AAQ2177 1

Tesis
GSS 2005
A5

UNIVERSIDAD CATOLICA ANDRES BELLO

VICERRECTORADO ACADEMICO

DIRECCIÓN GENERAL DE LOS ESTUDIOS DE POSTGRADO

ESPECIALIZACION EN GERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD

PROYECTO DE TRABAJO DE GRADO

Presentado para optar al titulo de:

ESPECIALISTA EN

GERENCIA EN SERVICIOS DE SALUD

TRATAMIENTO DEL DOLOR:

DETECCIÓN DE SITUACIÓN ACTUAL EN EL HOSPITAL DR. DOMINGO LUCIANI

Realizado: Sara Virginia ANGULO VASQUEZ

Profesor asesor: Augusto PEÑALOZA.

Caracas, Abril de 2005

ÍNDICE

		Págs.
INTRODUCCIÓN		5
CAPITULO I.	EL PROBLEMA	7
	I.1- Planteamiento del problema	7
	I.2- Objetivos	11
	I.3- Justificación del problema	12
CAPITULO II.	MARCO TEORICO	14
	II.1- Antecedentes de la investigación	14
	II.2- Basamentos teóricos	16
CAPITULO III.	MARCO METODOLOGICO	29
	III.1- Tipo y diseño de investigación	29
	III.2- Población	29
	III.3- Muestra	29
	III.4- Instrumentos	30
	III.5- Procedimientos	31
	III.6- Consideraciones éticas	32
CAPITULO IV.	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	33
CAPITULO V.	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	34

UNIVERSIDAD CATÓLICA ANDRES BELLO.

ESPECIALIZACION EN GERENCIA EN SERVICIOS DE SALUD

TRATAMIENTO DEL DOLOR:

DETECCIÓN DE SITUACIÓN ACTUAL EN EL HOSPITAL DR. DOMINGO LUCIANI

Autor: Sara V Angulo V.

Tutor: Augusto Peñaloza.

Fecha: Abril de 2005.

RESUMEN

El dolor considerado como el quinto signo vital afecta a un gran número de la población de manera aguda o crónica, de allí la necesidad de la existencia de unidades especializadas para la atención de éste en todos los centros dispensadores de salud.

El hospital Dr. Domingo Luciani, es una institución de IV nivel, con una gran área de influencia que incluye el centro-oriente del país, y una gran diversidad de especialidades medico quirúrgicas cuyos pacientes padecen este síntoma, sin tener un apoyo especializado en esta área. Por todo esto, se plantea la necesidad de evaluar como están atendiendo los médicos de esta institución esta patología, los resultados de éste tratamiento en los pacientes

y si están siguiendo los estándares pautados por la Organización Mundial de la Salud para lograr este fin; para determinar la necesidad de crear una unidad capacitada con los recursos físicos y humanos para el alivio del dolor en este centro hospitalario.

Términos: dolor, tratamiento, OMS, unidades de dolor, hospitales de IV nivel.

INTRODUCCIÓN

Se sabe que el dolor afecta a gran parte de la población mundial deteriorando su calidad de vida, tanto en el aspecto familiar como laboral, además de significar altos costos al sector Salud.

Existen lineamientos formales establecidos para el tratamiento del dolor delimitados por la Organización Mundial de la Salud. El no cumplimiento de estas pautas aunadas a las restricciones políticas, económicas y a la falta de información dentro del personal médico en países en vías de desarrollo como Venezuela, podría influir en la poca importancia que se le da a este síntoma y a su tratamiento.

Puesto que se conoce que no todos los médicos que asisten el dolor están al tanto de esta información y capacitados para prestar este servicio, una atención especializada debe estar a cargo de un equipo multidisciplinario que ayude a todas las personas con este padecimiento a alcanzar su cura y en el peor de los casos a sobrellevarlo con mínimas repercusiones para su entorno personal y social.

La intención de realizar este trabajo es la de estudiar la situación del tratamiento que se aplica a los pacientes quienes consultan por dolor en un centro hospitalario del área metropolitana de Caracas, para tener referencias o registros, de cómo es la incidencia y el manejo de tan importante síntoma, en ocasiones considerado enfermedad, y la necesidad de crear o construir una clínica de dolor para satisfacer la demanda de la población correspondiente al área de influencia del Hospital General del Este Dr.

Domingo Luciani, ubicado en la urbanización El Llanito de dicha ciudad capital.

CAPITULO I

EL PROBLEMA

I.1- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Cualquier persona ha experimentado a lo largo de su vida un episodio de dolor. Puede ser de mayor o menor intensidad, pero siempre es una sensación desagradable que sólo puede comprender la persona que lo padece.

Posiblemente para algunos profesionales de la salud, el dolor no constituye el primer problema a tratar aunque se le considere el quinto signo vital por la Organización Mundial de la Salud (OMS,1996); y además, aún persisten muchos prejuicios y desconocimiento por el uso de fármacos que se utilizan para su control.

Al recordar la definición del dolor dada por el Comité de Taxonomía de la Asociación Internacional Para el Estudio del Dolor (IASP):" El dolor es una experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada a una lesión existente o potencial y descrita en términos de dicha lesión". (Merskey, H. 1994.pp.8).

Esta definición es la más aceptada a escala mundial ya que integra la dimensión afectiva y emocional a la dimensión sensorial, englobando los mecanismos generadores que pueden ser de origen físico o psicológico.

