediante selección abierta o interna, de acuerdo al sistema vigente para cada institución y según corresponda la designación o creación de partidas.

4.2.2. De los recursos humanos.

4.2.2.1. Es incumbencia de cada médico tratante asistir a un paciente con dolor agudo siempre que se resuelva dentro de las primeras 6 hs. de su presentación a la consulta médica o ingreso al centro asistencial.

4.2.2.1.1. El médico tratante deberá registrar la intensidad del dolor utilizando una escala verbal numérica y si luego del término previsto el dolor supera los 3 puntos de dicha escala, se deberá indicar la participación del experto en medicina del dolor.

4.2.2.2. Un experto en Medicina del Dolor deberá ser consultado para la evaluación, plan de estudio y tratamiento de los pacientes que padecen dolor crónico.

4.2.2.3. La certificación y recertificación del recurso humano médico estará a cargo de la autoridad competente.

4.2.2.4. Se debe contar con personal de enfermería entrenado en las tareas a desarrollar por el Servicio o Área Dolor, tanto en los niveles de complejidad 1, 2 o 3.

4.2.2.5. La cantidad de los mismos dependerá de la complejidad de la institución y el grado de desarrollo que tenga dicho Servicio o Área, el horario en que desempeñe sus funciones, no pudiendo ser inferior a uno en cada turno.

4.2.2.6. La selección del personal de enfermería será por antecedentes dando mayor preponderancia a la capacitación específica en el tema.

4.2.2.7. Se debe contar con personal de secretaría entrenado en el manejo de pacientes con dolor. En los niveles 2 y 3, dicho personal debe además, acreditar destreza en el manejo de datos epidemiológicos, realización de relevamientos telefónicos y coordinación de turnos para consultas y procedimientos.

4.2.2.8. Las tareas a desarrollar por el personal auxiliar serán diagramadas por el médico especialista en medicina del dolor en el nivel 1, y el jefe o encargado del servicio o área dolor en los niveles 2 y 3.

4.2.2.9. En el nivel 1 debe prestar atención un profesional con el título de experto en medicina del dolor. Puede contar con el apoyo de una secretaria para el otorgamiento de turnos y la mejor distribución de los pacientes.

4.2.2.10. En el nivel 2, se debe contar con un área o servicio dolor con las características descritas en las presentes normas, dependiendo de un jefe de servicio o área.

4.2.2.11 Los servicios o áreas de diagnóstico y tratamiento del dolor deberán contar a su vez con el recurso humano necesario para poder realizar sus funciones, y de acuerdo al nivel de complejidad.

4.2.2.12. El número de integrantes, excluida la jefatura, que se considera de utilidad para un nivel 2, debería ser de tres profesionales médicos de planta, experto en Medicina del Dolor.

4.2.2.13. El número de integrantes, excluida la jefatura, que se considera de utilidad para un nivel 3, debería ser de tres

profesionales médicos de planta y 7 profesionales de guardia activa, expertos en Medicina del Dolor.

4.2.2.14. El personal profesional se designará siguiendo igual metodología que para la selección de la jefatura.

4.2.2.15. En el nivel 3 el experto en Medicina del Dolor debería participar de las actividades del Departamento Docencia e Investigación.

4.2.2.16. En el nivel 2 y 3 el experto en Medicina del Dolor debería integrar el Comité de Bioética de la Institución.

4.2.3. De los recursos materiales.

4.2.3.1. El servicio o área dolor dispondrá de un lugar fijo o ámbito. El mismo puede corresponder a un Consultorio Particular o el Domicilio del paciente, en el nivel 1, y a un consultorio dentro de la institución en los niveles 2 y 3.

4.2.3.2. Las características de los Consultorios deberían ser:

4.2.3.2.1. Contar con una sala de espera de aproximadamente 16 metros cuadrados.

4.2.3.2.2. Sillas y/o sillones en cantidad suficiente para acomodar a 6 personas simultáneamente y adecuados a las características de minusvalía de algunos pacientes.

4.2.3.2.3. Instalaciones sanitarias lindantes a la misma con comodidades para el ingreso de sillas de ruedas y manoplas o agarraderas de seguridad.

