
Hospital de día: tratamiento ambulatorio de pacientes con dolor crónico

F. López Timoneda

Unidad de Tratamiento del Dolor. Hospital Clínico de San Carlos. Facultad de Medicina. Madrid.

El tratamiento del dolor en el marco hospitalario es uno de los problemas principales con los que se enfrenta el médico en su práctica diaria. El dolor es solamente un componente del paciente que sufre, siendo sus repercusiones fisiológicas y psicológicas mayores en pacientes oncológicos que en pacientes con dolor crónico no maligno⁽¹⁾.

Si bien, en estos últimos años, se han abierto nuevas perspectivas en el tratamiento del dolor,^(3,5,8,10,11,14,16) en el momento actual, los sistemas de organización existentes en la mayoría de los hospitales no facilitan el tratamiento ambulatorio de estos pacientes con dolor crónico, existiendo una serie de obstáculos, como el incremento del coste de la sanidad, entre otros, que es preciso salvar para asegurar el cuidado humano de estos pacientes a un razonable costo, así como la reeducación de médicos y enfermeras para hacerles especialistas en este tipo de terapéutica.

Entre los diversos progresos registrados últimamente en el quehacer médico a nivel asistencial está la creación del Hospital de Día o más exactamente de «hospitalización de día» que es en efecto una actividad que garantiza y agiliza la interconsulta con otras especialidades médicas y es preferida por los pacientes con severo dolor crónico. Este tipo de «hospitalización» permite que el paciente no sea discriminado y aislado por su tipo de afección, en la medida que su tratamiento se realiza en un hospital.

La «hospitalización de día» se concibe como un área asistencial que permite el tratamiento intensivo del paciente sin ser separado de su medio familiar. Las características de esta hospitalización son fundamentales para conseguir el grado máximo de bienestar y atención inmediata, que es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano.

Hay que señalar también que han aparecido una gran profusión de trabajos clínicos sobre hospitalización de día y tratamiento ambulatorio así como de asistencia domiciliaria, no sólo en estos pacientes sino también dentro de otras especialidades como: oncología, cirugía, psiquiatría y geriatría, entre otras^(2,4,6,7,9,12,13,15).

El Hospital Clínico de San Carlos, como cualquier otro hospital de cuidados terciarios, requiere diariamente del tratamiento de un porcentaje elevado de pacientes que presentan síndromes dolorosos de diversas etiologías: oncológicos y no oncológicos, tales como postoperatorios, causálgicos, vasculares y osteoarticulares entre otros. Afortunadamente, en la actualidad contamos con una extensa gama de técnicas que permiten suprimir o al menos aliviar estos cuadros dolorosos.

La unidad de tratamiento del dolor del Hospital Clínico de San Carlos, dentro del Departamento de Anestesiología y Reanimación, se creó oficialmente en junio de 1983, si bien oficiosamente, venía funcionando desde el curso 1981-82.

Objetivos

Se han establecido unos objetivos que son los siguientes:

1. Alcanzar el mayor beneficio asistencial para este tipo de pacientes oncológicos y no oncológicos.

2. Mejorar la calidad de vida con un porvenir a corto plazo, en el sentido de más comodidad y confort para los pacientes sin separarlos de su medio familiar.

