

# EDUCACIÓN EN DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS: REFLEXIONES SOBRE UN PROGRAMA DE ENTRENAMIENTO FORMAL EN COLOMBIA

René Linares Giraldo\*

## RESUMEN

La aparición de enfermedades crónicas y degenerativas en el panorama de la morbilidad mundial ha implicado la necesidad de fortalecer la atención de estos pacientes a través del cuidado paliativo. La expansión de las unidades de dolor y cuidado paliativo requieren una adecuada formación de talento humano en programas académicos especializados que, estructurados sobre bases sólidas, realmente garanticen la implementación de estas unidades en los programas de salud de los países.

Existe una marcada preocupación porque, en la búsqueda de soluciones que suplan la demanda, se continúen fomentando programas no formales que desestimen la complejidad de la especialización, lo cual llevaría a una mala práctica y a la no solución de los problemas que aquejan a los pacientes. En Colombia, el Instituto Nacional de Cancerología y la Pontificia Universidad Javeriana han desarrollado un programa de especialización para médicos, con especialidades en anestesia, oncología, rehabilitación, medicina interna y medicina familiar, entre otras, que tiene una experiencia de más de quince años. Sus egresados han impactado positivamente el desarrollo de las unidades de dolor y cuidado paliativo en diferentes niveles de atención y en la consolidación de nuevos programas académicos en postgrado. Este trabajo resalta la necesidad de programas formales y estructurados, como una verdadera solución a la consolidación del cuidado paliativo en los diferentes países.

**PALABRAS CLAVE:** educación formal, educación no formal, especialización en cuidado paliativo.

## ABSTRACT

*The emergence of chronic degenerative diseases in the world's morbimortality has imposed the need to reinvigorate the kind of services given to these patients through palliative care. The expansion of pain and palliative care units require proper formation of human talent in specialized academic programs that may, if successfully structured on sound bases, really ensure the implementation of any such units in the countries' health plans.*

*There is great concern that, in strengthening the search for issues leading to supply the demand for these services, a continuous introduction is encouraged of non-formal programs where the complexity of the relevant specialization is underestimated or disregarded, which would lead to malpractice while leaving with no proper solution the problems currently affecting these patients. In Colombia, the National Cancer Institute and the Pontifical "Javeriana" University have developed a specialization program for physicians, including specialties such as anesthesia, oncology, rehabilitation, internal medicine, and family medicine among others, with over 15 years of experience. Their graduates have made a positive impact on the development of pain and palliative care units at different service levels, and on the consolidation of new postgraduate academic programs. This work stresses the need for formal and well-structured programs as a true solution to the strengthening of palliative care in the different countries.*

**KEY WORDS:** formal education, non-formal education, specialization in palliative care.

---

\* Médico Anestesiólogo, Especialista en Dolor y Cuidado Paliativo, Instituto Nacional de Cancerología. Presidente de la Asociación Colombiana de Cuidado Paliativo.  
E-mail: rlinares@incancerologia.gov.co

## INTRODUCCIÓN

Actualmente existe consenso sobre la importancia que tiene el cuidado paliativo como estrategia de atención para múltiples patologías crónicas. En consecuencia, se acepta unánimemente la importancia que reviste la formación académica y especializada para atender un problema de salud de magnitudes crecientes. Existe

FECHA DE RECEPCIÓN: 02-12-2005  
FECHA DE ACEPTACIÓN: 12-12-2005

una preocupación marcada ante la tendencia de crear programas no formales para educación en dolor y cuidado paliativo, que, en su afán de capacitar profesionales que suplan la demanda, subestiman la verdadera complejidad de esta especialidad.

La experiencia de un trabajo continuo por más de quince años en dolor y cuidado paliativo, desarrollado en el Instituto Nacional de Cancerología, en Bogotá (Colombia), y la creación de un programa de entrenamiento formal permiten evaluar el impacto de la formación especializada en el área y hacer un análisis crítico de algunas tendencias que acompañan a la educación no formal, en un escenario donde la necesidad de entrenamiento formal está claramente aceptada (1, 2).

Se presentan un modelo académico de educación formal en dolor y cuidado paliativo, realizado por el Instituto Nacional de Cancerología y la Pontificia Universidad Javeriana; el entorno particular en el cual se desarrolló y el impacto que han tenido sus egresados en el medio laboral y académico.

### **DILEMAS EN LA FORMACIÓN ACADÉMICA: ¿CONTROL DE SÍNTOMAS O CUIDADO PALIATIVO?**

Los síntomas pueden definirse como datos subjetivos, percibidos y verificados únicamente por la persona que los experimenta.