4.2.3.2.4. Escritorio para recepción y otorgamiento de turnos en forma personal o telefónica.

4.2.3.2.5. Consultorio propiamente dicho características:

4.2.3.2.5.1. Aproximadamente 12 metros cuadrados.

4.2.3.2.5.2. Iluminación natural y artificial adecuadas.

4.2.3.2.5.3. Camilla

4.2.3.2.5.4. Escritorio

4.2.3.2.5.5. Negatoscopio

4.2.3.2.5.6. Esfigmomanómetro

4.2.3.2.5.7. Estetoscopio

4.2.3.2.5.8. Material para examen neurológico

4.2.3.2.5.9. Sillas en número de cuatro

4.2.3.2.5.10. Acondicionamiento ambiental frío calor

4.2.3.2.5.11. Todo otro material que sea considerado necesario para el funcionamiento del mismo

4.2.3.2.6. Historia Clínica de Dolor o Historia Clínica Única de la Institución con el agregado de folios específicos deberá constar de los siguientes ítems: en los niveles 2 y 3. (en el nivel 1, el profesional actuante podrá omitir, sobre la base de su criterio, uno o varios de los ítems que se enumeran a continuación.

- Medición cualitativa del dolor

- Medición de intensidad del dolor

- Repercusión psicológica del dolor

- Mapa dermatomal de Bonica

- Efectos de los distintos tratamientos realizados con anterioridad

- Plan de estudios diagnósticos

- Informe de propuesta terapéutica

- Resultado del plan de analgesia

- Hojas de solicitud de exámenes complementarios y de interconsultas.

- Hojas de evolución con los contenidos específicos donde consignar en una tabla los medicamentos y las dosis que recibe el paciente, las escalas de dolor, otras escalas de control de síntomas donde se monitoriza la intensidad de los mismos así como la respuesta a los tratamientos

- En la historia de dolor deberán volcarse los datos obtenidos basándose en la aplicación de métodos internacionalmente aceptados (por ej.: Termómetro de sufrimiento del Memorial SloanKettering Cancer Center, escalas numéricas y visuales análogas para intensidad de dolor, Sistema de evaluación de síntomas de Edmonton, performance de estatus Karnofsky, Minimental test de Folstein, Mac Gill, Cheops, Cries, Comfort, Premature Infant Pain Profile, escalas para niños (escala de caritas o la escala colorimétrica de Eland), Oucher, Bieri, Mc Grath, etc.)

4.2.3.3. Medicamentos básicos como analgésicos antiinflamatorios no esteroideos en ampollas y comprimidos o cápsulas, opioides de diferentes tipos, adyuvantes, etc.

4.2.3.4. Se deberá asignar un área lindante en los nivel 2 y 3, de aproximadamente 8 metros cuadrados debiendo ser equivalente en equipamiento a las salas de cuidados postanestésicos, según normas de equipamiento básico para salas de recuperación postanestésica.

4.2.3.5. Todo centro médico de nivel 2 y 3 deberá contar con un espacio físico exclusivo destinado a las actividades del servicio o área de dolor agudo, dependiente de la división o servicio de anestesiología que monitorizará diferentes áreas de incumbencia como ejemplos

§ Dolor perioperatorio

§ Dolor en obstetricia

§ Dolor en trauma

§ Dolor en sala de Terapia Intensiva

§ Dolor en Sala de Recuperación postanestésica

§ Enfermedades médicas o quirúrgicas que causan dolor agudo: dolor inflamatorio, infarto agudo de miocardio, cólico renal, herpes zóster, pancreatitis, hipo, isquemia de miembros inferiores, quemados, dolor agudo en pacientes oncológicos, etc..

4.2.3.6. Área de internación de medicina del dolor.

4.2.3.6.1. En el nivel 2 el área o servicio dolor deberá contar con camas disponibles para la internación de pacientes, pudiendo éstas pertenecer a otro servicio.

4.2.3.6.2. En el nivel 3 el área o servicio dolor deberá contar con camas propias disponibles para la internación de pacientes.

4.2.3.6.3. La cantidad de camas disponibles para el Área o Servicio Dolor, debería ser no inferior al 3 % de las camas disponibles o de dotación de la Institución, pudiendo este porcentaje modificarse de acuerdo a las diferentes políticas sanitarias y / o a la ubicación del centro.

4.2.3.6.4. La cantidad de metros cuadrados asignados a cada cama deberá seguir las normas vigentes del Ministerio de Salud Pública.

4.2.3.6.5. Deberá contar con los Servicios de Apoyo Generales tales como Laboratorio, Radiología, Unidad de Cuidados Intensivos, Servicio de Hemoterapia, Farmacia, Auditoría, Departamento o Jefatura de Enfermería, etc.

