

Dificultades en el acceso del paciente al alivio del dolor en el primer nivel de atención: "Escala de la OMS"

Dra. *Lucila Santisteban
Lic. **Betina Gastaldo
Dra. ***Mariana Pistani
Dra. ****Silvia Dreos

Introducción

En 1982, la Organización Mundial de la Salud organizó en Milán una reunión consultiva interdisciplinaria para la elaboración de un proyecto de Alivio de Dolor en Cáncer por considerarlo un problema de salud pública tan importante como descuidado en países desarrollados como así también en vías de desarrollo.

De esta reunión surge una herramienta muy efectiva como es el uso graduado de analgésicos opioides y no opioides de manera sistemática, administrados por horario, conocido como Escalera Analgésica de la OMS¹.

La misma reúne virtudes que la hacen fácilmente aplicable en cualquier lugar del mundo, incluso por cualquier agente sanitario, garantizando el alivio del síntoma dolor en cáncer y también en otras dolencias no oncológicas.

Tiene la gran ventaja de ser eficiente, segura, práctica, reproducible, de bajo costo, de mínimos efectos adversos y de estar integrada por medicamentos que forman parte del vademécum cotidiano del médico general, exceptuando solamente a la morfina.

De los nueve millones de casos nuevos de cáncer diagnosticados en el mundo cada año, más de la mitad ocurre en países en vías de desarrollo, de los cuales por lo menos el 80% se considera incurable al momento del diagnóstico.

Si la tendencia actual continúa, se estima que para el año 2020 cerca de un millón de personas en Latinoamérica y el Caribe estarán en situación de terminalidad².

Una tercera parte de todos los tipos de cáncer son prevenibles, y otra tercera parte son potencialmente curables en la medida que sean diagnosticados en etapas tempranas o que las lesiones precursoras sean tratadas precozmente².

Dos terceras partes de esos pacientes experimentan dolor severo y sólo entre el 10 y el 30% de ellos recibe tratamiento adecuado, aun en países desarrollados.

La escala garantiza el alivio del síntoma en el 85% de los casos; además, entrena para el alivio del dolor no oncológico

en una amplia gama de patologías donde la causa del síntoma no puede ser solucionada, y el dolor pasa a ser una enfermedad en sí misma, con notable deterioro de la calidad de vida, aumento de la morbimortalidad y aun suicidio³.

Ahora bien, si disponemos de una herramienta tan sencilla para alivio del dolor:

¿Por qué no es utilizada por el médico en general, sobre todo en el primer nivel de atención, cuando forma parte del saber más básico de estos profesionales?

Ponemos el acento en el primer nivel de atención porque el paciente es tratado de su patología de base en niveles superiores de complejidad, y cuando la causa de la patología no responde razonablemente a los recursos médicos aplicados, los sitios de internación, habitualmente de agudos, tienden a externarlo; entonces el enfermo vuelve a su domicilio, donde la Escala de la OMS no es aplicada porque el médico considera que es resorte del especialista (el anestesiólogo para tratamiento del dolor y paliativista para terminalidad), y esto para nada representa el espíritu de la OMS.

En estos niveles de mayor complejidad, en muy escasas ocasiones se cuenta con anestesiólogos dedicados al tratamiento del dolor, ya sea por vía oral o mediante procedimientos intervencionistas, que solucionen un síndrome doloroso de difícil manejo, no respondedor a la Escala de la OMS.

Tampoco abundan los equipos consolidados de cuidados paliativos para pacientes en situación de terminalidad.

La OMS y la OPS tienden al desarrollo de estos equipos en todos los niveles de atención, para enfermedades avanzadas, progresivas e incurables por cáncer o no cáncer².

Pero la realidad es que pocas instituciones cuentan con ellos, por lo que se debería reservar y garantizar la derivación para aquellos pacientes con problemáticas psicosociales complejas o esquemas de control de síntomas responsables del sufrimiento físico de difícil manejo.

En las páginas siguientes pasaremos a desarrollar lo que identificamos como probables causas del problema que

* Médica Generalista a cargo del Centro de Salud "Presidente Ibáñez" del SUMS Morón (Sistema Único Municipal de Salud).

** Docente del CEBAS 28 (Centro Especial de Bachillerato para Adultos con Orientación en Salud Pública).

*** Médica Generalista a cargo del Centro de Salud "Malvinas Argentinas" del SUMS Morón.

**** Médica Anestesióloga Especialista en Medicina del Dolor y Cuidados Paliativos, a cargo de la UDH de Fundación Dolor en el Hospital de Morón. Coordinadora del Capítulo de Dolor de la FAAAAAR.

existe para que los pacientes reciban un tratamiento adecuado para el alivio del dolor, sobre todo en el primer nivel de atención.

- Contexto sanitario
- Vínculo médico-paciente / Burnout
- Mitos en relación a los opioides
- Barreras legales a la disponibilidad de opioides
- Formación médica

Contexto sanitario

Datos de la Dirección Nacional de Estadísticas de Salud del Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación muestran que en 1997 la mortalidad por cáncer ascendió a 19%, debiéndose tener en cuenta que existe habitualmente un importante subregistro.

