

Dolor crónico y atención paliativa en Costa Rica.

Chronic pain and its palliative approach in Costa Rica.

Catalina Saint-Hilaire Arce ¹✉

Filiación:

¹Centro Nacional de Control de Dolor y Cuidados Paliativos, Caja Costarricense de Seguro Social, San José, Costa Rica.

Correspondencia: ✉ Catalina Saint-Hilaire Arce, correo electrónico: catasa11976@gmail.com

Forma de citar: Saint-Hilaire A C. Dolor crónico y su atención paliativa en Costa Rica. Rev Ter. 2021;15(2):4-6

Abreviaturas: Asociación Internacional para el Estudio del Dolor, IASP.

Palabras clave: Dolor crónico, cuidado paliativo.

Key words: Chronic pain, palliative care.

Financiamiento:
Ninguno

Conflictos de Interés:
Ninguno

Fecha enviado: 05 de julio 2021.

Fecha aceptado: 12 de julio 2021.

La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor¹ (IASP por sus siglas en inglés) ha definido el dolor como una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada a daño tisular real o potencial, o descrito en términos de ese daño. Esta definición contempla un componente afectivo, lo cual nos orienta al manejo multidisciplinario e integral que debemos realizar. Además, esta definición nos sugiere que el dolor puede estar o no asociado a un daño tisular.

Adiferencia de la definición de 1979, es que reemplaza la terminología de la habilidad de la persona para describir su propia experiencia que pueda calificar como dolor, y de esta forma poder incluir a quienes no pueden expresar verbalmente su dolor, pero lo manifiestan de otras formas que se pueden interpretar como que lo tienen¹. La IASP además anota que el dolor siempre es una experiencia personal que es influenciada en diversos grados por factores biológicos, emocionales y sociales; que cada individuo aprende el concepto de dolor a lo largo de sus experiencias de vida; además, que dolor y nocicepción son fenómenos diferentes.

Se le ha dado últimamente tanta importancia al manejo del dolor, que el 03 de septiembre del 2010 se dio la Declaración de Montreal, desarrollada durante la Primera Cumbre Internacional de Dolor, donde se estableció que el acceso a manejo del dolor es un derecho humano fundamental. Se anotaba en esta Cumbre que el conocimiento sobre dolor en personal de salud es deficiente, lo cual hace que sea mal diagnosticado y mal manejado. Así mismo, el acceso a medicamentos y otras terapias no está presente en la mayoría de los países; tampoco lo está la especialidad o subespecialidad de Medicina del Dolor².

El dolor se clasifica según su duración (agudo o crónico) y características (nociceptivo, neuropático, mixto) principalmente¹. Actualmente, el dolor crónico se considera un problema de salud pública, tanto por su alta prevalencia como por su carga de enfermedad y alto costo económico. Se menciona que afecta entre un 20 a 50% de la población

general y es la principal causa de discapacidad en el mundo³⁻⁵. Entre los factores asociados se encuentran la edad, el género, estado socio económico, estilos de vida (que incluyen tabaquismo, consumo de alcohol y poca actividad física), déficit de vitamina D, múltiples comorbilidades, salud mental, desórdenes del sueño, genética, entre otros³⁻⁷.

En Costa Rica, el Centro Nacional de Control de Dolor y Cuidados Paliativos nació hace más de 30 años, primero como una “Clínica del Dolor” dentro del Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia, pero a partir de abril de 1999, la Caja Costarricense del Seguro Social le da la categoría de Centro Especializado, como un tercer nivel de atención dentro de la seguridad social, y como ente rector en este tema a nivel de la institución.