4.2.3.6.7. Todos los requerimientos materiales necesarios para la realización de los procedimientos están sujetos a variaciones de acuerdo al desarrollo del área o servicio dolor y a los niveles 1, 2 ó 3.

4.2.4 Del funcionamiento Generalidades

- 4.2.4.1. El nivel 1, los días y horarios de atención quedan supeditados al profesional actuante.
- 4.2.4.2. En el nivel 1, pueden llevarse a cabo las infiltraciones de puntos gatillo en pacientes ambulatorios, o cualquier otro procedimiento que a criterio del experto en Medicina del Dolor pueda ser realizado en forma ambulatoria y fuera del área quirúrgica.
- 4.2.4.3. Debería tener trato o contrato con una institución de nivel 2 ó 3 para el /los casos en que se presenten cuadros de imposible manejo en ámbito de un consultorio o domicilio.
- 4.2.4.4. Los criterios de internación quedan a cargo del profesional actuante.
- 4.2.4.5. El traslado del paciente queda a cargo de familia o cobertura social.
- 4.2.4.6. Las actividades del Consultorio del Servicio o Area Dolor (niveles 2 y 3) deberá cubrir un mínimo de 6 (seis) horas diarias a desarrollarse en horas de la mañana y/o en horario vespertino según lo conveniente a la Institución.
- 4.2.4.7. Se deberá coordinar para que dichas actividades se lleven a cabo conjuntamente y en el horario de mayor demanda de la Planta Quirúrgica.
- 4.2.4.8. El Servicio o Area Dolor atenderá los pacientes ambulatorios con estricto turno, el cual será otorgado por el Servicio o Area Dolor o en su defecto por la central de turnos de la Institución. Es conveniente, que si este último es el mecanismo vigente en la Institución, consensuar con el Servicio o Area Dolor cuales son las patologías, que pese a presentarse como ambulatorias, desde el punto de vista de la prevención y resolución de los problemas mayores que pudieran sucitarse, son consideradas patologías de urgencia.
- 4.2.4.9. De acuerdo al punto anterior, debería ser el Area o Servicio Dolor el que otorgue los turnos a los pacientes, y debe ser considerada esta como una práctica ponderada, ya que el tiempo medio de consulta ambulatoria supera los 60 minutos de primera vez y los 30 minutos las siguientes.
- 4.2.4.10. En el caso del dolor perioperatorio existen pautas internacionalmente aceptadas y este comité considera absoluto consenso con las mismas, las que son de exclusivo resorte de la División o Servicio de anestesiología y las recomendaciones siguientes son las guías en esta área para cumplimentarse en los niveles 2 y 3.
- Un individualizado Plan de Manejo del Dolor debe ser instituido a todo paciente quirúrgico.
 - El Personal Hospitalario debe ser entrenado acerca de los procedimientos de manejo del dolor para reducir el riesgo de los eventos adversos.
 - Los pacientes y sus familiares deben ser entrenados acerca del tema y participar en el control del dolor postoperatorio.
 - La medición y manejo del dolor perioperatorio debe ser documentado como una parte del registro de la historia clínica del paciente.
 - Anestesiólogos entrenados en el manejo del dolor deben estar disponibles 24 hs. al día. (solamente en el nivel 3)
 - Políticas de estándares institucionales deben practicarse en cada lugar para ordenar, administrar, discontinuar y transferir responsabilidades en el manejo del dolor.
 - Las técnicas más reconocidas como particularmente efectivas en el control del dolor postoperatorio:
 - Analgesia controlada por el paciente con opioides sistémicos (PCA)
 - Analgesia epidural con opioides, o con opioides y anestésicos locales.
 - Técnicas de anestesia regional.
 - Antiinflamatorios no esteroideos (AINEs) en infusión continua con rescates con opioides.
 - La literatura sugiere que combinación de estas técnicas analgésicas son más efectivas que el uso de técnicas aisladas en el control del dolor postoperatorio.
 - Un manejo interdisciplinario organizado debe ser utilizado en el manejo del dolor.
 - Los problemas de dolor en pediatría presentan características de manejo y reconocimiento propias.
 - La población de pacientes geriátricos también presentan alternativas de manejo de dolor específico.
 - Los pacientes sometidos a cirugía ambulatoria requieren consideraciones especiales.
- 4.2.4.11. El Servicio o Area Dolor deberá responder a todas aquellas interconsultas que soliciten los servicios de la institución, debiendo consignar en la historia clínica el probable diagnóstico, el o los tratamientos indicados y la frecuencia con la cual controlará la evolución de el/los pacientes
- 4.2.4.12. Un médico integrante del Servicio o Area Dolor debería formar parte del Comité de Ética de la Institución, para promover a una adecuada y completa revisión de las actividades de estudio e investigación comúnmente desarrolladas en esa institución. Así mismo participará en la toma de decisiones respecto a planes diagnósticos o terapéuticos en aquellos pacientes en los que se plantea un dilema ético.
- 4.2.4.13. El Servicio o Area Dolor elaborará políticas o protocolos de analgesia para ser puestos en práctica en las distintas áreas de la Institución, por ejemplo Departamento de Emergencias, Departamento de cirugía general, traumatología, neurocirugía, terapia intensiva, clínica médica, oncología clínica, pediatría, etc..
- 4.2.4.14. A su vez controlará que las mismas se lleven a cabo por personal médico y paramédico de cada una de las áreas en las cuales se les dé injerencia.
- 4.2.4.15. El Servicio o Area Dolor mantendrá informado, en forma mensual, a su jefatura inmediata mediante relevamientos estadísticos acerca de los pacientes atendidos en forma ambulatoria y por interconsultas. Deberá consignar diagnóstico, tratamiento y evolución de los mismos.
- 4.2.4.16. El Servicio o Area Dolor mantendrá informado a los Jefes de Departamentos acerca de los cambios en las terapias protocolizadas a llevarse a cabo, como así también el resultado de los mismos.
- 4.2.4.17. El Servicio o Area Dolor tendrá a su cargo la capacitación del personal médico y paramédico en cuanto a los avances en los diagnósticos y tratamientos de los cuadros o síndromes dolorosos más frecuentes.
- 4.2.4.18. Deberá realizar intercambio con otras especialidades para poder coordinar tratamientos efectivos y rápidos, dejar sentada la importancia de los tratamientos preventivos.
- 4.2.4.19. El Servicio o Area Dolor podrá hacer uso de otras dependencias de la institución para arribar a un diagnóstico o realizar tratamientos de los pacientes.
- 4.2.4.20. Para la realización del punto anterior, deberá contar con la autorización de las diferentes jefaturas y seguir los procedimientos y normativas de esas áreas en cuanto a la disponibilidad de sus recursos.
- 4.2.4.21. El Servicio o Area Dolor tiene a su cargo los pacientes con planes de analgesia continua, ya sea por medio de administración de medicamentos por vía endovenosa o catéteres en diferentes localizaciones, debiendo el mismo realizar por lo menos una vez al día el seguimiento y consignación en la historia clínica de la evolución de los mismos y cambios propuestos en dichos planes.
- 4.2.4.22. El Servicio o Area Dolor participará en todos aquellos eventos científicos que organice la institución a la que pertenecen, ya sea colaborando en su organización o por el aporte de datos científicos y estadísticos del funcionamiento del mismo.
- 4.2.4.23. La Institución será la encargada de proveer los recetarios para la prescripción de estupefacientes, debiendo los

