



CAPÍTULO COLOMBIANO IASP

Páginas 1-84

Volumen 5 No. 3 - 2010

Revista Oficial de la Asociación Colombiana para el Estudio del Dolor

REVISTA OFICIAL DE LA ASOCIACIÓN COLOMBIANA
PARA EL ESTUDIO DEL DOLOR

DOLOR

20 Años

1990 - 2010

Edición Especial de Aniversario



CAPÍTULO COLOMBIANO IASP

Volumen 5 – Número 3 – 2010

ISSN 1692-9985

REVISTA OFICIAL DE LA ASOCIACIÓN COLOMBIANA
PARA EL ESTUDIO DEL DOLOR

DOLOR

Volumen 5 – Número 3 – 2010



EDITOR

John Jairo Hernández

COMITÉ EDITORIAL

John Jairo Hernández
Carlos Moreno
Juan Miguel Griego
René Estupiñán
Sergio Ramírez
Adriana Cadavid
René Rodríguez
Jorge Gutiérrez

COORDINACIÓN COMERCIAL Y EDITORIAL

Elsa Bejarano
John Jairo Hernández

CONSULTORES NACIONALES

Germán Ochoa
Juan Miguel Griego
Carlos Francisco Fernández

CONSULTORES INTERNACIONALES

Fernando Cervero (Canadá)
Oscar de León Casasola (EUA)
Marc Sindou (Francia)
Pedro Bejarano (España)
Miguel Ángel Cruz (EUA)
María Soledad Cepeda (EUA)
Juan Vicente Gómez-Barrios (Venezuela)
Camilo Fadul (EUA)

Las opiniones expresadas en los artículos firmados son las de los autores y no coinciden necesariamente con las de los directores o los editores de la revista Dolor. Las sugerencias diagnósticas o terapéuticas, como elección de productos, dosificación y métodos de empleo corresponden a la experiencia y al criterio de los autores.

La revista Dolor es una publicación trimestral de la Asociación Colombiana para el Estudio del Dolor.

Tarifa Postal Reducida N. de la Administración Postal Nacional – ISSN 1692-9985

Todos los textos incluidos en la revista Dolor están protegidos por derechos de autor. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida por cualquier medio, mecánico o electrónico, sin el permiso escrito del Editor.

Diagramación e impresión: Grafiweb Impresores & Publicistas. Bogotá-Colombia.



AUTORES

Fernando Cerveró

Presidente electo, IASP. Director, The Alan Edwards Centre for Research on Pain. McGill University, Montreal, Canada.

Pedro Fernando Bejarano R., MD

Médico Anestesiólogo. Fundador de la ACED.

Elsa Bejarano Ramírez

Directora Ejecutiva, ACED.

Tiberio Álvarez Echeverri

Médico Anestesiólogo, Universidad de Antioquia. Miembro Fundador, ACED. Miembro activo, ACED.

Eliseo Cuadrado del Río

Médico Cirujano: Universidad de Cartagena Máster en Anestesiología. 1958-1960. Temple University Hospital. Philadelphia, Pens. USA. Jefe Depto. de Anestesiología. Hospital Universitario del Valle, Cali. Colombia. 1960-1993. Jefe Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos (Hosp.. U. del V.), Cali, 1991-1993. Asesor Médico "Lazos de Occidente" para manejo del duelo (Dolusología). Grupo de apoyo para Cali. Miembro del "Taller Literario Renata de Cali" (Palabras Mayores). Correo electrónico: *eliseo@uniweb.net.co

Jorge Santiago Daza Barriga

Presidente ACED. Médico Neurólogo. Internista. Experto en Dolor. Educador Médico. Ex Presidente de la Asociación Colombiana de Neurología. Ex Jefe de Educación Médica de la Universidad Libre. Profesor Titular de Pregrado y Posgrado de Medicina Interna, Universidad Libre, Seccional Barranquilla. Coordinador de la Unidad de Neurología del Hospital Universitario ESE CARI ALTA COMPLEJIDAD de Barranquilla.

Carlos Moreno Benavides

Médico neurofisiólogo. Profesor titular - Unidad de Neurociencia y Centro de Medicina del Dolor. Coordinador del Grupo de Investigación Neuros, Facultad de Medicina - Universidad del Rosario. Miembro Activo Asociación Colombiana para Estudio del Dolor (ACED). Miembro activo de la International Association for the Study of Pain (IASP).

John Jairo Hernández Castro

Médico neurocirujano, algesiólogo y paliativista. Profesor distinguido - Unidad de Neurociencia. Director Centro de Medicina del Dolor. Investigador Grupo Neuros, Facultad de Medicina - Universidad del Rosario - MÉDERI. Expresidente Asociación Colombiana para Estudio del Dolor (ACED). Miembro activo de la International Association for the Study of Pain (IASP)

Luis Francisco Acevedo Vera

Médico Cirujano Universidad del Valle 1974. Pasantía en Unidad del Dolor del Departamento de Anestesiología de la Ciudad Sanitaria 12 de Octubre, Madrid, España desde Julio 1983 a Diciembre 1984. Vinculado como Profesor Ad honorem en Hospital Universitario del Valle, Departamento de Anestesiología, Clínica para Alivio del Dolor de la Universidad del Valle desde Enero 1989 del hasta la fecha.

Bernardo Ocampo Trujillo

Médico anestesiólogo. Expresidente de la SCARE. Miembro de la ACED. Profesor Titular de Anestesia Universidad de Caldas.

Omar Fernando Gomeze

Médico Anestesiólogo y Algesiólogo, Director Clínica de Dolor. Fundación Cardiovascular del Oriente, Bucaramanga. Miembro Activo. ACED.

René Fernando Rodríguez

Anestesiólogo Especialista en Medicina del Dolor. Coordinador Clínica Alivio del Dolor del Hospital Universitario Comfenalco, Universidad Libre. Docente Universidad Libre seccional Cali.

José Fernando Rodríguez

Estudiante de Medicina Universidad Libre Seccional Cali.



Asociación Colombiana para el Estudio del Dolor
Capítulo Colombiano de la IASP

JUNTA DIRECTIVA
2009-2010

PRESIDENTE
Jorge Santiago Daza Barriga

VICEPRESIDENTE
Germán William Rangel

SECRETARIO
Luis Enrique Florez Montalvo

TESORERA
Ginna Rocío García Parra

FISCAL
Doris Cecilia Montealegre G.

VOCALES
Onofre Silva Cantillo
Jesús Antonio Chaustre

DIRECCIÓN EJECUTIVA
Elsa Bejarano Ramírez

CORRESPONDENCIA:

JOHN JAIRO HERNÁNDEZ, MD. (Editor)
Revista DOLOR
Asociación Colombiana para el Estudio del Dolor.
Calle 134 No. 7B-83 Of. 715, Bogotá D.C., Colombia.
Teléfono: 6271897 - Fax: (571) 6271645
Correo electrónico: jjhernan@urosario.edu.co



Asociación Colombiana para el Estudio del Dolor
Capítulo Colombiano de la IASP

**COORDINADORES
GRUPOS DE INTERÉS**

DOLOR NEUROPÁTICO
Carlos Moreno

INTERVENCIONISMO
Juan Miguel Griego

DOLOR EN NIÑOS
René Estupiñán

DOLOR CRANEOFACIAL
Sergio Ramírez

DOLOR AGUDO POSTOPERATORIO
Adriana Cadavid

DOLOR POR CÁNCER
Y CUIDADO PALIATIVO
Ricardo Salazar

DOLOR DE ESPALDA
Julio César Vergara

**COORDINADORES
REGIONALES**

BOGOTÁ
Doris Montealegre

COSTA NORTE
Juan Miguel Griego

ANTIOQUIA – CHOCÓ
John Jairo Vargas

ANDINA
Claudia Inés Correa

SUROCCIDENTAL
Eduardo Alape

EJE CAFETERO
José Fernando López

ORIENTE
Omar Gomezese

SURORIENTE
José Fernando Guerrero

La Revista Dolor publica artículos originales clínicos y experimentales sobre dolor, reportes sobre terapéuticas médicas y quirúrgicas, estudios cooperativos, epidemiología, estudios de medicamentos, métodos diagnósticos, reportes de casos clínicos, cartas al editor y editoriales. La Revista Dolor es la publicación oficial de la Asociación Colombiana para el Estudio del Dolor (ACED). Si el manuscrito es aceptado para su publicación, el autor debe enviar una autorización escrita a la Revista Dolor concediendo a ésta los derechos de copia. Ningún aparte del material publicado puede ser reproducido sin permiso escrito del editor. La revisión de los artículos sigue las normas sobre publicaciones médicas en cuanto al concepto que expresen los árbitros al Comité Editorial.

EVALUACIÓN DE PARES

Los trabajos deben ser inéditos y suministrados exclusivamente a la Revista Dolor, donde se someten a evaluación por pares por el Grupo de Árbitros, quienes presentan su evaluación al Comité Editorial para su aceptación y publicación. Su reproducción total o parcial debe contar con la aprobación del Editor.

RECOMENDACIONES

1. El trabajo no debe haber sido previamente publicado, excepto en forma de resumen de memorias en eventos académicos nacionales o internacionales.
2. Los trabajos deben contener los nombres completos de los autores con sus respectivos créditos laborales y académicos, anotando sus correos electrónicos.
3. Si se hace alusión a gráficos, fotos, dibujos o tablas previamente publicados por el autor u otros autores, se debe acompañar del permiso escrito de la entidad editorial de la revista o libro donde fueron publicados, dándosele crédito a estas entidades.
4. Los artículos deben ser escritos en español, y se debe anexar un resumen en español y en inglés.
5. Las fotos y gráficos serán enviados en formato de JPG, JPEG, TIFF o GIF, con suficiente resolución.
6. Formato de texto Microsoft Word 98 o más recientes, o Word Perfect, tipo de letra "Times New Roman", tamaño de letra 12 puntos, a espacio simple o sencillo.

ORGANIZACIÓN

Los trabajos deben tener un título, autores, resumen en español e inglés, palabras clave, introducción, material y métodos, resultados, discusión, agradecimientos y bibliografía.

1. Tamaño del manuscrito. Si el trabajo excede el número de palabras los autores deben revisarlo nuevamente para evitar que les sea devuelto. Resumen en español e inglés: 250 palabras cada uno. Hasta seis palabras clave en español e inglés. Introducción: 500 palabras. Discusión: 1500 palabras. Material y métodos, y resultados: sin límite de palabras. Si se desea pasar de estos límites se debe tener permiso escrito del editor principal de la Revista.
2. Página de título. Ésta debe incluir: a) título completo (preferiblemente sin fórmulas químicas y sin abreviaciones); b) Nombre y apellidos completos de todos los autores; c) Afiliaciones laborales y académicas completas de todos los autores; d) Número de páginas de texto que contiene el trabajo (incluyendo tablas y figuras) y el número de tablas y figuras; e) Dirección postal y electrónica, y número de teléfono del autor principal.
3. Bibliografía. La citación de referencias bibliográficas en el texto se deberá presentar entre paréntesis mencionando el autor o dos primeros autores (sus apellidos) y año de la publicación (metodología Vancouver). Nunca se hará colocando números referenciales. Cuando existan más de dos autores de una referencia, se citarán en el texto con el apellido del autor principal seguido de las palabras "y cols".

En la página final de bibliografía serán puestas todas las referencias citadas en el texto, en orden alfabético por autor principal. Éstas deben ser completas y deben incluir: a) apellidos seguidos por las iniciales de los nombres, hasta un máximo de tres (si hay más de tres se deben incluir las palabras "y cols."); b) nombre del artículo; c) nombre de la revista; d) año de publicación; e) volumen y número de páginas.

Para citación de libros se llevará a cabo la siguiente secuencia: a) autor o autores; b) título del capítulo; c) editor o editores del libro; d) título completo del libro; e) lugar de publicación; f) casa editorial responsable de la publicación; g) año de publicación; h) número de las páginas.

Para citación de manuscritos en preparación o trabajos no admitidos o no publicados, se debe citar en el texto como comunicación personal, pero no deben aparecer en el listado final de bibliografía.

Ejemplos:

Adams CWM. Neurohistochemistry. Amsterdam: Elsevier, 1965.
Goldenberg DL. Psychiatric and psychological aspects of fibromyalgia syndrome. *Rheum Dis Clin N Am* 1989; 15: 105-115.
Goldenberg DL. Fibromyalgia and its relation to chronic fatigue syndrome, viral illness and immune abnormalities. *J Rheumatol* 1989; 16: 91-93.

Turner JA. Coping and chronic pain. In: Bond MR, Charlton JE, Woolf CJ, editors. Pain research and clinical management. Proc. VIth World Congress on Pain, Vol. 4. Amsterdam: Elsevier, 1991. pp. 219-227.

4. Ilustraciones. Las ilustraciones deben ser numeradas en arábigos de acuerdo con la secuencia de aparición en el texto, referidas como Fig. 1, Fig. 2, y así sucesivamente. Se agradece no enviar figuras en formato PDF.
5. No se aceptan fotos ni figuras a color. Si a juicio del editor principal de la revista se llegare a concluir que las imágenes a color de un determinado artículo son necesarias, el sobrecosto de esta publicación será cargado a los autores del artículo de referencia.
6. Leyendas de las figuras. Toda ilustración enviada para publicación debe traer su respectiva leyenda explicativa. Estas también deben ser escritas con números arábigos, el mismo de su figura acompañante, que se enviarán en páginas separadas y al final del manuscrito. Todos los símbolos y abreviaturas usadas en la figura deben ser adecuadamente explicados.
7. Tablas. Todas deben incluir su leyenda explicativa. Las tablas con datos numéricos deben ser escritas a doble espacio y en páginas separadas, numeradas en secuencia arábiga (Tabla 1, Tabla 2, etc.).
8. Agradecimientos. Siempre deben situarse al final del texto y antes de la bibliografía.

ASPECTOS ÉTICOS

1. Ética en investigación animal.

Los autores se deben remitir a las guías de experimentación animal dadas por el Comité de Investigación y Asuntos Éticos de la IASP, publicados en *Pain*, 1983; 16: 109-110. Los autores deben especificar si el trabajo experimental fue revisado por alguna institución de cuidado de animales o un comité equivalente.

2. Ética en investigación humana.

Los autores informarán sobre el trabajo de investigación en humanos y demostrarán que éste fue aprobado por un comité de ética debidamente constituido en la institución para la cual se trabaja, o su equivalente.

Cada uno de los autores de los artículos aceptados para publicación tendrá derecho a recibir tres ejemplares de la respectiva revista sin ningún costo. Si se requieren más se cobrará el precio correspondiente en el mercado al momento de la publicación.

ÍNDICE TEMÁTICO

Editorial

Feliz cumpleaños ACED

Fernando Cerveró 8

Acta de Constitución de la ACED

Capítulo colombiano 11

Miembros Fundadores

15

Juntas Directivas

16

Historia de la formación y primer lustro de la Asociación Colombiana para Estudio del Dolor - Capítulo Colombiano de la IASP

Pedro Fernando Bejarano R. 18

20 años de trayectoria

Elsa Bejarano Ramírez 28

Aproximación a la historia del tratamiento del dolor. *Experiencia inicial en Antioquia*

Tiberio Álvarez Echeverri 32

Algesiología (manejo del dolor). *Mi historia*

Eliseo Cuadrado del Río 40

Orígenes del tratamiento del dolor, influencias de la Asociacion Internacional para el Estudio del Dolor (IASP) en Colombia, desarrollo de la Asociacion Colombiana para el Estudio del Dolor (ACED) y su implementación desde el Caribe Colombiano

Jorge Santiago Daza Barriga 43

Mi encuentro con John Bonica

Carlos M. Moreno 50

La Medicina del Dolor en la Universidad del Rosario. *Breve reseña histórica*

John Jairo Hernández Castro 52

La magia de los últimos días

Tiberio Álvarez Echeverri 57

Reseña histórica sobre el manejo del dolor y cuidados paliativos en el Suroccidente Colombiano

Luis Francisco Acevedo Vera 65

Apuntes para la historia del manejo del dolor en el Departamento de Caldas

Bernardo Ocampo Trujillo 67

Historia del dolor en Santander

Omar Fernando Gomezese 71

Reseña histórica de las clínicas para alivio del dolor y cuidados paliativos en el Valle del Cauca

René Fernando Rodríguez, José Fernando Rodríguez 73

Galería de fotos

75

EDITORIAL

Feliz cumpleaños, ACED

Hace unas semanas, mientras pasaba unos días de vacaciones en Europa con mi familia, nos encontramos con un grupo numeroso de jóvenes colombianas –casi cien– que realizaban un viaje por toda Europa como celebración de ser ‘quinceañeras’. Nos dijeron que es una costumbre arraigada en Colombia y en otros países Latinoamericanos puesto que esta edad marca su transformación de niñas en adolescentes, un paso importante, previo y cercano a su mayoría de edad. Ni que decir tiene que el grupo era alegre y bullicioso y siempre dispuesto a demostrar su entusiasmo y alegría de vivir.

Me viene esto a la memoria porque la ACED hace ya cinco años que cruzó la línea de ‘quinceañera’ y hoy es ya, claramente, una organización mayor de edad que cumple su 20 aniversario con la experiencia de un adulto, pero sin olvidar la alegría y el entusiasmo inherentes a su juventud y a sus raíces latinoamericanas. Llegar a los 20 años para una organización profesional y científica es un grandísimo mérito, pero hacerlo con esa combinación de seriedad, esfuerzo, profesionalismo y calidad que caracterizan a la ACED es un motivo de satisfacción especial para todos los que hemos seguido la trayectoria de la ACED y conocemos y valoramos su trabajo.

La ACED es uno de los capítulos clave de la IASP (*International Association for the Study of Pain*) en Latinoamérica. Fue una de las primeras sociedades para el estudio y tratamiento de dolor que se fundaron en el continente americano y ha sido siempre líder de iniciativas para aliviar el dolor en Latinoamérica. Sus congresos atraen cientos –incluso miles– de profesionales de todas las especialidades que mantienen el alto nivel científico de la asociación y contribuyen a su desarrollo. Es especialmente grato ver a muchos jóvenes profesionales en los congresos de la ACED, lo que asegura el futuro de la asociación y fundamenta su contacto con la realidad diaria. La ACED ha sido siempre uno de los capítulos de la IASP más leales a la asociación madre, manteniendo el espíritu de la IASP en todas sus actuaciones y apoyando incondicionalmente los principios básicos de la IASP.

La IASP fue fundada en 1973 por John Bonica sobre tres pilares fundamentales. El primero es el carácter de asociación de miembros individuales, cada uno de los cuales posee los mismos derechos y obligaciones y tiene en común con los demás miembros el propósito de formar una hermandad de todos aquellos que en cualquier lugar del mundo estén dedicados al estudio y tratamiento del dolor en su sentido más amplio. El segundo pilar de la IASP es el carácter internacional de la asociación. Desde su fundación, la IASP ha atraído miembros de numerosos países y regiones y se precia de estar presente en todo el mundo, sin limitaciones ni sesgos a favor o en contra de ningún sector del planeta. Desde siempre ha habido una preocupación especial por garantizar el verdadero carácter internacional de la asociación, lo cual es evidente en la composición de su liderazgo que incluye miembros de todas las regiones del mundo. Finalmente, el tercer pilar de la asociación, y el aspecto en el que John Bonica hizo siempre mayor hincapié es el carácter multidisciplinar de la asociación, que da cabida a médicos de numerosas especialidades, anestesiólogos, neurólogos, cirujanos, fisiatras, internistas, así como

a científicos básicos, enfermeras, kinesiólogos, psicólogos y muchas otras profesionales con el único requisito de estar interesados y dedicados al estudio y tratamiento del dolor. La dimensión internacional y el carácter multidisciplinar son los elementos diferenciadores de la IASP que la hacen una asociación única en el mundo.

La calidad de la IASP está fundamentada en las contribuciones de todos sus miembros así como de las sociedades nacionales que la IASP reconoce como capítulos oficiales en cada país. Esta relación entre la IASP y sus capítulos genera un beneficio mutuo tanto para la IASP como para las sociedades nacionales de dolor. De ahí el interés de la IASP en fomentar estrechas relaciones con sus miembros y con las sociedades nacionales reconocidas como capítulos en cada país. Y de ahí el hecho de que asociaciones como la ACED sean elementos fundamentales en la construcción de la calidad y prestigio de la IASP.

Aunque la influencia de los miembros ubicados en países del primer mundo siempre ha sido grande, también es cierto que desde su fundación la IASP ha hecho un esfuerzo especial por extenderse a todo el mundo y contar con la valiosa colaboración de todos sus miembros. Desde sus comienzos, miembros de la IASP fundaron asociaciones de dolor en varios países latinoamericanos y contribuyeron a la distribución del ideario de la IASP por toda América latina. La ACED fue una de las asociaciones pioneras y junto con las asociaciones de Argentina, Brasil, Chile y México fue fundadora de la Federación Latinoamericana de Asociaciones de Dolor (FEDELAT) hoy en día extendida por toda Latinoamérica.

Miembros ilustres de la ACED han participado activamente en el desarrollo de la IASP. Baste mencionar la contribución de Pedro Bejarano, miembro del Council de la IASP y galvanizador del desarrollo de la IASP en Latinoamérica. También la presencia de Germán Ochoa en el actual Council de la IASP y en comités clave de la organización, tales como el comité de educación o el comité directivo de la cumbre de dolor que se celebró en el congreso de Montreal. Miembros de la ACED también han participado activamente en comités y programas de la IASP. Cabe mencionar el trabajo educativo de Adriana Cadavid en Medellín o el de Sandra Flórez en Bogotá. Este año se ha puesto en marcha un programa de formación en medicina del dolor, dirigido por John Jairo Hernández, y que cuenta con la colaboración de la Universidad del Rosario y del Instituto Nacional de Cancerología. El programa, financiado por la IASP, está dirigido a médicos especialistas y su primer 'Fellow' se acaba de incorporar hace unas semanas. Y no olvidemos los programas de Bogotá sin dolor, y muchas otras iniciativas lideradas por miembros de la ACED y de la IASP en Colombia.

Latinoamérica ha tenido un papel protagonista especial en el desarrollo de programas para el estudio y tratamiento del dolor que ha sido reconocido por la IASP con la creación de un puesto especial dentro del liderazgo de la organización, específicamente dedicado a fomentar las relaciones con los miembros y capítulos latinoamericanos de la IASP. Ha sido un honor y un placer para mí, ocupar este puesto en los últimos años, una función que me ha permitido, no sólo comprobar por mí mismo la vitalidad de las sociedades latinoamericanas del dolor, sino también establecer estrechas relaciones de amistad con numerosos miembros de la IASP en Latinoamérica cuya labor en pro del estudio y tratamiento del dolor ha sido, y continúa siendo, inmensa.

La colaboración estrecha entre la IASP y sus capítulos nacionales también ha generado iniciativas muy positivas en la gestión y organización de congresos nacionales e internacionales de dolor. Se ha fomentado la presencia de conferencistas extranjeros en las reuniones nacionales de dolor y se ha colaborado en la organización de congresos internacionales en el ámbito lati-

noamericano. Al respecto, es muy importante señalar que la IASP decidió celebrar su Congreso Mundial de Dolor del año 2014, en la ciudad de Buenos Aires, siendo ésta la primera vez que la IASP celebra un congreso de esta magnitud fuera de los países del primer mundo. Esto es un reconocimiento al papel fundamental que Latinoamérica juega en el desarrollo científico y médico en el ámbito del estudio y tratamiento del dolor, y será una ocasión única para que tanto Latinoamérica en su conjunto, como la ACED en particular, ocupen el lugar que justamente les corresponde en el mundo de la IASP.

Termino estas breves líneas con un ¡Feliz cumpleaños, ACED!, que envío de todo corazón a los miembros de la asociación. Este aniversario marca un hito en la contribución de la ACED al espíritu que John Bonica infundió en la IASP. Desde mi reciente cargo como Presidente-electo de la IASP agradezco el cariño y apoyo que siempre he recibido de la ACED y os animo a continuar una labor cuyo objetivo final no es otro que el alivio del dolor y la mejora de la calidad de vida de todos los que viven con dolor. Como dice el lema de la IASP, que la ACED y el resto de capítulos latinoamericanos han hecho propio, seguiremos "trabajando juntos para aliviar el dolor en todo el mundo".

Fernando Cerveró

*Presidente electo, IASP. Director, The Alan Edwards Centre for Research on Pain.
McGill University, Montreal, Canada.*

ACTA REUNION DE CONSTITUCION
CAPITULO COLOMBIANO
ASOCIACION INTERNACIONAL PARA EL ESTUDIO DEL DOLOR

FECHA : OCTUBRE 19 DE 1990
HORA : 7:00 P.M.
LUGAR : AUDITORIO ERNESTO ARANGO TAVERA
FUNDACION SANTA FE DE BOGOTA
ASISTENTES : LISTA ADJUNTA (28)
SE EXCUSARON : LISTA ADJUNTA (28)

1. El Dr. Bejarano informa que en el ultimo congreso de la Asociacion Internacional para el Estudio del Dolor (IASP) realizado en Australia, la Asamblea General aprobo la solicitud de que se le diera a Colombia el permiso para crear un Capitulo nacional provisional.

El Dr. Bejarano informa que de acuerdo al numero de asistentes hay quorum para llevar a cabo la reunion y lee la lista de personas que enviaron comunicaciones manifestando su interes en participar como miembros fundadores pero que no pudieron asistir. Se anexa la carta de citacion a esta reunion con el orden del dia que habia sido enviada a los miembros de la IASP en Colombia y a profesionales medicos y paramedicos interesados en el estudio del dolor.

2. A continuacion el Dr. Bejarano procede con la descripcion del estado actual del estudio del Dolor en Colombia. En 1962 fue llevado a un congreso en Rio de Janeiro el trabajo sobre el "Tratamiento del dolor por medio de intervenciones neuroliticas" realizado por el Dr. Juan Trujillo y colaboradores. El otro pionero en el estudio del Dolor ha sido el Dr. Bustamante Zuleta, quien en 1976 publico un libro sobre dolor y luego ha escrito otro libro sobre dolor lumbar. La Sociedad Colombiana de Anestesiologia y Reanimacion ha auspiciado 3 Cursos Colombianos sobre Dolor, con la participacion de personalidades extranjeras destacadas en el estudio del Dolor.

Luego enumera los centros que actualmente cuentan con

una clinica para el manejo del dolor o personas que trabajan en un area especifica sin pertenecer a un grupo multidisciplinario. Se han identificado grupos en las siguientes ciudades: Bogota, Medellin, Cali, Barranquilla, Armenia y Cucuta. Se anexa una lista de las personas y centros que son conocidos por sus intereses en el manejo del dolor.

Para el futuro, ya se sabe de por lo menos 3 medicos que se estan entrenando en Clinicas de Dolor en el exterior para regresar al pais y trabajar especificamente en esta area.

La IASP ha creado una serie de normas minimas para la definicion y funcionamiento de las Clinicas del Dolor con el fin de darles la mayor respetabilidad cientifica y que brinden un cuidado optimo al paciente. Copias de estas normas seran distribuidas entre los miembros del Capitulo para poderlas discutir en proximas reuniones.

El Dr. Bejarano expone los beneficios que perciben los miembros al conformar un Capitulo nacional entre los que se cuentan los siguientes: la revista PAIN se distribuye en forma gratuita a las bibliotecas de las mayores universidades de los paises donde existe un Capitulo, la disponibilidad de fondos para la financiacion de estudios de especializacion, promover los contactos interdisciplinarios entre los diverosos grupos y personas interesadas en el estudio del dolor, promover el estudio del dolor y dictar pautas sobre su manejo y en genral los beneficios de los miembros regulares.

El Dr. Fadul da un informe sobre los puntos de interes para la reunion sobre lo acaecido en la Asamblea General de la IASP en abril de 1990. Expone las facilidades que se le esta tratando de dar a los paises en vias de desarrollo con respecto al pago de cuotas de afiliacion con el fin de aumentar el numero de miembros, el programa "adopte una Universidad" para que reciba todas las comunicaciones de la IASP y la revista, la aprobacion provisional del Capitulo Colombiano y el informe del programa de la OMS-IASP para el manejo del dolor por cancer.

El Dr. Bejarano refiere que se requiere de unos estatutos provisionales para el Capitulo Colombiano. Aclara que existen las siguientes categorias para los miembros: regulares, en entrenamiento, honorarios,

retirados y de contribucion. Se decide nombrar un comite para que de acuerdo a los estatutos de la IASP elabore y transcriba unos estatutos provisionales adaptados a nuestro Capitulo.

Estos estatutos deben presentarse en la proxima reunion del Capitulo que se llevara a cabo en la ciudad de Bogota, el dia 4 de noviembre, en el marco del IV Curso Colombiano sobre Dolor. Se ofrecen los Dres. German Ochoa, Felipe Atalaya y Luis Casasbuenas para llevar a cabo esta tarea. El comite es aprobado por la reunion.

6. El siguiente punto a tratar es el de eleccion de junta directiva. El Dr. Griego propone que cada uno de los asistentes haga una presentacion corta, lo cual se realiza. Se nombra una junta electa provisional de 3 miembros mientras se dispone de estatutos: Presidente: Dr. Pedro F. Bejarano; Secretario: Dr. Camilo E. Fadul; Tesorero: Dr. Felipe Atalaya. La junta directiva electa funcionara en propiedad a partir del dia 30 de noviembre de acuerdo a los estatutos que se presenten en la proxima reunion. El periodo inicialmente propuesto para cada junta directiva sera de 3 años. El proximo año se elegira en la reunion cientifica anual la junta directiva electa para el año 1993.
7. Se procede a definir cuales deben ser las cuotas de afiliacion. Es necesario capitalizar el Capitulo Colombiano, por lo que se sugiere que haya un periodo de gracia de 3 años de manera que el dinero que se reuna por afiliaciones en el pais sea para el Capitulo. Se propone que la cuota de afiliacion sea el equivalente a 15 dolares en moneda nacional. Esta misma cantidad se descontaria de lo que envian los miembrso que pagan la afiliacion completa a la IASP para recibir la revista PAIN. Se comisiona al Dr. Bejarano para que defina esto con el comite ejecutivo de la IASP e informara al respecto en la proxima reunion.
8. El Capitulo debe realizar por lo menos una reunion cientifica al año. Con el fin de no interferir con el Curso Colombiano sobre Dolor que se viene realizando cada 2 años se plantea que las reuniones y cursos deben ser sobre Avances en Dolor.

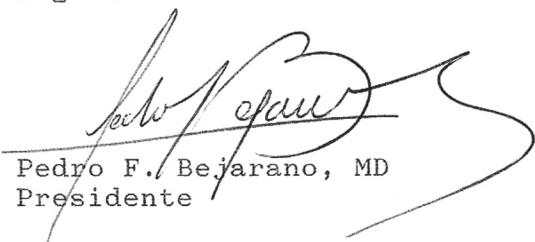
El Dr. Bejarano agradece a Laboratorios Grunenthal, por intermedio de la Dra. Marta Julieta Jimenez su apoyo a nuestro Capitulo, financiando la invitacion al Dr.

Patrick Wall para que sea el orador principal en nuestra primera reunion científica que se llevara a cabo en la ciudad de Bogota el dia 23 de noviembre de 1990 sobre el tema: "Nuevos desarrollos para el estudio neurofisiologico del dolor neuropatico".

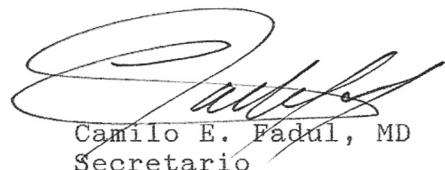
9. Proposiciones y varios. El Dr. Griego propone que se debe dar prioridad a las bibliotecas de las Universidades fuera de Bogota para el programa de "adopte una Universidad".

El Dr. Daza opina que se deben crear comites regionales como parte del Capitulo y que esta propuesta se debe tener en cuenta para la elaboracion de los estatutos.

