



Experiencia en el primer año de implementación de una clínica del dolor y cuidados paliativos en un Hospital General Regional

Dra. Patricia Emiliana García-Ramírez,* Dr. Paulino Martínez-Hernández-Magro*

* Médico Anestesiólogo. Unidad de Cuidados Paliativos y Medicina del Dolor. Hospital General Regional No. 1 IMSS Ciudad Obregón, Sonora.

Solicitud de sobretiros:

Dra. Patricia E. García Ramírez
Clínica Dr. Mario Vela Cantú No. 260 Sur, Interior 103, Col. Centro, CP 85000 Ciudad Obregón, Sonora.
E-mail: patriga71@yahoo.com.mx

Recibido para publicación: 11-02-14.

Aceptado para publicación: 17-07-14.

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

RESUMEN

Antecedentes: El dolor crónico está presente en el 7 al 59% de la población en general. El estudio del dolor crónico ha tomado importancia debido a su alta prevalencia y al alto impacto que presenta tanto en la funcionalidad del individuo como en los sistemas de salud. **Objetivo:** Reportar nuestra experiencia inicial y la utilidad de la implementación de una clínica del dolor para el manejo del paciente con dolor crónico y la optimización de recursos en nuestro hospital en la unidad de onco-hematología. **Resultados:** Se realizaron 5,006 acciones en grupo de pacientes que fueron evaluados en el primer año de implementación de la clínica, las cuales fueron las siguientes: consultas de primera vez: 293, consultas subsecuentes: 873, hospitalizaciones a cargo de nuestro servicio: 578, interconsultas en hospitalización: 116, bloqueos: 97, infusiones intravenosas: 367, infusiones subcutáneas: 914, inyecciones: 405, instalación de set de analgesia: 64, atención paliativa: 1,218, atención en paciente pediátrico: 66 e infiltraciones: 15. **Conclusiones:** Son claros los beneficios para el paciente y el ahorro en costos de hospitalización para los hospitales que cuentan con una clínica del dolor y cuidados paliativos.

Palabras clave: Dolor crónico, clínica de dolor.

SUMMARY

Background: Chronic pain is present in 7 to 59% of the general population. The study of chronic pain has become important because of its high prevalence, and having high impact on the functionality of both individual and health systems. **Objective:** To report our initial experience and utility of implementing a pain clinic for the management of patients with chronic pain and the optimization of resources in our hospital in Hematology-Oncology unit. **Results:** We perform 5,006 actions in the group of patients who were evaluated in the first year of implementation of our pain clinic, which included the following: first time consultations: 293, subsequent consultations: 873, hospitalizations by our service: 578, hospital consultations: 116, blockades: 97, IV infusions: 367, subcutaneous infusions: 914, injections: 405, analgesia installation set: 64, palliative care: 1,218, pediatric patient care: 66, infiltrations: 15. **Conclusions:** There are clear benefits for the patient and savings in hospitalization costs for hospitals that have a pain clinic and palliative care unit.

Key words: Chronic pain, pain clinic.

INTRODUCCIÓN

El dolor es un problema frecuente que se produce por diversos mecanismos biológicos, los cuales afectan el equilibrio fisiológico, funcional, emocional, social y económico de los individuos que lo padecen⁽¹⁾.

El dolor crónico está presente en el 7 al 59% de la población en general⁽²⁾. El estudio del dolor crónico ha provocado un interés creciente en la comunidad médica. No existen muchos reportes en México acerca del tema y la frecuencia de presentación, sin embargo, el dolor crónico es un hecho real que produce pérdidas económicas, laborales y sociales⁽²⁾.

Una clínica del dolor es un servicio médico especializado en el estudio y tratamiento integral de pacientes portadores de síndromes dolorosos crónicos que intercurren o acompañan a una gran cantidad de padecimientos crónicos de los que destacan los de tipo oncológico y las enfermedades crónicas no oncológicas que son sometidos a tratamientos múltiples para el manejo de la enfermedad primaria. Tiene como objetivos principales el otorgar una mejor calidad de vida a sus pacientes a través de un manejo multidisciplinario, así como promover ahorro en los recursos hospitalarios por el uso racional de los mismos.