integrantes del Servicio o Area Dolor realizar el trámite pertinente antes las autoridades del Ministerio de Salud Pública y Acción Social.

4.2.4.24. En el nivel 2 y 3, la realización de bloqueos de tipo diagnósticos, pronósticos y terapéuticos deberían ser realizados en el área quirúrgica central de las instituciones con la colaboración de los servicios de apoyo cuando éstos sean requeridos.

4.2.4.25. Corresponde a la jefatura del área o servicio dolor la tarea de solicitar todo aquel recurso humano, material e insumos que crea convenientes para el mejor funcionamiento y desarrollo de su área o servicio, debiendo seguir las pautas establecidas por la institución.

4.2.4.26. Las prácticas consignadas en el punto anterior deben seguir los pasos administrativos vigentes en cuanto a los requisitos de solicitud y utilización de los mismos que posea la institución.

4.2.4.27. Toda muestra profesional de medicamentos que sea entregada al cuerpo profesional de Servicio o Area Dolor, deberá quedar a disposición únicamente de los pacientes de la Institución.

4.2.4.28. El Servicio o Area Dolor podrá llamar a ateneo clínico o ambulatorio a otras especialidades para poder arribar a un mejor diagnóstico y / o tratamiento de los pacientes. Dicho llamado se realizará por escrito.