Siendo las 8 y 20 de la noche se levanta la sesion y se cita para el dia Domingo 4 de noviembre de 1990 en la ciudad de Bogota.



Pedro F. Bejarano, MD
Presidente



Camilo E. Fadul, MD
Secretario

MIEMBROS FUNDADORES AUDITORIO ARANGO TAVERA FUNDACION SANTA FÉ DE BOGOTA

1	Abella Patricia	Bogotá	15	Griego Pizarro Juan Miguel	Bogotá
2	Acevedo Luis Francisco	Cali	16	Herrera Jaime (Q.E.P.D)	Bogotá
3	Acosta Carlos Jaime	Bogotá	17	Izquierdo Sandoval Mario	Cúcuta
4	Ardila Clara Inés	Bogotá	18	Martínez Adelaida	Bogotá
5	Atalaya Felipe	Bogotá	19	Moreno Benavides Carlos	Bogotá
6	Bejarano Ramírez Pedro Fernando	Bogotá	20	Ochoa Germán	Bogotá
7	Caiaffa Humberto	B/quilla	21	Osorio Ruby	Bogotá
8	Cardona Luz Nive	Bogotá	22	Padilla Drago Luis Alberto	B/quilla
9	Casasbuenas Luis	Bogotá	23	Pardo Jorge	Bogotá
10	Daza Barriga Jorge Santiago	B/quilla	24	Peña Ma. Emilia	Bogotá
11	Didoménico Ricardo	Bogotá	25	Sanmiguel Bustos Hernando	Cartagena
12	Fadul Camilo	Bogotá	26	Sarmiento Álvaro	Bogotá
13	García Burgos Eduardo	Bogotá	27	Sarmiento Rafael	Bogotá
14	Granados Mario	Bogotá	28	Serrano Alvaro	Bogotá

MIEMBROS FUNDADORES CON CARTA

NOMBRE	CIUDAD	ESPECIALIDAD
1 Alvarez Echeverri Tiberio	Medellín	Anestesiólogo
2 Baquero Casas Iliana María	Barranquilla	Fisiatra
3 Clavijo Díaz William	Cali	Anestesiólogo
4 Correa Diego	Cali	Psicólogo
5 Cuadrado del Rio Eliseo	Cali	Anestesiólogo
6 Danies Lacouture Olga Cecilia	Barranquilla	Fisioterapeuta
7 De Lima Liliana	Cali	Psicóloga Clínica
8 Echeverri Bueno Carlos Alberto	Manizales	Anestesiólogo
9 Galindo Nelly	Barranquilla	Fisioterapeuta
10 García de Calvo María Cecilia	Cali	Enfermera Jefe
11 Gómez Guerrero Guillermo	Bogotá	Neurológo Clínico
12 Gonzalez Uribe Fernando	Bogotá	Anestesiólogo - Acupunturista
13 Hadad Alejandro	Barranquilla	Anestesiólogo
14 Hernandez Castro John Jairo	Bogotá	Neurocirugía
15 Jiménez Hakim Enrique	Bogotá	Neurología
16 Pardo José Vicente	Bogotá	Fisiatra
17 Peña Quiñonez Germán	Bogotá	Neurocirugía
18 Rodríguez René	Cali	Anestesiólogo
19 Saavedra Espitia Polidoro	Bogotá	Anestesiólogo
20 Solano Juan Manuel	Cali	Médico
21 Vasquez Rafael	Bogotá	Anestesiólogo

MIEMBROS HONORARIOS DE LA ACED

Dr. Patrick Wall	1990
Dr. Luis Alberto Zorro	1991
Dr. José María Rodríguez	1996
Dra. Isa Fonnegra de Jaramillo	1996
Dr. Ernesto Bustamante Zuleta	1996

MIEMBROS CONTRIBUYENTES - 1991

LABORATORIOS:

Hoechst de Colombia
Grunenthal Colombiana
Rhone Poulenc

PROFESORES NACIONALES INVITADOS

Dr. Carlos Moreno Benavides
Dr. Rafael Sarmiento Montero
Dr. René Rodríguez Jurado
En Homenaje Póstumo al Dr. Héctor Tejada Hernández
Dr. Germán Ochoa Amaya
Dra. Ruby Osorio Noriega
Dra. Soledad Cepeda

PREMIO A LA EXCELENCIA EN DOLOR

Dra. Luz Hidela Patiño Sánchez
Dr. Eliseo Cuadrado del Río
Dr. Mario Granados Sandoval
Dr. Haroldo Estrada López
Dr. José Vicente Pardo
Dr. Juan Miguel Griego Pizarro
Dr. Tiberio Álvarez Echeverri
Dr. John Jairo Hernández Castro

HISTORIA ASOCIACIÓN COLOMBIANA PARA EL ESTUDIO DEL DOLOR

JUNTAS DIRECTIVAS

1990-1993

Presidente:	Dr. Pedro Fernando Bejarano
Vicepresidente:	Dr. Álvaro Serrano
Secretario:	Dr. Camilo Fadul
Tesorero:	Dr. Felipe Atalaya
Vocales:	Dres. Germán Ochoa, Adelaida Martínez, Tiberio Álvarez

2003 - 2005

Presidente:	Dr. Carlos Francisco Fernández
Vicepresidente:	Dr. John Jairo Hernández
Secretario:	Dr. Miguel Angel Cruz
Tesorera:	Enfermera Doris Montealegre
Vocales:	Dres: Ruby Osorio, Haroldo Estrada, Mario Granados
Fiscal:	Dra. Myriam Hincapié

1993 - 1996

Presidente:	Dr. Germán Ochoa Amaya
Vicepresidente:	Dr. Juan Miguel Griego
Secretario:	Dr. Jairo Moyano
Tesorera:	Dra. Elena Martín
Vocales:	Dres. Luz Hidela Patiño, Carlos Acosta, Jorge Daza
Fiscal:	Dra. María Soledad Cepeda

2005 - 2008

Presidente:	Dr. John Jairo Hernández
Vicepresidente:	Enfermera Doris Montealegre
Secretario:	Dr. Juan Carlos Acevedo
Tesorera:	Dra. Ruby Osorio
Vocales:	Dres. José F. López, Omar Gomeze, John Jairo Vargas
Fiscal:	Dr. Mario Granados

1996 - 1999

Presidente:	Dr. Juan Miguel Griego
Vicepresidente:	Dr. Héctor Tejada (Q.E.P.D.)
Secretaria:	Dra. Luz Hidela Patiño
Tesorera:	Dra. Patricia Schiemann
Fiscal:	Dra. Myriam Hincapié
Vocales:	Dres. Hernando Sanmiguel, René Rodríguez
Fiscal:	Dr. Carlos Francisco Fernández

2008 - 2010

Presidente:	Dr. Jorge Daza
Vicepresidente:	Dr. Juan Carlos Acevedo
Secretaria:	Dra. Patricia Gómez
Tesorera:	Dra. Ginna García
Vocales:	Dres. Polidoro Saavedra, Sandra Florez, Omar Gomeze
Fiscal:	Dr. Mario Granados

1999 - 2002

Presidente:	Dr. Carlos Francisco Fernández
Vicepresidente:	Dr. Enrique Villamizar (Q.E.P.D.)
Secretario:	Dr. John Jairo Hernández
Tesorera:	Enfermera Doris Montealegre
Vocales:	Drs. Jaime Martina, Omar Gomeze, Myriam Hincapié,
Fiscal:	Dr. Carlos Moreno B.

Vicepresidente:	Dr. Germán W. Rangel
Secretario:	Dr. Luis Enrique Flórez
Tesorera:	Dra. Ginna García
Vocales:	Dres. Onofre Silva, Jesús Antonio Chaustre,
Fiscal:	Enfermera Doris Montealegre

2010 - 2012

Presidente:	Dr. Carlos Francisco Fernández
Vicepresidente:	Dr. Germán W. Rangel
Secretario:	Dra. María Patricia Gómez
Tesorero:	Odontólogo David Monroy
Vocales:	Dres: Héctor Manrique, Carlos Jaime Yepes, Francisco Javier Mazenett
Fiscal:	Enfermera Doris Montealegre

Historia de la formación y primer lustro de la Asociación Colombiana para Estudio del Dolor - Capítulo Colombiano de la IASP

"Cuando muchos contribuyen a ella, la recuperación de la historia es tan viva y activa como lo es el construirla".

Pedro Fernando Bejarano R., MD

Los orígenes y las primeras contribuciones a la necesidad del estudio del dolor en Colombia

El dolor como mecanismo funcional de defensa siempre ha acompañado y protegido el desarrollo de las especies animales, pero desde la aparición de la humanidad y de su gradual desarrollo de la metacognición (capacidad de reflexionar sobre los propios pensamientos), esa conciencia del ser interior, y su interpretación de las percepciones sensoriales convierten la experiencia dolorosa en una percepción mucho más compleja –al mismo tiempo ‘bendición y condena’– que ha marcado desde entonces el desarrollo de todas nuestras sociedades y culturas.

Posterior a los desarrollos (por cierto muy avanzados) de las culturas precolombinas cuya descripción no corresponde a este escrito, el interés por el tratamiento del dolor como área de interés profesional se genera durante un tiempo corto y con apreciada importancia probablemente a partir de las guerras de independencia en la primera mitad del siglo XIX con la participación de médicos militares; a esto sigue un largo período poscolonial, con falta de datos, hasta un tímido renacer con el inicio de las escuelas de medicina ‘criollas’, y más sólidamente a partir de la fundación de la primera escuela de anestesia en Colombia, en 1948, en el Hospital de San José.

A partir de esta época, en lo que se puede señalar como un período de transición, se suceden cam-

bios muy importantes en el mundo que determinarán posteriormente el curso de la ciencia (y conciencia) del estudio del dolor ya no solamente como síntoma de una enfermedad, sino como el objeto mismo de estudio. A ello seguirá también el estudio de sus implicaciones deletéreas sobre la evolución de la enfermedad, así como de su impacto en la mente, los órganos, sus funciones, y en la calidad de vida de los pacientes que lo sufren. Todo ello va formando un escenario internacional que guiará las iniciativas interdisciplinarias determinantes del nacimiento de esta conciencia colectiva en Colombia, dando lugar a la oportunidad de la creación de nuestra asociación.

En el escenario mundial, entre el final del siglo XIX y la primera mitad del siglo XX, se ve florecer el conocimiento científico en áreas como la fisiología de la conducción nerviosa, la farmacología del dolor, la electroterapia, la terapia física, la cirugía del dolor, y la anestesia regional. Cada una de ellas representa para las demás un aporte hacia la construcción del ‘rompecabezas’ del alivio del dolor, y todo ese conocimiento se viene a consolidar con la conciencia, cada vez más evidente, de la necesidad de estudiar el problema del dolor y tratarlo desde una perspectiva multidisciplinaria. Este mismo fenómeno se observa en Colombia, cuando en esta época la medicina obtiene un gran impulso en todas las especialidades gracias al esfuerzo de médicos que viajan a las mejores escuelas de medicina del exterior y regresan para desarrollar sus campos de trabajo en Colombia. Como consecuencia de ello, se empieza a hacer más patente la preocupación por el dolor de los pacientes,

* Médico Anestesiólogo. Fundador de la ACED.

inicialmente en el contexto de las salas de cirugía, y luego fuera de ellas.

Hitos para consolidar una especialidad en dolor

En el escenario antes descrito, son tres los hechos que demarcarán el futuro de la especialidad de dolor en el mundo y en nuestro país.

El primero, la aparición en escena de John J. Bonica, inmigrante italiano que había estudiado medicina y anestesiología en los Estados Unidos, desarrollando gran destreza en el manejo de la anestesia regional, aplicándola inicialmente al dolor obstétrico, y posteriormente al manejo del dolor crónico mediante bloqueo nervioso. Su amplia experiencia en el manejo del dolor secundario de lesiones del sistema nervioso periférico durante la segunda guerra mundial le llevaron a estructurar un gran conocimiento multidimensional del dolor y su tratamiento; así, son clásicas sus contribuciones al manejo clínico de la 'Causalgia'. Todo ese conocimiento fue plasmado en la primera gran obra que reúne desde varios aspectos el desarrollo del estudio del dolor en la práctica médica de entonces, bajo el título "*El tratamiento del Dolor*" (Bonica JJ 1953), llegada a Colombia en versión española editada tres años después por la compañía Salvat, siendo difundida especialmente entre los líderes de nuestra –ya en pleno desarrollo– especialidad de anestesiología.

Este libro tuvo gran éxito, probablemente debido a que es tal vez el primer texto integral de tratamiento del dolor al alcance de todos los médicos dentro de un concepto interdisciplinario. Ello unido a los influjos venidos de las escuelas francesas de neurología y neurocirugía a través de médicos colombianos especializados allí, fueron también unos grandes catalizadores del progreso en esta área. Sus enseñanzas prácticas y bien articuladas temáticamente, fueron utilizadas como guía para todos aquellos médicos, especialmente los anestesiólogos, interesados en el manejo del dolor.

Así es como probablemente se apoyaron las primeras observaciones de los efectos del bloqueo nervioso en el manejo del dolor crónico secundario de la isquemia de miembros inferiores, por oclusión vascular trombótica, en pacientes de edad. Como ejemplo cercano y viviente, el Doctor Eliseo Cuadrado Del Río presenta su Tesis de Grado sobre este tema

en el *Hospital San Juan de Dios de Bogotá*. Así es publicado por vez primera en Colombia el manejo del bloqueo continuo del simpático lumbar por vía epidural durante 15 días para el control del dolor y la recuperación tisular de un paciente de 65 años, con trombosis de la arteria pedia derecha (Cuadrado E: revista "Anestesia", órgano oficial del Colegio Colombiano de Anestesiología, Vol 1, nos. 3 y 4, Sept-Dic 1954, p 12). El Doctor Cuadrado afirma:

"...el alivio del dolor que se obtuvo desde la primera dosis fue completo, pudiendo el paciente conciliar el sueño. El apetito volvió y su estado psicológico fue más satisfactorio..." y añade: "el bloqueo de la cadena simpática lumbar continuo por vía epidural, es la terapéutica de elección en todos los estados vasculares oclusivos de los miembros inferiores".

Aunque las observaciones del entonces naciente anestesiólogo Cuadrado se centran fundamentalmente en la recuperación vascular del miembro, describe detalladamente el beneficio del alivio del dolor, y lo que es más importante, enuncia el método que 50 años después seguimos utilizando para el manejo del dolor posoperatorio:

"... La intervención se realizó bajo anestesia epidural continua, para aprovechar el catéter y continuar el bloqueo posoperatoriamente".

Años más tarde, en el *Instituto Nacional de Cancerología*, a comienzos los años sesenta, los Doctores Jorge Osorio Reyes, Jaime Marín Vélez y Fernando Vélez de Castro, frente a la escasa disponibilidad de opioides al iniciar la década de los sesenta, se orientaron primordialmente hacia la utilización de las técnicas de neurolisia intrarraquídea y periférica con agentes como el alcohol absoluto y el fenol para el manejo del dolor por cáncer. Su experiencia en este campo fue presentada en 1964, en São Paulo, Brasil, durante la celebración del 3er. congreso mundial de anestesiología, y este trabajo, titulado "*Alcoholización subdural en el tratamiento del dolor*" es probablemente la primera presentación internacional de un trabajo Colombiano sobre el tratamiento del dolor.

Poco antes de la fundación de la aceptada como "Primera clínica de dolor", en Estados Unidos, en Colombia la preocupación por el "dolor intratable" había llevado a algunos neurocirujanos del país a desarrollar la técnica de la rizotomía dorsal y de las

neurectomías periféricas, practicadas por el Doctor José Mora Rubio al principio de los años setenta en el hospital de San Juan de Dios, de Bogotá. Uno de sus alumnos, el doctor Juan de Dios Trujillo, desarrollaría más tarde estas técnicas para el manejo de los pacientes con cáncer, en el *Instituto Nacional de Cancerología*, en Bogotá.

El segundo hito lo constituye la fundación de una de las primeras clínicas interdisciplinarias de dolor en el Tacoma General Hospital de Tacoma, Estado de Washington, Estados Unidos, por el mismo Doctor Bonica, en 1972. Aunque la experiencia interactiva de varias especialidades en el tratamiento del dolor se había tenido anteriormente en las escuelas de espalda, en Francia hacia 1912, a la clínica de dolor de Bonica se le reconoce probablemente como la primera 'Clínica interdisciplinaria de dolor' definida dentro del concepto moderno de integración de ciencias clínicas y de ciencias básicas. Unos meses después, iniciaría un centro similar en el Hospital Universitario de la Universidad del estado de Washington, en Seattle, institución que marcaría la pauta del desarrollo de las clínicas de dolor en el mundo y en Colombia también.

Poco después de aquel hecho, en nuestro país se dan las condiciones para el desarrollo de un nuevo avance en el progreso del alivio del dolor: se ha fundado ya en Bogotá el Instituto Neurológico de Colombia, centro hospitalario dedicado exclusivamente al manejo de las patologías del sistema nervioso, bajo el impulso y gestión del neurocirujano Jaime Gómez González, quien se preocupa por darle un desarrollo integral a las neurociencias y todas las áreas afines, incluyendo el manejo del dolor. Como parte de este desarrollo, es invitado a Colombia el Doctor Aníbal Galindo, ex-alumno de J.J. Bonica en Seattle, quien inicialmente dirige el Departamento de Neuroanestesiología en ese instituto, a donde ingresan también Eduardo García Vargas y Fernando Vélez De Castro, este último quien también había trabajado en el Instituto Nacional de Cancerología con las neurolisis intratecales.

El Doctor Galindo, desarrolla su interés por el dolor en el *Instituto Neurológico de Colombia* y en la joven Sociedad Colombiana de Anestesiología. Así, bajo el auspicio de estas dos instituciones, y la facultad de Medicina de la Universidad del Rosario organiza el 14 y 15 de Enero de 1974 el "Primer

Simposio de Dolor" en la historia de Colombia, con la participación de John J. Bonica, para entonces jefe del Depto. de Anestesiología y de la Clínica de Dolor de la Universidad de Washington, D. Long, jefe de neurocirugía de Johns Hopkins, W. Shealy del Pain Rehabilitation Center de Wisconsin, y el ingeniero electrónico N. Hagfors. Durante este curso, que contó con cerca de 100 participantes en los terrenos del Museo Nacional en Bogotá, se discutieron extensamente los mecanismos del dolor, sus componentes psíquicos y emocionales, y su tratamiento. La gran innovación presentada fue la técnica de analgesia mediante la estimulación eléctrica transcutánea (TENS), y el informe de Bonica acerca de la visita formal a China de una comisión estadounidense para la evaluación de la acupuntura.

Un poco tiempo después, y como suele ser habitual en las épocas de transición al desarrollo, esta iniciativa decreció en intensidad (siempre las ideas nuevas requieren 'tiempo de asentamiento' tanto en las ocupadas mentes de los profesionales como en las de las instituciones que las albergan), pero también en parte por el regreso del Dr. Galindo a los Estados Unidos, al Cedars Medical Center, en Miami. Pero poco tiempo después, en la misma institución la actividad de alivio del dolor sería reiniciada y desarrollada ampliamente por el Doctor Ernesto Bustamante Zuleta, quien había llegado al Instituto Neurológico de Colombia, hacia 1973, inició su "Consulta de Dolor", especialmente dedicada a pacientes con dolor crónico de origen neuropático.

El tercero y tal vez más importante de los hitos es la fundación de la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP), sellada en la ciudad de Issaquah. En 1973. Bonica organizó el Primer Simposio Internacional de dolor durante los días 21 a 26 de mayo, invitando no sólo a científicos investigadores de ciencias básicas y clínicas, sino también a importantes personalidades internacionales de la administración de la salud. Al mismo tiempo, en la finalización del simposio y por decisión unánime, se fundó la asociación, y se acordó el inicio de una revista de divulgación científica, la revista PAIN, órgano oficial de esa Asociación y hoy considerada como una de las líderes en el campo de las neurociencias.

En nuestro país, esta 'época de transición' en la cual se generaron múltiples iniciativas para el alivio del dolor, continuaría hasta 1981, año en que se

publica la experiencia del doctor Ernesto Bustamante Zuleta, del Instituto Neurológico de Colombia en su conocido libro titulado "El Dolor", editado por El Ateneo de Buenos Aires, Argentina, y probablemente el *primer libro de autor colombiano* dedicado a este tema en forma integral.

Aunque no sea un hito definido en el tiempo, para entonces, en varios sitios de Colombia se han dado pasos iniciales para el cuidado especializado de los pacientes con dolor a través de 'consultas de dolor', en la mayor parte dependientes de una especialidad médica tradicional (anestesiología, neurología, cáncer), que por el hecho de ser de predominio monodisciplinario ('centradas en el médico') proveen cuidado a patologías médicas específicas (de cefalea, espalda, etc.). En mi opinión, éste es un muy importante paso para madurar la idea de la necesidad de una asociación para el estudio y tratamiento del dolor, ya que la no infrecuente incapacidad de solucionar un problema crónico desde la perspectiva única de una especialidad médica, va creando la conciencia de esa necesidad de acercamiento 'holístico' para el manejo del dolor crónico (donde el todo no es la suma de las partes). Allí es donde, por necesidad, anidan las ideas de los futuros desarrollos en el *cuidado interdisciplinario del dolor crónico*, tan complejo en su conceptualización desde el modelo puramente médico hasta la perspectiva biopsicosocial y los nuevos modelos traslativos (transicionales) en desarrollo que explican hoy en buena parte los síndromes funcionales de dolor generalizado.

La época moderna del dolor en Colombia: Los vertiginosos años 80

El terreno está ahora creado, y la década de los ochenta trae ahora un giro inmenso en el progreso del estudio y tratamiento del dolor, gracias a los esfuerzos de nuevas generaciones de especialistas, especialmente de anestesiólogos que con gran visión y habilidades organizativas 'echan a andar' el movimiento de las 'clínicas de dolor', le dan una imagen individual a la profesión al lograr crear la identificación del área de dolor como nueva especialidad de la medicina, y le estructuran una 'imagen corporativa' que con el paso del tiempo caracterizará la *Medicina de Dolor como un puesto de trabajo específico* dentro del concierto de las especialidades médicas.

La creación de las primeras clínicas de dolor en esta nueva etapa se asocia en forma consistente con la práctica académica de las especialidades, y es así como *hacia finales de 1981* el Doctor Tiberio Álvarez Echeverry, anestesiólogo y profesor de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia, en el *Hospital de San Vicente de Paúl* en Medellín, y posteriormente en forma independiente, el Doctor Pedro Fernando Bejarano, en el servicio de anestesia del *Hospital Militar Central* en Bogotá, ya para entonces centro de postgrado de la facultad de Medicina de la Universidad del Rosario, crean sendas clínicas de dolor en grupos constituidos por varias especialidades y con orientaciones interdisciplinarias centradas en las patologías más importantes de sus poblaciones de pacientes: en Medellín, la "Clínica para alivio de Dolor y Cuidados Paliativos" se dedica en gran parte al manejo del dolor en pacientes con cáncer, y en Bogotá la Clínica de Dolor del Hospital Militar se dedica con gran énfasis a los pacientes de dolor crónico de origen no maligno, especialmente debido a las frecuentes lesiones de nervios periféricos y causalgias por heridas con armas de fuego en el personal militar, y a los pacientes con dolor de espalda.

A través de los primeros años de esta década se reproduce en Colombia un fenómeno habitual en el establecimiento de una nueva especialidad, cual es un desbordado entusiasmo general por trabajar en un campo de nuevo desarrollo. Ello también conlleva, por una parte, *competitividad y conflicto* de competencias entre especialidades y por otra, se genera cierto escepticismo y recelo en otras especialidades al sentirse invadidas algunos de sus campos de manejo por una *medicina especializada en el dolor* con métodos de tratamiento no quirúrgico. De esta manera, algunos procedimientos de indicación frecuente para el manejo del dolor, como por ejemplo las simpatectomías quirúrgicas, son reemplazadas por los bloqueos temporales y permanentes del Simpático en el manejo de los cuadros de Distrofias Simpáticas Reflejas, las rizotomías dorsales y neurectomías en el manejo del cáncer por las neurosis viscerales, intraespinales y epidurales, las neurectomías periféricas por los bloqueos neurolíticos con alcohol y fenol, y así muchas otras indicaciones que permiten recuperar la calidad de vida de los pacientes con dolor, con intervenciones percutáneas.

A pesar de lo anterior, y a través de la docencia y la investigación, logra desarrollarse en estos y otros

sitos del país una conciencia progresiva sobre la importancia del *manejo especializado del dolor con la participación de otras disciplinas*. Así, en la clínica de dolor del Hospital Militar, ya hacia 1984 Pedro Bejarano logra conformar un grupo interdisciplinario que trabaja en patología dolorosa de Columna con la participación de Luis Casasbuenas, de Neurocirugía, Jorge Ramírez, de Ortopedia, Mario Romero, de Rehabilitación, Gloria María Berrío y Ruby Osorio, de Psicología.

Es importante resaltar aquí que durante esta época se dio un progresivo desarrollo de la especialización de otras disciplinas en el área de dolor en Colombia. Tal es el caso de la Psicología: Ruby Osorio Noriega, entonces estudiante de psicología, tutorizada por Gloria María Berrío y Pedro Bejarano en la clínica de dolor del Hospital Militar, desarrolla su tesis de grado sobre los descriptores de dolor, realizando una de las primeras adaptaciones del famoso *Cuestionario de Dolor de McGill* al idioma español, instrumento universal para la evaluación clínica del dolor diseñado por Ronald Melzack en la universidad de McGill. Esta adaptación sería posteriormente galardonada en 1995 con el premio Juan Marín de la Sociedad Colombiana de Anestesiología.

El movimiento de los grupos interdisciplinarios dedicados al manejo del dolor lumbar, más conocidos como las “*escuelas de espalda*” ha tomado ya fuerza en el mundo, y en Europa como en América se desarrollan grupos importantes bajo el liderazgo de Alf Nachemson en Suecia, John D. Loeser en la Universidad de Washington, en Seattle, y Hubert L. Rosomoff, en el departamento de neurocirugía de la Universidad de Miami, entre otros. Los enfoques diagnósticos y estrategias terapéuticas de estos grupos tendrán una influencia importante en el desarrollo de estas unidades en Colombia gracias al entrenamiento recibido allí en forma independiente por médicos como los doctores Arnoldo Levy y Carlos Alberto Zúñiga, neurocirujanos que desarrollan la primera *Clínica de Espalda en la ciudad de Cali*, la cual fue bautizada en honor de “Hubert L. Rosomoff” en el año de 1984. Se destaca también el trabajo del doctor Pedro Bejarano (quien al lado de Luis Casasbuenas, Germán Ochoa, José María Rodríguez, Luz Nyve Cardona y María Emilia Peña colabora en el desarrollo del “*Instituto de Columna*” en 1986 y posteriormente en la “*Clínica de Columna*” en 1987).

Para 1984 se genera un nuevo impulso en la *educación y organización del estudio de dolor en Colombia*, cuando en el hospital Militar, por iniciativa del anestesiólogo Alfredo León, se crea el deseo de organizar un curso educativo en el departamento de anestesia, el cual, gracias al auge de la clínica de dolor, se dedica a este tema. De esta forma, con la organización y auspicio de la Sociedad Colombiana de Anestesia y Reanimación SCARE, el departamento de anestesia del Hospital Militar, y la Escuela Militar de medicina se realiza en el Hotel Tequendama el titulado “*Primer Curso Colombiano de Dolor*” exitoso evento con la participación de Terence Murphy de la Universidad de Washington en Seattle, Vicente Pallares y Hubert Rosomoff de la Universidad de Miami, una asistencia de 580 personas de todas las especialidades.

A raíz del éxito logrado por este curso, y con el advenimiento del segundo, se crea en 1986 el *comité de dolor de la SCARE*, presidido por Pedro Bejarano y con la participación de Jorge Osorio, Iván Navarro, Julio Enrique Peña y Alfredo León. De esta forma se inicia un movimiento continuado de educación y difusión del estudio de dolor entre los anestesiólogos a través de la sociedad. Dentro de sus objetivos se desarrolla la continuación de los cursos de dolor ya iniciados en períodos bienales, la inclusión de los temas de dolor en el currículo de los programas de la especialización de anestesia, y el propender por estimular el desarrollo de grupos de dolor como nueva área de trabajo para el anestesiólogo colombiano, y lo que es más valioso y loable de la SCARE, se reconoce la necesidad de ir construyendo las bases de una *sociedad interdisciplinaria para el estudio del dolor*, promoviendo su estudio en otras especialidades, lo que vendría a convertirse años más tarde en la actual ACED. Así, durante los años siguientes se realizan cursos nacionales interdisciplinarios de dolor, en 1986 y 1988 con invitación de *famosos investigadores y profesores internacionales* de la talla de Patrick Wall del University College London; Richard Sternbach, de la Scripps Clinic en California y Wilbert Fordyce Psicólogo de la Universidad de Washington; los anestesiólogos Henry McQuay de la Universidad de Oxford, Peter Buckley de la Universidad de Washington en las áreas clínicas de dolor, y finalmente Richard Payne, neurólogo del MD Anderson Cancer Center de Houston, y Michael Kearney del Saint Christopher's

Hospice, en Londres, con quienes se introducen en Colombia *los conceptos más avanzados del manejo del dolor en cáncer y del cuidado paliativo*. Estos enormes progresos en la difusión y educación se ven reforzados en esta década con la producción nacional de publicaciones sobre dolor.

En 1986, el Doctor Tiberio Álvarez publica a partir de su experiencia en el hospital San Vicente de Paúl en Medellín, el primer y entrañable libro de este segundo lustro bajo el título "Dolor: problemática y tratamiento". Es un ejemplo de excelencia educativa en formato de bolsillo para sus estudiantes. En 1988, Pedro Bejarano publica las memorias del curso de 1988 editadas bajo el título "Dolor Agudo, Crónico y de Origen Maligno". Con ellos, los libros "Ayudando a Morir con Dignidad" y "Dolor en Cáncer", escritos por el Doctor Tiberio Álvarez, conforman para entonces la base de la bibliografía colombiana sobre el dolor.

El dolor en cáncer y el cuidado paliativo en la escena

Para esta época, ya se han consolidado y abierto más consultas y clínicas de dolor en otros grandes centros como la Fundación Santa fé de Bogotá con Jaime Herrera y Pedro Bejarano (quien se había trasladado en 1985 a este centro), el Hospital Universitario del Valle, en Cali, con el doctor Eliseo Cuadrado y el Dr. Francisco Acevedo (entrenado con el pionero del dolor en España, Dr. Jose Luis Madrid Arias, a su vez alumno de Bonica), y el Instituto Nacional de Cancerología, en el cual la llegada del doctor Camilo Fadul entrenado en *neurooncología y dolor* con la indiscutible líder mundial de la investigación del dolor en cáncer hacia 1987, la Doctora Kathleen Foley del Memorial Sloan Kettering, en Nueva York.

De esta forma los años 1987 y 1988 ven crecer con gran intensidad el conocimiento e interés por el manejo del paciente con cáncer y el inicio de los *cuidados paliativos en Colombia*. Se promueve el programa de Alivio del Dolor en Cáncer de la OMS con el comité de dolor de la SCARE, la Fundación Santa fé de Bogotá con Pedro Bejarano, el Instituto Nacional de Cancerología con Álvaro Sarmiento, Juan Trujillo y Héctor Tejada, y el programa de la Clínica de Alivio del Dolor y Cuidados Paliativos de Tiberio Álvarez entre otros. Reforzando el papel esencial del cuidado

humanitario del paciente terminal, en Agosto de 1987, la psicóloga Isa Fonnegra de Jaramillo, miembro del *IWG (International Group on Death, Dying and Bereavement)* y seguidora de los pasos de Mary Vachon (una de las pioneras del desarrollo del cuidado terminal en Canadá y Estados Unidos), constituye en Bogotá la *Fundación Omega*, primera institución de difusión nacional sobre el manejo del duelo y los pacientes terminales en Colombia, con la colaboración médica del anestesiólogo Jaime Herrera y otros profesores en el terreno de la Oncología y la Medicina Interna. Los famosos cursos anuales de esta fundación, enseñando las dimensiones médicas, psicológicas y humanísticas del movimiento estructurado de los cuidados paliativos a partir de los trabajos de Cicely Saunders en el *St Christopher's Hospice* de Londres, así como la obligada convergencia interdisciplinaria de los desarrollos de la especialidad de dolor en los grandes centros, dan lugar a una *era moderna del cuidado de los pacientes con cáncer en Colombia*. De allí parten innumerables esfuerzos e iniciativas para la organización del cuidado de estos pacientes, la educación en el control del dolor y otros síntomas; la comprensión y el manejo de los duelos; la disponibilidad de opioides, y muchos más que ayudan a consolidar una adelantada conceptualización multidimensional del dolor y la muerte en Colombia.

