

Experiencia mexicana de la Unidad de Dolor Agudo: Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)

Dra. Leticia Hernández-Hernández*

* UMAE Hospital de Especialidades CMN Siglo XXI.

El alivio del dolor después de procedimientos quirúrgicos es un reto médico importante. Su tratamiento en la actualidad es deficiente y esto representa un problema de salud pública internacional. La solución no parece ser el desarrollo de nuevos fármacos analgésicos o tecnologías, sino el desarrollo de una organización adecuada que utilice los conocimientos y recursos existentes de manera eficiente⁽¹⁾.

A pesar de una tendencia clara hacia una mayor conciencia de la necesidad de controlar el dolor y el establecimiento de programas de manejo del dolor, los pacientes siguen sufriendo dolor postoperatorio, presentan temor al dolor por encima de todo cuando se enfrentan a la cirugía⁽²⁾, las causas de esta situación son multifactoriales e incluyen, entre otras, la escasez continúa de la evaluación del dolor así como un deficiente registro del mismo, dando lugar a tratamientos subóptimos, además de ausencia de protocolos por escrito, deficiencias en la educación y de programas para el tratamiento del dolor⁽³⁾.

La importancia de establecer una organización para el manejo del dolor postoperatorio, con un enfoque de equipo, se ha propuesto desde hace varios años. En 1976-1980 se planteó la introducción de equipos que supervisarían y administrarían la analgesia, para el alivio del dolor, que asumirían la responsabilidad de la enseñanza y capacitación para el manejo del dolor en el postoperatorio. En Estados Unidos y Alemania en 1985 se establecieron los primeros servicios de dolor agudo (SDA)⁽⁴⁾.

Para 1990, el Colegio Real de Cirujanos de Inglaterra y el Colegio de Anestesiólogos llevan a cabo recomendaciones con un enfoque más integral para el tratamiento del dolor postoperatorio.

En 1994 Rawal Berggren, introdujo un modelo de bajo costo de un SDA basado en enfermeras supervisadas por un anestesiólogo, para proporcionar el tratamiento del dolor para todos los pacientes quirúrgicos.

En 1995, la Sociedad Americana del Dolor insistió en la implementación de programas de garantía de calidad para institucionalizar los procedimientos de manejo del dolor.

Tighe y colegas, en 1998, evaluaron el efecto de la introducción de un SDA a través de un cuestionario que incluía la evaluación de dolor, vómito, sueño y satisfacción del paciente, antes y después de su implementación. Los resultados mostraron una mejoría significativa en la percepción de los pacientes⁽⁵⁾.

En 1988 se publicaron las primeras guías oficiales de tratamiento del dolor postoperatorio en Australia⁽⁶⁾. Las guías clínicas y programas de calidad son consideradas herramientas esenciales para mejorar el manejo del dolor postoperatorio.

Un servicio de dolor agudo es una organización dedicada al manejo del dolor agudo en el paciente quirúrgico, o algún otro tipo de dolor agudo; el responsable de su manejo debe proporcionar un plan de trabajo ajustado a las condiciones clínicas de cada paciente para determinar la técnica analgésica apropiada, la cual requerirá ser supervisada y evaluada.

Objetivos de un Servicio de Dolor Agudo:

1. Responsabilidad del tratamiento diario de dolor postoperatorio.
2. Proporcionar un marco organizativo para un nivel adecuado de atención y seguimiento, ajustado a la situación clínica del paciente y la técnica utilizada.
3. Garantizar la seguridad de las técnicas empleadas.
4. Establecer programas para la identificación y manejo de las complicaciones.
5. Capacitación para el personal médico y de enfermería implicado en el tratamiento del dolor postoperatorio.
6. Compromiso con la investigación y auditorías clínicas que evalúen la eficacia de los resultados con los métodos existentes⁽⁴⁾.

Este artículo puede ser consultado en versión completa en <http://www.medigraphic.com/rma>

En un inicio eran servicios de dolor agudo postoperatorio. Sin embargo, en algunos centros, el papel de un SDA se ha extendido a uno más completo; así este tipo de servicio puede ayudar con el tratamiento de:

- Dolor agudo no quirúrgico (por ejemplo, traumatismos y algunas enfermedades médicas).
- Dolor crónico agudizado (y, posiblemente, ayudar en la prevención de dolor crónico).
- Dolor agudo en el dolor oncológico (cuidados paliativos).
- Dolor agudo postoperatorio y/o problemas médicos (medicina perioperatoria)⁽⁷⁾.

En la década de los noventa se han publicado guías estándar o recomendaciones en Estados Unidos y Europa, con diferencias en el modelo de salud de cada país, pero que coinciden en algunos puntos estratégicos para el manejo del dolor postoperatorio.