4.2.4.29. El servicio o área dolor, deberá concurrir a todos los llamados de ateneos o reuniones científicas cuando le sea solicitado por otros servicios, en forma escrita.

4.2.4.30. Corresponde al Servicio o Area Dolor otorgar el alta médica de sus pacientes, y comunicarlo fehacientemente en la historia clínica de la institución.

4.2.4.31. En caso de atención de pacientes internados a los que se les otorga alta médica por otro servicio, y se hallan en tratamiento por el servicio o área dolor, el servicio otorgante del alta deberá comunicar por escrito la misma al servicio o área dolor, para que esta pueda instaurar tratamiento domiciliario o ambulatorio si correspondiere.

4.2.4.32. El Servicio o Area Dolor deberá mantener estrecha relación con el Servicio de Psicología o Psicopatología de la Institución para brindar apoyo a todos aquellos pacientes que lo necesiten, y realizar un perfil psicológico para poder detectar personalidades con tendencias a la adicción a opioides o los casos en que es requisito según consta en estas normas.

4.2.4.33. El Servicio o Area Dolor deberá mantener estrecha relación con el Servicio de Medicina Social o Asistencia Social de la Institución para brindar apoyo en todos aquellos pacientes que lo necesiten.

4.2.4.34. Los integrantes del Servicio o Area Dolor podrán realizar encuentros grupales o individuales con el personal de psicología. Las mismas tienen por objeto mantener el equilibrio psicológico del grupo, poder afrontar los problemas afectivos desarrollados por los tratantes de los pacientes con cuadros dolorosos y evitar el síndrome del desgaste profesional.

4.2.4.35. La Institución deberá facilitar la concurrencia del personal del área o servicio dolor, a todos aquellos eventos nacionales o extranjeros que contribuyan a la formación profesional del mismo.

4.2.4.36. El Personal del Area o Servicio podrá volcar en la Institución los conocimientos adquiridos en los eventos nacionales y / o extranjeros.

4.2.4.37. El experto en Medicina del Dolor deberá participar de las tareas de Auditoría Médica, ante la solicitud para la realización de los procedimientos para el diagnóstico y tratamiento del dolor.

4.2.4.38. En el nivel 3 se deben respetar las normas de funcionamiento anteriores y además:

4.2.4.38.1. Deberá implementar, si no los hubiera, o acomodarse a planes de enseñanza curricular para la formación de recurso humano en el diagnóstico y tratamiento del dolor, tanto del personal médico como auxiliar.

4.2.4.38.2. Debe realizar protocolos de investigación en dolor.

4.2.4.38.3. Debe realizar la formación del recurso humano necesario.

4.2.4.38.4. Deberá aceptar la rotación de estudiantes profesionales en formación en el tratamiento del dolor, los que se hallen encuadrados y reconocidos por las autoridades que rubrican estas normas.

4.2.4.38.5. Deberá organizar charlas a la comunidad por lo menos dos veces al año, con el fin de difundir los conocimientos sobre el área dolor y hacerlos más comprensibles a la población.

4.2.5. De la atención domiciliaria:

4.2.5.1. Existen pacientes con imposibilidad de trasladarse a la Institución y que tampoco cumplen con los criterios de internación, es en este caso en que el paciente o sus familiares deberán gestionar, por medio del Servicio de Asistencia Social y ante las Autoridades, la correspondiente autorización para que el Servicio o Area Dolor prosiga con el tratamiento domiciliario del mismo.

4.2.5.2. De acuerdo al punto anterior, las autoridades de la institución deberían proveer al servicio o área dolor un móvil con chofer para poder seguir el tratamiento de los pacientes con internación o cuidados domiciliarios.

4.2.5.3. Dichas visitas se realizarán dentro del horario de atención del Servicio o Area Dolor, dentro de un marco reglado por el mismo y de acuerdo a cada paciente.

4.2.5.4. La Institución deberá proveer los insumos necesarios para la efectiva implementación del tratamiento por el Area o Servicio Dolor.

4.2.5.5. El Servicio o Area Dolor dispondrá de un número telefónico directo para que los pacientes o familiares pudieran evacuar dudas acerca del tratamiento o ser comunicados por cambios en los turnos o en la sistemática de trabajo del servicio.