Así, en 1989, Pedro Bejarano y la psicóloga Liliana DeLima inician en Cali la primera unidad de hospitalización independiente dedicada al cuidado de pacientes terminales, el primer "hospicio", adaptando para ello la *"Casa de Recuperación La Viga"*, antiguo sanatorio para tuberculosis y posteriormente, casa de alojamiento para los pacientes con cáncer, que seguían tratamientos de radioterapia en el Hospital Universitario del Valle en Cali. Aunque ya existen en Colombia unidades de cuidados de enfermería para pacientes terminales en el Hospital San Rafael, ésta constituye la primera unidad como tal con un programa integral de control de dolor, síntomas y atención terminal. Al mismo tiempo la actividad organizativa de todos ellos y las presiones de la OMS logran abrir paso al inicio de la importación de opioides para el manejo del dolor en cáncer en Colombia; se crea también la Fundación Pro Derecho a Morir Dignamente, presidida por la Sra. Beatriz Kopp. Todo lo anterior, gracias al apoyo de los medios de comunicación y el entusiasmo de muchos aneste-

siólogos. ¿el resultado? un vuelco enorme al escenario científico y de la opinión general entrando a 1990, sobre los conceptos de calidad de vida, tanatología, y alivio del dolor en cáncer en el país, tema central de las actividades de dolor en Colombia.

También en 1990 se inicia en la Fundación Santa Fé de Bogotá el primer programa de "fellowship" o *entrenamiento de postgrado en dolor* para anestesiólogos, bajo la dirección de Pedro Bejarano y Jaime Herrera, con el aval de la Escuela Colombiana de Medicina, hoy *Universidad el Bosque*. Años más tarde será seguido por el programa del Instituto Nacional de Cancerología y del Hospital de San Ignacio con la *Universidad Javeriana* bajo el liderazgo de René Linares, Jairo Moyano y Carlos Rodríguez. Estos programas permitirán una gran difusión del manejo del dolor en todas las zonas del país gracias a los nuevos especialistas, y se inicia un programa de conferencias regionales de Dolor a nivel nacional que expande todavía más los alcances.

Creadas las condiciones, el momento llega cuando todos le necesitamos

El año de 1990 ha visto crecer con éxito la difusión del interés en el tratamiento del dolor, desde dentro de la anestesiología hacia todas las demás especialidades médicas incluyendo rehabilitación, ortopedia, oncología, neurología y las neurociencias. Las asociaciones de cada especialidad han desarrollado también dentro de ellas mismas este interés, y la cooperación y colaboración es cada vez más fluida, de manera que se crea la necesidad de agrupar todas estas áreas bajo una organización de carácter multidisciplinario, puesto que los estatutos de la SCARE, así como el de la mayoría de las sociedades limitan la afiliación de otros especialistas. Para este año, existen ya muchos médicos interesados y trabajando en dolor, y alrededor de 20 especialistas de diferentes ramas médicas inscritos y asociados como miembros regulares de IASP (International Association for the Study of Pain), fundada por John Bonica.

Aprovechando estas condiciones, Pedro Bejarano invita a cerca de 50 médicos especialistas, interesados en práctica del dolor en todo el país, que se hacen físicamente presentes o a través de carta, con el fin de conformar el "Capítulo Colombiano de la IASP". Dicha reunión se celebra en el *salón de conferen-*

cias "Ernesto Arango Tavera" de la Fundación Santa Fé de Bogotá, el día 21 de Agosto de 1990.

Allí, con la asistencia de 24 invitados y las cartas de otros 21 se firma el acta de constitución del capítulo, nombrada la primera Junta directiva conformada así: Presidente: Pedro F. Bejarano, Secretario: Camilo Fadul, Tesorero: Felipe Atalaya. El entusiasmo de las caras de todos los asistentes, el esfuerzo de los presentes venidos de otras ciudades, y la ilusión, voluntad y confianza de las respuestas por correo, sientan la mejor de las bases para el éxito de lo que debe ser nuestra responsabilidad y *la razón de ser de la asociación: el compromiso con el desarrollo y difusión del estudio y tratamiento del dolor en Colombia*. Ninguna carga o esfuerzo se hará pesada o difícil ante tanto entusiasmo.

Los primeros pasos de una asociación llamada a ser grande

Siendo una iniciativa de carácter científico, los primeros pasos se dieron con el objetivo fue lograr programas con los últimos conceptos y adelantos científicos de cada momento, para lo cual era necesario traer conferencistas a Colombia que fueran investigadores de primera línea en el mundo. Durante su mandato se realizaron varios eventos académicos ya que en el acta de constitución quedó plasmado que el capítulo debería realizar por lo menos una reunión científica al año. La primera y muy memorable se realizó con la presencia como conferencista, del Dr. Patrick D. Wall, editor en jefe de la revista Pain, Profesor titular de neurobiología del University College London y candidatizado al premio Nobel por su famosa "Teoría de la Compuerta" por la cual junto con Ronald Melzack, de la Universidad de McGill en Canadá, se abrió un nuevo capítulo del dolor al entender los conceptos básicos de la neuromodulación. Su conferencia versó sobre los "Nuevos Desarrollos en el Estudio Fisiológico del Dolor Neuropático", en el auditorio Fundadores de la Asociación Médica de Los Andes, el día 30 de noviembre de 1990. En esta ocasión se nombró al Dr. Wall como el primer Miembro Honorario del Capítulo Colombiano de la IASP.

De allí en adelante florece una nueva primavera en el progreso del estudio del dolor en Colombia, puesto que amplía aún más la difusión de la especialidad en Colombia: continúan las actividades del

comité de Dolor de la SCARE con la coordinación de Álvaro Sarmiento, y la sociedad inicia un programa masivo de educación a nivel nacional, para cuyo propósito se divide el país en 5 regiones: centro con sede en Bogotá; zona norte, con sede en Barranquilla; zona sur occidente, con sede en Cali; zona de Antioquia y Viejo Caldas, con sede en Medellín, y zona del oriente, con sede en Cúcuta. Se elabora un programa de cursos anuales en cada región, 10 congresos o cursos locales en ciudades menores y un Congreso Nacional anual que a partir de 1991 se centra en la presentación de los más recientes avances del estudio y comprensión del dolor, tanto acerca de la investigación de laboratorio como de su manejo clínico.

Discurren entonces los más reconocidos investigadores del mundo en los congresos del Capítulo Colombiano de la IASP, ya convertido en la *Asociación Colombiana para el Estudio del Dolor (ACED)*. Bajo el título de "Progresos en el Estudio y Tratamiento del Dolor". Personajes de la ciencia mundial en Alemania.

En noviembre de 1991 se realiza el primer curso anual (futuro congreso) en el auditorio "Fundadores" de la Asociación Médica de los Andes, sobre "*Bases Neurofarmacológicas de la Analgesia*". Alternando con conferencistas locales, como invitados vinieron los Drs. Robert Schmidt MD, PhD, Jefe del departamento de Fisiología y del instituto de Neurofisiología de la Universidad de Würzburg, descubridor del concepto de 'receptores silentes', y Albert Herz, MD, PhD, director del programa de investigación en opioides del Institut Max Planck Für Pharmacologie, y quien unos años más tarde describiría con Christoph Stein los "receptores opioides en la periferia del sistema nervioso", dando apertura a una nueva forma de entender y manejar el dolor.

En este año, luego de las publicaciones del año anterior por Bryan Ready, en Seattle, sobre la conformación de servicios especializados en manejo del dolor posoperatorio, se crea el *Servicio de Dolor Agudo* en la Fundación Santa Fé, y se introducen los programas de Analgesia Controlada por el Paciente (PCA) e infusiones continuas de anestésicos locales para analgesia posoperatoria. Desde entonces se comienzan a discriminar las diversas áreas de aplicación del tratamiento del dolor con las provisiones necesarias para los *Servicios de Dolor Agudo, los Equipos Interdisciplinarios para el manejo del Dolor*

Crónico, y los Servicios de control de Dolor en Cáncer y Cuidado Paliativo.

Howard Fields MD, PhD, neurólogo y neurofisiólogo de la Universidad de California, creador del concepto de las células "On-Off" moduladoras de los sistemas ascendentes y descendentes en el tallo cerebral, Luis Cubillos, DDS de la Universidad de New Jersey, y Patricia Schiemann DDS de UCLA presentan los avances en *Dolor Craneofacial*, en 1992. Estos alternan con la programación de SCARE, la cual organiza a través de su comité de dolor, —en este momento dirigido por la Dra. Soledad Cepeda, MD— organiza el VI Curso de Dolor con la participación de Seymour Solomon, MD del Montefiore Medical Center y el Albert Einstein College of Medicine de Nueva York, Sri Kantha, MD de New Jersey, y David Boorsook de la Universidad de Harvard en el Mass General Hospital de Boston.

Esta sana colaboración entre las dos sociedades permite una potenciación del desarrollo del dolor en Colombia. En este mismo año se suceden otros dos eventos importantes: en primer lugar se celebra el *II Congreso Latinoamericano de Cuidados Paliativos* en el centro para pacientes terminales de "La Viga", en Cali, donde Pedro Bejarano e Isa Fonnegra presentan su libro "Morir con Dignidad: Fundamentos del Cuidado Paliativo", texto de 370 páginas publicado con la colaboración de los miembros de la Fundación Omega. Desde allí se difundirá ayudando al manejo del dolor en cáncer y al desarrollo de las unidades de cuidado paliativo en muchos sitios de Colombia y Latinoamérica. En segundo lugar, con auspicios de la ACED en el mes de septiembre, se realiza en Cartagena la celebración del cincuentenario del 'encuentro de dos mundos' con el *primer simposio Ibero-Latinoamericano sobre el Dolor*, con la participación de España y 13 países latinoamericanos. Este evento marcaría en forma definitiva el paso del desarrollo del estudio del dolor en Latinoamérica al crearse con un modelo de 'grupo colaborativo' la *Federación Latinoamericana de Capítulos IASP para el Estudio del Dolor (FEDELAT)*, cuya presidencia recayó en Colombia, representada por Pedro F. Bejarano. Esto colocaría a la ACED y a Colombia en un papel de responsabilidad y liderazgo en el desarrollo del dolor en el continente.

En el año de 1993, durante la XLIII Asamblea de la SCARE, el doctor Eliseo Cuadrado del Río, presenta

y logra aceptación para renovar la nomenclatura de la subespecialidad bajo el título de *Algesiología* para solucionar la confusión creada por palabras como "Algología, Clínica de Dolor, etc." En este año se renuevan los conceptos sobre dolor en cáncer y se da un gran impulso al manejo del dolor agudo y posoperatorio a través de las dos organizaciones. Son invitados por la ACED dos especialistas de la Universidad de Washington: F. Peter Buckley jefe del Pain and Toxicity Program, del Fred Hutchinson Cancer Research Center, y Kelly Egan, PhD psicóloga del servicio de dolor agudo de la misma Universidad, y se publica en este año la traducción de las "*Guías de manejo para el dolor agudo después de cirugía o trauma*" de la agencia americana para políticas en salud, el cual es traducido por Soledad Cepeda y publicado como un número especial de la revista de la Scare.

En 1994, el nuevo presidente de la ACED, el Doctor Germán Ochoa le da un potente aire de renovación a esta sociedad, afianzando la estructura multidisciplinaria de la misma y dedicando grandes esfuerzos a la educación y a la creación de guías de manejo clínico. Se instaura la formación de comités especializados en tipos de dolor y de esta forma se publican durante los siguientes dos años los manuales de consenso sobre "*Dolor posoperatorio en niños y adultos*" y "*Dolor Craneofacial*" con contribuciones de los miembros de la sociedad, y bajo la coordinación editorial de Germán Ochoa y Pedro Bejarano. Se realiza el curso anual sobre "*Actualizaciones en el manejo del dolor de espalda*" con la participación del presidente de la IASP, John Loeser, neurocirujano de la Universidad de Washington, Martin Grabois, Rehabilitador de la Universidad de Texas, y Carol MacFarland terapista física. Ese año se bate el récord de asistencia con más de 650 profesionales de todas las áreas afines. Mientras tanto, el comité de dolor de la SCARE, ahora bajo la coordinación de Soledad Cepeda, publica la traducción del las "*Guías de manejo clínico para el dolor por cáncer*", de la agencia norteamericana para políticas en salud, bajo el patrocinio del ministerio de salud, el cual es difundido en toda Colombia. En este año, Pedro Bejarano es nombrado miembro del Council de la IASP y del Comité de programas científicos de los congresos mundiales de la misma. Ello le da una mayor proyección internacional a las actividades de dolor en Colombia, y establece muchas nuevas conexiones que facilitarán

las posibilidades de *entrenamiento en el exterior* de muchos colegas.

Las contribuciones a nivel latinoamericano

Uno de los objetivos importantes de la ACED ha sido *contribuir al desarrollo de iniciativas semejantes en toda Latinoamérica*. En sus inicios, a mediados de 1992, FEDELAT estaba compuesta por cuatro capítulos regulares. (Argentina, Brasil, Chile y México) y un capítulo provisional (Colombia), que funcionaron como un grupo de trabajo compuesto por los presidentes de cada capítulo, y cuya prioridad estaba en desarrollar la formación de capítulos en los demás países latinoamericanos. A diferencia de la Federación Europea de Capítulos de la IASP (EFIC), que se constituyó cerca de un año después pero con toda las facilidades económicas y burocráticas del mundo desarrollado, FEDELAT era sólo un grupo colaborativo de trabajo, pero bajo el liderazgo de la ACED, cuatro años más tarde, gracias al trabajo de los miembros de IASP en cada país, y a la comunicación y estímulo organizativo desde el Council de la IASP, logró apoyar el desarrollo de las iniciativas locales suficientes de manera que en el siguiente congreso mundial de la IASP en Vancouver 1996, se presentaron seis nuevas asociaciones nacionales de dolor. Como nuevos capítulos de IASP aparecen entonces Ecuador, Perú, Panamá, Venezuela, Bolivia y Uruguay, los cuales sumados a Costa Rica representan un total de 12 capítulos afiliados a IASP. Adicionalmente se presenta Cuba como asociación nacional en proceso de formación.

Como uno de los propósitos de la Federación era la creación de un órgano latinoamericano de información científica, durante estos años se crea, registra internacionalmente y se edita en Colombia la "*Revista Latinoamericana de Dolor*", órgano oficial de la FEDELAT, editado en Bogotá por P. Bejarano y publicado bajo los auspicios de la industria farmacéutica, de la cual alcanzan a editarse seis números en forma trimestral, con artículos fundamentalmente latinoamericanos. Las restricciones posteriores del presupuesto de las farmacéuticas, y la dificultad en su distribución a nivel local en cada país presentan numerosos obstáculos tanto financieros como organizativos para las nacientes asociaciones, llevando finalmente a la descontinuación de su edición.

Pasado reciente y futuro: La historia por escribir

Estas anotaciones representan una visión personal sobre esa historia que se ha desarrollado en forma paralela a los eventos de la vida profesional de quien escribe. Pero existen muchas otras visiones e importantes contribuciones de muchos otros miembros que están por escribirse: de la parte administrativa como la “*sine equa non*” de la ACED. La actual directora ejecutiva Dña. Elsa Bejarano de González, quien a favor de la ACED –y a pesar de nuestras fallas– ha sabido mantener el hilo conductor de la asociación a través de estos 20 años; de la parte ejecutiva, el grupo de los expresidentes

que han sabido aportar lo mejor de cada uno en su desarrollo; y en la parte gremial y profesional, las de importantes colegas miembros tanto de especialidades médicas como de la industria, que han apoyado el desarrollo de todas nuestras actividades. De todos ellos esperamos la aportación de sus recuerdos, visión y contribuciones al desarrollo de esta ciencia en Colombia, al mismo tiempo “*Reina y Cenicienta de las Neurociencias*” cuya singular historia resta por terminar de escribirse. Es la historia de una causa que hoy más allá de la ciencia, mantiene la nobleza y el valor de combatir en el ‘cuerpo a cuerpo’ la lucha cotidiana contra el dolor de nuestros pacientes.

20 años de trayectoria

Elsa Bejarano Ramírez*



En este año de celebraciones patrióticas con motivo del Bicentenario de la Independencia de Colombia, nosotros, en la ACED, también tenemos nuestro propio aniversario para festejar. Cumplimos 20 años. Dos décadas mitigando el dolor a los pacientes que lo padecen.

Qué labor tan encomiable de los que tuvieron esta maravillosa idea de fundar, el 19 de octubre de 1990, en el auditorio Ernesto Arango Tavera de la Fundación Santa Fé de Bogotá, el Capítulo Colombiano de una importante institución mundial como lo es la International Association for the study of Pain, IASP, con el propósito de promover y unificar los esfuerzos individuales que se tenían en su momento. Ojalá que nuestra querida ACED, y digo nuestra, pues así la considero, no desaparezca sino que, por el contrario, se fortalezca cada día más y que sus miembros al ingresar, adquieran el compromiso de trabajar por la institución sin olvidar nunca su objeto social.

Se conformó la primera junta directiva del Capítulo asumiendo como presidente el Dr. Pedro Fernando Bejarano, como secretario el Dr. Camilo Fadul, y como tesorero el Dr. Felipe Atalaya.

Qué decir de estos queridos profesionales todos 'encantadores', comprometidos y con el deseo inmenso de sacar adelante el Capítulo.

A falta de una sede propia, recuerdo de ello las atenciones especiales en sus residencias en donde se realizaban las reuniones de junta directiva que, dicho

sea de paso, se complementaban con una buenísima merienda.

En este período se aprobaron los estatutos que fueron traducidos al español a partir de los ya existentes en la IASP. Inmediatamente después, el Dr. Luis Alberto Zorro, abogado prestante, hizo las modificaciones para ajustarlos al Capítulo Colombiano y los presentó a la junta directiva para su aprobación puesto que los elaborados inicialmente tenían muchas incompatibilidades con la ley colombiana. Con el Dr. Zorro hicimos una labor ardua para conseguir en la Alcaldía de Bogotá el registro de los Estatutos y obtener el número de identificación tributaria del Capítulo.

Se hizo la elección de los miembros de junta pendientes. Se presentaron a consideración los nombres de los Drs. Álvaro Serrano, para vicepresidente, Germán Ochoa, Adelaida Martínez y Tiberio Álvarez, para vocales, lo cual se aprobó por votación.

En este período se realizaron importantes eventos científicos, se institucionalizaron los diferentes Comités que hasta la fecha han permanecido. Algunos han seguido funcionando, otros no.

Queriendo plasmar en este escrito mis vivencias en el espacio de estos 18 años durante las presidencias que ha tenido la ACED, empezaré por la del Dr. Bejarano, a quien debo agradecer su invitación hace 18 años a formar hacer parte de esta querida Asociación; a quien con su tenacidad y perseverancia hizo realidad la maravillosa idea de cimentar esta asociación con el único objetivo de mitigar el dolor de la humanidad.

Mi ingreso a la Asociación fue el día 19 de febrero de 1992, dos años después de que ésta se fundara. Dieciocho años llenos de inmensos recuerdos, unos gratos y otros no tanto, que forma parte de mi vida hasta el día de hoy. Mucha experiencia adquirida durante este tiempo. De cada uno de los presidentes con los que he trabajado hasta hoy y he aprendido

* Directora Ejecutiva, ACED.

muchas cosas, pero lo mas importante para mí ha sido aprender a conocerlos, a aceptarlos como son. Siempre recibí de ellos el mejor de los tratos, comprensión y muchísimo afecto y como resultado, he obtenido una satisfacción inmensa por el trabajo que he realizado y por esta Asociación que he visto crecer y que quiero con toda mi alma.

Mi labor comenzó en el consultorio del Dr. Pedro Bejarano, en la Asociación Médica de Los Andes, como sede provisional, dos medios días a la semana. Transcurrieron así dos años, cuando nos trasladamos al Edificio Somec, en la Calle 50, a la sede de la Sociedad Cundinamarquesa de Anestesiología, quienes nos arrendaron sus instalaciones por medio tiempo.

Se comenzó el trabajo conformándose la base de datos de los asociados a medida que estos iban ingresando al Capítulo así como las direcciones de las personas interesadas, a quienes se les hizo un seguimiento especial para que también ingresaran. Durante las reuniones de junta, siempre se mostró la preocupación por conseguir una sede para el Capítulo pues no dejaron de presentarse contratiempos por no disponer de una oficina. Ya en 1993, y a medida que la ACED crecía, nos trasladamos a una oficina independiente en el mismo edificio Somec.

El 22 de noviembre de 1993, en la asamblea ordinaria, se nombró una nueva junta directiva por el período 1993/1996. Como presidente se eligió al Dr. Germán Ochoa Amaya.

Del Dr. Ochoa, durante su gestión, tengo muchos recuerdos gratos. A él le reconozco y agradezco su preocupación por afiliarme al ISS. Sin esto no hubiera sido posible esperar a que, dentro de unos pocos años obtenga mi pensión de jubilación. Muchas gracias, Dr. Ochoa.

En su gestión tan importante se acordó mantener los Grupos de Interés, se aprobó la realización de los cursos locales y se continuó con la realización de los regionales. Se organizaron también importantes eventos como los congresos nacionales con importantísimos conferencistas internacionales.

A finales de la gestión del Dr. Ochoa (año 1996) nos trasladamos a una nueva sede situada en la Cra.15 No. 85-76, Oficina 506, del Edificio El Retiro 85.

Otros sucesos acaecieron durante su mandato que, no por ser menos importantes, dejo de mencionarlos ahora.

En Octubre de 1996 se elige nueva junta directiva y llega a ocupar la presidencia el Dr. Juan Miguel Griego. Conformamos un buen equipo de trabajo e hicimos buena empatía. Motivos inmensos de agradecimiento para él, quien con el Dr. Polidoro Saavedra, atendieron con especial esmero y cariño la enfermedad de mi padre. Esta época también fue importante. En su gestión se tomó la decisión de realizar el primer congreso fuera de la capital, escogiendo la bella ciudad de Cartagena. La industria farmacéutica aceptó nuestra invitación y gracias a su patrocinio se hizo realidad este sueño. Inolvidable experiencia! Para la organización del evento se contrató a la empresa Viajes Aerodinámicos Ltda. Desde esta fecha hasta hoy, la Asociación se ha encargado de organizar en su totalidad sus eventos científicos. Durante su gestión se hizo una reforma a los estatutos.

Otros eventos importantes se llevaron a cabo también durante su gestión.

Por cuestiones laborales el doctor Griego tuvo que desplazarse a la ciudad de Barranquilla y desde allí pudo atender por varios meses más su trabajo como presidente de la Asociación. Ante la imposibilidad de desplazarse a Bogotá mensualmente y seguir manejando los asuntos de la Asociación, decide renunciar al cargo de presidente. Se convoca a una asamblea extraordinaria y por unanimidad se elige al Dr. Germán Ochoa, mientras se cumple el período para el cual se eligió la junta directiva actual.

Luego de cierto tiempo y ante la mala presentación del edificio que ocupábamos en la calle 85, se decide tomar en arriendo otra oficina en el Edificio Aluna, en la Calle 127 con autopista.

Nuevamente exitosísima la gestión del Dr. Ochoa. Dejó a la Asociación con un superávit mayor de los últimos tres años. Su consejo fue que, como la situación financiera estaba en óptimas condiciones, y la Asociación atravesaba por un período coyuntural muy importante, era el momento de definir la adquisición de una sede propia. Entonces, pide contactar a distintas inmobiliarias con el fin de encontrar la apropiada.

En 1999 se nombra una nueva junta directiva y asume como presidente el Dr. Carlos Francisco Fernández.

¿Qué decir de él? Tengo mucho que agradecerle. Le dio relevancia en su gestión a mi cargo, pasando a ser de Dirección Ejecutiva con la aprobación también del Dr. Hernández quien era el Vicepresidente. Siempre recibí de él lo mejor. Con su simpatía y generosidad, su envidiable don para escribir y su dialéctica inigualable lo hacen una persona muy especial. En él siempre he encontrado siempre apoyo cuando la he necesitado. Un millón de gracias, Dr. Fernández.

Su gestión, importantísima también. En ella se realizaron eventos académicos, dirigidos a enfermeras, fisioterapeutas, médicos generales. Se editaron varios manuales de Colombia sin Dolor. En el año 2000 se realiza el congreso anual conjuntamente con la Sociedad de Anestesiología y Reanimación, SCARE. En el 2004 se hace nuevamente el congreso conjunto. También en su gestión se estructuró el programa "Hospitales libres de Dolor".

El 3 de diciembre de 1999, en reunión de junta directiva, el Dr. Fernández anuncia a la junta que la propuesta hecha en subasta pública con la inmobiliaria Corral Maldonado, para la compra de una oficina, nos favoreció y nos fue adjudicada por la suma de \$ 64.000.000. Como la junta directiva sólo había aprobado la suma de \$61.000.000, la diferencia, o sea \$3.000.000, era de su responsabilidad. Ante la ganga que se presentaba, el Dr. Fernández como siempre con su tenacidad incomparable, llama de urgencia al Sr. Pedro Urrego, contador de la Asociación, y realiza con él un análisis financiero detallado. Finalmente se conceptúa que es posible adquirir la oficina. ¡Qué felicidad! Estrenar por fin una oficina nuestra, situada en un lugar espectacular de la ciudad, en el séptimo piso del Edificio 'El Bosque', con una vista envidiable a nuestras bellas montañas, arriba de la Cra. Séptima. Gracias al Dr. Germán Ochoa por dejar en su brillante gestión a la ACED, con posibilidad de adquirirla, y gracias también al Dr. Fernández por el buen gusto que tuvo al comprarla.

En la asamblea ordinaria del año 2000, y con voto de 100% de los asistentes, se aprobó la reforma del capítulo 1º., Artículo 2, de los estatutos, con la inclusión y registro ante la Cámara de Comercio

de la sigla ACED. El nombre oficial ahora es ASOCIACIÓN COLOMBIANA PARA EL ESTUDIO DEL DOLOR, ACED. En mayo del 2001 también se realizó otra reforma.

En este período se realiza la Primera Encuesta de Dolor a nivel Nacional. En el mes de Octubre de 2002 se realiza la Segunda Encuesta, La Tercera en el mes de Abril de 2004, La Cuarta en 2008 y la Quinta en 2010.

Para el período 2003/2006, se reelegió al Dr. Carlos Francisco Fernández presentando ante la Asamblea un proyecto interesante sobre la Liga Colombiana contra el Dolor. Se inscriben varios de los asistentes a este proyecto.

Para el período 2005/2008 se nombra nueva junta directiva. El Dr. John Jairo Hernández asume la presidencia de la Asociación por el período mencionado.

Durante su mandato, se me presentaron algunos quebrantos de salud cuando me diagnosticaron la Hepatitis C. Con Johncito, como cariñosamente lo llamo, tengo mil agradecimientos pues me brindó mucha ayuda y comprensión durante mi enfermedad. Recuerdo que una vez estuve en la oficina y me encontró con un terrible dolor en la espalda. Inmediatamente y de manera generosa me infiltró en el sitio exacto y el dolor desapareció. Gracias, muchas gracias.

Es invaluable su esfuerzo por reactivar los grupos de interés y los Comités Regionales. Durante su gestión se aprobó la edición de la Revista DOLOR, de periodicidad trimestral. Se realizó también durante su gestión el Simposio Internacional de Actualización en Dolor Agudo y Post operatorio y Dolor en Niños, en conjunto con la SCARE, también se hizo un evento de Cefaleas con la Asociación Colombiana de Neurología.

En 2008, se realizó con la Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación otro exitoso congreso. Se editó el manual de dolor en el adulto mayor. Se realizó el Simposio de Dolor en el Anciano. El Dr. Hernández ha dedicado un espacio de su tiempo a desarrollar semanalmente su Correo Académico dirigido a todos los miembros ACED, con información académica y gremial. Se editaron también el Manual de dolor en el adulto mayor. Ade-

más, se hizo otra reforma a los estatutos. En fin, otra gestión importante con muchos eventos académicos y publicaciones.

Para el período 2008/2010 se eligió al Dr. Jorge Daza, poseedor de una recia personalidad, con múltiples ideas para fortalecer a la ACED. Durante su gestión se llevaron a cabo dos congresos importantísimos. En mayo de 2009 el V Congreso Latinoamericano de Dolor - VIII Encuentro Iberoamericano de Dolor y el XVIII Congreso Internacional de Dolor, que tuvo como presidente al Dr. John Jairo Hernández. Exitosísimo a mas no poder, tuvo una concurrencia de casi 2000 personas que le dejó a la Asociación unos buenos dividendos.

El segundo aunque no menos exitoso, tuvo muchos inconvenientes que gracias a Dios se pudieron superar. Este evento tuvo un toque importante como fue la realización de los Talleres de Intervencionismo, que por primera vez se llevaron a cabo durante un congreso de la ACED.

Se realizó también una nueva y exitosa actividad: la educación virtual e-learning. Se realizó también la actividad del Día Mundial contra el Dolor por Cáncer.

En su mandato se dio inicio a la transformación de la Asociación como empresa para lograr así el posicionamiento de sus productos y servicios en el mercado. En fin, han sido muchos eventos realizados con la dinámica transmitida por el Dr. Daza y que han sido importantes para el fortalecimiento de la ACED.

Gracias Dr. Daza por su gran generosidad y reconocimiento a mi labor. Le admiro y reconozco su inmensa capacidad de trabajo que siempre mostró en beneficio de la Asociación.

En estas líneas sólo he mencionado algunas cosas de las tantas que se realizaron en cada gestión presidencial y que hacen parte de la historia de la ACED.

Termino aquí este escrito expresando mis agradecimientos a todos y cada uno de los que han hecho parte de la historia de esta querida Asociación, por haberme permitido también a mí, ser parte de ella.

En las paredes de un monasterio medieval se leen estas bellas palabras: "El amor y la alegría acompañan a aquel que decide aceptar la naturaleza humana, tal como es....."

Aproximación a la historia del tratamiento del dolor. Experiencia inicial en Antioquia

Tiberio Álvarez Echeverri MD*

Las teorías sobre el dolor. Las revoluciones del sesenta

Los años sesenta del siglo XX constituyeron un punto de quiebre en el desarrollo de la humanidad. Se dieron nuevos paradigmas morales, culturales, sociales y científicos. Hubo cambios en la música con los Beatles; la sexualidad y la moda con la píldora anticonceptiva y la minifalda; la lucha revolucionaria de Cuba; el poder de los negros en Estados Unidos, la quiebra del sistema soviético a partir de la invasión a Checoslovaquia... Pero también, y silenciosamente, la revolución en la explicación y tratamiento del dolor y el desarrollo de la medicina paliativa. Si bien el tema del dolor estaba presente no era llamativo para los médicos. Sólo dos textos importantes fueron publicados en los primeros cincuenta años del siglo XX. El primero, el libro del doctor Richard Joseph Behan, "El dolor: su origen, conducción, percepción y significado diagnóstico", poco conocido y publicado en 1914, por la editorial Appleton-Butterworth. Tenía 920 páginas, 191 dibujos y un total de 1216 referencias⁽¹⁾. El otro texto importante fue el de John Bonica, Tratamiento del Dolor, publicado en 1953⁽²⁾.

