

LA CLINICA DEL DOLOR DEL INSTITUTO NACIONAL DE LA NUTRICION "SALVADOR ZUBIRAN" A 15 AÑOS DE SU FUNDACION

*MARÍA DE LA LUZ OROZCO-TORRES

*RAMÓN DE LILLE-FUENTES

*JOSÉ ADOLFO ISLAS-VELASCO

RESUMEN

El presente trabajo muestra un análisis estadístico de los 15 años de funcionamiento de la Clínica del Dolor multidisciplinaria del Instituto Nacional de la Nutrición "Salvador Zubirán", siendo ésta la primera clínica oficialmente establecida y reconocida como tal en México. El objeto es mostrar los datos estadísticos desde su establecimiento ya que actualmente en el país no se cuentan con datos al respecto.

Se analizaron 7201 atenciones a pacientes durante este lapso, procesando los datos por computadora, resaltando los siguientes resultados: se detectó un importante incremento en la atención de pacientes por año, siendo considerable a partir del año de 1984. La mayoría de los pacientes tenían una edad entre 60 y 70 años de edad. Según la clasificación taxonómica de la I.A.S.P. el sitio más afectado fue en extremidades inferiores como causa de dolor, alterándose en forma predominante el sistema nervioso. En la mayoría de los pacientes el dolor fue continuo y de la misma intensidad. Solo el 4.4% reportaron dolor insoportable, con una representación de 10 según escala verbal análoga (EVA). Dadas las características de nuestro hospital la patología más frecuente asociada fue metabólica. Se encontraron un mayor número de consultas subsecuentes que de primera vez. Siete modalidades de tratamiento fueron encontradas siendo la primera el empleo de bloqueos diversos, seguido por acupuntura. En más de la mitad de los casos la respuesta al tratamiento fue adecuada. El servicio que más referencia de pacientes hizo fue el de Medicina Interna.

Actualmente las clínicas del dolor han aumentado en número y en importancia al empezarse a reconocer la necesidad de este servicio de apoyo para el racional abordaje diagnóstico y terapéutico de síndromes dolorosos múltiples y habitualmente mal comprendidos y mal manejados.

Palabras clave: Clínica del Dolor — Organización y Función. Estadística, Resultados.

SUMMARY

This paper presents a statistical analysis of 15 years of laboring of the I.N.N.S.Z. Pain Clinic, the first one of its kind officially recognized in Mexico. At this time there is a lack of information on this field inside Mexican Republic.

7201 visits within this time lapse were analyzed. Among the results obtained, the following are more important: the number of patients attended yearly increased gradually until 1984 when this number increased more steeply. The age bracket between 60 to 70 years old contained the largest number of patients. Based on the I.A.S.P. classification the largest incidence of pain was in the lower extremities and the most affected was the nervous system with physical alterations. Pain was continuous and of the same level on most of the patients. Only 4.4% of the patients reported unbearable pain (VAS 10). According to the characteristics of our hospital a metabolic etiology was found most frequently. Only a small percentage of the consults were first-visit. Seven different treatment type's were used, with blockades as the most frequent followed by acupuncture, with good results reported in over half of the cases. Most of the patients were referred by internal medicine.

Pain clinics have become more important, and they are now invaluable help for the diagnosis and therapy of diverse pain syndromes poorly understood.

Key words: Pain Clinics — Organization and Function. Statistics. Results.

*Médico Anestesiólogo.

Trabajo elaborado en la Clínica del Dolor. Instituto Nacional de la Nutrición "Salvador Zubirán". México, D.F.

Recibido: 20 de marzo de 1988. Aceptado: 30 de abril de 1988.

Sobretiros: José Adolfo Islas-Velasco. Depto. de Anestesiología. Instituto Nacional de la Nutrición "Salvador Zubirán". Vasco de Quiroga núm. 15, Tlalpan 14000, D.F.

Ya que el dolor es tan viejo como la humanidad y quizá aún más viejo que ella, hay motivos para creer que le es inherente a todo ser viviente dotado de conciencia. Desde luego, existen datos demostrativos de que el hombre ha sido víctima de este mal desde sus orígenes, ya que el examen de los recuerdos dejados por todas las razas atestigua la omnipresencia del dolor.

El hallazgo de esqueletos humanos prehistóricos ha añadido millones de años a la historia de varios milenios registrada por el hombre y, con ello, hemos llevado el conocimiento del dolor hasta la obscura cima de los tiempos; puesto que muchos de estos huesos llevaban indeleblemente impresos los signos de enfermedades dolorosas indicándonos claramente lo temprano del inicio del dolor humano.

No cabe duda de que el dolor ha sido uno de los factores que mayor influencia ha tenido sobre el curso de los hechos humanos, ya que ningún hombre, grande o pequeño, ha escapado a sus angustias. Es por lo tanto natural que la humanidad haya dedicado desde sus primeros tiempos sus energías a soslayar semejante fuerza maligna y, desde el momento en que ha existido dolor, se han hecho los esfuerzos necesarios para encontrar los medios de combatirlo. El tratamiento del dolor ha puesto a contribución, en todas las épocas, la agudeza diagnóstica y la habilidad terapéutica de los médicos.

La historia de la lucha continua del hombre para aliviar el dolor empieza bajo la forma de leyendas encontradas en los escritos mitológicos del hombre primitivo y conforme fueron aumentando los conocimientos, emerge la edad moderna de los analgésicos generales y locales, y de varias especialidades médicas.

Un cambio de actitud se ha visto en las modificaciones de la definición del dolor: Mountcastle en 1968 dijo simplemente: "El dolor es una experiencia sensitiva producida por estímulos y lesiones". El comité de taxonomía de la IASP (International Association of the Study of Pain) con su presidente Merskey en 1979 definió el dolor como "Una experiencia desagradable física y emocional asociada con daño tisular agudo o potencial o descrita en términos del tal daño", añadiendo lo siguiente: "El dolor siempre es subjetivo. Cada individuo aprende la aplicación de la palabra a través de sus experiencias relacionadas con lesiones en edades tempranas. Es sin duda una sensación en una parte del cuerpo pero siempre es desagradable y por lo tanto siempre involucra una experiencia emocional".

Mucha gente refiere dolor en ausencia de daño tisular o de cualquier causa patofisiológica, generalmente esto sucede por razones psicológicas. No hay manera de distinguir esta experiencia de la producida por daño tisular si sólo se toma el reporte subjetivo. Si valoran su experiencia como dolor y si la notifican de la misma

manera que a un daño tisular, debe de ser aceptada como dolor. Esta definición evita comparar el dolor al estímulo. La actividad producida en las vías nociceptoras y nociceptivas por un estímulo nocivo, no es dolor, el cual siempre es un estado psicológico aún cuando podamos apreciar claramente que el dolor la mayoría de las veces tiene una causa orgánica clara y establecida.

Todo lo anterior, llevó a varias gentes, entre ellas principalmente a John Bonica que se interesó en crear Clínicas del Dolor para el alivio del mismo, no siendo accidente que él sea anestesiólogo, ya que esta especialidad se generó ante la necesidad de aliviar el dolor del paciente durante y después de una intervención quirúrgica, estando ligada estrechamente el ejercicio de la misma con el alivio del dolor.

A través de los años, ha habido un rápido crecimiento en el número de clínicas del Dolor establecidas alrededor del mundo desde que el concepto del abordaje multidisciplinario o interdisciplinario de los problemas de dolor fue introducido, siendo la primera Clínica del Dolor oficialmente establecida en el mundo y reconocida por la IASP, la Clínica del Dolor de Duncan Alexander en McKinnie, Texas, USA, en 1947.

Las diferentes Clínicas del Dolor varían considerablemente en el énfasis del problema y en su abordaje. Las primeras clínicas aún cuando reconocían la importancia de los aspectos psicosociales del dolor, tendían a dar mayor importancia a los métodos anestésicos y quirúrgicos para el alivio del mismo. Sin embargo, con el tiempo la importancia de los factores psicológicos y de personalidad en el dolor crónico se ha incrementado rápidamente y esto ha involucrado el establecimiento de unidades que se concentran en la modificación conductual relacionada con dolor como parte de un abordaje multimodal.