El objetivo de este trabajo es reportar nuestra experiencia y la utilidad de la implementación de una clínica del dolor para el manejo del paciente con dolor crónico y la optimización de recursos en nuestro hospital en la unidad de Onco-hematología en el primer año de inicio de labores.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se incluyeron todas las acciones realizadas en los pacientes que fueron referidos a la Clínica de Dolor y Cuidados Paliativos del Hospital General Regional No. 1 del IMSS en Ciudad Obregón Sonora, México. El período del estudio abarcó del primero de octubre del 2008 al 30 de septiembre del 2009, el cual fue el primer año de inicio de labores en nuestra clínica.

De los pacientes incluidos en este estudio se tomaron datos demográficos, diagnóstico y tipo de padecimiento; consultas de primera vez y subsecuentes, tipo dolor (oncológico versus no oncológico), servicios interconsultantes, procedimientos terapéuticos realizados y ahorro calculado de acuerdo con los costos de hospitalización (día-cama) aproximados en nuestro hospital, de los cuales obtuvimos los siguientes resultados.

RESULTADOS

El estudio incluyó 5,006 acciones realizadas en el grupo de pacientes que fueron evaluados en ese año en la clínica, las cuales se representan en el cuadro I (todas realizadas en pacientes hospitalizados) y que son las siguientes:

Cuadro I. Pacientes atendidos durante octubre 2009 - septiembre 2009. Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos HGR No. 1 IMSS.

Mes	Oct.- nov.	Nov.- dic.	Dic.- ene.	Ene.- feb.	Feb.- mar.	Mar.- abr.	Abr.- may.	May.- jun.	Jun.- jul.	Jul.- ago.	Ago.- sep.	Sept.- oct.	Total
Concepto													
Consulta primera vez	28	56	61	102	62	83	166	29	95	15	95	81	873
Hospitalización	36	29	26	17	23	25	31	23	4	30	26	293	578
IC	93	64	56	30	57	59	75	58	44	3	25	14	367
Hospitalización	12	12	5	4	15	7	13	12	7	3	11	15	116
Bloqueos	0	2	3	6	11	5	10	12	14	4	19	11	97
Infusión IV	87	46	18	28	29	41	42	29	14	3	26	4	914
Infusión SC	69	80	56	164	155	58	121	21	34	8	52	96	405
Inyecciones	24	25	21	62	59	61	34	15	31	12	40	21	64
Instalación Set	6	8	5	12	7	6	6	3	3	0	4	4	1218
Atención paliativa	38	91	103	127	119	107	131	109	99	63	118	113	66
Paciente pediátrico	5	2	5	13	14	2	5	1	12	1	5	1	15
Infiltraciones	2	1	0	4	0	1	3	2	0	1	1	1	1
Totales	400	416	359	569	551	452	629	323	378	116	426	387	5006

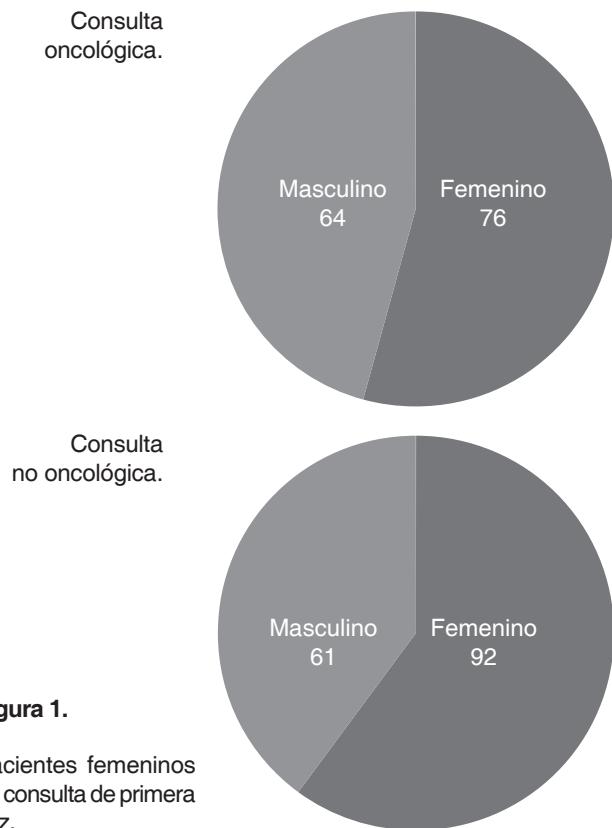


Figura 1.

