

Interdisciplinariedad en la Clínica de Alivio del Dolor

TIBERIO ALVAREZ

El carácter multidimensional y subjetivo del dolor, la dificultad para evaluarlo adecuadamente y los múltiples tratamientos disponibles para su alivio, justifican conformar equipos interdisciplinarios para mejorar la calidad de vida del paciente y su familia. La filosofía del trabajo integrado se basa en la responsabilidad que tiene cada profesional de trabajar por la comunidad; en la solución de los problemas desde un punto de vista global; en la percepción del ser humano como unidad indivisible y en el convencimiento de que todo tratamiento debe darse en forma integrada. En este artículo se describe y analiza la experiencia de la Clínica para el Alivio del Dolor, en Medellín.

PALABRAS CLAVE
ALIVIO DEL DOLOR
CUIDADOS PALIATIVOS
MANEJO INTERDISCIPLINARIO

INTRODUCCION

Con los avances científicos y las experiencias alcanzadas en la asistencia a los pacientes con dolor o en fase terminal se ha llegado al con-

senso de que se requiere una aproximación integral, científica y humanizada del paciente y su familia. Esto se explica por las características multidimensionales del dolor y el sufrimiento y por el desarrollo de diferentes terapias farmacológicas o no, que han dado nueva luz para comprender y manejar el problema. Por ello se han creado equipos humanos multi, inter y transdisciplinarios con la meta final de lograr una mejor calidad de vida del paciente que sufre.

Hasta el momento no existe una droga, una técnica, un método o una terapia aceptados universalmente para aliviar el dolor y el sufrimiento; por el contrario: a pesar de tantos avances, ellos siguen presentes. Las causas son variadas: el desarrollo científico y tecnológico no ha logrado que se controle el dolor y, además, parte de lo conocido se utiliza mal por ignorancia o poco interés o porque las entidades encargadas de formar el personal de la salud no lo consideran importante; también a causa de la incomunicación entre las personas dedicadas al estudio y asistencia de estos pacientes, lo que explica la

DR. TIBERIO ALVAREZ, Profesor Titular, Sección de Anestesiología y Reanimación, Departamento de Cirugía, Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia. Director de la Clínica de Alivio del Dolor y Cuidados Paliativos, Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia y Hospital Universitario San Vicente de Paúl, Medellín, Colombia.

poca atracción del campo de la dolorología y la paliatología. "El carácter multidimensional del dolor, la dificultad para evaluarlo y la multiplicidad de los posibles tratamientos, sugieren la complejidad del manejo adecuado y refuerzan la idea de que los profesionales de la salud deben colaborar y compartir sus conocimientos y experiencias en el manejo del dolor. Existen también papeles importantes para el paciente con dolor y su familia en la determinación del curso del tratamiento y en ser partícipes de su asistencia. Los principios éticos y legales establecen que cada persona con dolor tenga influencia en las decisiones sobre su tratamiento; de allí la necesidad de que cada paciente esté bien informado de su problema para que las decisiones sean oportunas y significativas" (1). Con base en lo anterior este artículo explica algunos aspectos generales de lo que es y significa el trabajo interdisciplinario en el alivio del dolor, partiendo de su origen multidimensional, y describe la experiencia alcanzada en la Clínica de Alivio del Dolor y Cuidados Paliativos de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia y el Hospital Universitario San Vicente de Paúl, de Medellín.

DEFINICION

Equipo interdisciplinario es el conformado por profesionales de la salud y por voluntarios que interactúan entre sí y con el paciente y su familia con el propósito de asistirlos integralmente, buscando una mejor calidad de vida para quien sufre dolor. "Trabajo interdisciplinario es la integración de diferentes profesionales para desarrollar una acción conjunta en la atención de un problema de acuerdo a sus características y prioridades" (2). En este sentido se puede decir que el equipo que atiende a los pacientes con dolor es un sistema "porque posee un conjunto interactuante de personas que comparten el mismo objetivo y actúan en un espacio y tiempo según la estructura resultante de su dinámica, y en el cual las conductas se relacionan con la definición de la situación global en la que están involucrados" (3).