El abordaje terapéutico naturalmente varía de acuerdo al tipo de pacientes y a las patologías encontradas en cada clínica; algunas clínicas se enfocan casi exclusivamente al dolor asociado con malignidad, mientras que otras ven un número mayor de pacientes con lesiones traumáticas así como algunas emplean criterios de inclusión de sus pacientes y otras reciben a todos los pacientes referidos.

La mayoría de las clínicas creadas se han agrupado dentro de 3 grandes posibilidades:

A) Aquéllas con énfasis primario en problemas médico-quirúrgicos.

B) Clínicas donde no se realizan procedimientos invasivos y cuyo énfasis es en los aspectos psiquiátricos y psicológicos del dolor del paciente.

C) Clínicas que integran ambos puntos de vista y abordajes. (Categoría donde se puede incluir la Clínica del Dolor del INNSZ).¹

En la mayoría de las clínicas que tratan dolor de ori-

gen oncológico se ha reportado un resultado bueno del tratamiento en 50-65% de los pacientes con diferentes métodos.

Las edades de los pacientes, así como las variables del dolor (sitio, intensidad, tipo, duración, etc.) y de la etiología del mismo variará ampliamente según el tipo de Hospital o clínica donde se realice el estudio ya que ésto influirá directamente en las patologías observadas.

En nuestro país, existen muchas personas que desde hace muchos años se han dedicado al estudio y tratamiento del dolor ya sea en forma individual o en grupo, pero la primera Clínica del Dolor reconocida oficialmente como tal y que cuenta con abordaje interdisciplinario de los pacientes, es la "Clínica del Dolor" del I.N.N.S.Z., la cual se inició en forma organizada en junio de 1972, contando, como todo en su inicio, con diferentes problemas desde personal para trabajar en ella, como la falta de conocimiento de su existencia por el resto del grupo médico. Con el tiempo, ésto se ha ido modificando y su importancia y número de pacientes tratados ha ido francamente en aumento.

Actualmente existen en México otras 4 clínicas establecidas y reconocidas oficialmente como tales, las cuales incluyen la Clínica del Dolor del hospital General de México, D.F. perteneciente a la Secretaría de Salud, la Clínica del Dolor del Instituto Nacional de Cancerología, la Clínica del Dolor de la Clínica Cuauhtémoc-Famosa en Monterrey, N.L., y en agosto de este año se instituyó la Clínica del Dolor del Hospital de la Secretaría de Salud en Ecatepec, Edo. de Méx.

Tomando en cuenta todo lo anterior, así como las variaciones que se encuentra de población a población y de clínica a clínica, y viendo que todos los reportes en la literatura a este respecto son de Clínicas del Dolor extranjeras, y a contar, por lo menos hasta el momento, únicamente con las estadísticas de prevalencia de Dolor en 3 1 2 años en el INCAN realizada recientemente y presentada en la VII Reunión Anual de la AMETD (Asociación Mexicana para el Estudio y Tratamiento del Dolor), se desarrolló nuestro interés en ver qué tipo de pacientes y patologías veíamos con más frecuencia en la Clínica del Dolor del INNSZ, así como el tipo de tratamientos establecidos y los resultados obtenidos, junto con las especialidades que nos apoyan

Actualmente la Clínica del Dolor del INNSZ cuenta con 2 médicos anestesiólogos especializados también en el tratamiento del Dolor, tres alumnos del Curso Monográfico, anestesiólogos también, un médico titulado y con postgrado en acupuntura en la Universidad de Shanghai en China, además del apoyo de medicina psicológica permanentemente y de otros servicios como fisioterapia, neurología, ortopedia, neurocirugía principalmente, además de otros muchos.

MATERIAL Y METODO

El presente estudio se realizó retrospectivamente con los datos de la libreta de Registros de la Clínica del Dolor del INNSZ, desde su inicio en junio de 1972 hasta mayo de 1987 para abarcar 15 años completos de trabajo. De la misma manera, cuando fue necesario se revisaron los expedientes.

Todo ésto abarcó la valoración de 7,201 consultas dadas en este tiempo.

De cada una de las consultas, se tomaron en cuenta los siguientes datos:

Fecha, registro, edad, sexo, respuesta inicial al tratamiento, respuesta tardía al tratamiento, número de consulta (primera o subsecuente), tratamiento, intensidad del dolor, servicio de referencia, diagnóstico específico, sitio de la afección, sistema afectado, etiología, características temporales del dolor.

Siendo los últimos 5 datos codificados según la codificación de diagnósticos establecida por el Comité de Taxonomía de la IASP en 1986 para hacerlo de una manera determinada e internacional.

Todos los datos fueron capturados y procesados en el servicio de Computación del INNSZ por medio de una pantalla de captura y posteriormente analizados estadísticamente para los resultados obtenidos de esta forma en la Computadora Hewlett.

Posteriormente todas las gráficas fueron realizadas en una computadora PC por medio de lenguaje Lotus (1-2-3) de cálculo para mayor exactitud de las mismas.

En cuanto a la respuesta inicial y tardía obtenidas al tratamiento, ambas se consideraron como buena si la mejoría era del 60-100%, regular si iba del 30-60% y mala si esta mejoría era menor del 30% a decir del paciente y de las observaciones del médico.

En cuanto a la intensidad del dolor, siendo éste un dato subjetivo, se valoró mediante la Escala Visual Analógica (EVA) que consiste en una línea horizontal de 10 cm. de longitud que al inicio tiene el número 0 representando la ausencia del dolor y en el otro extremo el número 10 que representa la intensidad de un dolor insoportable, el mayor que haya sentido en su vida el paciente al cual se está interrogando, para poder así tener una forma un poco más objetiva de la medición del dolor.

RESULTADOS Y DISCUSION

Valorando inicialmente el número de consultas dadas por año y por mes para valorar así la evolución y crecimiento de la Clínica del Dolor en tiempo y, como dije antes, en importancia, se puede ver claramente (figura 1) que su crecimiento ha sido paulatino durante los 10 primeros años, con un incremento muy importante en el número de pacientes atendidos a partir de 1984, año en que se creó el Curso Monográfico de la Clínica

del Dolor y se contó con Alumnos de Post-grado que participaron en las actividades realizadas y en la atención de los pacientes y el aumento de las consultas dadas ha tenido así un incremento mucho mayor a través de los años hasta la época actual.

Sin embargo, en la figura 1 se ve solo el porcentaje total por año de las 7201 consultas, pero da una falsa imagen de la incidencia de crecimiento ya que en el año de 1972 solo se valoraron 7 meses y en el año de 1987 fueron 8 los meses revisados, por lo tanto, para una idea más real del aumento por años completos, se tomó en estos 2 años el número total de consultas, dividido entre el número de meses revisados y sacando así el porcentaje de consultas por mes, para posteriormente multiplicarlo por 12 meses y obtener el número total de consultas por año, lo cual además de que nos da una idea más clara del crecimiento y del aumento tan importante que se ha tenido en los últimos 4 años siendo el porcentaje mucho mayor en 1987 con casi el 25% de todas las consultas dadas hasta el momento (figura 2). Al pasar a la valoración por mes, podemos ver que prácticamente todos los

meses tienen el mismo número de consultas sin pasar cada uno del 10% lo cual es contrario a la idea generalizada de que unos meses acuden más pacientes a recibir tratamiento que en otros (figura 3).

Cuando se toma en consideración la edad de los pacientes, ésta difiere de las reportadas en otros estudios¹ en los cuales la mayoría de los mismos se encuentran en edad reproductiva. Se observó que el 66.1% de las consultas valoradas pertenecían a pacientes que se encontraban entre 51 y 80 años de edad, siendo mayor el número entre 61 y 70 años (26.2%), lo cual está de acuerdo al tipo de patologías frecuentemente observadas en el Instituto (figura 4).

