

## Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social-Hospital Carlos Andrade Marín. Clínica del dolor: pasado, presente y futuro

<sup>1</sup>Dr. Mario Paz Mazón, <sup>2</sup>Dr. Mario Toscano Ortega, <sup>3</sup>Dra. Lorena Correa Conde.

<sup>1</sup>Anestesiólogo, Manejo del Dolor Msc., Especialista en Acupuntura | Responsable de la Clínica del Dolor (MPH).

<sup>2</sup>Anestesiólogo, Manejo del Dolor, Jefe del Servicio de Anestesiología-Dolor | Coordinador del Centro Quirúrgico

<sup>3</sup>Residente 4 de Postgrado de Anestesiología | USFQ

Enviado: 28-05-2016 | Aceptado: 15-07-2016

### Resumen

El dolor es actualmente reconocido como el quinto signo vital. El control adecuado del dolor constituye una medida de la calidad de la atención de los centros hospitalarios. Esto ha llevado a que los hospitales, especialmente de tercer nivel, desarrollen sistemas de atención organizadas en clínicas multidisciplinarias para el manejo del dolor. El hospital Carlos Andrade Marín cuenta, desde el año 2000, con una unidad de manejo del dolor agudo y crónico que fue bien aceptada por los pacientes y los especialistas de los demás servicios médicos. Esta iniciativa, acogida por los directores del hospital, se ha convertido en la clínica del dolor en respuesta a la búsqueda desesperada de alivio de los pacientes con dolores crónicos. Desde el año 2011, la clínica del dolor ha experimentado un rápido y sostenido crecimiento. Presentamos una cronología detallada de este servicio y su proyección.

### Abstract

Pain is now recognized as the fifth vital sign. Early diagnosis and adequate treatment are currently indicators of hospital quality of care, leading to third level hospitals worldwide to implement pain units and developing multidisciplinary pain clinics. In the year 2000, Carlos Andrade Marín Hospital opened a pain clinic to treat patients with acute and chronic pain. This initiative, welcomed by patients and physicians from different specialties, was supported by hospital managers in the aim of filling the gap in the care of patients that desperately needed appropriate management of chronic pain. Since the year 2011, the pain clinic has experienced a sudden and sustained growth. Here we present a chronology of this service and its projection to the future.

### Introducción

El dolor es una experiencia sensorial y emocional desagradable, con daño tisular actual o potencial o descrito en términos de dicho daño<sup>1</sup>, su prevención y tratamiento adecuados toman cada vez más relevancia en la práctica médica diaria. El registro y la evaluación cotidiana, lo han convertido en el quinto signo vital de toda consulta médica<sup>1</sup>, razón por lo que debe explorarse y cuantificarse tanto en toda consulta médica. A pesar de ser un síntoma, el dolor puede medirse mediante diferentes escalas<sup>2</sup>, esta simple práctica nos permite saber si es leve, moderado o severo. En función del manejo del dolor es importante identificar la intensidad, origen fisiopatológico (nociceptivo, neuropático o mixto), encontrar la causa básica del inicio o perpetuación del dolor<sup>2</sup>. Por ejemplo, un paciente con deformación y dolor en las articulaciones de las manos tendrá un dolor de intensidad moderada a severa (5 a 7 en la escala visual análoga), de origen predominantemente nociceptivo debido a la inflamación y destrucción de la estructura articular, cuyo origen es la enfermedad degenerativa crónica llamada osteoartritis. En base al diagnóstico presuntivo solicitaremos pruebas confirmatorias para llegar a un diagnóstico definitivo y de esta manera establecer el pronóstico y formular el plan de tratamiento.

De lo enunciado se puede establecer que el dolor no es un fenómeno simple, por esta razón el médico necesita para manejarlo de manera óptima de un amplio conocimiento de anatomía, fisiopatología y farmacología, así como de una adecuada comprensión de diferentes entidades clínicas que cursan con dolor, entre otras: metabólicas, osteoarticulares, oncológicas, inmunológicas, hematológicas, neurológicas, psicológicas, etc. A esto se suma el hecho que algunas medidas terapéuticas, para el manejo del dolor, incluyen procedimientos percutáneos invasivos de mediana y amplia complejidad, como infiltraciones, bloqueos nerviosos centrales o periféricos, colocación de neuroestimuladores y/o bombas intratecales, etc. Últimamente se ha incluido procedimientos como terapia neural, ozonoterapia y acupuntura. Esto ha llevado a conformar grupos interdisciplinarios de manejo del dolor, agrupados en la "clínica del dolor". Estos grupos incluyen: enfermeras, psicólogos, psiquiatras, neurocirujanos, traumatólogos, cirujano de columna y fisioterapeutas. En general, el anestesiólogo que desarrolla el manejo del dolor como subespecialidad es el encargado de dirigir estas clínicas<sup>1</sup>.

