

## EDITORIAL

Nos es grato compartir con ustedes la vigesimoquinta edición del Boletín DPT, publicado por la Fundación Instituto para el Desarrollo Productivo y Tecnológico Empresarial de la Argentina (Fundación DPT), cuya misión es contribuir al desarrollo sinérgico de la ciencia y la tecnología, del ámbito formativo y de los sectores productivos en nuestro país.

En este número nos referimos a la Medicina Paliativa y la Medicina del Dolor (MPyMD). Nuestro propósito es reunir, a través de testimonios directos y de referencias documentales, un conjunto de elementos de juicio para reflexionar acerca de: (a) los valores, principios y derechos que sustentan a la MPyMD, (b) sus propósitos, técnicas e instrumentos, (c) sus posibilidades y desafíos, y (e) el marco normativo y su aplicación en la Argentina.

Con tal finalidad presentamos nuestras entrevistas con los siguientes especialistas:

- **Dr. Carlos Cafferata:** Jefe de Sección de Cuidados Paliativos del Hospital Italiano y **Dr. Nicolás Garrigue** - Médico Paliativista, Instituto Pallium Latinoamérica
- **Dra. Diana Finkel:** Coordinadora del Programa EPM (Manejo Esencial del Dolor) Argentina - Federación Mundial de Sociedades de Anestesiología (WFSA). Ex jefe del Servicio de Anestesiología del Hospital Ramos Mejía
- **Dr. Antonio Carlos Rezoagli:** Director Médico del Centro Integral de Medicina y Cirugía del Dolor (CEMECID)

Posteriormente exponemos un conjunto de contribuciones y referencias documentales vinculadas con las cuestiones tratadas.

**Guillermo Gómez Galizia**  
**Presidente**

Fundación Instituto para el Desarrollo Productivo  
y Tecnológico Empresarial de la Argentina (DPT)

## NOTA DE TAPA

### INTRODUCCIÓN

#### 1.- TEMÁTICA ABORDADA, PROPÓSITO Y CARACTERÍSTICAS

En este número nos referimos a la Medicina Paliativa y la Medicina del Dolor (MPyMD). Nuestro propósito es reunir, a través de testimonios directos y de referencias documentales, un conjunto de elementos de juicio para reflexionar acerca de: (a) los valores, principios y derechos que sustentan a la MPyMD, (b) sus propósitos, técnicas e instrumentos, (c) sus posibilidades y desafíos, y (e) el marco normativo y su aplicación en la Argentina.

A continuación procuramos delinear sinópticamente las características de ambas especialidades médicas:

#### 1.1.- MEDICINA PALIATIVA

La Medicina Paliativa (MP) centra su atención en los pacientes cuya expectativa de vida resulta acotada por la evolución de una enfermedad que no tiene tratamiento disponible o que no responde a las alternativas de tratamiento aplicadas.

La MP está enfocada en lograr la mayor calidad de vida y actividad posible en dichos pacientes (junto con sus familiares y allegados), sin intentar acortar ni alargar la vida. Afirma y defiende la vida, considerando a la muerte como un proceso natural que no debe acelerarse ni posponerse.

Los cuidados paliativos constituyen un sistema de apoyo integral para el paciente y su familia. Se dirigen a prevenir y aliviar el sufrimiento a través de un diagnóstico precoz, una evaluación adecuada y el oportuno tratamiento del dolor y de otros problemas físicos, psicosociales y espirituales. Incluyen los tratamientos médicos y farmacológicos pertinentes, así como las diversas atenciones del equipo interdisciplinario -psicológicas, de enfermería, sociales, espirituales y pastorales- durante el tiempo de vida.

Además de mejorar la calidad de vida, la MP puede influir de manera positiva en el curso de la enfermedad. Cuando se aplica en fases tempranas de su evolución -frecuentemente junto con tratamientos para prolongar la supervivencia (como quimioterapia y radioterapia)- puede contribuir a tratar de mejor manera las complicaciones que puedan afectar al paciente.

La Medicina Paliativa recupera la profundidad con que la medicina clásica atendió tradicionalmente al paciente en fase terminal de enfermedad y a su familia. Dicha atención resultó relativamente descuidada, particularmente en ámbitos institucionales, como efecto colateral del progreso científico-técnico de la medicina durante el siglo XX.

Dado que muchos profesionales de la medicina mantuvieron incólume el tradicional cuidado al enfermo terminal, puede afirmarse que la MP sólo representa una novedad en el ámbito institucional, con el surgimiento y desarrollo de iniciativas y políticas sanitarias, programas específicos, así como de equipos, unidades y establecimientos especializados.

La actual filosofía de la MP se funda en los aportes de diversos pioneros, tales como la psiquiatra suizo-estadounidense Elizabeth Kubler-Ross (1925-2004), mientras que su institucionalización se habría gestado en Londres hacia 1970, cuando la Dra. Cicely Saunders (Premio Templeton en 1981) promovió un centro médico -con esencia profundamente cristiana- dedicado a la atención de enfermos en fase terminal, que posteriormente se constituyó en referente global.

Las características diferenciales de los actuales sistemas de MP, en relación a la atención tradicional al enfermo en situación terminal, serían las siguientes:

- La unidad de cuidado está constituida por el paciente junto a su núcleo familiar.
- El equipo de asistencia es multidisciplinar; integrado por médicos (clínicos, geriatras, oncólogos, psiquiatras), enfermeras, psicólogos, kinesiólogos, trabajadores sociales, asistentes pastorales y personal voluntario.
- Los tratamientos aplicados frente al dolor y otros síntomas tienen un propósito primordialmente paliativo.
- El equipo proporciona el soporte necesario para aplacar el estrés psicosocial y aminorar las preocupaciones que afectan al paciente y a su familia.
- La MP es interdisciplinaria e integradora; no excluye a otras especialidades o tratamientos activos con propósito paliativo para el bienestar del paciente.
- La MP está al servicio del enfermo y su familia en el momento y en el lugar que se requiera. Para ello cuenta con: (a) unidades intrahospitalarias de cuidados paliativos, (b) unidades móviles de apoyo intrahospitalario, (c) casas de reposo para pacientes en situación terminal, (d) unidades hospitalarias diurnas; (e) equipos de control ambulatorio, y (f) equipos de atención domiciliaria.