Pacientes femeninos en consulta de primera vez.

Consultas de primera vez: 293, consultas subsecuentes: 873, hospitalizaciones a cargo de nuestro servicio: 578, interconsultas en hospitalización: 116, bloqueos: 97, infusiones intravenosas: 367, infusiones subcutáneas: 914, inyecciones 405, instalación de set de analgesia: 64, atención paliativa: 1,218, atención en paciente pediátrico: 66, infiltraciones: 15 (Cuadro I).

El grupo de pacientes de consultas por primera vez incluyó a 293 pacientes, 125 pacientes del sexo masculino y a 168 del sexo femenino, los cuales se dividieron a su vez en consulta oncológica en 140 pacientes y no oncológica en 153 pacientes (Figura 1). Se atendieron pacientes en edades desde 10-93 años de edad, sin embargo, el grupo abarcó con mayor frecuencia a pacientes dentro de cuarta a la sexta décadas de la vida.

Los principales motivos de interconsulta fueron en el grupo no oncológico: lumbalgia, síndrome doloroso abdominal, polineuropatía diabética, osteoartrosis y neuropatía postquirúrgica (Figura 2), y en el grupo de pacientes oncológicos: cáncer cervicouterino, cáncer de mama, carcinoma broncogénico, cáncer de próstata y renal y cáncer de colon (Figura 3).

Los servicios que interconsultaron a nuestra clínica fueron: oncología médica y quirúrgica, oncología pediátrica, uroginecología, reumatología, traumatología y ortopedia, neurología, medicina interna, ginecología, urología, y urgencias médico quirúrgicas.

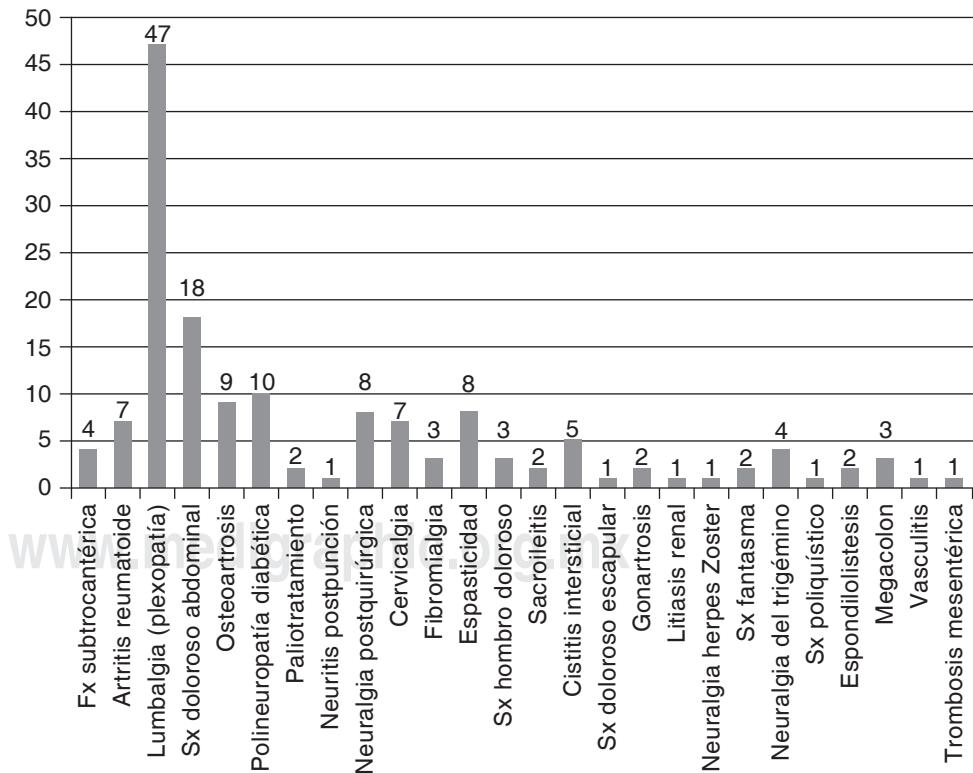
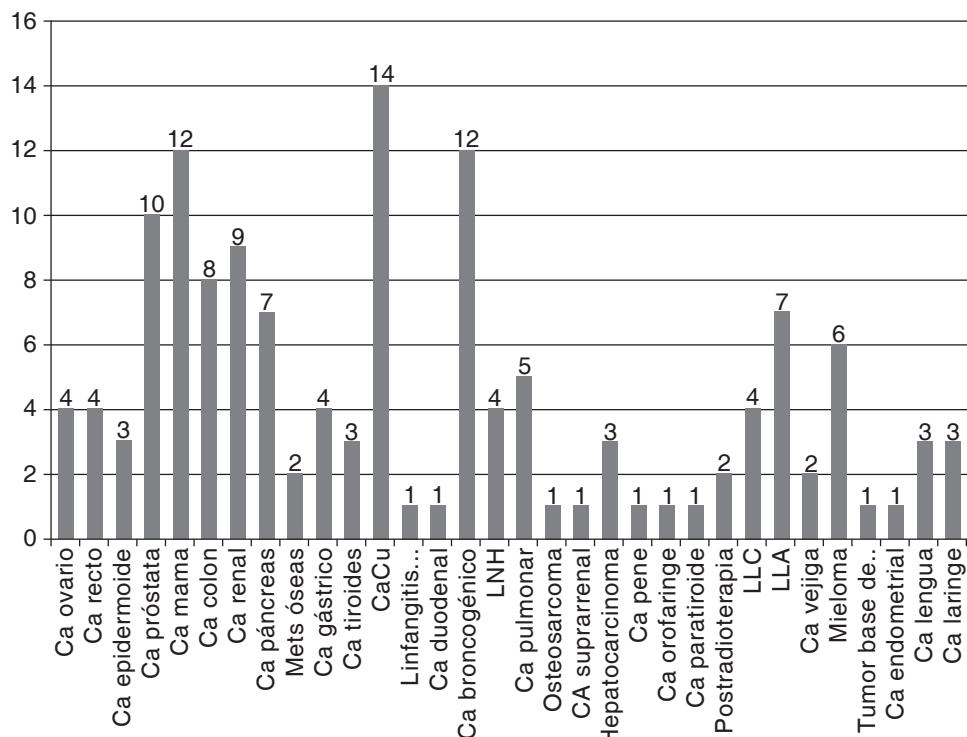