3. Ahorro y disponibilidad de camas para otros pacientes que esperan su ingreso.

4. Brindar una información que ayude a los médicos a proporcionar una atención óptima a

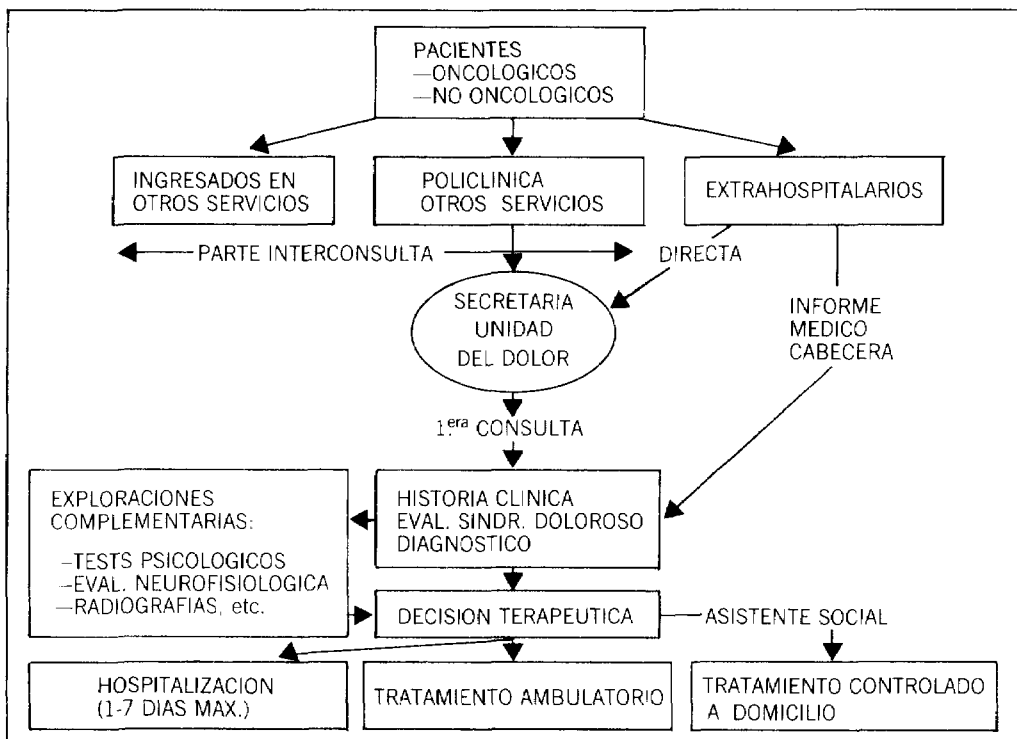


Figura 1. Unidad de Dolor en el Hospital Clínico de San Carlos.

sus pacientes con dolor, así como el de aportar las técnicas antiálgicas más actualizadas.

5. Potenciar el desarrollo de la actividad docente e investigadora de los futuros especialistas y personal de enfermería.

En definitiva, el procurar una mejor atención a estos enfermos, afectados de cuadros dolorosos, de intensidad a veces brutal y a los que desgraciadamente por ignorancia o abandono se les priva de un correcto tratamiento antiálgico.

Organización

El tratamiento ambulatorio es asegurado todos los días desde las 8 hasta las 15 horas, y el resto de la jornada así como festivos, queda cubierto el servicio por el equipo de anestesiólogos de guardia.

Los enfermos llegan a nuestra consulta de la unidad del dolor, desde las distintas cátedras o servicios del hospital, desde policlínicas o bien de procedencia directa (extrahospitalarios) con un parte interconsulta o informe de su médico de cabecera, donde está reflejado el motivo ra-

zonado de la consulta, estudios complementarios significativos efectuados, diagnóstico previo, informes solicitados y médico que solicita el informe (fig. 1).

En la unidad seguimos la siguiente metodología:

Historia clínica detallada, para lo cual disponemos de unos protocolos para la valoración del síndrome doloroso, que comprenden:

- a) Historia del dolor (antigüedad, diagnóstico y tratamientos anteriores).
- b) Características del dolor (topografía, cualidad, duración durante las 24 horas, intensidad, circunstancias de aparición, repercusión sobre el modo de vida: sobre el sueño, trabajo, etcétera.)
- c) Toma de analgésicos (tipos, analgésicos eficaces y otras terapéuticas medicamentosas puestas regularmente).
- d) Valoración psicológica.
- e) Patologías asociadas (antecedentes medicamentosos y quirúrgicos).
- f) Examen clínico (general y neurológico).

- g) Decisión de exámenes complementarios.
h) Decisión terapéutica.

Una vez hecho el diagnóstico tenemos en cuenta la edad del enfermo, así como el probable pronóstico de vida en cuanto al método a emplear, explicándole las ventajas que pueda obtener, así como las complicaciones y limitaciones de dicha técnica. Antes de realizar cualquier tipo de tratamiento el paciente o el familiar que le acompaña firma un impreso en el que nos da su consentimiento.