Si se valoran las consultas dadas por sexo, encontramos que la relación Mujer-Hombre es de 1.66:1 siendo esto concordante con los resultados de Joan Crook en la población general (figura 5).

En cuanto al sitio de la afección primaria (figura 6), esto también va en relación a la etiología más frecuente, y difiere levemente del sitio del dolor (figura 8), ya que aunque en ambas las extremidades inferiores son las más involucradas, siguiendo en frecuencia tórax y región lumbar/sacra respectivamente, hay ocasiones en que la lesión se encuentra en región lumbar (p. ej. osteoartritis degenerativa de columna) con dolor manifestado en extremidades inferiores por compresión de raíces nerviosas a este nivel.

Analizando por otro lado los sistemas afectados, estos resultados también concuerdan con las patologías más frecuentes vistas en el Instituto, ya que más del 50% representan alteraciones físicas del sistema nervioso (neuropatías) de diferentes etiologías, siguiendo en frecuencia con 30.6% el sistema músculo-esquelético y en tercer lugar con una diferencia mínima los sistemas respiratorio-cardiovascular (7.8%) y el gastrointestinal (7.0%). Siendo la afección de varios sistemas el porcentaje menor de todos (0.1%) (figura 7).

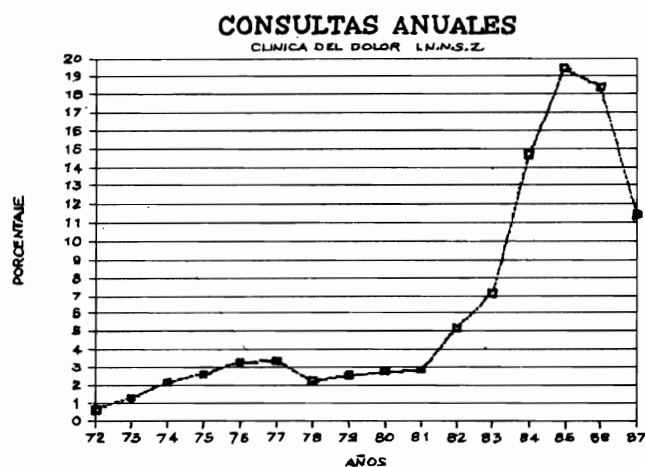


Figura 1.

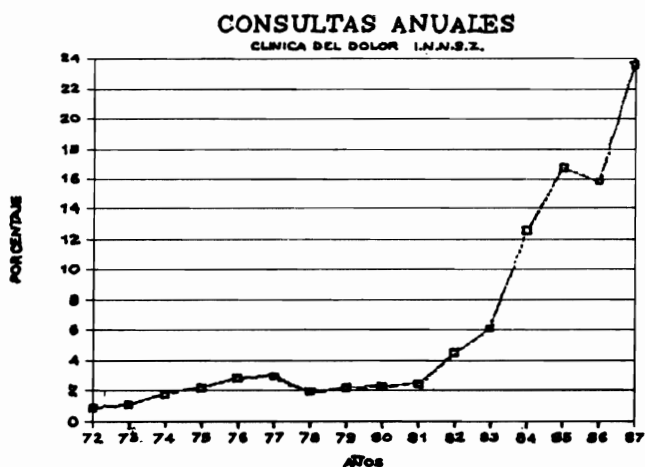


Figura 2.

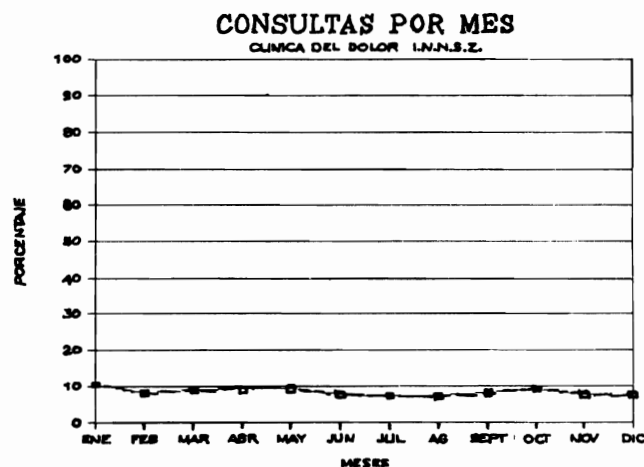


Figura 3.

Las características temporales del dolor tienen gran influencia en cuanto a los pacientes referidos a la Clínica del Dolor por los diferentes servicios, ya que una persona con un dolor continuo ya sea fluctuante o no en severidad, es de más difícil control que un dolor no con-

CONSULTAS POR EDADES

CLINICA DEL DOLOR I.N.N.S.Z.

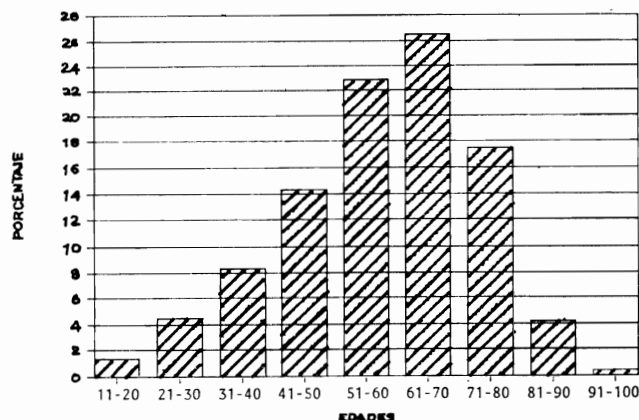


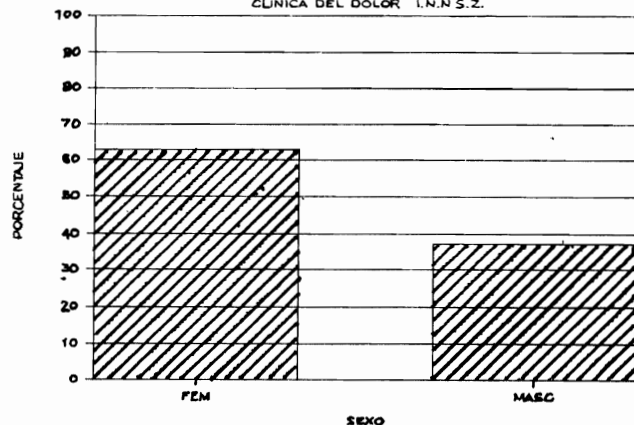
Figura 4.

Media 57.68
D.S. 16.195

Edades	Porcentajes
11- 20	1.4
21- 30	4.4
31- 40	8.3
41- 50	14.2
51- 60	22.6
61- 70	26.2
71- 80	17.3
81- 90	4.2
91-100	0.4

CONSULTAS POR SEXO

CLINICA DEL DOLOR I.N.N.S.Z.



62.8%

Figura 5.

37.2%

SITIO DE LA AFECCION

CLINICA DEL DOLOR I.N.N.S.Z.

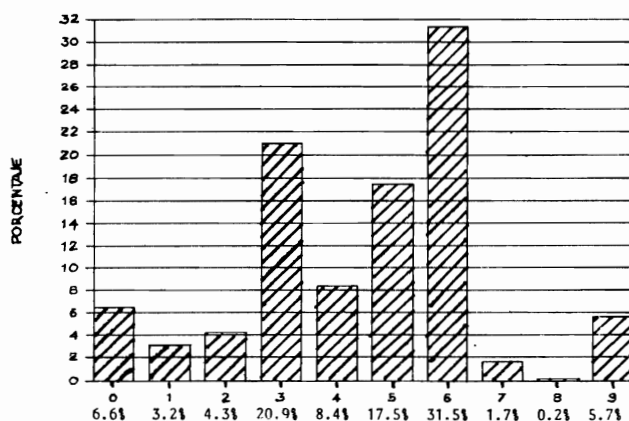


Figura 6.