Es decir, que la tasa de mortalidad por cáncer de la Argentina es de 1,5 muertos de cáncer cada 1000 habitantes (tasa de mortalidad general: 8 por mil)⁴. Si consideramos que el Partido de Morón contaba con 332394 habitantes (Censo 1991)⁵, podemos inferir que es esperable, en números groseros, alrededor de 500 muertos de cáncer por año. Si a esto sumamos datos referentes a dolor no cáncer, como los que muestra el actual presidente de la IASP (Asociación Internacional para el Estudio del Dolor), Sir Michael Bond, veremos que la prevalencia del problema tiene un importante impacto en la calidad de vida de la población, y ni que hablar de los costos en salud.

Él afirma que una de cada cinco personas sufre dolores crónicos de moderados a fuertes, y que el dolor vuelve a una persona de cada tres incapaz o difícilmente capaz de desarrollar una vida independiente⁶.

El Hospital de Morón cuenta con el único cargo de Dolor concursado en la República Argentina, dependiente de un Servicio de Anestesiología, a cargo de una de las autoras del presente trabajo. Las actividades de esta área, basadas en los principios de la OMS para el alivio del dolor en pacientes con cáncer y no cáncer, y en el seguimiento de la terminalidad en domicilio con principios de cuidados paliativos, comienzan en 1993. De los 1600 pacientes atendidos hasta la actualidad, 60% correspondieron a dolor oncológico y el resto al no oncológico. Para que se tenga un panorama de los especialistas en el tema, cabe mencionar que los otros dos hospitales existentes en el Municipio (Haedo y Posadas) carecen de consultorios, áreas o servicios de dolor o cuidados paliativos que funcionen de manera orgánica en la estructura del hospital, aunque cuentan con iniciativas individuales respecto al tema. Situaciones semejantes existen en el resto del país. Sólo los siguientes hospitales del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires cuentan con equipos consolidados de cuidados paliativos: Garrahan, Gutiérrez, Roffo, Tornú, Udaondo y Ramos Mejía, y en lo que a dolor se refiere, existen unidades docente-asistenciales

dependientes de la Fundación Dolor de la Asociación Argentina de Anestesiología de Buenos Aires en los hospitales Tornú, Ramos Mejía, Garrahan, Evita, San Fernando y Morón.

De dar por veraces las estadísticas antes mencionadas, en el mismo lapso de funcionamiento del Área Dolor deben haberse registrado en el municipio aproximadamente 6000 muertes por cáncer en los diez últimos años; del total de casos, 4500 pacientes (75%), según estudios de la OMS, deben haber padecido dolor de moderado a intenso, y de ellos sólo 960 enfermos llegaron al tercer nivel de atención (Hospital de Morón).

Prevalencia del dolor en el primer nivel de atención

Dos de las autoras del presente trabajo son médicas generalistas y se desempeñan en los centros de salud del Municipio, y dan su experiencia asistencial en el tema.

Los motivos de consulta más frecuentes en los centros de salud están relacionados con el sector materno-infantil o cronicidades asociadas a hipertensión, diabetes, asma o hipotiroidismo. El concepto de "enfoque de riesgo" hace que se dé prioridad para el desarrollo de actividades en salud a los grupos de población más vulnerables y propensos a enfermar y tener un deterioro en su salud, como niños menores de seis años, embarazadas, desnutridos, adolescentes o pacientes que padecen enfermedades cuyo tratamiento y control adecuado disminuye su morbilidad y progresión a discapacidades, como diabetes o hipertensión, enfocados en los conceptos de prevención primaria y secundaria.

Pero en este sentido, el Dr. Emilio Blanco, responsable del Grupo de trabajo de dolor en atención primaria de la Sociedad Española de Medicina Rural y generalista (SEMERGEN), señala que entre un 40 y un 60% de las consultas en atención primaria son motivadas por dolor de algún tipo, y que la característica del trabajo en estos centros hace que, al seguir al paciente a lo largo de toda su vida en su entorno familiar y social, el dolor sea enfocado de manera multidimensional⁷.

De hecho, datos del Programa Remediar del mes de noviembre de 2004 muestran que el dolor constituye la cuarta de las 20 causas más frecuentes de consulta en el primer nivel de atención.

Actitud del Centro de Salud ante el dolor crónico

Los centros tienen una actitud pasiva respecto del paciente con dolor o con enfermedad avanzada, progresiva e incurable (terminal), es decir que se espera que el paciente demande y no se desarrolla ningún tipo de actividad promoviendo la consulta por esta causa. No es prioridad en estos centros la prevención terciaria, que sería la rehabilitación una vez que el daño se produjo, como puede ser el enfoque fisiátrico de un ACV, como así tampoco el dolor y la termi-

nalidad, en parte porque no existen los suficientes recursos humanos y materiales para hacerlo.

No se consideran como propias las enfermedades causantes de dolor crónico por considerar que no forman parte de las incumbencias de ese nivel de atención. Sin embargo, por el tipo de vínculo médico-paciente de estos centros, se acompaña el sufrimiento del enfermo y su familia, aunque el cáncer no se trate en la salita. Nos cuestionamos con qué nivel de impotencia pueden hacerse cargo de ese acompañamiento estos profesionales si no pueden solucionar la causa más inmediata de sufrimiento, en la que el dolor aparece como paradigmático.