Los avances en el conocimiento de la fisiopatología del dolor, la aparición de nuevas drogas, así como también el aporte de la tecnología con los dispositivos de administración de fármacos, no han sido suficientes para impedir que los pacientes continúen con este padecimiento.

Es prioritario controlar el dolor por diversas razones: el dolor no tratado causa sufrimiento innecesario, tiene un impacto psicológico devastador, disminuye la actividad física, el apetito, el sueño, pierden la esperanza de su curación, e incluso puede llevarlos al suicidio, en casos de dolores crónicos. Además de aliviar el sufrimiento, el control del dolor es importante, incluso cuando el proceso de enfermedad subyacente es estable, ya que el dolor no controlado impide trabajar productivamente, disfrutar de la recreación o desempeñarse familiar y socialmente.

Las estadísticas correspondientes al dolor como síntoma es un problema mundial, de gran prevalencia en la población, los reportes de una década atrás en los EEUU y Europa indicaron que millones de personas lo padecen y sólo una pequeña fracción conseguía alivio del mismo; además de reportar un gran número de reposos laborales por esta causa.

En Latinoamérica las cifras son muy pobres, se estima que el dolor es subestimado por la escasa cantidad de analgésicos opiodes que se utilizan, esto tiene que ver con las estrategias establecidas por la OMS en su programa de Alivio del dolor por Cáncer.

Como se mencionó anteriormente la OMS diseñó un método simple, validado y efectivo para asegurar una terapia razonable para el dolor por cáncer (1986). Este diseño es efectivo para aliviar el dolor en aproximadamente el 90% de los pacientes con cáncer y en 1996 se reevalúa y modifica siendo actualmente utilizado para tratar todo tipo de dolor.

Este manejo está basado en el concepto de una escalera analgésica. Los cinco conceptos esenciales de la terapia farmacológica de la OMS son: por vía oral, por horario, escalonada, de manera individual y con atención al detalle. La escalera analgésica recomienda el manejo progresivo tanto de la dosis como del tipo de analgésico, para lograr un manejo eficaz del dolor.

El tratamiento del dolor se ha difundido entre los médicos de distintas disciplinas a lo largo de las últimas décadas, y sin embargo no se ha logrado aumentar satisfactoriamente el consumo de drogas para su control, lo cual reflejaría mejoría del dolor en el mundo.

La creación de servicios especializados, clínicas del Dolor, no es tan fácil, surgen problemas relacionados con la clasificación y la taxonomía, existen pautas internacionales para clasificar estos centros (IASP, 1997), y hay que recordar que tiene un enfoque multidisciplinario. En este sentido sería deseable que un centro o servicio especializado en el alivio del dolor deba depender de una institución académica, conformándose como un centro multidisciplinario de diagnóstico y tratamiento del dolor. Debe incluir el personal adecuado, el espacio, el equipamiento y apoyo financiero, lo cual haría considerar la noción de un hospital.

Definido por la OMS (1976) "El Hospital es parte integrante de una organización médica social, cuya misión consiste en proporcionar a la población una asistencia, médico-sanitaria completa tanto curativa como preventiva, cuyos servicios externos irradian hasta el ámbito familiar". El Hospital es también centro de formación de personal médico-sanitario y de investigación bio-social.

El Hospital Dr. Domingo Luciani es un hospital general tipo IV, consta de 628 camas y una gran área de cobertura que abarca parte del centro –

occidente del país, lo que lo hace hospital de referencia para el oriente del país. Ubicado en la urbanización El Llanito del Municipio Sucre de la Región Capital.

Está constituido por 25 servicios, médicos y quirúrgicos, en quince de ellos se lleva a cabo actividades docentes y de investigación (estudios de postgrado). Además de servicios de apoyo, donde se incluye el servicio de anestesiología conformado por treinta y tres especialistas, cinco de ellos con la subespecialidad de Dolor , quienes prestan sus conocimientos para ayudar de una manera informal a pacientes de diferentes especialidades quienes presentan esta patología.

Su infraestructura física, sus recursos humanos especializados en diversas áreas, la confiabilidad, experiencia previa como hospital docente y para la investigación aunado al alto índice de pacientes con patologías que ameritan tratamiento para el alivio del dolor, lo hacen el candidato perfecto para crear en el un servicio especializado, multidisciplinario que ayude a combatir este mal.

Después de todo lo expuesto, al conocer el significado del dolor, sus tipos, números de personas afectadas, sus consecuencias biopsicosociales, el escaso conocimiento de su atención en países en vías de desarrollo como Venezuela, a pesar de existir estándares mundiales para la atención de este síntoma y de ser el Hospital Dr. Domingo Luciani una institución de IV nivel, con todos los requisitos para poseer una unidad especializada en la atención del dolor, cada día recibe un gran número de pacientes afectados con esta patología y la referencia de estos hacia otras instituciones, se plantea el siguiente problema:

Explorar la situación actual de la atención del tratamiento del dolor en pacientes hospitalizados en el Hospital Dr. Domingo Luciani.

I.2 OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS.

I.2.1 OBJETIVO GENERAL

Detectar el estado actual de la atención del tratamiento del dolor en el Hospital General del Este Dr. Domingo Luciani.

I.2:2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

Evaluar la situación actual de los pacientes hospitalizados que requieren atención por dolor agudo, crónico y oncológico en el hospital Dr. Domingo Luciani.

