

Unidad del dolor crónico no neoplásico del Hospital Nuestra Señora del Pino de Las Palmas de Gran Canaria

Componentes:

Dr. Francisco J. Robaina: Neurocirujano. Responsable de la Unidad.

Dra. María Jesús Chamorro. Anestesióloga.

Dr. Miguel Caramés. Anestesiólogo.

Dra. Ana Muñoz. Médico Rehabilitador.

Dña. Inma Orihuela. ATS.

Dña. Magdalena Herrero. ATS.

Srta. Dña. Angeles López. Secretaria.

Debido a la importancia del problema del tratamiento del dolor y las dificultades que se han tenido que salvar en España y, concretamente en nuestra provincia, a lo largo de los años, es justo que hagamos un poco de memoria y mencionemos algunos aspectos de nuestra historia reciente en el campo del manejo del dolor crónico tanto oncológico como no oncológico.

En España, la generalización de las Unidades del Dolor se produce a partir del año 1990, año en el que se crea la Sociedad Española del Dolor (SED) que es el capítulo nacional de la International Association for the Study of Pain (IASP). Actualmente existen censadas por la SED un número aproximado de 70 unidades. A partir del año 1991, la Asociación española de lucha contra el cáncer crea la red de unidades de atención domiciliaria de cuidados paliativos oncológicos.

En nuestro medio, ya desde el principio de los años ochenta el Dr. Rojas-Castro, Jefe del Servicio de Anestesiología y reanimación de nuestro hospital, atendía a los primeros pacientes con dolor oncológico. Se realizaron los primeros bloqueos de plexos cervicales, ganglios estrellados y nervios periféricos y se daban los primeros pasos en el uso de los antidepresivos aplicados para el tratamiento del dolor. Sin embargo, las necesidades de anestesiólogos dedicados al quirófano impide el desarrollo de ese embrión de

unidad del dolor. Entre los años 1985 y 1987 es el Dr. González-Ojellón, neurocirujano, el que toma el relevo y comienza la era del intervencionismo en el campo del dolor implantando reservorios intratecales lumbares y cerebrales para el dolor oncológico, implanta estimuladores medulares y cerebrales, además de realizar muchas técnicas neuroablativas como las cordotomías cervicales y dorsales, rizotomías, mielotomía y lesión DREZ. En el año 1988 llega el Dr. Robaina-Padrón desde el Hospital de la Candelaria en Tenerife, donde existía ya una experiencia de varios años de trabajo en común entre anestesiólogos y neurocirujanos. Se incorporan entonces nuevas técnicas percutáneas, se modifican los criterios de aplicación de los procedimientos neuroablativos y se abre el abanico de indicaciones de técnicas intervencionistas al campo del dolor no oncológico y al tratamiento de la espasticidad de origen medular y cerebral.

Los planteamientos del Dr. Robaina y, seguramente, el cambio de los criterios y una mayor sensibilidad por parte de los gestores sanitarios de aquella época, conduce a la creación en Septiembre de 1994 de la *Unidad del Dolor Crónico no Neoplásico y Neurocirugía Funcional*. A ella se incorpora un Anestesiólogo y una Enfermera y posteriormente lo hacen otro Anestesiólogo y otra Enfermera. Desde esa fecha se cuenta además con la colaboración permanente de una Médico Rehabilitadora que es la encargada actualmente de realizar el seguimiento de todos los pacientes sometidos a técnicas de neuromodulación, fundamentalmente estimuladores medulares y bombas de infusión de morfina y/o baclofen.

En el Área Norte de nuestra Provincia se ha producido una subespecialización en los dispositivos asistenciales encargados del tratamiento del dolor. Contamos en la actualidad con una Unidad de Cuidados Paliativos en el Hospital del Sabinal, una Unidad de Tratamiento del Dolor Agudo y nuestra Unidad de Tratamiento del Dolor Crónico No Neoplásico.