Las teorías propuestas hasta 1960 para explicar el dolor fueron simplistas por el escaso conocimiento y capacidad de interpretación. La primera fue propuesta por René Descartes, 1596-1650, al sugerir que las sensaciones iniciadas en el cuerpo son llevadas directamente al cerebro donde son percibidas. Si bien esta teoría es elemental es importante porque relaciona la percepción sensitiva con la función cerebral. Este concepto mecanicista, fue reforzado con los estudios anatómicos y fisiológicos del siglo XIX y mantenido, con

pocas modificaciones, hasta mediados del siglo XX. De allí las clínicas de bloqueos nerviosos y ciertas intervenciones quirúrgicas para 'bloquear' el nervio o nervios que llevan la sensación dolorosa. Obviamente, los fracasos fueron frecuentes por la complejidad del fenómeno doloroso. Varios investigadores trabajaron en esta teoría cartesiana para recordar a Rudolf Virchow que demostró el daño que la infección y el trauma producen en las células. Charles Bell, con sus observaciones en el folleto "Una nueva idea de la anatomía del cerebro sometida a la observación de los amigos". Francois Magendie con su trabajo, "Experiencias sobre las funciones de las raíces de los nervios raquídeos", que demostró con Charles Bell, que las raíces posteriores responden a las sensaciones y las raíces anteriores a la parte motora.

Esto dio soporte a la idea de una vía neural dedicada a la sensación del dolor, según Johannes Müller, en 1839, con su teoría de las Energías Específicas de los Nervios. Otros autores que estudiaron el fenómeno doloroso fueron Edgar Brown-Sequard, John Hughling Jackson y Max Von Frey. No obstante el aporte de los investigadores anteriores, la teoría de la especificidad no fue cuestionada. Y seguía vigente para 1950, cuando Weddell y Sinclair, basados en las conclusiones de W. Noordenbos, sugirieron que la percepción del dolor era la interpretación de los estímulos espaciales y temporales que sufrían una modificación multisináptica. Se consideraba, para entonces, que el dolor era producido por la enfermedad y que el sistema nervioso sensitivo eran simples conexiones pasivas que conducían los impulsos al cerebro⁽³⁾.

En 1965, el fisiólogo británico Patrick Wall y el psicólogo canadiense Ronald Melzack, propusieron la teoría del 'Control Gate' o de la 'compuerta'⁽⁴⁾. Ellos sugirieron un mecanismo, en la medula espinal, que

* Médico Anestesiólogo, Universidad de Antioquia. Miembro Fundador, ACED. Miembro activo, ACED.

se cerraba en respuesta al estímulo normal de las fibras nerviosas del tacto, de rápida conducción pero se abría cuando las fibras del dolor, transmitían lentamente un alto volumen e intensidad de señales sensitivas. Esta teoría dejó sin piso la de Descartes y abrió una nueva era en la investigación del dolor. Establecieron que la información sensitiva implica integración y modulación dinámicas. De esta manera la información que proviene de un tejido u órgano periférico es modificada por la información emocional y conductual que viene del cerebro, así como de otras sensaciones periféricas. La integración de esas señales toma lugar en la médula y luego es llevada al cerebro para mayor procesamiento⁽⁴⁾. Las alteraciones pueden deberse a los cambios bioquímicos dentro de una o varias neuronas, en las vías de conducción, en el número o sensibilidad de los receptores, en los canales iónicos o a nivel de las moléculas 'señaladoras' internas. Finalmente el dolor crónico puede inducir modulación de los neurotransmisores que afectan el flujo de la información de una neurona a la siguiente, o alterar su anatomía y conexiones. Estas alteraciones, a su vez, posibilitan la memoria dolorosa⁽⁵⁾.

Los pioneros en el dolor y los cuidados paliativos

En el desarrollo del dolor y los cuidados paliativos a partir de los años sesenta es necesario recordar a tres médicos pioneros, John J. Bonica, Dame Cecily

Saunders y Elizabeth Kubler-Ross. El primero de ellos, Bonica, nació el 16 de febrero de 1917, en la Isla Filicuda, Italia. Recibió el título de médico, en New York, en 1942. Luego de terminar su entrenamiento militar en 1944, fue asignado jefe de la sección de



Doctores John J. Bonica y Tiberio Álvarez E.



Doctora Dame Cecily Saunders.



Doctora Elizabeth Kubler-Ross.

Anestesia del Centro de Operaciones del Madigan Army Hospital, en Tacoma, Washington, un hospital de 7.700 camas donde atendían a los soldados heridos en la Guerra del Pacífico. Además de organizar los servicios de la terapia pulmonar y el banco de sangre, se dedicó a aliviar el dolor de los soldados heridos en guerra. Entrenó a varios profesionales en las técnicas básicas de anestesia y promovió el uso de la anestesia regional en muchos de los procedimientos quirúrgicos. En 1945 escribió una monografía sobre los diferentes aspectos del ejercicio de la Anestesiología. Debido a que su esposa sufrió un grave accidente cuando se le administró anestesia general para su primer parto, John Bonica, le colocó analgesia epidural para la atención exitosa de su segundo hijo y desde entonces fue un defensor de esta técnica. Basado en su experiencia escribió el tratado sobre Analgesia Obstétrica. En 1947 era jefe de Anestesia del Tacoma General Hospital, donde inició el programa, para médicos, de especialización en Anestesiología, en el estado de Washington. Organizó además los servicios de anestesia quirúrgica y obstétrica y formó un grupo de médicos que se reunían con frecuencia para discutir aspectos sobre el dolor crónico. De su experiencia concluyó que había poca investigación e información en el tratamiento del dolor, que eran escasos los libros y revistas dedicados a este tema, que no se enseñaba cómo tratarlo y que era un tema complejo que requería estudio, experiencia y dedicación.

Cecily Saunders se inició como enfermera de sala en el St. Thomas's Hospital, en 1941, en una época de escasos recursos farmacológicos. Después se graduó en Oxford como Trabajadora Social. En 1948 trabajó como Voluntaria en una de las Casas para Enfermos Terminales y luego en el St Luke's Hospital, que tenía 48 camas para pacientes con cáncer avanzado. Allí empezó a utilizar, por horario, el coctail Brompton, modificado. Además, se ajustaba la dosis de morfina de acuerdo con la intensidad del dolor. En 1957 se graduó de médica. Después investigó en el Departamento de Farmacología de la Escuela de Medicina del St Mary's Hospital lo relacionado con el alivio del dolor en el paciente Terminal. E inició aquello de sentarse y escuchar al paciente lo cual humanizó la atención en esas salas de pacientes terminales. En noviembre de 1962 demostró, ante la Royal Society of Medicine, que no había adicción a los opioides en los pacientes con dolor por cáncer y los terminales. Comprobó, con el doctor Robert Twycross, que no

había diferencias en la administración oral de la morfina y la diamorfina. Las actividades en el alivio del dolor se incrementaron de 1958 a 1965, con la aparición de nuevos fármacos, un mayor acercamiento a los pacientes, el uso de la radioterapia y la aplicación de los bloqueos nerviosos analgésicos. Con las notas tomadas durante varios años y con la colaboración del doctor Twycross y otros autores, publicó, en 1963, el libro *Oxford Textbook of Palliative Medicine*. Así escribió: "Creemos que hay pocas reglas en el tratamiento del dolor intratable en la fase final. Lo primero es una cuidadosa evaluación de los síntomas... para tratar el dolor y todo lo que hace miserable al paciente... es claro que cada muerte es individual como lo fue la vida y que esa experiencia total se refleja en cada persona... Por eso es necesario hablar del 'Dolor Total', que integra los componentes físicos, emocionales, sociales y espirituales. Allí tienen cabida la ansiedad, la depresión, el miedo, la aflicción, la búsqueda de significado existencial y el encuentro de algo superior en quien puedan confiar". Como observó Clark esas ideas fueron más profundizadas cuando Saunders conoció las ideas de Bonica sobre la importancia de la aproximación multidisciplinaria⁽⁷⁾.

Otra persona importante fue Elizabeth Kubler-Ross, que en 1969 publicó el libro, *Sobre la Muerte y los Moribundos*, donde refiere sus experiencias en la atención de moribundos. Se centró en la atención médica humanizada. Expresó que las personas que van a morir presentan cambios mentales y emocionales que se pueden clasificar en cinco etapas: negación, ira, negociación, depresión y aceptación⁽¹²⁾. El trabajo de Kubler-Ross, al fijar y sistematizar el esquema global del morir abrió un amplio horizonte en el acercamiento al moribundo. Estas etapas han sido criticadas pues no tienen en cuenta las diferencias relacionadas con la edad, el sexo, las causas de la muerte y el medio en que se produce; las etapas pueden superponerse, hay retrocesos; ciertas etapas pueden estar ausentes como en el caso de los niños y los ancianos que llegan rápido a la aceptación. De todas maneras la soledad termina por imponerse^(8,9).

La experiencia en Antioquia

Cuando el autor de esta líneas conoció de las enseñanzas de Bonica ya había tenido experiencia, desde 1978, en la atención de algunos pacientes con dolor en la salas de Medicina Interna, del Hospital San Vi-

cente de Paúl, Universidad de Antioquia. Los resultados fueron poco halagadores porque si bien la actitud era positiva, poco era lo que sabía y no tenía alguien o algo para consultar. En 1981 habló con los colegas de la Clínica de tumores del Hospital San Vicente de Paúl y le permitieron utilizar uno de los consultorios para atender pacientes, como médico voluntario, en horas del mediodía, en el intermedio del trabajo en anestesia pediátrica. Esos días eran los miércoles. De esta manera se acercó al mundo del dolor y el sufrimiento de los pacientes cancerosos, la mayoría ya de retorno de los tratamientos instaurados o de los que por el avanzado estado de la enfermedad no tenían ninguna opción, salvo la muerte próxima... Esto lo obligó a estudiar sobre la medicina paliativa y descifrar ese mundo del sufrimiento. También a leer y releer las grandes obras de la literatura universal donde aparece el sufrimiento, aspecto negado en los textos médicos por aquello de la dicotomía cartesiana. Por la escasa literatura sobre el tema optó por entrevistar, grabadora en mano, con la debida autorización del paciente y la familia, a 50 de ellos. Así conoció y conservó, de primera mano, sus angustias, miedos, expectativas y maneras de acercarse a la muerte.

Con esa poca experiencia y ante la necesidad sentida se dio comienzo 'oficialmente' a la consulta de pacientes con dolor en abril de 1983 con el propósito de "lograr el alivio del dolor agudo y crónico especialmente de los pacientes cancerosos, teniendo en cuenta las variables somáticas, sicológicas, sociológicas y antropológicas que influyen en su incidencia, proponiendo y aplicando pautas de tratamiento de acuerdo con los recursos disponibles y afrontando con el paciente la problemática de la muerte próxima manteniendo el respeto por las costumbres y creencias propias de la comunidad"⁽¹⁰⁾.

Los objetivos para esa primera experiencia fueron: Aliviar el dolor y el sufrimiento, mejorar la calidad de vida, ayudar a morir con dignidad, disminuir la dependencia del sistema de salud, investigar las variables que influyen en el dolor, instruir a los estudiantes del área de la salud, motivar la creación de clínicas de alivio del dolor, y humanizar la relación médico - paciente. Presentó, además, a las directivas de la Facultad de Medicina, de la Universidad de Antioquia, un programa de enseñanza sobre el dolor y su alivio a través de toda la carrera, involucrando las diferentes disciplinas: anatomía de las vías dolo-

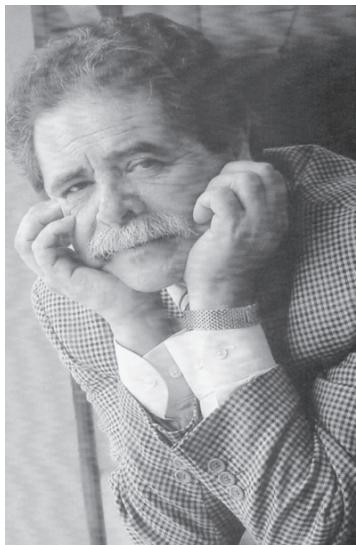
rosas, fisiología de receptores y neurotransmisores; la bioquímica, la semiología, el acercamiento clínico humanizado al sufriente, el tratamiento... Para lograr esta colaboración habló con cada uno de los jefes de departamentos en quienes encontró la ayuda necesaria. Al mismo tiempo se diseñó un Curso Básico sobre Alivio del Dolor y Cuidados Paliativos, para los estudiantes de medicina del décimo nivel que rotaban obligatoriamente por el Servicio de Anestesia y Reanimación, de la Universidad de Antioquia, donde cada estudiante tenía la oportunidad de acercarse a los aprendizajes básicos para atender al paciente con dolor y al que estuviera en fase terminal; estos aprendizajes se complementaban con los recibidos, previamente, en las diferentes cátedras. Este curso básico se justificaba porque el dolor hiere cada día a más personas y es obligación del médico dar el alivio necesario. Porque si se alivia el dolor se reducen los problemas económicos ocasionados por la enfermedad. Porque el dolor produce angustia, desesperanza, aislamiento, complejo de minusvalía e inutilidad. Porque al ser considerado un tema tabú era explicable la apatía por estudiarlo y tratarlo. Por ello, otra justificación fue precisamente para corregir, por lo menos en parte, esas deficiencias con un curso remedial sobre el dolor. Finalmente, como el dolor y el sufrimiento son fieles compañeros del paciente terminal, es justo que el médico esté preparado para dar los cuidados paliativos a quien está cerca a la muerte; comprenda su situación; ayude en la toma de decisiones; se acerque como persona y como profesional; maneje adecuadamente las distancias entre las vivencias del paciente, la familia, el entorno social y las vivencias propias del médico como persona. Así ayuda a alcanzar una muerte con digna, sin torturas, valoraciones moralizantes o encarnizamientos terapéuticos.

Este curso tenía su debida Estructura de Aprendizaje, para que al final el estudiante, más tarde profesional de la salud, pudiera definir, explicar, interpretar, atender y evaluar para lograr el objetivo final de tratar integralmente al paciente con dolor.

Cronología del Programa en Medellín, 1981-1990

- 1981. Se inicia el programa como un grupo de estudio que va a las salas de hospitalización y atiende pacientes con dolor.

- 1983. Se abre la Clínica de Alivio del Dolor, en las instalaciones de la Clínica Oncológica del Hospital San Vicente de Paúl. Es un programa con recurso humano, voluntario, de profesores y estudiantes y sin soporte en el organigrama hospitalario ni universitario. Comienzan los cursos básicos sobre el dolor y su tratamiento. Se inicia el Servicio del Voluntariado con la colaboración de Medicáncer. Se inicia el estudio de la medicina paliativa. Se abre el Libro de Huéspedes, donde los pacientes y sus familiares expresan sus inquietudes: frases, agradecimientos, oraciones, recuerdos, poesías...
- 1984. Se inicia la publicación, por parte de Tiberio Álvarez Echeverri, de los libros, "Dolor, Problemática y Tratamiento". "Ayudando a morir con dignidad", "Dolor en cáncer". Más adelante publica, "Cuando los niños se van". De todos se sacaron varias ediciones. Para lograr este objetivo de las publicaciones el doctor Álvarez creó la Editorial Por Hacer Ltda., nombre que encerraba una filosofía de servicio con algo de ironía. Estos libros se vendieron a bajo costo a los médicos y estudiantes. Además, el doctor Álvarez aprovechaba los congresos y cursos a los que era invitado como conferencista en Colombia y México para venderlos. Así se generaba de alguna manera la inquietud por estos temas. Esto se complementaba con las conferencias radiales y los programas de televisión.



Tiberio Álvarez Echeverri, MD.

- Se realiza en Bogotá con la colaboración de la Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación - SCARE -, el Departamento de Anestesia del Hospital Militar y la Escuela Militar de Medicina, en el Hotel Tequendama, el Primer Curso Colombiano de Dolor con la asistencia de los doctores Terence Murphy, de la Universidad de Washington, Vicente Pallares y Hubert Rosomoff, de la Universidad de Miami. Asistieron 580 médicos de diferentes especialidades.
- 1985. Se crea el Grupo de Estudio y Apoyo para el manejo del paciente con dolor conformado por estudiantes de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia. Se inicia el programa de La Visita Domiciliaria, en colaboración con la Cruz Roja de Antioquia, con su recurso humano, técnico y de transporte. Así, se programaba la visita a los pacientes de Las Comunas o Barriadas con los debidos cuidados porque era la época de la 'guerra sucia' del narcotráfico. Todo el personal debía colocarse el peto de la Cruz Roja para evitar sorpresas desagradables incluyendo las "balsas perdidas y las no perdidas". Posteriormente la Cruz Roja estableció un programa similar, luego de varios cursos didácticos, de visitas domiciliarias para los pacientes terminales. Se crea el Programa de la Drogga Analgésica Básica, dirigido por el personal de Voluntarias. La finalidad era suministrar, sin costo, la droga analgésica a los pacientes pobres. También los pasajes dentro de la ciudad o en avión cuando el paciente debía desplazarse, por ejemplo, a Urabá o Chocó. Los fondos provenían de donaciones, de recoger y vender ropa o juguetes usados, de las ventas en El Ropero, un almacén de segundas y, a veces, de primeras, ubicado cerca del Hospital y de la Zona de Tolerancia.
- 1986. Se inicia la investigación sobre "Características demográficas, sociales, psicológicas, físicas y tanatológicas de los pacientes que asisten a la clínica del dolor". Se publica el primer número de Prodolore, órgano de difusión del Programa. Se publicó durante diez años. Fue la primera publicación en español sobre este tema específico junto con la revista española, Dolor, cuyo primer número se publicó en ese año. Pro-Dolore tenía ISSN0120-8047 y se



Primer Curso Regional de Dolor. Medellín. 1986.
Doctores Tiberio Álvarez, Alberto Vanegas, María
Eugenio Gómez y Joris de Castro.

istribuía a nivel local y a personas y entidades de otros países. Se publicaban artículos sobre el dolor y la fase Terminal, noticias, programación de eventos, relatos y poemas, como aquel, "Qué será del caminante fatigado", de Borges... ¿En qué idioma habré de morir? ¿En el castellano que usaron mis mayores para comandar una carga o para conversar un truco? ¿En el inglés de aquella Biblia que mi abuela leía frente al desierto? -Otros lo sabrán y lo olvidarán. ¿Que hora será? ¿La del crepúsculo de la paloma, cuando aún no hay colores, la del crepúsculo del cuervo, cuando la noche simplifica y abstrae las cosas visibles, a la hora trivial, las dos de la tarde?...

- Se realiza en Medellín, el Primer Curso Regional del Dolor, con la participación del doctor Joris de Castro, uno de los estudiosos de las butirofenonas, de Bélgica y el doctor Alberto Vanegas, uno de nuestros principales anestesiólogos investigadores en Colombia. Se inicia la rotación, obligatoria, de los residentes de Anestesia y Fisiología. Luego rotarían los de Radioterapia y algunos de Psiquiatría y Medicina Interna. Se realiza el video, Clínica de Alivio del Dolor, por parte de Tele Antioquia.
- Se crea el Comité de Dolor presidido por el doctor Pedro Bejarano, con la participación de los anestesiólogos Jorge Osorio, Iván Navarro, Julio Enrique Peña y Alfredo León. Este Comité propone continuar con los cursos de dolor,

cada dos años; incluir el tema 'Dolor' en el currículo de la especialidad de Anestesiología y estimular la conformación de grupos de estudio del dolor en el país y de anestesiólogos que se dediquen a esta área de la medicina. Se realiza el Curso de Dolor, patrocinado por la Sociedad Colombiana de Anestesiología, y Reanimación.

- 1987. Se dictan conferencias radiales, con cubrimiento nacional, sobre el manejo del dolor y la fase Terminal. La doctora Isa Fonseca crea en Bogotá la Fundación Omega, primera institución para la asistencia en el duelo y los pacientes terminales.
- 1988. Se realiza en Medellín el Curso sobre Educación para la muerte, con la colaboración del doctor Donald Irish, de la Universidad de Hamline, Minnesota, Estados Unidos. Se elabora el audiovisual "El fenómeno comunicativo en el proceso del dolor y el sufrimiento". Se elabora la investigación sobre "Expresiones Verbales que se escuchan con más frecuencia en la Clínica del Dolor".
- Se realiza en Bogotá el Congreso del Dolor, con la asistencia de los doctores Patrick Wall, del University College of London; Richard Sternbach y Wilbert Fordyce de Psicología de la Universidad de California y Washington; los anestesiólogos Henry McQuay de la Universidad de Oxford; Meter Buckley de la Universidad de Washington; Richard Payne, neurólogo de MD Anderson Cancer Center de Houston, y Michael Kerney, del Saint Christopher's Hospice, de Londres.
- El doctor Pedro Bejarano publica en Bogotá el libro Dolor Agudo, Crónico y de Origen Maligno.
- 1989. Se crea en Cali, por los doctores Pedro Bejarano y Liliana de Lima, el primer Hospicio en la Casa de Recuperación La Viga. Se funda en Bogotá, por Beatriz Kopp, la Fundación Pro Derecho a Morir Dignamente.
- 1990. El doctor Pedro Bejarano con la colaboración de diez médicos colombianos que trabajaban en el alivio del dolor, miembros de la International Association For Study Pain –IASP– y otros 25 especialistas, funda el Capítulo

Colombiano de la Iasp, en el Salón de Conferencias de la Fundación Santa Fe de Bogotá, el día 21 de agosto de 1990. Se constituyen cinco regiones del país para promover las actividades del estudio y tratamiento del dolor. Se elabora un programa de cursos anuales en cada región y un congreso nacional anual⁽¹¹⁾.

Evaluación de los primeros diez años de la Clínica del dolor en Medellín

En junio de 1990 el grupo de profesores, estudiantes y voluntarios –en realidad, para entonces todos éramos voluntarios y sólo contábamos con los permisos de los diferentes Servicios–, tuvo una reunión con las directivas del Hospital San Vicente de Paúl y la Facultad de Medicina. Hasta entonces el Programa de la Clínica del Dolor no figuraba en los cuadros directivos y era atendido por voluntarios. Poco estatus tenía. El número de pacientes atendidos había crecido bastante, de 60 en 1983 a 1200 en 1989, pero el número de personas encargadas de su manejo no aumentó en la misma proporción. Además, como lo informábamos entonces y según datos de la OMS, para la época se diagnosticaban en el mundo 7

millones de nuevos pacientes con cáncer cada año que se sumaban a los 7 que ya lo tenían. Además, en el mismo año morían 5 millones por esta enfermedad. Se consideraba que entre 55 y 85% sufrían dolor en algún momento de la evolución. Recordábamos además que en Antioquia, en 1988 hubo 28.240 muertes de los cuales 3.302, 11%, fueron por cáncer. En ese mismo año se descubrieron 5000 casos nuevos que, sumados a los 2000 que venían padeciendo la enfermedad, hacían un total de 10.000 en ese año de 1988. El mayor problema era que no encontraban alivio a su dolor debido a la poca preparación de los médicos, la falta de una actitud positiva para su enfoque y tratamiento, y porque no se tenían los sitios de referencia. Además, como lo recordaba Schwartzberg, a pesar de los grandes avances en oncología, dos terceras partes morirían de la enfermedad, no importaba lo que se hiciera por ellos. Se consideraba que de cada 100 personas, 25 de ellas sufrían de cáncer y de éstas morirían 18, fueran tratadas o no. Sólo 7 personas que sufren cáncer tendrán la oportunidad de controlarse⁽¹²⁾. Por las mismas razones, de acuerdo con la OMS, y ésta fue una de las justificaciones de establecer la Clínica de Alivio del Dolor y el Sufrimiento, lo más importante, lo que



Integrantes de la Clínica de Alivio del Dolor. Universidad de Antioquia - Hospital San Vicente de Paúl. Medellín. 1996. De izquierda a derecha: María Eugenia Cardona, Óscar Velásquez MD., John Jairo Vargas MD., Adriana Arroyave, Psicóloga y Tiberio Álvarez, MD.

daría más impacto era controlar la calidad de vida de esas personas al aliviarles el dolor, controlarles los demás síntomas y ayudarles a morir con dignidad. Ésta es la medicina paliativa que no busca curar sino paliar, aliviar los síntomas mientras llega la muerte. El enfermo, en especial el que evoluciona mal, es el ser más solo que existe porque "es víctima de una enfermedad desconocida; requiere cuidado misterioso de manos y aparatos extraños; está distanciado de sus familiares y amigos; está alejado de la sociedad; porque enfrenta en soledad el proceso de morir y la muerte; porque experimenta la repulsión hacia el moribundo de las personas encargadas de su salud". (Schwartzenberg). Esto llevó a exceso de trabajo, cansancio, cierta pérdida de la perspectiva del programa y una sensación "de estar perdiendo el tiempo" pues era un programa poco atractivo para las directivas universitarias y hospitalarias. Entre las inquietudes de los asistentes figuraron:

Exceso de trabajo. Sentimiento de que este programa era "un cajón de basura donde van los desperdicios de la medicina –pacientes con dolor crónico o en fase terminal". Sentimiento de poco valor científico del programa que produce alejamiento del personal de la salud que sólo busca la satisfacción del saber médico. Impacto nulo o negativo en la comunidad médica que no cambia la actitud hacia este tipo de pacientes. ¿Estrategia errónea por incomunicación o no cabida en la mentalidad médica por aquello de dolor, agonía, muerte, toma de decisiones, sufrimiento?. Deserción de los voluntarios. Poco apoyo institucional. Insensibilidad del médico por exceso de academicismo. Poca importancia de los aspectos espirituales. Donación de la droga analgésica a varios pacientes que posiblemente perpetúen el dolor al aumentar las ganancias secundarias... Se pidió entonces, formalmente, el 5 de junio de 1990, que el Hospital San Vicente de Paúl a través del Comité Interinstitucional Hospital - Universidad aprobara oficialmente este programa y tuviera el respaldo

necesario. Días antes el Consejo Académico de la Universidad, según Acta 204 del 16 de mayo de 1990, "Aprobó recomendar ante el Consejo Académico, la oficialización de la Clínica de Dolor y Cuidados Paliativos, sin embargo, quiere hacer algunas sugerencias para una mejor sustentación ante las instancias superiores de la Universidad, específicamente en el área de la administración y recursos y en el área de docencia donde deben diseñarse cursos con objetivos muy bien definidos y diferentes de pregrado, postgrado y educación continuada"⁽¹³⁾.

Bibliografía

- 1 Loeser John. Editor's Note on Pain: Clinical Up dates, December 2000; VIII:6.
2. Bonica JJ. The Management of Pain, 1st ed. Philadelphia: Lea and Febiger, 1953.
3. The John C. Liebeskind History of Pain Collection. [Http://unitproj.library.ucla.edu/biom](http://unitproj.library.ucla.edu/biom)
4. Wall P. Melzack M. "Pain Mechanisms: A new Theory" Science 1965;150:171-179.
5. Yang C. Wu. Neurobiology of Pain. Science 2000;288:1765.
6. Loeser John D. M.D. Seattle, 21 August 1994 Bonica J. John Biography, Pain Clinical Update 1994;59,1.
7. Neill O'Bill, Fallon Marie. ABC of Palliative Care: Principles of Palliative care and Pain Control. BMJ 1997;315:801-804.
8. Shneidman, ES. Aspects of the dying process. Psychiatric Annals 1977;8:25-40.
9. Álvarez Echeverri, Tiberio. La agonía. Aproximación a su misterio. Texto sobre Urgencias. En preparación CIB 2009.
10. Álvarez Echeverri, T. Evaluación del programa de la consulta de alivio del dolor 1983 - 1984. Universidad de Antioquia - facultad de Medicina - Hospital Universitario San Vicente de Paúl.
11. Herrera Ponton, Jaime. Historia de la Anestesia en Colombia. Publicado por la Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación - SCARE - con motivo de los 50 años de su fundación 1949-1959. Santa Fe de Bogotá, julio 1999.
12. Schwartzenberg, León. Cambiar la muerte. Barcelona, Granica Editores, 1978.
13. Álvarez Echeverri, Tiberio. Reflexiones en torno al programa de la Clínica de Alivio del Dolor y Cuidados Paliativos. Prodolore 1990;4:1-4.

Algesiología (manejo del dolor). Mi historia

Eliseo Cuadrado del Río, MD*

Mi primera experiencia con "El manejo del dolor" fue en 1954, en Bogotá, durante el "Curso de Postgraduados de 1954", organizado por el Dr. Gustavo Delgado Sierra, en el Hospital San Juan de Dios, con un paciente a quien le instalé un Bloqueo analgésico peridural continuo¹, cuya técnica habíamos aprendido del Dr. Robert Hingson, Prof. Invitado al curso.

El diagnóstico de admisión fue: Trombosis de la arteria pedia derecha con necrosis de la piel del dorso del pie y tejidos blandos adyacentes. El dolor era tan agudo que, al no ceder con los analgésicos disponibles, decidimos, previa autorización del Dr. Delgado, colocarle un catéter peridural cuya localización hicimos con "La pérdida de resistencia". Después de la primera dosis de cinco ml de Meticaina al 1%, el dolor desapareció por completo. Al día siguiente el edema había disminuido y la piel había empezado a recuperar la perfusión. Pero el dolor había vuelto. Entonces inyectamos por el catéter una dosis del analgésico local diluido a un tercio, cuando volviera el dolor, lo que ocurría cada seis horas.

Durante la revista, a la mañana siguiente, el cirujano decidió amputar el antepié, pero el paciente de ochenta y cinco años de edad, no aceptó la propuesta.

La Jefe del Pabellón, una monja amiga, me puso al tanto del problema y decidimos 'esconder' al paciente, sin su consentimiento, en el pabellón vecino destinado a mujeres. El traslado se hizo con la anuen-

cia de la Jefe del Depto de Enfermería, otra monja amiga, quien aceptó la propuesta por considerar que un ser humano a esa edad ya no constituía un riesgo contra la integridad física o moral de sus compañeras de piso. Pero nos equivocamos y tuvimos que sedarlo con Diazepam para anular sus ímpetus emocionales renovados y yugular el inevitable escándalo.

La monja en jefe nos puso una condición: Aislarlo completamente con tantos biombos como fuera necesario para evitar cualquier reacción de atracción o "Efecto de serrallo" de las pacientes más jóvenes. Le añadimos con letras rojas el aviso "NO PERTURBAR".

No recuerdo como apareció en mis manos la aguja de Touhy² con la que introduje el catéter. No me enteré si ya existía en el stock del Departamento, si se conseguía en el almacén de Guillermo Ortiz, gran benefactor de la anestesiología colombiana, o si la trajo el Dr. Hingson.

Afortunadamente teníamos el catéter No. 3 B & D, tan rígido que a veces perforaba la duramadre lo cual nos permitía seguir el procedimiento con Anestesia subaracnoidea continua. Fue mucho después que los cirujanos se enteraron de que esta novedosa técnica era el producto de una complicación durante la introducción del catéter.

Dejamos el catéter en el espacio epidural por quince días para que la necrosis se delimitara completamente. Entonces localizamos al Dr. José Ignacio Mantilla, cirujano plástico, a quien le contamos la odisea que habíamos vivido. Afortunadamente tenía un gran sentido del humor y aceptó, no solamente ser nuestro cómplice, sino practicarle un injerto de piel.

Una vez terminada la cirugía regresamos al paciente a 'Cirugía de Hombres'. Nunca pudimos festejar la hazaña para no violar el estatus de 'Secreto' que tuvo la acción. Fue una gran satisfacción haber cambiado una amputación por un simple injerto.