En este tipo de trabajo se prefiere la **Interdisciplinariedad** que significa integración, trabajo mancomunado y asistencia basada en las necesidades y condiciones del paciente y no propiamente en el interés científico o académico del dolor. Es una asistencia humanizada. Es la aplicación integral de los conocimientos de diferentes profesionales a la solu-

ción de la problemática del paciente. En esta forma de trabajo hay coordinación, convergencia e integración; no hay sobrevaloración de ningún integrante ni trabajo individualizado ni omnipotencia: "un profesional aislado prestará servicios a individuos también aislados y su acción no producirá ningún cambio; trabajará sobre efectos y no sobre causas, sin trascender el mero asistencialismo. Un profesional que trabaja en equipo prestará servicios a individuos insertos en grupos; atacará, más que la enfermedad, los factores que la generan. No esperará los problemas detrás de su escritorio, protegido en su despacho u oficina; saldrá a buscarlos, penetrando en la comunidad donde se gestan. Estará al servicio de los usuarios y no al de su propio prestigio..." (3).

Multidisciplinariedad, a diferencia de la anterior, implica número de profesionales, muchos de ellos de gran valía intelectual, pero no necesariamente integración ni solución de problemas con base en las necesidades del paciente. Hoy se habla de **transdisciplinariedad** para indicar el trabajo integrado entre grupos de diferentes instituciones que tienen objetivos comunes.

FILOSOFIA

Los principios filosóficos de un grupo interdisciplinario se fundamentan en que cada profesional acepta su responsabilidad ante la sociedad (4); en la necesidad sentida de que los problemas del hombre se resuelvan desde sus raíces y en forma continuada; en la percepción del ser humano como unidad total y en el convencimiento de que el tratamiento profesional debe prestarse en forma integrada.

PRINCIPIOS Y FUNCIONES

El equipo interdisciplinario debe tener en cuenta los siguientes principios y funciones (2):

1. Definición y jerarquización de los objetivos de trabajo.
2. Adecuación de los objetivos a las necesidades de la comunidad.
3. Respeto y valoración de la labor que desempeña cada integrante del equipo.
4. Establecimiento de límites para la acción que desempeña cada miembro.
5. Jerarquización de las funciones de acuerdo a las características del trabajo establecido. El equipo debe tener un coordinador.

6. Sentido de pertenencia al grupo.
7. Establecimiento de un ritmo de trabajo.
8. Coordinación con otros grupos e instituciones.
9. Organización de programas de autocapacitación.

INTERROGANTES SOBRE LA ASISTENCIA INTEGRADA AL PACIENTE CON DOLOR

En el seminario sobre aproximación integrada en el manejo del dolor (1) organizado por el Instituto Nacional de Salud de los EE. UU. en 1986, se aceptó por consenso el significado de integración como "la aproximación más efectiva en el uso de terapias farmacológicas o no para los pacientes con dolor" y se discutieron los siguientes interrogantes en relación con el manejo interdisciplinario de los pacientes con dolor:

¿Cómo puede evaluarse el dolor?

Su evaluación es difícil por ser multidimensional y subjetivo; puede describirse de acuerdo con la localización, la intensidad, la temporalidad, la calidad, el impacto y el significado; no es un problema aislado sino que resulta de la interacción de aspectos físicos, sicosociales, económicos y culturales que influyen el significado, la experiencia y la expresión verbal y no verbal que el dolor tiene para el individuo. Cada paciente expresa el dolor a su manera de acuerdo a cuánto compromete sus actividades diarias, al momento de aparición, a la severidad, al consumo de drogas, al efecto de las terapias, a la influencia en la calidad de vida, etc.