Detectar la situación actual del tratamiento del dolor agudo, crónico y oncológico en el hospital Dr. Domingo Luciani.

Obtener datos sobre la información que manejan los médicos acerca del dolor y su tratamiento.

I.3. JUSTIFICACIÓN

El dolor se considera un problema de salud mundial, es el principal causante del deterioro de la calidad de vida de la población global. Las instituciones que prestan servicios de salud deben tener la obligación de privilegiar el tratamiento del dolor, como un derecho de los pacientes, en todos los niveles de atención sanitarios del continente, el compromiso de cada país debe ser convertir el dolor en el Quinto Signo Vital y en armonizar con las políticas universales de Hospitales sin Dolor.

Las unidades de dolor son organizaciones especializadas en la prevención, diagnostico, tratamiento docencia e investigación del dolor, ya sea agudo o crónico, donde un grupo de profesionales estudian y valoran en una amplia dimensión los problemas del dolor rebelde y estrategias para su control, siguiendo pautas mundiales.

La población del Hospital Dr. Domingo Luciani en un 85% ingresa por el área de emergencia como consecuencia de eventos traumáticos, accidentes, heridas por arma de fuego situaciones asociadas con dolor agudo que pudiere cronificarse de no tener el tratamiento adecuado; además cuenta con una unidad de oncologia médica adscrita al servicio de medicina interna con un gran numero de pacientes con cáncer y patologías crónicas.

En múltiples ocasiones los médicos de especialidades quirúrgicas y médicas solicitan interconsultas al servicio de anestesiología para atender casos de difícil control, siendo respondidas cuando el tiempo lo permite y sin el seguimiento necesario; o en su defecto, son referidos a centros donde existan centros especializados para atender este mal.

De allí la importancia de conocer el manejo del dolor en un hospital de referencia para el oriente del país y avalar la creación de un unidad de alivio del dolor en él, y disminuir de esta manera el número de personas afectas por este padecimiento.

CAPITULO II
MARCO TEÓRICO

II.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

Antes de 1960 no había especialistas en dolor. Entre 1930-1945 los pioneros del tratamiento del dolor, todos ellos cirujanos, Leriche, Livinston, Beecher habían realizado avances importantes en la materia, este último investigó la respuesta al placebo, así como las ya clásicas observaciones sobre el dolor en heridos de guerra.

Después de la Segunda Guerra Mundial aparecieron en los Estados Unidos muchas clínicas de bloqueo nervioso, como las de Rovenstine y Apgar .

Durante la Segunda Guerra Mundial, Bonica observó la complejidad del tratamiento del dolor crónico al aumentar la respuesta por factores psicológicos, depresión, sufrimiento medicación excesiva, comprendiendo que para solucionar todos estos problemas derivados del dolor complejo no debían ser tratados por un solo médico, sino que el resultado sería mejor silos trataba un equipo *multidisciplinario* de especialistas médicos, bien formados y con interés en la materia. Al acabar el servicio militar, a finales de 1946, Bonica puso en práctica este planteamiento multidisciplinario en el Tacoma General Hospital y editó en 1953 su monumental texto sobre el dolor *The Management of Pain.*

Antes de 1960 no había especialistas en dolor solamente existía el trabajo de un hombre, el Dr. J. J. Bonica, que de forma autodidacta, trabajaba en este campo. Los clínicos no disponían de revistas relacionadas con el dolor, ni laboratorios de investigación, ni fondos y subvenciones para la enseñanza y tratamiento del mismo. La mayoría de libros de medicina no mencionan prácticamente, o lo hacen en contadas páginas, la fisiología ni el tratamiento del dolor. Igualmente es nula la enseñanza del dolor en los planes de estudio de las carreras del área sanitaria.

En 1960 Bonica, al ser nombrado Jefe del Servicio de Anestesiología de la Universidad de Washington en Seattle, creó en dicho centro la primera clínica multidisciplinaria del dolor, que ha servido de modelo para multitud de clínicas de este tipo creadas en todo el mundo. La enseñanza y los programas educativos empezaron a ser más frecuentes y los artículos científicos aumentaron en número y calidad. No obstante, la publicación de la teoría del *gate control* en 1965 por Melzack y Wall causó un profundo impacto en las actividades investigadoras y clínicas. Se reconoció el sistema nervioso como modulador de la información sensorial tanto en las sinapsis primarias como en el cerebro. El número de artículos sobre el dolor fue aumentando, pero los libros de texto seguían sin considerar el dolor como un problema clínico importante.

En mayo de 1973 Bonica convocó el primer encuentro internacional del dolor en, Washington, del cual que derivó la creación, de la Asociación internacional para el estudio del dolor (IASP) que edita desde 1975 la revista *Pain*, celebra un congreso mundial cada tres años y fomenta la creación de capítulos nacionales.

El abordaje biopsicosocial se convirtió en una alternativa al concepto biomédico del dolor, convirtiendo el tratamiento multidisciplinario del dolor en parte integral del movimiento del dolor.

En la década de 1980-1990 la investigación sobre el dolor experimentó un crecimiento desmesurado, como la mayoría de las ramas de la neurociencia. Se establecieron las normas para el cuidado y tratamiento de los pacientes. Continuaron aumentando los trabajos científicos y los libros dedicados al dolor. Se normalizó la terminología haciendo posible la celebración de reuniones clínicas multicéntricas. El tratamiento paliativo se convirtió en especialidad por sí mismo y también a causa del envejecimiento de la población, el dolor por cáncer continúa siendo un problema global.