Figura 2.

Causa de consulta no oncológica de clínica del dolor.

**Figura 3.**

Causa de consulta oncológica de clínica del dolor.

Dentro del concepto «costo-beneficio», el costo estimado de cama/día hospital fue calculado en nuestro hospital de aproximadamente \$ 4,447.00 pesos sin incluir medicamentos, llegando a incrementarse hasta \$ 5,077.00 pesos/día con medicamentos o «sets» de analgesia, por lo que en un paciente ingresado por los servicios de urgencias para control de síntomas (dolor, náusea, vómito, etc.) y tratamiento paliativo (la mayoría de estos pacientes eran oncológicos fuera de tratamiento curativo), por cinco días, el costo para el hospital representó \$ 25,385.00 pesos. A los mismos pacientes que recibieron tratamiento para continuarlo en su domicilio, para control de síntomas y tratamiento paliativo (proporcionado por nuestra clínica, con asesoría a los familiares y paciente) que incluyó analgésicos, bomba de infusión, material de curación y equipo para uso en domicilio el costo estimado fue de \$600.00 pesos con recambios cada cinco días, logrando un ahorro para el hospital del 97.63%, así como mantener una cama disponible para pacientes que realmente requieran hospitalización o pacientes con enfermedad en etapa curativa. En otro ejemplo, en pacientes que se internaron una semana con diagnóstico de carcinoma broncogénico el costo día-hospitalización calculado en tres meses, incluyendo tratamiento de quimioterapia y/o radioterapia sólo para control de síntomas fue de \$ 102,333.00 pesos comparado con el uso de bombas de infusión y tratamiento ambulatorio en domicilio que fue de \$ 9,000.00 pesos en el mismo período de tiempo,

con un ahorro calculado del 91.98%. En otro ejemplo, en los pacientes con leiomiosarcoma con metástasis óseas en tratamiento por cuatro meses, el gasto de hospitalización es de \$ 50,274.00 pesos, comparado con \$ 12,000.00 pesos en cuatro meses con ahorro del 76.13%.