Escala de la OMS para alivio del dolor

Creemos por nuestra experiencia que la mayoría de los médicos que trabajan en el primer nivel de atención desconoce la Escala de la OMS y considera que los opioides deben ser prescritos por especialistas. El resultado es un vacío asistencial en el que queda el paciente solo con su dolor. Ello se explica por el déficit en la formación en el pregrado con relación a la posibilidad de adicción y los mitos que existen sobre los opioides, que nunca terminan de desmitificarse, razón por la cual esos médicos deciden no utilizarlos en la práctica diaria. Nos parece que les asusta la palabra morfina y consideran que su administración es complicada y que su costo es inaccesible para una población desprovista de cobertura médica o para personas carenciadas.

Piensan que existe una actitud apropiadora del conocimiento y poco habilitadora por parte de los especialistas hacia el médico del primer nivel de atención, lo que dificulta el alivio del dolor en el paciente. La falta de organización y el distanciamiento en general que existe en el sistema de salud entorpece la posibilidad de trabajar en forma coordinada entre el especialista y el primer nivel. La coordinación entre estos niveles de atención permitiría descentralizar el tratamiento de manera supervisada, dado que el paciente es uno solo, y no debiera ser fragmentado para acomodarlo a las ineficiencias del sistema.

El médico generalista ante el sufrimiento

Los médicos del primer nivel están inmersos todos los días en el sufrimiento de sus pacientes: pobres condiciones de vida, violencia, abusos, injusticias y otros aspectos de índole social que hacen que la calidad de vida que llevan sea muy inferior a la deseada. Ellos no están acostumbrados a lidiar con el dolor físico, les afecta el padecimiento crónico que no pueden eliminar o al menos mejorar, y les provoca una gran carga de angustia tratar a un paciente con dolor crónico. Piensan que esto tal vez tenga que ver con un prejuicio basado en la falta de experiencia, dado que en encuestas efectuadas en el primer nivel de atención de España o Canadá a profesionales que llevan a cabo programas de

cuidados paliativos y tratamiento del dolor crónico, los médicos informaron sentir una gran satisfacción por el alivio que les brindan a sus pacientes⁸.

En función de la experiencia, los médicos del primer nivel reconocen que les cuesta estar en contacto con la muerte y por eso eligen trabajar cerca de la gente y lejos del hospital. Coinciden en afirmar que la formación del pregrado pone al médico en un lugar muy omnipotente en relación con la muerte, y no enseña a considerar al otro como sujeto. Paradójicamente estos conceptos tienen que ver con la medicalización de la muerte en nuestra cultura, ya que morir es un hecho humano y no médico⁹. Si acordamos que los sitios de internación son de agudos, la muerte no debiera ocurrir en ellos si los síntomas responsables del sufrimiento físico, como el dolor, estuvieran adecuadamente tratados en el domicilio. Finalmente, consideran que la deficiencia en el abordaje del dolor en el primer nivel de atención se debe a una suma de causas como son el desconocimiento, los miedos, los prejuicios, la hegemonía médica, la ausencia de articulación entre los distintos niveles de atención y el rechazo del personal sanitario a la muerte. El dolor crónico necesariamente forma parte de las incumbencias de este nivel, dado que por definición la atención es integral y general para todas las personas desde antes de su nacimiento hasta su muerte. Por otra parte, el vínculo médico-paciente⁷ y la relación con la familia es mucho más estrecha, y en los centros de salud, el equipo, como profilaxis del burnout, existe de hecho.

Todos estos tópicos, que surgen de la observación directa de los actores del problema, son desarrollados de manera más extensa en las páginas que siguen.

Vínculo médico-paciente

Es sabido que la presencia del médico puede llegar a funcionar como la principal medicina para el paciente. También es reconocido el impacto (positivo o negativo) que el vínculo médico-paciente tiene sobre la persona que padece¹⁰.

Esto que el médico ejercía de manera empírica en el pasado se encuentra hoy absolutamente condicionado de manera negativa por distintas causas, dentro de las que sobresalen, de manera particular, la situación del ejercicio de la profesión y la formación médica, que abordaremos luego. Con respecto a la entrevista médica, está descrito que los tiempos de consulta son cada vez menores, y que los pacientes no solo no son escuchados sino ni siquiera mirados, con tiempos promedio de cinco minutos de consulta; y eso que estamos hablando de países desarrollados, como por ejemplo el sur de España, y en el primer nivel de atención¹¹.

Está visto que el paciente dice lo que le preocupa en el primer minuto de entrevista¹² y es controlado por el médico en los primeros 15 segundos¹³. Si a esto sumamos que el vínculo se ha tecnologizado, privilegiando el principio de

eficacia, desalojando la palabra de la entrevista hasta excluir-la y reemplazando el signo por encima del síntoma, tenemos el escenario de la absoluta pérdida de empatía¹¹.