La problemática del dolor se amplió por la politización de la sanidad y se comienza a hablar con insistencia de los costes de los cuidados y procedimientos empleados. Al florecer la especialidad, empieza a crearse las clínicas especializadas para el tratamiento del dolor en todo el mundo.

II.2 BASAMENTOS TEÓRICOS RELATIVOS AL PROBLEMA.

Cualquier persona ha experimentado a lo largo de su vida un episodio de dolor. Puede ser de mayor o menor intensidad, pero siempre es una sensación desagradable que sólo puede comprender la persona que lo padece.

Posiblemente para algunos profesionales de la salud, el dolor no constituye el primer problema a tratar aunque se le considere el quinto signo

vital por la Organización mundial de la Salud (2000); y además, aún persisten muchos prejuicios y desconocimiento por el uso de fármacos opiodes.

Al recordar la definición del dolor dada por el Comité de Taxonomía de la Asociación Internacional Para el Estudio del Dolor (IASP):" El dolor es una experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada a una lesión existente o potencial y descrita en términos de dicha lesión". (Merskey, H. y Bogduk, N. 1994.pp.8).

Esta definición es la más aceptada a escala mundial ya que integra la dimensión afectiva y emocional a la dimensión sensorial, englobando los mecanismos generadores que pueden ser de origen físico o psicológico.

De acuerdo con su duración, el dolor puede ser clasificado en dolor agudo y dolor crónico.

Dolor agudo:

Puede describirse como dolor de reciente comienzo y de duración probablemente limitada, generalmente existe una relación identificable temporal y causal con la injuria o la enfermedad. El médico debe estar consciente que el dolor agudo es un síntoma y como tal señala la existencia de daño tisular real o potencial; el dolor postoperatorio es quizás el dolor agudo más frecuente, pero a la vez suele ser el peor tratado, entre otros, está el postraumático, por quemaduras, por cólicos, etc.; puede durar horas o días, produciendo graves consecuencias en el paciente que lo sufre, generando una experiencia sumamente ingrata para el mismo que puede condicionar comportamientos posteriores de ese paciente ante otra intervención quirúrgica.

Los avances en el conocimiento de la fisiopatología del dolor, la aparición de nuevas drogas, así como también el aporte de la tecnología con los dispositivos de administración de fármacos, no han sido suficientes para impedir que los pacientes sigan sufriendo dolor postoperatorio. Este dolor, considerado por algunos, "dolor inútil", no tiene sustento biológico como mecanismo de protección o alarma del organismo, como lo puede ser el dolor cólico o el dolor de una fractura y además su presencia desencadenan respuestas nocivas y deletéreas para el organismo.

En gran parte las fallas en el manejo del dolor postoperatorio se deben fundamentalmente al desconocimiento del tema, por parte del médico y del personal de enfermería.

Dolor crónico:

El dolor crónico ha sido definido como el dolor que persiste por un periodo de tiempo que ha sido determinado en una forma arbitraria (uno, tres o seis meses). Bonica (1990) define el dolor crónico como el que persiste un mes después del curso usual de una enfermedad aguda o un periodo de tiempo razonable para que una lesión sane, (aceptada por la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor). Varios autores aceptan los términos dolor persistente (3 a 6 meses) y crónico (>6 meses). A su vez puede dividirse en dolor crónico oncológico cuando está relacionado con enfermedades neoplásicas y su tratamiento; y dolor crónico no oncológico, aquel dolor de cualquier causa u origen, excluyendo enfermedades neoplásicas y/o sus tratamientos.

Muchos dolores pueden ser clasificados como crónicos, comprende desde el dolor que persiste por meses e incluso años, como el que acompaña a una enfermedad como la artritis reumatoide, el que se asocia con una lesión que no resolvió en el periodo de tiempo usual como el dolor lumbar crónico, el

dolor de miembro fantasma, el síndrome doloroso regional complejo y el que acompaña al cáncer que representa dentro de esta categoría un gran problema de alcance internacional como lo deja señalado la Organización Mundial de la Salud en sus programas de alivio del dolor.

El dolor crónico no es una sola entidad, incluye condiciones heterogéneas con causas no conocidas, diversos mecanismos del dolor y curas no desarrolladas. Comprende un amplio espectro de enfermedades orgánicas que pueden coexistir con o sin psicopatología. Es un fenómeno complejo con ramificaciones médicas, psicológicas y del comportamiento; es una experiencia multidimensional, compleja y no solamente un evento biológico.

La cronicidad del dolor es descrita en términos de severidad del dolor, discapacidad y estrés afectivo.

Es prioritario controlar el dolor por diversas razones: el dolor no tratado causa sufrimiento innecesario, tiene un impacto psicológico devastador, disminuye la actividad física, el apetito, el sueño, pierden la esperanza de su curación, e incluso puede llevarlos al suicidio, en casos de dolores crónicos. Además de aliviar el sufrimiento, el control del dolor es importante, incluso cuando el proceso de enfermedad subyacente es estable, ya que el dolor no controlado impide trabajar productivamente, disfrutar de la recreación o desempeñarse familiar y socialmente.

