



Medicina Paliativa

www.elsevier.es/medicinapaliativa



NOTA CLÍNICA

Filsen tiene dolor

Jaime E. Ollé Goig



Asociación Catalana para el Control de la Tuberculosis en el Tercer Mundo (ACTMON), Barcelona, España

Recibido el 17 de noviembre de 2015; aceptado el 1 de febrero de 2016

Disponible en Internet el 27 de mayo de 2016

PALABRAS CLAVE

Dolor;
Analgésicos;
Morfina;
Países en desarrollo;
Cuidados paliativos

Resumen En un país del Cuerno de África una muchacha con un linfoma en fase terminal sufría un dolor intenso permanente. El autor expone la falta de medicamentos efectivos para el tratamiento del dolor severo en estas latitudes.

© 2016 Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Pain;
Analgesics;
Morphine;
Developing countries;
Palliative care

Filsen is in pain

Abstract In the Horn of Africa a young woman had a terminal lymphoma and suffered an intense and continuous pain. The author discusses the lack of effective medications for treating severe pain in these latitudes.

© 2016 Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

La falta de medicamentos adecuados para el tratamiento del dolor severo, constituye una dificultad importante en los países de escasos medios y con unas estructuras sanitarias deficientes. Describimos un caso que pone en evidencia, de forma dramática, dicho problema.

Caso clínico

Conocí a Filsen, una muchacha de 15 años, en el hospital público de la capital de un país del Cuerno de África. Provenía del servicio de tuberculosis y nos fue referida porque a pesar de recibir tratamiento contra esta enfermedad, durante semanas, las adenopatías cervicales que padecía no disminuían de tamaño. Pensé que quizás debíamos esperar aún un tiempo pero cuando la examiné me di cuenta de que además de las adenopatías sufría una parálisis del

Correo electrónico: olleuganda@gmail.com

<http://dx.doi.org/10.1016/j.medipa.2016.02.004>

1134-248X/© 2016 Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.



Figura 1 La paciente al acudir por primera vez.



Figura 2 La paciente poco antes de fallecer.

nervio motor ocular externo izquierdo. Ello me puso sobre aviso de que la enfermedad que la afectaba no era únicamente lo que a simple vista se veía. Se quejaba de un dolor intenso en la región afectada (fig. 1). Una biopsia era absolutamente necesaria, pero no fue fácil obtenerla porque en dicho país no había un servicio de anatomía patológica. Me dirigí a un laboratorio particular que previo pago de una suma importante envió la muestra a Francia. Durante los pocos meses que siguieron Filsen acudía a diario a mi consulta. El dolor se iba incrementando y las adenopatías aumentaban rápidamente de tamaño. Yo le administraba los pocos analgésicos que estaban a nuestra disposición, pero todos eran de escasa potencia y ella, entre sollozos, se quejaba continuamente de que el dolor era insoportable. Hubo mañanas en que la encontraba sentada en el suelo delante de mi despacho quejándose a grandes voces y bañada en lágrimas. El personal sanitario —enfermeras y médicos— sabiendo que poco podían hacer, la ignoraban, haciendo ver que no la veían, y pasaban de largo o como mucho le explicaban que yo no tardaría en llegar. Yo buscaba por todas partes e interrogaba al farmacéutico del hospital y él, como un favor especial, me daba de vez en cuando una pequeña dosis de morfina; lo lamentaba pero la poca de que disponía estaba destinada al servicio de cirugía. Así pasaron las semanas y las masas cervicales seguían creciendo dando a la pobre enferma un aspecto dramático e irreal (fig. 2), y yo aunque estuviera ya en casa seguía oyendo los gritos y las quejas de Filsen. Tres meses después de nuestro primer encuentro falleció y las lamentaciones se extinguieron; no así mi preocupación y mi malestar por lo vivido. El informe que llegó de Francia indicaba que se trataba de un linfoma no hodgkiniano poco diferenciado.

Discusión

Desgraciadamente, esta situación no es única y no por ser ignorada debemos olvidarla. Conocemos el mal estado de los sistemas sanitarios que prevalece en los lugares con escasos medios económicos. Sabemos que las desigualdades en el disfrute de la atención a la salud son consecuencia de unos determinantes económicos y sociales; afortunadamente desde hace unos años se ha encarado esta situación y se intenta mejorarla¹. Nos importa el estado de la salud de la población mundial, pero parece que no damos mucha importancia al bienestar de los enfermos concretos que se hallan en situación terminal: su sufrimiento en los últimos días parece que no nos incumbe. ¿Es porque sabemos que el fin es inevitable y al estar cercano se considera un desperdicio de recursos? ¿Es acaso menos importante aliviar los padecimientos del paciente porque ha llegado al fin de su trayecto vital? ¿Debe estar su despedida inmersa en el dolor y en el malestar?

Los cuidados paliativos, tal como los define la Organización Mundial de la Salud (OMS) «la atención destinada a mejorar la calidad de vida de los enfermos y prevenir y aliviar su sufrimiento ante las enfermedades terminales», no se encontraban en la agenda del diálogo mundial sobre la salud hasta hace poco. Se ha calculado que 20 millones de personas requieren cuidados paliativos durante el año que precederá a su muerte, pero tan solo 20 países (de los 234 existentes) han integrado dichos cuidados en sus sistemas de salud². Otro informe estima que 40 millones de pacientes en el mundo requieren cuidados paliativos, pero que solo el 10% de ellos los recibe³. El 80% de la población mundial no tiene acceso al tratamiento adecuado del dolor, y en más de 150 países no se encuentra morfina

