

Unidad de Dolor

Dr. Norberto Bilbeny L.
Dra. Ximena Urrea F.

La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP = International Association for the Study of Pain) que agrupa a más de 4.000 profesionales de salud de diferentes especialidades, de más de 39 países, incluyendo Chile, define el dolor como "una experiencia sensorial y emocional desagradable, asociado con daño tisular actual o potencial, o descrito en términos de ese daño". Fácil de entender, pero difícil de definir, pues es una experiencia humana compleja.

Sabemos que el dolor es una de las causas más frecuentes de sufrimiento e invalidez y que afecta seriamente la calidad de vida de millones de personas en todo el mundo.

En general, el dolor agudo es diagnosticado y tratado correctamente, exceptuando el dolor agudo postoperatorio, postraumático y visceral. Sin embargo, en las últimas décadas se ha reconocido que el dolor crónico presenta un comportamiento diferente al dolor agudo, dejando de ser un síntoma y pasando a ser una enfermedad por sí solo.

El dolor crónico se define como aquel que persiste un mes o más del curso habitual de una enfermedad aguda, o del tiempo razonable para la recuperación de una injuria. El dolor crónico puede ser causado por: procesos patológicos en estructuras somáticas y/o viscerales, disfunción prolongada de partes del Sistema Nervioso Central y/o Periférico y, a diferencia del dolor agudo, también puede ser causado por mecanismos operantes y posiblemente psicopatológicos.

Hospital Clínico Universidad de Chile
Enero 1990 - Septiembre 1992

Según Loeser, (Fig. 1) el dolor crónico tiene 4 componentes:

- a) **Nocicepción:** es la detección del daño tisular por los receptores periféricos de dolor y su propagación hacia el Sistema Nervioso Central.
- b) **Dolor:** es el reconocimiento y cuantificación del estímulo doloroso por el Sistema Nervioso Central.
- c) **Sufrimiento:** es la respuesta afectiva negativa al dolor u otras situaciones como temor, ansiedad, aislamiento o depresión.
- d) **Conducta dolorosa:** es lo que el paciente hace o no hace, o dice, permitiendo que un observador infiera que el paciente sufre por un estímulo nociceptivo. Esto último, sería lo medible y cuantificable en dolor crónico.

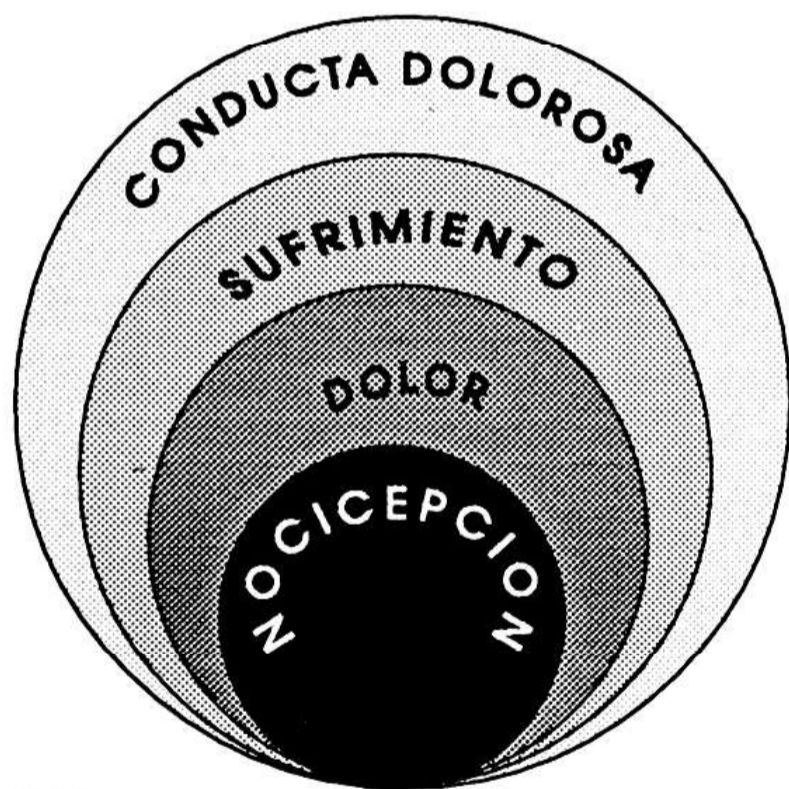


FIGURA N°1

Se calcula que los países industrializados tienen un 30% de síndromes de dolor crónico. Por ejemplo, en EE.UU., se estimó alrededor de 70 millones de americanos con dolor crónico en 1986 y de esos, más de 50 millones estuvieron parcial o totalmente, invalidados por periodos de días a meses, o en forma

permanente. Esto último ocasionó una pérdida de 700 millones de días de trabajo, con un costo aproximado de US\$ 79 billones.