DISCUSIÓN

El dolor según la IASP (*International Association for the Study of Pain*) es «una experiencia sensitiva y emocional desagradable que se asocia a una lesión tisular real o posible, o que se describe como tal»^(3,4). En México se estima que el 15% de la población general es afectada por dolor⁽⁵⁾. El dolor severo postoperatorio se reporta de un 5 a 11% de los pacientes y puede ser medido con ayuda de una escala visual o verbal análoga⁽⁶⁾, sin embargo, el dolor crónico representa un mayor reto para el médico.

El aumento en la expectativa de vida y la disminución de la tasa de natalidad se ha acompañado de una mayor incidencia de enfermedades crónico-degenerativas en las últimas cuatro décadas⁽⁷⁾, lo que ha originado un mayor número de casos potenciales con dolor crónico.

El estudio del dolor crónico ha tomado importancia debido a su alta prevalencia y al alto impacto que presenta tanto en la funcionalidad del individuo, como en los sistemas de salud⁽¹⁾. Los esfuerzos que tienden a lograr el estudio y tratamiento del dolor iniciaron durante la primera mitad del siglo XX con

el médico estadounidense de nombre John J. Bonica, quien se interesó por ahondar en el estudio del dolor^(5,8). Este pensamiento revolucionario sobre el abordaje multidisciplinario del dolor lo condujo a la creación de la primera clínica del dolor en 1946⁽¹⁾.

El resultado de esta labor y de sus invaluos consejos se cristalizaron con la fundación de la primera clínica del dolor en nuestro país en el año de 1972, por los Doctores Vicente García Olivera y Ramón De Lille Fuentes en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición «Salvador Zubirán»^(1,5,8-10). Posteriormente el establecimiento formal de la Asociación Mexicana para el Estudio y Tratamiento del Dolor (AMETD) ocurrió en 1981^(1,11). El 3 de julio de 1990 en el Diario Oficial de la Federación aparece la Norma Técnica No. 329 para la organización, funcionamiento e ingeniería sanitaria de los servicios de terapéutica del dolor por cáncer⁽⁷⁾.

El dolor crónico no maligno es actualmente un problema de salud pública en algunos países. La prevalencia internacional del dolor crónico no oncológico se ha estimado en un rango del 8 al 80%. Un ejemplo es el dolor de espalda baja (lumbalgia), el cual se ha estimado que afecta al 70% de la población adulta en los países desarrollados, con una incidencia anual del 45%⁽¹⁾.

El cáncer es un problema de salud pública. Cada año 9 millones de personas enferman en el mundo de este padecimiento y 70% fallece por la enfermedad⁽⁷⁾. El dolor en el paciente oncológico se presenta del 80 al 90% de los casos⁽¹⁾. El dolor que se presenta en el tratamiento del paciente oncológico puede ser de cualquier tipo (nociceptivo, neuropático o mixto, de acuerdo con las estructuras afectadas por el padecimiento y al tratamiento del mismo)⁽²⁾. En los pacientes oncológicos, el dolor puede ser causado por el propio cáncer (por ejemplo, presión tumoral sobre un plexo nervioso o infiltración tumoral) o deberse a espasmo muscular secundario. Además, el dolor puede ser secundario a los tratamientos contra el cáncer, por ejemplo, plexopatía braquial inducida por la radiación, o no guardar relación alguna con el cáncer, por ejemplo, artritis⁽⁹⁾. En un estudio, en Alemania se incluyeron a 593 pacientes oncológicos prevaleciendo el dolor somático con 78.1% sobre el dolor neuropático que representó un 35.6%⁽²⁾.

Las clínicas del dolor ofrecen excelencia en la atención y seguimiento de los pacientes potencialmente curables y los pacientes terminales bajo régimen de medicina paliativa. El origen etimológico de la palabra paliativo viene del latín *pallium* que significa manto o cubierta, haciendo alusión al acto de aliviar síntomas o padecimientos⁽⁷⁾.