Para evaluar el dolor los clínicos y los investigadores han propuesto gran cantidad de herramientas que tienen en cuenta la descripción verbal y la conducta dolorosa de cada persona, con el fin de diagnosticar el problema y establecer la línea de tratamiento más indicada según que el dolor sea agudo o crónico y que afecte a un paciente adulto o a un niño.

¿Cómo utilizar en forma integrada las drogas analgésicas y los coadyuvantes?

Se sabe que existen marcadas diferencias individuales en cuanto a la absorción, el metabolismo y la excreción de las drogas y en la sensibilidad de la respuesta según el tipo de enfermedad, la edad y el tamaño corporal. También se sabe que los profesio-

nales de la salud no están capacitados para ordenar las drogas en el horario y dosis adecuados; que tienen temores injustificados a usar los narcóticos; que no tienen mayor información sobre otras modalidades de tratamiento como los bloqueos nerviosos, la cirugía, la radioterapia y la quimioterapia en ciertos dolores de origen canceroso y que no saben mucho sobre la asistencia a los niños y a los ancianos que sienten dolor. Por estas razones se requiere un esfuerzo integrado de los profesores, los investigadores y los clínicos en la formación de nuevos profesionales con una visión holística del manejo del dolor y que sepan utilizar racionalmente la farmacopea disponible.

¿Cómo integrar las terapias no farmacológicas?

En los últimos años se ha venido dando mucha importancia a la acupuntura, la terapia neural, la bioenergética, la hipnosis, la retroalimentación (*biofeedback*), la estimulación eléctrica transcutánea (Tens), la fisioterapia, la relajación muscular, la meditación, la imaginación y las diferentes terapias conductistas (desensibilización, modelamiento, manejo de las condiciones operantes) pues se ha descubierto que en muchos pacientes la conducta dolorosa exagerada es inconsistente con los hallazgos físicos. La aplicación de estas formas de terapia requiere que participen los profesionales de la salud, el paciente y su familia. Ellas no plantean el problema de intolerancia a las drogas y tienen resultados excelentes cuando están bien indicadas. Es posible, además, combinar terapias farmacológicas y no farmacológicas.

La investigación sobre la asistencia interdisciplinaria del paciente con dolor deberá tener en cuenta los siguientes aspectos:

1. Actualizar la información disponible sobre el tratamiento del dolor en sus distintas presentaciones.
2. Evaluar los diferentes métodos de aproximación al dolor y de su medición, con especial énfasis en la problemática del niño.
3. Identificar los factores específicos que se asocian con los resultados de las diferentes modalidades de tratamiento.
4. Evaluar el valor potencial de los tratamientos no farmacológicos en estudios controlados de diferentes poblaciones.
5. Descubrir y desarrollar analgésicos más potentes, con amplio margen de seguridad.

6. Continuar las investigaciones sobre endorfinas y receptores opioides.

7. Desarrollar y evaluar métodos de liberación de drogas como la analgesia controlada por el paciente (PCA), la analgesia epidural, la absorción transdérmica de analgésicos, etc.

8. Llevar a cabo estudios epidemiológicos sobre la incidencia y prevalencia del dolor.

9. Investigar la naturaleza y significado del dolor de acuerdo al contexto etno-socio-cultural del paciente.

LA CALIDAD DE VIDA COMO OBJETIVO DEL EQUIPO INTERDISCIPLINARIO

El concepto "calidad de vida" se empezó a utilizar en medicina en 1947 cuando la OMS definió la salud como un "estado de completo bienestar físico, mental y social y no la simple ausencia de enfermedad". En 1949 Karnofsky y Burchenal (5) introdujeron dicho término en el campo de la oncología para evaluar la acción de los agentes químicos en el tratamiento del cáncer, basados en cuatro criterios: alivio subjetivo, alivio objetivo, desempeño en las actividades laborales y tiempo de remisión y prolongación de la vida.

El alivio subjetivo (en función del paciente) y no el objetivo (en función del médico tratante) es el que mejor refleja el significado de la calidad de vida: "el alivio subjetivo se evalúa en términos de mejoría en su modo de ser, su actitud, su sentido de bienestar, su actividad, su apetito y el control de síntomas como el dolor, la debilidad y la disnea" (6).