(el medicamento más eficaz para su tratamiento y de muy bajo precio, e incluido en la lista de medicamentos esenciales de la OMS)⁴; en ellos los únicos analgésicos de que se dispone para los enfermos con cáncer o con sida son el paracetamol y la aspirina⁵. La distribución de la morfina es muy desigual: la personas que viven en los países ricos y que representan el 15% de la población mundial utilizan el 94% de la morfina consumida con fines medicinales^{6,7}. Menos de un cuarto de los países africanos dispone de morfina oral⁸, y su consumo por habitante (un indicador de la atención paliativa) en el continente africano es el más bajo del mundo⁹. Parece que consideramos que el hecho de no disfrutar de los recursos económicos que permitan llevar una vida plena y dichosa hace innecesario atenderla cuando esta se acaba. ¿O es que pensamos que los pobres no sienten dolor? Un estudio realizado en un centro oncológico de la India identificó algunos factores que contribuían al tratamiento inadecuado del dolor: conceptos equivocados acerca del uso de los opioides, el papel del personal sanitario, las barreras burocráticas y los obstáculos socio-económicos y legales prevalentes¹⁰.

Nuestro afán curativo y nuestra obsesión por extender la vida del enfermo olvida, ignora, e incluso desprecia otros aspectos que no sean puramente los relacionados con prolongar su permanencia entre nosotros, sin tener en cuenta otros que los puramente cronológicos: la calidad de vida, las prioridades del paciente y de su familia, o su propia dignidad. La Asamblea de la Salud Mundial ha determinado que los cuidados paliativos constituyen una responsabilidad ética, tanto si la enfermedad o condición sufrida puede o no curarse¹¹. El no poder aplicar una terapia determinada para curar una enfermedad no es razón para no atender, para no cuidar, y para no aliviar los problemas y el sufrimiento que esta provocará. Sin embargo, en África, iniciativas como las de Merriman y Harding en Uganda¹², siguiendo el ejemplo de la Dra. Saunders en el Reino Unido, o en nuestro país la publicación reciente de un libro sobre cuidados paliativos en pediatría, y con una buena parte dirigida a dicho continente¹³, indican que algo está cambiando, y ello es muy necesario porque los enfermos de sida y de cáncer aumentan de forma muy significativa en los países con pocos recursos¹⁴.

Conclusión

Filsen ha dejado de sufrir, pero para que un drama parecido deje de reproducirse es fundamental que 2 principios esenciales guíen nuestras acciones presentes y nuestros planes futuros:

Primero: que los ciudadanos de los países en vías de desarrollo puedan gozar en un futuro no muy lejano de la misma atención y de los mismos cuidados de salud que aquellos de los países ricos, y

Segundo: que el no curar deje de ser sinónimo de no cuidar.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que los procedimientos seguidos se conformaron a las normas éticas del comité de experimentación humana

responsable y de acuerdo con la Asociación Médica Mundial y la Declaración de Helsinki.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores han obtenido el consentimiento informado de los pacientes y/o sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

Financiación

El autor declara no haber recibido financiación para la realización de este trabajo.

Conflicto de intereses

El autor declara no tener ningún conflicto de intereses.

Agradecimiento

Agradezco a mi esposa Tere sus sugerencias al revisar el texto.

Bibliografía

1. WHO Commission on Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. 2008 [consultado 20 May 2010]. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/publication/2008/9789241563703_eng.pdf
2. Powell RA, Mwangi-Powell FN, Radbruch L, Yamey G, Krakauer EL, Spence D, et al. Putting palliative care on the global health agenda. *Lancet Oncol*. 2015;16:131-3.
3. WHO. First ever global atlas identifies unmet need for palliative care. 2014 [consultado 30 Ene 2015]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2014/palliative-care-2014128/en/>
4. Lamas D, Rosenbaum L. Painful inequities-palliative care in developing countries. *N Engl J Med*. 2012;366:199-201.
5. Shetty P. The parlous state of palliative care in the developing world. *Lancet*. 2010;1453-4.
6. Yaqub F. Pain in the USA: States of suffering. *Lancet*. 2015;386:839.
7. Knaul FM, Farmer PE, Bhadelia A, Berman P, Horton R. Closing the divide: The Harvard Global Equity Initiative-Lancet Commission on global access to pain control and palliative care. *Lancet*. 2015;386:722-4.
8. Merriman A, Harding R. Pain control in the African context: The Ugandan introduction of affordable morphine to relieve suffering at the end of life. *Philos Ethics Humanit Med*. 2010;5:10-5.
9. Cleary J, Powell RA, Munene G, Mwangi-Powell FN, Luyirika E, Kiyange F, et al. Formulary availability and regulatory barriers to accessibility of opioids for cancer pain in Africa: A report from the Global Opioid Policy Initiative (GOP). *Ann Oncol*. 2013;24 Suppl 11:xi14-23.
10. LeBaron V, Beck SL, Maurer M, Black F, Palat G. An ethnographic study of barriers to cancer pain management and opioid availability in India. *Oncologist*. 2014;19:515-22.

11. WHO. Strengthening of palliative care as a component of integrated treatment within the continuum of care. 2014 [consultado 30 Ene 2015]. Disponible en: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB134/_R7-en.pdf
12. Jagwe JG, Barnard D. The introduction of palliative care in Uganda. *J Palliat Med*. 2002;5:160–3.
13. Astudillo W, Astigarraga I, Salinas A, Mendinueta C, Navajas A, D'Souza C, et al. *Medicina paliativa en niños y adolescentes*. San Sebastián: Paliativos sin Fronteras; 2015.
14. Harding R, Higgison IJ. Palliative care in sub-Saharan Africa. *Lancet*. 2005;365:1971–7.