

## Di no al dolor inútil

Dr. Ramón De Lille-Fuentes\*

\* Anestesiólogo y Algólogo, Clínicas del Dolor y Cuidados Paliativos en el Centro Oncológico «Diana Laura Riojas de Colosio» del Hospital Fundación Médica Sur en el D.F., del Hospital General de Cuautla «Dr. Mauro Belaunzarán Tapia» y del Centro Médico del Ángel en Cuautla, Mor. México.

Las Clínicas del Dolor y Cuidados Paliativos del Centro Oncológico «Diana Laura Riojas de Colosio», la del Hospital General de Cuautla «Dr. Mauro Belaunzarán Tapia» y del Centro Médico del Ángel, de acuerdo a las políticas de difusión al público que la International Association for the Study of Pain (IASP) y secundadas por la Asociación Mexicana para el Estudio y Tratamiento del Dolor (AMETD), acerca del Día Mundial Contra el Dolor, al cual nosotros le agregamos Inútil y un colega Algólogo argentino le confiere el término de Innecesario, conmemoramos cada 10 de octubre con una serie de pláticas dirigidas al público en general, en el Auditorio del Hospital Fundación Médica Sur del Distrito Federal, ciudad capital de México.

El dolor suele provenir de casi cualquier estructura del cuerpo humano, con sólo saber que hasta ahí llegan impulsos generados por los nervios, y estos impulsos viajan en ambos sentidos, por ello nos enteramos del dolor.

Ante todo, reconocemos que el dolor es un sentido vital para cada ser viviente, gracias al cual reconocemos un daño real, potencial o en términos de ese daño, que hace que cuidemos de nuestra integridad. El dolor agudo y que genera una llamada de atención a nuestro cerebro, es por lo tanto un sexto sentido, vital en nuestra existencia. Si no lo tuviésemos, muchos agentes agresores pasarían desapercibidos y llegaría a ser de tal magnitud, que cuando nos diésemos cuenta estaríamos cerca del colapso total de la muerte.

El problema es cuando el dolor persiste a pesar de que la enfermedad que lo iniciaba se cura, pero no el dolor. O cuando después de una cirugía sigue el dolor y es rebelde a todo tratamiento. O cuando se repite casi continuamente, como ocurre en las migrañas u otro tipo de dolores de cabeza, parecidos a las migrañas.

Como quiera que sea, el dolor rebelde, persistente, y crónico es un cruel acompañante que agobia y trastorna al paciente, a su familia, a sus amigos, y a los compañeros de trabajo, y es causa de incapacidad laboral y/o en el hogar.

En ello estriba nuestro agregado: Dolor Inútil, no nos sirve, ya no nos ayuda, deteriora, exaspera, hace la vida cruel y nos incapacita.

Acompañar y dar ánimos a pacientes con dolor persistente, muy a pesar del deterioro que evidentemente presentan, es una función destacada en los cuidados paliativos.

También, y con frecuencia muchas personas creen que la Clínica del Dolor alivia todos los dolores, cuestión incierta, ya que muchos problemas dolorosos no podrán ser resueltos. Otros creen que los tratamientos que aplicamos en las Clínicas del Dolor no solamente no modifican la calidad de vida de los pacientes sino que la deterioran aún más, cuestión también errónea. Los accidentes y reacciones adversas ocurren, pero con menor frecuencia que los buenos resultados.

Otro mito es que quienes toman opioides (derivados de la morfina o morfina) se vuelven adictos. Es una falacia basada en temores infundados, y sólo sucede en muy raras excepciones. Es importante que el médico esté al tanto de las sensaciones del enfermo y evite que ocurra el fenómeno de la adicción.

Por otro lado, también es erróneo que quienes realizamos nuestro trabajo en la Clínicas del Dolor sólo realicemos bloqueos nerviosos, no es así, un porcentaje importante de pacientes que son tratados con métodos farmacológicos, con fisioterapia, con cirugía, u otros procedimientos no farmacológicos, como la acupuntura, masajes, psicoterapias, y otras técnicas de medicina alternativa.