Por otra parte, la "proletarización" del médico, subocupado, con bajos salarios, y del paciente, por políticas de ajuste, ha determinado la aparición de violencia creciente en el vínculo. Esto se observa menos en especialidades médicas que en el primer nivel de atención. Esta pérdida en la asimetría de poder que el médico ejercía, a priori, beneficiosa para el enfermo, no hizo que éste adoptase conductas más activas involucradas en la prevención, la toma de decisiones y el cuidado de sí mismo y de su entorno¹¹. Muy por el contrario, ha "judicializado" la relación, con distancia vincular creciente y notorio aumento de los juicios de mala praxis.

En este escenario, la prescripción de opioides potentes para el alivio del dolor por el médico general aparece, por lo menos, como bastante difícil si sumamos los mitos con relación a la morfina y la disponibilidad de opioides, dado que implican un nivel de compromiso por parte del médico complicado de imaginar en esta situación.

Pensamos que lo que finalmente rescata este compromiso es lo vocacional, que comprende la aptitud especial para una profesión o carrera. En su sentido original es religioso, ya que vocación es la inclinación con la que la Providencia predestina a alguien a desempeñar un papel determinado en la vida religiosa. La palabra religión, en su sentido más amplio, deriva al término religare (unir), unión entre los hombres y Dios, o sea que en algún punto la vocación se relaciona con la experiencia mística, que implica una vivencia de placer a través de una conexión total que trasciende lo humano. Si esto es así, debemos buscar en la historia de nuestro desarrollo el origen de esta experiencia de placer, que es válido para cualquier actividad. No cabe duda que realizar diariamente tareas que no producen placer puede causar perturbaciones emocionales serias. Y tratándose del personal de salud, a esto le debemos agregar otro ingrediente de capital importancia: no es lo mismo realizar a disgusto un trabajo de oficina, donde se operan máquinas o números, que una ocupación en la que se trabaja con personas que padecen o que deben cuidarse para no enfermar o sufrir¹⁰.

En lo que a la vocación del personal de salud se refiere, distinguimos dos aspectos: el interés y la curiosidad por el funcionamiento del cuerpo o la mente y la vocación de servicio. Ésta implica la capacidad de sentir placer cuando se ayuda a alguien a ser feliz, y representa psicológicamente aspectos reparatorios, como la salida del dolor por una pérdida y su elaboración para transformarla en productiva. Otro ejemplo son los aspectos técnicos del profesional, que transformados en capacidad técnica aportan al paciente el profundo deseo de aliviarlos apoyado en el placer producido por ese vínculo humano.

Surge así la vocación como lo que permite realizar con placer el trabajo de cada día y experimentar en él un estado

de plenitud, paz y satisfacción. Este tipo de éxito es independiente del prestigio. El placer en la tarea se presenta cuando descubrimos la causa de un padecimiento y podemos hacer algo preciso para aliviar al otro; cuando en acciones de prevención primaria sabemos que estamos promoviendo la salud; cuando en la consulta recibimos el agradecimiento por haber resuelto un problema; cuando escuchamos al otro.

Ahora bien, estos aspectos reparatorios de lo vocacional y el espíritu científico deben estar presentes con cuidado equilibrio. Cuando este equilibrio comienza a desdibujarse y se pierde, el burnout es el síntoma, o la entrada al cono de sombra del profesional "quemado psicoemocionalmente", lo que podríamos llamar como lo insalubre de trabajar en salud, y aparecen en primer plano los aspectos de salud del equipo de salud.

El síndrome de Burnout se define como una respuesta a un estrés emocional crónico cuyos rasgos principales son el agotamiento físico y psicológico, actitud fría y despersonalizada en relación con los demás y un sentimiento de inadecuación con las tareas que deben realizarse. Hay una pérdida de motivación para involucrarse creativamente, pero no es un punto estático de no retorno ni un estado terminal.

El personal sanitario se encuentra atravesando situaciones muy complejas en este sentido, asociadas con las condiciones laborales, lo que queda reflejado por las tasas de suicidio tres veces superior al resto de la población general, las de cirrosis también tres veces superiores y los accidentes de tránsito dos veces mayores. Las tasas más altas de suicidio y farmacodependencia, tema que abordamos más adelante, se encuentran entre psiquiatras y anestesiólogos, con respecto al resto de la población médica¹⁴.

Como vemos, esta situación supone riesgos directos para la salud del profesional, pero también perjudica al enfermo, ya que justamente una de las consecuencias es la distancia interpersonal que el burnout impone, perjudicando el vínculo médico-paciente, razón por la que tomamos el tema en este trabajo, en el marco de las distintas causas que consideramos interfieren en el compromiso que conlleva la empatía con el enfermo para escuchar su dolor, físico y emocional.

La profilaxis del burnout se funda en aspectos individuales e institucionales. En el primer caso tenemos la resiliencia, que tiene que ver con la capacidad individual del sujeto de sobreponerse a situaciones adversas e incluso a sacar beneficio de ellas¹⁴. En lo institucional, tenemos que el sujeto no piensa solo, sino inmerso en condiciones socio-institucionales; su herramienta básica es el lenguaje, como vehículo de significados, y el contexto es el grupo. Aprender a trabajar en equipo requiere espacio y tiempo, eliminar ruidos personales y grupales, reconocer al otro y a los patrones de interacción, consolidar el grupo e identificarse con la tarea en común. Las relaciones interpersonales son redes de unión verdadera y comportamiento solidario¹⁴. En la institución actual los espacios se desdibujan y los tiempos no

son humanos. A las instituciones las ponen en marcha sus propios recursos y uno de sus pilares básicos son los recursos humanos, que se encuentran en burnout.