El sufrimiento genera una sensación de amenaza para la autoestima y la vida, ocasiona sensación de pérdida personal y pérdida de la esperanza, en resumen, causa un deterioro en la calidad de vida de los pacientes. (OMS, 2000.pp.7-21)

Como se puede evidenciar el dolor incide sobre las personas y la sociedad desde dos enfoques, uno, como sufrimiento del individuo; y otro como fuente de cuantiosas pérdidas económicas.

Actualmente, en Salud Pública, se ha tomado como parámetro de calidad el índice años de vida saludable (Year Healthy Life)(2003). Este método relaciona la expectativa de vida en años con la calidad de esa vida (ausencia de dolor, movilidad física, capacidad de relacionarse, aptitud para el trabajo), valorándose la eficacia de una política sanitaria en la relación coste económico-años de vida saludable. La presencia de dolor mal tratado o no tratado con sus respectivas repercusiones, implicaría un aumento de los costes de manera directa o indirecta a la Salud Pública de cualquier país; por esto, la imperiosa necesidad de aliviar el dolor. Es en esta nueva perspectiva, donde el adecuado seguimiento de los programas para el alivio del dolor, emitidos por la OMS y la creación de Unidades para el tratamiento del Dolor, juegan un papel clave, ya que más de la tercera parte de la población de los países desarrollados está afectada por dolor y las pérdidas monetarias son cuantiosas. En Venezuela, no existen estudios relacionados de esta índole.

Las estadísticas correspondientes al dolor como síntoma es un problema mundial, de gran prevalencia en la población, los reportes de una década atrás en los EEUU indicaron que 3,5 millones de personas padecían dolor por cáncer y sólo una pequeña fracción conseguía alivio del mismo. Estudios españoles reportaron que en la región de Galicia se atendieron 23.000 consultas de pacientes con dolor crónico, de los cuales 40% era de origen oncológico, sin contar con el resto del país para el año 2000; además reporta un millón de españoles que ameritaron reposo laboral por esta causa. A estas cifras se suman todos los pacientes con patologías quirúrgicas y traumatológicas que en su momento sufrirán de dolor agudo, datos reportados en los informes de la Sociedad Española del Dolor. (2003)

En Latinoamérica las cifras son muy pobres, se piensa que el dolor es subestimado por la escasa cantidad de analgésicos opiodes que se utilizan, esto tiene que ver con las estrategias establecidas por la OMS en su programa de Alivio del Dolor por Cáncer.

Algunas de las razones por las cuales el consumo de opioides en América Latina es menor que la de países desarrollados son: restricciones o excesiva burocracia en el proceso de importación de medicamentos que incrementan el costo final del producto; legislaciones y regulaciones restrictivas que imponen límites máximos en las dosis diarias permitidas o en la dosis misma; canales de distribución insuficientes que no facilitan la disponibilidad en zonas rurales; ignorancia del personal de salud sobre cómo manejar el dolor, y carencia de químicos farmacéuticos autorizados para la distribución del medicamento.

Muchas de estas causan escapan de las manos, excepto las referidas al conocimiento del personal de salud.

Como se mencionó anteriormente la OMS diseñó un método simple, validado y efectivo para asegurar una terapia razonable para el dolor por cáncer (1986). Este diseño es efectivo para aliviar el dolor en aproximadamente el 90% de los pacientes con cáncer y en 1996 se reevalúa y modifica siendo actualmente utilizado para tratar todo tipo de dolor.

Este manejo está basado en el concepto de una escalera analgésica. Los cinco conceptos esenciales de la terapia farmacológica de la OMS son: por vía oral, por horario, escalonada, de manera individual y con atención al detalle.

El primer peldaño de la terapia para el dolor leve a moderado es el uso de acetaminofén, aspirina u otro analgésico antiinflamatorio no esteroideo (AINE). Se pueden usar adyuvantes para aumentar la eficacia analgésica o

bien para tratar síntomas asociados que exacerban el dolor y proporcionar una actividad analgésica adicional en los diferentes tipos de dolor.

Cuando el dolor persiste o aumenta, se le debe agregar al AINE (no sustituir) un opiode, como la codeína o la hidrocodona. Los opiodes en este peldaño son comúnmente administrados en combinaciones fijas de acetaminofén y aspirina, dado a que esta combinación proporciona analgesia adicional.

Si el dolor es persistente o de moderada a severa intensidad debe tratarse con un opiode más potente o incrementando la dosis. Las drogas del peldaño anterior pueden ser reemplazadas con opiodes más potentes como la morfina, metadona, fentanilo o levorfano.

El tratamiento para el dolor persistente relacionado con el cáncer debe administrarse por horario con dosis adicionales según la intensidad del dolor, pues la administración por horario mantiene un nivel constante de fármaco y ayuda a prevenir la aparición del dolor.

La escalera analgésica recomienda el manejo progresivo tanto de la dosis como del tipo de analgésico, para lograr un manejo eficaz del dolor. Cuando este enfoque no invasivo no es efectivo, las alternativas incluyen otras vías de administración de fármacos, bloqueos nerviosos, cirugías y otros tipos de tratamiento dependiendo del caso, llamado nivel flotante en la actual escalera. (Vargas, González y Fuenmayor.2002.pp.58)

Los medicamentos opioides han sido utilizados como analgésicos desde el siglo XIV, y son la piedra angular de la escalera analgésica de la OMS. Los analgésicos opiodes se han utilizado tradicionalmente para aliviar el dolor agudo y el crónico, especialmente el causado por cáncer, por lo tanto el Comité de Expertos de Dolor por Cáncer exige la disponibilidad permanente y continua de estos tipos de analgésicos. La lista modelo de Medicamentos

Esenciales de la OMS incluye la morfina y la codeína como analgésicos opioides.