El manejo del dolor crónico se realiza a través de una escalera analgésica propuesta por la OMS usando primero un manejo conservador y finalizando con técnicas invasivas, sin embargo, actualmente se está tratando de disminuir el costo de la farmacoterapia utilizando procedimientos intervencionistas⁽¹²⁾, los cuales con el adelanto en técnicas quirúrgicas y de imagenología son cada vez más seguros.

El estudio y control de los pacientes con dolor crónico debe ser multidisciplinario e incluir una clínica de dolor, ya que ofrece una mejoría notable en la calidad de vida de los pacientes, proporcionándole un rostro humano a la medicina actual. En nuestra experiencia inicial comprobamos la necesidad de la clínica con la cantidad de acciones realizadas durante el primer año, las solicitudes de interconsulta de otros servicios (no necesariamente oncológicos) y el ahorro comprobado en gastos de hospitalización y sobre todo en la mejoría en cuanto a calidad de vida que les pudimos ofrecer a nuestros pacientes.

CONCLUSIONES

La misión de una clínica del dolor es brindar alivio, no solamente del dolor, sino también de los síntomas que se asocian con éste o con su terapéutica, basándose en una atención integral que mejore la calidad de vida del paciente y cubriendo sus principales necesidades como un ser bio-psicosocial. Además de los algólogos, una clínica del dolor está compuesta por psicólogos, trabajadoras sociales y enfermeras; del mismo modo, debe contar con el apoyo de otros especialistas que sean requeridos. Lo anterior asegura que el manejo del paciente tenga un enfoque multidisciplinario e interdisciplinario. Están documentados los beneficios para el paciente y en ahorro en costos de hospitalización para los hospitales que cuentan con una Clínica del dolor y cuidados paliativos.

REFERENCIAS

1. Covarrubias Gómez A, Guevara López U. ¿Qué son las clínicas del dolor? Revista Digital Universitaria [Internet]. 2006;7. Disponible en: <http://www.revista.unam.mx/vol.7/num4/art33/int33.htm>
2. Gordillo Álvarez V, Ramírez Bermejo A, Solís Valadez GP, Bau-tista Sánchez SG, Kassian Rank A. Causas de dolor crónico en la clínica del dolor en el Hospital General de México. Dol Clin Ter. 2004;11:15-23.
3. Bader P, Echtle D, Fonteyne V, Livadas K, De Meerleer G, Paez Borda A, et al. Guía clínica sobre el tratamiento del dolor. European Association of Urology. 2009. Available in: <http://www.uroweb.org/gls/pdf/spanish/16-GUIA%20CLINICA%20TRATAMIENTO%20DOLOR.pdf>
4. Guevara López U, Covarrubias Gómez A, Hernández Ortiz A. Parámetros de la práctica para el manejo del dolor agudo. Cir Cir. 2005;73:393-404.
5. Covarrubias Gómez A. las clínicas del dolor en México. Rev Mex Anest. 2008;31:66-70.
6. Guevara López U, Covarrubias Gómez A, De Lille Fuentes R, Hernández Ortiz A, Carrillo Esper R, Moya García D. Parámetros de práctica para el manejo del dolor agudo perioperatorio. Cir Cir. 2005;73:223-232.

7. Guía de práctica clínica en cuidados paliativos. México: Secretaría de Salud; 2010. Disponible en: www.cenetec.salud.gob.mx/interior/gpc.html
8. De Lille Fuentes R. Breve historia de la conquista moderna del dolor en México. *Gaceta Mexicana del Dolor*. 2003;1:7.
9. Montes de Oca Lomelí GA. Historia de los cuidados paliativos. *Revista Digital Universitaria*. 2006;7:4. Disponible en: <http://www.revista.unam.mx/vol.7/num4/art23/art23.htm>
10. García Olivera V. Historia de la anestesia (programa PRECO'S) la clínica del dolor: su origen y evolución. *Rev Mex Anest*. 2002;25:15-18.
11. De Lille Fuentes R. Breve historia de la conquista moderna del dolor en México. Segunda parte. *Gac Mex Dolor*. 2004;2:4-5.
12. Guajardo Rosas J, Plancarte Sánchez R. Manejo Intervencionista del dolor crónico. *Revista Digital Universitaria*. 2006;7:4. Disponible en: <http://www.revista.unam.mx/vol.7/num4/art32/art32.htm>