- Información/educación del paciente así como del personal de salud.
- Evaluación periódica del dolor.
- Implementación de protocolos de tratamiento en los que se contemple la aplicación de técnicas multimodales, seleccionando el tratamiento en función de la fase del postoperatorio y según la respuesta del paciente.
- Seguimiento y registro de la terapia del paciente a lo largo de todo el postoperatorio, valorando tanto la eficacia como los efectos indeseables⁽⁸⁾.

La introducción de Servicios de Dolor Agudo (SDA) ha llevado a un aumento en el uso de métodos especializados para aliviar el dolor, tales como analgesia controlada por el paciente (PCA, por sus siglas en inglés), infusión epidural de mezclas de anestésicos locales más opioides. La aplicación de estos métodos puede representar avances reales en mejorar el bienestar del paciente y en la reducción de la morbilidad postoperatoria⁽⁵⁾.

Una recuperación más temprana puede lograrse si la analgesia multimodal se combina con un programa multidisciplinario, lo que permite reducir la estancia hospitalaria, el período de recuperación y los costos, manteniendo niveles de calidad consistentes. Así algunos hospitales han introducido guías clínicas de manejo de dolor agudo o han implementado un SDA para reducir estos costos. Sin embargo, hay otros factores que hay que considerar como: anesthesiólogos, enfermeras, un programa permanente de educación para los pacientes y todo el personal de la salud involucrados en el cuidado de los pacientes quirúrgicos, que intervienen en una mayor y mejor satisfacción del paciente después de la cirugía elevando los estándares de manejo del dolor en todo el hospital⁽⁹⁾.

Proceso de implementación de protocolos analgésicos multimodales. UMAE Hospital de Especialidades CMN Siglo XXI. IMSS.

1. Se elaboró un diagnóstico situacional para el establecimiento y toma de decisiones que permitiera incidir de manera positiva en el tratamiento del dolor agudo postoperatorio.

En el cual nuestro objetivo fue: evaluar el grado de eficacia en el control del dolor agudo postoperatorio en los diferentes procedimientos quirúrgicos. Identificar los esquemas analgésicos empleados por los diferentes servicios. Conocer la satisfacción de la calidad de la atención en los pacientes postoperados.

2. De noviembre de 2009 a enero de 2010, se realizó una encuesta para este diagnóstico situacional.

Los resultados demostraron la presencia de dolor en el 99% de la totalidad de los pacientes (491) a las 24 horas. De éstos, la intensidad fue de moderada a severa en el 79% de los casos; se observó una gran variabilidad en el empleo de analgésicos para el dolor postoperatorio.

3. Enero 2010. Se propuso a las autoridades del hospital: El establecimiento de un manejo analgésico protocolizado en el dolor agudo postoperatorio, justificándolo en términos de mejora de la calidad de la atención, al disminuir la intensidad del dolor e incidir con un impacto positivo en la satisfacción del paciente.

4. De febrero-abril de 2010 se llevó a cabo un programa de capacitación para el personal de enfermería e información sobre el programa con los médicos de los diferentes servicios, con quienes se determinó qué pacientes de acuerdo al tipo de cirugía eran susceptibles de indicarle un protocolo analgésico multimodal. En la mayoría de los casos se determinó para la cirugía mayor.

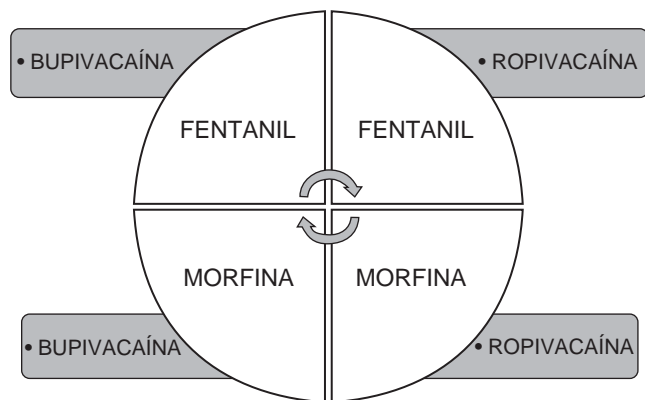
5. El 15 de abril de 2010 en este contexto, y acorde a las instrucciones de la Dirección General y la Dirección Médica, se implementó el programa, iniciando el manejo analgésico postoperatorio con protocolos multimodales de los diferentes servicios quirúrgicos.

Los cuales a la actualidad son dos, y como parte de la analgesia multimodal, con el empleo de analgésicos antiinflamatorios, paracetamol. Además de antieméticos.

