

RECOMENDACIONES GENERALES

Vol. 42. No. 3 Julio-Septiembre 2019

pp 170-172

Servicio de dolor agudo en un hospital privado, experiencias y recomendaciones

Dra. Mariana Calderón-Vidal,* Dr. Guillermo Alberto Castorena-Arellano**

* Profesora Adjunta de Anestesiología.

** Profesor Titular de Anestesiología.

Hospital Médica Sur.

Colaborador de la Red Mexicana PAIN OUT.

<http://www.painoutmexico.com>

Solicitud de sobretiros:

Dra. Mariana Calderón-Vidal
Hospital Médica Sur.

Puente de Piedra Núm. 150 T2-701,
Col. Toriello Guerra, 14050,
Alcaldía Tlalpan, Cd. de México.
E-mail: dotorat@yahoo.com

Recibido para publicación: 15-01-2019

Aceptado para publicación: 11-03-2019

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

RESUMEN

Las bases de la medicina quirúrgica se deben establecer en el marco del cuidado perioperatorio donde el anestesiólogo es pieza fundamental para la toma de decisiones desde el ingreso hasta el alta y rehabilitación; por eso, el manejo del dolor agudo debe entenderse por todos nosotros como una extensión del cuidado que brindamos. Este artículo describe el esfuerzo por crear un Servicio de Dolor Agudo (SDA) en un hospital privado, donde los recursos se ven más limitados en cuestión de recursos humanos y organización. El modelo de la SDA de un hospital privado es una mezcla de tendencias ya descritas donde el principal actor es el residente de anestesia (bajo costo) y cuyos parámetros de actuación estuvieron basados en la iniciativa PAIN-OUT. Se encontraron áreas de oportunidad y se describió la manera de abordarlas; sin embargo, es innegable que la sensibilización de las autoridades es el paso más difícil e importante para lograr la implementación.

Palabras clave: Dolor agudo, Unidad de Dolor Agudo, sistema de gestión PAIN-OUT, hospital privado.

ABSTRACT

Surgical medicine must be established within the framework of perioperative care where the anesthesiologist is a fundamental piece for decision-making from admission to discharge and rehabilitation; so the acute pain management should be taken as an extension of the care of this specialty. This paper describes the effort in developing an acute pain unit in a private hospital, where human resources and organization are constrained. The model of this private acute pain service is a mix of various models written in the literature where the residents of anesthesia are the main actors (low cost), and the standards used are based under the PAIN-OUT initiative. Many areas of opportunity were found along with different solutions, however at the end making authorities sensible about this topic is the hardest step.

Keywords: Acute pain, acute pain clinic, PAIN-OUT initiative, gestion system, private hospital.

De acuerdo con el Dr. Lakshmi Vas⁽¹⁾, la manera de cómo se tome la responsabilidad del manejo adecuado del dolor postquirúrgico será simplemente un reflejo de la calidad, sensibilidad y capacidad económica de una sociedad en particular. En una sociedad donde la medicina depende cada vez más de factores económicos e incluso de factores que incluyen la subjetividad de los pacientes, se sabe que el manejo adecuado

del dolor tiene y tendrá mayor influencia en la selección de los individuos sobre sus centros de salud de preferencia, así como afectará los reembolsos por parte de terceros⁽²⁾.

Desde hace más de 40 años se ha propuesto la creación de unidades de Servicio de Dolor Agudo (SDA); sin embargo, estas prácticas han tenido un camino tortuoso aun en países desarrollados y su existencia es pobre en países en desarrollo.

Los obstáculos para la creación de un SDA van desde el punto de vista económico hasta la falta de integración estructural dentro de los servicios; sin embargo, el aumento en la satisfacción secundaria a la calidad en la atención (y, por tanto, el renombre de la institución) puede ser traducido en ganancias económicas por el incremento en el número de pacientes, ya sea por elección propia del mismo o por recomendación de las aseguradoras (al disminuir el número de complicaciones asociadas a un manejo inadecuado del dolor, así como una mejor utilización de los recursos disponibles, traducida en ahorro de recursos).

El objetivo de este artículo es describir el desarrollo de un Servicio de Dolor Agudo en un hospital privado con un número reducido de recursos humanos; es decir, los ocho residentes de Anestesiología, la experiencia y la generación de la necesidad de crear un servicio formal.