Como la calidad de vida es el producto de muchos factores se requiere un equipo interdisciplinario cuyo propósito fundamental sea la atención humanizada del paciente y su familia; que les ayude a tomar la mejor decisión en los momentos trascendentales y a encontrarle sentido a su situación; que les respete las costumbres, creencias y formas de mirar la vida y la muerte; que les informe oportuna y adecuadamente y les alivie el dolor, el sufrimiento y los síntomas asociados, todo lo cual contribuye a lograr una mejor calidad de vida.

En general la noción de los médicos sobre lo que es calidad de vida se basa en el control de los síntomas, en los efectos colaterales del tratamiento (dolor, anorexia, náuseas, vómito), en el estado funcional (movilidad, fatiga, autocontrol) y en el cuidado

personal; dejan de lado otros aspectos tanto o más importantes como el estado psicológico (ansiedad, depresión, grado de satisfacción con el cuidado que se le brinda) y el grado de funcionamiento social (interacción con la familia, trabajo, recreación, actividades sociales). A estos componentes hay que agregar los aspectos económicos del tratamiento, la actividad sexual y la toma responsable de decisiones, con base en que al paciente se le brinde información adecuada y oportuna sobre su situación (6).

LA INTERDISCIPLINARIEDAD EN LA ASISTENCIA AL PACIENTE EN FASE TERMINAL

La asistencia al paciente en fase terminal requiere la presencia de un equipo interdisciplinario que le ayude a controlar los síntomas y contribuya a aliviar los problemas físicos, síquicos, sociales, culturales y espirituales del paciente y de sus familiares y amigos; tal ayuda comprende la adecuada elaboración del duelo. Además de los médicos es indispensable que intervenga personal de trabajo social y de terapia familiar, así como el psicólogo y los voluntarios.

UNA EXPERIENCIA INTERDISCIPLINARIA POSITIVA

La Clínica de Alivio del Dolor y Cuidados Paliativos de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia y el Hospital Universitario San Vicente de Paúl, de Medellín, es un equipo multi e interdisciplinario, conformado por profesionales de la salud y por voluntarios, que atiende al paciente y su familia, instruye e investiga lo relacionado con el dolor agudo y crónico así como con la fase terminal; las consultas y procedimientos son debidamente supervisados y asesorados por profesionales idóneos en el manejo del dolor y de la fase terminal. El programa se inició en 1981 con tres profesionales (anestesiólogo, enfermera profesional y trabajadora social) y tres voluntarios; diez años después cuenta con las siguientes personas: cirujano general, anestesiólogo, oncólogo, radioterapeuta, psicoanalista, estomatólogo, médico acupunturista y terapeuta neural, patólogo clínico, médico general, psicólogo, trabajadora social, enfermeras profesionales y auxiliares y sacerdote. Los médicos residentes de anestesiología y radioterapia hacen una rotación obligatoria por el programa y otros residentes pueden hacerla voluntariamente.

Algunos estudiantes de medicina colaboran en la atención de los pacientes. Además del personal profesional se cuenta con el grupo de voluntarias que, a través de la Fundación PRODOLORE, colaboran en la mejor atención del paciente y su familia.

Cada integrante del equipo tiene funciones definidas y otras compartidas para aliviar el dolor y el sufrimiento de los pacientes y dar asistencia humanizada a los que están en la fase terminal; cabe destacar las áreas de enfermería, trabajo social, sicología y voluntariado; ellas tienen entre otras las siguientes funciones:

La enfermera busca, encuentra y define al paciente que tiene dolor incontrolable y que requiere atención inmediata; facilita la comunicación del paciente y su familia con el equipo; contribuye a la evaluación y manejo del dolor y el sufrimiento; administra la terapia ordenada por el médico; realiza las visitas domiciliarias; instruye al paciente y a la familia sobre los cuidados que deben tener y enseña a los estudiantes de enfermería cómo aliviar el dolor y el sufrimiento y participa en las actividades investigativas (7).