## 1.2.- MEDICINA DEL DOLOR

La Medicina del Dolor (MD) es la disciplina dedicada a estudiar, investigar y tratar el dolor en todas sus formas y evitar el sufrimiento físico y psíquico del paciente, con el propósito de mejorar su calidad de vida y recuperar o mejorar su rol social.

Según la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (International Association for the Study of Pain, IASP) el dolor puede caracterizarse como una *“experiencia sensorial y emocional desagradable relacionada con daño a los tejidos, real o potencial, o descrita por el paciente como relacionada con dicho daño”*.

La sensación de dolor tiene dimensiones fisiopatológicas, psicológicas, emocionales y afectivas.

Los tratamientos están dirigidos a mitigar distintos tipos de dolor, tales como: (a) Dolor agudo perioperatorio, (b) Dolor crónico no oncológico (enfermedades reumáticas, degenerativas, neuralgias del trigémino, lumbalgias, dolor cervical, cervicocefaleas), y (c) Dolor crónico oncológico.

Estos tratamientos del dolor están a cargo de médicos especializados, quienes basan su cometido en un examen clínico minucioso que apunta a identificar el “mecanismo del dolor” de la enfermedad y sus consecuencias físicas y psíquicas.

El tratamiento tradicional del dolor incluye analgésicos y coadyuvantes en sus diversas variedades, entre los cuales se encuentran los opioides (débiles o fuertes) y toda clase de coadyuvantes (relajantes musculares, anticonvulsivos, antidepresivos, neurolépticos, etc.).

## 2.- TESTIMONIOS Y REFERENCIAS

Con la finalidad de disponer de elementos de juicio sobre las referidas cuestiones, presentamos nuestras entrevistas con los siguientes especialistas:

- **Dr. Carlos Cafferata:** Jefe de Sección de Cuidados Paliativos del Hospital Italiano y Dr. Nicolás Garrigue - Médico Paliativista, Instituto Pallium Latinoamérica
- **Dra. Diana Finkel:** Coordinadora del Programa EPM (Manejo Esencial del Dolor) Argentina – Federación Mundial de Sociedades de Anestesiología (WFSA). Ex jefe del Servicio de Anestesiología del Hospital Ramos Mejía
- **Dr. Antonio Carlos Rezoagli:** Director Médico del Centro Integral de Medicina y Cirugía del Dolor (CEMECID)

Posteriormente exponemos un conjunto de contribuciones y referencias documentales vinculadas con las cuestiones tratadas.

**José Luis Tesoro**  
**Coordinador Editorial**

# ENTREVISTA CON LOS DOCTORES NICOLÁS GARRIGUE, MÉDICO PALIATIVISTA INSTITUTO PALLIUM LATINOAMÉRICA; Y CARLOS CAFFERATA, JEFE DE SECCIÓN DE CUIDADOS PALIATIVOS DEL HOSPITAL ITALIANO

## 1.- ¿Podrían proporcionarnos una caracterización de la naturaleza y los alcances de los cuidados paliativos?

**Dr. Garrigue.-** En términos sencillos, cuidados paliativos es la parte de la medicina que se ocupa de aquellos pacientes que padecen enfermedades que no van a tener una solución definitiva. Estamos hablando de enfermedades terminales y de las crónicas que evolucionan hacia la terminalidad.

Hemos transitado una notoria evolución desde un concepto previo donde se dejaba de proveer cuidado a los pacientes que no podían curarse, a un concepto mucho más actual, idóneo e integrado donde nos hacemos cargo de esos pacientes y los ayudamos -con la mejor ciencia y el mejor equipo posible- a alcanzar el mayor bienestar al que puedan acceder.

**Dr. Cafferata.**- El foco de los cuidados paliativos reside en la atención integral del paciente, junto con su familia y sus allegados. Para nosotros se trata de una unidad de tratamiento.

El propósito de esta atención es -como señaló Nicolás- brindar un cuidado integral al paciente y su núcleo familiar y vincular, tanto en los aspectos físicos, psíquicos, sociales, emocionales y espirituales. El objetivo es que el paciente viva, de la mejor manera posible, todo lo que tenga que vivir.

El objetivo de los cuidados paliativos no es ni prolongar ni acortar la vida. Nosotros consideramos a la muerte como la culminación de la vida, como un componente del ciclo de vida que va a llegar en el momento que tenga que ser. Sin perjuicio de ello, recientes trabajos de investigación muestran, incluso, que pacientes atendidos con cuidados paliativos tienen mayor sobrevida que otros pacientes que no lo están.

Si bien cabe reiterar que no es el objetivo de los cuidados paliativos prolongar la sobrevida del paciente, es frecuente que la sobrevida y el bienestar sean mayores porque se administra el tratamiento más adecuado en cada situación. Y esa prolongación de la vida no se da de manera agónica, sino de una manera deseable dentro de las posibilidades de cada paciente.

En otros casos, los profesionales, seguramente con la mejor intención y disposición, insisten en continuar aplicando tratamientos que -en un determinado momento- ya no resultan útiles, sino fútiles. Si bien, en otras circunstancias, podrían haber sido útiles, en ese momento determinado ya no aportan nada y, en algunos casos, pueden acortar la vida del paciente.

Por nuestra parte aceptamos que la vida tiene un límite. Si insistimos en continuar indicando tratamientos que ahora resultan fútiles podemos estar haciendo que nuestro paciente desaproveche su tiempo y energía en esto en vez de realizar y vivir cosas que pueden ser mucho más importantes en este momento.

