

ARCHIVO HISTÓRICO



El presente artículo corresponde a un archivo originalmente publicado en el **Boletín de la Escuela de Medicina**, actualmente incluido en el historial de **Ars Medica Revista de ciencias médicas**. El contenido del presente artículo, no necesariamente representa la actual línea editorial. Para mayor información visitar el siguiente

vínculo: <http://www.arsmedica.cl/index.php/MED/about/submissions#authorGuidelines>



EL DOLOR ES UN SEÑOR DE LA HUMANIDAD AUN MAS TERRIBLE QUE LA MUERTE MISMA

Dr. Jorge Dagnino S.
Profesor Adjunto de Anestesiología
Depto. de Anestesiología
Pontificia Universidad Católica de Chile

Aluden al dolor muchas frases provenientes de las más diversas fuentes y contextos, reflejando su presencia ubicua y su honda repercusión física y psicológica. Dos apuntan a aspectos que quisiéramos destacar. Una, la del título de esta página, frase de Alfred Schweitzer, subraya al dolor como sufrimiento. Otra, de Thomas Jefferson, "el estado de nuestros conocimientos médicos es peor que aquél de ignorancia total, y si pudiésemos deshacernos de todo lo que se supone sabemos, empezaríamos en un nivel superior y con mejores perspectivas", aunque dicha en otro contexto, permite recalcar el hecho que el conocimiento en este tema no sólo es incipiente en muchas áreas, sino que además, a pesar de avances en los últimos años, no ha trascendido al manejo de los pacientes a los que se sigue tratando con conocimientos y conceptos obsoletos, incompletos o equivocados. Esto no es dicho con la soberbia del que cree saber más, sino con la humildad del que tiene mucho que aprender.

Por lo menos la mitad de los pacientes que consultan a un médico mencionan un dolor como queja principal. En la mayoría de los casos, el diagnóstico y tratamiento adecuado de la patología causal solucionan el problema. En algunos, el dolor es el problema mayor, que requiere una cuidadosa evaluación para interpretar su significado y establecer una estrategia terapéutica eficaz. Además del sufrimiento innecesario y de la eventual morbimortalidad derivada del dolor mismo, en muchos casos el dolor sin alivio o la persistencia de la enfermedad causal pueden conducir al establecimiento de un dolor crónico. Entre la mitad y los dos tercios de los pacientes con dolor crónico están incapacitados total o parcialmente por días (ejemplo: cefaleas), por semanas o meses (ejemplo: causalgia) y otros permanentemente (ejemplos: lumbago, cáncer, artritis). Muchos pacientes con cáncer o con otras enfermedades terminales viven sus últimos meses con dolor que no recibe alivio.

Las causas de esta situación son muchas. Entre ellas, las más importantes y corrientemente citadas podrían resumirse en las siguientes:

1. Vacíos en el conocimiento en muchas áreas, especialmente clínicas, psicológicas y conductuales.
2. Aplicación inadecuada de estos conocimientos: carencia de una enseñanza estructurada en el pre y el postgrado, fuentes inadecuadas de información. Muy importante es la falta de discriminación entre dolor agudo y crónico en términos de etiología, función, mecanismos, fisiopatología y aproximaciones diagnósticas y terapéuticas. El dolor es enseñado fundamentalmente como una herramienta diagnóstica; hecho el diagnóstico e instalada la terapia causal, el tratamiento sintomático del dolor frecuentemente es insuficiente. Además, la reacción intuitiva, derivada de nuestra formación y práctica como médicos, se focaliza en interrumpir o disminuir el síntoma interpretado físicamente; sin embargo, la respuesta

emocional y conductual son factores de igual importancia que permanecen muchas veces desatendidos.

3. Problemas de comunicación derivados de la verdadera torre de Babel edificada sobre definiciones de síntomas, signos y síndromes.

Este Boletín pretende entregar información general, una perspectiva de los muchos problemas que existen y un abanico de posibilidades terapéuticas. En ese sentido, pretende ser una puerta de entrada al estudio del dolor. En un campo tan amplio es imposible abarcar todo y la selección de los temas refleja un sesgo personal y sobre mí recae toda la responsabilidad por las omisiones. Dos fueron premeditadas, las cefaleas y el dolor artrítico, pues creo merecen un número completo. También quedaron fuera, por problemas de espacio, el gran capítulo del dolor psicósomático y los métodos conductuales o psicológicos en el manejo del dolor.

Esperamos que este Boletín cumpla con ser una puerta de entrada al tema del dolor para alumnos y médicos no especialistas, que estimule el estudio del tema y que quizás cambie la manera de prestar atención a nuestros pacientes cuando se quejan de dolor. Si esto se traduce en que un mayor número de nuestros pacientes encuentren alivio de su dolor, nuestras intenciones y esfuerzos habrán tenido éxito.