La función en la Clínica del Dolor es organizar a un grupo de trabajo inter y multidisciplinario que ofrezca una esperanza de alivio en el dolor, con todos los elementos para llevar a cabo ese empeño. Por ello contamos con Algólogos (especialistas en el estudio y tratamiento del dolor agudo y crónico), Neurólogos, Psicólogos y Psiquiatras, Medicina Física y Rehabilitación, Oncólogos, Ortopedistas, Internistas, y muchos más profesionistas de la salud. Además tene-

mos las instalaciones y equipos más modernos en América Latina (en Médica Sur), todo eso para coadyuvar en la solución al problema de dolor crónico.

El Dr. Vicente García Olivera es sin duda alguna, el pionero único y fundamental para la erección de las Clínicas del Dolor en México. Sus conocimientos profesionales, su calidad humana y su calidez han sido y serán lucidos faros de luz que deben guiar siempre nuestros pasos en la Medicina del Dolor. La primera Clínica del Dolor se fundó en el Instituto Nacional de la Nutrición Salvador Zubirán, en junio de 1972, bajo la dirección del Dr. Ramón De Lille Fuentes, gracias a la asesoría y conducción inicial que el Dr. Vicente García Olivera proporcionó.

Don Vicente García Olivera siempre gustaba de estar bien acompañado, y que mejor rodeado de bellas jóvenes enfermeras y/o doctoras. Su trato envolvente y gracioso atraía las miradas y oídos de quienes le rodeábamos, ya que con una memoria prodigiosa, contaba muchas anécdotas de su vida, con todo lujo de detalles y pormenores. No todo era relacionado a situaciones chuscas, también mostraba un gran conocimiento de la anatomía, bloqueos y todo en relación a los síndromes dolorosos. Fue un apasionado y erudito del dolor y sus tratamientos.

La Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos de Médica Sur, se funda al unísono de la Unidad Oncológica Integral, en noviembre de 1995. Y al jubilarme del Instituto Nacional de la Nutrición Salvador Zubirán, hoy Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, ingresó al Hospital General de Cuautla «Dr. Mauro Belaunzarán Tapia», como fundador de la primera Clínica del Dolor en el estado de Morelos, en calidad de médico voluntario, el 4 de enero de 2001; y en marzo de ese mismo año fundó la Clínica del Dolor del Hospital Privado Centro Médico del Ángel en Cuautla, Morelos.

En esta fotografía podemos apreciar la primera fase. Terminada, del Hospital Fundación Médica Sur en el D.F.



Un antiguo acueducto en la ciudad de Cuautla, Mor., de más de doscientos años de haberse construido. Hoy sólo está la estructura, incompleta, y semidestruida por la ignorancia o la corrupción de muchos de sus habitantes.



Vista principal frontal del Hospital General de Cuautla Dr. Mauro Belaunzarán Tapia, actualmente en remodelación para ampliarlo. Es un Hospital de Segundo Nivel con 60 camas censables, muy limpio, y con muchas carencias, que en gran parte se suplen con la calidez y la dedicación de todo su personal.

Vista principal del frente del Centro Médico del Ángel, Hospital Privado en Cuautla. Mor., en donde se entremezclan consultorios y cuartos para enfermos en un solo edificio. Se nota la buena dirección que lleva este magnífico hospital, relativamente pequeño, pero con grandes logros y proyectos, y fachada posterior del Centro Médico del Ángel, en donde se construye la parte más moderna de este nosocomio, ejemplo de la superación y del esfuerzo en Cuautla.



La misión de una Clínica del Dolor, y extendida a los Cuidados Paliativos, hoy mejor valorada como Medicina del Dolor y Paliativa, es aliviar, mejorar en su calidad de vida o al menos escuchar y aconsejar a aquellos pacientes que presentan dolor crónico persistente y rebelde, reacto a la mayor parte de tratamientos recomendados por sus médicos y otros personajes, y cuya función se realiza a través de un equipo de trabajo que ofrezca una esperanza organizada, que incluya la actividad de Algólogos, Psiquiatras y Psicólogos, Neurólogos, Oncólogos, Internistas, Traumatólogos y Ortopedistas, Cirujanos, Ginecólogos, Pediatras, Fisiatras, Fisioterapistas, Enfermeras, Trabajadoras Sociales, Tanatólogas y otros profesionales de la Salud, en un esfuerzo conjunto para cumplir con esta misión.