Los opioides son clasificados como narcóticos y por lo tanto están controlados por la Convención Única sobre Estupefacientes de Viena de 1961, enmendada por el Protocolo de 1972, tratado multilateral por el cual se rigen todos los países del mundo. Este tratado creó una entidad fiscalizadora, la Junta Internacional de Estupefacientes (JIFE), órgano encargado de administrar la disponibilidad de opiodes y cumple un doble propósito: velar para que los medicamentos opioides se encuentren disponibles para el uso médico y científico; y colaborar con los gobiernos integrantes de la Convención Única en el control del uso ilegal del medicamento.

La adquisición de los medicamentos opioides se hace bajo la supervisión de la Junta Internacional de Estupefacientes a través de la autoridad nacional encargada, que efectúa los procesos de requisición, importación, nacionalización y distribución del medicamento.

La OMS se mantiene al tanto del consumo de morfina de cada país como índice de la mejora del tratamiento del dolor. El consumo mundial de morfina permaneció relativamente estable hasta 1984, cuando este organismo empezó a destacar la necesidad de utilizarla para el tratamiento del dolor por cáncer, desde esa fecha hasta 1992 se triplicó el consumo mundial del fármaco.

Los datos de la JIFE (1999) de la última década muestran un incremento en la tendencia en el consumo de morfina en el mundo. A pesar de los incrementos en la incidencia de cáncer en los países en vías de desarrollo, en 1991 el 57 por ciento de este consumo de morfina ocurrió en diez países desarrollados. Los primeros 20 países consumieron el 86 por ciento y el 14

por ciento restante se consumió en aproximadamente 100 países, en los cuales vive la mayoría de la población del mundo. En Latinoamérica se consume menos del 1 por ciento de toda la morfina que se consume con fines médicos en el mundo. Una de las causas responsables de este hecho, es la ignorancia del personal de salud. (De Lima, 2001.pp.1-3)

El tratamiento del dolor se ha difundido entre los médicos de distintas disciplinas a lo largo de las últimas décadas, y sin embargo no se ha logrado aumentar satisfactoriamente el consumo de opiodes, lo cual reflejaría mejoría del dolor en el mundo. En este contexto es verdaderamente una conducta poco responsable del sistema de salud limitar, demorar o impedir, la gestión de un profesional capacitado en aliviar a un individuo sufriente. En términos de costo-beneficio ha sido claramente demostrado que es antieconómico no organizar y ofrecer este tipo de servicios especializados. En el contexto de la medicina peri -operatoria se han modificado sensiblemente indicadores como el tiempo total de hospitalización, el consumo de analgésicos no reglados, el tiempo de hospitalización en área crítica y el número de complicaciones directamente vinculadas a la inactividad de los pacientes por dolor postoperatorio. En el correspondiente al dolor crónico se ha disminuido el peregrinar de los pacientes generando numerosas consultas, estudios y tratamientos de prueba sin encontrar alivio al no estar dirigidos de un modo específico y organizado. La creación de servicios especializados, clínicas del Dolor, no es tan fácil, surgen problemas relacionados con la clasificación y la taxonomía, y hay que recordar que tiene un enfoque multidisciplinario.

¿Cómo es el enfoque multidisciplinario?

¿Deben estar todos los médicos de las distintas especialidades en la clínica al mismo tiempo?

¿Es necesario crear una nueva disciplina médica llamada Algología, o bien puede cada médico de las distintas especialidades aprender a diagnosticar y a tratar los síndromes del dolor?

Durante las últimas dos décadas se han creado más de mil clínicas del dolor en todo el mundo. Estos Centros del Dolor, Clínicas o Departamentos no comparten las mismas facilidades y existen grandes diferencias entre ellos. Por lo tanto, es necesario realizar una clasificación de las Clínicas del Dolor.

La IASP (2000) elaboró pautas internacionales para acreditar las diferentes áreas de a medicina del dolor y las clasifica como sigue:

- Instalación de Diagnóstico y Tratamiento de Dolor

Término genérico que se refiere a todas las formas de instalaciones para el tratamiento del dolor, sin considerar al personal involucrado o tipos de pacientes atendidos.

- Centro Multidisciplinario de Diagnóstico y Tratamiento del Dolor

Es una organización de científicos y profesionales de la salud que incluye la investigación, enseñanza y atención de pacientes con dolor agudo y crónico. Es la más grande y compleja de la instalaciones, e idealmente debería existir como componente de una escuela médica u hospital escuela. Los programas clínicos deben ser supervisados por un autorizado y entrenado, director médico. Se requiere una amplia gama de profesionales: médicos, psicólogos, enfermeros, terapistas físicos, terapistas ocupacionales, consejeros vocacionales, trabajadores sociales y otros, intercomunicados entre sí. Deben ofrecerse programas para pacientes internados y ambulatorios de diagnóstico y tratamiento.

- Clínica Multidisciplinaria de Diagnóstico y Tratamiento del Dolor

Similar a la anterior, pero sin investigación ni enseñanza en sus programas regulares.