4.2.6. De las defunciones:

4.2.6.1. Corresponde al servicio de cabecera confeccionar el certificado de defunción de los pacientes o seguir las pautas propias de cada Institución.

4.2.6.2. En caso de encontrarse un paciente internado y bajo tratamiento por el Area o Servicio de Medicina del Dolor, corresponderá la realización del certificado de defunción al mismo o seguir las pautas propias de cada Institución.

4.2.6.3. De los pacientes fallecidos en su domicilio, seguirán las normativas vigentes a la localidad donde acaeció el hecho.

4.2.7. De la relación con los servicios de apoyo

4.2.7.1. El Servicio o Area Dolor debe mantener estrecha relación de comunicación y cooperación con los servicios de apoyo de la Institución. (Ej.: hemoterapia, radiología, psicología, servicio social, laboratorio, auditoría médica, etc.).

4.2.7.2. Los Servicios de Apoyo deberán concurrir al llamado del Area o Servicio Dolor cuando esta lo requiera, ya sea para poder arribar a un mejor diagnóstico y / o tratamiento de los pacientes.

4.2.7.3. La Institución proveerá de los guardapolvos plomados y expositómetros termoluminiscentes a cada uno de los miembros del servicio o área dolor, para poder controlar, mediante un informe mensual, la cantidad de radiaciones ionizantes a las que son sometidos sus miembros.

4.2.7.4. El punto anterior cumplimenta lo establecido en la ley 17557/67 y Decreto reglamentario 6320/68 y las Normas Básicas de Seguridad Radiosanitaria

4.2.8. Requisitos de los procedimientos en quirófano:

4.2.8.1. Los que deban realizarse en la planta quirúrgica, lo harán siguiendo los pasos organizativos de la misma.

4.2.8.2. La División o Servicio de Anestesiología proveerá de los insumos necesarios para la realización de las técnicas diagnósticas, pronósticas y terapéuticas que sean necesarias.

4.2.8.3. En caso de ser requerida la colaboración de un cirujano, neurocirujano y / o cualquier otro personal capacitado para la realización o complementación de las tareas originadas en una indicación del servicio o áreas dolor, deberá ésta encargarse de solicitar dichos profesionales.

4.2.9. Del tratamiento de las emergencias:

4.2.9.1 De presentarse alguna emergencia en el nivel 1, el experto en Medicina del Dolor, deberá a su criterio y en cada caso, organizar la derivación del paciente a un nivel superior.

4.2.9.2. En casos de requerir del tratamiento en condiciones de emergencia, el Servicio o Area Dolor concurrirá de inmediato donde le sea requerida su presencia, dentro de su horario de trabajo.

4.2.9.3. En caso de presentarse una emergencia fuera del horario de funcionamiento del Servicio o Area Dolor, ésta debe manejarse conforme a los protocolos vigentes emanados de dicho Servicio o Area, y deberían ser puestos en práctica por el Anestesiólogo de Guardia o un médico del Servicio de Emergencias, en caso de imposibilidad de contar con el primero. Metodología seguida en el nivel 2.

4.2.9.4. El Servicio o Area Dolor deberá mantener informado al plantel de anestesiólogos de guardia acerca de las modalidades de trabajo y planes de tratamientos a instaurar en los distintos cuadros de emergencias.

4.2.9.5. El Departamento de Emergencias debería estar integrado con el Servicio o Area Dolor. Nivel 2.

4.2.9.6. En el nivel 3, los anestesiólogos que cumplan tareas de guardia activa, como Expertos en Medicina del Dolor, en el Departamento de Emergencias pueden pertenecer al plantel del servicio o área dolor. De esta manera se busca tener un seguimiento permanente de todos y cada uno de los pacientes en tratamiento y de las emergencias que se pudieran suscitar.

4.2.10. De la relación con la Farmacia:

4.2.10.1. Las autoridades encargadas de la Farmacia debieran mantener estrechos vínculos con el Servicio o Area Dolor.

4.2.10.2. El Servicio o Area Dolor deberá realizar el pedido de insumos a Farmacia, con la debida anticipación, para evitar dejar sin medicación a los pacientes en tratamiento. El empleo de opioides en el tratamiento del dolor es habitual, y una interrupción brusca del mismo puede desencadenar un síndrome de abstinencia.

4.2.10.3. Debe ser resorte de cada Servicio de Cabecera gestionar la solicitud de la medicación necesaria a los pacientes que se hallen en tratamiento por el Area o Servicio Dolor.