* Médico Cirujano: Universidad de Cartagena. Máster en Anestesiología. 1958-1960. Temple University Hospital. Philadelphia, Pens. USA. Jefe Depto. de Anestesiología. Hospital Universitario del Valle, Cali. Colombia. 1960-1993. Jefe Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos (Hosp.. U. del V.), Cali, 1991-1993. Asesor Médico "Lazos de Occidente" para manejo del duelo (Dolusología). Grupo de apoyo para Cali. Miembro del "Taller Literario Renata de Cali" (Palabras Mayores). Correo electrónico: *eliseo@uniweb.net.co

Para realizar la cirugía aumentamos la dosis de Meticaina y ésta se llevó a cabo con anestesia epidural. Al final de la intervención, el Dr. Mantiella comentó "Guardemos el secreto porque si lo sabe José del Carmen, es capaz de echarnos a todos". José del Carmen, era en ese momento el prestigioso José del Carmen Acosta, Director del Hospital.

El paciente nunca comprendió del todo porqué habíamos tenido que cambiarlo de Pabellón dos veces. Ni qué tipo de cirugía le habíamos practicado. Fue un testigo menos de las infracciones piadosas cometidas.

Basado en estos hechos redacté un artículo con toda la ciencia posible, que fue publicado en el 1er. ejemplar de la recién inaugurada revista "Anestesia"³ Órgano oficial del Colegio Colombiano de Anestesiología. Conservo el diploma que recibí del Colegio Colombiano, firmado por el Dr. José Vicente Sandino, actualmente residenciado en Cali.

Lógicamente no pudimos ocultar lo que habíamos hecho y las monjas me llamaban cuando un paciente era admitido con edema y dolor en miembros inferiores de cualquier etiología. En esa época se presentaban a consulta muchos pacientes con úlceras varicosas a quienes se manejaba con panela en polvo en forma tópica. La peridural continua por algunos días, les quitaba el dolor, reducía el edema y la úlcera empezaba a cerrar, más que todo, por la milagrosa acción de la panela.

Hubo un momento en que se nos acabó la existencia del catéter de plástico Becton Dickinson, que toleraba la esterilización en autoclave, y tuvimos que recurrir a cables telefónicos a los que les extraímos los hilos de cobre y usábamos el tubo de plástico que afortunadamente pasaba sin resistencia por una aguja de Touhy # 16.

La idea fue de Álvaro Niño Espinoza, compañero del Curso de Anestesiología. Los encargados del mantenimiento de la red telefónica del Hospital nunca nos preguntaron el destino que tenían los pedazos de cable que les sobraban. Ésa era una fuente inagotable de materia prima.

Los esterilizábamos sumergiéndolos veinticuatro horas en un líquido que se conocía por sus iniciales: C.R.I. Pero nadie supo lo que significaban estas tres

letras. Siempre fue un secreto del encargado de prepararlo en la farmacia.

Este 'catéter' tenía la ventaja de no perforar la duramadre por ser muy maleable. Jamás pensamos que pudiéramos producir una meningitis. Y no la tuvimos.

Indudablemente tuve la precaución de regresar a Montería con una buena cantidad de cables telefónicos, por no estar seguro de que este elemento capitalino se conociera en provincia. No conocían el CRI, pero usaban un líquido para esterilizar, tan eficaz e inocuo.

Mi regreso a Montería era inevitable, porque tenía que cumplir un contrato por dos años como contraprestación a la beca que había hecho posible mi primer entrenamiento en Anestesiología. Fueron \$400.00 (cuatrocientos pesos) mensuales que jamás pude gastar en todo el mes a pesar de mi soltería y de mi actividad docente en Cumbia y Porro con el respaldo de la Orquesta de Lucho Bermúdez, de plantilla en el Hotel Granada.

El vasopresor disponible era la Efedrina, para tratar la hipotensión que siempre acompañaba al bloqueo. La diluíamos hasta cinco cc e inyectábamos también por el catéter peridural. La acción era instantánea, como si fuese administrada por vía intravenosa. También inyectábamos Atropina por esa vía.

Nuestra técnica llegó a oídos del Dr. Alfonso Bonilla Naar, cirujano general famoso, también cartagenero, y en ese momento Jefe de las recién inauguradas Salas de Operaciones, quien nos preguntó si era posible instalarle una analgesia peridural segmentaria alta a un paciente programado para una comisurotomía por presentar una estenosis mitral.

Se presenta el siguiente diálogo: -"¿Cuánto dura la cirugía?". – "La toracotomía de piel a piel dura una hora. La comisurotomía en sí: Sesenta segundos. Es un mete y saca." – "Está bien" (el terror sólo me permitió balbucir esas dos palabras).

-"Ven acá. ¿Cómo vas a colocar ese catéter tan alto? Lo necesito en T8." La pregunta significaba que el coloso de la cirugía del momento ignoraba el procedimiento y pude tomar suficiente aire para responderle: - "Lo metemos por L2 – L3 y lo subiremos hasta allá."

- "¡Recórcholis! Me lo he debido imaginar". (La expresión real de cuatro letras, ñ incluida, tan usada en España y en la Costa Atlántica se omite por pudor). Todo salió bien. Le dejamos el catéter para analgesia postoperatoria durante cinco días.

En menos de seis meses había llevado a cabo el procedimiento en veintiún pacientes y decidí redactar mi Tesis de Grado utilizando esta casuística. La terminé en agosto de 1955 con el nombre de "Aplicaciones clínicas del bloqueo continuo del sistema simpático lumbar", que en realidad no era continuo sino con dosis fraccionadas.

En esa época se exigía presentar un trabajo científico para ingresar a la Sociedad Colombiana de Anestesiología en calidad de Miembro Activo Fundador. La sesión se llevó a cabo en el Salón Rojo del Hotel Tequendama, durante una sesión del Congreso nacional de ese año. El mes pasado me llegó el Diploma que me acredita como tal, fechado el

23 de septiembre de 2009, cincuenta y cuatro años después.

Con la ayuda de Antonio Zaker Chagüi, de Cereté (a veinte minutos de Montería), residente de postgrado de Ortopedia en Temple University Hospital, Philadelphia en 1956, conseguí ser admitido en esa Universidad como Residente en el Departamento de Anestesia. De allá regresé a Cali en 1960, con el grado de "Master in Anesthesiology".

Bibliografía

1. Hingson, R. A. and J. L. Southworth. Continuous peridural anesthesia, Anesth. And Analgesia 23:215, 1944 (Emplea la pérdida de resistencia con aguja recta de bisel corto).
2. E. B. Touhy. Continuous spinal anesthesia. A new metod of utilizing a uretral catheter. Surg. Clin. Of north Am. 1945 (Primera publicación del Dr. Touhy en que utilizó la aguja de punta curva diseñada por él).
3. Anestesia: 1: 10, 1954 (Colegio Colombiano de Anestesiología).

Orígenes del tratamiento del dolor, influencias de la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP) en Colombia, desarrollo de la Asociación Colombiana para el Estudio del Dolor (ACED) y su implementación desde el Caribe colombiano

Jorge Santiago Daza Barriga, MD*

Las ideas acerca del dolor han evolucionado de acuerdo con el desarrollo mismo de la historia de la humanidad; desde la prehistoria el tratamiento del dolor era un arte justo a los conocimientos y a las proporciones de su desarrollo, hasta el año 1.600 d.C. en el cual prevalece la alquimia, o el descubrir el 'elixir de la vida' y, en el mejor de los casos, desde el punto de vista simbólico o filosófico, alcanzar la transformación interior de cada ser humano al convertir la piedra bruta en piedra filosofal, y así disipar el dolor. Entre los años 1.600 y 1.750 se entra realmente en el desarrollo de la química en que se sintetizan y purifican muchas sustancias para combatir no sólo el dolor, sino muchas enfermedades que agobiaban en ese momento. En este proceso de evolución científica aparece un periodo al que se le denomina flogístico o de la quemadura, entre los años 1.770 y 1.777. Antonie Lavoisier, hacia 1.777, inicia los estudios de la masa y la materia, estructurándose la química moderna hasta alcanzar los albores del Siglo XIX: de allí en adelante la medicina entra en una era fascinante, la de la fisiología, con el advenimiento de C. Barnard, con la química analítica, la sintética y la de los quimo-receptores. Hacia finales del Siglo XIX y comienzos del Siglo XX nacen la bioquímica y la

industria farmacéutica. A mediados del Siglo XX se desarrolla la biología molecular, consolidándose la química sintética, la analítica, los fundamentos de la biología molecular y estableciéndose los blancos terapéuticos específicos y la síntesis de medicamentos. Ya en las décadas del 60 al 80, el hombre alcanza, por tecnología recombinante, medicamentos biológicos contra blancos moleculares específicos. Se alcanza una etapa cercana al análisis intrínseco de la composición del hombre, el descifrar el genoma humano hacia la década del 90, con una etapa alucinante del desarrollo científico. En la década que acaba de pasar se consolidan las alianzas estratégicas en la industria farmacéutica, el desarrollo de la bioética y el descifrar con mayor precisión los efectos colaterales de los productos de biotecnología y de genética molecular, poniendo de presente el cuidado especial que hay que procurar en el medio ambiente, en quienes nos rodean, y en el ser humano en sí, con el propósito especial de alargar su subsistencia en medio de parámetros de calidad y felicidad y, con ello el manejo del dolor como derecho humano fundamental. Han sido precisamente los precursores de los analgésicos, la amapola, la espiracea, la quina, la adormidera, la marihuana, el guaraná, el café y un sinnúmero de productos que la naturaleza nos dio, los que nos han permitido descifrar no sólo su organización, sus mecanismos de acción, su farmacodinamia, sino la estructura misma intrínseca de nuestro organismo, que nos recuerda todo el tránsito de nuestro desarrollo por miles de millones de años, en el cual nuestra genética nos ha llevado a poseer

* Presidente ACED. Médico Neurólogo. Internista. Experto en Dolor. Educador Médico. Ex Presidente de la Asociación Colombiana de Neurología. Ex Jefe de Educación Médica de la Universidad Libre. Profesor Titular de Pregrado y Posgrado de Medicina Interna, Universidad Libre, Seccional Barranquilla. Coordinador de la Unidad de Neurología del Hospital Universitario ESE CARI ALTA COMPLEJIDAD de Barranquilla.

dichas estructuras, y no sólo esto, sino también a sintetizarlas, señalándonos cuán cercano está el principio del fin, qué es lo elemental y qué lo complejo; esto incluye el conocimiento del dolor, la felicidad, la adicción, la dependencia, el abuso, la tolerancia y, en fin, un sinnúmero de circunstancias que hacen que cerca de un ochenta por ciento de nuestra población padezca dolor, treinta por ciento dolor crónico y, probablemente, en el 50 por ciento de este segmento, el dolor y el sufrimiento sean persistentes y no tengan aún soluciones con el desarrollo del intervencionismo analgésico y de la nanotecnología.

La medicina es definida como la ciencia y el arte de prevenir, curar o aliviar la enfermedad. Tiene como objeto de su acción al Hombre, y su meta no es simplemente la de alcanzar la prolongación de la vida biológica, sino la de postergar la muerte, prevenir o reducir los padecimientos y las deformidades, curar las enfermedades, ampliar las capacidades biológicas y psicológicas de los seres humanos y ocuparse de los sufrimientos de las personas.

A través de todos los tiempos ésa ha sido su misión, y Colombia no ha sido ajena a esa tarea y muy especialmente en lo concerniente al dolor y el sufrimiento, acción fundamental en los parámetros de calidad a través de todos los tiempos. La historia nos señala que la utilización, por ejemplo, de los analgésicos opioides en Colombia data de 1799 cuando los padres Dominicos publican un arsenal de medicamentos que vendían en sus boticas, entre ellos figuran el aceite de amapola, el agua teriacal, el extracto de opio, el láudano, el láudano de Sydenham, el nepente y la triaca magna. Pablo Fernández De la Guerra, hacia 1817, cuando era médico del ejército del pacificador Morillo, fundó en Bogotá la «Real Academia de Nuestro Monarca Fernando VII y de Nuestra Reina y Señora Doña Isabel Francisca de Braganza», en la que se estableció que los días jueves que no fueran festivos, de nueve a doce del día y de cuatro a siete de la noche, todos los médicos estaban obligados a dictar conferencias. Allí el Profesor José Félix Merizalde habló el 6 de febrero de 1817, acerca del «Dolor en medicina, qué se llama y en qué consiste». Dolor intensivo, dolor gravativo, dolor pulsativo, dolor pungitivo, sus síntomas, y cómo se producen. Lecciones de Hipócrates, de los árabes, de Galeno y de otros muchos sobre el dolor». Ya en el siglo XX, en la ciudad de Medellín, se habla de manera directa en un Congreso acerca del dolor. Durante

el Segundo Congreso Nacional Médico, se presenta la temática sobre el «TRATAMIENTO DEL DOLOR POR SUGESTIÓN», y desde la década del 50 se comienzan a realizar bloqueos nerviosos.

Entre 14 y 15 de enero de 1974 los profesores John J. Bonica, Jefe de Anestesiología de la Universidad de Washington, y D. Long, Jefe de Neurocirugía del Johns Hopkins, participan en Bogotá en uno de los primeros Simposios de Dolor en Colombia, en el Museo Nacional, al que asistieron cerca de 100 participantes, bajo la orientación científica del doctor Aníbal Galindo. El profesor Bonica diserta acerca de su comisión oficial a la China para la evaluación de la acupuntura; el profesor Ernesto Bustamante Zuleta, eminente neurocirujano de Colombia, desde 1973 desarrolla estudios sobre el dolor e inicia su consulta externa de Dolor en el Instituto Neurológico de Colombia y posteriormente publica un interesante tratado sobre el tema.

El desarrollo científico y su aplicación en el objeto principal, el hombre, se fundamenta en las asociaciones científicas, que adquieren valor desde antes del advenimiento de la industria farmacéutica. Por ello, el profesor Bonica entiende el papel trascendental de rescatar el estudio y tratamiento del dolor mediante instituciones científicas que trascendieran las fronteras, cuya inspiración fue de la constituir un foro igualitario, interdisciplinario e internacional, para mejorar el conocimiento acerca del dolor, mejorar la educación de los profesionales de la salud y mejorar la atención de los pacientes. Para alcanzar esa visión el doctor Bonica motiva al Instituto Nacional de Salud, y realiza el Primer Encuentro Internacional de Dolor en mayo de 1973, en Issaquah, Washington E.U.A., con la participación de 13 países y la asistencia de 350 participantes. Estos primeros miembros de la IASP, bajo la orientación del profesor Patrick Wall, crean una publicación trimestral a partir de enero de 1975, la Revista PAIN. Los estatutos elaborados por Bonica se incorporaron el 09 de mayo de 1974. Este movimiento febril de integración mundial no dejó de trabajar un solo día y, para el mes de septiembre de 1975 tendría el Primer Congreso Mundial de Dolor, siendo Denise Albe-Fessard el primer presidente y Bonica el presidente electo. A partir de ese momento se comienzan a organizar varios subcomités, entre ellos el de taxonomía; aparecen así las definiciones de dolor en 1979, y se inicia la organización de los capítulos nacionales. Hacia 1982 la revista PAIN se

publica mensualmente y aparece el Comité de Ética para la Investigación en Animales. En 1986 se hace una edición especial de taxonomía: "Clasificación del dolor crónico", que apareció en PAIN. Hacia 1987 se organizan los primeros grupos de interés, entre ellos el de tratamiento del dolor agudo, otro curricular y otro para los GRANTS. Hacia 1987 se reconoce a la IASP como una organización no gubernamental por parte de la Organización Mundial de la Salud (OMS). El esquema Curricular aparece hacia 1988 y el Primer Grupo de Interés especial sobre el dolor en la infancia se organiza en 1989. Hacia el año 1993, el consejo de la IASP constituye la IASP PRESS y asume el neurólogo Howard L. Fields en calidad de coeditor de la revista PAIN, y se aprueban los parámetros éticos de la investigación en dolor en seres humanos, que se publica en 1995, al igual que el plan básico para la educación profesional en dolor. La revista PAIN queda en manos de Allan Basbaum, quien compite en el 2010 por la Presidencia de la IASP con Fernando Cerveró (actual Presidente electo). Para el año 2002, se declara el 15 de octubre como el día mundial contra el dolor, y a partir de 2000, se inicia con el lema "El tratamiento del dolor un derecho humano". El año 2005-2006, es el año de "Dolor en la infancia", el año 2006-2007, el año del "Dolor en adulto mayor"; el año 2007-2008 "Dolor en la mujer", el año 2008-2009, el año del "Dolor por Cáncer"; el año 2009-2010, Dolor Músculo Esquelético y el año 2011-2012, "Dolor Agudo". En el SUMIT de la IASP, el 3 de septiembre de 2010, se sientan las bases políticas para enfrentar el dolor en la década de 2010 a 2020.

Desde los albores de la humanidad hasta hoy, el dolor será siempre un componente esencial en la estructura del hombre, y cuando no se presenta, hay trastornos severos en el desarrollo de esa persona, que presenta una serie de síndromes especiales que retardan su cognición y crecimiento en todos los sentidos; pero cuando el dolor se presenta en un ser normal, es indicio de vida y de lesión de nuestro organismo, pero cuando el dolor pasa la barrera del tiempo, de los tres meses o más, se convierte en enfermedad y obliga al que lo trata, al estado, a la familia y a toda la estructura de las ciencias médicas a conseguir y estructurar esquemas investigativos y terapéuticos idóneos para que la prestación de dichos servicios sea de calidad, eficacia, efectividad y eficiencia. A pesar de ello el dolor estará presente de

manera permanente en un grupo reducido de la sociedad. Son las asociaciones científicas, con filosofías claras en los procesos educativos, científicos, de investigación y proyección social, los que podrán desde su estructura constituirse en instrumentos precisos para prevenir, estudiar, tratar y erradicar el dolor y el sufrimiento.

Como lo hemos señalado, otros innovadores en Colombia son Aníbal Galindo y Ernesto Bustamante, el primero en apresurarse a traer a Colombia al profesor Bonica en 1974, para que hablara acerca de la disciplina del dolor en el Museo Nacional, y el segundo, no sólo por publicar su obra sobre el dolor, sino también por dar origen al manejo del dolor, como disciplina independiente, tarea que ejercía igualmente el doctor Tiberio Álvarez en Medellín, en el Hospital San Vicente de Paúl.

Tuve la fortuna de dar mis primeros pasos como Internista en el Hospital Militar Central de Bogotá, en 1982, e ingreso al Servicio de Neurología, en 1983, bajo la dirección del Profesor Eduardo Palacios Sánchez, mi mentor como neurólogo. Fui afortunado también de haberme encontrado con una serie de compañeros de residencia quienes me guiaron y tutelaron mis enseñanzas. Con ellos hicimos equipo en múltiples tareas que desarrollamos de manera armónica, llenos de rigor científico, en medio de la solidaridad, el respeto, la camaradería, pero, sobre todo, de la hermandad. Entre esos compañeros quedan profundos recuerdos de tareas inmensas compartidas; logramos plasmar investigaciones pioneras, publicaciones que con tesón quedaron para la historia del HOSMIL, y una entrega infinita a nuestros estudiantes y pacientes. Me encontré con Guillermo Gómez, Camilo Fadul, Diego Rosselli, Luis Morillo, Enrique Jiménez Hakim, Felipe Atalaya, Jaime Zeinuk, Álvaro Villanueva, Rafael Valle, Eduardo Burgos, Darío Sarabia y Gustavo Aroca, entre otros. Un sinnúmero de profesores de elevadas calidades humanas y científicas y reconocido rigor académico, entre ellos Luis Díaz, Jaime Potes, Miriam Peñaranda, Luis Miguel Camacho, Hernán Torres Iregui, Ernesto Laverde y Luis Casasbuenas; y recuerdo muy especialmente a un inquieto residente de anestesia, que aupaba a Guillermo Gómez, para constituir un grupo de Dolor, con quien, a comienzos del año de 1984, tratamos los primeros casos sobre dolor de difícil manejo: Pedro Bejarano. Establecimos una amistad maravillosa

con Pedro y desde allí surgen motivaciones profundas en el campo del dolor, que se convierten en dinamo para el desarrollo académico y científico del dolor, por él a nivel nacional y por mí, a nivel de Barranquilla y el Caribe colombiano. Debo señalar, modestia aparte, que desde el año 1986 hasta el día de hoy este proceso se convirtió en mi norte en la prestación de servicios académicos, científicos y asistenciales. Esa influencia marcó el desarrollo de múltiples Simposios Nacionales e Internacionales en la Costa Caribe, la elaboración de las memorias de muchos de esos eventos, así como la publicación en el año 2003 del libro Dolor: Estrategias Diagnósticas y Terapéuticas; igualmente contribuimos en la constitución de la Asociación Colombiana de Pacientes con Dolor, con sede en Barranquilla.

En unión con Pedro Bejarano, Guillermo Gómez y Camilo Fadul, realizamos varios eventos desde el año de 1987 en Barranquilla, y se comienza a gestar la idea del Capítulo Colombiano de la IASP; entre esos profesores invitados estuvo el profesor Patrick Wall. Fue en el mes de mayo de 1988, se hospeda en el Hotel del Prado, y realizamos un evento social en el Club Alemán, con una muestra folclórica de Barranquilla, con la asistencia de excelentes alumnos de la Universidad Libre; la muestra del Carnaval de Barranquilla estuvo a cargo del Grupo de Gloria Peña. Encargamos a distinguidas estudiantes de hermosos ojos azules el cuidado del profesor P. Wall, quien muy complacido aceptó todas nuestras atenciones. El profesor, un poco tímido, se fue saliendo de su gélida indumentaria y se muestra al final muy comprometido con toda la audiencia y feliz de haber estado en Barranquilla y de haber disfrutado del Vallenato y del Carnaval de Barranquilla. Al año siguiente fuimos más atrevidos, nos visita Miriam Martelete, profesora de muchos de nuestros asociados y quien era en esos momentos consiliaria de la IASP. Hicimos la reunión en el Yumbo del Country Club, en el cual se congregaron más de 1.200 asistentes. En esos eventos estuvieron Pedro Bejarano, Camilo Fadul y Felipe Atalaya, entre otros, y aquí nos acompañaban Cecilia Algarín, Humberto Caiaffa, Edgard George, Manuel Sánchez, Luis Padilla, Rufo Pantoja, entre otros. Todos estos eventos eran siempre revestidos de una profundidad académica y de integración social. Estas actividades siempre contaron con el Laboratorio Grunenthal como único ente patrocinador.

Así asistimos, desde Barranquilla, a la consolidación de la obra que ya tenía una misión obvia: la de ser un foro igualitario, interdisciplinario, que brindara los escenarios propicios para el estudio y tratamiento del dolor, para beneficio de los profesionales de la salud y de los pacientes, según lo estipulara su fundador John Bonica, y se ratificara en los estatutos del Capítulo Colombiano de la IASP. En 1992 se le asigna el nombre Asociación Colombiana para el Estudio del Dolor, Capítulo de la IASP. Es la ACED una institución científica y gremial, con persona jurídica de Derecho Privado, sin ánimo de lucro, regida por las leyes de la República de Colombia, que se constituye como el Capítulo Colombiano de la Asociación Internacional para el Estudio del dolor (IASP), cuyo domicilio principal es la ciudad de Bogotá, República de Colombia, y su sede está ubicada en la Calle 134 No. 7B-83, oficina 715. Sus objetos están definidos en sus Estatutos actuales: de carácter científico, académico, gremial y de beneficencia, relacionados con el estudio, prevención, y tratamiento del dolor y debe proyectarse hacia una dinámica de sostenibilidad, que involucre la investigación en sus diferentes áreas del conocimiento: estadístico, básico, clínico y de rehabilitación o paliación, utilizando para ello todos los recursos jurídicos, normativos, administrativos, estratégicos y logísticos, que el estado colombiano le permita, entre ellos: COLCIENCIAS, MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL, MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Así lo tiene establecido la ACED al señalar que: Fomentará y promoverá la investigación sobre los mecanismos y síndromes dolorosos y colaborará con el tratamiento de pacientes que sufren de dolores crónicos o agudos, reuniendo a los científicos, médicos y otros profesionales de la salud de diversas especialidades y experiencia, cuyo interés esté dirigido hacia la investigación y manejo del dolor. Promoverá la educación y capacitación en el campo del dolor. Promoverá y facilitará la divulgación de nueva información en el campo del dolor. Fomentará la participación de sus miembros en actividades científicas programadas por la Asociación o por otras Asociaciones Nacionales e Internacionales en el campo del dolor. Fomentará el desarrollo de una base de datos nacional e internacional y promoverá el desarrollo de sistemas uniformes de registro respecto de la información relativa a los mecanismos, síndromes y manejo del dolor. Informará a la opinión pública sobre los resultados e implicaciones de la investigación vigente en el men-

cionado campo. Que para alcanzar la visión, misión, objetivos, autosuficiencia, eficacia, efectividad y eficiencia, debe contar con dirección corporativa, de apoyo logístico, con una institución pro congreso anual de dolor, una editorial, y una estructura académica de educación médica continuada, de investigación y producción del conocimiento en dolor, base de datos para la generación de políticas investigativas en dolor, de consejería para la docencia en centros de formación del recurso humano en dolor en pre y posgrados existentes en el país e identificados con políticas internacionales de sus pares como IASP, FEDELAT, IBEROAMERICANA, WIP, etc., y de la promoción del conocimiento institucional y del Estado colombiano para cumplir su función de proyección social. Debe la ACED adicionalmente notificar de todos sus propósitos a sus pares correspondientes, nacionales e internacionales sobre las tareas planeadas, realizadas, y acerca de todos los productos obtenidos anualmente. Igualmente debe realizar notificaciones a los organismos internacionales, nacionales y regionales sobre las normas relativas al uso de medicamentos, drogas, materiales, equipos y procedimientos empleados en el tratamiento del dolor. Emprenderá todas aquellas actividades que puedan incidir o contribuir al desarrollo de los fines anteriormente mencionados. Promoverá la adecuación de honorarios en los procedimientos relacionados con el manejo del dolor ya sea hospitalario, ambulatorio y/o domiciliario. El patrimonio de la Asociación lo componen las cuotas de sus miembros y de los bienes que hayan adquirido o adquiera en lo sucesivo, a cualquier título, a través de los servicios y estrategias gerenciales; dichos bienes serán empleados exclusivamente en la realización de sus fines sociales.

La ACED, en sus 20 años, ha celebrado de manera ininterrumpida XIX Congresos Internacionales, solamente uno de ellos se efectuó en la Ciudad de Cartagena, los demás en Bogotá, con rotundos éxitos científicos, académicos e investigativos y, además, económicos, lo cual le ha permitido su sostenibilidad y reputación. La ACED es la única en su esencia en el país, por las características propias e inherentes a su misión inspiradora: interdisciplinaria e igualitaria, para el estudio y conocimiento del dolor y para la aplicación al paciente de los conocimientos adquiridos.

La ACED ha realizado varias publicaciones, entre ellas, *Dolor en el Adulto Mayor*, *Dolor en la Mujer*, *Dolor por Cáncer*, *Opioides*, *En la práctica médica y*

el libro de Dolor Músculo Esquelético. La revista *Dolor* es el órgano oficial de publicación de la ACED, la cual se ha realizado de manera ininterrumpida durante cinco años.

En los últimos años ha impulsado la investigación, premiando no sólo los trabajos de investigación, sino implementando su base de premiación con el fin de penetrar en las facultades de ciencias de la salud en pre y postgrado, y en sus procesos curriculares en el país; para ello premia la mejor malla curricular en dolor, en pregrado, en ciencias de la salud, así como los mejores trabajos de revisión en dolor para los estudiantes del pregrado y los mejores proyectos de investigación en el posgrado.

Ha establecido convenidos con instituciones educativas, entre ellas la Escuela de Ciencias de la Salud, FUCS, con el objeto de integrar interinstitucionalmente los aspectos educativos, científicos y de investigación de manera horizontal, para el fortalecimiento del estudio del dolor en Colombia. Es así como se realiza por primera vez en el año 2010, el primer TALLER DE INTERVENCIONISMO para médicos especialistas, preferente para los miembros de la ACED; así como los de los cursos e-learning, y demás tareas académicas y científicas por venir, para el crecimiento fundamental de los asociados. El proceso de Certificación, homologación y recertificación irá dando los frutos esperados en la medida de la voluntad política al interior de las entidades que proponen este apoyo interinstitucional y las que se logren establecer en el futuro.

Una de las tareas trascendentales de la ACED que ha venido realizando como investigación en el campo epidemiológico es la encuesta nacional de dolor, cuyos datos pueden obtenerse de la página web. Ello se ha venido perfilando y nos muestra la gran necesidad de implementar las políticas educativas en dolor para las escuelas formadoras de recursos humanos en salud, para atender las necesidades insatisfechas en los diferentes niveles de atención en salud, los cuales sólo se alcanzarían a suplir en cuarenta años, si se comienzan a implementar estos programas en las diferentes disciplinas de ciencias de la salud.

La descentralización de la ACED es una necesidad sentida que únicamente se logra con líderes regionales realmente decididos, y con una ACED fortalecida

financieramente para que pueda dar soporte a los grupos de estudios regionales, especialmente aglutinados alrededor de las facultades de ciencias de la salud, a través de convenios interinstitucionales, y con la promoción de la constitución de clínicas de dolor en todas las regiones.

La otra tarea trascendental es la de imponer soluciones efectivas en cada grupo de interés, con planeación estratégica y hoja de ruta en las que se puedan verificar los cumplimientos de cada grupo de interés. La fortaleza de cada uno de ellos permitirá el fortalecimiento de la investigación y producción científica del dolor en Colombia. Ésta quedó entre las tareas que serán implementadas, a pesar de los incentivos establecidos.

Por mandato de la Asamblea General del año 2009, se viene implementando al interior de la ACED, el cual se entregará en octubre del 2010, para lo cual se tiene que adoptar un plan de mejoramiento continuo que adopte y haga la implementación del material de la transformación de la ACED. Le corresponde a la nueva Junta Directiva dimensionar la estructura Jurídica, para adaptar la ACED a los grandes retos de auto sostenibilidad, la de la necesidad de que todos los miembros ACED sean miembros IASP, por lo menos los miembros de la Junta Directiva. A la ACED hay que orientarla con herramientas gerenciales efectivas para que todos los miembros se sientan motivados, y que sea incluyente en todos los campos. Allí están esas herramientas para su mejoramiento e implementación con el fin de responder a los cambios en el contexto legal, científico, académico, investigativo, económico, social y asegurar su desarrollo, crecimiento, supervivencia y cumplimiento de su misión.

Desde el punto de vista gremial, la ACED forma parte activa de la ASOCIACIÓN DE SOCIEDADES CIENTÍFICAS, en la cual dos importantes miembros ACED participaron en una de las tareas encomendadas por los ministerios de la Protección Social y Hacienda, en el año 2009, cual fue la actualización de los CUPS, y de la participación en el manual tarifario, que está a la espera de la reforma de la Ley 100.

Los programas de Hospitales sin Dolor y Colombia sin Dolor, esperan una implementación y revisión de sus tareas y reinventarse para cumplir con su mi-

sión. Se espera que el proyecto de Bogotá sin Dolor, comience a dar sus frutos para observar su viabilidad y para que pueda expandirse a nivel nacional y, ojalá, adoptarse por parte del próximo Ministerio de Salud.

Una real penetración social de la ACED es la de patrocinar o asesorar una Red Nacional de Pacientes con Dolor. Esta tarea es pertinente y hay que retomarla.

Conclusiones

La medicina es definida como la ciencia y el arte de prevenir, curar o aliviar la enfermedad. Tiene como objeto de su acción al Hombre, y su meta no es la de alcanzar la simple prolongación de la vida biológica, sino la de postergar la muerte, prevenir o reducir los padecimientos y las deformidades, curar las enfermedades, ampliar las capacidades biológicas y psicológicas de los seres humanos y ocuparse de los sufrimientos de las personas. Esta tarea la ha cumplido desde los albores de la humanidad, hasta la fecha actual, habiéndose alcanzado los más sofisticados procedimientos diagnósticos, terapéuticos y la implementación de una serie de medidas de salud pública, de desarrollos de la biología molecular, de la inmunogenética, de la biotecnología, y de la generación del conocimiento de manera extraordinaria a través de tecnología de punta. A pesar de ello no se alcanzan a solucionar las dificultades existentes tanto en la prevención, como en el manejo del dolor; por ello y para ello se han constituido instituciones sin ánimo de lucro que aglutinan las tareas de nuestros antecesores universales, y a nivel nacional desde Pablo Fernández de la Guerra, José Merizalde, quienes a través de la institución de la academia ya hablaban, hacia los años 1799 y 1817, acerca de la necesidad de establecer grupos de estudio, y por otro lado, traer las enseñanzas desde Hipócrates al hablar del dolor intensivo, gravativo, pulsativo, pungitivo y de los diferentes productos de la época para aliviar el dolor como el nepente, el láudano, el aceite de amapola, el agua teriacal, el extracto de opio, el láudano de Sydenham, y la triaca magna.