Espacios y personal

Disponemos de una habitación que hace las veces de despacho y una sala de bloqueos. El material es sencillo. Comprende una camilla de exploraciones, un fonendoscopio, un aparato de medida de presión arterial, material de reanimación para tratamiento de una eventual complicación, 2 camas articuladas donde podrán permanecer los pacientes por un período máximo de 24 horas, y todo el material que necesitamos para la práctica de este tipo de tratamientos: agujas (hipodérmicas, paravertebrales, espinales, Tuohy), catéteres, sueros, anestésicos locales, agentes neurolíticos, analgésicos opiáceos, vasoconstrictores, soluciones esterilizantes y aparatos para estimulación nerviosa transcutánea.

Además contamos con un quirófano equipado, situado al lado de la unidad, así como de una sala de Servicio de Radiodiagnóstico, para la realización de técnicas especiales.

La unidad está dotada con una enfermera fija especializada, una secretaria compartida con el Servicio de Anestesia, un asistente voluntario, un psicólogo y un psiquiatra, además del anestesiólogo y personal de enfermería destinados al área quirúrgica donde vamos a realizar las técnicas especializadas.

La media de pacientes tratados en la consulta ambulatoria es de siete al día, además del tratamiento que se dispensa a los pacientes ingresados en número que oscila entre 10 a 15.

Enfermos hospitalizados

Para el tratamiento de estos pacientes se recurre a métodos invasivos, que por incluir técnicas especializadas pueden dar lugar a complicaciones, lo que justifica su ingreso en el hospital durante un período de tiempo que suele oscilar entre 1 a 7 días como máximo; estas técnicas se enumeran en la tabla I.

TABLA I
UNIDAD DE DOLOR DEL HOSPITAL CLINICO
DE SAN CARLOS

Técnicas especializadas (Enfermos hospitalizados)

- Bloqueos neurolíticos intradurales
- Cordotomía
- Estimulación eléctrica medular
- Hipofisectomía
- Morfina intratecal: reservorios
- Neurolisis plexo celiaco
- Simpatectomía química

Tratamiento ambulatorio y atención a domicilio

Este tipo de terapia es del tipo no invasivo y se basa en la inhibición del impulso doloroso a nivel central o periférico, sin producir lesiones de las vías del dolor. Se fundamenta principalmente, en la utilización de fármacos analgésicos tanto del grupo de los antiinflamatorios no esteroideos (NSAID) como de los opiáceos, solos o asociados a los psicofármacos, infiltraciones repetidas o bloqueos con anestésicos locales solos o combinados con corticosteroides y tratamiento cinesiterápico, estimulación nerviosa transcutánea, acupuntura y administración de opiáceos por vía epidural a través de un catéter tunelizado a piel (fig. 2).

En el tratamiento farmacológico seguimos el protocolo descrito en la figura 3.

Debemos señalar la importancia que juega la enfermera que deberá estar especializada en el tratamiento y manejo de este tipo de pacientes, así como la farmacia del hospital en la preparación y dispensación de la medicación y la asistencia social en los casos que sea necesario en la aplicación de las normas de atención médica para llevar a cabo nuestro objetivo de mejorar la calidad de vida de estos pacientes, ayudándoles a vivir sin dolor y en paz como último y piadoso recurso de la medicina, rodeados de familiares y amigos.

Para cumplir estas funciones, ya que el paciente se encuentra en su domicilio, que para nosotros debe ser una habitación más del hospital, el personal facultativo deberá desplazarse con periodicidad variable, según los casos, rellenando en estas visitas unos protocolos en los que se haga constar: estado general, constantes, horas de descanso o de sueño, situación anímica, efectos colaterales de la medicación,