Por otra parte, el dolor por cáncer es un problema de salud aún no resuelto y según cifras de la O.M.S., entre un 50 - 80% no obtiene un alivio adecuado, siendo uno de los cuatro temas prioritarios del programa global de la O.M.S. en materia de cáncer. A pesar de lo anterior, en Estados Unidos se ha dicho que se está más cerca de aprobar un programa de eutanasia para el enfermo terminal que la aprobación de un programa para el alivio del dolor por cáncer.

La idea de tener centros o clínicas para la atención del paciente con dolor crónico, surge por uno de los grandes pioneros en este campo, el anestesiólogo Dr. John Bonica, quien funda en 1960 la primera Clínica de Dolor Universitaria en EE.UU., en la Universidad de Washington, Seattle. Desde esa época hasta la actualidad se ha ido consolidando la eficacia de estos centros de tratamiento multidisciplinario, en la que participan distintos especialistas como: neurocirujanos, neurólogos, oncólogos, psiquiatras, médicos fisiatras, anestesiólogos, etc. Sin embargo, es importante reconocer que no todos los pacientes referidos a una clínica de dolor requieren los servicios de un equipo multidisciplinario.

La IASP ha clasificado estos lugares de atención del paciente con dolor crónico, de acuerdo a sus características en:

1. Unidad de dolor:

Término genérico para designar todas las formas de atención del paciente con dolor, sin especificar el profesional involucrado ni el tipo de paciente a atender.

2. Centro de dolor multidisciplinario:

Está formado por un equipo de profesionales clínicos y de las ciencias básicas que realizan investigación, docencia y asistencia del paciente con dolor agudo y crónico. Debe estar inserto dentro de un hospital universitario, tener a lo menos un profesional de la salud mental,

psiquiatra o psicólogo clínico, y ofrecer programas de atención para pacientes ambulatorios, hospitalizados o ambos.

3. Clínica de dolor multidisciplinaria:

Es similar a la anterior, pero con la diferencia que no se realiza investigación ni docencia. Puede estar inserto en cualquier hospital.

4. Clínica de dolor:

Es similar a las anteriores, pero con la diferencia que no se necesita un «staff» multidisciplinario. Puede ser uno o dos colegas, pero lo importante es que se encuentre inserta dentro de una institución donde se puedan realizar todas las interconsultas que sean necesarias de otras especialidades, siendo una de las más importantes, la especialidad de psiquiatría o psicología clínica.

5. Clínica orientada según modalidad de tratamiento:

Esta es una clínica donde se ofrece un tipo de tratamiento para los pacientes con dolor crónico, sin realizar una evaluación de ellos. Ejemplo: clínica de acupuntura, clínica de bloqueos nerviosos, etc.

Considerando la anterior clasificación, nosotros nos hemos ubicado en el concepto de Unidad de Dolor, pues si bien estamos muy cerca de ser una Clínica de Dolor, no contamos con facilidades para la interconsulta de psiquiatría o psicología.

En nuestro hospital, surgió hace algunos años un grupo de profesionales interesados en el tema de dolor crónico no oncológico y oncológico. Dentro de ellos cabe destacar algunos miembros del Depto. de Anestesiología que tuvieron la oportunidad de salir a conocer clínicas y/o centros de dolor en Japón y EE.UU., con el fin de implementar y desarrollar algo parecido en nuestro hospital.

