

Entrevista al Dr. Marco A. Narváez Tamayo

Situación actual del intervencionismo en Dolor en Latinoamérica

En el marco de otra edición del Curso Teórico Práctico de Intervencionismo para el Control del Dolor Crónico, la sección Opinan los Expertos de la Fundación CENIT para la Investigación en Neurociencias, entrevistó al Dr. Marco Antonio Narvaez Tamayo, anestesiólogo boliviano, Presidente de la Academia Latinoamericana de Médicos Intervencionistas en Dolor (ALMID), Secretario Científico de la Federación Latinoamericana de Asociaciones para el Estudio del Dolor (FEDELAT) y próximo Presidente del Congreso Latinoamericano de Dolor.

¿Cuáles considera que son los recursos educacionales con los que cuenta el profesional latinoamericano para formarse en diagnóstico y tratamiento del dolor?

Hoy en día la educación ha tomado otro rumbo, tenemos muchos más programas de los que se contaban antes en la educación, no sólo médica, sino en la educación de los profesionales de la salud que se dedican a esta importante labor. No nos olvidemos que más del 80% de la consulta médica y los problemas de salud están relacionadas con dolor. Entonces en Latinoamérica se ha avanzado a pasos muy grandes en la educación de profesionales de la salud dedicados al alivio del dolor. En Latinoamérica tenemos varias alternativas, tenemos una organización matriz que es la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP, por sus siglas en inglés), y de esta asociación internacional tenemos capítulos en todo el mundo. Cada capítulo en su país tiene un programa educacional que sigue una estructura base de esta organización internacional y otras organizaciones a nivel mundial que están dedicadas o trabajan en este capítulo de la medicina. Entonces, desde ese punto de vista, hay por ejemplo convenios educativos de capacitación, especialización, actualización y entrenamiento en medicina del dolor. De manera general podemos dividir esto en dos partes, por una parte, el aspecto clínico de la medicina del dolor, y por otra parte, el aspecto quirúrgico o mínimamente quirúrgico de la medicina del dolor, los cuales han tomado mucha relevancia en los últimos años. Entonces, los objetivos son claros: educar, actualizar, promover e incentivar todas las opciones que tenemos hoy en día para trabajar de la mejor

manera posible en los enfermos que sufren, sobre todo, dolor crónico. En esta parte dividimos el dolor agudo del crónico, sin embargo, el dolor crónico es el más frecuente y el que más demerita la calidad de vida de nuestros pacientes, de nuestros enfermos. Existen algunos convenios a nivel educacional, por ejemplo, uno de los capítulos de esta asociación internacional es el capítulo boliviano de la IASP, la Asociación Boliviana del Dolor (ABD), que tiene un convenio con la Universidad de Salamanca en España para un master en diagnóstico y tratamiento del dolor. Este master se lo realiza por supuesto en idioma castellano, en forma online y terminando la parte no presencial, el médico o el profesional de la salud, un psicólogo o enfermera, realiza una fase de capacitación presencial de tres meses en una de las unidades de dolor que están acreditadas por la Universidad de Salamanca. Esto nos ha permitido difundir mucho y concretar uno de los objetivos fundamentales de cualquier Sociedad de Dolor integrante de la IASP, que es educar y tener mayor formación de nuestro personal en cuanto a dolor se refiere.

¿Se puede prevenir el dolor?

Esa es una pregunta muy interesante ya que es gran parte de los problemas que tenemos al momento de controlar y trabajar en el alivio de dolor, pues un porcentaje importante de ellos se pudo haber previsto. Como ejemplos, cabe mencionar el tema de dolor crónico post quirúrgico, un claro ejemplo en el cual haciendo adecuadamente un trabajo preventivo nos evitaríamos un alto porcentaje de este tipo de dolor en específico. Ahora de manera general, pues por supuesto en temas de columna, por ejemplo, la higiene

ne postural es fundamental, el saber sentarse, el saber que hay una alta relevancia de problemas de columna en personas, en oficinistas por la posición en la que se sienta o por estar muy agachados o porque la posición y la altura del monitor de la computadora está muy alta o muy baja crean problemas de dolor, por ejemplo, de espalda baja. La higiene de columna es una manera de prevenir problemas futuros, el tener una vida saludable, una dieta saludable, el ejercicio absolutamente está asociado a mejor calidad de vida, mejores estándares de vida. La obesidad está relacionada a varios problemas de salud, entre ellos por supuesto, el dolor. El paciente con obesidad no sólo tiene problemas cardiovasculares o de presión alta, tiene una sobrecarga para su eje de la columna vertebral, para las caderas, para las rodillas, entonces es un determinante que fácilmente puede prevenirse porque se saben las consecuencias de este tipo de problema.