Los pacientes de dolor crónico representan el 70% de la atención que brindamos en el centro. Es por esto que hemos querido ofrecer opciones más resolutivas a los pacientes que atendemos cada día. Para esto, hemos trabajado en guías clínicas de manejo de dolor por diferentes patologías (neuralgia del trigémino, neuralgia post herpética, artrosis, síndrome de columna fallida, fibromialgia, entre otros). También hemos adaptado los criterios de inclusión de pacientes con dolor crónico, dado que anteriormente recibíamos pacientes que no habían completado estudios ni habían sido valorados por otras especialidades como Ortopedia, Reumatología, Neurología, Neurocirugía por mencionar algunas; de tal forma que el paciente que recibimos es un paciente que ha completado estudios y tiene un diagnóstico definido, lo cual es fundamental para saber el origen multifactorial del dolor y sus características, y de esta forma poder enfrentarlo. La meta es apoyar a los médicos tratantes ante situaciones en las que ha sido difícil tratar el dolor, ofreciendo un abordaje multidisciplinario. El objetivo

es reducir el sufrimiento relacionado al dolor, a través de estrategias farmacológicas y no farmacológicas.

Es por esto por lo que hemos buscado técnicas más resolutivas que, si bien se usan en el mundo desde hace varios años, resultan innovadoras en el medio nacional. Entre estas podemos mencionar la hipnosis clínica, automasaje, radiofrecuencia, analgesia intratecal, cementoplastía, y con más ideas en camino. Con esto buscamos que se disminuya la cantidad de medicamentos que se utilizan, con sus consecuentes efectos secundarios, empoderar a los pacientes en el conocimiento de su enfermedad y reconocimiento de crisis, buscando opciones más resolutivas y que den efectos beneficiosos de analgesia a más largo plazo, de tal forma que el paciente no esté consultando frecuentemente a servicios hospitalarios y pueda hacer su vida de la forma más cercana a su normalidad. Al no tener listas de espera, esta resolución se logra de forma oportuna. Esto se traduce en calidad de vida para las personas, y de manera indirecta, optimización en el uso de recursos de la institución.

Conociendo que hay patologías causantes de dolor que no vamos a poder revertir, pero que podemos aliviar, se hace más notable la frase “Guérir quelquefois, soulager souvent, consoler toujours” (curar a veces, aliviar a menudo, consolar siempre). Es una famosa máxima que, según algunos historiadores, utilizaba con frecuencia el médico francés Adolphe Marie Gubler, quien la había aprendido a su vez de Claude Bernard, y que nosotros como paliativistas hacemos palpable con nuestros pacientes cada día.

Referencias bibliográficas

1. International Association for the Study of Pain. Classification of Chronic Pain [Internet]. 2a ed. Seattle: IASP Press; 1994.

Part III: Pain Terms, A Current List with Definitions and Notes on Usage; 209-214. Disponible en: https://s3.amazonaws.com/rdcms-iasp/files/production/public/Content/ContentFolders/Publications2/ClassificationofChronicPain/Part_III-PainTerms.pdf

2. International Association for the Study of Pain. Declaration of Montreal [Internet]. Montreal; Primera Cumbre Internacional sobre Dolor, 3 de septiembre de 2010; 2018. Disponible en: <https://www.iasp-pain.org/DeclarationofMontreal>

3. Breivik H, Collett B, Ventafridda V, Cohen R, Gallacher D. Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life, and treatment. *Eur J Pain*. 2006;10(4):287-333. doi: 10.1016/j.ejpain.2005.06.009

4. Goldberg DS, McGee SJ. Pain as a global public health priority. *BMC Public Health*. 2011;11:770. doi: 10.1186/1471-2458-11-770.

5. Mills SEE, Nicolson KP, Smith BH. Chronic pain: a review of its epidemiology and associated factors in population-based studies. *Br J Anaesth*. 2019;123(2):e273-e283. doi: 10.1016/j.bja.2019.03.023.

6. Dorner TE. Pain and chronic pain epidemiology: Implications for clinical and public health fields. *Wien Klin Wochenschr*. 2018;130(1-2):1-3. doi: 10.1007/s00508-017-1301-0.

7. Dorner TE, Stein KV, Hahne J, Wepner F, Friedrich M, Mittendorfer-Rutz E. How are socio-demographic and psycho-social factors associated with the prevalence and chronicity of severe pain in 14 different body sites? A cross-sectional population-based survey. *Wien Klin Wochenschr*. 2018;130(1-2):14-22. doi: 10.1007/s00508-017-1223-x.