- 0 = Cabeza/Cara
- 1 = Cuello
- 2 = Extremidades sups./hombro
- 3 = Tórax
- 4 = Abdomen
- 5 = Reg. Lumbar/Sacro
- 6 = Extremidades inferiores
- 7 = Pelvis
- 8 = Reg. anal y perineal
- 9 = Varios sitios

SISTEMAS AFECTADOS

CLINICA DEL DOLOR I.N.N.S.Z.

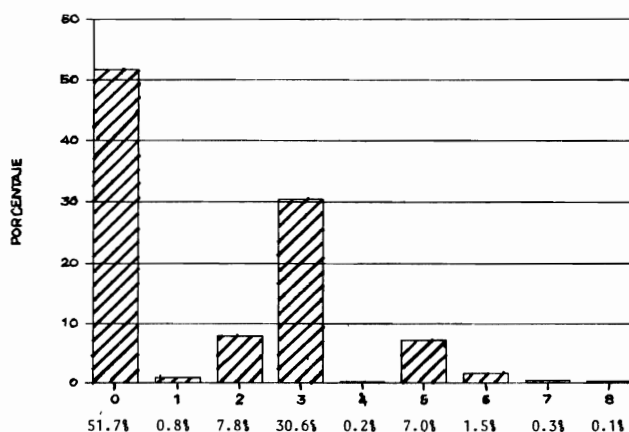


Figura 7.

- 0 = Sist. Nervioso (alts. físicas)
- 1 = Sist. Nervioso (Alts. Psicológicas)
- 2 = Sist. Respiratorio y Cardiovascular
- 3 = Músculo-esquelético
- 4 = Cutáneo, subcutáneo y glándulas asociadas.
- 5 = Sist. Gastrointestinal
- 6 = Sist. Génito-urinario.
- 7 = Otros órganos o vísceras
- 8 = Más de un sistema.

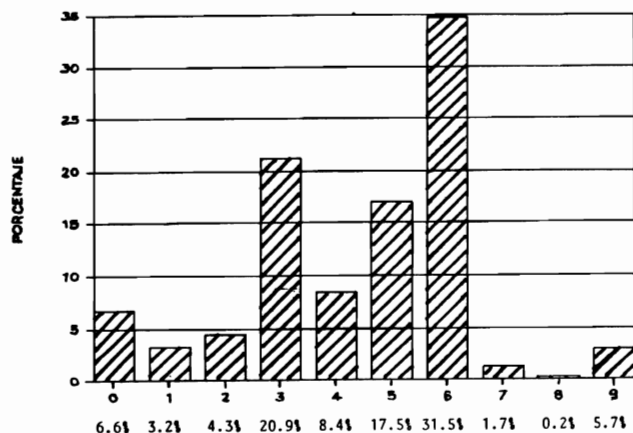
SITIO DEL DOLOR
CLÍNICA DEL DOLOR I.N.N.S.Z.

Figura 8.

- 0 = Cabeza/Cara
1 = Cuello
2 = Extremidades sups./Hombro
3 = Tórax
4 = Abdomen
5 = Reg. Lumbar/Sacro
6 = Extremidades Inferiores
7 = Pelvis
8 = Reg. Anal y perineal
9 = Varios Sitios

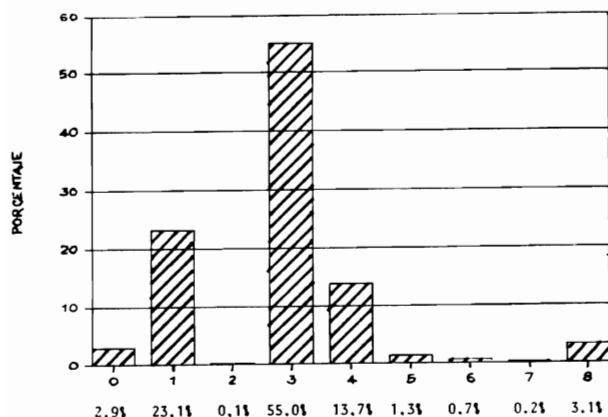
CARACTERÍSTICAS TEMPORALES DEL DOLOR
CLÍNICA DEL DOLOR I.N.N.S.Z.

Figura 9.

- 0 = Desconocida
1 = Continuo, no fluctuante
2 = Episodio simple, durac. limitada
3 = Continuo, fluctuando en severidad
4 = Recurrente irregularmente
5 = Recurrente regularmente
6 = Paroxístico
7 = Sostenido, con paroxismos sobreagregados
8 = Otra combinación

tinuo, además de que esto condiciona mayores alteraciones a nivel físico y mental en el paciente. Al valorar la frecuencia de un tipo u otro de dolor, se comprueba que la mayoría de las consultas son por dolor continuo ya sea fluctuando en severidad (55%) o no fluctuando en la misma (23.1%) dando los dos el 73.1% de todas las consultas y siguiéndolos en frecuencia el dolor que recurre de una manera irregular (13.7%) como ocurre en la cefalea y migraña (figura 9).

Ya se ha hablado de la medición de la intensidad del dolor mediante la utilización de la Escala Visual Análoga (EVA) que es el método más utilizado actualmente en la mayoría de las Clínicas del Dolor debido a la rapidez y facilidad de su aplicación e interpretación, correlacionando adecuadamente con otros métodos de medición.

No todos los pacientes cuentan con este dato en nuestro estudio, ya que en los primeros años de la Clínica del Dolor este método no se utilizaba en la clínica o en ocasiones no se reportaba como tal, pero de los pacientes que sí contaban con esta evaluación, en el 9.6% de las consultas el dolor estaba ausente, en muchas ocasiones como resultado del tratamiento y en otras como parte de su presentación. En el 58.31% de las consultas el dolor estaba presente pero era menor de 5 en la EVA lo cual nos habla de un dolor leve a moderado; en el 27.29% el dolor era de moderado a severo y en el 4.4% el dolor era insoportable (EVA de 10) y por ende el más fuerte que el paciente había sentido en su vida. Datos que difieren de las características del dolor oncológico en el cual la mayoría de los pacientes presentan dolor severo y en muchas ocasiones insoportable (figura 10).

Con respecto a la etiología (figura 11) que se ve más frecuentemente involucrada como causa de dolor en los pacientes del Instituto, la más frecuente es la clasificada

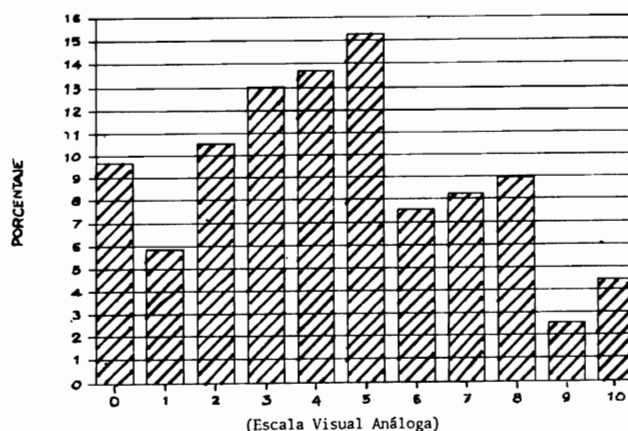
INTENSIDAD DEL DOLOR
CLÍNICA DEL DOLOR I.N.N.S.Z.

Figura 10.

por la IASP como de causa tóxica, metabólica o por radioterapia con el 24.4%, seguida de la causa degenerativa y/o mecánica con 17.4% lo cual se relaciona directamente por los pacientes con trastornos metabólicos y degenerativos que forman una gran parte de los pacientes que acuden al Instituto en busca de diagnóstico o tratamiento. Sin embargo, la etiología psicológica como causante directa de dolor tiene un bajo porcentaje de presentación (1.6%) aun cuando, como ya se dijo anteriormente, todos los pacientes con dolor severo y/o continuo presenten algún grado de participación psicológica.

