

## Observaciones y planeamiento de clínica del dolor en un hospital general

DRA. BLANCA A. CINCO

**E**L objeto de la presente comunicación es señalar la importancia que representa la terapéutica del dolor en la forma de interrupción temporal o prolongada, de sus vías sensitivas de conducción, y las funciones del anesthesiólogo en su actitud ya no clínica de manejos de anestesia, sino terapéutica y de consultante en el hospital.

Es interesante señalar que, en años recientes se ha observado un mayor interés en el uso de los bloqueos de nervios, con diferentes fines, ya sean: diagnósticos, pronósticos profilácticos o terapéuticos.

Entre los factores responsables de este creciente interés se cuentan: una terapéutica antineoplásica que aunque prolonga la vida del paciente hace muy poco por su problema de dolor; el aumento de traumatismos civiles y bélicos, mejores y más efectivas drogas anestésicas, así como técnicas de bloqueo y un mejor criterio para apreciar las indicaciones, limitaciones y contraindicaciones de los bloqueos.

Uno de los problemas que cada médico siempre encuentra es el tener un paciente con dolor crónico. El entrenamiento del anesthesiólogo lo califica para actuar como consultante en muchas áreas de la medicina aparte de la administración de anestésicos, y así puede participar en resucitación cardiopulmonar, en el tratamiento del paciente

comatoso, y el tratamiento de pacientes con dolor.

La experiencia que el anesthesiólogo tiene en bloqueos anestésicos, la administración de narcóticos, barbitúricos, relajantes musculares y drogas anestésicas; lo capacitan para trabajar en este campo de la medicina.

La preocupación por el tratamiento del dolor es muy antigua ya en China por ejemplo en el año 3000 A.C. se usaba la acupuntura; en el siglo XVII Sigmund Elshonb trataba el dolor poniendo opio en la vecindad de la zona dolorosa.

Con la invención de la aguja hipodérmica por Wood de Edimburgo en 1855 y el uso de la jeringa de vidrio por Pravaz en Francia se simplificaron las técnicas.

En 1880 Billroth propuso las inyecciones de ácido ósmico para el tratamiento de las neuralgias del trigémino.

A fines de 1880 Karl Koller describe el uso de la cocaína como anestésico y basado en estos reportes un neuro cirujano el Dr. Leonard Corning, usa cocaína en el espacio subcranoideo para tratar debilidad en las piernas. Con el descubrimiento de la novocaína por Einhorn en 1905, se dio un gran impulso a los bloqueos nerviosos.

Las inyecciones de alcohol para tratar el dolor crónico se usaron desde 1900 por diferentes autores Schosser, Pitees y Hartel.

En 1931 Leriche reporta el uso de bloqueo simpático paravertebral en casos de dolor crónico asociado con las distrofias postraumáticas.

En 1931 Dogliotti describe la técnica del bloqueo Espinal-Epidural y después la técnica del bloqueo subaracnoideo con el alcohol para el tratamiento del dolor crónico de los cánceres finales.

En 1940 Lemmon describe la técnica de anestesia espinal continua, que es modificada por Touhy usando una aguja más gruesa y un pequeño catéter que posteriormente se ha aplicado a los bloques epidurales, paravertebrales y braquiales.

Con el advenimiento de otros nuevos anestésicos como son la mepivocaína, lidocaína y prilocaína, así como la manufactura de agujas de distintos calibres, tamaños, formas y material, el arsenal del anestesiólogo se ha enriquecido.

Cuando se habla de un bloqueo de nervios hay que tener en mente ciertas consideraciones; un bloqueo no es algo inócuo, para su óptimo resultado se deben seguir ciertos principios básicos y observar estrictamente importantes requisitos.

*Primero el anestesiólogo es médico consultante y debe actuar como tal no como un hábil técnico, es decir tener comunicación e interés con el enfermo especialmente si se trata de un paciente con dolor crónico que ha sido visto y tratado por infinidad de médicos. El anestesiólogo deberá ver al paciente con bondad, con optimismo darle soporte moral, es obvio que esto requiere: tiempo, paciencia y esfuerzo.*

El anestesiólogo dedicado a los bloqueos debe saber que en el problema se requiere un estudio detallado del paciente ayudado con los datos médicos, neurológicos, radiológicos y de laboratorio; esto significa conocer la historia clínica y hacer un riguroso examen físico antes de proceder a cualquier

bloqueo; seleccionar cuidadosamente la técnica y el anestésico y otras drogas que se usarán. Estar familiarizado con las estructuras anatómicas y cierta habilidad que sólo se logra con la práctica dedicada.