Una condición «sine qua non», que deben tener los pacientes que acuden a los servicios de las Clínicas del Dolor y Cuidados Paliativos, es que deben ser referidos. Quienes mejor pueden ser beneficiados son aquellos pacientes con síndromes dolorosos no resueltos, a pesar de múltiples intentos de tratamientos. O enfermos que han sido valorados y

tratados previamente, con resultados infructuosos, y se ha llegado al máximo beneficio ofrecido. A veces se logran aclarar diagnósticos inciertos o no concretados, o no profundamente estudiados, y que, con el estudio interdisciplinario, se proporcionan mejores resultados. Otras veces, simplemente se trata de mejorar la calidad de vida del enfermo en fase terminal o del paciente desahuciado multioperado de columna, o algunos adictos a opioides que no pueden dejar su adicción.

La Medicina del Dolor y Paliativa ofrece llevar a cabo sus tratamientos, de acuerdo a una buena historia clínica general y la enfocada al dolor, específicamente. A los resultados de los estudios de laboratorio y gabinete que confirman el padecimiento que genera el dolor y el sufrimiento, y de acuerdo a la clasificación del padecimiento causante del dolor, se realizará el diagnóstico del dolor total y se llevarán a cabo los tratamientos que incluyan los aspectos orgánicos del dolor, y los relacionados a la esfera psicoafectiva, y la repercusión social (familiar, de trabajo, de amistades) y económica, así como otros transitorios relacionados, pero no menos importantes, incluyendo los espirituales y el cuidado personal del enfermo.

En un análisis longitudinal, reuniendo la experiencia en las tres clínicas del dolor en que trabajo, y que constituyen poco más de cinco mil consultas, resumo en porcentajes los datos más destacados de este período de 15 años. La edad promedio en los hombres fue de 52.3 años, con rango de 1 a 99 años. Y en mujeres de 54.1 años, con rango de 12 a 98 años. La frecuencia de sexo, fue de 42% hombres y 58.8% mujeres. Las consultas de primera vez fueron del orden de 23%.

Los padecimientos encontrados, con mucho representan a las enfermedades no malignas en 66%, predominando los trastornos del sistema musculoesquelético con 19%. Los padecimientos articulares suman otro grupo importantes de causa de dolor, con 15%; en tanto que las cefaleas y neuropatías sumaron 7% para cada rubro. Y un grupo de pacientes con osteoporosis que les causó fracturas vertebrales y de cadera, alcanzaron una frecuencia del 3%. Otros síndromes dolorosos reunieron el 15% y las enfermedades malignas alcanzaron el 34%.

En los diagnósticos de dolor relacionado con los trastornos del sistema musculoesquelético, consideramos de lo más frecuente a lo menos: Lumbalgia (también conocido como lumbago), cervicalgia, dorsalgia, trastornos de la articulación coxo-femoral, discopatía con radiculopatía, ciatialgia, disfunción de la articulación temporomandibular y espolón calcáneo y fascitis plantar.

Los diagnósticos relacionados con artrosis, antes denominada osteoartritis degenerativa, estuvieron relacionados en su mayoría a la columna vertebral y con mayor frecuencia, las facetas lumbares y menos las facetas cervicales. Le



siguieron en frecuencia la artrosis en rodillas, en articulación coxo-femoral, en hombros y manos.

Los diagnósticos relacionados a las cefaleas que observamos en orden de frecuencia fueron: Cefalea tensional, migraña clásica, mixta, neuralgia occipital y rinogénica.

En los diagnósticos relacionados con alteraciones metabólicas, en ocasiones de origen genético, y por su frecuencia, en primer lugar pacientes con neuropatía diabética, con daño micro y macrovascular en miembros inferiores como suele ser el mal perforante plantar, otras neuropatías (relacionadas a enfermedades de la colágena, a amiloidosis, a lipomatosis, y otras más raras). A hipocalcemia transitoria y a hiperuricemia.