La trabajadora social orienta y apoya al paciente y su familia durante el tratamiento; capacita a la familia para manejar adecuadamente al enfermo con dolor o en fase terminal e interviene en el manejo de la crisis familiar cuando uno de los miembros enferma o muere (8).

El psicólogo realiza la evaluación sicoafectiva; da apoyo sicoterapéutico de orientación sicodinámica; maneja al paciente con orientación conductual; interviene en los programas integrales de rehabilitación; investiga y evalúa las variables psicológicas de los fenómenos dolorosos (9).

El voluntario interviene en la atención humanizada del paciente y su familia; establece un puente de comunicación entre el paciente y el equipo tratante; ayuda a conseguir la droga y otros elementos indispensables para el buen funcionamiento del programa; es parte del equipo que visita el domicilio del enfermo; programa actividades sociales y recreativas con los pacientes, su familia y el personal de la salud; a título gratuito dedica parte de su tiempo libre a trabajar por el bienestar del paciente; cumple algunas funciones administrativas como ubicación de historias, mensajería, transporte del paciente a la sala de espera o al consultorio y satisfacción de algunas de sus necesidades apremiantes.

CARACTER INTERDISCIPLINARIO DEL PROGRAMA

De acuerdo con la Asociación Internacional para el estudio del Dolor (IASP-1990) el programa cumple con los requisitos mínimos para ser un centro inter y multidisciplinario, a saber:

1. Está conformado por un equipo humano que evalúa y maneja los aspectos físicos, sicosociales, médicos, profesionales, culturales y espirituales del dolor.

2. Tiene como mínimo tres especialidades médicas diferentes (anestesiólogo, cirujano y oncólogo) además del médico general y cuenta con la colaboración del psicólogo, la trabajadora social y la enfermera de tal manera que tiene la capacidad de estudiar, evaluar y tratar el dolor desde los puntos de vista físico y sicosocial.

3. Los diferentes miembros del equipo se comunican constantemente entre sí y a través de reuniones periódicas para intercambiar experiencias y discutir los casos difíciles. Estas reuniones también cumplen la función de apoyo interior de cada uno de los componentes del grupo que en ocasiones, por razón del trabajo, están angustiados, deprimidos, pesimistas o intranquilos, especialmente cuando se tienen casos difíciles de solucionar, cuando las cosas no marchan de acuerdo a lo programado o cuando se viven los llamados momentos éticos relacionados con la toma de decisiones trascendentales.

4. Tiene un médico director general, responsable de coordinar el grupo y supervisar la atención adecuada a cada usuario.

5. Ofrece los servicios de diagnóstico, tratamiento, interconsulta, revisión de la historia clínica pasada, examen físico, laboratorio, evaluación y manejo psicológico, consejería, asesoramiento y otros servicios médicos.

6. Tiene áreas para desempeñar su trabajo con pacientes ambulatorios y hospitalizados.

7. Tiene registro clínico de cada paciente y puede evaluar no sólo el tratamiento individual sino también la efectividad y el impacto del programa.

8. Tiene recursos humanos y técnicos que le permiten desarrollar sus objetivos.

9. El personal posee los aprendizajes, las habilidades y las actitudes necesarias para llevar a cabo su trabajo en beneficio de los usuarios.

10. El personal médico está capacitado para enfrentar las emergencias, la resucitación y el transporte medicalizado a las unidades de cuidado intensivo.

11. Todo el personal tiene licencia profesional para desempeñar su trabajo y los requisitos exigidos por la Universidad de Antioquia y el Hospital Universitario San Vicente de Paúl.

12. El programa tiene la capacidad de tratar una amplia variedad de dolores de diferente etiología: cáncer, trauma, deaferentación, posoperatorio, etc.