Es así como en 1989 con la colaboración de miembros del Servicio de Medicina Física y Rehabilitación y utilizando las dependencias físicas de ese

servicio, se da inicio a la evaluación y tratamiento de patologías dolorosas que requieran alguna técnica anestésica para su control. Cabe mencionar algunos colegas como la Dra. Isabel Bayon, Dra. Jacqueline Valdés, Dra. Ximena Urra, Dra. Liliana Gambini, Dr. Norberto Bilbeny y muchos otros que en forma desinteresada fueron apoyando esta idea. Entre estos últimos, tenemos la Dra. Ana Luisa Muñoz, Directora del Departamento de Anestesiología de ese período y el Dr. Eduardo Alvarez, actual Director del Depto. de Anestesiología. El Dr. Alvarez inicia conversaciones con el Dr. Emilio Morales, Director del Hospital, para asignar horas médicas de anestesia al manejo de pacientes con dolor en junio de 1991, oficializándose la Unidad de Dolor del Hospital Clínico de la Universidad de Chile.

Actualmente la Unidad de Dolor consta de un médico anestesista y una auxiliar de anestesia designados con 6 horas por el Depto. de Anestesiología, y un médico fisiatra designado con las mismas horas por el Servicio de Medicina Física y Rehabilitación.

TABLA N°1

REFERENCIAS A LA U.D.	N°	%
MEDICINA FISICA Y REHABILITACION	75	53,57
CIRUGIA	14	10,00
NEUROCIRUGIA	11	7,87
UROLOGIA	7	5,00
TRAUMATOLOGIA	7	5,00
ONCOLOGIA	7	5,00
NEUROLOGIA	5	3,57
ORL	3	2,14
GINECOLOGIA	2	1,43
MEDICINA INTERNA	1	0,71
HOSPITAL SAN JOSE	1	0,71
SIN REFERENCIA	7	5,00
TOTAL	140	100

Los pacientes que llegan a la Unidad son referidos en más de un 50% por el Servicio de Medicina Física y Rehabilitación (Tabla 1), pero también destacan otros como Cirugía y Neurocirugía. De este último servicio,

colabora en forma muy cercana el Dr. Melchor Lemp. Todos los pacientes que lo requieren son evaluados por neurólogos o neurocirujano.

La experiencia en la Unidad de Dolor durante el período 1990 a Septiembre 1992, se puede resumir en las siguientes tablas y gráficos:

En la Tabla 2 se aprecia que hemos evaluado a 140 pacientes, con un incremento anual significativo. El número de consultas efectuadas durante dicho período es de 521 y el número de consultas por día de atención ha aumentado de un promedio de 1.2 pacientes en 1990 a 5.8 pacientes en 1992 (Gráfico 1).