## **2.- ¿En qué medida los cuidados paliativos requieren un trabajo de equipo?**

Dr. Garrigue.-El concepto de equipo es fundamental en cuidados paliativos. Hay un aforismo de Robert Twycross, uno de nuestros profesores formadores en Inglaterra: *"Quienes trabajan en cuidados paliativos y trabajan solos, no hacen cuidados paliativos sino otra cosa"*.

El equipo está integrado por médicos, enfermeros, trabajadores sociales, psicólogos y a veces psiquiatras, con un vasto conocimiento e idoneidad práctica para proporcionar el mejor cuidado posible y prevenir la aparición de cuestiones que puedan causar sufrimiento.

### 3.- ¿En qué medida participa el control de los síntomas en los cuidados paliativos?

**Dr. Cafferata.**- Uno de nuestros objetivos -casi el inicial primero- es aliviar los síntomas causantes de sufrimiento. Para ello muchas veces es necesario recurrir a la farmacología, dado que es fundamental utilizar los fármacos adecuados en la forma adecuada.

**Dr. Garrigue.**- En cada encuentro que tenemos con nuestros pacientes, ya sea en el consultorio, en la internación o en el domicilio (programas domiciliarios), siempre se produce en la comunicación una suerte de empoderamiento. Se comparte la información, se le dan herramientas a la familia y al círculo afectivo para poder manejar y navegar la situación.

La farmacología es obviamente un apoyo necesario para el control de los síntomas. Y el control de los síntomas es, muchas veces, la puerta de entrada que permite el acceso del paciente y su familia a los cuidados paliativos (*“vamos a incluir al equipo de cuidados paliativos porque tenemos dificultad para manejarlos con este caso”*). Y es una puerta de entrada que nos sirve.

Pero no podemos considerar que somos “sintomatólogos”. Tal como estamos señalando en nuestras respuestas anteriores, los cuidados paliativos involucran muchos más aspectos que el control de síntomas.

### 4.- ¿Cuáles son los mayores factores de resistencia a los cuidados paliativos y cómo evoluciona esa situación?

**Dr. Cafferata.**- Muchas veces la barrera para el acceso a los cuidados paliativos está dada por los mismos profesionales médicos, quienes experimentan cierto resquemor hacia los cuidados paliativos.

En general, el común de la gente no sabe mucho qué es esto de cuidados paliativos. Pero los médicos sí lo saben y la resistencia viene dada por ellos en primer lugar; por esa falsa creencia de que si un paciente va a cuidados paliativos ya no hay nada más para hacer, cuando en realidad para nosotros allí empieza lo que podemos hacer.

Pero creo que, paulatinamente, los profesionales van comprendiendo los beneficios -para el paciente, sus familiares y allegados- de trabajar en equipo con nosotros, así como para ellos mismos, dado que ello les alivia una parte importante de su trabajo.

Por otra parte, creo que cualquier médico que hace asistencia primaria debería disponer de herramientas para poder manejar algunas situaciones. Pero no todos están ni preparados, ni quizás dispuestos, ni pueden trabajar adecuadamente -en el día a día- con estas situaciones. Y nuestra participación representa un apoyo para ellos, al verse apoyados por profesionales capacitados y formados, a quienes nos gusta trabajar en esto.

Nosotros trabajamos a la par del médico de cabecera. Generalmente es el médico de cabecera quien pide nuestra participación. En otros casos es el mismo paciente o la familia quienes acuden a nosotros. Pero, en general, nuestra participación se inicia a través del médico tratante, sea el médico de cabecera, el médico clínico, o el médico oncólogo quien deriva a los pacientes.

Esta tendencia se está manifestando también dentro del hospital, donde tenemos cada vez más pacientes derivados y se está comenzando a trabajar mucho más en equipo.

## 5.- ¿Cómo calificarían al estado de la actual legislación nacional en relación a los derechos del paciente y la muerte digna?

**Dr. Cafferata.**- Por mi parte creo que en la legislación vigente hay varios puntos sumamente positivos.

Uno de esos puntos reside en la introducción del **concepto de proporcionalidad de los medios terapéuticos** que se utilizan. Este concepto fue desarrollado ampliamente por la Iglesia y por la bioética personalista que, en general, sigue la Iglesia. Cabría preguntar: ¿En relación a qué se pondera la proporcionalidad del método o de los medios terapéuticos que se utilizan? Es evidente que la proporcionalidad debe ponderarse en relación a: (a) la perspectiva de mejoría que puede aportar ese método, (b) los padecimientos o sufrimientos que implica el método, y (c) el costo económico, emocional y físico que puede acarrear ese procedimiento para el paciente.

Otro de los puntos importantes es el de los **cuidados paliativos**. La Iglesia promueve los cuidados paliativos desde sus orígenes. En realidad, los mismos surgen -antes de nuestro siglo- como obra de beneficencia promulgada por órdenes religiosas.

Y el tercer punto positivo es que continúa sosteniendo una **posición contraria a la eutanasia**. Cuando se habla de las directivas anticipadas, la ley dice que las directivas relacionadas con eutanasia se deben tomar como inexistentes. Este es un punto sumamente favorable, dado que implica respetar la vida en aquellas etapas más vulnerables de la persona (como la concepción, la vida intrauterina y la *terminalidad*).

**Dr. Garrigue.**- Entiendo que la eutanasia, que claramente se puntuó como no admisible en la legislación de nuestro país, sería un acto médico que responde a una demanda del paciente de adelantar su muerte por algún procedimiento (ya sea una inyección o alguna medicación letal) para mitigar y evitar la prolongación de su sufrimiento.

Quienes practicamos los cuidados paliativos somos, en general, partidarios de la prevención del sufrimiento y estamos en contra de la eutanasia porque consideramos que tenemos muchas opciones para aliviar el sufrimiento y, de hecho, funcionan.

Sin perjuicio de ello, hay países donde la eutanasia es legal y está reglamentada, y en esos países también hay cuidados paliativos. Pero las experiencias de distintos países en esta materia son sumamente diversas.