4.2.10.4. El Servicio o Area Dolor deberá informar a la Farmacia de aquellas especialidades farmacéuticas, preparados magistrales e insumos más frecuentes, para así evitar la falta de stock.

4.2.10.5. La Farmacia deberá comunicar al Servicio o Area Dolor de los medicamentos faltantes y sus posibles sustitutos, como así también de las nuevas modalidades y farmacotécnicas disponibles en la institución para un mejor aprovechamiento de las drogas de uso habitual en el tratamiento del dolor agudo, crónico y cuidados paliativos.

4.2.10.6. La Farmacia deberá mantener un stock adecuado de las especialidades farmacéuticas de uso habitual en el Area o Servicio Dolor.

5. Norma 4: Certificación de Profesionales Médicos expertos en Medicina del Dolor.

5.1. La certificación de los profesionales expertos en Medicina del Dolor, se llevará a cabo a través de Autoridad Competente.

5.2. Condiciones para la práctica de la Medicina del Dolor.

5.2.1. Para el diagnóstico y tratamiento del dolor perioperatorio, centros de quemados, trauma y salas de parto:

Especialización básica en Anestesiología con un programa de 4 años con la currícula formativa Universitaria y entrenamiento en una Residencia Médica Hospitalaria de 4 años de duración con instructoría continua.

5.2.2. Para el diagnóstico y tratamiento del dolor agudo médico y dolor crónico en carácter de experto en Medicina del dolor. Debe tener una Especialización Básica en un Programa de cuatro años de entrenamiento en residencia y con programa teórico de instrucción del mismo periodo dictado por entidad reconocida a nivel nacional, y la experiencia postbásica en Medicina del Dolor. Programa de dos años de duración con un mínimo de 900 horas con una currícula formativa de acuerdo a las pautas establecidas por la IASP.

5.2.3. Para la práctica de procedimientos en dolor que figuran en el listado de la Norma 2, el experto en Medicina del Dolor deberá certificar como especialidad básica Anestesiología.

5.2.4. La certificación y recertificación periódica es una pauta que además debe establecer cuales son las condiciones necesarias para mantener la calidad prestacional con el menor riesgo profesional y la mayor seguridad para la población.

6. Norma 5: Certificación en profesiones y especialidades médicas directamente vinculadas con la Medicina del Dolor.

6.1. Las profesiones y /o especialidades médicas del siguiente listado y de acuerdo a la currícula formativa respectiva tienen incumbencia en el manejo del paciente con dolor agudo a través del tratamiento específico de las patologías de su dominio (ejemplo infarto agudo de miocardio, gastritis, pancreatitis, peritonitis, etc.). Si luego de 6 hs. desde su intervención no se ha resuelto el cuadro de dolor y/o no se ha obtenido un alivio referido por el paciente como 3 o menos en la escala verbal numérica deberá solicitar la intervención de un Médico Experto en Medicina del Dolor independientemente del nivel de riesgo (1, 2 ó 3).

- Anestesiología
- Cardiología
- Odontología
- Dermatología
- Emergentología
- Clínica Médica
- Gastroenterología
- Cirugía General
- Geriátrica
- Hematología
- Terapia Intensiva
- Neurología
- Otorrinolaringología

- Experto en Medicina del Dolor
- Traumatología y Ortopedia
- Oncología
- Neurocirugía
- Oftalmología
- Ginecología y Obstetricia
- Psicología
- Pediatría
- Cirugía plástica y reparadora
- Reumatología
- Urología

6.2. Deberá realizar el diagnóstico y tratamiento del dolor crónico el médico experto en Medicina del Dolor pudiendo participar del mismo a las siguientes profesiones y/o especialidades:

- Anestesiología
- Cardiología
- Odontología
- Clínica Médica
- Gastroenterología
- Cirugía General
- Geriátrica
- Hematología
- Neurología
- Otorrinolaringología
- Traumatología y Ortopedia
- Oncología
- Neurocirugía
- Oftalmología
- Ginecología
- Psicología
- Psiquiatría
- Pediatría
- Cirugía plástica y reparadora
- Reumatología
- Urología
- Fisiatría y rehabilitación
- Kinesiología

6.3. Las profesiones y /o especialidades médicas anteriormente citadas en el ítem 6.2. que puedan intervenir en consulta para el diagnóstico y tratamiento del paciente con dolor crónico, deberán atenerse a las pautas establecidas en su currícula formativa.