TABLA N°2	
N° DE PACIENTES	
AÑO	N°
1990	26
1991	62
1992 (SEP.)	52
TOTAL	140

N° DE CONSULTAS POR DIA DE ATENCION

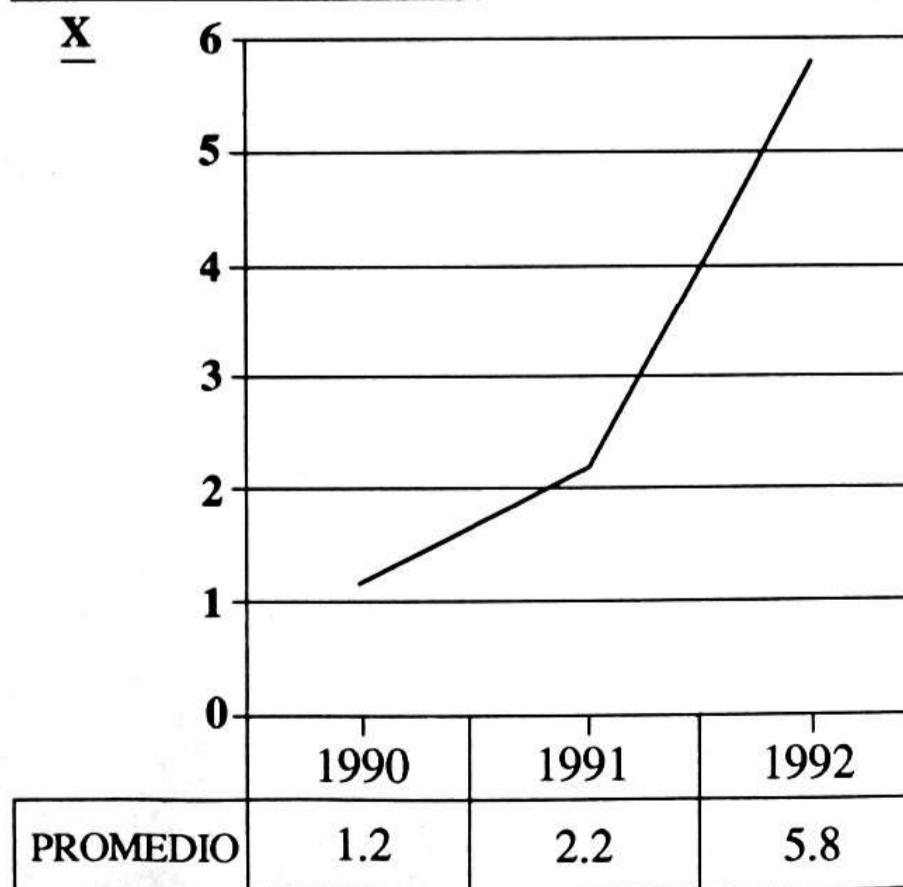
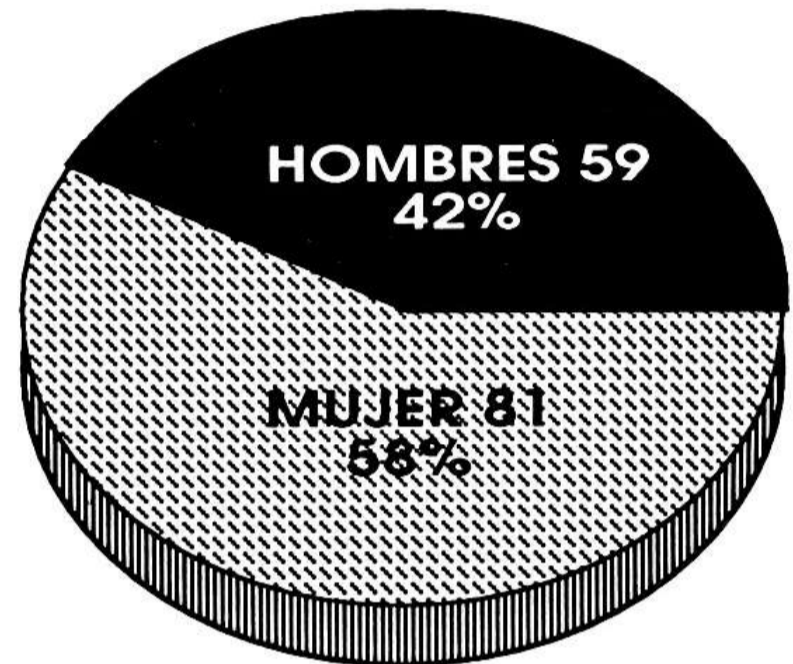


GRAFICO N°1

Entre las variables demográficas cabe destacar que tenemos un 42 % de hombres y un 58% de mujeres (Gráfico 2). Más del 60% se distribuye entre los 40 y 70 años (Gráfico 3).