En los diagnósticos relacionados a la osteoporosis, debido a colapsos vertebrales, cuya mayor frecuencia sucedió en la columna lumbar y menor en columna dorsal, situación cada vez más frecuente, tanto en hombres como mujeres, al alcanzar mayores períodos de longevidad.

En otros diagnósticos englobamos una serie de síndromes o cuadros dolorosos de muy diversa índole y que suman un buen número de pacientes, y en orden de frecuencia apuntamos: Fibromialgia, artropatía sacroilíaca y artritis reumatoide, neuralgia postherpética, síndrome de dolor regional complejo tipo 1 y 2 (antes distrofia simpática refleja y causalgia, respectivamente) y si acaso en el 0.8% con dolor psicogénico.

También sumando a otros diagnósticos, encontramos síndromes de atrapamiento postoperatorio, síndrome del túnel del carpo, síndrome de dolor residual postoperatorio de columna, infección severa de miembro pélvico, síndrome de latigazo con dolor cervical, mielopatía cervical, lesión medular torácica, dolor de miembro fantasma, dolor del muñón, microadenoma hipofisario, neuralgia de una o varias ramas del trigémino, hiperostosis del primer orjejo del pie, neuralgias postpunción epidural y/o subaracnoidea y hernia inguinocrural. Una gama muy amplia de diagnósticos relacionados a la provocación y mantenimiento de dolor reacio a tratamientos o en algunos casos, no se había realizado el diagnóstico correcto.

En relación a los diagnósticos secundarios a enfermedades malignas, encontramos que la frecuencia con que atendimos a estos pacientes, tanto en el Centro Oncológico del Hospital Médica Sur, como en Cuautla, se distribuyeron de la siguiente forma: Por orden de frecuencia: Dolor secundario a cáncer de mama y sus metástasis, de próstata, gástrico, de páncreas, epidermoide en cara, cervicouterino, pulmonar, de colon y de tiroides, entre los más frecuentes. Hubo otros menos comunes, como cáncer en cerebro, de ovario, de origen hepático y/o renal, o retinoblastoma con metástasis a tibia, entre los más memorables.

Los tratamientos, resumiendo las múltiples experiencias realizadas en los últimos 15 años, han sido bajo un enfoque

inter y multidisciplinario, la Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos no es una sola persona aislada; el Algólogo trabaja con un enfoque de médico internista, coordinador de las Ciencias Neurológicas, cuya función primordial será la de realizar el estudio minucioso y dándose tiempo para considerar a fondo los problemas complejos que con frecuencia traen los pacientes con dolor crónico persistente y rebelde. Debe tener paciencia, y muy buen trato, ya que los pacientes multitratados y por último rechazados, portan consigo una gran amargura, coraje por las fallas médicas y la mayor parte presentan depresión de diversos grados.

Los tratamientos no son sencillos, ni mágicos, son complejos, e incluyen el conocimiento antiguo y actual de los fármacos y de la medicina alternativa o complementaria, además de las interacciones con otros profesionales de la salud.

Considerando la frecuencia con la que abordamos el aspecto terapéutico, el tratamiento con fármacos es el más común. En este artículo no vamos a pormenorizar cuáles tratamientos, debido a lo amplio que puede ser este apartado.

Otro ángulo del tratamiento lo ocupa la fisioterapia. Muy importante para la rehabilitación o para mejorar la calidad de vida.

Dada nuestra habilidad natural, como Anestesiólogos, para aplicar bloqueos o depósitos o infiltraciones, según sea el caso, frecuentemente abordamos el espacio epidural para aplicar esteroides de lenta liberación, a veces dejando catéteres para la infusión de anestésicos, opioides y otras drogas coadyuvantes en ese espacio. En ocasiones aplicamos esteroides de depósito paraneurales, en síndromes de atrapamientos nerviosos. En casos seleccionados inyectamos sustancias neurolíticas (alcohol, fenol, clorocresol, glicerol) en territorios nerviosos para el alivio prolongado del dolor. Frecuentemente utilizamos la guía fluoroscópica de los bloqueos que ejecutamos para estar seguros de la aplicación del fármaco o de la radiofrecuencia aplicada, por ejemplo en las facetas articulares.