La *Unidad de Cuidados Paliativos* comienza su andadura en 1991 y actualmente se ha convertido en una unidad de gran peso específico, gracias al liderazgo y tesón del Dr. Marcos Gómez Sancho, actual Presidente de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL). La Unidad del Dolor Agudo, comenzó a andar hace aproximadamente seis meses, justo después de la celebración de las Jornadas Nacionales del Hospital Sin Dolor patrocinadas por la SECPAL y por la SED. Pertenece orgánicamente al Servicio de Anestesiología y Reanimación y la atienden un Anestesiólogo y una Enfermera a tiempo completo. El dolor más frecuentemente abordado es el postquirúrgico, empleando las técnicas de infusión intraespinal, intravenosa con PCA y la realización de bloqueos de nervios periféricos. En seis meses se han atendido más de 1.000 pacientes.

En el Hospital Materno-Infantil de Las Palmas de Gran Canaria, desde 1996 uno de los miembros de la plantilla del Servicio de Anestesiología y Reanimación, se dedica exclusivamente al tratamiento del dolor, especialmente dolor postoperatorio y onco-hematológico pediátrico.

LA UNIDAD DEL DOLOR CRÓNICO NO NEOPLÁSICO (Figs. 1-4)

El *personal* que integra la unidad actualmente es el siguiente: un Neurocirujano, que ejerce de coordinador de la unidad, dos Anestesiólogos dedicados el 50% de su tiempo a la terapia del dolor; una Médico Rehabilitadora, dos Enfermeras, una a tiempo total y otra a tiempo parcial y una Auxiliar Administrativa compartida con el Servicio de Neurocirugía. Además, en los dos últimos años, Médicos Residentes de Anestesiología y Neurocirugía han rotado durante tres meses por la Unidad. Nuestro empeño actual se basa en conseguir un Psicólogo y/o Psiquiatra permanente en la Unidad sin tener que recurrir a interconsultas de otros servicios.

La *infraestructura física* en la que desarrollamos nuestro trabajo se compone de: dos despachos para consulta externa, quirófano dotado con todo tipo de monitorización, que permite realizar técnicas con anestesia general y procedimientos estereotácticos, antequirófano monitorizado y utilizado como Hospital de día (todos los días de la semana), sala de espe-



Fig. 1.



Fig. 3.



Fig. 2.



Fig. 4.

ra y secretaría compartida con el Servicio de Neurocirugía. En éste servicio, contamos con la posibilidad de utilizar hasta un máximo de 4 camas para hospitalización.

La *procedencia de los pacientes* es desde diferentes servicios de nuestro hospital y de los centros de salud (Tabla I). La edad media de los pacientes es de 53 años, 57,6% mujeres y 42,4% hombres, con una duración media del cuadro álgico de 6 años.

TABLA I. ESPECIALIDAD DE REFERENCIA

Especialidad de referencia	Nº. pacientes	Porcentaje
Neurocirugía	211	40,0%
Medicina General	58	11,0%
Reumatología	50	9,5%
Traumatología	43	8,0%
Rehabilitación	34	6,5%
Neurología	22	4,0%
Cirugía General	16	3,0%
Cirugía Vascular	12	2,2%
Otras unidades del dolor	12	2,2%
Otras especialidades	29	5,5%
No consignado	51	9,7%

Las localizaciones más frecuentes del dolor fueron: vertebral lumbar, sacrocoxígeo, generalizados, cabeza y cuello, vertebral cervical y dorsal (Tabla II).

TABLA II. LOCALIZACIÓN DEL DOLOR (SEGÚN CLASIFICACIÓN DE LAIASP)

Localización del dolor	Nº. pacientes	Porcentaje
Espinal lumbar, sacro y coccígeo	251	47,5%
Relativamente generalizados	51	9,7%
Cabeza y cuello	41	7,8%
Espinal cervical y torácico	38	7,2%
Visceral y del tronco	37	7,0%
Miembros superiores	35	6,6%
Miembros inferiores	35	6,6%
De difícil clasificación	40	7,6%

Los diagnósticos más frecuentes fueron: síndrome postlaminectomía, espondiloartrosis degenerativa, neuralgia del trigémino, síndromes de dolor regional complejo tipo I y II, y lesiones traumáticas de nervios periféricos (Tabla III).