Los diagnósticos de patologías específicas (figura 12) refuerzan todo lo anteriormente dicho en cuanto a las características de los pacientes que acuden al Instituto, ya que la Diabetes Mellitus ocupa el primer lugar con el 22.8% del total siendo una complicación de la misma la neuropatía que en muchos casos es somática además de visceral causando dolor severo y en muchas ocasiones de muy difícil control. Le sigue en frecuencia la osteoartritis, degenerativa en la mayoría de los casos (14.7%) seguida de cerca por el Herpes Zoster agudo o en fase de Neuropatía post-herpética (13.6%) que es bien sabido que es más frecuente en pacientes inmunocomprometidos, con alteraciones metabólicas o de edad avanzada. Las alteraciones musculares como el Síndrome Miofasial o miopatías de otra etiología ocupan el cuarto lugar

con el 5.4%. Es de gran interés hacer notar que dentro de las causas oncológicas las metástasis ocupan el primer lugar pero con un porcentaje muy bajo de tan sólo el 1.25%.

Interesante también resulta el evaluar los pacientes que acuden a la Clínica del Dolor por vez primera o en forma subsecuente (figura 13) ya que así podemos ver con qué frecuencia por año los pacientes son referidos a

DIAGNOSTICOS ESPECIFICOS

CLINICA DEL DOLOR I.N.N.S.Z.

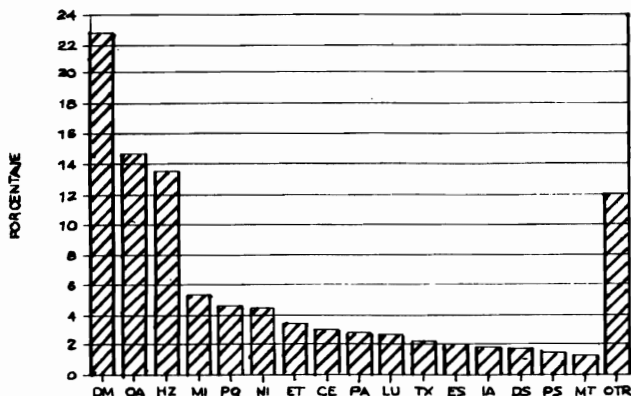


Figura 12

DM = Diabete Mellitus	LU = Lumbalgia
OA = Osteoartritis	TX = Traumática
HZ = Herpes Zoster	ES = Esófago/estómago
MI = Miopatía	IA = Insuficiencia Arterial
PQ = Post-quirúrgica	DS = Distrofia Simpática
NI = Neuropatía inespecífica	PS = Psicológica/Psiquiátrica
ET = En Estudio	MT = Metástasis
CE = Cefalea/Migraña	OTR = Otras etiologías
PA = Páncreas	

ETIOLOGIA

CLINICA DEL DOLOR I.N.N.S.Z.

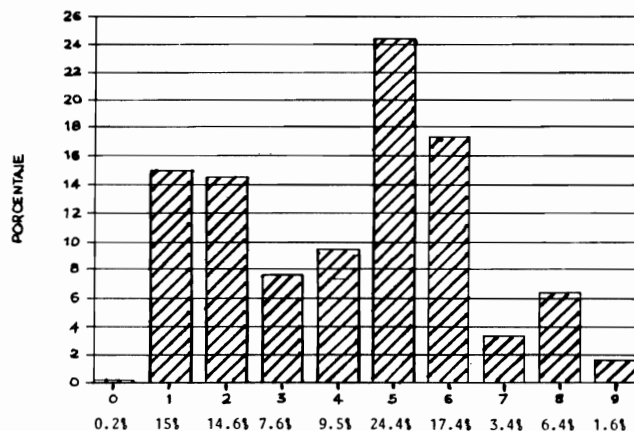


Figura 11.

- 0 = Alts. genéticas o congénitas
- 1 = Traumática, quirúrgica, quemaduras
- 2 = Infecciosa, parasitaria
- 3 = Inflamatoria (sin ag. infeccioso) Reacciones inmunológicas
- 4 = Neoplásica
- 5 = Tóxica, metabólica, por Rx.
- 6 = Degenerativa, mecánica.
- 7 = Disfuncional (incluyendo psicofisiológico)
- 8 = Desconocido y/u otro
- 9 = Psicológico/Psiquiátrico.

TIPO DE CONSULTA; PRIMERA O SUBSECUENTE

CLINICA DEL DOLOR I.N.N.S.Z.

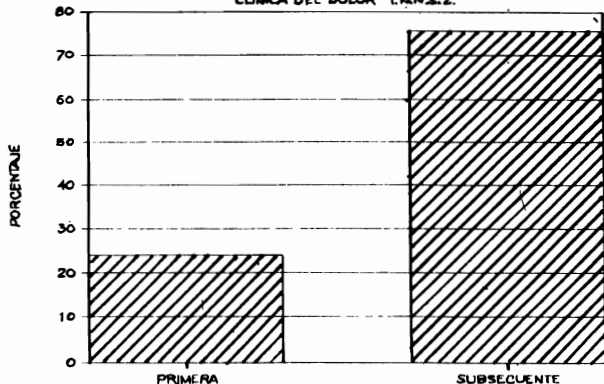


Figura 13

24.2% Promedio: 115.9 pacientes nuevos por año. 9.6 pacientes nuevos por mes.

75.8%

la Clínica para tratamiento de su dolor bajo una modalidad interdisciplinaria. Por cada paciente que se ve por primera vez, 3 pacientes se ven en forma subsecuente, lo cual nos da un promedio de 115.9 pacientes de primera vez vistos por año y una frecuencia de 9.6 pacientes nuevos por mes, siendo ésta una frecuencia muy baja dada la gran población atendida en el Instituto y el gran porcentaje que de ella presenta dolor severo en alguna etapa de su evolución. Si analizamos estos datos desglosándolos por frecuencia anual (figura 14) nos podemos dar cuenta que al iniciar sus labores la Clínica, lógicamente los pacientes vistos por primera vez eran la gran mayoría con un número mínimo de consultas subsecuentes, aumentando la proporción de estas últimas pero siendo menos que los de primera vez hasta 1983 en que la proporción se modifica totalmente, siendo menor ahora los pacientes vistos por primera vez en proporción a los subsecuentes, lo cual nos habla de que la mayoría de las patologías vistas son crónicas, así como de que falta mayor participación de los especialistas que nos refieren a los pacientes ya que ellos son los que lo reciben cuando llega al Instituto por vez primera.

La mayoría de los pacientes acuden menos de 5 veces a consulta en la Clínica del Dolor (figura 15), lo cual nos puede hablar de la patología o de la eficacia del tratamiento, sin embargo, aunque en número menor, existen pacientes que acuden crónicamente a consulta en busca de ayuda para alivio de su dolor ya sea por un dolor de difícil control, ya por una patología de evolución crónica como sería una Osteoartritis degenerativa, o porque relacionando esto con la edad, la mayoría de los pacientes son de edad avanzada, muchos de ellos viviendo solos y con necesidad de atención y ayuda, lo cual los hace acudir más frecuentemente aunque sea en busca de apoyo o simplemente para no sentir que su problema de dolor no tiene solución.

Dentro de los pacientes que acudieron más de 21 veces a consulta, encontramos que la mayoría de ellos tienen como diagnóstico establecido osteoartritis degenerativa a diferentes niveles lo cual representa padecimientos crónicos en evolución y de difícil control.

Dado la complejidad del dolor como síntoma y de su difícil manejo en ocasiones y también de difícil valoración y diagnóstico etiológico en otras, los tratamientos utilizados pueden variar ampliamente de paciente a paciente y aún dentro de un paciente mismo. Pero básicamente se pueden clasificar en 7 categorías principales donde se incluyen los bloqueos de raíces nerviosas somáticas o del componente simpático del sistema nervioso, pudiendo ser éstos realizados con fines pronósticos, diagnósticos o terapéuticos y aplicando diferentes sustancias como esteroides, agentes líticos (fenol o alcohol) o anestésicos locales. También se encuentra incluida la acupuntura, consultas, antidepresivos tricíclicos en cuya categoría se incluyen también los tetracíclicos como la Mianserina y la prescripción de Carbamazepina en problemas de neuropatías. La utilización de analgésicos narcóticos y no narcóticos formaría otra categoría, al igual que el pedir interconsulta a otro especialista para apoyo diagnóstico o terapéutico y finalmente la utilización de pruebas o técnicas psicológicas o psiquiátricas con los mismos fines ya discutidos para otros procedimientos.