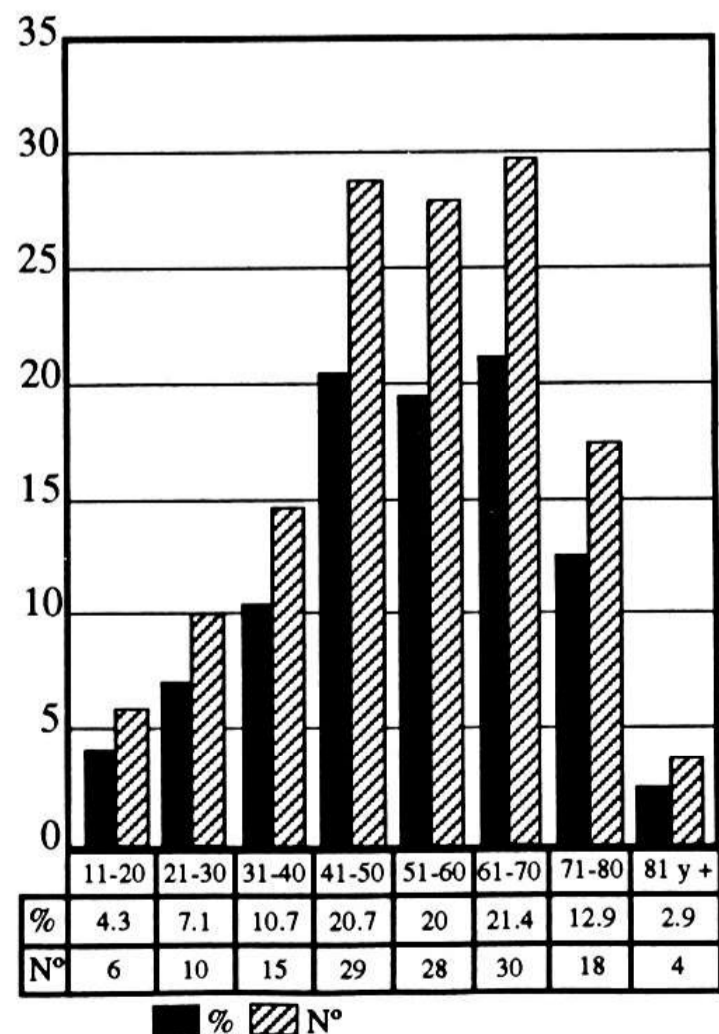
DISTRIBUCION POR SEXO

GRAFICO N°2



DISTRIBUCION POR EDAD

GRAFICO N°3



Tenemos un 81% de dolor crónico no oncológico y un 19% de dolor crónico oncológico. Los diagnósticos se aprecian en las Tablas 3 y 4 respectivamente.

Las diferentes terapias en dolor no oncológico que se aplican en dicha Unidad se observan en la Tabla 5 y el número de procedimientos efectuados en la Tabla 6. En esta última tabla cabe mencionar la experiencia obtenida en el bloqueo simpático de ganglio estrellado.

Los resultados de la Unidad de Dolor, considerando la escala de intensidad del dolor 0-10 y la de alivio del dolor 0-100%, según las tablas 7 y 8, han mostrado una eficacia entre un 50 a un 70%. Estas cifras reflejan únicamente el período de tratamiento aproximado de un mes. Sabemos que el seguimiento de estos pacientes es muy importante y deberemos implementar algún sistema de seguimiento a largo plazo, como por ejemplo 6 ó 12 meses. También entendemos que las escalas de evaluación del dolor

TABLA N° 3		
DIAGNOSTICO DOLOR NO ONCOLOGICO		
DIAGNOSTICO	N°	%
LUMBAGO CRONICO	19	16,81
SINDROME MIOFASCIAL	19	16,81
HOMBRO DOLOROSO	17	15,05
DISTROFIA SIMPATICA REFLEJA	17	15,05
NEURALGIA POSTHERPETICA	11	9,74
LUMBOCIATICA AGUDA	5	4,43
OTRAS NEURALGIAS PERIFERICAS	4	3,55
CERVICOBRAQUIALGIA	3	2,65
CAUSALGIA	3	2,65
CEFALEA	2	1,77
NEUROMAS	2	1,77
COCCIGODINIA	2	1,77
ARTROSIS	2	1,77
TENOSINOVITIS	2	1,77
BURSITIS	2	1,77
SACROILEITIS	1	0,88
SINDROME TUNEL CARPIANO	1	0,88
DOLOR TORAXICO	1	0,88
TOTAL	113	100

TABLA N° 4		
DIAGNOSTICOS DOLOR ONCOLOGICO		
DIAGNOSTICO	N°	%
CA BRONCOGENICO	4	14,81
CA GASTRICO	3	11,10
CA RECTO	3	11,10
CA VIAS BILIARES	2	7,40
CA PANCREATICO	2	7,40
CA CERVICO-UTERINO	2	7,40
CONDROSARCOMA	2	7,40
CA PISO DE BOCA	1	3,71
MESOTELIOMA PULMONAR	1	3,71
CA RENAL	1	3,71
TERATOCARCINOMA		
RETROPERITONEAL	1	3,71
CA COLON	1	3,71
CA PROSTATICO	1	3,71
CA VESICAL	1	3,71
CA ENDOMETRIO	1	3,71
CA CARCINOIDE	1	3,71
TOTAL	27	100

