

recimundo

Revista Científica Mundo de la Investigación y el Conocimiento

DOI: 10.26820/recimundo/6.(2).abr.2022.423-431

URL: <https://recimundo.com/index.php/es/article/view/1583>

EDITORIAL: Saberes del Conocimiento

REVISTA: RECIMUNDO

ISSN: 2588-073X

TIPO DE INVESTIGACIÓN: Artículo de investigación

CÓDIGO UNESCO: 3205 Medicina Interna

PAGINAS: 423-431







Anestesiología: manejo clínico del dolor agudo

Anesthesiology: clinical management of acute pain

Anestesiologia: gestão clínica da dor aguda

Evelyn Jacqueline Castillo Pino¹; Silvana Maribel Sinchi Naranjo²; Mayra Katherine Uzho Castañeda³; Andres David Andrade Tobar⁴

RECIBIDO: 25/01/2022 **ACEPTADO:** 15/02/2022 **PUBLICADO:** 01/04/2022

1. Médico Cirujano; Investigadora Independiente; Quito, Ecuador; evelyto89@gmail.com;  <https://orcid.org/0000-0003-3866-0656>
2. Médica; Investigadora Independiente; Cuenca, Ecuador; sylvanya.123@hotmail.com;  <https://orcid.org/0000-0001-9079-3734>
3. Médica; Investigadora Independiente; Cuenca, Ecuador; gri-gero@hotmail.com;  <https://orcid.org/0000-0003-4396-2341>
4. Médico Cirujano; Investigador Independiente; Quito, Ecuador; md.andres.andrade@gmail.com;  <https://orcid.org/0000-0002-2672-8572>

CORRESPONDENCIA

Evelyn Jacqueline Castillo Pino
evelyto89@gmail.com

Guayaquil, Ecuador

RESUMEN

En los últimos años, el campo de la medicina del dolor agudo ha sido testigo de un aumento en su desarrollo y el dolor ha comenzado a reconocerse no solo como un síntoma, sino como un proceso de enfermedad real. Este desarrollo amerita, una mayor educación de los residentes, tanto en la realización de la anestesia regional, como en el curso de la enfermedad del dolor agudo y los mecanismos biopsicosociales que definen la variabilidad interindividual. Durante el desarrollo de la investigación, se revisa la organización y función del programa moderno de medicina del dolor agudo. Adicionalmente, se analizan las nomenclaturas de las prácticas relacionadas con el dolor agudo, la evolución histórica y el papel moderno de los equipos de medicina del dolor, incluido el uso de terapias tradicionales, complementarias y alternativas para tratar el dolor agudo. También se evalúan los requisitos del personal y equipos, además de los requisitos de capacitación para adquirir experiencia en medicina del dolor. Por último, se hace mención brevemente a las consideraciones futuras relacionadas con el papel esencial y el desarrollo de la medicina para tratar el dolor agudo en pacientes. Sin embargo, se observa que el alcance y la práctica de la medicina en esta rama, deben ampliarse para incluir la estratificación del riesgo antes del dolor/antes de la intervención y extenderse hasta la fase del dolor subagudo.

Palabras clave: Medicina Para el Dolor Agudo; Anestesiología; Anestesia Regional; Organización.

ABSTRACT

In recent years, the field of acute pain medicine has witnessed an increase in its development and pain has begun to be recognized not just as a symptom, but as an actual disease process. This development warrants greater education of residents, both in the performance of general anesthesia, as well as in the course of acute pain disease and the biopsychosocial mechanisms that define inter-individual variability. During the development of the research, the organization and function of the modern acute pain medicine program is reviewed. Additionally, the nomenclatures of practices related to acute pain, the historical evolution and the modern role of pain medicine teams are analyzed, including the use of traditional, complementary and alternative therapies to treat acute pain. Staffing and equipment requirements are also evaluated, along with training requirements to gain experience in pain medicine. Finally, future considerations related to the essential role and development of medicine to treat acute pain in patients are briefly mentioned. However, it is noted that the scope and practice of medicine in this field needs to be expanded to include pre-pain/pre-intervention risk stratification and extend to the subacute pain phase.

Keywords: Medicine For Acute Pain; Anesthesiology; Regional Anesthesia; Organization.