En la gráfica correspondiente (gráfica 16) podemos ver los porcentajes de utilización de cada método terapéutico, siendo la acupuntura aparentemente la más utilizada con 25.9% del total, pero si se toma en cuenta toda la clase de bloqueos éstos alcanzan el número uno con el 30.7% del total, siendo el tratamiento psicológico puro el menos utilizado (1.4%) aún y cuando a todos los pacientes inicialmente se les valora integralmente in-

CONSULTAS PRIMERA Y SUBSECUENTE ANUAL

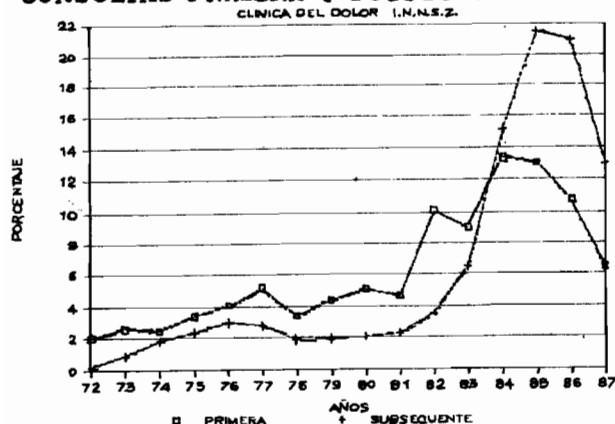


Figura 14.

NUM. DE VECES QUE ACUDIERON A CONSULTA

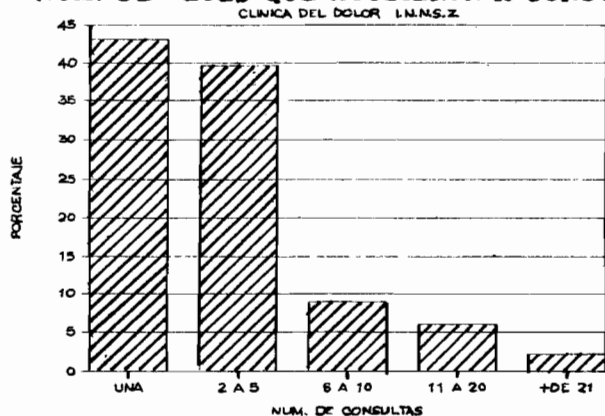


Figura 15.

cluyendo inventarios de personalidad y pruebas psicológicas.

Pero para tener mejor idea del tipo de tratamiento recibido según el diagnóstico establecido, se realizó el estudio de la relación de estas 2 variables obteniendo los siguientes resultados (figuras 17 y 18).

En el dolor secundario a Diabetes Mellitus (neuropatía) el tratamiento más utilizado fue el de la categoría de los antidepresivos tricíclicos y el menos el de tratamiento psicológico o psiquiátrico puro. Continuando de esta forma, en la osteoartritis se utilizó en mayor porcentaje la acupuntura y en menor también las pruebas psicológicas que fue el menos utilizado en todas las patologías.

En el Herpes Zoster los bloqueos ocuparon el primer lugar ya que se ha demostrado que en estadios tempranos tiene buenos resultados el bloqueo simpático para disminuir la incidencia de neuropatía postherpética. Así mismo, en el Síndrome Miofascial la terapéutica más utilizada es el bloqueo de los puntos gatillo seguida de la estimulación acupuntural. En las causas de dolor post-quirúrgico ya sea de presentación aguda o crónica por formación de neuromas, los bloqueos representan también la primera opción terapéutica.

En las neuropatías de otra etiología diferente a la diabética, sin embargo, los bloqueos diagnósticos o pronósticos y la consulta son los más utilizados al igual que en los síndromes dolorosos en estudio ya que la realización de bloqueos diagnósticos diferenciales son una gran ayuda para establecer el diagnóstico preciso.

Las alteraciones del páncreas involucran la etiología

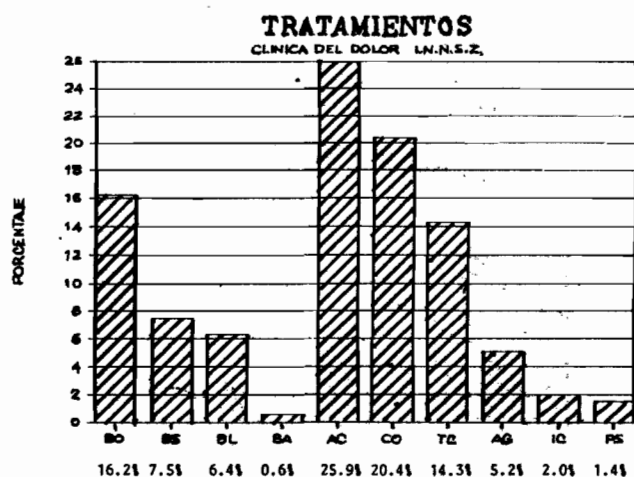


Figura 16.

BO = Bloqueos	CO = Consulta
BS = Bloqueo con esteroides	TC = Tricíclicos
BL = Bloqueo lítico	AG = Analgésicos
BA = Bloqueo analgésico	IC = Interconsulta
AC = Acupuntura	PS = Pruebas o rp. psicológico

neoplásica por lo cual bloqueos juegan gran papel en el control de este síndrome doloroso de tan difícil control al igual que en aquellos pacientes cuyo dolor es causado por metastasis.

La insuficiencia arterial y la distrofia simpática refleja son patológicas en las cuales la inhibición del componente simpático es importante para el mejoramiento de la función por diferentes mecanismos, así como del dolor también.

En la lumbalgia, el dolor de origen psicológico y la cefalea incluyendo la migraña, recibieron en mayor proporción acupuntura para su control debido a los reportes que existen de su buen resultado en ellas, y en menor porcentaje recibieron todos los otros tratamientos.

Lo anterior nos habla de que no en todas las patologías se emplea el mismo tratamiento sino que cada cual tiene sus indicaciones precisas.

Pero si tomamos en cuenta todas las patologías y todos los tratamientos, podemos valorar la respuesta

TRATAMIENTO RECIBIDO POR DIAGNOSTICO

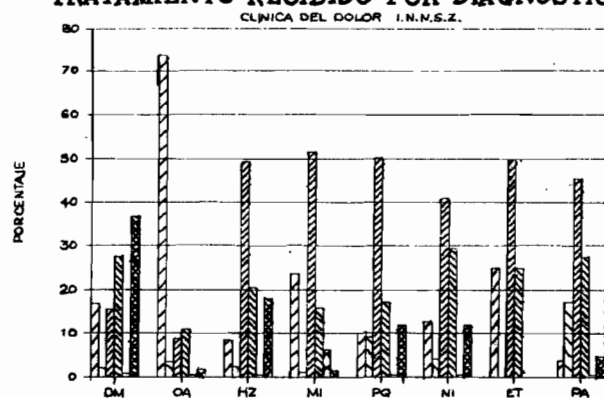


Figura 17.

TRATAMIENTO RECIBIDO POR DIAGNOSTICO II

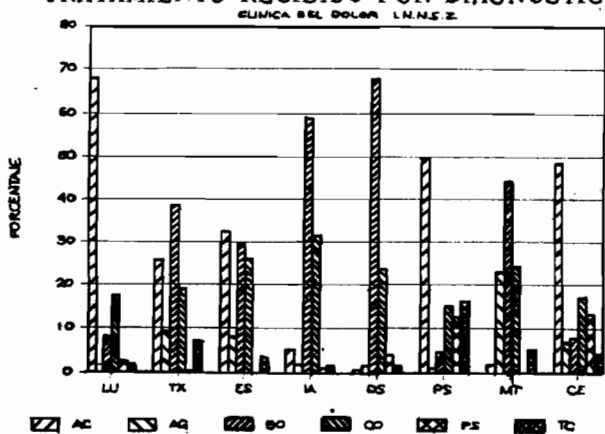


Figura 18.

que presenta inicialmente el paciente a cualquiera de ellos siendo buena en el 68.58%, regular en el 24.41% y mala en el 6.9% del total; datos concordantes con los resultados de otras clínicas (figura 19), viendo por otro lado (figura 20) que el bloqueo analgésico es el que da mejores resultados inicialmente y que el tratamiento que da más resultados regulares que buena son los procedimientos psicológicos ya que cuando ellos son utilizados en forma prioritaria en un paciente en particular, nos habla de alteración en el área psicológica que en ocasiones es difícil de abordar y más aún de tratar ya que se requiere de la completa aceptación y participación por parte del paciente.