- Clínica de Diagnóstico y Tratamiento del Dolor

Esta institución enfoca el diagnóstico y tratamiento del paciente con dolor clínico. Puede orientarse en diagnósticos específicos o en dolores relacionados con áreas específicas del cuerpo (Ej.: Clínica de Cefaleas, Clínica de Lumbalgias, etc.). Puede ser grande o pequeña y debería ser dirigida por un médico experto en medicina del dolor.

- Consultorio de medicina del dolor:

Será un consultorio particular, en un establecimiento de cualquiera de los niveles de riesgo, en un centro periférico, municipal, provincial, etc., que será atendido por un médico experto en Medicina del Dolor. En el mismo se podrán hacer consultas y procedimientos establecidos por la IASP.

La creación de Centros del Dolor que dependen de una institución académica es importante para el desarrollo de una disciplina nueva como la Algología.

Dichos centros deben preparar las directrices para el estudio de los síndromes de dolor agudo y crónico así como un programa de formación para la educación de los estudiantes de medicina, internos y residentes.

Un Centro del Dolor que depende de una institución académica deber ser un centro multidisciplinario de diagnóstico y tratamiento del dolor. Debe incluir el personal adecuado, el espacio, el equipamiento y apoyo financiero.

Definido por la OMS (2000) "El Hospital es parte integrante de una organización médica social, cuya misión consiste en proporcionar a la población una asistencia, médico-sanitaria completa tanto curativa como preventiva, cuyos servicios externos irradian hasta el ámbito familiar. El Hospital es también centro de formación de personal médico-sanitario y de investigación bio-social.

En Venezuela , el sistema hospitalario se clasifica según Gaceta Oficial Número 32.650 de Enero de 1983, en Decreto Número 1.798 de la República Bolivariana de Venezuela, en Hospitales tipo I, II, III y IV, de acuerdo a diferentes características entre las que destacan: población a servir, número de camas y nivel de complejidad.

El Hospital Dr. Domingo Luciani es un hospital general tipo IV, consta de 628 camas y un área de cobertura que abarca desde el municipio Chacao, en el área metropolitana hasta la ciudad de Puerto Píritu en el Estado Anzoátegui hacia el oeste y hasta la ciudad de San Juan de los Morros, en el Estado Guárico hacia el sur, lo que lo hace hospital de referencia para el oriente del país. Ubicado en la urbanización El Llanito del Municipio Sucre de la Región Capital.

Está constituido por 25 servicios, médicos y quirúrgicos, en quince de ellos se llevan a cabo actividades docentes y de investigación (estudios de postgrado), seis avalados por la Universidad Central de Venezuela y los nueve restantes por los respectivos Colegios de Médicos y las Sociedades Venezolanas de cada especialidad.

Su infraestructura física, sus recursos humanos especializados en diversas áreas, la confiabilidad, experiencia previa como hospital docente y para la investigación aunado al alto índice de pacientes con patologías que

ameritan tratamiento para el alivio del dolor, lo hacen el candidato perfecto para crear en el un servicio especializado, multidisciplinario que ayude a combatir este mal.

Además, estudios exploratorios han detectado en este centro un aumento de la morbilidad quirúrgica y por trauma, de pacientes oncológicos, del número de referencias hacia las clínicas de dolor de otros hospitales capitalinos, y del número de interconsultas dirigidas al servicio de anestesiología para el tratamiento de este padecimiento.

CAPITULO III

MARCO METODOLÓGICO

III.1 TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Se trata de un estudio descriptivo ya que se propone identificar los hechos como se realizan en la actualidad, para lo cual se utiliza un diseño de campo, no experimental, al observarse los acontecimientos estudiados de manera natural (Méndez, 2001).

III.2 POBLACIÓN

Pacientes de cualquier raza, sexo, mayores de 18 años, que consultan al Hospital Dr. Domingo Luciani con patologías que produzcan dolor, pudiendo ser éste de tipo agudo o crónico y ameriten hospitalización.

Profesionales de la medicina que laboran en esta institución.

III.3 MUESTRA

La muestra estará constituida por:

1-Todos aquellos pacientes hospitalizados en los servicios que con mayor frecuencia atienden y tratan el dolor como lo son: cirugía, traumatología y

oncología durante un período de tres meses, a partir del inicio de la parte operativa del estudio.

2- Los pacientes referidos al servicio de anestesiología de la misma institución y a centros extrahospitalarios para un manejo especializado del dolor, durante el mismo período de tiempo.

3- Personal médico encargado de atender a los pacientes del estudio en los servicios seleccionados.

III.4 INSTRUMENTOS.

Para la realización de este estudio, se utilizarán dos tipos de instrumentos:

Encuesta:

Estructurada, individual, breve que contenga preguntas muy específicas sobre el conocimiento de los médicos en cuanto al tratamiento adecuado del dolor, así como sobre los tres últimos tratamientos que han aplicado. Por otra parte la encuesta constará de un segmento dedicado a datos de la historia profesional del entrevistado como por ejemplo: tiempo de graduado, tiempo en ejercicio, especialidad.

Hoja de registro:

La cual constará de ítems que permitan tomar datos relativos al diagnóstico y tratamiento del dolor en los pacientes hospitalizados, tiempo padeciendo el síntoma, hospitalizaciones anteriores por la misma causa, así

como si fue referido o no a un especialista en dolor. Estos datos serán tomados de las historias clínicas en los servicios de cirugía, traumatología y oncología.