Entonces, mencionando a los procedimientos intervencionistas, éstos se pueden llevar a cabo en varios escenarios, según sea necesario: desde una Sala de Procedimientos, que puede ser en un pequeño quirófano, en donde se pueden realizar procedimientos varios, como colocación de catéteres venosos y epidurales, o hasta un quirófano en forma, en donde se colocan estimuladores nerviosos de las raíces posteriores a diferentes niveles, según se requiera, o se instalan bombas automáticas de infusión continua, a través de catéter subdural, y todo queda con instalación subcutánea. En algunos sitios hay la facilidad y la necesidad de realizar los procedimientos intervencionistas en salas de Imagenología, con fluoroscopia, con el «Arco en C», en donde también se realizan las vertebroplastías, los depósitos de esteroides en las articulaciones facetarias, la colocación de catéteres lateralizados y en niveles terapéuticos, y otros pro-

cedimientos intervencionistas en donde la fluoroscopia es estrictamente mandatoria. Sin embargo, en algunos medios hospitalarios con restricciones en los servicios de radiología, se siguen haciendo los procedimientos placa por placa, con el inconveniente del tiempo y el costo. De hecho, algunos colegas usan la tomografía axial computarizada para la aplicación de sus intervenciones, sean abordajes del trigémino en el ganglio de Gasser, o peri-aórticos para aplicación de neurolíticos en plexos celíaco o hipogástrico.

En pocas ocasiones se aplican bloqueos en el área de Urgencias, relacionados más bien con dolor agudo; así hemos llevado a cabo algunos bloqueos de plexo braquial para la reducción de fracturas en la extremidad torácica en niños, o en pacientes con ingesta reciente de alimentos.

La aplicación de bloqueos en el consultorio es común. Generalmente para la aplicación de infiltraciones con esteroides de depósito en atrapamientos de nervios medianos o cubitales, y en tendinitis superficiales. En síndromes miofasciales, usando únicamente anestésico local. En aplicaciones de hilano en rodillas. Todos ellos con estricta técnica de antisepsia y con la ayuda de una enfermera.

Por último, la aplicación de bloqueos en el domicilio de algunos pacientes muy seleccionados, es posible, con la colaboración de una enfermera y llevando todo el equipo estéril y los materiales que vamos a utilizar hasta la cama del paciente. Son situaciones poco frecuentes, pero se han dado casos, como la aplicación de catéter epidural en una paciente con fractura vertebral e incapacidad total para

moverse de su cama y con tales carencias económicas que no se pudo desplazar a un centro hospitalario. Se le dejó una bomba de infusión continua para control del dolor, durante 45 días. No hubo complicaciones. En otra enferma, con cáncer cervicouterino, en fase terminal y dolor incoercible, debido a que el catéter previamente colocado en un Hospital de la Cd. de México se le salió. Se colocó un nuevo catéter epidural tunelizado, y se dejó con una bomba de infusión continua con bupivacaína al 0.125% + nalbupina libre de parabenos para 20 mg cada 24 h, a 5 mL por hora, durante 16 días, con buen control del dolor. Falleció por complicaciones avanzadas de su enfermedad de base.

En resumen, las experiencias aquí vertidas, son situaciones vividas durante los últimos 15 años de actividad laboral regular y que indican que el médico Especialista en Medicina del Dolor y Paliativa debe prepararse muy bien, a fin de realizar su labor benéfica a fondo, con conocimientos en todo lo relacionado al dolor, con auténtica vocación de servicio, que implica la responsabilidad para atender eficaz y prontamente al paciente con dolor crónico inútil, a pesar de que lo ha sufrido por muchos meses. El paciente siempre espera la atención y la solución a sus problemas en forma inmediata, y debemos motivarnos para satisfacer sus demandas en todo lo que esté a nuestro alcance.

En esta Época Moderna de la Medicina, es muy importante mantener en vivo la misión de la Clínica del Dolor y de los Cuidados Paliativos, o sea, el trabajo en equipo, inter y multidisciplinario. *En equipo lo haremos mejor.*