TABLA N° 5		
TERAPIAS DOLOR NO ONCOLOGICO		
(113 Pacientes)		
	N°	%
FARMACOS POR VIA ORAL	58	51,3
INFILTRACION SUBCUTANEA		
C/ A.L.	36	31,9
BLOQUEO PERIDURAL	26	23,0
BLOQUEO DE N. PERIFERICOS	23	20,4
BLOQUEO DE GANGLIO ESTRELLADO	19	16,8
"DRY-NEEDLING"	13	11,5
BLOQUEO DE N. INTERCOSTAL	6	6,2
BLOQUEO SIMPATICO REGIONAL EV	5	5,3
INFILTRACIONES INTRAARTICULARES	4	3,5
BLOQUEO SACRO	2	1,8

TABLA N° 6		
PROCEDIMIENTOS EFECTUADOS U.D.		
	N°	%
BLOQUEO G. ESTRELLADO	63	23
INFILTRACION C/A.L.	59	22
BLOQUEO N. PERIFERICO	55	20
BLOQUEO PERIDURAL	37	13
"DRY-NEEDLING"	31	11
BLOQUEO N. INTERCOSTAL	11	4
BLOQUEO SIMPATICO REG. EV	10	4
INFILTRACION		
INTRAARTICULAR	8	3
TOTAL	274	100

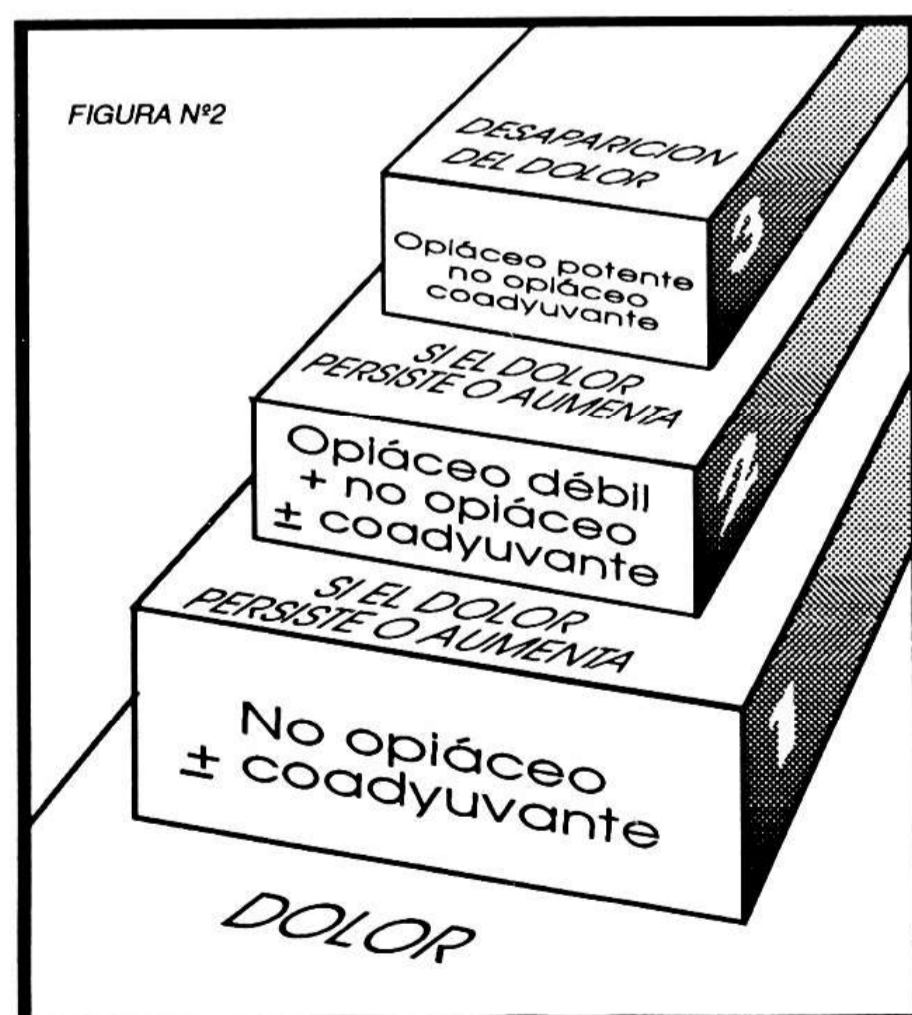
TABLA N° 7	
ESCALA DE INTENSIDAD DEL DOLOR (0-10)	
INTENSO	(8-10)
MODERADO	(4-7)
LEVE	(1-3)
SIN DOLOR	(0)