En la Argentina la ley rechaza claramente la posibilidad de eutanasia y nos ampara a los médicos de tener que responder a ese pedido.

**Dr. Cafferata.**- Creo que la ley viene a afirmar algo que ocurre en la realidad. Si bien nos da tranquilidad, afirma lo que realmente ocurre cuando hay una buena relación médico-paciente, que es fundamental siempre, pero más todavía en los momentos finales de la vida.

Entiendo que lo que la ley rechaza acá es el encarnizamiento terapéutico, que es como la contracara de la eutanasia. Mientras la eutanasia consiste en cualquier medida de acción u omisión dirigida a adelantar la muerte del paciente, el encarnizamiento terapéutico se manifiesta a través de medidas dirigidas a estirar o prolongar situaciones de sufrimiento y de agonía. Por su parte, los cuidados paliativos se dirigen a acompañar al paciente y a su entorno familiar y vincular en la situación de terminalidad, sin adelantar la muerte ni prolongar agonías.

A veces surge naturalmente que el paciente no quiere continuar con procedimientos que no le van a aportar un beneficio. Y quizás antes es un deber nuestro -como médicos- evaluar la proporcionalidad de los métodos en las intervenciones que podemos proponer. Tampoco es cuestión de hacer una medicina a la carta (*“usted, elija qué es lo que quiere y qué es lo que no quiere”*). Con base en nuestro conocimiento y experiencia, nosotros tenemos el deber de evaluar, primero, si lo que vamos a proponerle al paciente tiene realmente algún beneficio o no. Si no tuviera un beneficio real, no deberíamos siquiera sugerirlo.

A veces, como nos cuesta aceptar nuestras propias limitaciones como médicos, tendemos a proponer cosas cuyo costo -lo sabemos- será superior al beneficio esperable. Es allí cuando tenemos que abrir el juego al paciente y a la familia, y juntos tomar esta decisión, donde el paciente puede rechazarlo porque él considera que es desproporcionado.

**Dr. Garrigue.-** Pensamos que estas cuestiones pueden ser una punta de lanza para impulsar la Ley Nacional de Cuidados Paliativos. Si bien hay leyes provinciales de cuidados paliativos en Río Negro, Santa Fe, Misiones, Córdoba y Formosa, en ningún caso han sido efectivamente reglamentadas. Pensamos que la aprobación y reglamentación de una ley nacional de cuidados paliativos va a ser importante para que nuestra labor tenga llegada a los usuarios, tanto en la medicina pública como en las obras sociales y prepagas.

**Dr. Cafferata.-** Creo que es necesaria una Ley Nacional de Cuidados Paliativos adecuadamente reglamentada. Al no estar reglamentada una ley que especifique la actividad de los cuidados paliativos, su ejercicio queda librado a los recursos disponibles en cada lugar y a lo que pueda ofrecer cada obra social. Por tanto, es sumamente desparejo en distintos lugares del país. Incluso en las mismas zonas de la Capital puede haber disparidad entre una obra social y otra, entre un establecimiento público y otro. Y es necesario que sea algo universal para todos, con efectivo acceso para todos.

## **6.- ¿En qué medida se concreta efectivamente la participación del paciente en las decisiones que lo afectan?**

**Dr. Garrigue.-** Lo que nos habilita y nos obliga a hacer, tanto en materia de cuidados paliativos como en gran parte de la medicina es, afortunadamente, incluir al paciente en las decisiones terapéuticas, proporcionándole información acerca de lo que está sucediendo y habilitándolo para participar en las decisiones conociendo las consecuencias previsibles en cada opción. De esta manera el paciente puede participar responsablemente en su propio tratamiento, indicando: *“hasta acá sí, hasta acá no; de este modo sí, de este modo no”*.

**Dr. Cafferata.-** Un tema complejo en este aspecto reside en las atribuciones del paciente para negarse a la aplicación o la continuación de una medida de soporte vital, como podría ser una máquina, hablese de un respirador artificial o un equipo de diálisis, como métodos de reanimación artificial, que pueden no iniciarse, no aplicarse o discontinuarse.

Primero está la indicación médica. Cada medida tiene que ser antes evaluada por el médico, por el equipo de salud, en términos de beneficio real para el paciente. Muchas veces en el hospital, cuando ingresa un paciente en situación de terminalidad -con la enfermedad ya avanzada, progresada a distintos tratamientos y en estadios terminales o incluso en situación de fin de vida- se suele plantear a la familia la necesidad de decidir la limitación terapéutica (el rechazo al uso de medidas invasivas), cuando lo fundamental en este momento es preguntarse: ¿Tiene indicación médica? ¿Qué vamos a lograr con una intubación?, ¿Vamos a mejorar el estado, vamos a salvarlo, vamos a lograr algo? Si no es así, entonces no hay una indicación médica y este planteo no se debe realizar a la familia. Ese no es un procedimiento para discutir porque no tiene ningún beneficio.

La discusión pertinente es sobre las medidas que realmente pueden tener algún beneficio y ahí es cuando hay que dar lugar a la participación, y el paciente y/o la familia tienen que decidir si se aplica o no.

**Dr. Garrigue.-** Nosotros como médicos, y con experiencia, tenemos que saber cuáles son las conductas médicas idóneas. Y la ley no es la que nos va a explicar esto.

De todos modos, así como no sería lógico discutir una intubación en un paciente que no va a beneficiarse con ella, en el momento educativo en el que estamos, en el momento de participación social, sería bueno explicar en algún momento a la familia: *“Miren, está pasando esto. Pensamos que si se complica no sería beneficioso llegar a una intubación o a medidas de soporte vital inadecuadas o desproporcionadas para el caso, porque no habría un beneficio real e implicaría prolongar una agonía y agregar sufrimiento a una situación que ya per se lo presenta”*.