Asumiendo una posición simplista, el cuidado paliativo puede verse como el control de los síntomas asociados con la progresión de las enfermedades crónicas sin opción de manejo curativo. Podría pensarse que, al reconocer la

sintomatología particular de algunas patologías crónicas, se tendrían herramientas suficientes para atender pacientes desde el punto de vista meramente paliativo.

Datos reportados por la Unidad de Dolor y Cuidados Paliativos del Instituto Nacional de Cancerología (UCP-INC, Bogotá, Colombia), centro hospitalario de IV nivel dedicado a la atención de pacientes con cáncer, que atiende un volumen de 6.500 consultas por año, muestran una prevalencia de dolor del 90% (3). Es de anotar que en Colombia, al igual que lo que ha pasado en otros países, el cuidado paliativo ha tenido su mayor desarrollo en pacientes oncológicos.

Un buen ejemplo del enfoque basado exclusivamente en el síntoma es la versión de la Escalera Analgésica, de la Organización Mundial de la Salud, publicada en 1986 (4), método de ensayo y error que sugiere escalar la prescripción de medicamentos basándose principalmente en la intensidad del dolor y su respuesta al tratamiento, a tal punto que pareciera dejar de lado aspectos tan importantes como su mecanismo fisiopatológico, la posibilidad de interacciones medicamentosas, la morbilidad asociada con el cáncer y la necesidad frecuente de alternar o rotar tanto el tipo de medicamento como su vía de administración.

Durante los años que siguieron a su publicación inicial, la validación de la Escalera Analgésica en diferentes países sugería su efectividad en un alto número de pacientes, lo cual no impidió que recibiera fuertes críticas metodológicas (5), que terminaron dejándola como una declaración de los principios para el manejo del dolor por cáncer, más que como su método estándar de tratamiento (6).

El verdadero papel de la Escalera Analgésica, muy importante por demás, ha sido crear conciencia sobre el problema y contribuir como un instrumento de educación al tratamiento del dolor crónico. No obstante, vale la pena preguntarse si el conocimiento de la Escalera Analgésica y la formación médica básica son elementos suficientes para manejar adecuadamente la complejidad del paciente real.

Esta pregunta fue hecha hace más de doce años en las reuniones de trabajo de la Clínica de Dolor, del Instituto Nacional de Cancerología, que con el paso del tiempo se convertiría en Unidad de Dolor y Cuidados Paliativos. Dos razones motivaron este cuestionamiento: la primera, el hecho de recibir estudiantes de diferentes especialidades, como anestesia, fisiatría y oncología; la segunda, el número creciente de solicitudes de rotación hechas por diferentes profesionales de la salud, que deseaban implementar programas de atención en sus sitios de trabajo.

Este interrogante fue en parte resuelto por un buen número de reportes en la literatura, que sugerían la posibilidad de recibir tratamiento oncológico, con finalidad paliativa, de quimioterapia, radioterapia o cirugía, como primera opción para el control de síntomas, entre ellos el dolor. Esto, necesariamente, reafirmaba la convicción de la necesidad de profundizar el conocimiento sobre el cáncer, su fisiopatología, historia natural y métodos de tratamiento, para poder interactuar con las diferentes especialidades de la oncología, lo cual resulta necesario para llevar a los pacientes del tratamiento oncológico paliativo al control de síntomas como su principal opción de manejo.

En otras palabras, se concluyó que, hablando el mismo idioma de los grupos oncológicos, cuyas intervenciones y conceptos anteceden o son concomitantes con los cuidados paliativos, se podía ayudar de forma eficiente a los pacientes, transmitir información responsable con respecto al pronóstico de la enfermedad y aspirar a racionalizar el uso de los recursos destinados para su tratamiento. Igualmente, se concluyó que para poner en práctica el capítulo consignado en el *Oxford Textbook of Palliative Medicine*, llamado “Interfase entre la Oncología y el Cuidado Paliativo”, era necesario, más que el deseo altruista de acompañar, un entrenamiento formal.