ESTRUCTURA DE UN SERVICIO DE DOLOR AGUDO

Bäckström y Rawal⁽³⁾ refieren que la organización de un SDA dependerá de factores como el tamaño del hospital, sus capacidades económicas, así como de otras organizaciones preexistentes tanto dentro como fuera del hospital. Los componentes comunes incluyen un líder y un equipo multidisciplinario cuyo objetivo sea «hacer el dolor visible» y tratarlo, mediante la organización de un equipo disponible las 24 horas, con objetivos claros, programas de educación continua y auditorías regulares.

ESTRUCTURA PRELIMINAR DE UNA UDA EN UN HOSPITAL PRIVADO:

Nuestro hospital es privado y cuenta con 166 camas censables, el objetivo inicial fue encontrar la manera de alinear el lema hospitalario «*Excelencia médica y calidez humana*», las recomendaciones nacionales e internacionales con la creación del SDA dentro de la infraestructura existente.

Esfuerzos aislados se habían realizado ya desde 2010; sin embargo, la oportunidad de realizar un proyecto en forma medible fue el ingreso al proyecto PAIN OUT para la optimización del dolor postoperatorio en México, coordinado por la Universidad de Jena, Alemania, y el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición «Salvador Zubirán» (INCMNSZ) en 2016. Este programa incluye herramientas dentro de un sistema de gestión en calidad en atención al dolor y promueve la mejora continua centrada en el paciente. El proyecto estuvo dividido en dos fases, en la primera detectamos áreas de oportunidad en el seguimiento de los pacientes después de cirugía y la segunda fase consistió en la implementación de cambios que describiremos más adelante. Sin embargo, para favorecer estos cambios y mejorar la calidad de la atención se requiere un equipo que vigile y evalúe el dolor postquirúrgico con guías

establecidas y que cuide las estrategias analgésicas utilizadas para el manejo del dolor postoperatorio. A falta de recursos humanos disponibles, se decidió que el grupo de residentes de Anestesiología de nuestro hospital podría conformar este equipo, liderado por la profesora adjunta de la especialidad, para monitorizar a los pacientes durante el perioperatorio y mejorar la atención con respecto al tratamiento del dolor. Ante este planteamiento se inició la educación de los residentes y su participación activa con los pacientes, con el principio establecido según Teodore y colaboradores⁽²⁾, en el que el manejo del dolor agudo es una extensión del cuidado que brindan los anestesiólogos. De forma inicial, se estableció que el residente de guardia era responsable del pase de visita por la tarde y noche de los pacientes postoperados durante el día. Se establecieron objetivos más allá de los institucionales como la educación al paciente y familiares con respecto a la evaluación del dolor y su intensidad estableciendo un objetivo real; el manejo de rescates, control analgésico, uso, seguridad y manejo de fallas de las bombas controladas por el paciente (PCA), la utilización de infusiones epidurales y el trabajo en equipo con participación activa del equipo de enfermería.

Con el inicio de protocolos específicos propuestos por la iniciativa internacional PAIN OUT se logró unificar la valoración del dolor utilizando el cuestionario del proyecto a un grupo quirúrgico específico (ortopedia y cirugía general) y extenderse más allá de los pacientes propios de los residentes de anestesia, quienes antes del proyecto sólo valoraban a sus pacientes en el postoperatorio. Con los resultados obtenidos durante la primera fase de PAIN OUT México, se realizaron las siguientes intervenciones durante la segunda fase:

1. Se encontró que el dolor sólo era valorado en reposo y se establecieron protocolos para valorar el dolor en movimiento;
2. Se estableció un objetivo clínicamente significativo cuando se establece un ENA fuera de rango, de acuerdo con la bibliografía (disminución de 3 puntos en la escala de ENA una vez administrado el tratamiento)⁽⁴⁾; así como la valoración obligatoria posterior a la administración del medicamento en un tiempo determinado: 15, 30 y 60 min.
3. Se establecieron protocolos para el uso de PCA con infusiones intravenosas y epidurales, además se propusieron medidas de seguridad en el paciente con PCA, así como llenado y cambio de cartuchos cuando queden tres dosis efectivas para evitar perder niveles de bloqueo en el caso de PCA peridurales.
4. Se establecieron lineamientos para la transición de PCA a analgesia intravenosa y/o oral.
5. Se enviaron los roles de las guardias de Anestesiología a los pisos para que existiera un consultor de analgesia disponible las 24 horas.
6. Se establecieron pautas para disminuir los errores de medicación, específicamente relacionadas con la duplicidad