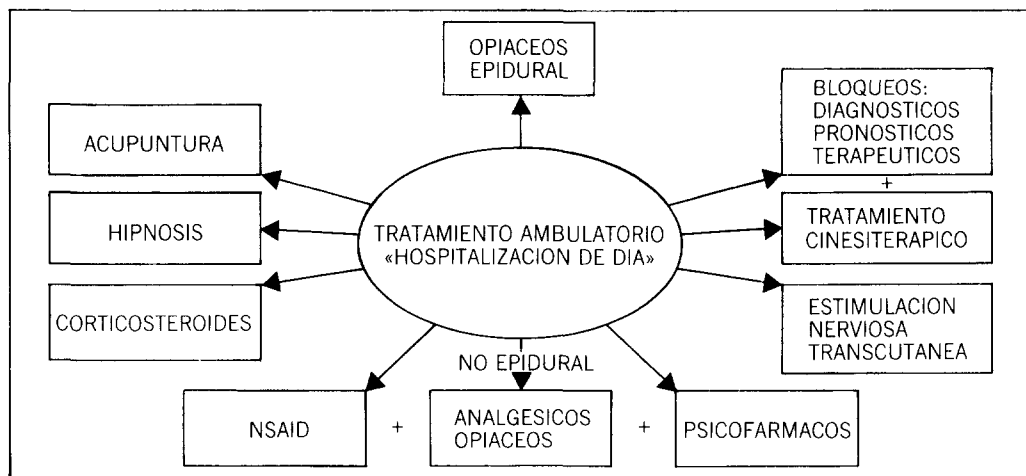


Figura 2. Formas de actuación analgésica.

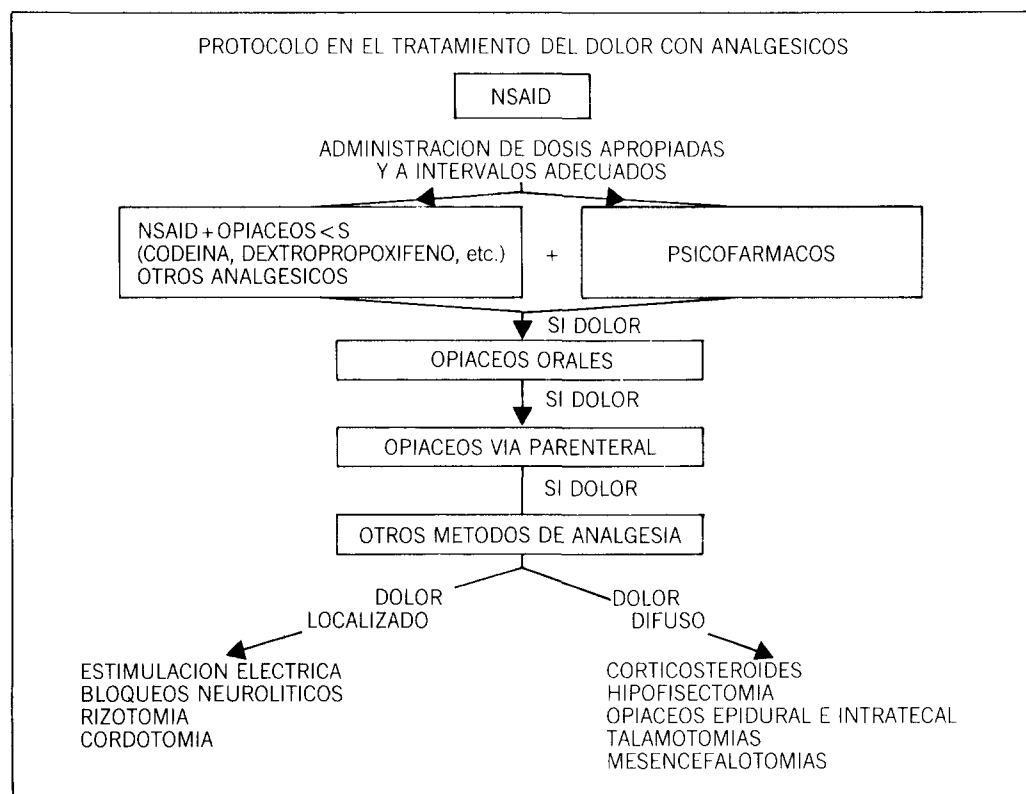


Figura 3. Protocolo de actuación en la Unidad del Dolor.

TABLE II
DOLOR ONCOLOGICO. TRATAMIENTO FARMACOLOGICO

Diagnóstico	Hombres	Mujeres	Total
Cáncer de mama	—	10	10
Cáncer de recto	12	8	20
Cáncer de vejiga	3	—	3
Cáncer de próstata	7	—	7
Cáncer de vulva	—	4	4
Cáncer de cuello	—	2	2
Mieloma	3	—	3
TOTAL	25	24	49

así como el número de inyecciones durante las 24 horas, si el tratamiento es con opiáceos por vía epidural.

