

## Descripción de la actividad asistencial de la Unidad del Dolor del Hospital Universitario Son Dureta durante el periodo 2000-2006

H. Ribera<sup>2</sup>, J.M. Cano<sup>1</sup>, I. García<sup>1</sup>, M. Meli<sup>1</sup>, J. Mirasol<sup>1</sup>, A. Rengel<sup>1</sup>, P. Garrido<sup>3</sup>

### Dimensión económica y social del dolor

El dolor es un fenómeno universal conocido y sufrido en alguna ocasión por todos nosotros y con una gran variedad de presentaciones clínicas diferentes. A pesar de todo, no se valora de forma justa su importancia en la práctica clínica diaria y su falta de tratamiento adecuado genera problemas de índole laborales, administrativos y económicos. En el caso del dolor crónico, existen cada vez más autores que propugnan su consideración como una enfermedad con entidad propia. Frente a dicha problemática, las Unidades del Dolor se erigen en las encargadas de dirigir, coordinar, diagnosticar y tratar a todo este tipo de pacientes utilizando los procedimientos diagnósticos y analgésicos especializados más adecuados y de forma individualizada.

El dolor es un síntoma tan viejo como la humanidad y forma parte inseparable de ésta independientemente de la edad, sexo, situación económica o social<sup>1</sup>. A pesar de todo ello, hasta 1979 la comunidad científica no fue capaz de elaborar una definición de dolor. Fue a través de la International Association for the Study of Pain (IASP)<sup>2</sup> que la definió como “una experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada con una lesión histórica, presente o potencial, o descrita en términos de la misma”.

La importancia del dolor radica, desde el punto de vista social, en su elevada prevalencia<sup>3</sup>. El tratamiento del dolor agudo y crónico (o dolor mantenido durante más de tres meses) supone hoy en día un coste económico muy importante para los países. Actualmente, disponemos de diversos estudios sobre el impacto económico que supone el dolor y apuntan que los gastos ocasionados representarían aproximadamente el 2,8% de PIB en los países occidentales.

La prevalencia del dolor crónico en España, y según los criterios de la IASP, se estimó de un 23,4% en un

estudio que abarcaba el período 1991-2002<sup>4</sup>. Según un estudio sobre el dolor en la práctica diaria del médico de AP, realizado por el Gabinete de Estudios Sociológicos Bernard Krief<sup>5</sup>, más de la mitad de la población (54,9%) ha padecido algún tipo de dolor de más de 3 meses de duración. No olvidemos que sólo las enfermedades reumáticas afectan a un 23% de la población (siete millones de españoles), causando el 50% de las incapacidades de nuestro país<sup>6</sup> y la fibromialgia está minando la calidad de vida de 700.000 personas, mayoritariamente mujeres, con una prevalencia del 4,2 frente al 0,2% en hombres.

Por último, la prevalencia del dolor agudo postoperatorio en los hospitales españoles se puede considerar preocupante y avalada por diversos estudios<sup>7,8</sup>, y se atribuye a la gravedad de los cuadros dolorosos, a los procedimientos diagnósticos y terapéuticos a que son sometidos los pacientes y, sobre todo, al tratamiento analgésico inadecuado. Gran parte de estos pacientes se pueden beneficiar de técnicas analgésicas especializadas como los bloqueos nerviosos periféricos o la analgesia epidural y de sistemas analgésicos de contrastada eficacia como las bombas de PCA (“Patient Controlled Analgesia”) entre otros tratamientos, pero para ello es necesaria una amplia dedicación que exclusivamente pueden ofrecer los servicios de anestesia. Además, todo ello debería estar incluido dentro de un programa de recuperación postoperatoria integral del paciente en aras de una calidad asistencial óptima. Agrava toda esta situación la demostración en un trabajo reciente<sup>9</sup> de la deficiente recogida de la intensidad del dolor manifestada por el paciente en el período postoperatorio de una intervención quirúrgica, registro que debería ser un indicador de la calidad asistencial y actividad rutinaria en el proceso asistencial.

