

Medicina paliativa y terapia del dolor: La realidad hondureña

*Tulio E. Velásquez Castellanos**

Desde los inicios de la historia, se ha tenido conocimiento de la existencia del dolor expresado en múltiples formas. Esta existencia del dolor ha sido consignada en libros tan antiguos como la Biblia. Por ello, cabe hacerse la pregunta de que si en tiempos remotos se manejaba el dolor y se le daba una connotación religiosa y social sumamente importante, **¿por que ahora en pleno siglo XXI, nos hemos vuelto ciegos ante la problemática del dolor?**

Es conveniente recordar que en sus inicios la profesión de la Medicina integraba los aspectos físicos, sociales, emocionales y espirituales lo que hacía ver al paciente con un enfoque más integral; pero con el avance de la tecnología, muchos médicos se han ido apartando de dicho enfoque y sólo se fijan en el aspecto físico sin darle importancia a los aspectos restantes, lo que ha hecho que estos médicos sean vistos como seres deshumanizados, fríos y calculadores.

El dolor “habla sin palabras” ya que lo vemos expresado en los quejidos, alaridos, el silencio, gesticulaciones faciales, posturas y deambulación anormal, lo cual nos da una pequeña pista del grado de sufrimiento de la persona. El dolor puede ser evaluado a través de instrumentos tan útiles como la Escala Visual Análoga (EVA), ya que el único que nos puede decir cuánto le duele es el paciente mismo y no un familiar o un acompañante.

Por todo esto y viendo no sólo el sufrimiento físico, sino también el sufrimiento emocional, social y espiritual de los pacientes, hace poco más de cuarenta años se inició en

Europa el movimiento Hospice a través de su impulsadora la Dra. Cicely Saunders, con el objetivo de brindar una atención especializada, personalizada e integral, lo cual constituyó el inicio de la Medicina Paliativa (MP).

Ya que hablamos de MP, podemos ahora dar un concepto general de ello. La MP es la disciplina de la Medicina que brinda cuidados especializados en forma activa y total a aquellos pacientes que padecen de una enfermedad progresiva y mortal, los cuales no son susceptibles a un tratamiento curativo, y por consiguiente el alivio del dolor o de otros síntomas molestos es primordial.

En América Latina, la MP ha tenido avances en los últimos veinte años, debido a la dedicación y al esfuerzo de personas comprometidas con esta disciplina. Si hablamos de sus inicios, estos se remontan a inicios de los años 80, gracias a los anestesiólogos que trabajaban con pacientes con cáncer. Con el paso del tiempo y debido a un interés individual, se han ido integrando personal de enfermería, medicina interna, psicología, psiquiatría y neurología. Al seguir los pasos de la tendencia europea, los primeros modelos de atención y educación en MP fueron diseñados para pacientes con cáncer, pero actualmente también se puede brindar ayuda a pacientes con VIH/SIDA, enfermedades neurológicas degenerativas e insuficiencias orgánicas irreversibles; pero el mayor problema que existe es que aún no hay una consolidación de grupos de atención interdisciplinaria que deriven a dichos pacientes a estas unidades de MP.

Como hemos dicho, para brindar una atención integral en una unidad de MP, se necesita de un personal numeroso que incluya enfermeras, trabajadores sociales, voluntarios,

* Anestesiólogo Oncológico/ Medicina Paliativa y Terapeuta del Dolor. Centro de Cáncer “Emma Romero de Callejas”. Centro Médico La Granja. Grupo de Estudio y Promoción de los Cuidados Paliativos en Honduras.
Dirigir correspondencia al correo electrónico: velazo_2000@yahoo.com

sacerdotes o pastores, psicólogos, psiquiatras, neurólogos, neurocirujanos, internistas, oncólogos clínicos y anesthesiólogos que sean dirigidos por el médico paliativista. El objetivo principal de estas unidades es afirmarle al paciente que aunque no tenga una opción curativa, se le va a aliviar sus dolores a través de un control experto, dándole una mejor calidad de vida durante el tiempo que le resta, procurando brindarle una muerte digna y apacible, pero sin llegar a confundir esto con el término de EUTANASIA que es algo que está fuera del contexto de la MP y del campo de la bioética y la moral.

Si comentamos sobre el desarrollo de estas unidades en América Latina, por desgracia vemos que no es el producto de un plan concertado del gobierno para la región, sino que es el resultado de situaciones fraccionadas que responden a las necesidades locales de un grupo, en lugar de responder a las necesidades de un programa nacional. Asimismo, todo esto es el reflejo de la falta de apoyo por parte de organismos de derechos humanos, organismos internacionales y de una fuente de financiamiento internacional que permita dicho desarrollo.

En nuestro país, muy poca ha sido la importancia que se le ha dado a esta rama de la Medicina y aunque los profesionales de esta disciplina se pueden contar con los dedos de una mano, ellos se han encontrado con una serie de dificultades para desarrollar dicha especialidad. Estas dificultades van desde el desconocimiento, por parte de otros especialistas, de esta especialidad; también el desconocimiento del uso y prescripción adecuada de los opioides en cuanto a su dosificación, lo que ha conllevado a que se promuevan una serie de temores y mitos en relación a los opioides que lo único que hace es aumentar la carga de ansiedad al paciente y a su familia, ya que al tener el conocimiento adecuado, se pueden utilizar opioides sin la

presencia de efectos secundarios (tan temidos por el personal de salud) y sin el efecto de DEPENDENCIA a dichos fármacos. Otras dificultades que encontramos en Honduras son las siguientes:

1. En nuestros hospitales no hay programas de educación formal y estructurada en esta área.
2. La MP no está legislada ni regulada, por lo que no se le asignan recursos gubernamentales.
3. No existe un consenso ni claridad de términos en lo que es la MP como grupo interdisciplinario o como servicio hospitalario, razón por la cual algunos especialistas en dolor asumen que por tener entrenamiento en dolor equivale a ser especialistas en MP, por lo que han generado una serie de programas que se han convertido en modelos equivocados.
4. Dificultad en la disponibilidad y acceso a medicamentos (en especial a los opioides), ya que son escasas las farmacias distribuidoras de dichos medicamentos.
5. Burocracia y corrupción.
6. Canales de distribución inadecuados e ineficientes.

Como conclusión a todo lo anteriormente expuesto, si lo que se quiere es el alivio de los pacientes en cuanto a sus molestias en general, hay que tratar de imitar el ejemplo de países como Argentina, Chile, Colombia, Cuba, Perú, Brasil y Paraguay que ya han expresado la necesidad de abordar la MP desde la perspectiva sanitaria pública, pues actualmente el consumo anual de opioides que tenga un país constituye un índice mundial de calidad de salud. En Honduras todavía no alcanzamos un índice que nos avale como un país que brinda alivio y calidad de salud.

Por todo esto, nuestra meta debe ser: HACIA UNA HONDURAS SIN DOLOR!!