RESUMO

Nos últimos anos, o campo da medicina da dor aguda tem testemunhado um aumento no seu desenvolvimento e a dor começou a ser reconhecida não apenas como um sintoma, mas como um processo de doença real. Este desenvolvimento justifica uma maior educação dos residentes, tanto no desempenho da anestesia geral, como no decurso da doença da dor aguda e dos mecanismos biopsicossociais que definem a variabilidade inter-individual. Durante o desenvolvimento da investigação, a organização e função do programa moderno de medicina da dor aguda é revista. Adicionalmente, são analisadas as nomenclaturas das práticas relacionadas com a dor aguda, a evolução histórica e o papel moderno das equipas de medicina da dor, incluindo o uso de terapias tradicionais, complementares e alternativas para tratar a dor aguda. As necessidades de pessoal e equipamento são também avaliadas, juntamente com os requisitos de formação para ganhar experiência em medicina da dor. Finalmente, são brevemente mencionadas considerações futuras relacionadas com o papel essencial e o desenvolvimento da medicina para tratar a dor aguda nos pacientes. No entanto, nota-se que o âmbito e a prática da medicina neste campo precisam de ser alargados para incluir a estratificação do risco pré-dolor/pre-intervenção e estender-se à fase da dor subaguda.

Palavras-chave: Medicina da Dor Aguda; Anestesiologia; Anestesiologia Regional; Organização.

Introducción

Los servicios de dolor agudo son servicios en rápida evolución dirigidos por anestesiólogos, que buscan manejar el dolor en las fases preoperatoria, intraoperatoria y posoperatoria. Este tipo de servicios, también tienen la tarea de consultas derivadas del dolor no quirúrgico, como el relacionado con el cáncer agudo o el trauma. En algunos hospitales, sin embargo, se consultan servicios de dolor crónico independientes para pacientes no quirúrgicos que se presentan con un largo historial de dolor preexistente.

Esta diferencia puede atribuirse a las diferentes expectativas de disponibilidad y capacidad de respuesta de la cobertura del dolor para pacientes hospitalizados. Independientemente, “la práctica óptima de la medicina del dolor agudo requiere habilidades únicas de diagnóstico, medicina e intervención, junto con diferentes métodos organizativos que existen dentro de las prácticas comunes de la medicina del dolor crónico” (Abiuso, Santelices, & Quezada, 2017).

En tal sentido, hay que centrarse en la inadecuación actual del término anestesia regional (AR). Si bien existe cierta diversidad, después de los enfoques científicos de la medicina del dolor agudo (MDA), un médico va mucho más allá de simplemente “colocar las puntas de las agujas en el espacio perineural apropiado; en general, MDA mejora la toma de decisiones en profundidad con respecto a la capacidad de la AR y otras modalidades de dolor agudo en el ámbito perioperatorio” (Anghelescu & Faughnan, 2010). Sin embargo, esto es solo una pequeña parte de la toma de decisiones clínicas que se lleva a cabo.

Después de la operación, un servicio de médicos encargados en el manejo del dolor agudo, “sigue a los pacientes diariamente, revisa sus catéteres permanentes (ya sea en sus hogares o en el hospital) y determina las modalidades analgésicas apropia-

das (como complementos no narcóticos), para optimizar el alivio del dolor” (Chang, 2014). Un médico de MDA debe abordar al paciente de manera integral y en un contexto multidisciplinario, centrándose en los aspectos de la atención que afectan el manejo del dolor más allá de los enfoques intervencionistas o farmacológicos aislados.

Para aquellos pacientes que no son candidatos para las modalidades de intervención, el objetivo del médico es optimizar otras terapias (es decir, fisioterapia, modalidades farmacológicas y no farmacológicas, etc.), centrándose en el manejo del dolor en lugar del objetivo más elevado de alivio total del dolor (Dahl & Kehlet, 2011).

El especialista en MDA elige las “modalidades analgésicas apropiadas para comorbilidades o cirugías específicas, estratifica a los pacientes en el postoperatorio en el seguimiento de farmacoterapia especializada (p. ej., infusiones de ketamina y dexmedetomidina) y modifica las terapias de acuerdo con evaluaciones periódicas del dolor” (Chang, 2014). Esta forma especializada de medicina del dolor, diseñada por médicos de APM, evalúa y trata el dolor agudo quirúrgico y no quirúrgico, de manera integral y dinámica.

El objetivo principal de la medicina del dolor agudo es tratar a los pacientes que sufren de dolor tomando en consideración la progresión de los servicios de MDA en términos de sus perspectivas, complejidades y capacidades.

