

La clínica del dolor

*Publicado en el Boletín de Información
Clínica Terapéutica de la ANMM^a*

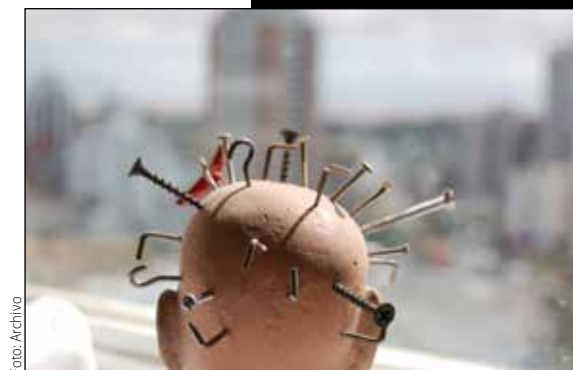


Foto: Archivo

El dolor ha acompañado a la humanidad desde que existe, como lo muestran pinturas mesopotámicas, donde se representa la lucha del hombre intentando combatirlo cotidianamente. Por otro lado, importantes culturas dan fe de esta constante e interminable lucha que continua hasta nuestros días.

Incluso esta presente en el campo teológico, donde se intenta darle un sentido, y en el campo filosófico se le postula como parte necesaria e ineludible de la existencia del hombre superior.

Afortunadamente con los avances científicos, el manejo y tratamiento del dolor han sido tan importantes en los últimos 30 años que en la actualidad se ha llegado a considerar el “quinto signo vital”; estas consideraciones pretenden evitar en lo posible el que sea subtratado, y adicionalmente propiciar que mejore la calidad del servicio médico hospitalario y extra hospitalario, lo que redundaría en la efectividad del tratamiento. Algunos autores promueven la necesidad de considerarlo no sola-

mente como un Signo, sino elevarlo al rango de Enfermedad; pero sin lugar a dudas, estos debates continuarán, y por lo pronto no existe todavía una conclusión u ordenamiento que nos indique una manera distinta a la actual de entenderlo.

Desde cualquier punto de vista, el dolor debe ser evaluado y tratado oportunamente y de manera lo más temprana posible, ya que entre las consecuencias reportadas de que el dolor agudo no sea tratado adecuadamente, se encuentran: cambios en el sistema inmune, retraso en la recuperación postoperatoria, cambios en las respuestas ante el estrés, aparición de sintomatología vegetativa y posibles cambios permanentes en el sistema nervioso periférico y central, por lo que se infiere que el mal tratamiento del dolor agudo y desencadena un cuadro de dolor crónico difícil de tratar. En el caso de dolor crónico, se observan impactos negativos en la salud global de los pacientes, incluyendo dificultades en el patrón de sueño, en los procesos cognitivos, en la salud mental, estado de ánimo, alteraciones cardiovasculares como consecuencia de eventos neuroendócrinos, en la función sexual y en la calidad de vida. Por otro lado, es importante mencionar que, con el tiempo, su fisiopatología se torna más compleja, potencialmente más difícil de tratar y controlar el cuadro consecuente.

^aAcademia Nacional de Medicina. La clínica del dolor. Boletín de Información Clínica Terapéutica. 2013;22(3):6-8.

Los artículos publicados en el Boletín de Información Clínica Terapéutica son fruto de la labor de los integrantes del Comité, por ello no tienen autoría personal ni referencias bibliográficas.



Foto: Archivo

Jeringa diseñada por Gabriel Pravaz en 1853.

Se considera dolor crónico aquel dolor que persiste después de haber trascendido el tiempo normal de curación de una entidad nosológica. En el terreno práctico, esto puede ser entre 3 y 6 meses. Se ha considerado 3 meses como el punto de división más conveniente entre dolor agudo y dolor crónico.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), en el año 2008, estimó que alrededor del mundo ocurrieron cerca de 7.6 millones de muertes a causa del cáncer (13% de todas las muertes) y con base en proyecciones, se estima que para el año 2030 la cifra será de 13.1 millones. Más del 70% de muertes suceden en países de estrato socioeconómico bajo a medio y el factor al que es atribuible la mortalidad por cáncer es la elevada incidencia de metástasis. Adicionalmente se reporta que un 75 a 80% presentaron o presentaran dolor en alguna etapa de su enfermedad.

En el campo del paciente con cáncer, es necesario puntualizar que, contra el hábito de relacionar siempre la presencia de un síntoma con la de la enfermedad, el mejor diagnóstico radica en precisar sus causas, analizando el rol que desempeña cada una de ellas y establecer el tratamiento etiológico más preciso. El trabajo clásico de Robert Twycross describe las diferentes causas del dolor y la afirmación de que, aunque estemos atendiendo a enfermos terminales o agónicos, no debemos perder la capacidad racional de establecer un diagnóstico causal, con las únicas limitaciones de las del costo/

efectividad y el uso del sentido común en las exploraciones complementarias.