III.5 PROCEDIMIENTOS

Para seguir estructuradamente este estudio se cumplirán las siguientes etapas:

I-Se diseñaran los instrumentos a ser aplicados en el proyecto.

II-Previa autorización de los diferentes jefes de servicio de donde se escogerá la muestra, se realizará:

- Aplicación de encuestas a pacientes hospitalizados, anónima y de participación espontánea.
- Ejecución de encuestas anónimas a los médicos encargados de la atención de dichos pacientes.
- Revisión de historias médicas de los pacientes hospitalizados, para ingresar datos en las hojas de registro
- Revisión de las interconsultas emitidas por esos servicios hacia centros ó unidades especializadas en el tratamiento del dolor.

III-Obtención de los resultados.

IV-Análisis de los datos obtenidos de manera comparativa, en frecuencias absolutas y relativas, plasmados en cuadros y tablas.

V-Consideraciones éticas.

La información en este estudio será obtenida previa autorización de los jefes de servicio de cada unidad de donde se tomará la muestra, de los médicos y pacientes a intervenir en el proyecto.

Se garantiza la confidencialidad de la información en los instrumentos de recolección (encuesta), al no tener registro de la identidad del participante.

Se velará por la exactitud y veracidad de los datos obtenidos en la recolección de los mismos.

En ningún momento se pretende juzgar o criticar al personal médico por el criterio utilizado al indicar un tratamiento, esta decisión médica es individual y debe ser respetada sino compromete la vida de los pacientes.

CAPITULO IV

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Las conclusiones y recomendaciones de esta investigación, serán expuestas luego de aplicar los instrumentos y revisar y analizar los resultados, pero es lógico pensar que una institución hospitalaria con el mas alto nivel dentro de la clasificación de hospitales del país y la gran afluencia de pacientes que recibe y las patologías que maneja, debe tener dentro de su estructura organizacional una unidad especializada para el manejo del dolor.

CAPITULO V

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Bonica, J. Management of Pain. (1990) 2 ed. Vol.I Philadelphia. pp. 400-600.

Clínicas de Anestesiología de Norteamérica. (1999). Nuevas oportunidades en la práctica. Nuevos procedimientos, nuevos contextos. Vol. 2. México DF, México. McGraw Hill Interamericana.

De Lima, Liliana. (2001) El uso de medicamentos opiodes en el alivio del dolor por cáncer en Latinoamérica. Estrategias. http://www.monografías.com

El medico interactivo. Sanidad gallega como ejemplo a seguir. Diario electrónico de la sanidad #892. 10 Enero 2.003. Actualizado a las 20:00 horas. www.medynet.com/elmedico/omc.htm#soc4

Gaceta Oficial. Número 32650 de enero de 1983. Decreto número 1798. Clasificación de los Sistemas Hospitalarios Venezolanos.

Kanner, Ronald. (1998). Secretos del tratamiento del dolor. México DF, México. McGraw Hill Interamericana.

Merskey, H., Bogduk, N. (1994) Clasificación del dolor crónico. Descripción de síndromes crónicos dolorosos y definiciones de términos dolorosos. (2ª ed.) . Seatle. IASP press.

Méndez A, Carlos E. (2001).Metodología. Diseño y desarrollo del proceso de investigación. (3ª ed.) Bogotá, Colombia. McGraw Hill.

Messina, Adriana. El dolor en el enfermo: un síntoma que debe ser tratado.

http://wwwsalud.ciudadfutura.com/gacetaverde/index

Naciones Unidas. Informe de la junta internacional de fiscalización de estupefacientes correspondiente a 1999. Publicación E/INC B/1999. Disponible en: http://www.un.org/pubs/spanisg/spsales.htm.

Normas sobre evaluación, diagnóstico y tratamiento del dolor. Resolución N° 932/200 del Ministerio de Salud. Edición de boletín Oficial suplemento del 7 noviembre de 2000. http://www.dolortornu.com

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. (2000) Informe sobre la salud en el mundo. Mejorar el Desempeño de los Sistemas de Salud. Washington, DC.

P. Prithvit Raj. (1994). Tratamiento práctico de dolor. (2ª ed.).Madrid, España. Mosby.

Ramírez, Tulio. (1992). Como hacer un proyecto de investigación. Caracas, Venezuela. Carhel.

Resolución Nº 932/2000 del Ministerio de Salud del 18/10/2000. Normas de Dolor. Edición boletín oficial suplemento del 7 de noviembre de 2000. Federación Argentina de Asociaciones de Anestesia, Analgesia y Reanimación. Disponible en correo electrónico: rjaschek@arnet.com.ar

Rezoagli, Antonio c. Manejo del dolor postoperatorio. Dic.2002.

Disponible en correo electrónico: antoniorezoagli@sinectis.com.ar

Rodríguez, M. (1986) Cuarto escalafón en el tratamiento del dolor oncológico.8º Congreso Mundial de Dolor. Revista Sociedad Española de Dolor (Suplemento I):63.

Sejó, F. Sino, R. Moreno, J. ¿Son rentables las unidades para tratamiento del dolor? Dolor .Vol.7. Número 4 /1992. http://www.dolor.es

Vargas, G.,González, M.,Fuenmayor, F.(2002) Tratamiento del dolor en el paciente pediátrico. Archivos Venezolanos de Puericultura y Pediatría, Vol.66, suplemento 1.