Si por otro lado valoramos la respuesta tardía (figu-

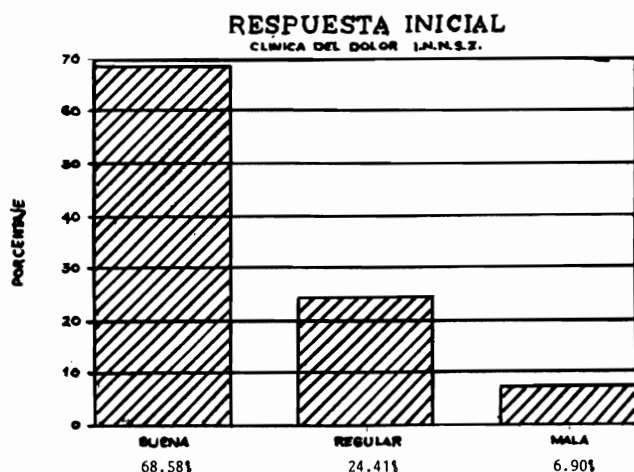


Figura 19.

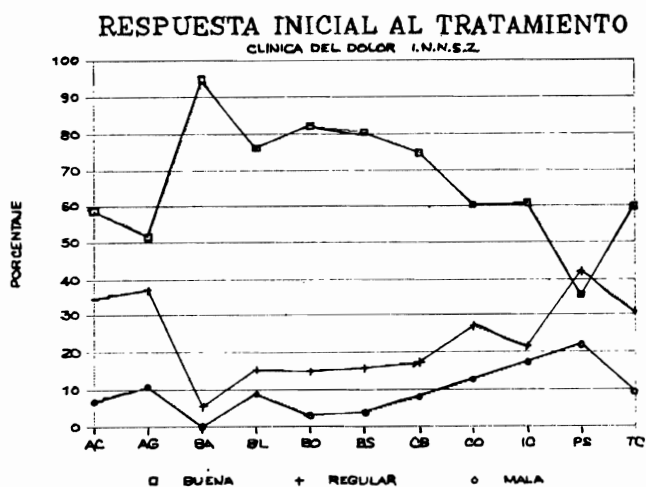


Figura 20.

AC = Acupuntura
AG = Analgésicos
BA = Bloqueo analgésico
BL = Bloqueo lítico
BO = Bloqueo
BS = Bloqueo con esteroides
CB = Control de bloqueo
CO = Consulta
IC = Interconsulta
PS = Pruebas o Rp. psicológico
TC = Tricíclicos (antidepresivos)

ra 21) en consultas subsiguientes y siguiendo la evolución de los pacientes, cada uno durante diferente número de consultas, comprobamos que aún cuando la respuesta buena continúa predominando (52.35%) ésta es ahora menor y se encuentra solo ligeramente por arriba de los otros resultados; sin embargo la respuesta regular aumentó en proporción (34.54%) y la mala se duplicó prácticamente en porcentaje (13%). Siguiendo la misma línea de análisis, al valorar la respuesta tardía al tratamiento establecido vemos ahora que el bloqueo lítico tiene un menor porcentaje de resultados buenos en comparación con los malos y regulares que se obtuvieron, ya que es bien conocido que aún cuando se utilicen agentes líticos como el fenol y el alcohol a diferentes concentraciones para producir inhibición somática o simpática, este efecto no es perenne y puede haber recuperación de la función a diferentes tiempos dependiendo de la patología causante y del estadio de la misma ya que cuando el dolor es de origen oncológico, lo avanzado de la enfermedad, el crecimiento de la masa tumoral y la presencia de metástasis a otros niveles son factores determinantes de los resultados. Cosa contraria al utilizar esteroides de depósito en los cuales los resultados satisfactorios son más evidentes a largo que a corto plazo (figura 22). Se puede observar también que en la solicitud de interconsulta bajan los resultados buenos, ya que generalmente estos pacientes tienen problemas diagnósticos o terapéuticos como ya se dijo anteriormente. En los restantes tratamientos utilizados siguen prácticamente iguales los resultados a los de la figura 20, únicamente con disminución en todos de la proporción de respuestas buenas.

Si analizamos ahora la respuesta contra el tratamiento, contrariamente a lo que se hizo en las 4 figuras anteriores, podemos observar que inicialmente (figura 23) la respuesta buena es mayor con bloqueo (tomando

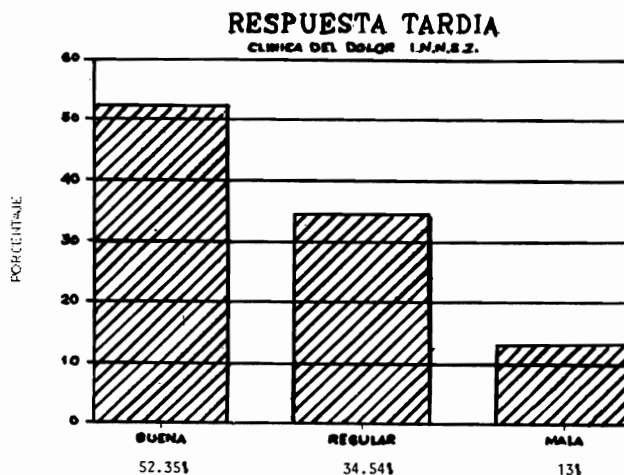


Figura 21.

aquí todas las modalidades del mismo, la respuesta regular es mayor en acupuntura y la mala es más o menos igual en porcentaje tanto en acupuntura, bloqueos y consulta + interconsultas.

RESPUESTA TARDIA AL TRATAMIENTO

CLINICA DEL DOLOR I.N.N.S.Z.

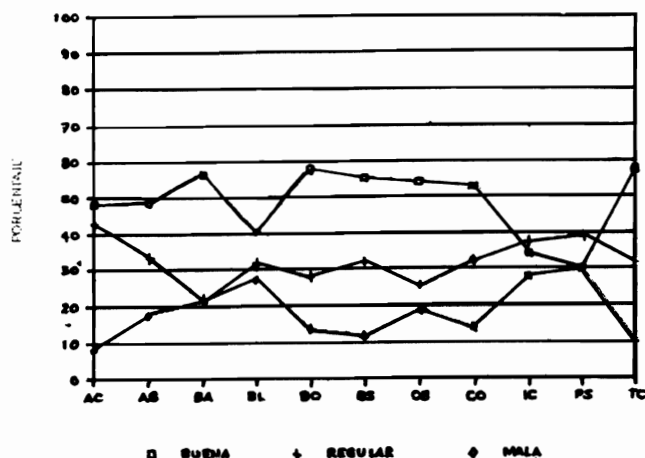


Figura 22.

AC = Acupuntura
AG = Analgésicos
BA = Bloqueo analgésico
BL = Bloqueo lítico
BO = Bloqueo
BS = Bloqueo con esteroides
CB = Control de bloqueo
CO = Consulta
IC = Interconsulta
PS = Pruebas o Rp. psicológico
TC = Tricíclicos (antidepresivos)

Difiere lo anterior de la comparación con la respuesta tardía (figura 24) ya que aquí la eficacia del bloqueo como buena se empareja con la Acupuntura, siendo en ésta última mayor el porcentaje de respuestas regulares y como ya se dijo anteriormente, en porcentaje de respuestas malas los bloqueos ocupan el primer lugar. Llama la atención que a la utilización del tratamiento del grupo de los antidepresivos tricíclicos es prácticamente igual el porcentaje de respuestas buena, regular y mala (todas entre 10 y 20%) a largo plazo lo cual podría explicarse porque no en todos los casos se utilizan dosis menores para obtener efecto analgésico por su efecto de inhibición de catecolaminas endógenas a nivel central el cual se puede observar en pocos días posterior a su administración.