Metodología

Para el desarrollo de este proceso investigativo, se plantea como metodología la encaminada hacia una orientación científica particular que se encuentra determinada por la necesidad de indagar en forma precisa y coherente una situación, en tal sentido Davila, (2015) define la metodología “como aquellos pasos anteriores que son seleccionados por el investigador para lograr resultados favorables que le ayuden a plantear nuevas ideas” (p.66)

Lo citado por el autor, lleva a entender que el desarrollo de la acción investigativa busca simplemente coordinar acciones enmarcadas en una revisión bibliográfica con el fin de complementar ideas previas relacionadas Anestesiología: manejo clínico del dolor agudo a través de una revisión de literatura, para así finalmente elaborar un cuerpo de consideraciones generales que ayuden a ampliar el interés propuesto.

Tipo de Investigación

Dentro de toda práctica investigativa, se precisan acciones de carácter metodológico mediante las cuales se logra conocer y proyectar los eventos posibles que la determinan. En este sentido, la presente investigación corresponde al tipo documental, definido por Castro (2016), “se ocupa del estudio de problemas planteados a nivel teórico, la información requerida para abordarlos se encuentra básicamente en materiales impresos, audiovisuales y / o electrónicos” (p.41).

En consideración a esta definición, la orientación metodológica incluye la oportunidad de cumplir con una serie de actividades inherentes a la revisión y lectura de diversos documentos, donde se encuentran ideas explícitas relacionadas con los tópicos encargados de identificar una característica inmersa en el estudio. Por lo tanto, se realizaron continuas interpretaciones con el claro propósito de revisar aquellas apreciaciones propuestas por diferentes investigadores en relación al tema de interés, para luego dar la respectiva argumentación a los planteamientos, en función a las necesidades encontradas en la investigación, apoyados en las herramientas tecnológicas para la búsqueda de trabajos con valor científico disponibles en la web que tenían conexión con el objetivo principal de la investigación.

Fuentes Documentales

El análisis correspondiente a las características que predomina en el tema seleccionado, llevan a incluir diferentes fuentes docu-

mentales encargadas de darle el respectivo valor científico y en ese sentido cumplir con la valoración de los hechos a fin de generar nuevos criterios que sirven de referencia a otros procesos investigativos. Para Castro,(2016) las fuentes documentales incorporadas en la investigación documental o bibliográfica, “representa la suma de materiales sistemáticos que son revisados en forma rigurosa y profunda para llegar a un análisis del fenómeno” (p.41). Por lo tanto, se procedió a cumplir con la lectura previa determinada para encontrar aquellos aspectos estrechamente vinculados con el tema, con el fin de explicar mediante un desarrollo las respectivas apreciaciones generales de importancia.

Técnicas para la recolección de la información

La conducción de la investigación para ser realizada en función a las particularidades que determinan a los estudios documentales, tiene como fin el desarrollo de un conjunto de acciones encargadas de llevar a la selección de técnicas estrechamente vinculadas con las características del estudio. bolívar, (2015), refiere, que es “una técnica particular para aportar ayuda a los procedimientos de selección de las ideas primarias y secundarias”. (p.71).

Tal como lo expresa, Bolívar, (2015) “Las técnicas documentales proporcionan las herramientas esenciales y determinantes para responder a los objetivos formulados y llegar a resultados efectivos” (p. 58). Es decir, para responder con eficiencia a las necesidades investigativas, se introdujeron como técnica de recolección el método inductivo, que hizo posible llevar a cabo una valoración de los hechos de forma particular para llegar a la explicación desde una visión general. El autor Bolívar, (2015) también expresa que las técnicas de procesamiento de datos en los estudios documentales “son las encargadas de ofrecer al investigador la visión o pasos que deben cumplir durante su ejercicio, cada una de ellas debe estar

en correspondencia con el nivel a emplear” (p. 123). Esto indica, que para llevar a cabo el procesamiento de los datos obtenidos una vez aplicadas las técnicas seleccionadas, tales como: fichas de resumen, textual, registros descriptivos entre otros, los mismos se deben ajustar al nivel que ha sido seleccionado.

Resultados

El objetivo principal del servicio de MDA es diagnosticar y tratar el dolor agudo como dolencia fisiopatológica. “El papel del equipo de MDA no es simplemente tratar el dolor como un síntoma, ya que esto puede enmascarar el proceso subyacente de la enfermedad del dolor que debe manejarse para evitar más sufrimiento y morbilidad” (Kozol & Voytovich, 2007). Más bien, el equipo de MDA debe centrarse en manejar el dolor bajo los pronósticos de un diagnóstico diferencial en desarrollo, ya sea finalizado o en evaluación.