Al tiempo en que el National Institute of General Medical Sciences auspicia el Primer Simposio Internacional, sobre dolor en 1972, organizado por John Bonica en la cual se organiza la IASP, que se concreta en 1974. Ese mismo año es traído a Colombia el pro-

fesor Bonica, invitado por el Profesor Aníbal Galindo, evento que se realiza en el Museo Nacional de Colombia. Le suceden al Profesor Galindo el profesor Ernesto Bustamante, hasta que se forma como Anestesiólogo el Dr. Pedro Bejarano en el Hospital Militar Central para inicio de la década del 80; con él y con el doctor Tiberio Álvarez, realizamos numerosos simposios en Barranquilla desde el año 1987, y contribuimos en la Fundación de la ACED, en el año 1990. En esa década dorada para el estudio del dolor en la Costa Caribe, contamos entre otros con la presencia ilustre de los profesores Patrick Wall y Miriam Martelete, entre otros. Se coincide casi con la apertura de los demás capítulos internacionales de la IASP el naciente Capítulo Colombiano, al cual llega nuestro fundador a ser su primer Presidente y, al mismo tiempo, el primer Consiliario ante la IASP, como es actualmente nuestro ex presidente Germán Ochoa.

La ACED ha cumplido una fiel tarea de acuerdo con la misión de la IASP, de ser interdisciplinaria y expandir el conocimiento del dolor en Colombia. A través de sus órganos de divulgación, la Revista Dolor ha publicado varios libros, ha realizado investigaciones epidemiológicas, publicaciones de varias obras en lo concerniente al dolor, procesos educativos por

e-learning, talleres teóricos y prácticos en intervencionismo en dolor, con sus grupos de interés en varias disciplinas, líderes regionales. Ha propiciado la constitución de grupos de interés en dolor, de políticas de proyección como los de Colombia sin dolor y Hospitales sin Dolor, y ha realizado convenios con instituciones educativas para consolidar su proceso educativo.

Se encuentra actualmente inmersa en procesos de adaptación con nuevas herramientas administrativas que le permitan una sostenibilidad para el cumplimiento de su misión.

Dejamos una institución sólida, con equilibrio financiero y proyectada a la próxima década, con un compromiso serio con sus asociados y el país en la educación continuada en dolor y con el reto importante de implementar, apoyar, asesorar y cristalizar proyectos, planes y programas para la solución de las necesidades en recursos humanos capacitados en el tratamiento del dolor para los próximos treinta años en el país.

Nos sentimos felices por haber elegido este norte, por el cumplimiento de nuestro deber y honrados de pertenecer a una institución seria, científica y social.

Mi encuentro con John Bonica

Carlos M. Moreno Benavides, MD*

Mi interés por el control del dolor comenzó temprano en mi vida, mucho antes de empezar a estudiar medicina. Jamás entendí por qué muchos de los profesionales de la salud (médicos y odontólogos) creían y, lamentablemente, algunos todavía lo piensan así, que los niños no sentían dolor. No sobra decir que en mi niñez padecí algunos tratamientos médicos y odontológicos dolorosos sin recibir anestesia ni medicamentos analgésicos. Por ello, cuando inicié mi carrera académica como docente de fisiología del sistema nervioso, primero en la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia y, luego, en la Universidad del Rosario, me sentí altamente motivado por el estudio de los mecanismos fisiológicos del dolor y, en mis cursos, introduce clases sobre fisiología del dolor.

En aquella época, comienzos de la década de los 70 del siglo XX, era escaso el tratamiento del tema en los textos tradicionales de Fisiología; no había revistas científicas dedicadas a ese tópico y, mucho menos, existía algo parecido a lo que hoy conocemos como Clínicas de Dolor.

En 1974, los días 14 y 15 de enero, por iniciativa del Dr. Aníbal Galindo, importante anestesiólogo colombiano, se realizó en Bogotá el primer simposio sobre Medicina del Dolor, y su control mediante el uso de estimuladores eléctricos. Este evento se llevó a cabo en el auditorio del Museo Nacional de Bogotá. El personaje central era el profesor John Bonica. Reinaaba, obviamente, una gran expectativa por escucharlo, ya que además de ser el padre de la medicina del dolor, acababa de regresar de un viaje por Chi-

na, a donde lo había enviado el Presidente Nixon como alto comisionado para el estudio de la acupuntura.

La conferencia del Profesor Bonica fue, precisamente, sobre la acupuntura en China. Durante cerca de 2 horas, nos deleitó sobre su experiencia en el país oriental. Se puede decir que, más que una charla sobre acupuntura, fue una disertación sobre la cultura china. En relación con la acupuntura, el profesor nos informó sobre los diversos tipos de procedimientos que se llevaban a cabo, la manera como los pacientes eran seleccionados para ser intervenidos quirúrgicamente y cómo en grandes cirugías, por ejemplo toracotomías, los pacientes eran operados bajo anestesia con acupuntura, pero, de manera preventiva se llevaba un equipo de anestesia a la sala de cirugía en caso de que durante la intervención el efecto anestésico de la acupuntura no fuera suficiente. Mencionó, además, que cuando no se disponía de agujas para la práctica del procedimiento, se podían utilizar trozos de bambú en forma de astillas, o, simplemente hacer presión (acupresión) en los mismos puntos de acupuntura con resultados similares. Entonces, como ahora, no había una explicación totalmente válida en la medicina occidental, acerca del efecto analgésico de la acupuntura. Sin embargo, se planteaba la hipótesis de que ello se podría comprender mediante la teoría de la Compuerta de Control (Gate-Control) de Melzack y Wall, pues, posiblemente, la estimulación con las agujas y particularmente con la presión, podría estar activando las fibras A beta y, de esa manera, se estaría bloqueando la actividad de las fibras nociceptivas A delta y C, en el nivel del asta posterior de la médula espinal.

El Profesor Bonica mostró fotografías de investigadores chinos que empezaban a realizar investigaciones sobre los posibles mecanismos biológicos de la acupuntura, especialmente estudios experimentales de tipo neurofisiológico. Y señaló que se

* Médico neurofisiólogo. Profesor titular - Unidad de Neurociencia y Centro de Medicina del Dolor. Coordinador del Grupo de Investigación Neuros, Facultad de Medicina - Universidad del Rosario. Miembro Activo Asociación Colombiana para Estudio del Dolor (ACED). Miembro activo de la International Association for the Study of Pain (IASP).

estaban adelantando acuerdos entre los gobiernos chino y norteamericano para que algunos de esos investigadores viajaran a los Estados Unidos para adelantar formalmente estudios de Doctorado en investigación básica.

Sin duda, la conferencia del Dr. Bonica colmó con creces las expectativas del auditorio y, puedo afirmar con certeza, que fue uno de los factores más importantes que desencadenaron, posteriormente en nuestro país, el gran interés por el estudio y la práctica de la Medicina del Dolor.

Durante el Simposio tuve la fortuna de ser invitado, a un almuerzo, por el Dr. Antonio Becerra Lara, neurocirujano prestigioso, lamentablemente fallecido en forma trágica, quien en ese momento era Jefe del Servicio de Neurocirugía del Hospital de San José y Profesor de la Facultad de Medicina de la Universidad del Rosario. El motivo de la reunión era brindarle una atención al Dr. Bonica. Ese almuerzo tuvo lugar en el Restaurante Pozetto y entre los asistentes recuerdo, además de los dos personajes mencionados, a los Drs. José Vicente Pardo, fisiatra, y Manuel Palacios, neurocirujano, médicos del Hospital de San José y, también, profesores de la facultad de Medicina del Rosario.

Se seleccionó ese restaurante teniendo en cuenta que era especializado en comida italiana, acorde con el origen natal del Dr. Bonica, y que quedaba relativamente cerca del Museo Nacional, lo que nos permitiría retornar oportunamente a la sesión vespertina del Simposio. Por aquella época ese restaurante gozaba de gran prestigio gastronómico y no había sucedido aún la tragedia que una década después ocasionara un veterano de la guerra de Vietnam.

El Dr. Bonica aceptó complacido la invitación y, ya sentados a manteles, agradeció la atención. Se platicó sobre diversos temas, pero los menos fueron los de dolor. Bonica era un conversador ameno y dotado de gran amabilidad, así que rápidamente fuimos tomando confianza y pudimos conversar fá-

cilmente sobre aspectos más personales y anécdotas de su vida.

Bonica nació en Filicudi, una isla cercana a la costa de Sicilia, en 1917, y a los 11 años emigró con su familia a la ciudad de Nueva York. Cuatro años después murió su padre y él se vio obligado a trabajar en oficios varios para poder ayudar con algún dinero al sostenimiento de su familia. Fue lustrabotas, vendedor de frutas y repartidor de periódicos y, luego, para poder costear sus estudios de medicina trabajó como luchador profesional y llegó a ser campeón americano de lucha libre en la categoría de peso liviano. Esta práctica le dejó una lesión dolorosa en una de sus manos, molestia que no se podía controlar fácilmente con los medicamentos disponibles. Contó que, por ello, se había sometido en dos ocasiones a tratamientos de acupuntura, una vez en Hong-kong y la otra, más reciente, con motivo de su viaje a China. Con mucha gracia, refería que había tenido mejor efecto analgésico con el primer tratamiento que con el practicado en la patria milenaria de esa técnica. Esa anécdota tenía, en esos años, un claro sentido político y, por ello, la sonrisa del profesor al relatarla.

John Bonica pasó pocas horas en Bogotá, rápidamente regresó a los Estados Unidos y, hasta donde tengo información, no volvió a nuestro país. A raíz de aquel evento y de la oportunidad de conocer personalmente al padre de la Medicina del Dolor, se fortaleció más mi interés por el estudio de los fundamentos biológicos del dolor y de la nocicepción. Seguí, luego, con mucho interés sus actividades y sus publicaciones científicas, hasta su lamentado fallecimiento en 1994, veinte años después de aquel encuentro.

Me parece importante, finalmente, recordar que el Profesor Bonica fue, además, uno de los gestores de la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP), de la cual la ACED es, desde hace veinte años su capítulo en nuestro país.

La Medicina del Dolor en la Universidad del Rosario. Breve reseña histórica

John Jairo Hernández Castro, MD*

Hace 25 años nació un grupo de dolor pujante, emprendedor y lleno de energía. Hace 25 años un grupo de médicos especialistas profesores de la Universidad de la Rosario y del cuerpo asistencial del Hospital de San José formaron un grupo de dolor, que posteriormente, y por cosas que aun hoy nadie comprende, se terminó dividiendo (cuando ambas instituciones decidieron separarse y acabar con su convenio) para tener hoy dos importantes instituciones: el Centro de Medicina del Dolor y Cuidado Paliativo de la Universidad del Rosario, y la clínica de dolor del Hospital de San José.

Los antecedentes de estos acontecimientos se remontan a la llegada al país y procedente de los Estados Unidos de un importante personaje: el Doctor Aníbal Galindo, anestesiólogo, alumno de John Bonica. Trae consigo todo ese bagaje de conocimientos en Medicina del Dolor para demostrarlo en el Instituto Neurológico de Colombia y en el Hospital de San José, donde es nombrado como Profesor de la Universidad del Rosario. Muestra los primeros procedimientos modernos para alivio del dolor y deja la semilla sembrada en todos los que fueron sus alumnos. Organiza, entre el 14 y 15 de enero de 1974, el primer simposio de dolor en Colombia, auspiciado por el Instituto Neurológico, la facultad de Medicina de la Universidad del Rosario y la naciente Sociedad Colombiana de Anestesiología (hoy Sociedad Colombiana de Anestesia y Reanimación - SCARE), que se llevó a cabo en las instalaciones del Museo Nacional en Bogotá, y al cual asistieron aproximadamente 80 médicos interesados en el tema. El ponente principal:

John Bonica, el padre de la medicina del Dolor y fundador de la IASP. Desdichadamente el paso del Doctor Galindo fue corto y retorna a Norteamérica en 1976.

Pero la Universidad del Rosario ha tenido presencia en la Medicina del Dolor desde antes de los acontecimientos relatados. En 1970, uno de sus profesores más queridos y connotados, el Doctor Carlos Moreno Benavides, actualmente Profesor Titular de la Unidad de Neurociencia, introduce en la cátedra el tema de la Fisiología del dolor. He de anotar, por su propia información, que su gran temor a la odontología lo llevó a investigar y, posteriormente, a transmitir ese naciente conocimiento.



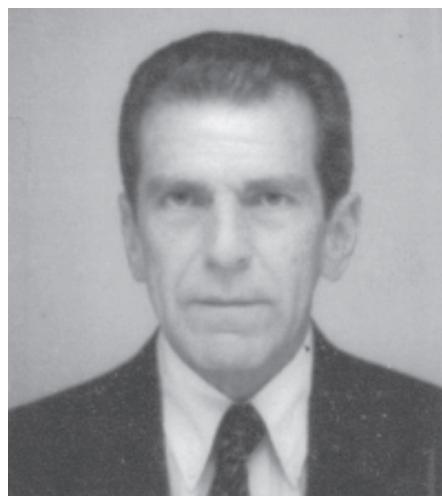
Profesor Carlos Moreno Benavides

* Neurocirujano - Algesiólogo y Paliativista - Profesor Unidad de Neurociencia. Director Centro de Medicina del Dolor y Cuidado Paliativo, Investigador Grupo "Neuros", Facultad de Medicina - Universidad del Rosario - MEDERI. Ex presidente ACED.

Aparece en la palestra Pedro Bejarano, anestesiólogo formado en la Universidad del Rosario - Hospital Militar Central, el gran promotor de la moderna Me-

icina del dolor en nuestro país. Regresa a Colombia en 1981, con entrenamiento formal en los Estados Unidos, y crea la primera Clínica de Dolor de origen no maligno, en las instalaciones de la institución que lo formó durante su Residencia. Casi al mismo tiempo se crea en Medellín, adscrita a la Universidad de Antioquia, la primera Clínica de Dolor por cáncer y Cuidado Paliativo, en cabeza del Profesor Tiberio Álvarez. De aquí en adelante, sobre todo a partir de 1984, el florecimiento de las Clínicas de Dolor en Colombia es un hecho.

En 1985 se crea el primer grupo de dolor formal en el Hospital de San José - Universidad del Rosario, en cabeza del Servicio de Neurocirugía y, como gran impulsor el profesor Manuel Roberto Palacios Palacios. Sería el mes de Marzo cuando siendo el autor de este artículo residente de tercer año y jefe de residentes, se le acerca al Profesor Palacios y le dice: "Profe, ¿qué tema vamos a revisar el próximo mes?". En la unidad se tenía una reunión mensual académica y extramural, el segundo martes de cada mes, que se llevaba a cabo, habitualmente, en la residencia de alguno de los profesores. El Doctor Palacios dice: "John Jairo, como uno de los temas del



Profesor Manuel Roberto Palacios Palacios

Me dirijo a la biblioteca de la facultad y hospital, reúno 10 artículos actualizados de diferentes Publicaciones Internacionales. El Doctor Palacios les da el visto bueno, y se reparten a todos los miembros del grupo (Profesores y Residentes). El día programado se hace la reunión y la gran conclusión de ésta es "NO SABEMOS QUÉ ES DOLOR". Incluso, muchos aspectos de ciencia básica ni siquiera los entendíamos. Acción a tomar, al otro día ir directamente a la unidad de fisiología en búsqueda del personaje que podía darnos una solución al problema: el profesor Carlos Moreno Benavides. Se le plantea la situación, y él, con su consabida sonrisa socarrona, nos cita para el siguiente día, jueves a las 7 AM, reunión a la cual asistimos todos los del grupo de neurocirugía, y nos sentamos a escuchar clase de ciencia básica sobre la morfología y la fisiología del dolor clínico, y así dilucidamos y degustamos cada uno de los diez estudios escogidos; fueron 10 días jueves continuos.

Al cabo de éstos, se decide continuar la agradable y académica disertación. Se escogen más artículos y se invita a todos los interesados en el tema. Aparece Medicina Física y Rehabilitación. Recuerdo mi acercamiento al Profesor José Vicente Pardo cuando le mencioné que estábamos realizando todos los jueves esta reunión y que deseábamos que nos acompañara. Su respuesta fue clara: "amigo fiel (así solía decirme porque yo tenía en ese momento un automóvil Renault 4) pensé que nunca me iban a invitar, porque si alguien ve pacientes con dolor soy yo esa persona". Y era cierto; recuerdo que todos los casos



Dr. Pedro Bejarano

próximo congreso nacional es dolor, revisemos ese tópico". Bastante escéptico le mencioné "Dr. Palacios, no será mejor revisar algún otro tema, mas neuroquirúrgico?" La verdad revisar dolor, en ese momento, me parecía "tonto". El Profe fue contundente. Debíamos revisar este tema.

de dolor crónico a los cuales no les encontrábamos explicación razonable simplemente se remitían a fisiatría y a psiquiatría.

Un día nos acercamos al Departamento de Anestesiología. "estamos realizando una reunión semanal de dolor y sabemos de la importancia de la anestesiología en este proceso". Aparece Julián Cortés mencionando que le interesaba. Luego Psiquiatría, Psicología, Ortopedia, y luego de seis meses de ir entendiendo poco a poco cual era el verdadero problema del dolor, se decide ver pacientes complicados, y nace la consulta de Dolor.

Recuerdo que un día el Doctor Gonzalo López Escobar, coordinador de consulta externa, nos abordó y dijo "no hablen tanta carreta y les abro un espacio para que hagan consulta". Y efectivamente, nace la consulta de dolor en el Hospital de San José. Dos medias tardes a la semana: una la realizaba Julian Cortes y algún residente de anestesia, y la otra estaba a cargo de neurocirugía, y habitualmente era yo quien la enfrentaba.

Buenos tiempos aquellos. De esa forma se cimenta una interesante Clínica de Dolor que desarrolla un trabajo mancomunado hasta 1997 cuando la Universidad del Rosario y la Sociedad de Cirugía de Bogotá deciden abrirse por caminos diferentes. Los Doctores Manuel Roberto Palacios Palacios, Juan Mendoza Vega, Juan Antonio Becerra Suárez, John Jairo Hernández Castro, Carlos Moreno Benavides, José Vicente Pardo Hernández, Julián Cortes, Rafael Vásquez, Cecilia Burgos de Taborda y Luz Stella Serrano dieron vida y nombre a ese gran grupo que marcó los caminos iniciales en la vida de la Medicina del Dolor en forma académica y ordenada en la Universidad del Rosario y en el Hospital de San José.

En 1989, otro antecedente importante para la Universidad del Rosario; nace la Clínica de Dolor Lumbar del Hospital de Occidente Kennedy, en ese momento, importante centro de práctica de nuestra facultad de medicina, y en cabeza de Rosaristas como John Jairo Hernández, Ricardo Londoño, Arturo Valencia, Helena Martín, y el grupo de fisioterapeutas y terapeutas ocupacionales de la institución.

1990 fue un año clave en Colombia porque nació la Asociación Colombiana para Estudio del dolor (ACED), capítulo de la IASP. Ese año se reúnen en el



Drs. Patrick Wall y John Jairo Hernández.
Estambul - Turquía - 2001

Salón fundadores de la Fundación Santafé 28 personas de cuerpo presente, y 21 con carta, todos con gran interés en el campo de la Medicina del Dolor. Varios Rosaristas y Profesores del Rosario participan en este importante hecho: Pedro Bejarano, Germán Ochoa, Carlos Moreno, José Vicente Pardo, John Jairo Hernández, Camilo Fadul, entre otros. La ACED inicia un programa bien ambicioso: reunir a los interesados en el tema, dar educación a todos los servidores del área de la salud, y, posteriormente, desarrollar un trabajo gremial digno de admirar. Hoy la ACED reúne en su Congreso anual más de 2000 personas.

Centro Interdisciplinario para Estudio y Alivio del Dolor

Con la llegada de la facultad de Medicina a la Quinta de Mutis, se notó el gran vacío de la Clínica de Dolor. Desde este momento todos los interesados en el tema comenzamos a movernos, y es así como el 31 de octubre del año 2000, en la sala de Juntas de la Escuela de Ciencias de la Salud, se reúnen los Doctores Jaime Pastrana Arango (Decano de la

facultad de Medicina), Leonardo Palacios Sánchez (Jefe de Educación Médica), Ciro Alfonso Casadiego Torrado (Director del Instituto de Ciencias Básicas), Raúl Corredor Gutiérrez, John Duperly Sánchez, John Jairo Hernández Castro, Carlos Moreno Benavides, Jaime Ruiz Sternberg, Manuel Uribe Granja y Alberto Vélez van Meerbeke, y protocolizan la constitución del Grupo de dolor de la Universidad del Rosario (las actas de este solemne acto reposan en los archivos del grupo de Medicina del dolor).

Desde este momento comienzan las reuniones periódicas, tanto administrativas como académicas. Los contactos nacionales e internacionales se ponen a la orden del día. Surgen los primeros trabajos de investigación, y se da toda la infraestructura para recomenzar a trabajar como un grupo grande.

En el año 2003 aparece el Centro Interdisciplinario para Estudio y Alivio del Dolor. Somos un Grupo donde participan o ha participado Neurología, Neurocirugía, Neurofisiología, Psiquiatría, Psicología, Medicina Física y Rehabilitación, Odontología, Anestesiología, Medicina Interna y Ginecología.

Por esta misma época aparece un espaldarazo enorme. Nuestro rector Hans Peter Knudsen, en una reunión del consejo académico de la facultad, del cual tuve la honra de pertenecer, nos mencionó y quedó escrito en actas: "el norte de las facultades de salud de hoy en adelante es el alivio del dolor; deseo que en corto tiempo cuando en Latinoamérica se hable de dolor se piense en el Rosario, y cuando se hable del Rosario se piense en el alivio del dolor y del sufrimiento humano". Vía libre para crecer.

Se organizan varias actividades académicas:

1. Cátedra de Medicina del Dolor, en pregrado, de carácter transversal.
2. Boletín Virtual (por correo electrónico) llamado DOLOR AL DÍA, donde diariamente se envía información relacionada con alivio del dolor y del sufrimiento, acompañada de artículos actualizados e interesantes sobre el tema.
3. Curso superior Universitario de Medicina del Dolor, de 140 horas de duración, dirigido a todo el personal del área de la salud. Brinda la posibilidad de capacitación en aspectos básicos para manejo del dolor.



COLEGIO MAYOR DE NUESTRA SEÑORA DEL ROSARIO FACULTAD DE MEDICINA

El dia 31 de Octubre a las 11:00 A.M. en la sala de Juntas de la Escuela de Ciencias de la Salud de la Universidad del Rosario se reunieron los Doctores Jaime Pastrana Arango, Decano de Medicina, Ciro Casadiego Torrado, Director Instituto de Ciencias Básicas con los Doctores Raúl Corredor Gutiérrez, John Duperly Sánchez, John Jairo Hernández Castro, Carlos Moreno Benavides, Leonardo Palacios Sánchez, Jaime Ruiz Sternberg, Manuel Uribe Granja y Alberto Vélez van Meerbeke para protocolizar el Acta de Constitución del Grupo de Dolor de la Universidad del Rosario bajo los siguientes términos:

Encabezado del acta de constitución del grupo de dolor de la universidad del Rosario

4. Línea de Investigación en Dolor, como parte del grupo Neuros clasificado por Colciencias como A-1, y en la cual participan nuestros estudiantes de pregrado.
5. Labor Asistencial con la consulta de Dolor y Cuidado Paliativo, que se llevará a cabo en la Quinta Mutis y en MEDERI.
6. Junta Médica y Reunión Académica Semanal, donde se revisan y analizan enfermos con dolor de difícil diagnóstico y/o manejo, y se hacen revisiones de temas que nos sirven para ir desarrollando o revisando nuestros protocolos de trabajo.
7. Club semanal de revistas que se desarrolla en el Hospital Universitario Mayor.

8. Rotación permanente de Estudiantes de sexto y noveno semestre, internos y residentes.

Desde el mes de mayo del año 2008 se ha integrado todo este programa a nuestros hospitales universitarios: Mayor y Barrios Unidos, pertenecientes a la corporación MEDERI, de la cual la universidad es uno de los socios. A partir de este momento se inicia el proyecto de Hospital Sin Dolor (programa de la ACED), y se proyecta toda la actividad docente asistencial hacia un centro de excelencia académica, investigativa, y de alta efectividad para el alivio del sufrimiento de las personas que consultan.

En mayo de 2009 fuimos visitados por los Profesores Fernando Cerveró y Jane Ballantyne (Directivos de la IASP), y aprobaron nuestra gestión académica, para convertirnos en centro de entrenamiento para Latinoamérica, dándose inicio en agosto del presente año 2010 al 'fellowship' mediante beca concedida por la IASP, con la presencia de la Dra. Sandra Rodríguez, médica internista proveniente de Guayaquil - Ecuador.

Somos un grupo pujante que desea desarrollar una labor académica e investigativa amplia, y que sea reconocida internacionalmente. Nos ceñimos a los lineamientos de la IASP y la ACED, de las cuales somos partícipes activos.

Apoyamos los proyectos internacionales DOLOR EL QUINTO SIGNO VITAL, y EL ALIVIO DEL DOLOR Y EL CUIDADO PALIATIVO SON DERECHOS HUMANOS FUNDAMENTALES. Damos apoyo y asesoría para la creación de nuevas clínicas de dolor. pretendemos colaborar con la ACED en abarcar la mayor parte de la población de trabajadores de la salud en aspectos educativos.

Apoyamos y participamos con el lema de la ACED: POR UNA COLOMBIA SIN DOLOR, HOSPITALES LIBRES DE DOLOR.

La Facultad de Medicina de la Universidad del Rosario y la Corporación MEDERI ofrecen a la ACED sus más sinceras felicitaciones por estos primeros 20 años.

La magia de los últimos días

Tiberio Álvarez Echeverri, MD*

Aproximación a la magia escénica y médica

Soy admirador de las ‘reina de las artes’ como se considera a la magia. Tiene historia y encanto. La conocí en mi pueblo con uno de los curas que hacía ‘pruebas con las manos’ y luego con el mago que un domingo en la tarde, después de la clase de catecismo, hizo varios juegos, entre ellos el de convertir lo que llamábamos aleluya, en confites. Fue la algarabía y la dicha ¿Cómo lo hizo? Esa pregunta quedó en mi memoria. Más tarde, en un matinal del teatro Alameda, en el intermedio de la película, apareció un mago que cambiaba, a ojos vista, las marcas de los paquetes de cigarrillos y disminuía las cartas hasta desaparecerlas en las manos. Aprendí más tarde que fue de esta manera como los magos introdujeron el cine en la mayoría de los países y que uno de los creadores del lenguaje cinematográfico fue George Méliès, mago de París que siguió de cerca las enseñanzas de Roberto Houdin el hombre que le dio el status artístico a la magia escénica. Cuando inicié los estudios de medicina, me enseñó el maestro Héctor Abad Gómez que la medicina es ciencia, arte y magia. Ésa es la definición que practico y enseño. Después, alguien que se decía ser mago me pagó una deuda con un juego de magia para hacer aparecer hasta el infinito bolas rojas en la boca. Con este juego me presenté una vez en la clase de semiología con el doctor Jaime Borrero Ramírez, que con sus alumnos y pacientes, en esa sala de 30 pacientes veían al fondo la imagen de la Virgen y a un lado un estudiante con blusa blanca sacando bolas rojas de la boca, que de lejos aparentaban sangre. Más tarde estudié en París y no me perdía el programa que Gerard Majax tenía en televisión. De él aprendí algunas cosas y todavía me acompaña su libro. Repetía, con mi hija, funciones en el Circo de Boulogne sólo

para mirar la actuación del mago. Y pude ver en directo a los grandes magos que se presentaban en el Crazy Horse y en el Moulin Rouge. Allá me maravillé con el mago oriental que sacaba y sacaba pollitos que luego desaparecía. Vi también el jarrón de agua que nunca termina de vaciarse. Y sobre todo el juego que inmortalizó Norm Nielsen, donde un violín desaparecía en el aire y luego, cuando recibía los aplausos del público, al borde del escenario, salía el violín y ambos inclinaban la cabeza al mismo tiempo. Al regresar, traje algunos juegos de cartas y cuerdas y con ellos monté durante algún tiempo mi pequeña sesión de magia hasta el día que una inundación borró las figuras de las cartas y la capacidad de hacer nudos en las cuerdas. Pasado el tiempo y con el inicio del programa de la Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos en el Hospital San Vicente de Paúl y la Universidad de Antioquia, para los pacientes que padecían cáncer, muchos de ellos en fase terminal, organizaba cada año una especie de ‘acto final’ con la colaboración de los compañeros, estudiantes, enfermeras y voluntarias. Primero se celebraba el ritual mágico de la misa con luces, flores, cantos, piedras preciosas, figuras en el interior del cáliz que al escanciar el vino producen en el oficiante y en los asistentes las evocaciones divinas y humanas. Son los objetos inductores de experiencias mágicas, la función de los vitrales en las catedrales góticas de la Edad Media. Luego venía la magia de la música con el Dueto Remembranzas. Y para cerrar la velada, salía el médico-mago, que cada año presentaba el mismo espectáculo porque los espectadores eran diferentes. Claro que adelantó poco en su técnica pues no tenía que hacer mayores preparaciones. Pero igual “nos la gozábamos todos”. Era una tarde mágica porque se aliviaba el dolor, los pacientes manifestaban sus inquietudes y los que tenían alguna cualidad artística la demostraban. También había abrazos, saludos, deseos de buena suerte y hasta despedidas definitivas por aquello de las premoniciones de muerte. Este campo de la magia

* Médico Anestesiólogo, Universidad de Antioquia. Miembro Fundador, ACED. Miembro activo, ACED.

premonitoria me lo enseñó una ayudante. La 'partenaire' dirían los franceses. Fue traída en silla de ruedas ese 22 de diciembre. El cabello había desaparecido y la cara mostraba los estigmas de la enfermedad maligna. Su cuerpo lo cubría una larga sábana. Aún así me colaboró. Se sorprendió con mi magia, la vi sonreír en ese deseo de vivir intensamente los pocos días de vida que le quedaban porque al final me dijo al oído: –Doctor-mago ayúdeme con los jefes de mi sala para que me dejen ir a pasar las navidades en mi pueblo, con mi familia. Pues sé que moriré al finalizar el año. Ella siguió con el goce de la tarde y luego con los regalos que le dábamos a cada paciente. La llevamos a la sala y se despidió "como para siempre". Luego de cumplir su petición pudo regresar a la parcela donde murió precisamente ese 31 de diciembre. Después los integrantes del Círculo Mágico de Medellín supieron que había un médico que hacía magia y lo invitaron como integrante del mismo. Desde entonces me considero médico, profesor universitario, paliatólogo y mago aficionado que ha llevado su arte a muchos escenarios, en tiempos de paz y de guerra, incluyendo las salas de conferencias, los pabellones de hospitalización y los escenarios de las barriadas. Sabe de risas contenidas y de asombros. De miedos "dominados" por el arte de la magia que reaparecen cuando acaba la función y, ya camino a casa, es posible que el atraco, la extorsión, el secuestro 'relámpago', y, quiérase que no, la bala perdida que encuentra acomodo en algún lugar de la geografía corporal, hagan olvidar pronto "las fantasías de las sedas multicolores". Es difícil hacer y hacer sentir la magia en los escenarios cuando te vigilan hombres encapuchados o con pasamontañas. Cuando 'te recogen', misteriosamente, a determinadas horas, sin mediar palabras y te llevan por lugares donde las balaceras son constantes, las miradas esquivas o torvas, los escenarios tanáticos y las sonrisas inocentes de los niños tienen la urdimbre del no futuro. Aquí en mi ciudad, Medellín, hubo días donde las muertes violentas, la mayoría de jóvenes entre 10 y 20 años, superaron las de los nacimientos. Desde aquí se oyen los pum-pum-pum y, lo sabemos por experiencia, no es pólvora para juegos pirotécnicos sino para muertes súbitas. Anoche no más, y hoy durante todo el día, el tableteo fue continuo y el 'conteo' fue de veinte muertos y muchos más heridos. Esos niños que gozan con nuestras pilatunas mágicas ahora lloran, sobrecogidos y escondidos, en lo profundo de los escasos rincones pues ni espacio hay para los rinco-

nes. Y asomarse al balcón es buscar la muerte como esa hija de un colega médico que aprovechó sábado y domingo para preparar el examen del lunes y ya por la tarde, en son de descanso, suspiró por última vez en el balcón pues una de las balas que llaman perdidas tenía la dirección certera de la muerte. Uno de nuestros compañeros, una noche en son de búsqueda de nuevos y sutiles engaños, recibió una bala en su vientre cuando le robaban su moto de mago. No valieron las súplicas ni los abracadabras. Al día siguiente, ya recuperado de las dolencias, según él mismo, convirtió el lecho en un escenario e hizo su último espectáculo a las enfermeras. Trató de sonreírle al porvenir. Pero vio en una de las caras –épicas, lanzas o espadas, por si acaso?– la sombra de Thanatos y comprendió que sus días estaban contados. Muchas barajas lo acompañaron en su descenso. Hubo un tiempo en que nuestras reuniones de los martes terminaban en punto de las diez porque las calles se tornaban como aquellas de la película Sombras del Mal, de Orson Wells. Aún así, la magia también es abstracción que permite "seguir en la lucha", no obstante las viscosidades. Y de cambiar a escenarios quizá un poco más seguros aunque aquí en este hospital también ha habido balaceras, carreras, gritos y muertes. Aquí hospitalizan los sicarios heridos que escaparon de la muerte pero la llevan con ellos y de ella disponen en un santiamén. Pero la magia sigue, quizá en otro horario y en otro escenario. Es posible que por esa lucha de la sobrevivencia mientras amaina la mega-muerte, por esa búsqueda de caminos para salir de la crisis, incluyendo en ella la magia, la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia haya dado a este servidor, Maqroll el Magiero, una distinción A las Artes y a las Letras, porque "Ha sido un incansable trabajador por la cultura en la Facultad. El cine mudo, la fotografía, la historia, los libros, la magia, las letras, son apenas una muestra de sus logros...". Y sí, he llevado la magia a mis colegas, alumnos y laicos. En todos he logrado el asombro o el comentario como aquel del sabio de la Nasa, Pablo Llinás, cuyo asombro se integraba a la explicación por los vericuetos de las ecuaciones y los teoremas. Para él la magia era el camino a otras posibilidades matemáticas. O como aquel niño que visité en su buhardilla, cuya pieza era un rincón separado por burda, transparente y sucia tela, que me miraba con los ojos en un lado de la cara, me hablaba con la boca en otro lado de la cara y me trasmítía su angustia de muerte por el tercer lado de la cara.