Esta construcción de la información que vamos haciendo como agentes de salud es necesaria para que la sociedad vaya incorporando y sumándose a este debate y a esta defensa de los derechos de los pacientes.

**Dr. Cafferata.-** Esto ocurre hace tiempo en nuestra actividad diaria desde los cuidados paliativos. También cabe resaltar una posibilidad que hay en el hospital: las directivas anticipadas. Cada paciente puede expresar formalmente -de manera anticipada- su voluntad. Esto por supuesto forma parte de la comunicación y de la relación médico-paciente en que se charla y el paciente primero se informa en qué consisten las directivas anticipadas y puede expresar ya su voluntad.

### **RESEÑA BIOGRÁFICA DEL DR. CARLOS CAFFERATA**

Médico especialista en Medicina Interna y Geriátrica (UBA). Certificación en Medicina Paliativa (Academia Nacional de Medicina). Médico de Planta del Servicio de Clínica Medica del Hospital Italiano de Buenos Aires. Jefe de la Sección Cuidados Paliativos del Hospital Italiano de Buenos Aires

### **RESEÑA BIOGRÁFICA DEL DR. NICOLÁS GARRIGUE**

Médico UBA). En 1998 completó su formación en Cuidados Paliativos en Pallium Latinoamérica (con certificación del Oxford International Centre for Palliative Care) y desde entonces permanece vinculado con dicha ONG dedicada a la enseñanza, difusión y provisión de CP. Certificado en Medicina Paliativa por la Asociación Argentina de Medicina y Cuidados Paliativos y la Academia Nacional de Medicina de Argentina. Es coeditor del libro "Derechos en el final de la vida" Pallium Latinoamérica 2007 y coautor del Manual de Cuidados Paliativos Para la Atención Primaria de la Salud (2015) editado por el Instituto Nacional del Cáncer.

## **ENTREVISTA CON LA DRA. DIANA FINKEL, COORDINADORA DEL PROGRAMA EPM (MANEJO ESENCIAL DEL DOLOR) ARGENTINA – FEDERACIÓN MUNDIAL DE SOCIEDADES DE ANESTESIOLOGÍA. EX JEFE DEL SERVICIO DE ANESTESIOLOGÍA DEL HOSPITAL RAMOS MEJÍA**

### **1.- ¿Podría proporcionarnos algunas referencias acerca del origen y evolución de la medicina del dolor?**

La Medicina del Dolor tiene la misma antigüedad de la Historia de la Humanidad, la misma de los primeros atisbos de la Historia de la Medicina. Lo primero que hacía el hombre prehistórico cuando se quemaba o cuando lo dañaba el ataque de un animal, era buscar una planta ya reconocida como analgésica-alucinógena, frotarse con sus propias manos, aplicarse hielo, inmovilizarse, ya que comprendía que moverse aumentaba el dolor: intuitivamente y como instinto de conservación, buscaba algo que aliviara su dolor y sufrimiento.

A partir de allí, la medicina buscó herramientas dentro de la botánica; particularmente en las hierbas. Luego, a medida que avanzaba el estado del conocimiento en farmacología, se procuraba encontrar fármacos analgésicos de síntesis, derivados químicamente de aquellos alcaloides vegetales.

Cuando se descubrió la morfina –alcaloide natural del opio se procuró desarrollar derivados sintéticos. Asimismo, a partir del origen vegetal de la aspirina, se empezaron a desarrollar derivados de los antiinflamatorios. Allí comenzó el avance en el conocimiento de los analgésicos.

Junto a estos primeros analgésicos, nace la anestesiología como necesaria compañía del crecimiento de la cirugía. Dentro de los consecuentes avances en nuevas técnicas anestésicas, nace la anestesia regional, gracias al desarrollo de los anestésicos locales. Y lo que nace como técnica anestésica quirúrgica comienza a utilizarse en el dolor crónico, dando origen a la medicina intervencionista antálgica, la cual experimenta un notorio desarrollo. Hoy es particularmente aplicada para dar respuesta al creciente flagelo del dolor refractario; aquel que no alivia con fármacos.

Simultáneamente al desarrollo de nuevas estrategias terapéuticas analgésicas, se investiga la fisiología y la fisiopatología del dolor -cuáles son sus mecanismos- y se comienza a discriminar dos tipos de dolor:

(a) los dolores fisiológicos, que son los de alarma o protección, es decir, los que cumplen una función biológica; por ejemplo, avisan que nos estamos quemando la mano y por tanto, que es necesario retirarla de la fuente de calor para no persistir en el daño. Son dolores de tipo agudo. Si bien es un dolor “necesario”, igualmente debe ser tratado prioritariamente. El mejor ejemplo es el dolor del parto, que es el más fisiológico de todos los dolores, porque avisa que viene una nueva vida a este mundo. Sin embargo, ese dolor es deletéreo tanto para la fisiología de la madre como para la fisiología del feto, fundamentalmente si el parto se prolonga.

Por eso los anestesiólogos bregamos para que en todos los establecimientos -públicos y privados- exista analgesia de parto para todas las mujeres. En este caso se aplica una analgesia regional peridural, muy similar a la anestesia que se hace para la cesárea, pero con menores concentraciones de anestésicos locales. Esa analgesia (y no anestesia) peridural no interfiere en la progresión del parto y permite que éste sea absolutamente natural...pero sin dolor; la mujer tiene fuerza para pujar y para ejecutar todo el mecanismo normal del parto, lo único que se interrumpe es la vía del dolor.

El único dolor agudo que no es fisiológico, es el dolor postoperatorio, que generamos los propios médicos –es iatrógeno– y como todos los dolores, debe ser prevenido y tratado en consecuencia.