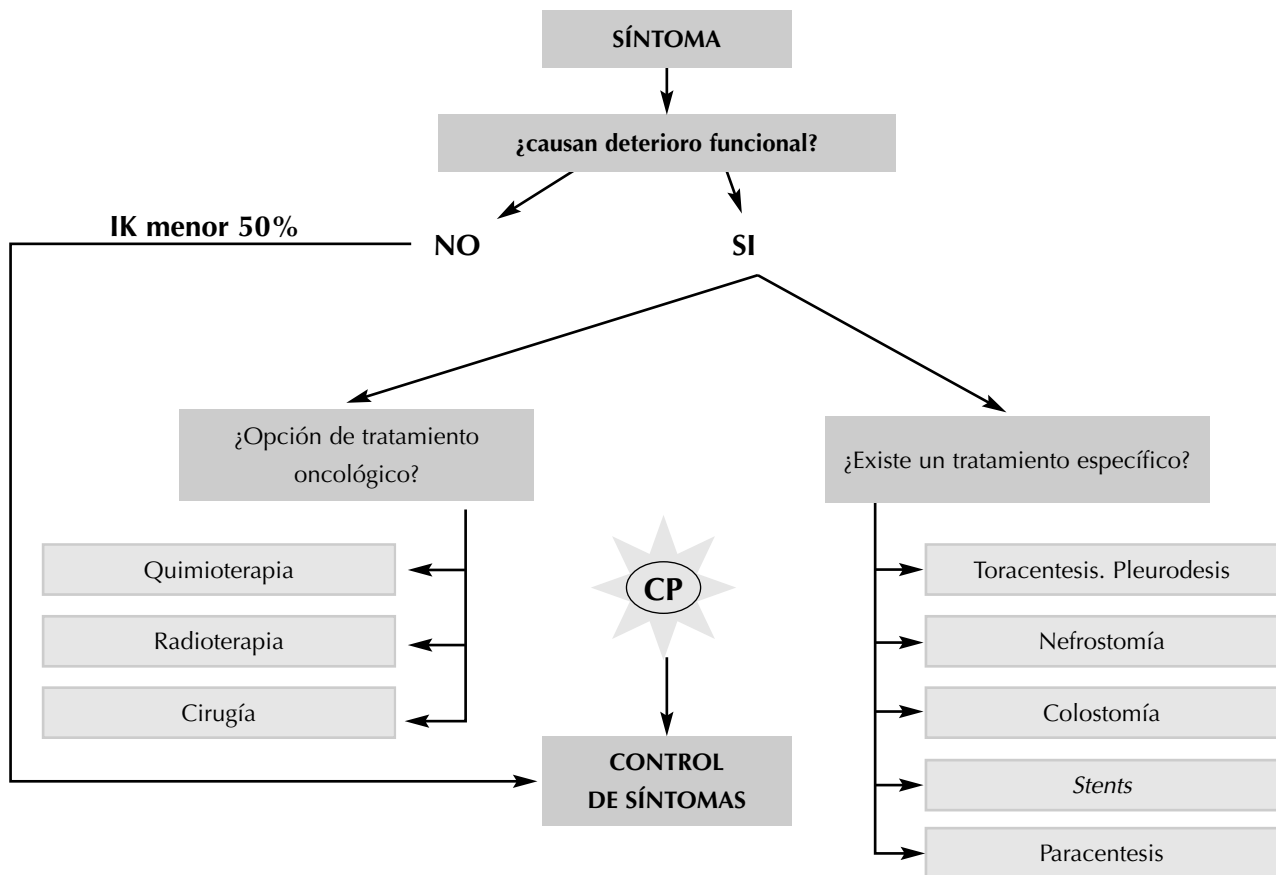
Al considerar el abanico sintomático del paciente con cáncer avanzado, se terminó de responder el interrogante, con la certeza de que el cuidado paliativo no puede basarse simplemente en el conocimiento de la frecuencia y fisiopatología de los síntomas, ya que, para ofrecer atención integral a estos enfermos, es necesario poseer el conocimiento que permita integrarse activamente con otros grupos de especialistas. Esta debe ser la base del cuidado paliativo en pacientes con cáncer, y su importancia aumenta al ampliarse la plataforma de trabajo para esta especialidad a los pacientes con patología cardiovascular, pulmonar, renal y neurológica, para quienes el cuidado paliativo es actualmente una opción real de manejo.

El control sintomático de un paciente con cáncer implica una serie de decisiones complejas, con implicaciones éticas, que deben basarse en el pronóstico de la enfermedad, el estado funcional previo y la posibilidad de aplicar intervenciones terapéuticas con el fin

de restaurarlo, frente a la decisión de no realizar intervenciones diferentes del control de síntomas, en casos refractarios que pueden incluir, por ejemplo, la sedación paliativa, decisiones en las que debe participar un grupo multidisciplinario que cuente al menos con un experto en cuidados paliativos (7).

### IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA DE ENTRENAMIENTO EN DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS

A mediados de los 90, argumentando la necesidad que generaba una demanda de servicios creciente, en

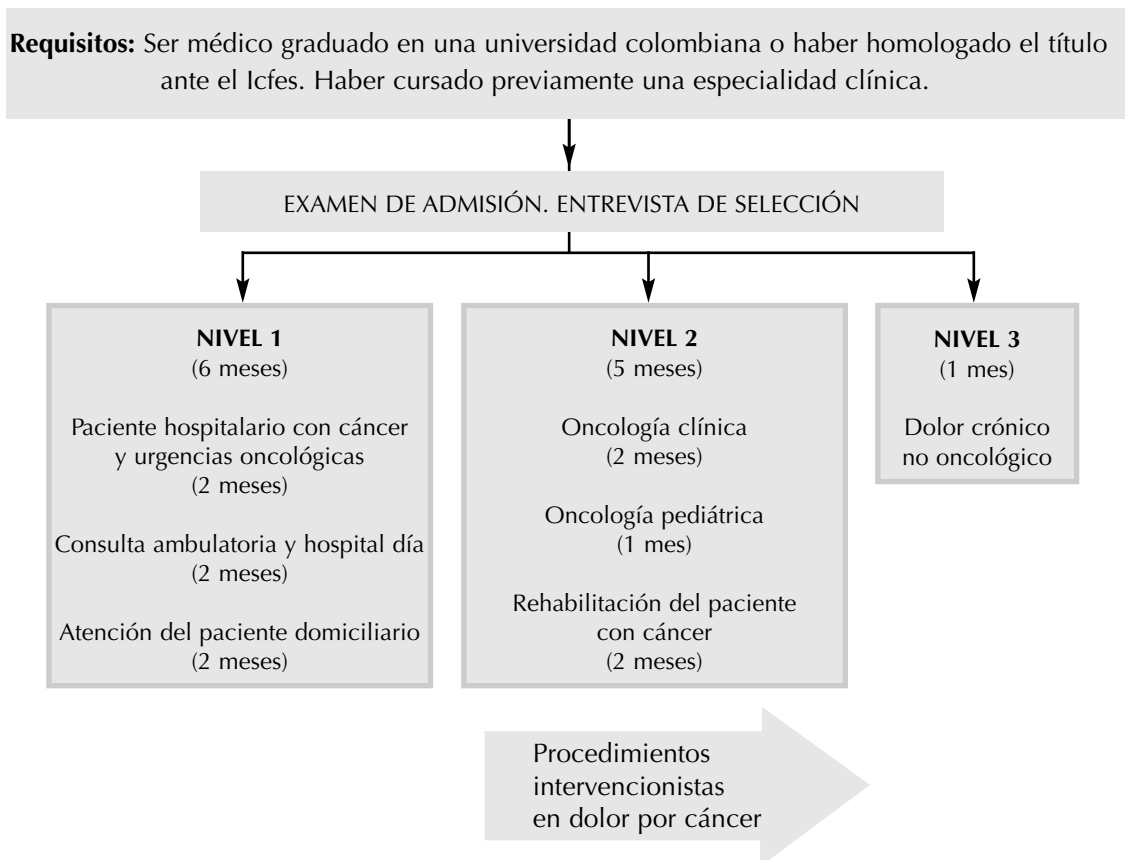


**Gráfica 1.** Árbol básico de decisiones para control de síntomas, utilizado en la UCP-INC, Bogotá, Colombia.

Colombia se estimulaba el aprendizaje no formal del cuidado paliativo, la mayoría de las veces con metodología no presencial, a distancia, mediante seminarios teóricos de corta duración y, en el mejor de los casos, utilizando el antiguo “modelo del aprendiz”, metodología recientemente criticada (8). Durante el mismo periodo, la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP) y la Asociación Europea de Cuidados Paliativos (EAPC) ya habían publicado modelos acadé-

micos de aprendizaje para entrenamiento formal, tanto en dolor como en cuidado paliativo (1, 9). Era necesario decidir cuál iba a ser la línea de trabajo en materia de educación y se optó por la segunda, convencidos de que solo la educación formal garantizaría el desarrollo continuo de la especialidad en nuestro medio.