¡Quién lo creyera! Era un ritual macabro porque la enfermedad le ‘tridimensionó’ el cerebro al estilo de las Señoritas de Avignon –tal la furia del tumor– y mi magia condolida fue servida para tres tristes caras que sonrieron en paralelo.... Esas risas y asombros, por siempre, irán conmigo! Pero aquí entre nos, la magia me ayudó en las noches de la extorsión y amenaza de muerte. Fue una llamada tanática al comienzo de la noche. Fui “vacunado” con el pago de un dinero so pena de secuestro, desaparición y muerte en carne propia o la de una de mis hijas. Esas noches de insomnio fueron pasadas rumiando soluciones, orando al Gran Mago y manipulando las cartas en la búsqueda de mensajes aliviadores.

La medicina: ¿ciencia, arte y magia?

La medicina es ciencia porque investiga objetivamente sobre los principios y las causas de las enfermedades y tiene un cuerpo de conocimientos medibles, previsibles y reproducibles, ordenados con método. Es arte por la habilidad que tiene el médico para “hacer alguna cosa”, donde cabe la subjetividad que es su cualidad inherente⁽¹⁾. Es en la armonización de los conocimientos y las actuaciones donde está el sustrato de la medicina al determinar las causas científicas –objetivas– de las dolencias así como la comprensión personal –subjetivas– de cada paciente que busca en el médico la curación de las dolencias, pero también alivio, consuelo, comprensión, apoyo y “algo más”. La frialdad y la apatía de la ciencia se equilibran con el arte al permitir la expresión de las emociones y los sentimientos confiriéndole a la actuación del médico, un estilo. Cada paliatólogo o psicopompo tiene un estilo, un arte de saber llegar, con compasión e ingenio, al sufriente. Aplicamos la ciencia a través de la dimensión interpersonal en una atmósfera terapéutica efectiva. Esa atmósfera es la magia donde reside el componente artístico del acto médico que permite la manifestación de los sentimientos y las emociones, da confianza y seguridad y establece los consejos y las prescripciones. Y por otra parte por despertar, a nivel inconsciente, el contenido mágico arquetípico del héroe épico –paciente– que debe superar una prueba –la enfermedad– con la ayuda del demiurgo –auxiliador o médico–. Desde esta magia, inconscientemente evocada, se sustentan sentimientos de fe y esperanza para superar la enfermedad, seguir el duro camino, informarse de la situación y remediarla, pero también de ayudarse para ese más allá variable según la cultura y

aplicar, para los cristianos el “pharmakon atanasis” o medicina de la inmortalidad como era llamada la Última Cena, léase comunión, en tiempos de la carta de Ignacio a los efesios (siglo I d.C.). Infortunadamente hoy los médicos no ejercen el acto o arte tradicional y no se les enseña a los alumnos lo relacionado con lo humano, lo ético y lo moral que no está en los libros sino en los maestros y compañeros de trabajo. Decía el gran clínico William Osler, en 1903, en una conferencia ante sus alumnos sobre La palabra clave en medicina: “...no estamos aquí para sacar de la vida cuanto más podamos para nosotros mismos, sino para intentar que la vida de los demás sea más feliz... La práctica de la medicina es un arte... una vocación en la que hay que emplear el corazón igual que la cabeza. Con frecuencia lo mejor de vuestro trabajo no tendrá nada que ver con poción y polvos, sino con el ejercicio de la influencia del fuerte sobre el débil, del justo sobre el malvado, del prudente sobre el necio... No penséis en encender una luz que brille ante los hombres para que puedan ver vuestras buenas obras; al contrario, pertenecéis al gran ejército de trabajadores callados, médicos y sacerdotes, monjas y enfermeras, esparcidos por el mundo, cuyos miembros no disputan ni gritan, ni se oyen sus voces en las calles, sino que ejercen el ministerio del consuelo entre la tristeza, la necesidad y la enfermedad”⁽²⁾. Yo me pregunto: ¿Estas palabras de Osler no son mucho más que ciencia y arte? Sí, ese “mucho más” es la magia. El arte ejercido en la medicina es *sui géneris*. No coincide de manera exacta con lo que los griegos llamaban *techné* y lo que otros denominan *ars* o arte. El concepto de *techné* es una creación de la cultura griega, del libre reconocimiento pensante de las cosas, y del *logos*, de esa disposición a dar cuenta de los fundamentos de todo lo que el hombre considera como verdadero. Este concepto es muy importante en la medicina. A partir de allí el médico deja de figurar como curandero, con todos sus poderes mágicos, y pasa a ser un hombre de ciencia. Lo cierto es que, mientras la ciencia nos hace médicos, el arte nos hace humanos que buscan más el alivio que la curación⁽³⁾.

Cómo crear un ambiente mágico-empático

Cuando los estudiantes llegan a mi consulta les explico las características generales de los pacientes. Muchos de ellos están en los trámites del diagnóstico, temen los resultados confirmatorios, las terapias y los cambios corporales. Otros reciben la

terapia correspondiente y hablan de sus efectos –envejecimiento prematuro, desfiguración, caída del cabello, alejamiento del trabajo o estudio –, Algunos hablan de milagro o piden otra oportunidad. Los hay que otean la muerte en el horizonte cercano. Les hablo de que el médico y el paciente tienen cada uno un espejo real o imaginario para confrontar su imagen. Les digo que conmigo tienen permiso de derramar las lágrimas, que no las escondan porque compadecen, muestran una actitud positiva que alivia y comparte y les recuerdo que no se llora por el otro sino por uno mismo y cuando esto ocurre las lágrimas caen en terreno abonado que ayuda en la humanización o ese “ablandarse de corazón” y en la humildad del médico en su atención del paciente. Les enseño que llamo a los pacientes por su nombre y apellido, y los recibo con una sonrisa en los labios que aproxima al otro y les enseño la frase de Gandhi, “Tú no estás vestido adecuadamente –de médico– si no llevas una sonrisa en tu cara”. Con una sonrisa atendían al moribundo San Vicente de Paúl y la Madre Teresa. También vi sonreír a Cicely Saunders en el Saint Christopher Hospice, de Londres. Y veo sonreír a todos los paliatólogos del mundo porque aman el trabajo y hacen sonreír al que muere así no lo expresen con los músculos pero sí en la serenidad. El humor y la risa son poderosas modalidades mágico-terapéuticas en la fase terminal. Le sirve al que muere y también al cuidador y acompañante. Como la lágrima, la sonrisa abre corazones, disminuye angustias, es puente de comunicación, permite ir donde uno mismo y mirarse en su grandeza y miseria. Y, si cae en terreno humilde es fuente de crecimiento interior. La risa se presenta “con el auditorio lleno” pero también en la soledad, ese momento que permite ir donde uno mismo, como dijera Rojas Erazo. Los que utilizamos el humor, sabemos lo útil que es para llegar al otro, para ir de menos a más, de lo superficial a lo trascendental. Muchos mueren con la sonrisa en los labios y la ecuanimidad en sus rostros al contemplar, sonrientes, las visiones beatificas o el tumulto del ser, como dijera el de Aquino. Y el que sigue viviendo enriquece su carisma. La risa es la respuesta física más evidente del humor. Éste es la acción o estado que es cómico o divertido, lo que cada cual piensa que es cómico y que lleva a la risa. Es subjetivo, espontáneo e incongruente. Varía de momento y de individuo. Compartir lo humanístico, meta del cuidado paliativo es compartir el humor.

Ya lo dice la Biblia: “El corazón alegre es excelente medicina”. La risa tiene beneficios fisiológicos, comunicativos, psicológicos y espirituales. Desde el punto de vista fisiológico se estimula el sistema circulatorio, respiratorio, nervioso simpático. La presión arterial disminuye, hay relajación, buena digestión y se disminuye el dolor por la liberación de endorfinas. A veces se acompaña de lágrimas y aumento de las secreciones nasales lo cual es benéfico porque así se eliminan toxinas, esteroides y hormonas. La risa también es comunicación, empatía, conexión en momentos difíciles; inspira confianza y disminuye el miedo. Psicológicamente permite “que se escapen las emociones encerradas”, se aumente la autoestima y se fortalezcan los vínculos. Espiritualmente aumenta el sentido humano del contacto: Ayuda en el desespero, engendra esperanza, crea sentido de perspectiva, facilita la interacción. Quien tiene sentido del humor es más creativo, flexible y capaz de resolver problemas, cualidades básicas en los terrenos del cuidado paliativo. Es importante el ‘timing’ o momento, para el humor. No es conveniente en momentos de intensa emotividad, de pérdidas, crisis emocionales, espirituales o médicas. Se requiere receptividad y que el contenido sea importante. También, sensibilidad e intuición. Las fuentes del humor son variadas desde la historia, el chiste, el comentario oportuno, los libros, las caricaturas, los videos, las películas, los juguetes, los juegos, la magia⁽⁴⁾.

La empatía, palabra acuñada en 1909 por Tichener, procede del griego, *en* y *pathos* que significa, *sentimiento interno*. Es la habilidad de comprender la situación, a perspectiva y el sentimiento del paciente. Con ello se afirma el diagnóstico, la adhesión al tratamiento y la satisfacción en la relación. Implica comprensión del paciente y empleo de la destreza del médico en la solución racional del problema del paciente. Tiene un componente cognitivo, uno afectivo o emocional y un componente de acción o retroalimentación para saber si se está en lo correcto. No debe confundirse la empatía con la simpatía, que es simplemente la identificación emocional con la condición del paciente. La empatía hace que el paciente se sienta comprendido, respetado y satisfecho. Les enseño también a los estudiantes que a los pacientes los miro a la cara procurando el contacto visual que se mantiene durante la mayor parte de la consulta. Luego los saludo de mano y les expreso con ello la actitud de ayuda. Les ayudo a sentarse, a

moverse en la camilla o en la silla de ruedas, a subirse a la báscula o a la camilla. Con ello expreso deseo de ayuda, acortamiento de la distancia y ninguna imposición médica, religiosa ni política, de entera libertad. Al encontrarse los romanos, levantaban y abrían las manos para mostrar que no tenían armas escondidas. Para eso es el saludo. Para significar que no estamos armados de conceptos médicos, religiosos, éticos, culturales.

La magia del tacto

Los cuidados paliativos en la fase terminal no buscan la curación sino el alivio. Es por ello que las relaciones personales se tornan más importantes. En estos casos, el tacto de persona a persona, en una atmósfera de amor y compasión, revela cuán significativo es estrechar la mano o acariciar la frente. Estas acciones tienen más significado que una plegaria, sobre todo si nace de la espontaneidad. La presencia de alguien que hable calmadamente, y sin mayor emoción sobre la muerte, escuche con paciencia, aporte sabiduría, se siente con devoción al lado de la cama del moribundo, brinda un acompañamiento que expresa más amor que las palabras elocuentes pero frías. A mayor intimidad mayor importancia del contacto. La muerte se enfrenta mejor cuando el agonizante siente que es aceptado como ha sido y es y sabe que no está solo al final de la existencia. El tacto ha sido utilizado por el hombre a través de la historia. Hipócrates dijo que el médico debía masajear para aliviar el dolor y calmar a los trastornados de la mente. Según Lucas, "A la caída del sol, todos cuantos tenían enfermos de diversas dolencias se los llevaban; y, poniendo él las manos sobre cada uno de ellos, los curaba". En la Edad Media los reyes de Francia e Inglaterra celebraban la ceremonia de imposición de las manos para curar la escrófula. Desde el punto de vista espiritual la imposición de las manos es una especie de bendición que lleva paz y confianza al enfermo. Significa poder y autoridad. Casi todos los milagros de Cristo tuvieron que ver con el tacto, menos en los poseídos del demonio. Es el signo de amor por excelencia. Ello explica los rituales de la extremaunción con aceite y del saludo de manos durante la celebración de la misa⁽⁵⁾. El tacto es el lenguaje de las relaciones que permite al sicopompo o cuidador comunicar su mensaje aliviador a aque-lllos que están en medio de la lucha, de la soledad,

la duda y el miedo. Es una forma de llegar en profundidad donde el otro que permite cambiar el dolor en alivio, el vacío en plenitud y el desespero en esperanza. Este encuentro 'toca' de alguna manera al cuidador al recordarle su soledad, finitud, fragilidad, culpabilidad y angustia. Esto a su vez permite el crecimiento interior y la facilitación multiplicadora de su labor. El tacto es expresión física de cercanía y parentesco. El sentarse al lado de la cama, estrechando en silencio la mano del moribundo la da gran soporte emocional y espiritual. El tacto permite compartir experiencias negativas y positivas. Dar y recibir información al mismo tiempo. Y aunque el moribundo no tenga la fuerza para responder a ese toque maravilloso aún siente el alivio, el confort y la paz, la aceptación aún con el cuerpo mutilado. Es importante el contacto visual, la proximidad física, el tono seguro de la voz para la atención del moribundo quien ha perdido el sentido de lo que tiene de valor en su persona. Cuando están solos, se les evita, no se les toca, cuando la atención es simplemente una cortesía cortante. Muchas veces las palabras son insuficientes, insignificantes, frías y vacías. El tacto es esencial en el cuidado emocional y espiritual⁽⁵⁾. Como dice Elizabeth Kubler-Ross "...al final el moribundo quiere una persona amada, sentada confortablemente y en silencio al lado de la cama, sin palabras pero tocando las manos, mesando los cabellos, dando suaves pellizcos en la piel, aplicando y masajeando con una crema o simplemente estando ahí"⁽⁶⁾. Cuando el moribundo pierde la comunicación también pierde la identidad y el rol. Acá el tacto cariñoso le demuestra empatía y permite expresar la ansiedad, el estrés. Con el tacto se debe ser auténtico y veraz para que comunique una intención real. Una vez que entramos en comunión con el moribundo a través del tacto empezamos a amar mucho más. Permanecer al lado de la cama del moribundo, mirarlo, relacionarnos con él, comunicarnos con él y aprender de él sin tener respuesta a sus inquietudes simboliza nuestra cercanía como familia. Hay varias formas de tocar el paciente terminal. Por ejemplo el brazo alrededor del hombro significa protección, defensa contra un ataque, apoyo en tiempo de debilidad; las manos cogidas simbolizan confort y cierta intimidad en las relaciones. La mano gentilmente colocada en el brazo es cálida pero respetuosa más que íntima, sin connotación sexual. La mano del paciente entre las manos

del médico o la enfermera simbolizan la completa seguridad en las manos de quienes lo cuidan. Las relaciones integrales darán más ayuda que la mejor de las técnicas. La presencia depara una terapia de acompañamiento que puede transformar el desespero en esperanza, que ilumina en medio de la niebla de la inutilidad, como le ocurrió a Iván Illich antes de morir⁽⁷⁾. Permite investigar por la pregunta que hay detrás de la pregunta, por el miedo que hay detrás de la bravata, por la inseguridad que hay detrás del pretexto, por la fe que hay detrás de la timidez. La necesidad de tacto parece aumentar en tiempos de estrés y por ello son receptivos al tacto que les permite la comunicación y el confort. Porque, como dice Alejandro González, "Nosotros con nuestras angustias, nosotros con nuestros silencios, nosotros con nuestras injusticias, nosotros con nuestras bondades, con nuestras miserias, con nuestros vacíos del alma, con nuestras virtudes y defectos... nosotros también hacemos parte de la gente".

Personalmente empleo mucho el tacto humanizando –y también el instrumental para la palpación la toma de reflejos– Este sentido tiene su propio lenguaje que humaniza, comparte, aproxima, disminuye barreras, tiene significado, comunica... Es la forma primitiva de la comunicación que facilita el aprendizaje, el discurso, el conocimiento y la simbolización. Es oración, intimidad, contacto, compañía en la soledad, alivio en la agonía, expresión física en la relación personal y signo tangible de aceptación de la imagen alterada. En el tacto hay interés y no indiferencia; aprobación y no recriminación; aceptación y no rechazo; confianza y no duda; respeto y no hipocresía. Es compasión. El tacto permite crear un espacio de paz en el caos de la fase terminal, para recolectar el pasado en la unidad del ser; reconocer para "llegar a ser de nuevo". "Ser habiendo sido"; poseer de nuevo para emanciparse de las cosas que esclavizan –poder, dinero, riqueza–, y llegar, en profundidad, al ser que siempre se quiso ser. Durante el interrogatorio procuro no aplicar mis "amplios conocimientos" de la medicina sino escuchar la queja, el reclamo, el motivo de la consulta, las inquietudes y tratar de solucionar la petición, así sea el deseo de morir, no en el sentido de matarlo sino de escuchar la inquietud y el porqué de la misma. En el fondo nadie quiere morir antes de tiempo y muchas veces la petición de la eutanasia o el suicidio ayudado es

un mensaje cifrado del miedo, la angustia, el dolor, el insomnio, los problemas familiares y laborales. De lo que se trata es de que haya un lenguaje de la persona del médico con la persona que sufre y no del científico y la enfermedad. Es un lenguaje de tú a tú. De acuerdo con la inquietud busco en mi acerbo de conocimientos la solución médica y ética más favorable. Por la parte administrativa debo seguir el formato clásico de elaboración de la historia clínica, el examen físico y el análisis de los datos de laboratorio. Para el paciente es importante que se le examine correctamente, que sienta que es mirado, palpado, auscultado, tocado, movido, interrogado. Este proceso requiere que se dedique tiempo, se tenga paciencia, se escuche atentamente, se de consuelo y se musite, a veces una oración. Si durante el interrogatorio y el examen noto que aparece una lágrima en el paciente o en el acompañante aprovecho ese momento para tomarle la mano, mirarlo fijamente, llamarle por el nombre y decirle. ¿Quieres llorar? ¡Hazlo! Te doy permiso. Esto funciona. Viene el silencio, se agacha la cabeza, hay suspiro y llanto. Espero un poco, en silencio, que pase ese momento mágico, poético, subliminal y hago que se abrace con los familiares. En el debido momento le digo al paciente que eso es lo que debe hacer con toda la familia. Que les diga que está orgulloso de todos, que los quiere, que por ellos trabajó y se sacrificó en la vida y que va a oír palabras muy lindas de los familiares. Y le enseño que si le salen las palabras, está bien, si las lágrimas no lo dejan hablar, está mejor. Que si viene el silencio, mucho mejor y que finalmente se tomen de la mano, se abracen y entre todos digan una oración o canten algo. Que invite a todos los hijos. Y si están lejos es bueno que el teléfono o el skype funcionen en ese momento. Éste es un momento trascendental donde se expresan el amor, el cariño, el perdón, se agradece y se dice adiós. También le doy importancia a las historias de vida, al discurso luego de la revisión panorámica de la vida. Razón tenía alguien cuando expresó que la muerte es un discurso. Como lo expresó bellamente el Maestro Guillermo Valencia en su poema Hay un instante en el crepúsculo: *Hay un instante en el crepúsculo/en que las cosas brillan más,/fugaz momento palpitante/de una amorosa intensidad.../ Mi ser florece en esa hora/de misterioso florecer;/Llevo un crepúsculo en el alma/de ensueñadora placidez./En el revientan los renuevos/de la ilusión primaveral,/y en él me embriago con aromas/de algún jardín que hay más allá.*

La magia de las historias de vida

Como dicen Curtis y Eldridge, "Las profundas convicciones de nuestro corazón están compuestas de historias con imágenes y emociones. La vida no es una lista de proposiciones sino una serie de escenas dramáticas". Cuando alguien enfrenta la fase terminal, su historia personal es central para encontrar significado a la existencia. John Steinbeck escribió: "Somos animales solitarios que gastamos la vida tratando de ser menos solitarios. Uno de nuestros más antiguos métodos para estar menos solitarios es contar una historia para que quien nos escuche diga ieso está bien! ¡Usted no está tan solo como cree!". Cuando alguien tiene la oportunidad de morir de forma natural desarrolla varias tareas: adaptarse a la finitud, adaptarse al proceso de la debilitación física, de reestructurarse constantemente a la pérdida de tener significado para los otros. Y estas son las tareas esenciales en los cuidados paliativos que van mucho más allá de tratar el órgano afectado. La historia de vida compromete la revisión de la misma, la expresión de los sentimientos, el reconocimiento de los conflictos y el abandono de las inhibiciones. Es una disciplina explorada por las disciplinas religiosas y espirituales. Tiene varias aplicaciones, por ejemplo, la transmisión de los valores culturales, ideológicos o políticos, la investigación, la influencia en el cambio de otras vidas, la ayuda y soporte a otros sufrientes como lo hacen con los alcohólicos anónimos o en los servicios religiosos. La revisión puede ser en silencio o con alguien que escucha. Esto requiere tiempo, concentración, imaginación, sentido del humor y actitud de colocar al paciente en el papel del héroe de su propia historia, prestar atención a las claves y detalles, a la lectura entre líneas, a la manera de moverse, a la postura adoptada, a la sensibilidad manifiesta⁽⁸⁾. Estos conceptos se resumen en la contextualización, el perdón y el 'vivir' la vida no vivida. La contextualización se refiere a la aceptación y corrección de los errores y fallas de una manera serena y madura después de haber examinado los eventos negativos mirados ahora como positivos, pues de los momentos críticos se pasó a las soluciones; de no mirarse como una víctima, de aceptar las cosas negativas que se hicieron pero que ahora están controladas y reparadas, de mirar las cosas como oportunidades que se dieron, de perdonarse así mismo y a los otros, de cambiar las actitudes negativas por positivas, de recobrar los momentos no vividos adecuadamente, de pasar

consejos, tradiciones y conocimientos a otros. Para alcanzar estas metas es importante la ayuda de familiares, amigos y paliatólogos. Para los pacientes que conservan sus funciones físicas, cognitivas y emocionales es importante la presencia de los paliatólogos. Algunas historias se cuentan mejor con palabras pero otras se manifiestan por el simbolismo y la metáfora, como la música o alguna manifestación artística. Es importante tener presente que algunos pacientes no quieren recordar nada de sus vidas pasadas.

Esto de la revisión de la vida sí que es interesante y permite una perspectiva renovada, enriquecida y portadora de sentido existencial. Permite que los errores y las malas acciones sean mirados como partes de un todo que lleva al auto-perdón para alcanzar la paz interior. Esto es lo que los griegos llamaban la metanoia o proceso de analizar para volver al buen camino. Como lo expresan Lewis y Butler, "Las posibilidades de la revisión de la vida son complejas. Hay la oportunidad de reexaminar la vida entera y darle sentido a la propia y en comparación con la de otros. La identidad como persona puede examinarse y reestructurarse. Hay la oportunidad de resolver los problemas, de hacer enmiendas y restablecer la armonía con familiares y amigos"⁽⁹⁾. ¿Cómo crear un ambiente mágico? Proculo que todo en mi consultorio ayude a crear el ambiente mágico. Lo empiezo por mi presentación personal que incluye la blusa blanca y los implementos propios de la profesión, la ropa taladrada que llamaban los antiguos. Tengo un escritorio pequeño con computador y continuamente suena la música, casi siempre de JS Bach, con su efecto relajante que alcanza esa parte profunda no racional del espíritu humano que afecta los sentimientos de la aflicción, el miedo, la angustia, la tristeza, la rabia y ayuda a liberar los sentimientos dolorosos y a estimular los positivos como la esperanza, el amor y la gratitud. También ayuda en la reflexión. El médico debe demostrar de ambas maneras, verbal y no verbal, que la parte más importante de la entrevista médica es la persona que está frente a ellos, – y no la enfermedad.

Colofón

Estuve en los momentos finales de mi amigo y colega Luis Fernando Vasco. Sufría tanto que sólo quería descansar sin más tratamientos prolongadores de la agonía. Sentía que no había hecho lo suficiente en

la existencia. Y le recordé sus luchas como representante estudiantil, su trabajo como radiólogo en los hospitales de pueblo, sus enseñanzas y descripciones radiológicas que crearon eso de la "lectura de las placas". Con la morfina generosa pudo dormir más largas horas, toser y aclarar la voz, encontrar la serenidad de los momentos finales. Pocas horas antes del desenlace pidió a su compañera que trajera tres vasos y los llenara con el jugo hecho "con los limones de la casa de mi mamá". Pudo sentarse y brindó por la existencia, la amistad y la paz interior que alcanzó con la visión panorámica de la vida. Lo felicité. Lo acostamos en silencio y cariño en ese largo recorrido a la posición horizontal. Sonrió por última vez y murió en la equanimitas. Ahora leo el relato de Raymond Carver sobre los últimos momentos de Chejov, el médico y literato ruso, cuando su médico personal, presintiendo ya el final hizo traer una botella del mejor champaña. "...Sirvió luego las tres copas y, con gesto maquinal debido a la costumbre, metió el corcho a presión en el cuello de la botella. Luego llevó las tres copas hasta la cabecera del moribundo. Olga soltó momentáneamente la mano de Chejov (una mano, escribiría más tarde, que le quemaba los dedos). Colocó otra almohada bajo su nuca. Luego le puso la fría copa de champaña contra la palma, y se aseguró que sus dedos se cerraran en torno al pie de la copa. Los tres intercambiaron miradas: Chejov, Olga, el doctor Schwöhr. No hicieron chocar las copas. No hubo brindis. ¿En honor de qué diablos iban

a brindar? ¿De la muerte? Chejov hizo acopio de las fuerzas que le quedaban y dijo: «Hacía tanto tiempo que no bebía champaña...» Se llevó la copa a los labios y bebió. Uno o dos minutos después Olga le retiró la copa vacía de la mano y la dejó encima de la mesita de noche. Chejov se dio la vuelta en la cama y se quedó tendido de lado. Cerró los ojos y suspiró. Un minuto después dejó de respirar"⁽¹⁰⁾.

Bibliografía

- 1 Marongiu Federico A. El arte médico. Educación Médica, Barcelona Dic. 2008;11(supl. 1).
- 2 Gutiérrez Fuentes J.A. La medicina, una ciencia y un arte humanos. Director de la Fundación Lilly. Madrid, España. E-mail: j_a_gutierrez@lilly.com
- 3 Revista Argentina de Cardiología, Buenos Aires, marzo/abril de 2006;4:2 .
- 4 Dean R. Humor and laughter in palliative care. Journal of Palliative care, 1997;13(1):34-39.
- 5 Autton Norman, Touch, an exploration. London: Darton, Longman and Todd Ltd, 1989;155P.
- 6 Kubler Ross E. Sobre la muerte y los moribundos. Barcelona: Grijalbo 1989.
- 7 Tolstoi LN. La muerte de Ivan Illich. Madrid: Aguilar; 1956.
- 8 Gonzalez Leah, Mary Jane Seymour. Life review with the terminally ill. Journal of hospice and Palliative Nursing. May/ June 2007; 9(3):159-167.
- 9 Lewis, C.S., Butler, R.N. Life review therapy, putting memories to work in individual and group psychotherapy, Geriatrics, nov. 1974;29:165-173.
- 10 Carver R. Tres rosas amarillas. Anagrama; 1991.

Reseña histórica sobre el manejo del dolor y cuidados paliativos en el suroccidente colombiano

Luis Francisco Acevedo Vera, MD*

El Hospital Universitario del Valle (H.U.V.) abrió sus puertas en el año 1956, con autonomía jurídica y administrativa, para cumplir los objetivos de atención médica y hospitalaria. Sin embargo, desde el año 1948, el Ministerio de Justicia le había asignado, mediante personería jurídica, la función de ser el hospital docente de la Universidad del Valle.

Desde su apertura se brindó la prestación de servicios de atención en los aspectos de prevención, promoción, tratamiento y rehabilitación de la salud. Entre estos servicios se encuentra la Clínica para Alivio del Dolor.

La Clínica para Alivio del Dolor nace en Noviembre de 1986, producto de un proyecto de práctica de un grupo de estudiantes de último año de Psicología de la Universidad del Valle, liderados por el doctor Diego Correa Sánchez, con la ayuda y asesoría de varios anestesiólogos: el Dr. Isaac del Realm, en ese entonces Jefe del Departamento de Anestesiología del Hospital Universitario del Valle, el Dr. Sigifredo Muñoz, el Dr. José Fernando Castro, y la supervisora de práctica de Psicología, la Dra. María Clara Cuevas. En mayo de 1987 se vincula a la Clínica para el Alivio del Dolor del HUV el Dr. Luis Francisco Acevedo Vera quien había realizado una pasantía en la Ciudad Sanitaria 12 de Octubre, en Madrid, España teniendo en cuenta su experiencia, logra dar fortaleza y continuidad

académica a la atención de los pacientes y así mismo, ofrecer una oportunidad de práctica a los estudiantes de último grado de pregrado de la Escuela de Medicina, Residentes de Anestesiología y de Medicina Física y Rehabilitación, a las futuras Licenciadas en Enfermería de la Universidad del Valle, y a los estudiantes de Psicología de las diferentes universidades del suroccidente colombiano, como La Universidad del Valle, La Pontificia Universidad Javeriana, La Universidad de Manizales, La Universidad Tecnológica de Pereira y La Universidad Antonio Nariño.