Por otro lado, volviendo al primer punto que había empezado a explicar del dolor crónico post quirúrgico, un adecuado manejo o un adecuado control del dolor agudo, por ejemplo, una cirugía de tórax, apéndice, mama, oncológica o cualquier tipo de cirugía, es una carga de estrés a nuestro organismo y en gran parte de estas intervenciones quirúrgicas es determinante realizar un adecuado cuadro del dolor, si está en fase aguda, si en la fase inicial, durante y después de la cirugía, es correctamente manejado, la presencia del cuadro del dolor crónico es mucho más infrecuente. La única forma de disminuir, reducir, evitar o prevenir el desarrollo de este tipo de problemas de dolor crónico está en esta fase aguda. Un adecuado control en la fase aguda pues nos limita mucho y nos ayuda a que estos cuadros de dolor crónico no se presenten. Entonces sí se puede prevenir el dolor con este tipo de medidas tanto en un dolor post operatorio como en un dolor de espalda, un dolor de cuello, un dolor articular, etc. La mayor parte de estos cuadros, con ese tipo de medidas y una educación coherente y correcta, podemos evitar muchos problemas de dolor crónico.

¿Qué esfuerzos están realizando las organizaciones dedicadas al estudio y tratamiento del dolor en Latinoamérica?

Hablando de Latinoamérica en especial, tenemos organizaciones, como la Federación Latinoamericana de Asociaciones para el Estudio del Dolor (FEDELAT), la Academia Latinoamericana de Médicos Intervencionistas en Dolor (ALMID), hay también

capítulos nacionales de la IASP y las organizaciones sudamericanas y latinoamericanas que están a cargo de potenciar el estudio y tratamiento del dolor. En todo el mundo pues la educación es fundamental, los programas actualizados y estructurados, la inclusión, por ejemplo, de cátedras de dolor en la currícula universitaria. En el postgrado, luego que el médico ha egresado, ha terminado su carrera pues ya es más fácil hoy día encontrar lugares en donde puedan especializarse, donde pueda continuar sus estudios de master o un doctorado o una especialización o diplomados, eso ha abierto muchas opciones fruto del esfuerzo de estas organizaciones y por supuesto del empeño que pone cada profesional en esta área del dolor. Se están haciendo muchos esfuerzos básicamente en la educación, capacitación, en el entrenamiento. Otro gran ejemplo es lo que estamos haciendo ahora, un taller teórico-práctico de intervencionismo en dolor crónico de FEDELAT, ALMID, justamente con la Fundación CENIT. Entonces, este esfuerzo está destinado principalmente a los médicos que trabajan en dolor y tienen una base clínica en dolor, puedan acceder a algunas técnicas mínimamente invasivas para un mejor control del dolor. Sin embargo, cuando se habla de técnicas mínimamente invasivas no se dice que son técnicas con mínimas complicaciones, se intervienen estructuras nerviosas, son tejidos delicados, entonces el objetivo fundamental de este tipo de cursos, como el que estamos llevando a cabo ahora, es entrenar a los médicos a que con la mayor seguridad posible puedan realizar este tipo de técnicas.

El intervencionismo en dolor ha dado un paso gigantesco, hoy en día la cartera de servicios que podemos ofrecer a nuestros enfermos en las unidades, en las clínicas del dolor, en los hospitales que tienen unidades de dolor es muy amplia y ha demostrado gran utilidad con procedimientos mínimamente invasivos en los que se puede obtener un resultado, en algunos casos hasta curativo o en otros, probablemente en la mayoría, un control adecuado, óptimo de dolor. Entonces sí se han hecho muchos esfuerzos en Latinoamérica, se está trabajando en eso y evidentemente una de nuestras prioridades es la educación, la capacitación, el entrenamiento de los médicos que trabajan en medicina del dolor.

¿Cuál ha sido el desarrollo de las técnicas intervencionistas en dolor para Latinoamérica?

Pues yo pienso que este punto ha sido uno de los que más ha desarrollado en los últimos años. Por