Estos protocolos deberán permanecer en el domicilio del paciente con el fin de estar a disposición del médico de cabecera o especialista que pueda visitarle para que pueda informarse en cada momento de nuestro tratamiento, así como de la evolución del síndrome doloroso. Dichos protocolos acompañarán al paciente al hospital en sus visitas periódicas a la unidad del dolor, cuando pueda realizarlas, o en su defecto los familiares. El protocolo será entregado a la unidad en el momento del *exitus* a fin de unirlo a la historia que previamente se hizo a su ingreso o primera consulta.

El personal de enfermería podrá visitar de 10 a 15 enfermos/día, suficiente para la casuística que en el momento actual tenemos, pudiendo ser incrementado el número según las necesidades. La labor fundamental de la enfermera será comprobar el estado tanto físico como psíquico del paciente, permeabilidad de los catéteres epidurales, etc., así como la conveniencia del traslado del paciente a la unidad donde se decidirá, por el médico responsable, su ingreso o, tras recibir otro tipo de tratamiento, pasar de nuevo a su domicilio.

Resultados

Estamos convencidos de la utilidad de los opiáceos por vía oral en el tratamiento del dolor crónico oncológico y de una manera especial en los estadios terminales, siempre que no exista una contraindicación a esta vía, no sin antes haber recurrido al grupo de fármacos antiinflamatorios no esteroideos solos o combinados con los psicofármacos.

Durante el período de dos meses, hemos seguido la evolución de 49 pacientes afectos de

TABLE III
TIPOS DE ANALGESICOS UTILIZADOS

Fármacos	Pacientes
Nsaid	10
Opiáceos	19
Nsaid + Opiáceos	20
TOTAL	49

dolor oncológico, con tratamiento farmacológico, y cuya patología se refleja en la tabla II.

Los tipos de analgésicos utilizados (tabla III), demuestran ser satisfactorios en 37 pacientes (76 %) y en los 12 pacientes (24 %) que requirieron su ingreso en el hospital, realmente sólo en 7 pacientes fue necesario el recurrir a otros métodos de analgesia, ya que los cinco restantes no fue por fracaso de la medicación.

Conclusión

Para que este tipo de terapia sea efectivo deberemos realizar una valoración lo más exacta posible de su síndrome doloroso, variable de un día a otro, así como de expectativa de vida, pues si bien sabemos que el enfermo va a morir, es muy interesante con miras al tratamiento elegido si va a ser a corto o largo plazo.

La administración de los analgésicos, se realizará a intervalos no demasiado largos, según las características farmacocinéticas y farmacodinámicas del analgésico elegido, adecuando la posología a las necesidades del paciente y finalmente se seguirá de un riguroso control evolutivo por el personal de enfermería, por el propio médico o bien a través de los propios familiares por contacto telefónico o por citaciones periódicas a la unidad del dolor.