La Clínica para Alivio del Dolor se creó como una respuesta hecha inicialmente desde el área Psicológica para ofrecerles alternativas a las personas que sufrián de dolor crónico y que no habían tenido una respuesta efectiva en sus tratamientos y así poder mejorar de esta forma su calidad de vida y la de sus familias.

Se tuvieron en cuenta varios referentes bibliográficos de las diferentes clínicas del dolor que existían en el mundo, especialmente en Norteamérica y algunos países europeos; a partir de estos documentos se realizó una revisión teórica del proyecto y se dio inicio a la atención de pacientes a través de la implementación de este programa esperando responder con excelencia y eficacia a las necesidades de pacientes pediátricos, adultos y a sus familiares que solicitaban atención en esta área en el Hospital Universitario del Valle "Evaristo García", y que presentaban enfermedades graves o de riesgo vital, aplicando los principios de los Cuidados Paliativos.

La Clínica para Alivio del Dolor ofrece atención a pacientes que presentan dolor en enfermedades oncológicas y no oncológicas; en otras palabras, pacientes con cáncer u otro tipo de dolores crónicos.

* Médico Cirujano Universidad del Valle 1974. Pasantía en Unidad del Dolor del Departamento de Anestesiología de la Ciudad Sanitaria 12 de Octubre, Madrid, España desde Julio 1983 a Diciembre 1984. Vinculado como Profesor Ad honorem en Hospital Universitario del Valle, Departamento de Anestesiología, Clínica para Alivio del Dolor de la Universidad del Valle desde Enero 1989 del hasta la fecha.

Con el pasar de los años la clínica se ha venido convirtiendo en una unidad de cuidado paliativo integral puesto que se le ofrece atención interdisciplinaria a los pacientes en fase terminal, donde el dolor es uno de los componentes y de igual forma se hacen intervenciones médicas y psicológicas con las familias sobre cómo manejar la situación del enfermo en estado terminal en casa. El cuidado brindado se caracteriza por considerar todas las dimensiones del paciente y la familia, utilizándose evaluaciones de tipo integral para identificar y aliviar el sufrimiento a través de la prevención o el tratamiento físico, psicológico, social y espiritual; de igual forma se realiza acompañamiento en el duelo del enfermo y las familias por la posibilidad de muerte y se da la opción para que continúen con estas asesorías profesionales.

A través de los años, una de las cosas más importantes que le ha dado reconocimiento a la Clínica para Alivio del Dolor es que el personal de salud reconociera que existía una forma de manejar el dolor y el sufrimiento del paciente y su familia desde el punto de vista profesional interdisciplinario, y de esta manera fueran remitiendo los pacientes a este Servicio desde otras instituciones y regiones del Departamento del Valle, y del suroccidente colombiano.

La clínica ofrece un cuidado paliativo integral con un acompañamiento clínico médico-psicológico por parte del personal de salud, tanto a los pacientes como a sus familias. El plan de tratamiento debe estar construido teniendo en cuenta las necesidades, las metas y preferencias de los pacientes y familiares, quienes con el apoyo del equipo de salud deberán ser capaces de tomar decisiones adecuadas e informadas.

Se realiza también un acompañamiento en la administración de fármacos que reduzcan el dolor y otros síntomas concomitantes por medio de analgésicos u otros medicamentos coadyuvantes; y si es necesario bloqueos regionales; de la misma manera se brindan cuidados continuos con una asistencia domiciliaria profesional de buena calidad y amplia cobertura.

Se han realizado investigaciones y trabajos de pregrado y posgrado, como:

- Reacciones emocionales frente al diagnóstico
- Afrontamiento de duelos
- Programas de intervención psicológica
- Conceptualización de la muerte
- Creencias y cáncer

Apuntes para la historia del manejo del dolor en el Departamento de Caldas

Bernardo Ocampo Trujillo, MD*

No es muy brillante la historia del manejo del dolor en el departamento de Caldas y en su capital, la ciudad de Manizales. A pesar de contar con dos facultades de medicina, una de ellas con más de 50 años de existencia, la preocupación por este importante aspecto del manejo de los pacientes aquejados de dolor es relativamente pobre.

Los desarrollos de la anestesia en Caldas se remontan al año 1955, con la llegada a la ciudad del Dr. Hernán Cordovés, quien rápidamente dejó la anestesia angustiado por las limitantes tecnológicas de la época. Le siguieron el Dr. Hernán Cuartas y el Dr. Gustavo Gómez Calle, con entrenamientos cortos en anestesia y con una limitante mirada hacia el dolor. Con las limitaciones tecnológicas que habían sacado de circulación al Dr. Cordovés, la prioridad de la anestesia en esas épocas era la supervivencia de los pacientes. El gas anestésico fundamental era el éter, la recuperación de los pacientes se hacía en los cuartos de hospitalización y el despertar era prolongado y tormentoso. Se pudiera decir que el dolor era parte del acto quirúrgico y que si bien se atendía con analgésicos, no estaba en la mente de los cirujanos resolver de fondo esta problemática. Los 'anestesiistas' que poco a poco pasaban a ser 'anestesiólogos', poca o nula participación tenían en el posoperatorio de sus pacientes, unas veces por falta de interés, otras por sus múltiples ocupaciones ante la escasez de quién administrara la anestesia, y no pocas por la oposición de los cirujanos de que les tocaran SUS pacientes.

En muchas clínicas e instituciones hospitalarias de la ciudad y de la región, la anestesia estaba a cargo

de señoritas y de monjas que en su ocupación no pasaban de 'dormir y tratar de despertar' al paciente de la anestesia.

El control del dolor del parto pudiera decirse que era mejor manejado y alguna preocupación tenían los obstetras por paliarlo. El Trilene y el dispositivo especial para administrarlo, permitían a las pacientes autoadministrarse la analgesia. El dispositivo se fijaba a la muñeca con una cadena y la paciente se colocaba la mascarilla cuando tenía dolor; cuando entraba en somnolencia por el efecto del anestésico, la mascarilla caía de la cara de la paciente y al regresar las contracciones y el dolor, la paciente se autoadministraba la analgesia.

A partir del año 1958, el Dr. Gómez Calle instaura la cátedra de anestesia en el pregrado de la facultad y uno de los temas era el manejo del dolor posoperatorio; no había referencias al dolor agudo o al crónico y menos al dolor del paciente terminal con cáncer. Varios estudiantes de la primera promoción de la facultad se entusiasmaron con la anestesia y se entrenaron en su aplicación. Pudiera decirse que allí con los Drs. José Posada (quien posteriormente se dedicaría a la cardiología y al cuidado intensivo) y Absalón Giraldo (quien posteriormente se trasladaría a ejercer en Pereira) se inicia la preocupación por el control del dolor. Tímidamente ellos usaron los opioides fuertes, demerol particularmente, combinado con analgésicos vía intravenosa, y la dipirona especialmente, en una especie de analgesia multimodal. Paralelamente llega al Hospital Santa Sofía, hospital antituberculoso en esa época, el Dr. Manuel Venegas, cirujano de tórax quien cambia la perspectiva del manejo del dolor postoperatorio en los pacientes con esta cirugía. Igualmente aparece un importante 'anestesiista', estudioso como ninguno y preocupado como el que más por el bienestar de sus pacientes

* Médico anestesiólogo. Expresidente de la SCARE. Miembro de la ACED. Profesor Titular de Anestesia Universidad de Caldas.

(se graduó de médico y se certificó como especialista muchos años después), el Dr. Hernán Barona quien igualmente cambió, no sólo la técnica anestésica, sino el manejo del dolor posoperatorio de estos pacientes a los que se les practicaban en general, grandes cirugías para el tratamiento de la Tuberculosis.

De nuevo, hasta aquí poco se sabía y se hacía por el dolor crónico y por el paciente con cáncer.

En el año de 1961 inician 'residencia' de anestesia el Dr. Pedro Bonivento y el autor de este artículo, y se inician cambios sustanciales en el ejercicio de la anestesia en la región. Ya había seis médicos trabajando en la especialidad, la facultad de medicina privilegia las discusiones académicas, y los Dres. Venegas, Barona y el Dr. Fabio Franco en el H. Santa Sofía, impulsaban una nueva mirada médica. Llegan a la ciudad nuevos especialistas en medicina interna, cirujanos, ginecólogos, obstetras, etc., y el manejo de los pacientes se cualifica globalmente. Sin embargo el manejo del dolor no progresó, no es prioridad y hay pocos cambios en ello.

El Dr. Ocampo viaja a México y en la Universidad Autónoma busca complementar su formación en anestesia, rota por las diferentes hospitales del Centro Médico Nacional del IMS y en uno de ellos, el Hospital de Oncología, encuentra una mirada diferente frente al dolor y frente al paciente terminal. Igualmente su paso por el hospital de Neumología y el hospital General, del mismo Centro, este último para cirugía de corazón, le muestran una visión diferente del manejo del dolor posoperatorio. Sin embargo, en su recuerdo queda poca información de un manejo del dolor agudo y del dolor crónico agresivo, siquiera de interés que atrajera su atención.

En el postgrado de Anestesia de la facultad de medicina de la Universidad de Caldas y en su sede hospitalaria el Universitario de Caldas, se trabajó de forma intermitente en todos los aspectos del manejo del dolor con énfasis en el dolor agudo y el dolor posoperatorio. Sin embargo muchas frustraciones hubo que pasar frente a las creaciones de Clínicas de Dolor que se intentaron fundar en tres oportunidades.

En varias de ellas, el autor de este relato intentó crear clínica de dolor y convocó especialmente a ortopedistas y neurocirujanos para conformarlas. Varias reuniones se hicieron, se establecieron grupos de lec-

tura, se hicieron algunos esfuerzos por dictar conferencias al respecto, pero finalmente el desánimo invadía a los participantes y se caía de nuevo en acciones aisladas del manejo del dolor, particularmente del dolor crónico.

Algunos de los residentes del programa de especialización, liderado por alguno de los docentes, se entusiasmaban con manejar pacientes crónicos, desarrollando algunos trabajos de investigación, trabajos de grado sobre el tema, que cambiaron parcialmente, y por períodos cortos, la estrategia del manejo del dolor. El residente se graduaba y el entusiasmo decaía y estos esfuerzos no tenían continuidad. Producto de estos períodos de actividad sobre el tema se desarrollaron trabajos entre los cuales se puede destacar: "s, y".

Con estas técnicas se manejaron pacientes por largos períodos de tiempo y vale la pena relatar algunos casos que muestran su uso en pacientes crónicos.

Caso 1

Aproximadamente, década del 80. Paciente con una carcinomatosis por un tumor de ovario, con severos dolores y una calidad de vida absolutamente negativa que comprometía la vida familiar. Se le colocó un catéter peridural tunelizado, y la paciente asistía diariamente al servicio para la colocación de anestésicos locales para la analgesia, la cual se complementaba con el narcótico por vía subcutánea. Es de recordar la inexistencia de narcóticos para la vía peridural porque la morfina venía con preservativos y en esa época no había llegado a la medicina local el conocimiento sobre los receptores de narcóticos en esas zonas, además controversiales para la administración de drogas por períodos prolongados. Esta paciente que antes de la terapia peridural instaurada permanecía en casa, la mayoría del tiempo en cama, recobró sus actividades, limitadas por supuesto, acudió al hospital caminado y tuvo una muerte que llamaríamos hoy 'digna', acompañada por su familia y con control parcial del dolor.

Caso 2

Año 1977. Paciente que aún vive, consultando el grupo por un severo dolor de miembro fantasma. Se le coloca un catéter peridural tunelizado con aplicación, inicialmente hospitalizada, de una mezcla de

anestésicos locales de corta y mediana duración – lidocaina-marcaina–, aplicada inicialmente dos tres veces al día, luego disminuyendo la frecuencia de aplicación; dada de alta y manejada por más de tres meses en su casa con aplicación de droga inicialmente diaria, interdiaria y así hasta que la aplicación era ocasional. Al final la desaparición del dolor totalmente hasta el día de hoy.

Caso 3

Año 1975. Paciente que recibió un severo trauma con compromiso de vértebras cervicales. Luego del manejo inicial y recuperación del trauma persiste un severo dolor en la región del cuello que disminuye progresivamente sin desaparecer pero tolerable. Aparece una alodinia de tal severidad que el paciente no se puede afeitar ni motilar. Recibimos al paciente con una gran melena y una barba de meses. La interconsulta buscaba ver cómo se podía manejar para motilarlo y afeitarlo. Después de varios intentos se decidió una peridural cervical con catéter tunelizado. El paciente, con la adición de casi una botella de whisky pudo ser intervenido por el barbero, pero manifestó una disminución de la alodinia y del dolor por un período de casi un mes sin llegar a EVA 0, pero con un cambio en su calidad de vida. Reapareció el dolor con la misma intensidad y en varias oportunidades se tomó la misma conducta con mejorías post motilada y afeitada muy significativas. El paciente después de un tiempo no regresó y no se supo más de la situación del dolor crónico que padecía.

En los inicios de la residencia, años 1964-1965, se tuvo la oportunidad de conocer el trabajo de los Doctores Jorge Osorio, Jaime Marín Vélez y Fernando Vélez de Castro, jefe el primero del servicio de anestesia del Instituto Nacional de Cancerología. El trabajo titulado "Alcoholización subdural en el tratamiento del dolor incoercible del cáncer" fue (publicado en Tribuna Médica N° 100 del 26 de agosto de 1963. Se invitó al Dr. Osorio a Manizales y con el grupo de esa época se intentó desarrollar la técnica en estos pacientes. Se frustró la implementación continua de la técnica luego de varios intentos, por dificultades de tipo radiológico y por no disponer de un equipo que permitiera poner en práctica el procedimiento.

Múltiples intentos se hicieron por implementar estas y otras técnicas y por mejorar el tratamiento del

dolor crónico sin mucho éxito y con muchas frustraciones. Algunos de los esfuerzos más significativos fueron dos cursos de manejo del dolor que se hicieron después de la creación de la Asociación Colombiana para Estudio del dolor en las cuales participaron personas como Eduardo García, Pedro Bejarano, Tibério Álvarez, entre otros.

El interés y entusiasmo por el manejo del dolor en la ciudad reaparece a finales del siglo pasado cuando se inician consultas individuales de anestesiólogos, todos presionados por las necesidades de las EPSs e IPSs de atender estos pacientes. Uno de los más persistentes, el Dr. Octavio Augusto Nieto en la Clínica de la Presentación, con su controversial técnica del óxido nitroso en sesiones cortas, pero con éxito en el manejo de muchos pacientes; otro de los anestesiólogos que ha liderado procesos de manejo del dolor ha sido la Dr. Olga Marina Restrepo en Comfamiliares y con la organización de una consulta especializada de dolor en la Clínica San Marcel, recientemente inaugurada; otro de los líderes del manejo del dolor ha sido el anestesiólogo Dr. Federico Ocampo quien mantiene una consulta especializada desde hace más de 10 años en el Hospital Santa Sofía y en el Hospital Infantil en el último año.

Desde hace cuatro años ha surgido el interés por desarrollar clínicas multidisciplinarias, del manejo del dolor, y es así como en la Universidad de Caldas, Facultad de Ciencias para la Salud, se organizó una clínica con la participación del neurólogo Dr. Ricardo Díaz, el internista Dr. Felipe Marulanda, el oncólogo Dr. Juan Paulo Cardona, la enfermera Ximena Sáenz y Bernardo Ocampo como anestesiólogo. Este grupo ha organizado semestralmente un programa de "Profundización en Dolor" para los estudiantes de pregrado del programa de medicina, curso al que inicialmente se inscribían 4, 6 estudiantes y que en los últimos cursos ha contado con grupos de más de 20 participantes. Este mismo grupo organizó en 2006 y en 2007, cursos de manejo del dolor los cuales han contado con importantes conferencistas nacionales y el apoyo de la ACED.

En la recientemente desaparecida, como institución funcionante, Clínica Manizales, se organizó otro grupo que se denominó "Clínica para el Manejo Integral del Dolor", compuesta por un internista, el neurólogo Mauricio Medina, el fisiatra Dr. José Fernando Gómez, Bernardo Ocampo como anestesiólogo y una

psicóloga. Este grupo logró motivar a los directivos de la clínica para formar un algólogo con entrenamiento en técnicas invasivas, profesional al cual se le pagó el curso de especialización y se le respetó su salario en la clínica por un año. Infortunadamente este profesional no cumplió su compromiso con la institución y se frustró el tener un especialista con estas características en la ciudad. El grupo ha organizado dos cursos de manejo del dolor, uno de ellos sobre dolor de espalda, una de las patologías más frecuentes en su consulta.

La vinculación a la ACED no ha sido una alternativa entre los profesionales que manejan dolor y sólo pertenecen a ella el Dr. Octavio Augusto Nieto y el Dr. Ocampo, miembro fundador por invitación del

Dr. Pedro Bejarano en los inicios de esta importante asociación.

Se aprecia un cambio importante en la actitud de los diferentes actores en el manejo del dolor; sin embargo, sigue faltando personal capacitado en procedimientos invasivos y profesionales con postgrados y especialización en el manejo del dolor. En la región siguen persistiendo las dificultades de parte de las EPSs y las IPSs en la atención del paciente con dolor crónico no oncológico, del paciente oncológico y del paciente terminal. Hay una renovada actitud entre los especialistas de la anestesia, de reciente graduación, para implementar programas agresivos de manejo del dolor agudo, del dolor posoperatorio y de la analgesia en el paciente obstétrico.

Historia del dolor en Santander

Omar Fernando Gomeze, MD*

El desarrollo del Dolor en el departamento de Santander ha tenido una historia corta pero con un desarrollo muy rápido. Desde principios de los años 90, cuando desde diferentes perspectivas empiezan a surgir inicialmente bajo el liderazgo de algunos médicos pioneros, centros que se preocupan por el adecuado manejo de el dolor.

Los primeros grupos son liderados por Fisiatras como el Dr. Nelson Iván González, y el Dr. Enrique Estévez, entre otros, como líderes en el manejo del dolor crónico. En el control del dolor por Cáncer, algunos oncólogos, como el Dr. Jesús Insuastegui o la Dra. Adriana Zableth, entre otros, del Centro de Cáncer del Antiguo Hospital Universitario Ramón González Valencia, lideran el cuidado paliativo de pacientes con enfermedades oncológicas avanzadas, y desde la perspectiva del Dolor Agudo Posoperatorio, aparecen algunos médicos anestesiólogos que empiezan a desarrollar programas de dolor agudo como los Drs. Samuel Duarte, Germán W. Rangel y Jorge Chona, entre otros.

A finales de la década de los 90, la región de Santander tiene una necesidad de una clínica de dolor interdisciplinaria que maneje de forma integral el dolor; ante esta necesidad, la Fundación Cardiovascular de Colombia, liderada por el grupo de anestesia de esa institución, decide crear la primera clínica de dolor integral de la región, trabajo encomendado al Dr. Omar Fernando Gomeze, con el apoyo de un equipo creciente de especialistas de las áreas de anestesia, cirugía cardiovascular, fisiatría, neurología, especialistas en terapias alternativas, psicología, psiquiatría, terapia física, y enfermería. Se desarrolla como parte de esta clínica una reunión semanal interdisciplinaria para discusión de casos difíciles, entre

todos los especialistas, bajo la filosofía, de ser abierta a todos los médicos interesados en el tema de dolor en la ciudad, y a su vez sin ningún costo y con la única intención de promover el desarrollo del dolor en la región se invita a todos los médicos de la ciudad a llevar sus casos difíciles para una discusión científica y un estudio profundo de posibles soluciones a estados dolorosos crónicos.

Simultáneamente, la Clínica Ardilla Lulle inicia una segunda clínica de dolor, la cual, además, por primera vez, permite la rotación de estudiantes del posgrado de Anestesia de la Universidad Industrial de Santander, diseminando de esta forma el interés por el alivio del dolor.

Con el patrocinio de la Industria Farmacéutica especialmente de los Laboratorios Grunenthal y Pfizer, entre otros, y con el Aval de la Asociación Colombiana para el Estudio de el dolor – ACED, se empiezan a realizar múltiples cursos de actualización en conceptos básicos de alivio del dolor, enfocados tanto para médicos generales como para grupos específicos de especialistas, logrando sembrar en menos de 5 años un interés muy importante en la región por el alivio del dolor, por parte de gran cantidad de médicos generales y diferentes especialistas de todas las áreas.

El Hospital Universitario de Santander, adscrito a la Universidad Industrial de Santander, crea la primera clínica de dolor del área en un hospital público, con énfasis en Cuidado Paliativo, trabajo que en tan sólo dos años se ve reflejado en la certificación como un Hospital sin Dolor, segundo en el departamento luego de la Fundación Cardiovascular, certificación que otorga la Asociación Colombiana para el Estudio del dolor. Liderado por estas clínicas de dolor se desarrollan una serie de eventos científicos de repercusión nacional, con conferencistas de talla internacional, como el Dr. Tiberio Álvarez y el Dr. Haroldo Estrada, entre muchos otros.

* Médico Anestesiólogo y Algesiólogo, Director Clínica de Dolor. Fundación Cardiovascular del Oriente, Bucaramanga. Miembro Activo. ACED.

En el año 2002, y viendo la necesidad de crear un servicio de manejo intervencionista del dolor, la Fundación Cardiovascular solicita a su director entrenarse en estas artes para lo cual viaja a EEUU, y bajo el auspicio de importantes clínicas de dolor de ese país, se entrena en la creación de un servicio de dolor intervencionista el cual, años después, será reforzado por la Dra. Luz Helena Cáceres que recibe su entrenamiento formal en la Clínica de dolor del Dr. Buzo, en Puerto Rico.

Los avances en el manejo del dolor no se detienen, y se empieza a desarrollar investigación propia que permita solucionar los problemas específicos de la población santandereana, por ejemplo en el área del dolor isquémico; se crean protocolos de investigación para su manejo, convirtiéndose en líderes en Latinoamérica, cuando el dolor isquémico no es susceptible de revascularización tanto de miembros inferiores como en la angina. Hoy en día es uno de los grupos pioneros en esta área, con importantes publicaciones en prestigiosas revistas. Así mismo, durante el año 2009, Santander se coloca a la cabeza de Latinoamérica al tener la primera institución hospitalaria certificada por la Joint Comission, y dentro de ésta, la primera clínica de dolor certificada por la misma entidad, distinción que recibió la clínica de dolor de la Fundación Cardiovascular, en 2009.

El Desarrollo del dolor en el departamento no se detiene, incursionando en áreas tecnológicas tan novedosas como la telemedicina, con un interés principalmente social permitiendo a la Clínica de dolor de la Fundación Cardiovascular llegar a más de 100 hospitales de regiones muy apartadas del país, como una de las primeras experiencias nacionales de llevar virtualmente estos servicios.

Simultáneamente al desarrollo que hemos señalado, al menos dos de las más importantes escuelas de medicina deciden incluir dentro de sus currículos el dolor como un área importante para que sus estudiantes desarrollen, llegando por ejemplo a dedicar un número de una de las revistas locales más prestigiosas exclusivamente a dolor, siendo un éxito total. Incluso se llegaron a hacer reimpresiones que fueron distribuidas con el apoyo de la industria en uno de los congresos Latinoamericanos de dolor.

El futuro del alivio del dolor en el departamento de Santander es muy prometedor. Actualmente y con el beneficio de las zonas francas se encuentra en desarrollo un gran proyecto hospitalario de calidad internacional, y cuyo objetivo fundamental es convertirse en uno de los centros de referencia más importantes a nivel nacional e internacional, recibiendo el apoyo de prestigiosas instituciones como la Universidad de Pittsburgh.

Reseña histórica de las clínicas para alivio del dolor y cuidados paliativos en el Valle del Cauca

René Fernando Rodríguez MD, MSC*, José Fernando Rodríguez**

La primera unidad de cuidados paliativos de la que se tienen datos históricos es la de Roma, en el año 474 dC, fundada por una noble romana, discípula de San Jerónimo, llamada Fabiola, y cuya función era atender a los peregrinos procedentes de África. A finales del siglo XIX surgió en Inglaterra el movimiento *Hospice* que fue la base del desarrollo mundial de los cuidados paliativos. Pocos años después, en 1962, nace en Cali una institución de características similares a los primeros hospicios, y en la década de los ochenta se empiezan a constituir las primeras unidades de Medicina de Dolor y Cuidados Paliativos.

Considerando que en la actualidad laboran en la Ciudad de Cali un sinnúmero de algesiólogos y paliativistas formados en el país y en el exterior, y que se desempeñan en instituciones públicas y privadas, sería imposible nombrarlos a todos en esta breve reseña; por este motivo, en esta revisión histórica se abordarán tan sólo las primeras unidades que funcionaron en la ciudad.

Fundación Casa de Recuperación La Viga

La Fundación Casa de Recuperación Nuestra señora de los remedios 'La Viga' fue constituida en noviembre de 1962 por Soledad Garcés de Sardi y Sor Joaquina de Sardi, con el fin de albergar pacientes con tuberculosis. Después de cerrar sus puertas a este tipo de pacientes, en 1970 se vio la necesidad de ofrecer albergue a los pacientes que desde otras ciuda-

des se desplazaban a Cali para recibir tratamiento antineoplásico. Fue así como al año siguiente 'La Viga' abrió sus puertas con seis camas destinadas a atender pacientes con cáncer. Sor Sardi murió en 'La Viga' el 25 de diciembre de 1988.

En agosto de 1989 tomó las riendas de la institución la psicóloga Liliana de Lima y se empezó a conformar un grupo interdisciplinario de profesionales de la salud encaminado a prestar cuidados paliativos a los pacientes con cáncer. Durante el periodo que funcionó esta institución sirvió además como centro de entrenamiento para médicos, enfermeras y estudiantes de medicina. En marzo de 1992 se realizó en sus instalaciones la Segunda Reunión Latinoamericana para expertos en Medicina del Dolor y Cuidados Paliativos, evento al que asistieron 90 profesionales provenientes de México, Venezuela, Argentina, Chile, Uruguay, España, Italia, Brasil, Ecuador, Canadá, Estados Unidos, Costa Rica, Puerto Rico, República Dominicana y Colombia, constituyéndose en esa época como ejemplo para todos los programas de cuidados paliativos en Latinoamérica. Formaron parte de este grupo interdisciplinario, entre otros, los doctores Álvaro Guerrero, John Jairo Franco, René Rodríguez y Mercedes Franco. Lamentablemente esta institución cerró sus puertas al público en el mes de marzo de 1995.

Clínica para alivio del dolor del Hospital Universitario del Valle

Este servicio surgió como un proyecto de práctica de estudiantes de último año de psicología de la Universidad del Valle desarrollado por el alumno Diego Correa, su fundador, bajo la coordinación de su docente María Clara del Real, durante el año 1986. Después de la aprobación del proyecto por parte de las directivas de la consulta externa, abrió sus puertas

* Anestesiólogo Especialista en Medicina del Dolor. Coordinador Clínica Alivio del Dolor del Hospital Universitario Comfenalco, Universidad Libre. Docente Universidad Libre Seccional Cali.

** Estudiante de Medicina Universidad Libre Seccional Cali.

en el mes de septiembre del mismo año. La motivación inicial fue ofrecer una alternativa desde el punto de vista psicológico para las personas que enfrentaban dolor crónico y el objetivo era ofrecer soporte emocional y estrategias de afrontamiento como complemento de la intervención médica.

En el año 1987 se vinculó a este servicio el departamento de anestesiología de la Universidad del Valle a través del doctor Isaac del Real, quien entró a conformar el equipo con psicólogos y una enfermera, siendo reemplazado posteriormente por el doctor Sigifredo Muñoz. Durante los años 1987 y 1988 se incrementó notablemente la consulta, especialmente de enfermos terminales remitidos por oncología, lo que obligó a las directivas del Hospital a contratar por medio tiempo al psicólogo Diego Correa (Fundador) y al médico Luis Francisco Acevedo. Durante los años 1990 y 1991 se vincularon a la Clínica del Dolor los doctores Eliseo Cuadrado del Río, como director, y los doctores Jorge Álvarez y René Rodríguez, anestesiólogos con estudios en Medicina del dolor realizados en Brasil. En la actualidad forman parte del cuadro médico los doctores Francisco Acevedo y Catalina Baena, médica fisiatra con especialidad en Medicina del Dolor; este servicio constituye un centro en el que se sensibiliza y capacita al futuro profesional en estrategias clínicas y psicológicas para abordar integralmente al paciente con dolor. Actualmente, realizan rotaciones estudiantes de psicología, medicina, psiquiatría y fisiatría.

Clínica para alivio del dolor y cuidados paliativos del Instituto de Seguros Sociales y Universidad Libre de Cali

Este servicio abrió sus puertas al público el 17 de mayo de 1991, bajo la coordinación del doctor René Rodríguez, contando con el apoyo de la doctora María Cristina Zapata, coordinadora del Servicio de Anestesiología del Seguro Social. Durante el primer año de funcionamiento se prestó atención médica sólo los días viernes en la mañana.

En 1993 empiezan a realizar sus prácticas médicas los estudiantes de medicina de la Universidad Libre de Cali.

En 1997, bajo la coordinación de la doctora Derly Trujillo se logró que las labores del anestesiólogo coor-

dinador del programa sean realizadas en su totalidad en el Servicio de la Clínica del Dolor.

Después de la desaparición del Seguro Social, la Clínica Rafael Uribe Uribe se convirtió en el Hospital Universitario Comfenalco Universidad Libre, lográndose en el 2009 que el servicio tuviera un funcionamiento propio, sin depender del Servicio de Anestesiología.

En la actualidad es el servicio interdisciplinario más grande del suroccidente colombiano, conformado por dos anestesiólogos especialistas en dolor (René Rodríguez y René Linares), dos neurocirujanos (Pablo Arango y Libardo Trujillo), un neurólogo clínico (Gustavo Ramos), una fisiatra (María Ana Tovar), un médico general con estudios en medicina alternativa (Luis Carlos Rebollo), una psicóloga (Natalia Jordán) y una auxiliar de enfermería (Maryury Orejuela).

Sección Medicina del Dolor de la Clínica Fundación Valle del Lili

La sección de Medicina del Dolor del Departamento de Anestesia inició sus actividades el 1 de febrero de 1994, conformada por un grupo científico y de apoyo permanente cuya responsabilidad es brindar alivio del dolor en todas sus formas, y la enseñanza de su práctica e investigación mediante los más avanzados métodos disponibles para este fin.

El equipo es coordinado por el anestesiólogo algesiólogo Mario Hernán Villegas y lo conforman los doctores Cristian Herrera, Mercedes Fajardo y la licenciada Gloria Isabel Segura.

Las áreas de trabajo de la sección se dividen en: servicio de dolor agudo que maneja pacientes con dolor posoperatorio; servicio de consulta externa donde se evalúan pacientes con dolor por cáncer y dolor crónico benigno; servicio de dolor lumbar donde se cuenta con la colaboración de especialistas en neurología, neurocirugía, fisiatría y ortopedia.

Bibliografía

Rodríguez RF. Reseña histórica de las clínicas para alivio del dolor y cuidados paliativos en Cali. En: Rodríguez RF. Medicina del Dolor y Cuidados Paliativos. Cali, Editorial Catorce 1998;3-8.

GALERÍA FOTOGRÁFICA

20 Años



VII CONGRESO NACIONAL DE DOLOR CARTAGENA 1997



POSESIÓN JUNTA DIRECTIVA 1999 - 2001





CONGRESO NACIONAL DE DOLOR 2007

CONGRESO NACIONAL DE DOLOR 2008



CONGRESO INTERNACIONAL DE DOLOR 2008



CONGRESO INTERNACIONAL DE DOLOR 2008



XIX CONGRESO INTERNACIONAL DE DOLOR 2010



XIX CONGRESO INTERNACIONAL DE DOLOR 2010

