

Dolor y Salud Pública



Por Javier O. Viloso

Médico. Mag. en Economía y Cs. Políticas.

EL DOLOR EN NOSOTROS

Los médicos enfrentamos cotidianamente el sufrimiento de las personas. Sabemos desde hace mucho que el sufrir es una experiencia compleja, inevitable y en mayor o menor grado presente en la vida de todos nosotros -aun en la salud- y a la que a lo largo de la historia hemos intentado encontrar explicación o sentido.

Decía Viktor Frankl: *"El Hombre no se destruye por sufrir, sino por sufrir sin ningún sentido"*, y la religión primero y luego la filosofía, la psicología e inclusive la economía ofrecen enfoques para su comprensión, más allá de aquello que los médicos solemos considerar materia de nuestra incumbencia.

Sin embargo, la expresión atribuida a los médicos franceses Bérard y Gubler -hacia finales del Siglo XIX- da cuenta de lo imperioso que debe ser para el médico encarar el alivio del sufrimiento ajeno: *"Curar, pocas veces, aliviar a menudo, consolar: siempre"*.

Un componente muchas veces presente en el sufrimiento de nuestros pacientes es el dolor.

También existen múltiples interpretaciones del "sentido" del dolor, incluyendo algunas que atávicamente lo vinculan con la santidad, la expiación y la culpa. Y en los consultorios y camas de los hospitales, con una discutible noción de "utilidad". Al punto que resulta conveniente distinguir entre el dolor fisiológico y el patológico.

Pero lejos de simplificarse, la cuestión se vuelve más compleja desde la perspectiva de la Salud Pública.

EL DOLOR EN LAS POBLACIONES

El dolor asumido como un problema de dimensión poblacional involucra decisiones de política que definen la oferta y la organización de los servicios asistenciales, la accesibilidad a los fármacos -incluyendo cuestiones normativas, de disponibilidad, financiamiento y costos- especialmente los opioides fuertes, y la educación y capacitación de profesionales y técnicos de Salud, básicamente.

Algunos datos ayudan a dimensionar el problema: según estimaciones en 2020 habrá cerca de un millón de personas sufriendo enfermedades oncológicas en fase terminal, en Latinoamérica y el Caribe. Sabemos que el dolor afecta al 30% - 40% de los pacientes con cáncer en fase de tratamiento curativo, y al 70% - 90% de los que cursan estadios avanzados. Actualmente se estima que sólo entre el 10% y el 30% de ellos reciben tratamiento adecuado.

Por otra parte más de la mitad de las personas que sufren enfermedades crónicas no oncológicas sufren dolor crónicamente. Y a ello hay que sumarle la dimensión poco cuantificada del dolor agudo postraumático y posquirúrgico, este último ampliamente subestimado por los propios médicos.

Se ha estimado también que entre el 40% y el 60% de las consultas en atención primaria son por dolor moderado a severo.

Según la OMS, el 80% de la población mundial vive en países donde el acceso a medicamentos para el adecuado tratamiento del dolor es inexistente o insuficiente. Es decir: con muy alta posibilidad de morir sufriendo dolor no controlado.

En Latinoamérica, la Argentina ocupa una posición muy buena en cuanto al acceso y consumo de opioides per cápita (un indicador utilizado habitualmente). Aunque persisten trabas burocráticas y una muy desigual cobertura entre diferentes financiadores e instituciones asistenciales: una característica de nuestro sistema de salud.

Pero el problema no se agota en la disponibilidad de opioides: gran parte de las personas con dolor crónico son tratadas inadecuadamente con AINEs, inclusive en asociaciones de distintos tipos, y sufren efectos adversos y complicaciones evitables, muchas veces severas. Así como el acceso relativamente fácil a analgésicos fuertes prescriptos es una ventaja en nuestro país, el fácil acceso a AINEs no prescriptos constituye una amenaza a la salud de la población.

UN PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA

Además de los pacientes con cáncer, el dolor es un serio problema en otros grupos de población: los niños y los ancianos por un lado, y la población en edad laboral.

Mucho del arsenal analgésico no ha sido bien probado en la infancia -como sucede con gran parte de los medicamentos- y los expertos describen cierta tendencia a asumir manifestaciones no verbales del dolor en los niños como parte de la expresión del malestar "justificado" por la atención en instituciones sanitarias poco acogedoras, la angustia de los padres, y aun la naturalización del llanto en ambientes de atención pediátrica, situación ésta que resulta palmariamente desmentida cuando uno visita hospitales de niños que implementan verdaderas políticas de control del dolor, inclusive en sus servicios de emergencia.