El dolor en la región lumbar es con diferencia la localización más frecuente, representando casi el 50% de todos los pacientes remitidos para valoración. Los diagnósticos asociados con más frecuencia a la lumbalgia son el síndrome postlaminectomía, la

TABLA III. DIAGNÓSTICOS MÁS FRECUENTES

Diagnóstico	Nº. pacientes	Porcentaje
S. postlaminectomía	101	19,1%
Espondiloartritis deg.	77	14,6%
Neuralgia del trigémino	28	5,3%
S. dolor regional. Complejo	26	4,9%
Lesiones traum. Nervs. perif.	25	4,7%
Discopatía	23	4,4%
Estenosis canal multifact.	19	3,6%
Herpes zoster	14	2,7%
Aplastamientos vertebrales	12	2,3%
Fibromialgia	8	1,5%
S. miofascial	7	1,3%

espondiloartrosis degenerativa (manifestándose frecuentemente como síndrome facetario) y las discopatías degenerativas (Tabla IV).

TABLA IV. CAUSAS DE LUMBALGIA

Causas de lumbalgia	Nº. pacientes	Porcentaje
S. postlaminectomía	101	41,6%
Espondiloartritis degener.	77	31,7%
Discopatía	23	9,5%
Estenosis canal congénita o multifactorial	17	7,0%
Otras	25	10,3%

La consulta externa es atendida 4 días a la semana, siendo los pacientes remitidos desde el propio hospital o desde los centros de salud. En ella, dedicamos aproximadamente entre 45-60 minutos por paciente nuevo, reflejando toda la información en un modelo de historia clínica en la que se contempla el Test de McGill.

A finales de 1997 habíamos abierto 528 historias clínicas nuevas. De estos pacientes, 37 no seguían en contacto con la Unidad, 17 habían sido dados de alta, 3 habían fallecido y 17 pidieron el alta voluntariamente. A lo largo de los años de funcionamiento de la Unidad ha ido creciendo la actividad pasando de 577 consultas en 1995 a 764 en 1997. Recordar en este punto que los pacientes que tratamos son exclusivamente no neoplásicos (Fig. 5).

El número de técnicas antiálgicas realizadas en el Hospital de Día o en quirófano ha ido aumentando paulatinamente, pasando de 299 en 1995 a 503 en 1997. Los procedimientos más frecuentes se muestran en la Tabla V. A finales de 1997, el número total de bombas multiprogramables implantadas para la administración de morfina intratecal eran de 15. Otras 19 bombas contenían baclofen para el control

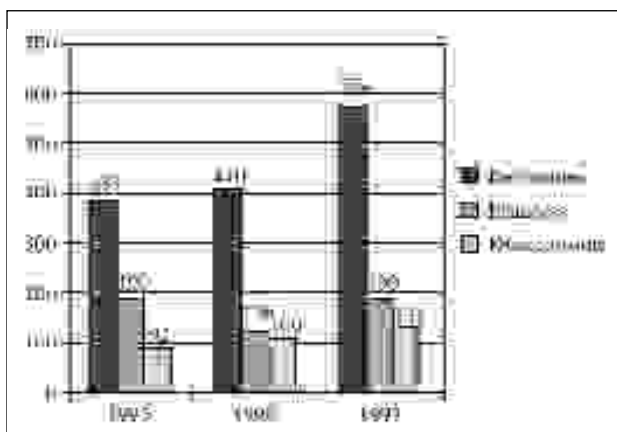


Fig. 5.—Consultas.