BIBLIOGRAFIA

1. BOND, M.R.: Personality and Pain. The influence of Psychological and Environmental Factors upon The Experience of Pain in Hospital Patients. Persistent Pain: Modern Methods of treatment. Vol. 2 (Lipton, S. ed.) Academic Press and Grune and Stratton, London, New York, 1980, 1-25.
2. BONICA, J.J., BLACK, R.G.: The Management of a Pain Clinic. In Relief of Intractable Pain. (Swerdlow, M. Ed.) Excerpta Medica, Amsterdam, 1974; 116-129.
3. BONICA, J.J.: Management of Cancer Pain. Pain in the Cancer Patient (Zimmermann, M., Drings, P., Wagner, G., eds.). Springer Verlag Berlin-Heidelberg, 1984, 13-32.
4. DE LENA, M., TANCINI, G., BRAMBILLA, C. y cols.: L'ambulatorio di terapia clinica oncologica, sua struttura e funzione presso l'Istituto Nazionale Tumore di Milano. Tumori 1976, 62: 575-586.
5. FINER, B.: Update: Psychosomatic Organization based on Hypnosis in Persistent Pain. Persistent Pain: Modern Methods of Treatment. Vol. 4 (Lipton, S. y Miles, J. eds.) Grune and Stratton, London, New York, 1983: 193-203.
6. KARLSSON, O.: Treatment Program for Pain Relief in Home Care. Acta Anaesth. Scand, Suppl. 74. 141-143.
7. KASSAKIAN, M.G., BAILEY, L.R., RINKER, M., STEWART, C.A., YATES, J.W.: The Cost and quality of dying: a comparison of home and hospital. Nurse Pract., 1979; 4 (1): 18-23.
8. LIPTON, S.: Control del dolor crónico. (Serie de Anestesia 3.) Ed. Salvat, Barcelona, 1982.
9. LIPTON, S.: Aspectos actuales sobre el funcionamiento de un centro para el alivio del dolor. En: Tratamiento del dolor (Swerdlow, M. Ed.). Ediciones Doyma, Barcelona, 1982: 67-93.
10. LÓPEZ TIMONEDA, F.: Nuevas perspectivas en el tratamiento del dolor. N. Arch. Fac. Med. 1984; 42 (6): 289-291.
11. MC GIVNEY, W.T. and CROOKS, G.M.: The Care of Patients with Severe Chronic pain in Terminal Illness. JAMA, 1984; 251: 1.182-1.188.
12. RUIPEREZ CANTERA, I., MARCO MARTINEZ, V., MASTURANA NAVARRETE, N., CASTRO CORTES y BARRANCO FERNANDEZ, A.: Hospitalización, atención a domicilio: un nivel asistencial geriátrico. Rev. Esp. Geriatria y Gerontol., 1984; 19: 165-172.
13. SCOTT, J.F.: Pain Treatment in a Palliative Unit of Team of a University Hospital. Acta Anaesth. Scand. 1982. Suppl. 74, 119-123.
14. TWYGCROSS, R., VENTAFRIDDA, V.: The continuing care of terminal cancer patients. Pergamon Press, 1980.
15. VENTAFRIDDA, V.: Il problema del dolore in oncologia, aspetti terapeutici e organizzativi. Il Dolore 1979; 1: 75-85.
16. VENTAFRIDDA, V.: Treatment of Terminal Cancer Conditions. Persistent Pain: Modern Methods of Treatment. Vol. 4 (Lipton, S. y Miles, J., eds.) Grune and Stratton, London, New York, 1983: 63-83.

DISCUSION

R. CARLOS: Quiero felicitar al Dr. López Timoneda por la exposición que ha hecho del tratamiento del dolor, pero yo creo que ha resaltado los aspectos positivos y no ha hecho ninguna referencia a las complicaciones de estas técnicas de analgesia epidural, porque se conoce el hecho de que, en alguna ocasión se ha planteado también el problema de la depresión respiratoria que produce la morfina por vía epidural. Quiero preguntarle concretamente, si no le parece que hay que tener un poco de cuidado y que hay que instruir adecuadamente a los enfermos, en cuanto a la posibilidad de que puedan surgir problemas de este tipo. Me gustaría saber si ha tenido experiencia en la aparición de accidentes extrahospitalarios, que pueden deberse a una sobredosificación y con algunos otros efectos adversos que aparecen con la

administración de morfina por vía epidural, como la aparición de prurito, que es bastante frecuente, según algunos autores.

F. LÓPEZ TIMONEDA: En cuanto al riesgo de depresión respiratoria en pacientes oncológicos después de la administración de opiáceos por vía epidural es muy baja. Con las dosis utilizadas por nosotros, 2 mg de morfina por vía epidural, no hemos tenido ningún caso de depresión respiratoria. Se logra una analgesia variable entre 8 y 24 horas, disminuyendo progresivamente con la administración repetida de la misma dosis de morfina (2 mg) y hay que ir aumentando la dosis pero nunca pasamos de 4 mg de morfina, que se pueden repetir cada 8 horas.

En cuanto a otros efectos adversos, el prurito es relativamente frecuente. Aquí habría que discutir también el papel de los conservantes

que se incorporan a estos preparados, aunque con o sin ellos aparece el prurito, siendo su etiología aún incierta.

Se presentan también otros efectos secundarios además de la tolerancia, ya comentada, como: estreñimiento, retenciones urinarias, náuseas y vómitos, pero en porcentajes menores. Es decir, hay efectos colaterales como con cualquier medicación. Pero es curioso, en este tipo de enfermos, cuando la situación es más terminal, menos complicaciones aparecen.