- de fármacos en la analgesia multimodal y los errores de vías de prescripción en el caso de PCA.
7. El ENA por sí solo no es un buen predictor del manejo del dolor; por lo tanto, se estableció una evaluación medida en metas con respecto a las actividades que el dolor les permitía hacer a los pacientes⁽⁵⁾.
8. El seguimiento por los residentes de Anestesiología ha permitido detectar y resolver de forma temprana los efectos adversos de los medicamentos utilizados⁽⁶⁾, disminuyendo considerablemente la náusea y vómito postoperatorios en la segunda fase.

BARRERAS Y FALLAS COMÚNMENTE ENCONTRADAS

Las barreras más comunes encontradas fueron⁽¹⁾: la resistencia de algunos anestesiólogos y cirujanos en la intervención de sus indicaciones por diversas razones, entre ellas la falta de conocimiento acerca de la recomendación⁽²⁾. Tener un grupo reducido de residentes de Anestesiología (uno por guardia, máximo dos), aunado a la reducción del número de plazas de residentes de Anestesiología para el año en curso, lo cual limita la cobertura total durante el pase de visita a todos los pacientes postoperados o la intervención pertinente en casos específicos, principalmente durante las noches⁽³⁾; la falta de cohesión o equipo con otros sectores como farmacovigilancia, enfermería, rehabilitación⁽⁴⁾; incluyendo al Servicio de Anestesiología, que facilitaría el trabajo en equipo y multidisciplinario⁽⁵⁾; la falta de

integración con el Servicio de Enfermería debido a la rotación constante de personal en pisos que no conocen la residencia de Anestesiología⁽⁶⁾; dejar a los pacientes de cirugía ambulatoria fuera de protocolos y seguimiento⁽⁷⁾; el reforzamiento continuo de las acciones preestablecidas, ya que terminando la fase 2 del proyecto de PAIN OUT se disminuyeron los esfuerzos y se perdieron varios logros.

EXPERIENCIAS Y FUTURO DEL SERVICIO DE DOLOR AGUDO EN EL HOSPITAL

A pesar de que una UDA es efectiva, eficiente y tiene el potencial de mejorar los resultados médicos, incrementar la satisfacción del paciente y reducir los costos⁽²⁾, es innegable que el simple deseo de consolidarlo no es suficiente; se necesitan estrategias para unificar objetivos entre equipos de las diferentes especialidades, e incluso entre la especialidad de Anestesiología; evaluación de costo-beneficio no sólo para el propio paciente, sino para las aseguradoras y el reconocimiento por parte de las autoridades de la institución sobre la importancia de este esfuerzo.

El futuro de la medicina quirúrgica se establece en un marco perioperatorio y predominantemente ambulatorio, por lo que el Servicio de Dolor Agudo tendrá un rol fundamental que permitirá analgesia proactiva y continua durante toda la atención brindada al paciente durante este período, desde la toma de decisión de la cirugía hasta el alta y la rehabilitación del paciente⁽⁷⁾.

REFERENCIAS

1. Vas L. How to set up a pain clinic and practice as a pain management specialist. Indian J Anaesth. 2006;50:408-414.
2. Theodore T, Weinberg R, Witkin L, Giambore G, et al. Acute pain management/regional anesthesia. Anesthesiology Clin. 2015;33:739-751.
3. Bäckström R, Rawal N. Acute pain service-what it is, why it is and what is next. European Journal of Pain. 2008;Suppl 2:40-43.
4. D'Arcy Y. Meeting the challenges of acute pain management. [Acceso el 26 de enero del 2019] Disponible en: www.medscape.org/viewarticle/570145_print
5. Levy N, Sturgess J, Mills P. "Pain as the fifth vital sign" and dependence on the "numerical pain scale" is being abandoned in the US: why? Br J Anaesth. 2018;120:435-438.
6. Nasir D, Howard JE, Joshi GP, Hill GE. A survey of acute pain service structure and function in United States hospitals. Pain Res Treat. 2011;2011:934932.
7. Pozek JP, De Ruyter M, Khan T. Comprehensive acute pain management in the perioperative surgical home. Anesthesiology Clin. 2018;36:295-307.