Numerosos estudios han demostrado los beneficios que presta una unidad o una clínica de tratamiento del



dolor, tanto a pacientes como a la propia institución, en hospitales de tercer nivel<sup>1</sup>. Entre ellos constan: organizan la atención del dolor agudo y crónico; proporcionan protocolos y pautas de manejo del dolor acorde a cada caso, optimizando el uso de los recursos; proporciona alternativas de manejo no quirúrgico en ciertas patologías que requieren este abordaje en primera instancia antes de un procedimiento mayor, lo que descongestiona los servicios quirúrgicos; y, finalmente, proporciona alternativas de tratamiento para el dolor crónico de difícil control. Los pacientes que lo sufren acuden frecuentemente a diferentes los servicios del hospital en busca de alivio y mejorar su calidad de vida. Un beneficio adicional es para el prestador de salud, que cumple uno de los requisitos fundamentales en la evaluación de calidad de la atención hospitalaria.

Estas unidades o clínicas del dolor son acreditadas por instituciones especializadas como la Joint National Commission International<sup>1</sup>. De esta manera se estandarizarían sus protocolos y pautas de atención al paciente. Las unidades o clínicas de tratamiento del dolor pueden dedicarse al manejo del dolor agudo, crónico o de ambos tipos de dolor, todo dependerá del objetivo general del hospital, su política institucional y los recursos humanos, técnicos y financieros que se asignen a este servicio.

## Historia

En el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, específicamente en el hospital Carlos Andrade Marín, el dolor agudo fue manejado por muchos años en cada servicio, el dolor post operatorio inicialmente lo trataban los cirujanos, tanto inmediatamente después de la cirugía como en sus servicios. Era usual encontrar prescripciones de analgésicos por vía intramuscular y por razones necesarias. Posteriormente, el dolor agudo perioperatorio fue encargado a los anestesiólogos en la unidad de recuperación post anestésica, quienes manejan este dolor en los primeros días, utilizando analgesia balanceada y multimodal, se emplean en

algunos casos infiltraciones, bloqueos nerviosos y bombas de infusión de analgésicos.

En cuanto al dolor crónico. Fue manejado en cada una de las especialidades por los diferentes médicos de esos servicios, particularmente traumatólogos, reumatólogos y oncólogos. Uno de los pioneros en atender la consulta de dolor en el Hospital Carlos Andrade Marín fue un anestesiólogo, el Dr. Federico Santos. Por iniciativa personal y esfuerzo conjunto de los doctores Mario Toscano (Anestesiólogo, algesiologo) y Fernando Checa (Oncólogo) se creó el primer consultorio y la unidad multidisciplinaria para el manejo del dolor crónico en el hospital, destinado a la atención de pacientes con dolor crónico de variada etiología. En el primer año se atendieron 109 consultas. Adicionalmente, un grupo multidisciplinario integró el Comité de Manejo del Dolor que incluía a los profesionales mencionados, con la participación de un psicólogo, un fisioterapeuta y un médico homeópata. Este comité cada semana analizaba los casos de dolor crónico de difícil control, marcando pautas en su tratamiento. Esta estructura se mantuvo por diez meses, y luego fue abandonada, manteniendo la atención del dolor como una actividad más de consulta externa, dentro del servicio de oncología, manejada por el servicio de anestesiología en su tiempo y funcionó de esa manera los siguientes diez años.

En el año 2009 el Dr. Toscano presentó a las autoridades del hospital un proyecto para crear la Clínica del Dolor del hospital Carlos Andrade Marín, con el objeto de procurar una mejor y más eficiente atención a los pacientes que requieren control del dolor agudo y crónico. Este proyecto determinó la organización definitiva de una unidad multidisciplinaria de manejo del dolor en el hospital. En los años siguientes, hasta el 2011, se mantuvo parcialmente este esquema de atención. La implementación de este proyecto determinó el cumplimiento de unas metas alcanzadas por la clínica entre los años 2000 al 2015<sup>1</sup>.