En los ancianos, con mayor o menor grado de deterioro cognitivo, el dolor también tiende a ser subestimado.

Cuesta evaluarlo, hay serios problemas de adherencia en personas que además frecuentemente reciben múltiples medicamentos a lo largo del día, y, finalmente, son pacientes que parecen acostumbrarse a convivir con su dolor, como una carga inevitable, y que ya han probado y abandonado mucha medicación indicada o sugerida por médicos y allegados diversos. El dolor parece ser un costo a pagar por la vejez.

El término "*dolor de espalda*" incluye un grupo de cuadros clínicos que, según se reporta, llega a afectar entre el 70% y el 85% de la población.

El impacto económico del dolor dorsal y lumbar crónicos dentro de la población económicamente activa (unos 18 millones de personas entre nosotros) es multimillonario. En los EE.UU se calculó hace ya unos cuantos años que se perdían 149 millones de días de trabajo por año, con un costo para la economía de entre 100 y 200 billones (miles de millones) de dólares por año.

EL DOLOR Y LOS MÉDICOS

Los médicos recibimos escasa capacitación sobre dolor y analgesia.

La prescripción rutinaria de "*analgesia según dolor*" en consultas, guardias y postoperatorios sintetiza a la vez el palmario fracaso de la racionalidad y el humanismo médico.

Solemos ignorar que el inadecuado tratamiento del dolor agudo, aun del dolor *fisiológico* por excelencia como es el del parto, puede proyectar sus consecuencias deletéreas en el tiempo: dolor intenso no controlado en el parto puede conducir al sufrimiento fetal; un inadecuado manejo del dolor postoperatorio a cuadros de dolor crónico, como la aparición de dolor de *miembro fantasma* postamputación, por ejemplo.

También practicamos poco el abordaje no farmacológico en el dolor crónico: cambios en la forma de vida, la ejercitación específica, las precisas indicaciones del intervencionismo, etc.

El diagnóstico y especialmente la interpretación del dolor dependen de herramientas con sensibilidad y especificidad muy variables; las de la semiología, una capacidad frecuentemente menospreciada en la práctica médica, acostumbrados como estamos a las pantallas, los gráficos y las imágenes.

En ese marco, también son críticas las creencias de los propios médicos sobre el dolor de sus pacientes. Sus propios prejuicios y valores.

EL DOLOR Y LA POLÍTICA DE SALUD

En la Argentina la creación del Instituto Nacional del Cáncer representó un avance muy importante al desarrollar actividades vinculadas a los Cuidados Paliativos y al dolor.

Pero el desarrollo de políticas institucionales de manejo del dolor depende de múltiples abordajes sobre los que es preciso profundizar: desde la capacidad de rectoría que debe ejercer el Estado (inclusive sobre sus propios efectores...), el fortalecimiento de la capacidad de innovación y competencia de las instituciones privadas (condiciones de calidad/seguridad), el financiamiento (qué se financia y qué no, a través del presupuesto público y los recursos de la seguridad social) los precios (mercado farmacéutico y política de medicamentos) y las condiciones de accesibilidad (menos burocracia, mejor educación de los usuarios y de los equipos de salud).

La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP), promueve el derecho de todas las personas a acceder al tratamiento del dolor, sin discriminaciones, a ser informadas sobre la forma en que se lo puede evaluar y tratar, y a que ese tratamiento sea realizado por profesionales de la salud adecuadamente capacitados.

El desafío para el sistema de salud argentino no es menor, y como en otras cuestiones pendientes de nuestra salud pública requerirá integración de recursos entre los formadores de profesionales y técnicos y los centros asistenciales, acuerdos políticos sostenibles, priorización explícita de objetivos de política sanitaria, y rediscusión de la organización y el financiamiento del sistema. □

López Delgado & Asociados

estudio jurídico

DEFENSA DE LA EMPRESA MEDICA

- Prevención
- Seguros
- Capacitación
- Cobro a financiadores
- Defensa en juicio
- Contratos
- Políticas de prevención, desde la primera consulta
- Obligaciones del paciente
- Consentimiento informado
- Responsabilidad Civil y Penal
- Asesoramiento pericial

Jornadas y seminarios en la empresa - Actualización permanente
Cobro a Obras Sociales y Prepagas - Cláusulas que abrevian los litigios
Medidas cautelares

Asistencia las 24 hs.

Asesoramiento "on line"

Tucumán 978 3er. piso Buenos Aires - Tel. (11) 4326-2102/2792 Fax (11) 4326-3330
estudio@lopezdelgado.com