Mitos en relación a los opioides

Los pacientes pueden ser renuentes a informar su dolor asumiendo que es inevitable, subestimando su importancia o considerando que el uso temprano de analgésicos opioides hará con que dejen de ser efectivos cuando el dolor se incrementa.

Existe además en el inconsciente colectivo la idea del sufrimiento como pena o castigo (dolor en inglés: pain: "poena": pena o castigo)¹⁵.

Tanto pacientes como médicos tienen una serie de mitos sobre la morfina que limitan su prescripción y transfieren de boca a boca.

"Se hará drogadicto"

Los principales centros de dolor del mundo carecen de registro significativo de abuso de opioides prescritos en pacientes de alto riesgo medicados por años, aun por dolor no oncológico¹⁶. El estudio realizado en la Universidad de Boston sobre 11882 historias clínicas de pacientes que habían usado morfina por vía oral para dolores de diversa etiología demostró que ninguno de ellos tenía antecedentes de abuso de drogas y sólo hubo problemas con un paciente.

En la Universidad de Wisconsin y en el New York Hospital se estudiaron 10000 enfermos quemados a los que se les suministró morfina, y sólo 22 tuvieron problemas posteriores (todos ellos con antecedentes de abuso de drogas)¹⁷.

Según una encuesta del SEDRONAR (Secretaría de lucha contra la adicción y el narcotráfico), dependiente del Ministerio de Salud de la Nación, el 75% de las personas que habían hecho abuso de sustancias en el mes anterior había utilizado alcohol. El 1,2% había consumido medicamentos fuera de la prescripción legal y sólo el 0,1% opioides¹⁸.

"La morfina es sólo para pacientes terminales"

Ningún libro de farmacología dice que la morfina es sólo para pacientes terminales o con cáncer. Es descrita como un analgésico potente para dolores intensos¹⁹.

"La morfina que se tiene en una casa o en la farmacia será robada"

El mercado de sustancias ilegales para consumo no incluye la morfina. El decomiso de morfina en el año 2001 en Argentina, como parte de la tarea del Estado contra el abuso, fue CERO²⁰.

"El paciente usará la morfina para suicidarse"

No existe registro de esto, y el índice de suicidios en pacientes con cáncer no es mayor que en la población general; por el contrario, los pacientes con SIDA y dolor tienen el doble de ideación suicida (40%) que los que no tienen dolor (20%). La Unidad de Cuidados Paliativos de Gran Canaria dio a conocer tres casos de suicidio en sus 5391 pacientes atendidos, y ninguno de ellos utilizó morfina²¹.

"La morfina por vía oral es inefectiva"

Debido a la mala absorción de la morfina por vía oral, se hace necesario duplicar o triplicar las dosis, lo que sorprende a médicos o enfermeras no vinculados de manera habitual con su utilización.

Existen equivalencias descritas para la administración de la morfina por vía oral, subcutánea o parenteral.

Según la experiencia de una de las autoras del presente trabajo en el Hospital de Morón, y según estadísticas internacionales, las dosis diarias promedio de morfina oral es de 100 mg/día²¹.

"La morfina produce euforia"

Generalmente se confunde la euforia con la sensación de bienestar que experimenta el enfermo al ser aliviado de su dolor.

"La tolerancia se desarrolla rápidamente y al final la morfina no es efectiva"

En efecto, con la morfina se produce el fenómeno de tolerancia, lo que quiere decir que habrá que aumentar paulatinamente la dosis para obtener el mismo efecto analgésico, pero justamente carece de dosis techo (dosis máxima a partir de la cual el medicamento ya no es efectivo).

De cualquier manera, la principal causa del aumento de las dosis es generalmente la progresión de la enfermedad de base causante del dolor²².

"La morfina provoca depresión respiratoria"

Prácticamente carece de sentido en el uso oral. De cualquier manera, el dolor actúa como antagonista fisiológico de los efectos depresores centrales de la morfina. Esto ha sido demostrado en voluntarios con dolor experimental²².

Barreras legales a la disponibilidad de drogas opioides en Argentina y el mundo

La OMS utiliza los informes sobre morfina como un indicador amplio de progreso para medir los avances en el manejo del dolor por cáncer²³.

Durante los últimos veinte años, desde la creación de la Escala Analgésica de la OMS, el consumo mundial de opioides lícitos ascendió a 240 toneladas en el mundo, de los cuales el 75% corresponde a la codeína.