(b) los dolores patológicos o clínicos, que son los que generalmente tratamos los expertos en dolor y en general son crónicos. Son, en contraste con los dolores fisiológicos, aquellos que no tienen función biológica de alarma y protección. Pertenecen a esta categoría el dolor oncológico (dolor causado por el cáncer mismo y su progresión, pero también por sus tratamientos y por las comorbilidades del paciente); el dolor neuropático periférico (la polineuropatía diabética, neuralgias periféricas) y central (dolor de miembro fantasma, dolor central, neuralgias centrales); el dolor osteoarticular (las artrosis, las lumbalgias crónicas) y las diversas formas de reumatismo de partes blandas y osteoarticulares (fibromialgia, artritis específicas). Si bien algunos de estos cuadros responden a los fármacos analgésicos (por ejemplo: dolor por cáncer), la mayoría llega a ser refractario, y requieren de la medicina intervencionista antálgica para su alivio.

Un claro ejemplo de dolor refractario es la lumbalgia crónica, de alta prevalencia en la comunidad en pacientes de todas las edades. Su mecanismo etiopatogénico es multifactorial y reúne, en el concepto “lumbalgia”, a un conjunto de entidades y síndromes dolorosos diversos que requieren un preciso diagnóstico, sin el cual no se logra la analgesia del paciente, su reinserción social o laboral, su mejora en calidad de vida, etc. Cada tipo de lumbalgia, y en función del paciente individual, tiene un tratamiento específico y protocolizado.

## **2.- ¿Cuál es la posición de la medicina en relación a los dolores “normales” asociados al avance en la edad de la persona?**

En relación a los dolores asociados a la edad, existe una importante raigambre sustentada en aspectos culturales, sociales e inclusive religiosos, que tiene que ver con la historia de la humanidad, con la historia familiar de las personas; y con creencias generalizadas en la sociedad.

En distintas especialidades médicas aún se difunde, lamentablemente, una actitud de aceptación y resignación frente al dolor en los pacientes añosos. Es frecuente que algunos médicos palmeen a esos pacientes para decirles “es normal que le duela, abuelo/a; son los años”.

Nosotros estamos luchando contra esa actitud. Si bien con los años aumenta la prevalencia de la artrosis y otros trastornos del sistema músculo-esquelético, no es ético decirle al paciente que debe resignarse a ese dolor; hay que divulgar entre la comunidad su derecho a que el dolor sea aliviado y articular las gestiones con los sistemas de salud para que cubran equitativamente los tratamientos del dolor. De ninguna manera puede permitirse que el paciente pierda calidad de vida por dolor. Todo dolor debe y puede ser tratado.

Por eso estamos trabajando siempre en la divulgación y no sólo entre los pacientes, sino entre los propios profesionales de la salud, no solamente médicos, sino entre las profesiones afines a la medicina del dolor.

## **3.- ¿En qué medida la medicina del dolor requiere un trabajo de equipo?**

El trabajo en equipo es fundamental y hace tiempo que se lo practica o se lo pregona. Sin perjuicio de ello, aún se manifiestan relevantes vestigios -en los profesionales y en las personas en general- de una cultura del individualismo.

En aquellos pacientes con “dolor total” y dolor refractario, es fundamental contar con el aporte de profesionales de la psicología, la kinesiología, la enfermería, el trabajo social, las especialidades médicas relacionadas a la entidad nosológica que genera el dolor... e inclusive con la asistencia espiritual (religiosa o no). Frecuentemente forman parte del equipo, respetando la autonomía y decisión de los pacientes y sus familias.

Por nuestra parte estamos luchando contra la tendencia individualista de la exclusividad (“el paciente es mío”) y promoviendo el trabajo en equipo, con base en ventajas y beneficios tangibles. De hecho, ya hay muchos grupos que trabajan en equipo.

Porque en definitiva, si el bien común o el objetivo común es la mejoría y el mayor bienestar posible de “mí paciente”, es mejor que sumemos, que nos reunamos y concertemos los mejores abordajes para lograrlo. No por ser “nuestro paciente” va a dejar de ser “mi paciente”. El objetivo común debería ser que “nuestro paciente” esté aliviado, de buen ánimo, con la mejor calidad de vida posible.

#### **4.- ¿Cómo se previenen y afrontan los riesgos de adicción o acostumbamiento a las drogas analgésicas?**

En relación a las adicciones, hay muchos mitos y falsos paradigmas. Esto ocurre especialmente con la morfina y otros opioides. De hecho, en muchos ámbitos la palabra morfina parece una mala palabra, la morfina se asocia a muerte, a cáncer terminal, a que es un analgésico que únicamente se puede dar en pacientes moribundos, a que si de inicio se indica morfina a un paciente, después no hay otro medio para continuar brindando alivio. Incluso, aún en la comunidad profesional se mantiene el falso concepto que los opioides son deletéreos y dañinos. Como todo grupo de fármacos, los opioides tienen efectos adversos, y por cierto se trata de moléculas que potencialmente son adictivas. Pero las claves son conocer muy bien tanto a nuestro paciente (probabilidad de personalidad adictiva y su contexto socio-cultural, su adherencia a las indicaciones médicas) así como a la farmacología básica y aplicada de los opioides; esto asociado fundamentalmente al ejercicio de una cercana farmacovigilancia.

Es posible clarificar el falso paradigma de los efectos dañinos de la morfina haciendo referencia a un caso concreto. La morfina es uno de los primeros fármacos que se indica a un paciente que entra a Unidad Coronaria con edema agudo de pulmón y una falla cardíaca, porque actúa sobre la disnea, sobre la falta de aire que tiene el paciente ante una falla cardíaca. En un paciente que tiene una crisis cardíaca que pone en riesgo su vida ¿se le podría dar un fármaco que fuera dañino para el organismo? Al mismo tiempo que se le está tratando la crisis cardíaca se le está dando morfina. Esa es la mejor muestra de que los opioides en general, a la cabeza la morfina, que es la droga patrón, son fármacos muy nobles. Por supuesto, hay que saber manejarlos, hay que saber dosificarlos y, fundamentalmente, hay que saber titularlos y farmacovigilarlos, como ya se mencionó.