### Descripción de la UD del HUSD

El Hospital Universitario Son Dureta (HUSD) tiene carácter docente e investigador y es el hospital de referencia de la Comunidad Autónoma de las Illes Balears. Consciente de toda esta problemática, el Servicio de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor de dicho hospital puso en mar-

1- Facultativo especialista de Área

2- Jefe de Sección

3- Jefe de Servicio

Servicio de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor Hospital Universitario Son Dureta. Palma

cha en el año 1999 su propia Unidad del Dolor (UD) para absorber la demanda creciente de pacientes procedentes de otras especialidades con dolores rebeldes a los tratamientos analgésicos convencionales. A continuación se describe la labor asistencial realizada por la Unidad durante estos últimos años y qué expectativas futuras se esperan de ella.

### **Organización funcional y jerárquica**

La UD forma parte de la dotación asistencial del HUSD y está integrada en el Servicio de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor, como ocurre en el 90% de las UD que hay en España. Por lo tanto, los médicos especialistas que trabajan actualmente en ella son anestesiólogos y bajo las órdenes del Jefe del Servicio.

### **Recursos humanos**

La UD del HUSD de Palma de Mallorca se constituyó en Marzo de 1999 con tres anestesiólogos (Doctores Cano, Dora y Ribera) a tiempo parcial, una enfermera y una auxiliar de enfermería de consultas externas. Desde entonces hasta el día de hoy, la Unidad ha experimentado un crecimiento espectacular en cuanto a personal sanitario, volumen y complejidad de pacientes, así como en la incorporación progresiva de nuevas técnicas analgésicas. Actualmente el equipo lo constituyen:

- Seis médicos especialistas anestesiólogos a tiempo parcial.
- Un Médico Interno Residente (M.I.R.) de anestesia en período de formación (rotación durante un período de 2 meses).
- Dos Diplomados Universitarios en Enfermería (D.U.E.) a tiempo completo con su centro de trabajo en el gabinete.
- Una auxiliar de enfermería en consultas externas a tiempo completo.

### **Estructura física**

La creación tardía de la actual UD en el HUSD no ha permitido ubicarla en un mismo espacio físico y ha sufrido un problema de adaptación a las limitaciones arquitectónicas propias de nuestro hospital. Las unidades asistenciales o ámbitos de trabajo de la Unidad son las siguientes:

**a)** Gabinete de la UD: Integrada en el área quirúrgica, en ella se centraliza la labor asistencial propia del manejo del dolor en el ámbito INTRAHOSPITALARIO (Dolor Agudo Postoperatorio o No Postoperatorio y Dolores Crónicos Reagudizados) y la práctica de técnicas analgésicas AMBULATORIAS siguientes: bloqueos locorreregionales ambulatorios, control y recarga de bombas intratecales de morfina, aprendizaje y manejo de la electroestimulación transcutánea (TENS) y test farmacológicos endovenosos o técnicas analgésicas locorreregionales continuas en pacientes ingresados.

**b)** Consultas externas: Se realizan las visitas diarias de los pacientes con síndromes dolorosos crónicos de forma ambulatoria y periódica para control de la evolución del dolor y del tratamiento farmacológico exclusivamente. Por lo tanto, no está indicada la práctica de ningún tipo de técnica analgésica en esta ubicación.

**c)** Quirófano: Se seleccionan los pacientes para dos tipos de técnicas analgésicas:

- Cuando es necesaria la práctica de anestesia general o sedaciones profundas (por ejemplo, la neuroestimulación medular, el implante de bombas intratecales de morfina o la termocoagulación del ganglio de Gásson). Son pacientes habitualmente ingresados.

- Cuando es imprescindible utilizar el control radiológico para determinados bloqueos nerviosos y peri/intraarticulares. Son pacientes habitualmente ambulatorios.

**d)** Planta hospitalaria: La UD tiene capacidad para ingresar de forma programada a aquellos pacientes con síndromes dolorosos en los que se ha indicado desde consultas externas una técnica analgésica específica no tributaria de realizarse ambulatoriamente y que precisa de varios días de control intrahospitalario (por ejemplo, el implante de una bomba de morfina). Desde admisión se adjudica una cama de hospitalización en aquella planta quirúrgica del hospital que en el momento del ingreso esté disponible.