Además:

- 86% del consumo global de morfina se efectúa en 10 países altamente desarrollados: Estados Unidos, Canadá, Australia, Japón, Francia, Alemania, Reino Unido, Dinamarca, Suecia y Austria²³. El consumo medio de morfina en esos países fue de 31 gramos por cada 1000 habitantes (JIFE)
- el 14% restante se consume en 67 países
- 1% corresponde a Latinoamérica²³
- 51 países en el mundo no tienen consumo registrado de morfina
- 9 corresponden a Latinoamérica

Esto ocurre a pesar de que la morfina forma parte del Programa de medicamentos esenciales de la OMS y a que los gobiernos tienen la obligación de proveerla.

Ahora bien, los resultados son paradójales: economías semejantes tienen diferencias muy significativas en el consumo, y países con ingresos altos per cápita o alta incidencia de cáncer presentan consumos bajos (JIFE).

Las restricciones legales pueden variar mucho de país a país, y los gobiernos son responsables de aplicar las recomendaciones de los tratados internacionales de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (JIFE).

Este es un organismo independiente de los gobiernos creado en 1961 e integrado por 13 miembros elegidos por Naciones Unidas, que lo financia, de una lista proporcionada por los gobiernos¹⁰ y la OMS³.

Estos tratados pretenden garantizar el balance entre las necesidades médicas y el tráfico (potencial de abuso).

La OMS define como estupefaciente a "toda sustancia que introducida en el organismo produce cambios en la percepción, las emociones, el juicio o el comportamiento, y es susceptible de generar en el usuario una necesidad de seguir consumiéndola".

La finalidad de la fiscalización es prevenir el abuso y el tráfico, pero no disminuir la utilidad terapéutica de los opioides ni interferir en sus usos médicos legítimos ni en la asistencia del enfermo.

El resultado de los esfuerzos conjuntos de este organismo y la OMS es que el consumo con fines médicos es prácticamente igual a la producción total a escala mundial.

Cada gobierno tiene derecho a imponer medidas más restrictivas para impedir la desviación de opioides para usos indebidos, siempre y cuando no obstaculice la disponibilidad.

Como mencionamos anteriormente, el decomiso de morfina en el año 2001 en Argentina, como parte de la tarea del Estado contra el abuso, fue CERO²⁰.

A pesar de esto, los funcionarios de los organismos de control, y aun los farmacéuticos, condicionan la prescripción de opioides a la farmacodependencia de sustancias psicoactivas por los profesionales sanitarios.

Esta comprende el abuso, la adicción y la dependencia química, y es un tema que preocupa por el aumento de casos observados según las condiciones actuales del sistema sanitario, lo que, como ya hemos comentado, determina la aparición de burnout.

Se describe la existencia de predisposición genética para la farmacodependencia, basada en los circuitos dopaminérgicos, además de los condicionantes de la historia personal y familiar.

En el caso de abuso no existe compulsión, y el problema puede ser superado sin ayuda profesional, mientras que en la adicción la conducta compulsiva lleva a la pérdida de control para obtener la sustancia, a pesar de las consecuencias adversas.

La dependencia química es la utilización continua e incontrolada de sustancias que modifican el humor y el comportamiento, con graves consecuencias²⁴.

Es evidente que la población de mayor riesgo al respecto corresponde a los anestesiólogos, por la facilidad en la disponibilidad de los fármacos opioides inyectables, ascendiendo al 1,7% de los especialistas en Latinoamérica y cifras más o menos semejantes en Estados Unidos.

Estadísticas de este último país muestran que sólo el 3% del total de médicos son anestesiólogos. Sin embargo, del 12 al 14% de los que se encuentran tratados por farmacodependencia corresponden a esta especialidad, siendo el 50% menores de 30 años, mayormente residentes, y su fármaco de elección el fentanilo en dosis de hasta 100 ml diarios, y el sufentanilo en 20 ml diarios, ambos con serios riesgos de sobredosis²⁴. De esto surge que la especialidad más en riesgo de farmacodependencia no utiliza morfina para ello, argumento utilizado por los funcionarios para favorecer las medidas restrictivas a la prescripción.

El 85% de los anestesiólogos en programas de recuperación indicaron que el hecho de tener la droga a su alcance influyó en la elección de la especialidad²⁴.

Sin embargo, la mayoría de las barreras legales que interfieren con el uso lícito de los opioides son el resultado de restricciones suplementarias que resultan de interpretaciones erradas de los tratados internacionales.

Es posible que el personal sanitario se muestre renuente a prescribir, almacenar o dispensar opioides si piensa que existe la posibilidad de que su licencia profesional sea suspendida o revocada por las autoridades del gobierno en los casos en que suministre grandes cantidades de opioides a una sola persona, aun cuando se pueda comprobar la necesidad médica de la prescripción (OMS).

- La pena máxima registrada en el mundo por no respetar los requisitos legales fue de 22 años de prisión, y la multa máxima fue de un millón de dólares (sic).

- La ley 23737 (art. 12) de la República Argentina, todavía vigente, dice que:
"será reprimido con prisión de 2 a 6 años y multa de 600 a 12000 australes:
Al que preconizare o difundiere públicamente el uso de estupefacientes o indujere a otro a consumirlos
Al que usare estupefacientes con ostentación y trascendencia al público"²⁵.