Las terapias deben tener su perfil cinético modelado en la historia natural esperada de la carga nociceptiva subyacente. Esto requiere que los equipos de MDA trabajen en estrecha colaboración con los equipos de atención primaria de pacientes para optimizar completamente la comodidad del paciente. Independientemente de qué terapias se seleccionen, la relación riesgo-beneficio debe optimizarse para cada paciente individual (Bonilla, Jaimes, & Serrano, 2017)

Si bien el dolor agudo puede existir como una entidad aislada dentro del espectro de los trastornos del dolor, “muchos pacientes sufrirán problemas adicionales, como exacerbaciones del dolor agudas sobre crónicas, diagnósticos asociados de adicción, o incluso el dolor irruptivo bajo las probabilidades de los cuidados paliativos” (Manser & Foster, 2011). Este espectro se puede ampliar aún más mediante la incorporación de modificadores biopsicosociales del dolor.

Cada punto en el continuo del dolor requiere diferentes niveles de experiencia en el manejo del dolor, debido a los crecientes niveles de complejidad de las etiologías.

Por ejemplo, el paciente potencialmente simulado, que tiene antecedentes de trastorno depresivo mayor, dolor crónico tratado con metadona y abuso de sustancias, y que dos semanas después de una reparación abierta de una fractura de la meseta tibial de repente se queja de dolor agudo, no se puede manejar de manera óptima simplemente bloqueando un nervio o emitiendo una receta para opioides (Smith, 2015).

La naturaleza multidisciplinaria de un equipo de MDA facilita una coordinación más integral de la atención no solo con el equipo de atención primaria del paciente, sino también con los especialistas pertinentes. Este enfoque adopta el concepto de que ningún tipo de proveedor puede ofrecer soluciones para todos los elementos del dolor agudo. El médico encargado de esta área, sin embargo, es el más adecuado para manejar y coordinar la progresión del paciente a través de este sistema.

El autor Rawal, (2002) “cristalizó muchos de los requisitos para un servicio de MDA moderno en un editorial sobre el estado de los servicios para el dolor agudo”. El ímpetu de este editorial “fue una serie de encuestas sobre las tasas de implementación de servicios del dolor agudo (SDA) y su efectividad, que sugirieron que la definición de SDA variaba considerablemente, al igual que la utilidad de sus servicios” (Rawal, 2002). Se ofrecieron así seis principios de un servicio SDA:

1. Especialistas designados disponibles las 24 horas para consulta o intercesión en casos de dolor agudo severo.
2. Evaluación regular del dolor, apropiada para la edad y la comorbilidad, con mediciones separadas para el dolor de acuerdo al reposo y al movimiento.

3. Colaboración con cirujanos y "enfermeros de sala" en aras de desarrollar vías para lograr objetivos predeterminados para "movilización y rehabilitación".
4. Educación continua de enfermeras de sala sobre analgesia segura y rentable.
5. Educación del paciente sobre el control del dolor, las opciones de tratamiento, los beneficios, los eventos adversos y los objetivos analgésicos.
6. Auditoría periódica del desempeño del SDA en relación con la rentabilidad y la satisfacción del paciente con las técnicas analgésicas.

Estos principios siguen siendo los objetivos centrales del servicio MDA moderno.

Papel de la medicina para el dolor agudo en los cuidados paliativos

El predominio de los cuidados paliativos involucra a pacientes en las etapas finales de una enfermedad maligna. "Los pacientes en las últimas etapas de la enfermedad maligna informan hasta un 75% de incidencia de dolor intenso" (Torcal & Ventoso, 2020). La etiología de este dolor puede provenir del propio cáncer primario o de la progresión metastásica de la enfermedad, y puede manifestarse como varios tipos de dolor (neuropático, óseo, visceral, inflamatorio, etc.).

Si bien la mayoría de los pacientes con cáncer se manejan bien con terapia farmacológica, el dolor agudo en un entorno de cuidados paliativos hospitalarios es una ocurrencia frecuente. "Este tipo de dolor ocurre en varias etapas de la enfermedad, incluido el de las intervenciones quirúrgicas, el dolor relacionado con el tratamiento del cáncer, el dolor de la enfermedad metastásica y el dolor al final de la vida" (Torcal & Ventoso, 2020).