### **Cartera de servicios**

Las técnicas de la UDM se pueden dividir según el tipo de dolor frente al que nos hallemos:

#### **A. DOLOR AGUDO:**

- Control y manejo analgésico del Dolor Agudo Postoperatorio (DAP)
- Tratamientos farmacológicos endovenosos con opiáceos
- Bloqueos epidurales continos
- Bloqueos paravertebrales continuos
- Bloqueos interpleurales continuos
- Bloqueos perineurales continuos
- Bloqueos de plexos nerviosos continuos
- Manejo y control de bombas de PCA (“Patient Controlled Analgesia“)

**B. DOLOR CRÓNICO:**

***Técnicas analgésicas con finalidades diagnósticas o pronósticas***

- Endovenosos: lidocaína, fentolamina, suero fisiológico
- Intratecales: Morfina, baclofeno
- Bloqueos nerviosos periféricos
- Bloqueos de plexos nerviosos
- Bloqueos epidurales
- Bloqueos simpáticos
- Neuroestimulación medular (fase de prueba)

***Técnicas analgésicas con finalidad terapéuticas***

- Tratamientos farmacológicos ambulatorios
- Bloqueos nerviosos periféricos (con o sin catéter)
- Bloqueos de plexo (con o sin catéter)
- Infiltraciones epidurales
- Infiltraciones intraarticulares
- Infiltraciones de “ Puntos gatillo “

- Bloqueos simpáticos o simpatectomías
- Radiofrecuencia pulsada y no pulsada
- Electroestimulación transcutánea (TENS)
- Neurolisis química
- Neuroestimulación medular (fase de implante)
- Bombas intratecales de morfina o baclofeno

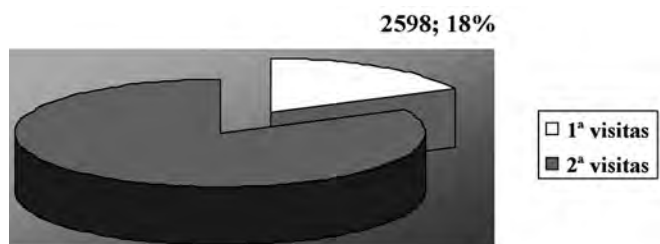
**Estadística descriptiva de la actividad asistencial durante 2000-2006**

La informatización de la UD del HUSD comenzó en el año 2000 (Sistema operativo MAC; programa de base de datos, File Maker-Pro). Los datos recogidos a continuación hacen referencia al número de pacientes visitados desde el 01/01/2000 hasta el 31/12/2006 (ver tabla 1).

<i>Ámbito de trabajo</i>	<i>Tipo de asistencia</i>	<i>Número de pacientes</i>
<b>Dolor Ambulatorio</b>	Primeras visitas	2.598
	Segundas visitas	12.098
	Total ambulatorios	14.696
<b>Dolor Hospitalario</b>	Dolor postoperatorio	4.336
	Dolor no postoperatorio	1.422
	Ingresos por UDO	210
	Total hospitalarios	5.968
<b>Gabinete</b>	Técnicas	3.821
<b>Quirófano</b>	Técnicas	1.451

*Tabla 1. Número de pacientes visitados por la UD desde el 01/01/2000 hasta 31/12/2006*

En cuanto al Dolor Ambulatorio, el número de primeras visitas ha ido incrementándose anualmente, creándose una bolsa de segundas visitas que ha ido creciendo de forma exponencial respecto a las primeras, de manera que en el año 2006 se visitaron 552 pacientes por primera vez y 2475 pacientes en las sucesivas (ver figuras 1 y 2).



*Figura 1. Dolor ambulatorio y número visitas anuales periodo 2000-2006*

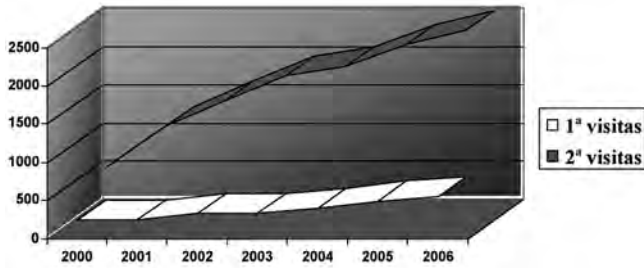


Figura 2. Dolor ambulatorio y evolución cronológica del número de primeras y segundas visitas anuales

El Dolor Hospitalario tuvo una demanda inicial importante, tanto en cuanto a DAP como en DANP, y posteriormente se fue estabilizando hasta un equilibrio actual situado en alrededor de 700 pacientes anuales en DAP y 200 pacientes en DANP (ver figuras 3 y 4).