En nuestro país, las principales barreras a la prescripción son:

- Múltiples recetarios por distritos o provincias.
- Acceso pago a los mismos (\$ 5 a \$ 45).
- Prescripción del opioide por no más de 10 días (al igual que Colombia, México y Perú prescripción para no más de 24 horas).
- Escaso número de recetas por recetario (10 a 50).
- Tramitación inicial del profesional, muchas veces a varios kilómetros de su domicilio o lugar de trabajo (Córdoba).
- Retiro ulterior por agentes de propaganda médica con el consiguiente compromiso ético.
- Uso hospitalario de recetarios personales a costo del profesional.

Educación en salud

Varios informes demuestran que los profesionales de la salud no reciben educación en el manejo de dolor, ya que la terapia analgésica requiere conocimientos y desmitificación²⁶.

Si tomamos en cuenta lo que Farreras Valentí decía en 1967 con relación a la morfina, y considerando que es uno de los textos básicos del pregrado en nuestro país, entenderemos muchos de los mitos que existen sobre los opioides entre los médicos, y por ende en los pacientes:

"La morfina es el alcaloide más tóxico del opio. No pocos médicos se suicidan con ella. El morfínismo crónico incide sobre todo en psicópatas, médicos, enfermeras y enfermos capaces de simular con refinamiento enfermedades orgánicas para recibir un opioide, aunque sea a costa de una operación. Muchos vienen con cicatrices de laparotomías y es frecuente que simulen cólicos hepáticos, pancreatitis crónica y síndrome hombro-mano. Se hieren para que la orina o los esputos aparezcan teñidos de sangre, se producen meteorismo tragando aire. Contraen la pared del abdomen para imitar la defensa muscular. Tienen muchas cicatrices a menudo pigmentadas de las inyecciones, miosis y contractura en flexión de las articulaciones metacarpo-falángicas. Están muy delgados y envejecidos precozmente"²⁷.

Esto muestra cómo los responsables de la prescripción han recibido información absolutamente prejuiciosa, por no decir lindante con la paranoia, respecto del paciente y su dolor.

Con relación a este tema, la OPS plantea la distancia o el desencuentro que existe entre los conocimientos adquiridos en las universidades de pregrado y los servicios de salud en donde se lleva a cabo el ejercicio de la profesión²⁸.

La educación del pregrado sólo capacita para comenzar una carrera o empleo, y frecuentemente no se toma en cuenta el potencial educativo de la situación de trabajo que "forma" o "deforma", pudiendo "impedir" procesos formativos al cristalizarse como un estado de repetición de prácticas, o acelerarlos si se transforma en un proceso donde se toman los problemas como motores²⁹.

"Problema" es la brecha entre la realidad y lo esperado por el observador (Rovere) y la "problematización" no es ajena al sujeto que se problematiza (subjetividad)³⁰.

El aumento de saberes tecnologizados y aislados de prácticas concretas (poder experto) dificultan y obturan el trabajo en equipo, como así también la dimensión humana del trabajo en salud, no garantizando el desarrollo de responsabilidad.

Podríamos decir que esto es lo que ocurre con el médico general, como mencionamos en párrafos precedentes, con relación a que estos poderes expertos (anestesiólogos y paliativistas) permiten conductas repetitivas de "no ver" de manera cotidiana a pacientes con dolor crónico o terminales.

En párrafos precedentes nos hemos referido a cómo hoy los pacientes no son "mirados"¹¹ y también hemos visto que se considera que la demanda de dolor en el primer nivel de atención asciende al 60% en España, cifras que no deben ser muy diferentes a las de nuestro sistema sanitario.

Pero como ya comentamos, esto no es el "espíritu de la Escala de la OMS": ella fue diseñada para cubrir la necesidad del 80% de los pacientes con dolor de moderado a intenso, pudiendo ser aplicada por cualquier agente sanitario.

Instalar el problema de que la escala forma parte del saber médico cotidiano produce necesariamente un desajuste entre el comportamiento (acción) y las expectativas (pensamiento) del sujeto³¹.

Reflexión

El modelo multidimensional de la OMS define como calidad de vida a la percepción del individuo de su posición en la vida en el contexto de la cultura y el sistema de valores en el que vive, en relación con sus metas u objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones.

Es el paciente el que define prioridades en su vida en el marco de un modelo de salud más distante de la enfermedad que el actual³².

En este contexto sanitario, respetar el protagonismo de ese "otro" sufriente y doliente es también rescatarnos a nosotros mismos.