Aunque los médicos de cuidados paliativos están bien instruidos en los enfoques farmacológicos para el dolor del cáncer,

los servicios de MDA pueden aumentar su capacidad al adoptar un enfoque multidisciplinario. Ya se ha observado que dicho enfoque aumenta la actividad del servicio de dolor agudo y ofrece modalidades analgésicas adicionales (procedimientos de intervención) a ciertos pacientes que pueden beneficiarse.

Los servicios de medicina del dolor agudo ofrecen una capacidad interna las 24 horas que puede aumentar el dolor, evaluaciones, manejo farmacológico (cambio de opiáceos, infusiones de ketamina, uso de adyuvantes), terapias complementarias (acupuntura, TENS, etc.), así como realizar bloqueos o cateterismos de nervios periféricos y asistir a rondas programadas de pacientes multidisciplinarios (Gordon, Inturrisi, & Greensmith, 2008).

Ya sea que se busque una consulta intervencionista o farmacológica, un servicio de MDA dirigido por un anestesiólogo, brinda una herramienta multimodal esencial enfocada en mejorar la terapia del dolor y disminuir la dependencia de los opioides como únicos analgésicos. En tal sentido, el manejo del dolor en cuidados paliativos es una práctica establecida, donde los especialistas de MDA pueden desempeñar un papel de "hospitalistas" para aumentar la capacidad de un médico de cuidados paliativos. En lugar de servir como una opción de "último recurso", "los especialistas de MDA pueden servir como consultores de primera línea en un entorno hospitalario para mejorar el manejo del dolor a lo largo de las diversas etapas de una enfermedad maligna" (Leykin, Pellis, & Ambrosio, 2007).

Especialidades del componente MDA

El equipo moderno de MDA ya no puede estar formado solo por anestesiólogos interesados en la terapia del dolor agudo, o por una sola enfermera encargada de mejorar el control del dolor en todo el hospital. El equipo debe estar constituido por "proveedores de nivel medio, como enfermeras

practicantes avanzadas, enfermeras anestesistas registradas y certificadas, asistentes de anesthesiólogos, asistentes médicos, enfermeras especialistas, farmacéuticos, técnicos, oficinistas e incluso especialistas en control de procesos estadísticos, ingeniería industrial y base de datos” (Manser & Foster, 2011). La gerencia juega un papel importante en el equipo de la MDA moderno. De hecho, en gran parte del mundo se recomiendan equipos multidisciplinarios integrados por, al menos, enfermeras y médicos.

Médicos

Los médicos de MDA generalmente tienen experiencia en anestesiología y, a veces, tienen interés en una subespecialidad y/o capacitación en anestesia regional (AR), anestesia ortopédica y/o medicina para el dolor crónico. “Los miembros del anesthesiólogo asistente colocan y dan seguimiento a los bloqueos nerviosos, cumplen con las consultas solicitadas y lideran el equipo de rondas. Muchos modelos siguen el principio de que el que hace el procedimiento, sigue al paciente” (Abiuso, Santelices, & Quezada, 2017). En otras palabras, abogamos por que el equipo de MDA no defienda la colocación de bloques a un equipo separado de médicos, solo para que el equipo de MDA los siga.

Tal arreglo, por naturaleza, crea una discontinuidad en la atención, lo que lleva a posibles errores en la transferencia de la atención. En ese caso, los autores Manser & Foster, (2011) exponen, “mantener la continuidad también puede facilitar la detección temprana del paciente en descompensación, posicionando así al anesthesiólogo de MDA como una alerta temprana sistema de intervención en cuidados críticos”.

En esta era de contención de costos, algunos sistemas han relegado al anesthesiólogo a un rol de supervisión y procedimiento, con muchas de las funciones de seguimiento realizadas por especialistas en enfermería.

“Las encuestas internacionales de prácticas de SDA indican que las rondas de rutina de los equipos de SDA no ocurren en la mayoría de los hospitales; aquellos hospitales que brindan visitas periódicas a menudo lo hacen solo unas pocas veces por semana en lugar de diariamente (Manser & Foster, 2011).

Incluso cuando el anesthesiólogo está relegado a un rol de supervisión, la responsabilidad final para el alivio seguro y efectivo del dolor agudo permanece con el anesthesiólogo. Se sugiere que un equipo de MDA debe, si es posible, rondar a los pacientes al menos dos veces al día para evitar cualquier molestia o problema de seguridad inherente al bloqueo neural continuo.