Las especialidades quirúrgicas más demandantes en DAP fueron Cirugía General y Digestiva (31%), Cirugía Traumatológica y Ortopedia (27%), Cirugía Torácica (13%) y Urología (10%). Cabe destacar el aumento de dicha demanda de las tres primeras especialidades durante los últimos tres años (ver figuras 5 y 6).

Por último, el número de técnicas analgésicas realizadas ambulatoriamente en el gabinete han sufrido un incremento muy importante en los últimos años hasta los 836 pacientes del año 2006. Las técnicas analgésicas más complejas (realizadas en quirófano por necesidades técnicas o para sedaciones profundas o anestесias generales) se han establecido progresivamente en alrededor de 300 pacientes anuales (ver figura 7).

### El futuro: La Unidad de Dolor Multidisciplinaria

La complejidad de determinados síndromes dolorosos crónicos está poniendo a prueba diariamente la

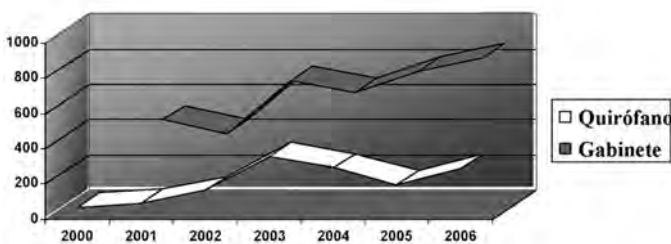


Figura 7. Número de técnicas analgésicas realizadas en gabinete y en quirófano anuales durante 2000-2006

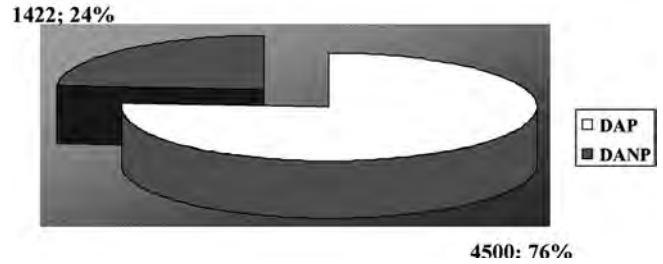


Figura 3. Dolor Hospitalario y número de visitas anuales 2000-2006  
DAP: Dolor Agudo Postoperatorio  
DANP: Dolor Agudo No Postoperatorio

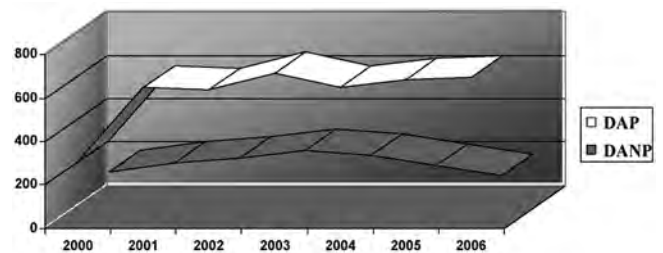


Figura 4. Dolor Hospitalario y evolución cronológica del número de visitas de DAP y DANP anuales durante 2000-2006

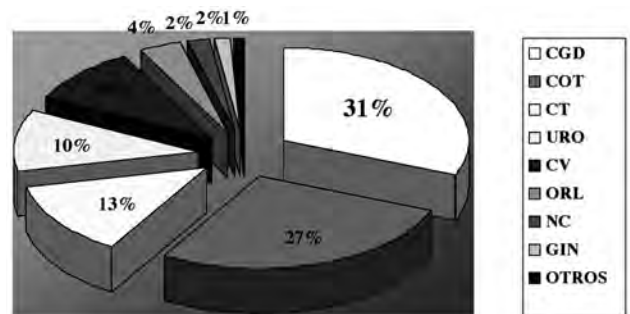


Figura 5. Distribución del Dolor Agudo Postoperatorio por especialidades quirúrgicas