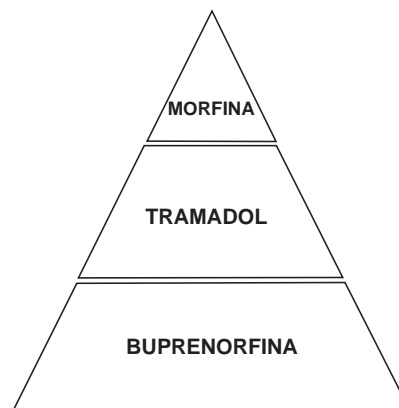
- De acuerdo con la hoja de programación quirúrgica diaria, se visita a los paciente que serán ingresados para tratamiento y se les informa sobre los protocolos de tratamiento, además de solicitar autorización por escrito.

- Al ser ingresados a la Unidad de Recuperación Postanestésica, se indica en hoja de indicaciones postquirúrgicas el protocolo analgésico, anexando hoja.

- En hospitalización se realizan visitas durante los tres turnos, en donde se evalúa la calidad de la analgesia, efectos secundarios, dosis de medicamentos, se supervisan los dispositivos. Al término de la analgesia, que generalmente es de 48 a 72 horas, se evalúa la satisfacción del paciente con el tratamiento recibido. Toda la información es regis-



Infusión epidural con anestésicos locales con opioide.



Infusión intravenosa de opioides.

trada en una hoja de evaluación del protocolo analgésico diario; los datos son ingresados a nuestra base de datos.

Desde el inicio de nuestra atención de los paciente con dolor (abril 2010 a febrero de 2013) se han brindado 364 interconsultas intrahospitalaria, se les ha dado seguimiento con un promedio de cinco días, en los siguientes servicios: Neurocirugía, Gastrocirugía, Cirugía de Colón y Recto, Medicina Interna, Unidad de Cuidados Intensivos, Hematología, Angiología, Dermatología, Gastromédica, de pacientes con diversas patologías que han requerido de la atención especializada en el tratamiento del dolor, por no presentar mejoraría con la terapéutica empleada del servicio tratante.

Se han brindado 2,324 manejos del dolor agudo postoperatorio a pacientes procedentes de todos los servicios quirúrgicos, con un seguimiento de 48-72 horas.

Actualmente se han registrado cambios que hemos podido demostrar, al compararlo en un solo tipo de cirugía que corresponde a la cirugía abdominal mayor, ya que es uno de los procedimientos que se realiza con mayor frecuencia en la unidad hospitalaria.

Los resultados han sido los siguientes: La presencia de dolor a las 24 horas mostró una diferencia significativa a favor del grupo de la analgesia protocolizada multimodal con el 60.94% de los pacientes que no presentaron dolor, comparado con el grupo habitual (sin protocolo), que fue del 0%, lo que permite identificar que es durante este período donde se registra una mayor intensidad del dolor.

Así también, correspondió en la evaluación del máximo dolor a las 24 horas, con un menor porcentaje en las intensidades de moderado a severo con la analgesia protocolizada 23.44% y en el grupo habitual la intensidad de moderada a severa fue del 93.11%. De acuerdo al grado de satisfacción registrado con el grupo de analgesia protocolizada se obtuvo en el 96.09% una satisfacción buena o excelente, mientras que en el grupo habitual se ubicaron con estos mismos grados en el 80.17%.

Esencialmente se han realizado actividades, que en la literatura internacional se ha descrito las correspondientes a un servicio de dolor agudo. Con resultados que demuestran la eficacia en el control del dolor agudo con la implementación de los protocolos analgésicos multimodales.

REFERENCIAS

1. Rawal N. Organization, function, and implementation of acute pain service. *Anesthesiol Clin North America*. 2005;23(1):211-225.
2. Vadivelu N, Mitra S, Narayan D. Recent advances in postoperative pain management. *Yale J Biol Medicine*. 2010;83:11-25.
3. Christopher LWU, Srinivasa NR. Treatment of acute postoperative pain. *The Lancet*. 2011;377(25):2215-2225.
4. Werner MU, Soholm L, Rotboll-Nielsen P, Kehlet H. Does an acute pain service improve postoperative outcome? *Anesth Analg*. 2002;95:1361-1372.
5. Bardiau FM, Taviaux NF, Albert A, Boogaerts JG, Stadler M. An Intervention Study Enhance Postoperative Pain Management. *Anesth Analg*. 2003; 96:179-185.
6. National Health and Medical Research Council (Australia). Management of severe pain. Canberra, Australia. 1998.
7. Scott D, Macintyre P, Roberts L, Carr D, Sartain J. Acute pain services 20 years after brian ready. Australia y Nueva Zelanda Colegio de Anestesiastas.
8. Zaragoza GF, Landa GI, Larraínzar GR, Moñino RP, De la Torre LR. Primer documento consenso dolor postoperatorio en España, Madrid 2005.
9. Breivik H. How to implement an acute pain service. *Pract Res Clin Anaesthesiol*. 2002;16(4):527-547.