Farmacéuticos

Al igual que con tantos entornos de atención médica, los farmacéuticos desempeñan un papel importante en la provisión segura de terapia farmacológica para el dolor agudo. Muchas de las mejoras de la farmacia comienzan con un comité de Farmacia y Terapéutica (P&T) del hospital, que hace recomendaciones para las pautas de todo el hospital relacionadas con los medicamentos. Con este fin, es importante que un médico de APM mantenga una presencia en el comité de P&T para aprender sobre nueva evidencia con respecto a los productos farmacéuticos, comprender las perspectivas de otras partes interesadas y ofrecer aportes a nivel de consultor para las decisiones aplicables.

Especialistas en enfermería del dolor

Las enfermeras juegan un papel vital en el equipo MDA moderno.

Se ha demostrado que la simple provisión de una enfermera dedicada al cuidado de pacientes que sufren dolor agudo en todo el hospital disminuye la incidencia de dolor moderado a intenso, reduce los efectos secundarios de la ACP y la analgesia epidural y aumenta la satisfacción del paciente con el control del dolor (Mesas, 2015).

Las enfermeras que atienden a estos se conocen como enfermeras del dolor agudo, especialistas en enfermería clínica o enfermeras de recursos para el dolor. Independientemente del título o el hospital en el que trabajan estas enfermeras pueden identificar varios puntos en común de la misión:

1. Interfaz con enfermeras registradas (RN) a pie de cama que atienden a pacientes que sufren de dolor agudo.
2. Educación de pacientes y enfermeras sobre temas de dolor agudo.
3. Estandarización de protocolos de evaluación e intervención del dolor.
4. Recopilación de datos para esfuerzos administrativos y de mejora de la calidad.
5. Provisión directa de terapias de medicina alternativa y complementaria y apoyo a las intervenciones de MDA.
6. Fomento de la formación especializada para enfermeras en los currículos de enfermería del dolor disponibles

Apoyo de los compañeros

La enfermera de MDA facilita un diálogo bidireccional entre las enfermeras de la sala y el resto del equipo. Con frecuencia, esto se refleja en el proceso de adaptación de los protocolos generales a pacientes específicos con diferentes necesidades. En este entorno, “el enfermero de MDA ayuda al enfermero de cabecera a optimizar la comodidad del paciente dentro de los límites del protocolo de manejo del dolor preespecificado” (Bonilla, Jaimes, & Serrano, 2017). La enfermera de MDA también facilita la comunicación con fisioterapeutas y terapeutas ocupacionales, trabajadores sociales, psicólogos clínicos y otros profesionales de la salud cuyas interacciones con el paciente se ven modificadas por el dolor agudo. Esta familiaridad con las prácticas de enfermería también ayuda a las enfermeras de MDA en su papel como educadoras de pacientes y otras enfermeras.

Comité de Dolor Hospitalario

Con el fin de perfeccionar continuamente el manejo del dolor entre la amplia variedad de partes interesadas presentes en los sistemas de atención médica modernos, un comité del dolor en todo el hospital debe celebrar reuniones periódicas para revisar y discutir los problemas e iniciativas.

Los representantes críticos incluyen “especialistas en dolor del equipo de MDA, equipo de medicina del dolor crónico, subespecialidades quirúrgicas y médicas, enfermería, farmacia, terapia física y ocupacional, administración, suministro central, mejora de la calidad y tecnología de la información” (Bonilla, Jaimes, & Serrano, 2017). Se puede invitar a los alumnos a aprender más sobre las prácticas de manejo del dolor a nivel de sistemas, así como a ofrecer soluciones innovadoras a los problemas actuales. Los representantes de los pacientes pueden ofrecer información importante desde la perspectiva más valiosa de todas: la del paciente con dolor agudo para quien los remedios existentes demostraron carecer.

Conclusión

Con base en la profundidad, amplitud y alcance de la creciente explosión de investigación y conocimiento del tratamiento del dolor agudo, se observa muy pronto la necesidad de establecer la medicina del dolor agudo como una subespecialidad de la anestesiología similar a los especialistas en dolor crónico.