La preparación y comunicación con el paciente son importantísimas, éste, debe estar informado de los propósitos del bloqueo; lo que se puede esperar de él; así como los efectos secundarios, por ejemplo las parastesias que tendrá después del bloqueo, un paciente bien informado que sabe que se le va a hacer es más cooperativo.

El problema del paciente se discutirá con el médico tratante teniendo en cuenta que los bloqueos tienen limitaciones, desventajas y a veces contraindicaciones, como por ejemplo dificultad en identificar un trayecto doloroso, anomalías anatómicas de las referencias óseas y articulares, infección del sitio de la inyección, o necesidad de volúmenes muy grandes de solución, pacientes psicóticos, etc., en estos casos el bloqueo no está indicado. Después de hecho el bloqueo se requiere observación del paciente por varias horas o días dependiendo del bloqueo y la droga usada. El progreso en los *bloqueos nerviosos, su aplicación, su estudio científico y la realización de sus potencialidades* será más rápido y con mejores resultados cuando su uso no sea aislado por uno o dos individuos. Por consiguiente, un servicio dedicado al tratamiento del dolor sería ideal en un medio hospitalario de concentración de pacientes como es en un hospital general.

Cada caso debidamente estudiado y referido al Servicio de Bloqueos, serviría para valorar los diferentes procedimientos, distintos anestésicos u otras drogas y ayudarían en la enseñanza de los residentes.

Por los datos señalados al principio de este trabajo, sería muy práctico que este servicio estuviese a cargo del Departamento

de Anestesiología. Los pacientes serían enviados por los distintos servicios y de acuerdo con el problema individual; los casos se estudiarían con los diferentes servicios: Medicina Interna, Neurología, Radiología, Ortopedia, etc., es decir, el trabajo sería de Equipo; encaminado a solucionar el problema del paciente.

Los médicos del Servicio de Bloqueos tendrían la obligación de familiarizarse con los procedimientos técnicos, estudiar los reportes de bloqueos previos, ensayar en cadáveres y conocer la farmacología de las drogas usadas. Las consultas serían atendidas lo

más pronto posible y la terapia instituida rápidamente.

Después del bloqueo el paciente seguiría bajo el cuidado del servicio al que estaba asignado previamente, de este modo el Servicio de Bloqueos no interferiría con los otros servicios ni lesionaría susceptibilidades.

El personal del servicio estaría constituido por un médico anestesiólogo con experiencia en bloqueos, médicos instructores y residentes, ellos harían o supervisarían el bloqueo o bloqueos indicados. Una enfermera ayudaría en todos los casos y tendría a su cuidado las soluciones, medicamentos

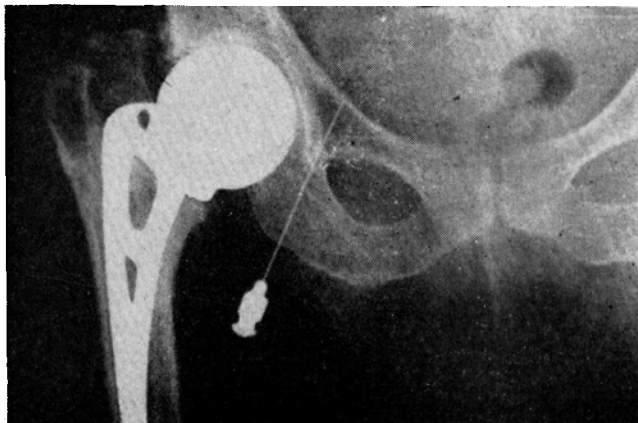


FIG. 1.—Bloqueo del nervio obturador. Posición de la aguja por detrás de la rama horizontal del pubis.