La hipótesis simplista de “más dolor = más enfermedad = más morfina” debe ser cambiada por “más dolor = evaluación y revisión = tratamiento apropiado”.

Por otro lado, la innegable transición epidemiológica a nivel mundial y nuestro país no es la excepción, nos lleva a reconocer que nuestra población tiene y seguirá teniendo un número muy alto de adultos mayores, con los consecuentes efectos degenerativos en el sistema orgánico y músculo esquelético que irremediamente se asocian a múltiples cuadros de dolor crónico de difícil manejo.

El control del dolor, en cualquiera de sus formas y en cualquier edad, debe considerarse prioritario, ya que interfiere en la calidad de vida.

Con los grandes avances de la Medicina, se identifican eventos puntuales que participan del comienzo de una sorprendente y fascinante era de progresos médicos, y por ende (del desarrollo) en el tratamiento del dolor. Entre los trascendentales avances históricos en el campo del manejo y tratamiento del dolor, destacan:

El invento de la jeringa en 1850 por Gabriel Pravaz y la aplicación local de los opiáceos en 1860, el invento de la aguja hueca en 1844 por Francys-Rynd (1811-1861).

La aguja hipodérmica fue inventada en 1853 por Alexander Wood, médico de Edimburgo, cuya esposa padecía cáncer incurable, precisamente para inyectarle morfina, quien según lo documentado, fue la primera persona en recibir un fármaco por esa vía, pero quien verdaderamente popularizó el método fue el médico francés Charles Gabriel Pravaz (1791-1855): quien diseñó una jeringa, precursora de las actuales, pero con pistón, en el mismo año que Alexander Wood.

Más tarde, Williams Fergusson (1808-1873) la simplificó y luego el fabricante Luer industrializó una forma similar a las usadas en la actualidad.

Por otro lado, la Segunda Guerra Mundial trajo consigo un crecimiento en conocimientos médicos, que permitió el desarrollo del estudio y tratamiento del dolor, así como el mejor conocimiento y descripción de síndromes dolorosos crónicos.

En la década de los 70, en diferentes partes del

mundo, se comenzaron a formar sociedades para el estudio y tratamiento del dolor. En la ciudad de México, en el año de 1972, se fundó la Primera Clínica del Dolor en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán (INCMN-SZ). La segunda clínica fue fundada en 1976, en el Hospital General de México (HGM). Años más tarde, en 1983, se fundó la primera Clínica del Dolor Interdisciplinaria en el Instituto Nacional de Cancerología, participando diferentes especialistas (algólogos, psiquiatras, psicólogos, cirujanos oncológicos, oncólogos radioterapeutas, neurólogos, radiólogos, anestesiólogos, enfermeras y trabajadores sociales).

Una Clínica del Dolor puede definirse como una unidad especializada en el diagnóstico y tratamiento del dolor, donde médicos con conocimientos específicos y experiencia estudian y valoran, en una amplia dimensión, los problemas de dolor refractario, ya sea agudo o crónico y plantean la mejor estrategia a seguir.

Además de la formación de Centros de Manejo del Dolor, un grupo de médicos visionarios en 1981, conformado por anestesiólogos, ortopedistas, internistas y neurocirujanos, integraron la Asociación Mexicana para el Estudio y Tratamiento del Dolor (AMETD), dedicada a promover el estudio y la enseñanza del dolor y la difusión de esta rama de la medicina actual.

En nuestro país, destacan en el campo de formación de recursos, el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán (INCMN-SZ), el Instituto Nacional de Cancerología (IN-Can) y el Hospital General de México (HGM), consideradas escuelas pioneras en la formación de médicos algólogos, la mayoría de ellos con una primera especialidad en anestesiología.

Esta formación académica de recursos humanos logró el reconocimiento por la Universidad Nacional de México en el año de 1998. Años más tarde, en el 2010, se introdujo por el INCan el Curso de Posgrado de Alta Especialidad en Medicina “Manejo Intervencionista del Dolor”, dedicado a la instrucción adicional a médicos algólogos en el diagnóstico, manejo, tratamiento y seguimiento de síndromes dolorosos resistentes a tratamientos farmacológicos, haciendo uso de procedimientos y métodos percutáneos mí-



Charles Gabriel Pravaz, inventor de la jeringa.

nimamente invasivos. Es pertinente puntualizar que desde el punto de vista terapéutico, el uso escalonado de los recursos farmacológicos para el tratamiento del dolor, propuesto por la OMS, constituye la piedra angular en el manejo del dolor y se reconoce que el dolor crónico puede asociarse muy importantemente a un origen fisiopatológico multifactorial, que demanda de un manejo multimodal, mismo en el que son entrenados los médicos algólogos.