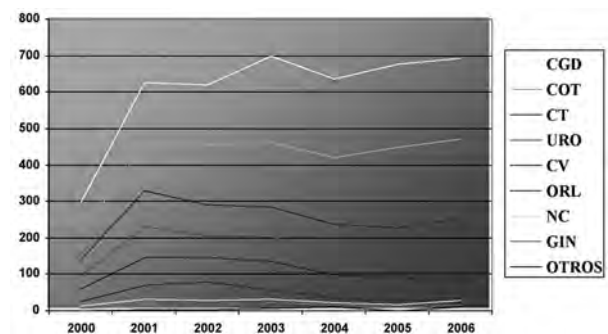


Figura 6. Evolución cronológica del número de pacientes tratados con Dolor Agudo Postoperatorio por especialidades quirúrgicas

eficacia de nuestros tratamientos analgésicos, en muchas ocasiones insuficientes debido a la pluri-etimología del dolor y, por lo tanto, a su infratratamiento.

Durante estos últimos años se han publicado numerosos trabajos basados en programas de tratamiento multidisciplinario para pacientes con dolores crónicos, que muestran su creciente aceptación por parte de los sistemas de atención sanitaria de los países occidentales<sup>10</sup>. Hoy en día, y teniendo en cuenta las características excepcionales del HUSD y de nuestra Unidad, se hace cada vez más imprescindible también aquí la instauración de dichos programas. El objetivo de los mismos sería la obtención de una recuperación funcional integral de los pacientes lo más significativa posible para la incorporación a sus actividades vitales y/o laborales.

Actualmente la UD del HUSD ha elaborado un proyecto técnico de Unidad de Dolor Multidisciplinaria en un intento de conseguir dicho objetivo. Los factores limitantes para conseguirlo son el cambio de modelo organizativo, el incremento de los recursos humanos y la necesidad de integrar físicamente a toda la Unidad, objetivo éste que puede fructificar con el nuevo Hospital ubicado en Son Espases en los próximos años.

A pesar del trabajo que queda por hacer, pensamos que la labor realizada durante los últimos años en nuestra Unidad ha sentado los cimientos para el tratamiento del Dolor en nuestra Comunidad de una forma realista y basada en la evidencia científica. Además, dicha actividad nos ha proporcionado el suficiente bagaje y experiencia para la práctica durante los años venideros de una Medicina del Dolor de óptima calidad y a la altura de los mejores hospitales nacionales.

## Bibliografía

1-Baños, J.E.-Bosch, F.: Conceptos generales en algología. En: Tratamiento del dolor. Teoría y práctica. . Barcelona: Edit MCR 1995.

2-Internacional Association for the Study of Pain. <http://www.iasp-pain.org/>

3-Situación actual del tratamiento del dolor crónico en España. Editorial. Rev Esp Anesthesiol Reanim 2005;52:127-130.

4-Català E, Reig E, Artes M, Aliaga L, López JS, Segu JL. Prevalence of pain in the Spanish population: telephone survey in 5000 homes. Eur J Pain 2002;6(2):133-40.

5-Ruiz de Villalobos C. El dolor en la práctica diaria del médico de Atención Primaria. Noticias médicas 1999;3722:34-35.

6-Carmona I, Gabriel R, Ballina J, Laffon A y Grupo de Estudio EPI-SER. Proyecto EPISER 2000: Prevalencia de enfermedades reumáticas en la población española. Rev Esp Reumat 2001;28:18-25.

7-Bolibar I, Catalá E, Cadena R. El dolor en el hospital: de los estándares de prevalencia a los de calidad. Rev Esp Anesthesiol Reanim. 2005;52(3):131-40.

8-Vallano A, malouf J, Payrulet P, Baños JE, on Behalf of the Catalan Research Group for Studying Pain in Hospital. Prevalence of pain in adults admitted to Catalan hospitals: A cross-sectional study. Eur J Pain. 2006;10:721-31.

9-Vallano A, malouf J, Payrulet P, Baños JE y Grupo Catalán de Investigación del Dolor Hospitalario. Estudio multicéntrico de la evaluación del dolor en el medio hospitalario. Rev Esp Anesthesiol Reanim 2007;54:140-146.

10-A. Collado, X. Torres, A.Arias et al. Eficacia del tratamiento multidisciplinario del dolor incapacitante del aparato locomotor. Vol.117 nº 11, 2001.