**Tabla 1. Producción histórica de la Unidad de Dolor del HCAM**

Año	Período 1							Período 2					Período 3			
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Consulta externa	109	146	250	271	207	218	222	364	421	640	1029	2188	3359	3749	3822	3970
Interconsultas				181	138	146	148	242	281	427	686	1804	2123	2018	2112	2322
Subtotal	109	146	250	452	345	364	370	606	702	1067	1715	3992	5482	5767	5934	6292
Procedimientos quirófono						30	26	32	33	28	34	52	90	144	168	244
Crecimiento		34%	71%	81%	-24%	6%	2%	64%	16%	52%	61%	133%	37%	5%	3%	6%

## Organización actual

A partir del año 2011 se modificó el esquema de atención de la Clínica del Dolor, con algunos cambios importantes, como el nombramiento de un médico, con formación y experiencia en el manejo del dolor para atender consulta externa y hospitalización. Este especialista se encargaría de los procedimientos invasivos de mediana y alta complejidad, para el control del dolor y la integración de terapias alternativas como acupuntura, al manejo del dolor. La designación de una enfermera de apoyo a tiempo completo, para la atención de la clínica del dolor. El dolor agudo postoperatorio sería manejado en la URPA (Unidad de recuperación post anestésica) por los médicos anestesiólogos. Finalmente, la conformación de los grupos de dolor oncológico y de columna. Con estos cambios se logró un crecimiento del 97% en la atención de pacientes con dolor crónico entre el año 2010 y el 2011. El funcionamiento de la consulta del dolor continuaría bajo la misma visión y objetivos institucionales.

La referencia de pacientes es numerosa y provienen de los diferentes servicios, de otros hospitales y dispensarios del IESS e inclusive de unidades del Ministerio de Salud Pública, con lo que la demanda ha crecido exponencialmente en los últimos dos años.

Las interconsultas del hospital involucran dolor agudo de difícil control y de variada etiología, además de dolor incidental en pacientes con dolor crónico. Los procedimientos de alivio del dolor involucran infiltraciones articulares, tendinosas, musculares, bloqueos nerviosos periféricos y centrales, bloqueos simpáticos, algunos de ellos guiados por intensificador de imágenes o ecografía. La acupuntura para el alivio del dolor también tiene un espacio importante con 6 horas de atención semanales. Cabe destacar que la Clínica del Dolor del Hospital Carlos Andrade Marín no es una unidad de cuidados paliativos, esos pacientes son derivados a un prestador externo.

## Resultados años - 2011 a 2015<sup>1</sup>

La Clínica del Dolor tuvo un crecimiento importante en el número de atenciones, debido en parte a las referencias señaladas y a la diversificación de la cartera de servicios, como la inclusión de nuevos procedimientos invasivos para el control del dolor crónico, como bloqueos peridurales, sacroilíacos, simpáticos, infiltraciones musculares, facetarias y bloqueos guiados por ecografía; la mayoría de estos procedimientos se los realiza en el quirófano.

El tipo de dolor más frecuentemente tratado fue el dolor mixto con un 65% de todos los casos de consulta externa, pero durante el 2012 la referencia de dolor neuropático de difícil control creció hasta duplicar la cifra del 2011.

En cuanto a la enfermedad de base, hubo atenciones por dolor crónico de origen oncológico (28 a 30%). De los pacientes con dolor no oncológico, el 25% correspondió a dolor lumbosacro crónico de variada etiología, 21% a dolor neuropático crónico de difícil control. De este último grupo, el 72% se debió a neuropatía periférica. Sin embargo el crecimiento de pacientes con dolor crónico oncológico ha sido ligeramente mayor al crecimiento de pacientes con dolor crónico no oncológico. Los pacientes son referidos especialmente desde los servicios de Oncología, Hematología, Traumatología, Neurología y Neurocirugía.

En cuanto al tratamiento, el manejo farmacológico sigue siendo un puntal fundamental para el manejo del dolor crónico con la utilización de fármacos analgésicos, coanalgésicos y sintomáticos. A ello se suman procedimientos como infiltraciones articulares, tendinosas, bloqueos nerviosos, terapia neural y acupuntura. En el futuro cercano esperamos incluir nuevos procedimientos como la colocación de bombas elastómeras e intratecales, uso de radiofrecuencia, neuroestimulación, etc.

## Referencias

1. *IASP, Boletín Esc. de Medicina, P. Universidad Católica de Chile 1994; 23: 148-151*
2. *John Jairo Hernández Castro, www.urosario.edu.co*
3. *Dra. Stella Marys Binelli, www3.sap.org.ar*
4. *www.arthritis.org*
5. *Palanca Sánchez I (Dir.), Puig Riera de Conías MM (Coord. Cient.), Elola Somoza J (Dir.), Bernal Sobrino JL (Comit. Redac.), Paniagua Caparrós JL (Comit. Redac.), Grupo de Expertos. Unidad de tratamiento de dolor: estándares y recomendaciones. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2011.*
6. *A.M. Manzanal, Evaluación General de una unidad de Tratamiento del dolor en un hospital universitario. Rev. Soc. Esp. Dolor; 7: 263-264, 2000*
7. *www.jointcommissioninternational.org*
8. *De la Calle JL. Estándares de calidad asistencial y catálogo de procedimientos en las unidades de dolor crónico. Revista de la Sociedad Española del Dolor; 2010; 17(2):114-133*