



Acta Médica Costarricense

ISSN: 0001-6002

actamedica@medicos.sa.cr

Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica
Costa Rica

Abed Raduan, Mohammad H.

Clínicas del tratamiento del dolor: fundamentos para su implementación
Acta Médica Costarricense, vol. 44, núm. 4, octubre-diciembre, 2002, pp. 142-143
Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica
San José, Costa Rica

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=43444403>

- ▶ Cómo citar el artículo
- ▶ Número completo
- ▶ Más información del artículo
- ▶ Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Clínicas del tratamiento del dolor: fundamentos para su implementación

No cabe la menor duda de que el abordaje del tratamiento del dolor ha tenido un giro importante en el mundo en las últimas dos décadas¹, y en nuestro país, en la última. Hemos visto intentos individuales y otros institucionales para llevar a cabo este tarea con mucha entrega, como son los Cuidados Paliativos del Hospital Nacional de Niños "Dr. Carlos Sáenz Herrera", Clínica del Dolor del Hospital Dr. R.A. Calderón Guardia y del Hospital San Juan de Dios, la fundación del Instituto Nacional del tratamiento del dolor crónico, que están creando una conciencia nacional para fortalecer estos servicios, con el fin de que sean accesibles a toda la población que los necesite. Ahora, surgen las siguientes preguntas:

¿Cuánta es esta población y que características posee?

¿Qué prevalencia tiene el dolor crónico en Costa Rica?

¿Cuáles son los grupos involucrados en brindar este servicio?

¿Existe una capacitación especializada dirigida por las instituciones oferentes de salud?

¿Es el dolor un problema de Salud Pública?

¿Por qué no se difunden y hacen proliferar los estudios nacionales en esta materia?

Los valiosos datos que aporta la revisión incluida en este número de Acta Médica, nos inducen a plantear la necesidad de emprender un estudio a nivel nacional, que sirva como herramienta informativa clara para planificar las justas y deseadas dimensiones de las clínicas del dolor, para que no se conviertan con el paso del tiempo únicamente en un despacho para recetar narcóticos a los pacientes.

Los equipos involucrados en la atención del dolor deben ser interdisciplinarios, dedicados tiempo completo, con un presupuesto suficiente y adecuado que garantice la continuidad de los programas, para que sus funciones no sean labor comunitaria o de recargo, con el propósito de que las citas de control sean menos distanciadas y más accesibles para los nuevos pacientes. La institución proveedora de la atención de salud está llamada a desempeñar su deber en este sentido, y deben involucrarse en el trabajo de estas clínicas, anestesiólogos capaces de ofrecer diferentes tipos de bloqueos nerviosos y

otros métodos cuando se requiera, al resto del equipo de la Clínica del Dolor¹.

Otro aspecto importante es el planteamiento consciente del tema del dolor y de los métodos de analgesia en las escuelas de Medicina, Odontología, Enfermería, etc., en una forma más detallada y concreta, para que la práctica de los tratamientos del dolor y de los métodos de los cuidados del paciente sea efectiva^{1,2}.

La ausencia absoluta de las clínicas del tratamiento del dolor agudo en los hospitales en general, y en los hospitales centrales, en particular, donde se forman los médicos, es sorprendente. Las clínicas del dolor agudo son la cuna donde nace el conocimiento para ofrecer un mejor trato al paciente, con dolor crónico inclusive, y donde desaparecerá para siempre la frase clásica de la prescripción médica *Pro Re Nata "PRN"*, pues ahí se practican y difunden los diferentes métodos del tratamiento del dolor^{3,4}.

El tratamiento del dolor debe ser oportuno y muchas veces profiláctico, por que los fenómenos que acompañan la lesión tienden a aumentar con el tiempo y producir el efecto de "bola de nieve". De una hiperalgesia primaria, pasa a una hiperalgesia secundaria, así en el nivel periférico, aumentando el fenómeno inflamatorio; en el nivel central, aumenta la eficiencia sináptica y disminuye el umbral del dolor, agrediendo al paciente de manera físico a psicológico y social^{5,6,7}. Es innegable el papel negativo que las catecolaminas liberadas como consecuencia del dolor^{8,9}.

No se justifica que las Clínicas del dolor agudo no sean fundadas con mayor brevedad, y se de mayor atención a las Clínicas de dolor crónico, especialmente si desde hace años se habla de humanizar los servicios de salud, y hay discusiones históricas sobre el impacto del dolor¹⁰.

Estos servicios, además, pueden ayudar en las emergencias en trauma con protocolos de sedación y analgesia más adecuados que los que hasta ahora se manejan¹¹.

La más humana de las actitudes es evitar el sufrimiento o aliviarlo¹², pero emprender eso no es fácil, no se puede recargar al personal actual con diferentes ocurrencias y compromisos, tanto en hospitales como en el nuevo sistema de los

EBAIS, que realmente no sabemos a dónde llevará el desarrollo futuro del médico general en Costa Rica. Para la sostenibilidad de estas clínicas del dolor se requiere decisiones políticas, capital humano y económico, con organigramas precisos, y más que buenos deseos, trabajo y conciencia para hacerlos una realidad.

*Dr. Mohammad H. Abed Raduan
Especialista en Anestesiología H. México
Subespecialista en Anestesia Pediátrica
Profesor de Postgrado de Anestesiología UCR
Miembro del Directorio de Postgrado de
Anestesiología – CENDEISSS*

Referencias

1. Mark Sverdlow. Tratamiento del dolor. España: Ediciones Dyoma, 1982.
2. L.M. Torres. Medicina del dolor. España: Masson S.A., 1997
3. P. Prithvi Raj. Current Review of Pain. Philadelphia: Current Medicine, 1994.
4. Rojas W, Abed M. Bloqueo femoral tres en uno para la cirugía de fractura transtrocantérica de cadera, seguridad y analgesia. Acta Médica Costarricense 2002;44: 62-67.
5. Terence J. Coderre. Consecuencias fisiológicas de la lesión tisular y dolor agudo. Clínicas de Anestesiología de Norteamérica 1992, 2: 261-301.
6. García V. Anestesiología y medicina crítica. Bogota: Ed. Nueva Gente, 1991.
7. Ronald Kanner. Pain Management Secrets. Philadelphia: Hanley & Belfus, 1997.
8. Abed M. La técnica del bloqueo caudal versus anestesia general para la piloromiotomía y el comportamiento de las catecolaminas en el postoperatorio. Acta Pediátrica Costarricense 1997, 11: 54-60.
9. Soler et col. Identificación de los factores que influyen en el dolor postoperatorio. Revista Española de Anestesiología y Preanestesiología 2001, 48: 163-170.
10. Fernández-Torres. Controversias en torno al dolor y la anestesia inhalatoria en España del siglo XIX. Revista Española de Anestesiología y Preanestesiología 2001, 48: 253-243.
11. Colin P. Sedation and Anesthesia for diagnostic and therapeutic procedures in acute trauma patients outside the operating room. International Anesthesiology Clinics 2002, 40: 53-68.
12. Michael Ferrante. Chronic Pain Management. ASA1998, 26:69-79.