Por último, analizaré los servicios que con más frecuencia nos refieren pacientes donde lógicamente el de mayor número de pacientes referidos es el de Medicina Interna otra vez por ser el que cuenta con más residentes y personal en el Instituto además de que son los especialistas que ven a las patologías que predominan o viéndolo contrariamente, las patologías que predominan lo son así por ser más el número de especialistas en esta área.

Esto está seguido en segundo lugar por Dermatología dato concordante con el gran número de pacientes con Herpes Zoster encontrados, siguiendo en frecuencia decreciente los siguientes servicios: Neurología/Neurocirugía, Cirugía, Reumatología, Cirugía Vascular, Clínica de Diabetes, Servicios fuera del INNSZ (otros hospitales), Ortopedia, Medicina crítica y el resto de los servicios (26 totales) que corresponde al 12.14%.

EVAL. TRATAMIENTO POR RESPUESTA INICIAL

CLINICA DEL DOLOR I.N.N.S.Z.

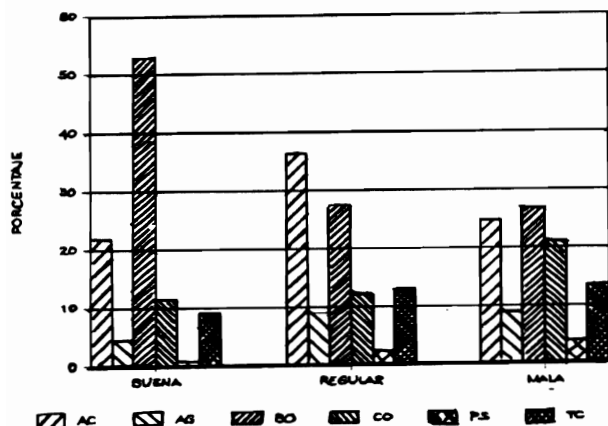


Figura 23.

AC = Acupuntura
AG = Analgésicos
BO = Bloqueos
CO = Consulta
PS = Pruebas o Rp. psicológicos
TC = Tricíclicos

EVAL. TRATAMIENTO POR RESPUESTA TARDIA

CLINICA DEL DOLOR I.N.N.S.Z.

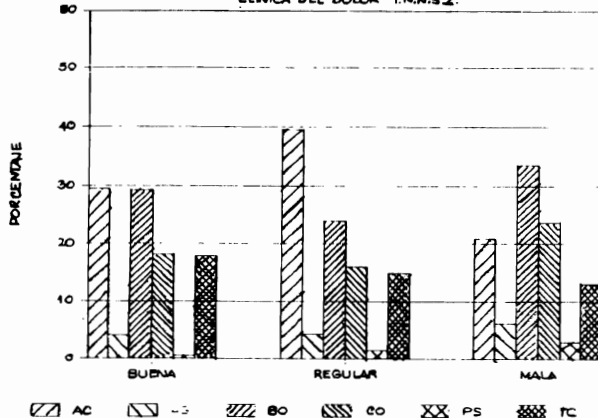


Figura 24

AC = Acupuntura
AG = Analgésicos
BO = Bloqueos
CO = Consulta
PS = Pruebas o Rp. psicológico
TC = Tricíclicos (antidepresivos)

REFERENCIA

CLINICA DEL DOLOR I.N.N.S.Z.

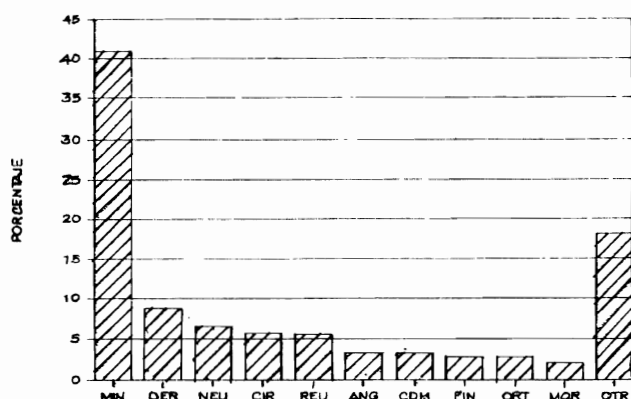


Figura 25

ANG = Angiología
 MIN = Medicina Interna
 DER = Dermatología
 NEU = Neurología/neurocirugía
 CIR = Cirugía
 MCR = Medicina crítica
 CDM = Clínica de Diabetes
 FIN = FUera de INNSZ
 ORT = Ortopedia OTR = Otros (26)
 REU = Reumatología

CONCLUSIONES

La Clínica del Dolor del I.N.N.S.Z., inició sus labores de una manera oficial en junio de 1972, habiendo trabajado, hasta la terminación de este estudio, durante 15 años de manera ininterrumpida, dando en este tiempo 7201 consultas.

El número de pacientes vistos por año es mucho mayor a partir de 1984, fecha en que se contó con alumnos del curso Monográfico aumentando así el personal disponible para atenderlos.

El 66.1% de las consultas es en pacientes de 51-80 años de edad, con el 26.2% entre 61-70 años.

El sitio que más frecuentemente es afectado, son las

Extremidades Inferiores con el 31.5% y por lo tanto éste también es el sitio donde más frecuentemente presentan dolor.

El sistema más afectado abarca en primer lugar las alteraciones físicas del sistema nervioso y en último lugar las alteraciones de más de un sistema al mismo tiempo.

En más de la mitad de las consultas el dolor es referido como continuo y fluctuante en severidad.

La mayoría de los pacientes refieren dolor moderado con EVA < 5 y sólo el 4.4% refiere dolor insoportable (EVA 10).

La etiología que con más frecuencia se ve en la Clínica es la clasificada por la IASP como de causa metabólica.

Por cada paciente de primera vez se ven 3 subsecuentes y cerca del 80% de los pacientes acuden menos de 5 veces a consulta.

La modalidad terapéutica más utilizada son los bloqueos, seguida de cerca por la Acupuntura.

La osteoartritis, la lumbalgia, el dolor de origen psicogénico y la cefalea son tratados en primer lugar con acupuntura. En la neuropatía por D.M. se usa principalmente tricíclicos y carbamazepina. En el resto de las patologías más frecuentes la modalidad terapéutica más utilizada hasta ahora son los bloqueos.

La respuesta a los diferentes tratamientos tanto inicial como tardía ha sido buena en más de la mitad de los casos.

Existen 36 servicios que han referido pacientes a la Clínica del Dolor, siendo el principal de ellos Medicina Interna con más del 40%.

Las Clínicas del Dolor son en la actualidad de gran importancia en el abordaje diagnóstico y terapéutico de los diferentes síndromes dolorosos y de cualquier patología donde el dolor sea un síntoma importante.

Falta mayor difusión entre las demás especialidades tanto para conocimiento de las funciones de una Clínica del Dolor como para la referencia de los pacientes con dolor de difícil control a ella y para intervenir en el abordaje interdisciplinario de este síntoma tan complejo.

REFERENCIAS

1. HALLET E G, PILOWSKY I. *The response to Treatment in a Multidisciplinary Pain Clinic*. PAIN 1982; 12:365-374.
2. ROMERO G, ROMERO J I. *Prevalencia del dolor en pacientes con cáncer en la consulta de primera vez en el Instituto Nacional de Cancerología*. Trabajo de Servicio Social, en revisión.
3. MELZACK R. Churchill Livingstone, 1984.
4. CROOK J, RIDEOUT E, BROWNE G. *The Prevalence of Pain Complaints in a General Population*. PAIN 1984; 18:299-314.