

COMENTARIO EDITORIAL

UNIDAD DE DOLOR AGUDO

Dr. José Saralegui

En un Editorial anterior señalamos la necesidad de crear Unidades de tratamiento del dolor agudo (UDA) postoperatorio(1).

Dentro del concepto de Medicina Perioperatoria el desarrollo de estas Unidades , ofrece a la Especialidad la oportunidad de ampliar su influencia en el Sistema de Atención de Salud y mejorar la calidad de vida perioperatoria de nuestros pacientes .

Definimos al dolor perioperatorio como aquel que está presente en el paciente quirúrgico debido : a la enfermedad preexistente y/ o actual, al procedimiento quirúrgico o una combinación de ambos.

Existen numerosas evidencias clínicas de la alta prevalencia de este dolor iatrogénico e innecesario (2) y su inadecuado tratamiento tanto en nuestro país (3)(4) como en casi todos los medios extranjeros (5) .

La principal causa , de analgesia incorrecta, deriva de la actitud del profesional : por aplicación de metodología incorrecta, educación insuficiente , falta de proyectos o de organización para mejorar el tratamiento del dolor postoperatorio(6).

El alivio del dolor es rol primario del Anestesiólogo y es este el mejor preparado para proporcionar analgesia efectiva , aplicando la combinación de técnicas farmacológicas y/o intervencionistas (Analgesia peridural y Analgesia controlada por el paciente PCA)(7) .

El dolor postoperatorio y su inadecuado tratamiento determina profundas y negativas consecuencias médicas para los individuos. Asociado a estas consecuencias existen : insatisfacción con el cuidado médico, estadía prolongada o aumento de los reingresos(7).

Las técnicas de analgesia pueden disminuir las complicaciones , mejorar la evolución, el confort y la seguridad y se discute aún el de costo –utilidad.(8) .

En los años 90 numerosos estudios y revisiones (9) demuestran que las UDA son la mejor forma de reducir el sufrimiento , no por desarrollar nuevas técnicas ,sino por crear una organización que optimiza la aplicación de las ya existentes (6)(10)en todos los pacientes quirúrgicos.

Con estos antecedentes y dando respuesta práctica a esta problemática , el 1 de Julio pasado se inauguró en el Departamento de Anestesiología del Hospital de Clínicas la primera UDA de nuestro país.

Adaptándonos a las circunstancias Institucionales seleccionamos el modelo de bajo costo (11) que aprovecha los recursos Anestesiológicos y de Enfermería ya existentes .

El proyecto para la creación de la UDA planteo el desarrollo de varias etapas : diagnostico de situación y recursos disponibles, preparación del equipo, organización de la Unidad que se cumplieron con éxito.

El plan asistencial prevee :

- 1) Evaluación preoperatoria y elaboración del plan terapéutico.
- 2) valoración regular del dolor en todos los enfermos
- 3) aplicación y control de distintos métodos de analgesia

4) Reevaluación de los resultados de la analgesia y los ajustes necesarios

5) Registro sistemático en ficha clínica

Con participación de varios integrantes del Departamento se elaboraron los protocolos a utilizar que están disponibles en la pagina [www. @ hc.edu.uy](http://www.hc.edu.uy) .

Todos los pacientes reciben un régimen individualizado de Antinflamatorios no esteroideos (AINES) asociados según intensidad del dolor a opioides, como parte de la analgesia multimodal .

El seguimiento diario en las primeras 48 horas y la documentación de la actividad , nos permitió elaborar un informe preliminar de los resultados .

La aplicación de estos protocolos que comienzan 30 minutos antes de finalizar el procedimiento quirúrgico determinó una disminución en la incidencia e intensidad del dolor postoperatorio luego de la implantación de la UDA . La evaluación inicial encontró un dolor con una mediana de acuerdo a la Escala Numérica Análoga (ENA) al ingreso en Recuperación de 2, con el 70.4% de pacientes que presentaron dolor leve o moderado, y 25.4% dolor severo.

En el 56.4% pacientes se alcanzó la analgesia con la infusión de AINEs , en el 23% se asociaron Opioides débiles , en el 4.3% se debió utilizar Morfina , en el mismo porcentaje (4.3%) se utilizó analgesia peridural y en el 11.9% no fue necesario aplicar ningún protocolo.

La mediana de la ENA al alta fue de 0.

El seguimiento posterior en Sala de Cirugía comprobó una buena analgesia mejoría del confort y solo un 17% de pacientes presentaron efectos colaterales menores.

Esta experiencia inicial satisfactoria debería ser estímulo para el desarrollo de otras UDA en los Servicios o Departamentos del país, ya que las condiciones económicas y/o laborales no pueden ser obstáculos insalvables para ofrecer alguna forma de analgesia con los recursos disponibles.

El derecho elemental de los pacientes de no sufrir dolor no siempre es reconocido , en ese sentido las UDA son la solución simultanea para su tratamiento y motivo de satisfacción para los anestesiólogos que ven mejorar el valor de su tarea (mejor calidad analgésica con similares o menores costos).

• BIBLIOGRAFIA

1-Saralegui J. Perspectivas de las condiciones laborales en Anestesiología. Anest Analg Reanim 2001; 17(1) :4

2- Asteggiante D, Edelman M , Saralegui J. Evaluación del dolor postoperatorio en un Área de Recuperación Postanestésica. Anest Analg Reanim. 1996;13(12): 54-61

3-Battro I, Gutierrez S, Bacelar N, Saralegui J. Calidad asistencial en el área de recuperación postanestésica. Anest Analg Reanim. 1996; 13(12): 28-39

4-Rando K, Solla G, Sálice L, Lambrosquini N, Basigniani N, Lanzaro R et al. Evaluación de la calidad y la satisfacción de la recuperación postanestésica de los pacientes operados en el Hospital de Clínicas. Anest Analg Reanim 2003 ;18(2) : 11-8

5-Oates JDL, Snowdon SL, Jayson WH. Failure of pain relief after surgery attitudes award staff to posoperative analgesia. Anaesthesia 1994 ; 49 : 755-8

6-Chabás E. Más retos para los anestesiólogos ¿ Conseguirán las Unidades de Dolor Agudo Postoperatorio? Rev Esp Anesthesiol Reanim. 2002 ; 49: 343-5

7-Colvin LA, Power I. Pain management and quality in healthcare Best Pract Res Clin Anaesthesiol. 2001 ; 15 (4) :633-53

8-Stadler M, Schlander M, Braechman M, Nguyen T, Boogaerts JG. A cost- utility and cost effectiveness analysis of an Acute Pain Service. J Clin Anesth. 2004;16: 159-67

9-Ready LB, Oden R, Chawick HS, Benedetti C, Roock GA ,Caplan R, et al. Development of an Anesthesiology – based postoperative pain management Service. Anesthesiology 1988 ; 68: 100-6

10-Breivik H. How to implement an acute pain service. Best Pract Res Clin Anaesthesiol. 2002 Dec; 16(4): 527-47

11-Rawal N, Breegre L. Organization of acute pain service : A Low cost model. Pain 1994 ; 57 : 117-123