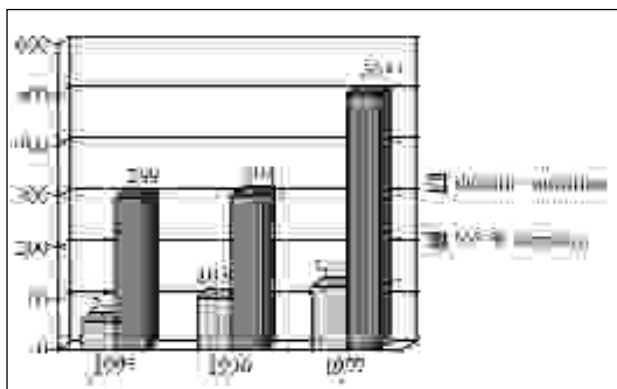


Fig. 6.—Técnicas.

TABLA V. TÉCNICAS ANTIÁLGICAS MÁS FRECUENTES

Técnica	1995	1996	1997	Total
Bloqueos epidurales	103	52	158	313
Bloqueos facetarios	5	36	64	105
Drogas I.V. con monitorización				
Lidocaína, fentolamina, naloxona	27	71	98	196
Bloqueo n. supraescapular	17	19	47	83
Bloqueos de puntos trigger o tender points	13	1	4	18
Bloqueo ganglio estrellado	6	5	8	19
Tests intratecales				
Baclofeno, morfina, clonidina	19	20	17	56
Implante de estimuladores med.	7	14	17	38
Iontoforesis			6	6
Infiltración de artics. perif.		2	9	11
Bloqueo epidural continuo		4	7	11
Implante o reemplazo bomba inf.	6	10	9	25

de la espasticidad de origen medular o cerebral. En el mismo año, el número total de estimuladores medulares en control por la Unidad ascendía a 60, correspondiendo la mitad de los implantes a pacientes con dolor secundario a un síndrome postlaminectomía lumbar (Tabla VI) (Fig. 6).

TABLA VI. DIAGNÓSTICO DE LOS PACIENTES IMPLANTADOS CON SCS

Diagnóstico	N.º pacientes	Porcentaje
S. postlaminectomía	30	50%
Otros dolores neurógenos	12	20%
Isquemia de MMII	6	10%
Distrofia simpático refleja	3	5%
Raynaud	3	5%
Dolor anginoso	3	5%
Otros	3	5%

Los pacientes a los que se debe implantar alguno de los sistemas de neuromodulación son los que suponen la mayor parte de los ingresos en la planta de hospitalización.

En breve (Mayo de 1999) estaremos ubicados (d.m) en el nuevo Hospital del Pino, con 600 camas, dotado de los avances tecnológicos más modernos. En lo que respecta a nuestra Unidad, dispondremos de un Hospital de Día con una superficie superior a los 200 m², un quirófano dotado con un moderno equipo intensificador de imágenes, con posibilidades de registro en papel, en placas o en video, además de otra serie de funciones entre las que destaca la medición de distancias. En estos momentos, ha sido ya adquirido para la Unidad un nuevo generador de lesiones (Radionics RFG 3CF), con todos los aditamentos necesarios para realizar las diferentes técnicas de radiofrecuencia a nivel craneal y espinal, tanto percutáneas como a cielo abierto. El Servicio de Neurocirugía dispone ya de un sistema de neuroendoscopia rígida y flexible y en breve dispondrá (antes de mayo de 1999) de un sistema de localización y neuronavegación para cirugía craneal y vertebral. En poco tiempo, nuestra unidad, espera obtener experiencia suficiente para realizar los bloqueos de nervios craneales sin la ayuda de los Rx y explorará las posibilidades de la neuroendoscopia vertebromedular y la neuronavegación en el campo de la realización de exploraciones y procedimientos terapéuticos antiálgicos a nivel intra y extra raquídeo, sin la ayuda de la radiología convencional o de la tomografía axial computarizada.