La grieta que existe en el diagnóstico y tratamiento del dolor agudo dicta este desarrollo tal como se han desarrollado los cuidados paliativos, la medicina de las adicciones y otros. Es sorprendente que este vacío no se haya llenado durante tanto tiempo, pero es gratificante saber que este puente se está desarrollando ahora.

A medida que el campo de la anestesiología evoluciona hacia el campo de la medicina peri operatoria, los residentes y similares

deben recibir instrucción sobre el proceso de la enfermedad del dolor agudo, y no solo sobre las herramientas de la anestesia regional. Más importante aún, la colaboración entre cirujanos, proveedores de atención primaria, enfermeras, etc. es esencial para establecer MDA no solo como una opción viable, sino como una necesidad en cualquier entorno hospitalario. Con esto en mente, el campo puede avanzar y cumplir su función en el dolor continuo al cual se enfrentan los pacientes todos los días.

Bibliografía

- Abiuso, N., Santelices, J., & Quezada, R. (Abril de 2017). Manejo del dolor agudo en el servicio de urgencia. *Medicina de Urgencia Clínica Las Condes*, 28(2), 248-260. doi:DOI: 10.1016/j.rm-clc.2017.04.012
- Anghelescu, D., & Faughnan, L. (2010). Use of epidural and peripheral nerve blocks at the end of life in children and young adults with cancer: the collaboration between a pain service and a palliative care service. *Pediatric Anesthesia*, 1070-7. doi:10.1111/j.1460-9592.2010.03449.x
- Bolívar, J. (2015). *Investigación Documental*. México. Pax.
- Bonilla, A., Jaimes, M., & Serrano, S. (2017). Implementación de la guía de valoración y manejo del dolor, de la Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO) en el programa de Enfermería de la Universidad Autónoma de Bucaramanga. *MedUNAB*, 20(2), 148-164. doi:https://doi.org/10.29375/01237047.3245
- Castro, J. (2016). *Técnicas Documentales*. México. Limusa.
- Chang, H. (2014). Prevalence and treatment of pain in EDs in the United States, 2000 to 2010. *Am J Emerg Med.*, 32, 421-431. doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.ajem.2014.01.015
- Dahl, J., & Kehlet, H. (2011). Preventive analgesia. *Curr Opin Anaesthesiol*, 331-8.
- Davila, A. (2015). *Diccionario de Términos Científicos*. Caracas: Editorial Oasis.
- Gordon, D., Inturrisi, C., & Greensmith, J. (2008). Perioperative pain management in the opioid-tolerant individual. *J Pain*, 383-7.
- Kozol, R., & Voytovich, A. (2007). Misinterpretation of the fifth vital sign. *Arch Surg*, 142(5), 419-20. doi:10.1001/archsurg.142.5.417
- Leykin, Y., Pellis, T., & Ambrosio, C. (2007). A recovery room-based acute pain service. *Minerva Anesthesiol*, 73(4), 201-6. Obtenido de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17242652/>
- Manser, T., & Foster, S. (2011). Effective handover communication: an overview of research and improvement efforts. *Best practice & research Clinical anaesthesiology*, 25(2), 181-91. doi:10.1016/j.bpa.2011.02.006
- Mesas, A. (2015). *Guía práctica clínica para el control del dolor postoperatorio y evaluación de la analgesia postoperatoria*. Tesis Doctoral, Universidad Autónoma de Barcelona. Recuperado el 11 de Mar de 2022, de <https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/322797/ami1de1.pdf?sequence=1>
- Rawal, N. (2002). Acute pain services revisited--good from far, far from good? *Reg Anesth Pain Med*, 26(9), 117-21.
- Smith, M. (2015). Patient perspectives of acute pain management in the era of the opioid epidemic. *Ann Emerg Med.*, 66, 246-252. doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.annemergmed.2015.03.025
- Torcal, M., & Ventoso, A. (Oct de 2020). Manejo y tratamiento del dolor en cuidados paliativos. *Clin Med Fam*, 13(3), 34-65. Recuperado el 12 de Mar de 2022, de https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2020000300203

CITAR ESTE ARTICULO:

Castillo Pino, E. J., Sinchi Naranjo, S. M., Uzho Castañeda, M. K., & Andrade Tobar, A. D. (2022). Anestesiología: manejo clínico del dolor agudo. *RECIMUNDO*, 6(2), 423-431. [https://doi.org/10.26820/recimundo/6.\(2\).abr.2022.423-431](https://doi.org/10.26820/recimundo/6.(2).abr.2022.423-431)