Hay complicaciones derivadas del catéter epidural como son: infección local, dolor a la inyección, rotura, salida accidental, aunque procuramos fijarlo bien y en la mayor parte de los pacientes lo tunelizamos a piel. Pero todo esto son cosas que pueden ocurrir.

J.M. MONTERO: Has puesto mucho énfasis en los enfermos oncológicos. ¿Tenéis mucha experiencia en tratamientos de dolor con enfermos sin cáncer? Por otra parte, en enfermos con cáncer ¿qué experiencia tenéis con los corticoides a dosis altas?

F. LÓPEZ TIMONEDA: En los enfermos no oncológicos el empleo de catéteres epidurales se orienta fundamentalmente al control del dolor pre y postoperatorio, así como a las movilizaciones precoces bajo anestesia-analgésia tanto de miembros superiores como inferiores. En estos casos el empleo de opiáceos debe ser cuidadosamente seleccionado tanto en lo referente a dosis como en cuanto a la duración del tratamiento con el fin de evitar el fenómeno de tolerancia y otros efectos colaterales.

Empleamos preferentemente los anestésicos locales a dosis y concentraciones adecuadas según la finalidad que se persiga en cada bloqueo.

Las entidades clínicas más frecuentes, en enfermos no oncológicos, subsidiarias de este tipo de tratamiento son: movilizaciones precoces (artrólisis), hombro doloroso, dolor del miembro fantasma, distrofia simpático refleja, cervicobraquialgias, enfermedad de Raynaud, entre otros, en los cuales tenemos una amplia experiencia.

En cuanto a la segunda pregunta del tratamiento de los enfermos con corticosteroides, también los utilizamos, por su acción antiinflamatoria, sobre todo en enfermos con carcinoma de esófago, de O.R.L., de aparato

respiratorio, en situaciones muy terminales, dosis muy altas de metilprednisolona, pero repetido en situación muy terminal, es decir, cuando ya prácticamente hemos agotado otro tipo de tratamiento.

J.M. MONTERO: Mi pregunta es si vuestra experiencia es buena con corticosteroides.

F. LÓPEZ TIMONEDA: Partimos de la base de que los corticosteroides a altas dosis sólo los empleamos en enfermos oncológicos y en fases terminales. Nuestra experiencia es buena en tumores hormonodependientes y en fases avanzadas con metástasis óseas múltiples donde los resultados son excelentes. Vuelvo a repetir que es un arma a la cual recurrimos con el fin de mejorar la situación general del paciente en la fase terminal: la disfagia de los carcinomas esofágicos, etc.

C. UDINA: ¿Qué consideración le merece la aplicación de psicofármacos antidepressivos en los casos de dolor crónico, sin patología orgánica grave?

F. LÓPEZ TIMONEDA: Todo enfermo con dolor crónico, de origen tanto maligno como benigno, presenta un cuadro depresivo de mayor o menor intensidad.

En esta situación el dolor ocupa en el paciente el eje de su esfera psíquica, alterando profundamente sus relaciones con el medio que le rodea (vida familiar, social, laboral, etc.). Además experimenta sentimientos de auto-compasión, desánimo y tiende a aislarse siendo en esta fase más vulnerable al dolor.

El empleo de psicofármacos y de una manera concreta los antidepressivos deben ser prescritos de una forma sistemática.

C. UDINA: ¿A qué dosis los antidepressivos?

F. LÓPEZ TIMONEDA: Las dosis están en función de la tolerancia del paciente, pero habitualmente comenzamos con dosis pequeñas de 50 mg al día, con incremento de 25 mg cada día hasta alcanzar una dosis diaria que alivie la depresión pero sin pasar de 150 mg. Sin embargo, salvo excepciones no necesitamos superar la dosis de 75 mg.

S. ERILL: No puedo dejar de hacer una precisión técnica, y es que desde el punto de vista farmacológico, parece que existe una tercera línea de analgésicos, aparte de los antiinflamatorios y de los de tipo narcótico, y que en esta tercera línea de analgésicos se pueden situar algunos antidepressivos y algunos anti-histamínicos.