#### **RESEÑA BIOGRÁFICA DE LA DRA. DIANA FINKEL**

Es Médica anesthesióloga universitaria. Experta en Medicina del Dolor (UBA) – Diplomada en Cuidados Paliativos (Pallium-USAL), Diplomada en Efectividad Clínica – IECS-UBA. Especialista en Estadística en Ciencias de la Salud – Facultad de Ciencias Exactas – UBA. Es Docente Adscripta de la Carrera de Médico Especialista en Anestesiología – UBA, Coordinadora Nacional del Programa EPM (Manejo Esencial del Dolor) – Federación Mundial de Asociaciones de Anestesiología (WFSA). Ex jefe de la División Anestesiología del Htal. Gral. de Agudos Dr J.M. Ramos Mejía – GCBA. Ex Editora Jefe de la Revista Argentina de Anestesiología. Doctorando en Medicina (IUHI). Staff de CAIDBA (Centro de Atención Integral del Dolor Buenos Aires)

## ENTREVISTA CON EL DR. ANTONIO CARLOS REZOAGLI, DIRECTOR MÉDICO DEL CENTRO INTEGRAL DE MEDICINA Y CIRUGÍA DEL DOLOR (CEMECID)

### 1.- ¿Podría proporcionarnos una visión acerca de la mitigación del dolor?

Ante todo debemos reconocer que el derecho a mitigar el dolor es un derecho universal dado por la Organización Mundial de la Salud, (OMS) reconocida por las Naciones Unidas. O sea que, más allá de una cuestión médica, estamos hablando también de una cuestión netamente social.

Pero nuestro trabajo empezó mucho antes que esta determinación de la OMS. Hace ya diez años que nuestro Centro está conformado oficialmente como Centro de Medicina del Dolor, y –por mi parte- hace veinticinco años que comencé a abocarme a esta especialidad del tratamiento del dolor.

Hacia 1999 tuve la iniciativa de conformar un Centro que abarcara todo lo vinculado al dolor, tanto lo estrictamente específico, como puede ser el trabajo de un anestesiólogo y de un clínico del dolor, pero, a la vez, todas aquellas entidades satélites involucradas en la mitigación del dolor.

Hoy nuestro Centro está regido, precisamente, por un eje central que es el intervencionismo en dolor. Lo explico rápidamente; hoy es bastante común hablar de lo que es un bloqueo, una radiofrecuencia, un neuro estimulador. Todas ellas son prácticas que nos permiten, a quienes hacemos intervencionismo, dedicarnos a aliviar el dolor con procedimientos mínimamente invasivos.

Y sobre ese eje central hemos fundado, con la Dra. Mónica Beatriz Ludueña, lo que es el Centro Integral de Medicina y Cirugía del Dolor, CEMECID. Su columna vertebral es el intervencionismo y alrededor de ese eje giran todas las demás cuestiones que tienen que ver con el dolor; por ejemplo, las cuestiones psíquicas, que están a cargo de psiquiatras y psicólogos, o las cuestiones de rehabilitación o kinésica, que están a cargo de profesionales especializados.

Además de tratar todo el espectro de necesidades del paciente, también buscamos su rehabilitación y su pronta reinserción tanto en su medio social, laboral o familiar. Por eso, tenemos un nutrido grupo de kinesiólogos en el Centro mismo, para el cual hemos dedicado todo un piso de 140 metros solamente para rehabilitación; y a la vez, tenemos kinesiólogos que asisten a los pacientes de muy alta edad en los domicilios.

A la vez complementamos con otras especialidades: reumatología, fisioterapia, nutrición. Tenemos todo un grupo de personas abocadas a complementar la actividad de esa columna vertebral que es el intervencionismo.

## **2.- ¿En qué medida se cuenta hoy con la posibilidad de garantizar al paciente una mitigación sustancial de su dolor?**

Dentro de los conceptos principales de quienes nos dedicamos a esta especialidad hay algo muy claro que transmitimos siempre a los pacientes: No podemos garantizarle cero dolor.

A veces las enfermedades son inevitablemente dolorosas, y mucho más en esta época, donde la longevidad ya está en todos lados... No sé si podemos suprimir o mitigar todo el dolor, llevarlo a cero, pero sí podemos "aliviarlo", llevarlo de un dolor sumamente intenso a un dolor tolerable, que se pueda resolver quizás con un analgésico todos los días o dedicar gran parte del tiempo de esa persona a hacer una rehabilitación que permita estar todavía o mantenerse sin dolor luego de nuestro tratamiento.

## **3.- ¿En qué medida pueden suprimirse dolores como los de la artrosis y los de patologías emergentes?**

Artrosis significa "envejecimiento", por donde lo miren. Las canas se pueden teñir, las arrugas se pueden retirar, pero la alteración que sufre la persona por el envejecimiento en las articulaciones es un fenómeno muy duro de trabajar. Es por eso que nosotros tenemos una notable experiencia en este tema, dado que concentra gran parte de la problemática del dolor, tanto sea de las grandes articulaciones, cadera, hombro, rodilla o también de la columna.

Hoy por hoy, asociado a lo que dije anteriormente sobre el envejecimiento que está experimentando la humanidad, la problemática más crítica se manifiesta en la columna vertebral. El hecho de tener personas gerontes dando vueltas, y muchas de ellas aún activas en lo laboral o en apoyo a la familia, estando jubiladas, significa que están activas desde su cabeza, pero el cuerpo muchas veces no las ayuda.

Una parte significativa del esfuerzo que estamos haciendo hoy, tanto desde lo asistencial como en la obtención de los recursos científicos y tecnológicos, está destinada a ver qué mejor ayuda le podemos dar a esa persona para que siga viviendo y llegue a vivir armónicamente los años que pueda.