supuesto que las ciencias básicas, la neurofisiología, la biología molecular, la genética ha avanzado enormemente, sin embargo, la oferta o la cartera de servicios en técnica intervencionistas del dolor ha avanzado enormemente, entonces hoy día tenemos muchas opciones de técnicas y tratamientos que antes seguramente no las hubiéramos pensado. Entonces, ¿a qué se debe este desarrollo en técnicas intervencionistas? A que cada día está mucho más evidenciado el hecho de que nuestros tratamientos deben ser lo menos agresivos posibles. Las técnicas mínimamente invasivas en el control de dolor como en otras especialidades han evolucionado mucho. Era impensable hace unos años, por ejemplo, creer que se podía acceder a un cuerpo vertebral o a un nervio o a un plexo nervioso que está 8, 10, 12, 16 cm de la piel con una aguja. Ahí nos ayuda mucho la guía de imagen que hemos mencionado en la primera o en la segunda pregunta, pero podemos llegar a estas estructuras óseas, a estas estructuras nerviosas o musculares ayudados de esa guía de imagen y hacer el tratamiento que corresponde. Entonces este desarrollo de las técnicas intervencionistas en dolor ha evolucionado mucho, cada vez tenemos más alternativas, entre ellas destacan hoy en día la radiofrecuencia, la neuromodulación con implante de electrodos, el implante de bombas de infusión para el manejo del dolor, la neurolisis en pacientes con dolor de origen oncológico, de la misma manera podemos acceder a centros nerviosos responsables del dolor con una hoja muy delgada siempre con esa guía que hemos mencionado, pero haciendo el tratamiento que corresponde, entonces este campo ha progresado mucho y en lo que trabajamos actualmente es en que los profesionales estén cada vez más entrenados, más capacitados con información basada en la evidencia y con entrenamiento práctico, entonces ese es el objetivo de cada organización que está dirigida y dedicada a la medicina del dolor en Latinoamérica.

¿En qué consiste y a quienes está dirigido este curso teórico-práctico de intervencionismo en dolor general?

Justamente estamos en medio de la realización de este cuarto curso de técnicas intervencionistas para el manejo del dolor crónico de FEDELAT. Consiste en mostrarle de una manera práctica a todos los participantes, varios tipos de tratamiento del dolor, probablemente lo más novedoso de los últimos años es la cementación de huesos delicados por osteoporosis o por metástasis. Acceder a estas estructuras

óseas e inyectar a través de un trocar una aguja pequeña, el cemento para darle solides, estabilidad y alivio del dolor a esas estructuras en el cuerpo. Es una modalidad de una de las mesas de trabajo del taller. Hay como siete u ocho que muestran de manera práctica como se realizan los procedimientos, entonces, es uno de los pocos encuentros en donde el alumno, médico, el especialista, tienen acceso a hacer ese tipo de tratamientos pero al lado de su instructor o su profesor, en material cadavérico, entonces de esa manera adquiere conocimiento práctico, no sólo el libro, la lectura o los artículos que nos informan las cosas que hay que hacer y cómo hacerlas. Sino, el entrenamiento práctico que es indispensable para tener mejores resultados en este tipo de enfermedades. Entonces, en estos cursos aquí, en este curso en específico o en cualquier intervencionismo en el mundo, pues está dirigido en mayor medida a anestesiólogos que se dedican a la medicina del dolor o se han especializado en medicina del dolor, a neurólogos, a neurocirujanos, a traumatólogos, a ortopedistas, tenemos un par de rehabilitadores. Hoy está una doctora de imagen, una médica especializada en diagnóstico por imagen que también les interesa este tipo de tratamientos, hay internistas que se dedican a la medicina del dolor y quieren aprender este tipo de técnicas. Entonces ese es el público al que habitualmente está destinado este esfuerzo y en cuanto a técnicas además de lo que hemos mencionado de la cementación de huesos delicados o débiles antes de una fractura que va a suceder en los siguientes meses se puede diagnosticar y evitar esa complicación, cadera, vértebras o algún tipo de huesos. El implante de bombas que habíamos mencionado, el implante de electrodos, la radiofrecuencia tiene otra mesa y una inclusión que considero es muy importante en este tipo de talleres es la ecografía. La ecografía en los últimos años se ha impuesto por una serie de ventajas para hacer estos tratamientos y consiste básicamente en tener el entrenamiento suficiente con un ecógrafo y reconocer estructuras de donde queremos llegar. Puede ser un nervio, una fibra nerviosa, un plexo nervioso, puede ser un músculo, puede ser una articulación, cadera, rodillas y llevar nuestro tratamiento con la guía de imagen del ecógrafo para que sea muy específico, muy selectivo, eso nos potencia enormemente el resultado de alivio. Es muy efectivo y nos permite al momento de ingresar hasta donde queremos llegar, nos permite alejarnos de un vaso sanguíneo, por ejemplo de una arteria, de una vena y evitar un hematoma, un sangrado o no tocar otras estructu-

ras que no tenemos que tocar, por ejemplo en el tórax, la pleura; en el abdomen no necesitamos ingresar a peritoneo o a la misma cavidad abdominal pero si a unas estructuras nerviosas que van a producir dolor crónico. Entonces, la inclusión de imágenes en este tipo de talleres consideramos que

es un gran avance porque nos apoya mucho, en términos de efectividad, seguridad y una de nuestras prioridades como habíamos hablado es minimizar el riesgo para evitar la mayor parte de complicaciones posibles. En resumen hacer una medicina intervencionista lo más segura posible.