TABLA N° 8	
ESCALA DE ALIVIO DEL DOLOR (0 - 100%)	
EXCELENTE	(> 75)
BUENO	(> 50 - 75%)
REGULAR	(> 25 - 50%)
MALO	(≤ 25%)

utilizadas, no son ideales en dolor crónico, pero tienen la ventaja de su simplicidad y fácil implementación. En el futuro deberemos agregar otras formas de evaluación como: reincorporación al área laboral, consumo de medicamentos y utilización de servicios de salud o médicos.

Los resultados son optimistas pero hay que considerar que la evaluación fue realizada durante el período de tratamiento. En general, los resultados de los principales centros de dolor a nivel mundial, con seguimiento a un año plazo, muestran una eficacia entre un 50 - 60%.

Respecto a la terapia efectuada en nuestra Unidad para el dolor crónico oncológico, debemos mencionar que los resultados son superiores teniendo una efectividad de alrededor de 90% con la escalera analgésica sugerida por la O.M.S., Fig. N° 2, hasta el momento del fallecimiento. Actualmente estamos intentando, con los recursos disponibles, evaluar el uso de opiodes epidurales en este grupo de enfermos. Sabemos que el alivio del dolor es sólo una parte del problema y que en el futuro deberemos entregar una mayor asistencia a estos enfermos hasta el final de sus vidas. Es nuestro desafío.



En resumen, se ha establecido la primera Unidad de Dolor dentro de un Hospital Universitario en Chile. Se ha cumplido el primer objetivo que nos planteamos hace un par de años, el cual es iniciar una experiencia en pacientes con dolor crónico. Falta por desarrollar muchos otros objetivos, como por ejemplo, desarrollar un plan de docencia e investigación. También estamos obligados a formar un «staff» especializado en dolor crónico que va mas allá de ser un médico fisiatra o un médico anestesista, y además

deberemos incorporar lo más pronto posible a un profesional del área de la salud mental.

Por último, sabemos que la experiencia de otros grupos fuera del país, ha demostrado que estos centros multidisciplinarios de tratamiento del dolor, son superiores a los enfoques de una sola disciplina o especialidad médica en el manejo del enfermo con dolor crónico, lo que nos hace continuar en el rumbo que nos trazamos hace algunos años.

BIBLIOGRAFIA

1. *Alivio del dolor en el cáncer. Organización Mundial de la Salud. Ginebra, 1987*
2. *Bonica J.J. The management of pain (2nd Ed.) Philadelphia, London. Lea Febiger (1990)*
3. *Brena S.F., Sanders S.M. Are pain clinics in crisis? Problems and strategies for prosperity APS Bulletin 2 (4): 1-4 (1992)*
4. *Cousins M.J., Loeser J.D. Task force on desirable characteristics for pain treatment facilities. International Association for the Study of Pain (1990)*
5. *Du Pen S.L., Kharasch E.D., Williams A. Et Al. Chronic epidural bupivacaine-opioid infusion in intractable cancer pain. Pain 49(3): 293-300 (1992)*
6. *Flor H, Fydrich T. and Turk D.C. Efficacy of Multidisciplinary pain treatment Centers: a meta-analytic review. Pain 49(2): 221-230 (1992)*
7. *Hogan Q., Haddox J.D., Abram S. Et Al. Epidural opiates and local anesthetics for the management of cancer pain. Pain 46(3): 271-279 (1991)*
8. *Loeser J.D., Egan J.K. Managing the chronic pain patient. Theory and practice at the University of Washington Multidisciplinary Pain Center. Raven Press. New York (1989)*
9. *Marcus N.J. Establishing uniform outcome measures for pain treatment centers: The need and an effort. APS Bulletin 2 (1): 7-8 (1992)*
10. *Maruta T., Swanson D. W. and McHardy M.J. Three year follow-up of patients with chronic pain who were treated in a multidisciplinary pain management center. Pain 41(1): 47-53 (1990)*
11. *Stieg R.L. The cost-effectiveness of pain treatment: Who cares? Clin. J. Pain 6(4): 301-304 (1990)*