Si bien el fenómeno de la longevidad lleva a crecientes cantidades de personas a padecer patologías asociadas a edades avanzadas, en nuestro Centro estamos observando una llegada de pacientes con afecciones con nuevos orígenes. Hoy por hoy estamos viendo gente muy joven, por ejemplo chicos y chicas de 16 y 17 años, con hernias de disco. Muchas veces, están vinculadas a la práctica exigente del deporte. Pero lo llamativo es que nos llegue un muchacho de 17 años que debería estar en el colegio, en vez de estar viniendo al médico por una hernia de disco.

También nos encontramos con mucha patología provocada por la computadora, con afecciones de cuello que se han generado en los últimos 20 y 30 años producto del trabajo sedentario y, al mismo tiempo, de tener una computadora delante. Hay aquí problemas originados por mala posición del cuello, al margen de los problemas que puedan generarse en la vista. Ahí estamos en un grupo etario entre 25 y 40 años.

Nos encontramos con personas jóvenes (de 40 o 50 años) que están teniendo hernias de disco precoces, por una actividad física quizás no tan descontrolada.

Y nos encontramos después con el grupo de las personas mayores. Hay un dato referido a que, en la provincia de Buenos Aires, hay mil ochocientas (1.800) personas que superan los 100 años de edad. Y se estima que en el 2030 esas personas van a ser dieciocho mil (18.000). ¿Qué quiere decir esto? Que en algún momento nos vamos a tener que preparar, y mucho, para resolver enfermedades que hoy no conocemos, porque todavía no aparecieron por esa edad. Al mismo tiempo, recibir toda la cantidad de personas que van a venir con procesos artrósicos.

Todo ello representa una obligación para quienes nos dedicamos a la medicina del dolor, porque no vamos a poder enfrentar la causa que genera el dolor, pero vamos a tener que trabajar en el alivio del síntoma. Creo que la medicina está hoy en condiciones de afrontar eso.

#### **4.- ¿Qué actitudes encuentran, en los profesionales de la salud, en relación a la medicina del dolor?**

Afortunadamente, con el paso del tiempo, los colegas han entendido nuestro trabajo; nos participan, nos derivan pacientes, nos entienden y nos ayudan. Este fenómeno se viene manifestando nítidamente en el transcurso de estos últimos años.

Por nuestra parte debemos agradecer, en este momento, a todo el equipo que nos permitió llegar a obtener el Premio a la Excelencia en la Práctica Clínica en Dolor, otorgado por el Instituto Mundial del Dolor. Dicho premio nos honra y nos ubica dentro de los treinta centros en el mundo que ostentan este premio.

Es por ello que deseo hacer público mi reconocimiento a todo el equipo, a la Dra. Ludueña, a los kinesiólogos y a todos los médicos que trabajan en CEMECID por haber logrado lo que hemos buscado durante mucho tiempo.

#### **RESEÑA BIOGRÁFICA DEL DR. ANTONIO CARLOS REZOAGLI**

Médico Especialista Certificado en Anestesiología. Médico Experto en Dolor y Cuidados Paliativos (Fundación Dolor de la Asociación de Anestesia, Analgesia y Reanimación de Buenos Aires). Es Director Médico del Centro Integral de Medicina y Cirugía del Dolor (CEMECID), National Representative en la International Society for Minimal Intervention in Spinal Surgery (ISMISS) y Miembro del World Institute of Pain (WIP)

## REFERENCIAS

En esta sección presentamos una selección de referencias documentales vinculadas con la temática central de este número: ***“Medicina Paliativa y Medicina del Dolor”***.

Hemos procurado reunir una muestra ilustrativa de aportes con diversas perspectivas y focos.

Mediante el clickeo de uno de los títulos, el lector accederá al resumen del documento, el cual incluye el enlace al texto completo, así como los descriptores asignados al mismo (\*).

Los títulos para acceder a los respectivos resúmenes y enlaces a los textos completos son los siguientes:

- Ley 26.529- Derechos del paciente, historia clínica y consentimiento informado. Buenos Aires, 21/10/2009, B.O. 20/11/2009
- Ley 26.742: Muerte digna. Derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de la salud. Buenos Aires, 9/05/2012. B.O. 24/05/2012
- Decreto Nacional 1.089/2012: Decreto reglamentario de la ley 26.529 sobre derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de la salud. Buenos Aires, 5/07/2012, B.O. 6/07/2012
- Ley 26.812: Derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de la salud. Buenos Aires, 28/11/2012. B.O. 21/01/2013
- Asociación Argentina de Medicina y Cuidados Paliativos (AAMyCP)
- Asociación Argentina de Estudios del Dolor (AAED)
- Fundación Dolor, de la AAARBA
- Medline: ¿Qué son los cuidados paliativos?
- Medicina del dolor: más allá del dolor
- Manual de cuidados paliativos para la atención primaria de la salud. 1ª ed. – CABA. Instituto Nacional del Cáncer, 2014
- Medicina Paliativa: publicación oficial de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL)
- El alivio del dolor: un derecho humano universal
- SED Sociedad Española del Dolor: Manual de Medicina del Dolor: Fundamentos, evaluación y tratamiento, SED; Editorial Médica Panamericana 2016
- Wilson Astudillo Alarcón, Editor (coordinador): Medicina paliativa y el tratamiento del dolor en la atención primaria. 1º Edición, Buenos Aires, 2012
- La psicología de la toma de decisiones clínicas: Su implicancia en el uso de fármacos
- Tele-yoga for Chronic Pain: Current Status and Future Directions.
- Las científicas, bajo el techo de cristal

**Nota del Editor:** El editor no se responsabiliza por los conceptos u opiniones vertidos en las entrevistas, artículos y documentos reseñados en este Boletín, los cuales son de exclusiva responsabilidad de los respectivos entrevistados, autores o colaboradores.

## **STAFF BOLETÍN DPT**

**Director:**

Sr. Guillermo Gómez Galizia.

**Coordinador Editorial:**

Lic. José Luis Tesoro

**Asesor:**

Dr. Carmelo Polino

**ISSN 2525-040X**