Los procedimientos intervencionistas se catalogan, según su aplicación, en: diagnósticos, pronósticos y terapéuticos. En los últimos años la utilidad y desarrollo de técnicas percutáneas (procedimientos intervencionistas), ha incrementado de manera muy consistente el arsenal clínico-terapéutico en el campo de la algología intervencionista. Los objetivos del manejo intervencionista del dolor son: aliviar y reducir el dolor, mejorar la calidad general de vida a través de técnicas mínimamente invasivas, reintegrar al paciente a sus actividades cotidianas con rapidez y minimizar la dependencia al uso de los medicamentos.

Acorde con la Sociedad Americana de Médicos Intervencionistas en Dolor (ASIPP), el manejo intervencionista del dolor es “Una disciplina de la medicina dedicada al diagnóstico y tratamiento del dolor y sus desórdenes relacionados”

El desarrollo del intervencionismo percutáneo ha permitido contar con métodos para efectuar: neurólisis química de plexos, ganglios o nervios del sistema nervioso simpático encargados de la transmisión de dolor visceral, ablación por radiofrecuencia de estructuras nerviosas tanto en territorio so-



Flor de la amapola adormidera, de la que se obtienen opiáceos, de los que Afganistán es el principal productor ilegal del mundo.

mático como en el simpático, así como la inyección percutánea de polimetilmetacrilato en tejido óseo para disminuir el dolor y reforzar la biomecánica en estructuras óseas, entre muchas otras alternativas de procedimientos intervencionistas, que por otra parte se consideran homólogos de un importante número de tratamientos quirúrgicos a cielo abierto.

Indicaciones para el manejo intervencionista del dolor:

- Alivio inadecuado del dolor con analgésicos orales.
- Dolor mediado por el sistema periférico.
- Mala respuesta a otros tratamientos.
- Efectos colaterales excesivos de los fármacos.
- Imposibilidad de medicación oral.
- Limitaciones en la disponibilidad de opioides.
- Dificultad para el manejo intradomiciliario.
- Rechazo del paciente al programa farmacológico.

Por estas razones y por el vertiginoso avance y desarrollo en el campo de la biotecnología en medicina, a los que se suman recientes informes basados en evidencias que sugieren un efecto inmunosupresor por la administración de morfina, se considera el manejo Intervencionista del dolor como una disciplina promisoría en el manejo multimodal del dolor crónico de origen multifactorial.

En el marco asistencial, académico y regulatorio de la práctica de la algología, el avance ha sido también muy importante y trascendente, particularmente por la creación del Consejo Mexicano de Algología (CONMEAL) en el año 2011, lo que representa por sí mismo un avance para la práctica de la Algología a nivel institucional y en la práctica privada en todo el territorio mexicano.

A todo lo anterior se suma al ejercicio clínico de esta rama de la salud, la modificación a la Ley General de Salud publicada en el Diario Oficial de la Federación el 05 de enero del 2009 referente a la integración y reforma a la Ley de Cuidados Paliativos, estipulando lo siguiente:

En el artículo 27, fracción III: Los mexicanos tienen derecho a la atención médica integral que comprende actividades preventivas, curativas, paliativas y de rehabilitación, incluyendo la atención de urgencias.

El artículo 33, fracción IV menciona que la atención médica paliativa se entiende como: Aquellas medidas que incluyen el cuidado integral para preservar la calidad de vida del paciente, a través de la prevención, tratamiento y control del dolor, y otros síntomas físicos y emocionales por parte de un equipo profesional multidisciplinario.

Se ha propuesto también que los pacientes en situación terminal tienen derecho a solicitar al médico que le administre medidas que mitiguen o controlen el dolor.

Por lo anterior y basados en la legislatura nacional y el marco internacional, es imperativo impulsar la formación y difusión de esta disciplina de la medicina, que definitivamente cuenta con personal de salud capacitado en el diagnóstico y tratamiento de los diferentes síndromes dolorosos, independientemente de si la causa desencadenante tiene o no la posibilidad de curación. Los objetivos y las medidas terapéuticas se deben ir adaptando a las diferentes situaciones, teniendo en cuenta que han de ser compatibles y no antagónicos.

Finalmente, cabe puntualizar que estos pacientes ya demandan (en número) mayor cantidad de servicios enfocados al manejo de las comorbilidades y del dolor asociado a dichas enfermedades crónicas, las por otro lado, generalmente se asocian a la disminución de la respuesta inmune. ●