13. Tiene amplia experiencia en el manejo de la fase terminal.

14. Tiene buen número y variedad de pacientes para la asistencia, el aprendizaje y la práctica continua de las habilidades del equipo.

15. Tiene protocolos de tratamiento y evaluación de cada paciente.

16. Algunos miembros del equipo llevan a cabo investigaciones sobre diferentes aspectos del dolor de acuerdo con las disposiciones universitarias y hospitalarias vigentes.

17. La Clínica ha establecido varios programas de capacitación para estudiantes de pre y posgrado del área de la salud así como de educación continua. Colabora y asesora a otros programas similares en el país. Sus miembros participan en congresos, conferencias, cursos y seminarios sobre el tema del dolor y la fase terminal. Colabora también en la educación de la comunidad a través de la radio, la televisión o publicaciones.

18. El programa está conectado con otros similares en el país y fuera de él como la Asociación Internacional para el estudio del Dolor (IASP) y su capítulo colombiano. También tiene conexiones con el personal de las ciencias básicas y clínicas de la Facultad de Medicina y el Hospital Universitario para atender integralmente a los pacientes y para la investigación.

CONCLUSIONES

El dolor, como fenómeno multidimensional, requiere estudio y manejo interdisciplinarios que tengan en cuenta sus variables físicas, síquicas, culturales y espirituales. Los aspectos sobresalientes de su estudio están relacionados con la evaluación, el tratamiento, farmacológico o no, y las expectativas que se tienen para el futuro.

La Clínica de Alivio del Dolor y Cuidados Paliativos de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia y el Hospital Universitario San Vicente de Paúl cumple los requisitos para ser un programa interdisciplinario para la asistencia de los pacientes con dolor o que están en fase terminal, para la docencia a estudiantes del área de la salud y para la investigación sobre la problemática del dolor.

SUMMARY

THE CONCEPT OF INTERDISCIPLINARITY IN THE CLINIC FOR THE RELIEF OF PAIN

The multidimensional and subjective character of pain, the difficulties for its adequate evaluation and the multiple forms of treatment available for its relief, are reasons for the conformation of interdisciplinary working groups with the purpose of improving the quality of life for those patients with pain or in terminal stages, and for their families. The philosophy of integrated work is based on the responsibility of every professional to work for the community; on the search for a comprehensive solution of problems; on the perception that every human being is unique and indivisible and on the conviction that all forms of treatment must be administered in an integrated form. Our experience with an Interdisciplinary Clinic for the Relief of Pain in Medellín, Colombia, is described and analyzed.

BIBLIOGRAFIA

1. NIH Consensus Development Conference. The integrated approach to the management of pain. *J Pain Symptom Management* 1987; 2: 35-41.
2. ARANDA M, GOMEZ L, COLOMER A. Trabajo multidisciplinario en un equipo de salud. *Trabajo Social*, Barcelona, 1988; 97.
3. KISNERMAN N. Salud pública y trabajo social. Buenos Aires: Humanitas, 1983: 246.
4. QUIROZ MI. El trabajo interdisciplinario. *Carta de Salud Mental* 1988: 1-9.
5. KARNOFSKY DA, BURCHENAL JH. Clinical evaluation of chemotherapeutic agents in cancer. In: McLEOD CM, ed. Evaluation of chemotherapeutic agents. New York: Columbia University Press, 1949: 191-205.

6. TCHEKMEDYAN NS, HICKMAN M, SIAU J, GRECO A, AISNER J. Treatment of cancer anorexia with Megestrol acetate: impact on quality of life. *Oncology* 1990; 4: 185-192.

7. ENTREVISTA CON: María E. Molina y María E. Cardona, Licenciadas en Enfermería, Medellín, Ag de 1991.

8. ENTREVISTA CON: Amparo Muñoz, Trabajadora Social, Medellín, Ag de 1991.

9. LICEAGA GN, MONTILLA MD. Papel del psicólogo en la clínica del dolor. *Estudio y tratamiento del dolor* 1990; 1: 29-30.