Bibliografía

1. World Health Organization. Cancer Pain Relief. Geneva: WHO, 1986.
2. De Lima L. "Políticas en el manejo del dolor por cáncer y cuidados paliativos: Recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud y situación actual en Latinoamérica y el Caribe". Enlace OMS/OPS. Centros colaboradores. University of Texas. MD, Anderson Cancer Center. Houston, Texas USA. 2001: pág. 2.
3. Fisher BJ, Haythornwaite JA, Heinberg LJ, Clark M, Reed. "Intento de suicidio en pacientes con dolor crónico". Pain 1989: pág. s 199-206.
4. Matos E, Loria D. "Atlas de Mortalidad por Cáncer en Argentina 1997-2001". Buenos Aires. 2003: pág. 12 (Ministerio de Salud de la Nación, Instituto de Oncología Angel H. Roffo, Fundación Bunge y Born, CPO Piemonte).
5. Der R y Bueno D. "Morón, salud para todos" ¿o más de lo mismo? Capítulo 1. Situación general: pág. 11.
6. "Celebrada la primera edición del Día Mundial contra el Dolor". <http://www.intramed.net>. Actualidad Científica. Noticias Médicas. 25/10/2004.
7. <http://www.canaldefarmacia.com>
8. McWhinney IR, Stewart MA. "Home care of dying patients. Family physicians' experience with a palliative care support: Home care of dying patients. Family physicians' experience with a palliative care support team". Can Fam Physician. Journal Article. Feb 1994. 40:240-6.
9. Dreos S. "Dolor, cuidados paliativos y asistencia domiciliar en el hospital de Morón. Estudio observacional entre los años 1993 y* 2000". Rev. Arg. de Anestesiología. Vol 58 (5): 286. Septiembre-octubre 2000.
10. Ricon L, Di Segni S et al. "Problemas en el campo de la salud mental" Cap.25. La vocación del personal de salud. Ed. Paidós. Psiquiatría, Psicología y Psicopatología. 1ª edición, 1991.
11. Menéndez EL. Relación médico-paciente. (CIESAS, México) 2004. (Buenos Aires).
12. Twycross R. Cuidados paliativos. 2003. (Buenos Aires).
13. Lassauniere J. Red de cuidados paliativos en París. 2004 (Buenos Aires).
14. "El sistema de salud y el desgaste profesional". Jornadas del Colegio de Médicos. Distrito III. 2004 (Morón).
15. De Lima L. "Políticas en el manejo del dolor por cáncer y cuidados paliativos: Recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud y situación actual en Latinoamérica y el Caribe". Enlace OMS/OPS. Centros colaboradores. University of Texas. MD, Anderson Cancer Center. Houston, Texas USA. 2001: pág. 11.
16. Leone F. "Guía para la prescripción de opioides". Buenos Aires. Ediciones Médicas Internacionales. 2004. pág. 73.
17. Gómez Sancho M. "Medicina paliativa en la cultura latina". España. Editorial Arán. 1999. pág. 589.
18. Leone F. "Guía para la prescripción de opioides". Buenos Aires. Ediciones Médicas Internacionales. 2004. pág. 71.
19. Goodman Gilman A. "Las bases farmacológicas de la terapéutica". Buenos Aires. Editorial Panamericana 1990. pág. 494.
20. Leone F. "Guía para la prescripción de opioides". Buenos Aires. Ediciones Médicas Internacionales. 2004. pág. 71.
21. Gómez Sancho M. "Medicina paliativa en la cultura latina". España. Editorial Arán. 1999. pág. 590.
22. Gómez Sancho M. "Medicina Paliativa en la Cultura Latina". España. Editorial Arán. 1999. pág. 593.
23. De Lima L. "Políticas en el manejo del dolor por cáncer y Cuidados Paliativos: Recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud y situación actual en Latinoamérica y el Caribe". Enlace OMS/OPS. Centros colaboradores. University of Texas. MD, Anderson Cancer Center. Houston, Texas USA. 2001: pág. 6.
24. Calabrese G. "Visión actual de la farmacodependencia en anesthesiólogos". Rev. Arg. de Anestesiología. Vol.62 (2). Marzo-Abril 2004: 106-113.
25. De Lima L. "Políticas en el manejo del dolor por cáncer y cuidados paliativos: Recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud y situación actual en Latinoamérica y el Caribe". Enlace OMS/OPS. Centros colaboradores. University of Texas. MD, Anderson Cancer Center. Houston, Texas USA. 2001: pág. 8.
26. De Lima L. "Políticas en el manejo del dolor por cáncer y cuidados paliativos: Recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud y situación actual en Latinoamérica y el Caribe". Enlace OMS/OPS. Centros colaboradores. University of Texas. MD, Anderson Cancer Center. Houston, Texas USA. 2001: pág. 9.
27. Farreres Valentí P. "Medicina Interna". Barcelona. Editorial Marín. 1967. pág. 1171-1172.
28. Roschke MA, Haddad J, Davini MC. "Educación permanente en salud". OPS. Washington 1994. pág. 110.
29. Roschke MA, Haddad J, Davini MC. "Educación permanente en salud". OPS. Washington 1994. pág. 113.
30. Roschke MA, Haddad J, Davini MC. "Educación permanente en salud". OPS. Washington 1994. pág. 115.
31. Roschke MA, Haddad J, Davini MC. "Educación permanente en salud". OPS. Washington 1994. pág. 119.
32. Dreos S. "Calidad de vida en cuidados paliativos. Cómo cuantificarla". Rev. Arg. de Anestesiología. Vol 59 (6). Noviembre-diciembre 2001. pág. 423-429.

Aceptado: 12/04/05

Dirección postal: Fundación Dolor, Fragata
Presidente Sarmiento 541, (1405) Buenos Aires.
E-mail: fundaciondolor@fibertel.com.ar