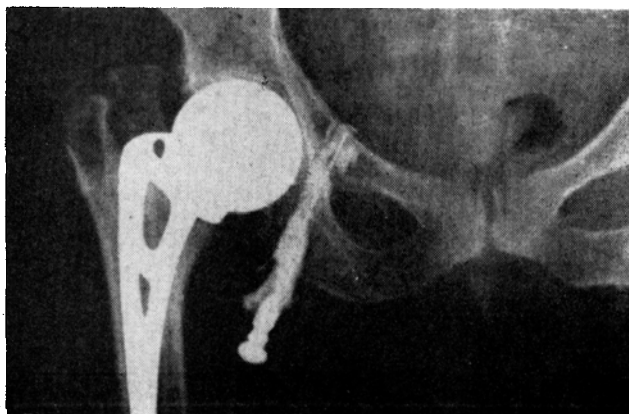


FIG. 2.—El medio de contraste llena el conducto obturador. Esta comprobación es muy importante.

y el equipo estéril. La enseñanza se haría también por medio de conferencias didácticas y clínicas con la ayuda de proyecciones, películas, esquemas y dibujos.

El servicio de bloqueos tendría una sala con: una mesa de operaciones, para dar la posición necesaria al paciente, el equipo de bloqueo en charolas envueltas estériles y debidamente etiquetadas; un carrito con soluciones estériles, antisépticos, medicamentos calmantes, vasopresores, hipnóticos, barbitúricos y relajantes musculares ambos de corta acción. Cuadros anatómicos y un esqueleto serían de mucha utilidad. Una máquina de anestesia, baunanómetro, estetoscopio, oscilómetro para medir la oscilación periférica de las arterias, termómetros para medir la temperatura de la piel y un detector de bloqueos de nervios de los usados para el control de los relajantes musculares.

Algunas veces es necesario el control radiológico y entonces el bloqueo se efectuaría en Rayos X, previa discusión del caso con el radiólogo; el control radiológico es de suma importancia, permite localizar puntos anatómicos básicos perfectamente definidos tomando referencias óseas y articulares.

Cada paciente tendría su expediente del bloqueo efectuado, el medicamento usado y los resultados. Esto serviría para casuística

de estadísticas y también para el futuro en caso de que el paciente regresara al servicio.

Los casos más importantes podrían ser publicados y presentados en otros hospitales y nuevos métodos y medicamentos podrían ser investigados.

En un servicio para el tratamiento del dolor, si el anestesiólogo está genuina y sinceramente interesado y dedicado al desarrollo de él, probablemente encontrará eco entre sus colegas y asociados en Medicina Interna, Ortopedia, Neurocirugía, Neurología, Radiología, etc., porque la medicina actual es tan amplia que el trabajo ya no es individual sino de conjunto.

Tal vez en el futuro esta idea se cristalice aquí en nuestro medio como en otros países, como ya son una realidad las Salas de Recuperación, las Unidades de Terapia Intensiva. Las Unidades para enfermos coronarios y pulmonares, que han producido enormes beneficios a nuestros pacientes.

#### SUMMARY

In a general hospital it would be ideal to have a special department for the treatment of pain. This department should be a part of the anesthesiology department, which would seek consultation from other services.

#### REFERENCIAS

1. Jones, R. R.: Diagnostic and Therapeutic Nerve in the Management of Pain associated with Incurable Disease. 45:1023, 1965.
2. A Method of Study I. 1969. The Management of Pain, pag. 240.
3. Labats: Regional Anesthesia. Techniques and Clinical Applications.
4. Eckenhoff, Vandam: Introduction to Anesthesia Dripps. Management of the Pain Problem, pag. 485.
5. Wyhe y Churchill: A Practice of Anesthesia. The treatment of Pain, pag. 936.
6. Revestere y S. G. Huskey: Therapeutic and Diagnostic Nerve Blocking. A Plan for Organization. Anesthesiology 5: 583-588, 1944.
7. Angrología. Vol. 1, No. 2, marzo 1961.
8. García Olivera, V.: El Bloqueo del Simpático.
9. Barragán, G. R.: La interrupción Temporal del Simpático, su Utilidad Terapéutica, Tesis, México, 1967.
10. García O., V.: Sobre la Organización Hospitalaria de la Terapéutica del Dolor. *Rev. Mex. Anest.* 1957.
11. García O., V.: Bloqueos Terapéuticos en Accidentes Vasculares Postoperatorios. *Rev. Mex. Anest.* 1954.
12. Juderich Bates: Pain Syndromes. 1950.
13. Bonica, J. S.: The management of pain. 1953.