Para 1995, año durante el cual se diseñó y presentó a la Pontificia Universidad Javeriana el programa de

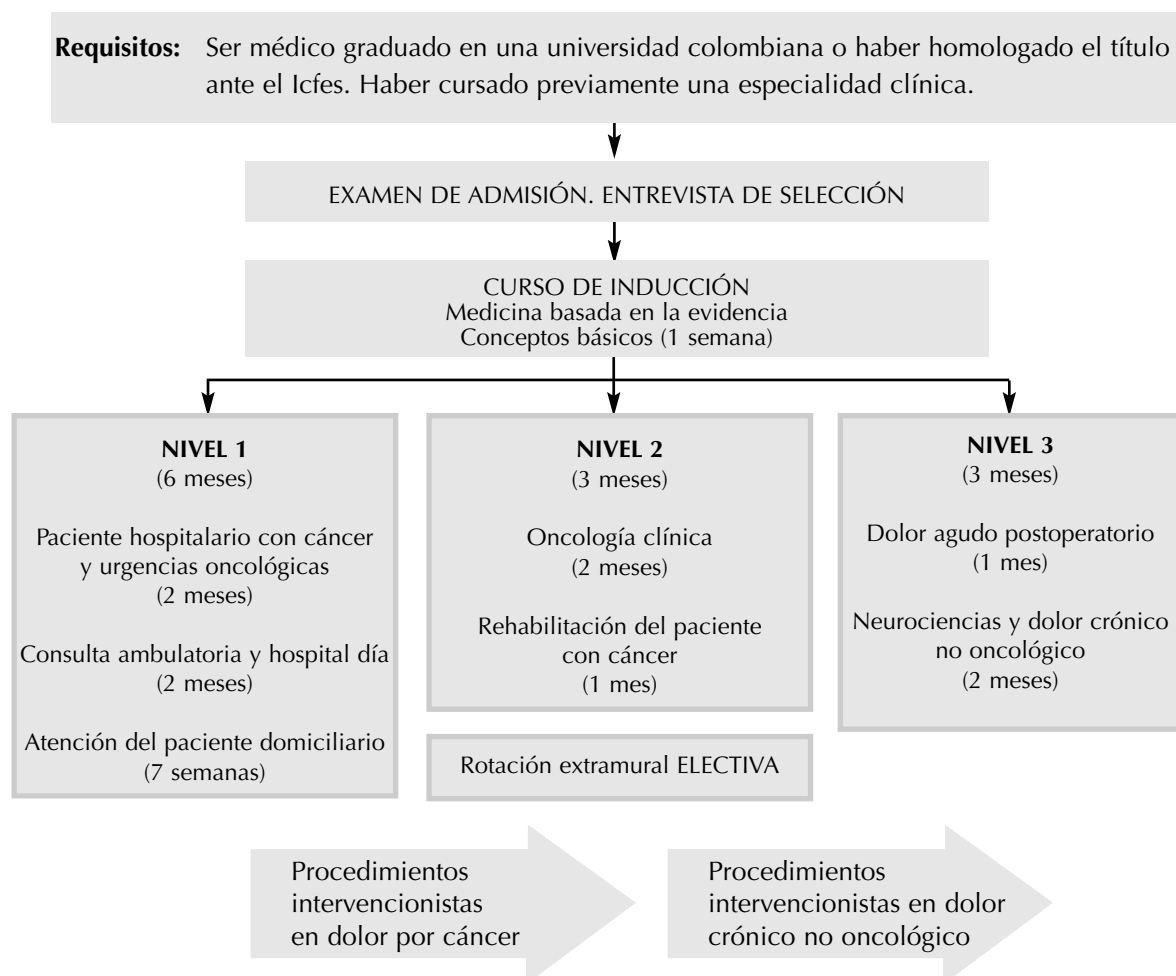


**Gráfica 2.** Modelo inicial de un programa de formación en dolor y cuidado paliativo.

entrenamiento, eran pocos los profesionales formados académicamente en cuidado paliativo, y menos aún los servicios multidisciplinarios en capacidad de prestar atención integral al paciente con cáncer avanzado. Por esta razón, durante sus primeros tres años de funcionamiento, se decidió que el programa hiciera énfasis

en el currículo propuesto por la EAPC para entrenamiento en cuidado paliativo (9). Una visión global de su estructura inicial se presenta en la gráfica 2.

Como puede apreciarse, este programa enfatizaba en el manejo paliativo del paciente con cáncer avanzado,



**Gráfica 3.** Esquema actual del Programa de Formación en Dolor y Cuidado Paliativo. Universidad Pontificia Javeriana-Instituto Nacional de Cancerología.

tanto a nivel hospitalario como ambulatorio y domiciliario, y le daba importancia a la interacción entre la oncología y el cuidado paliativo, incluyendo al paciente adulto y al pediátrico y los aspectos básicos de rehabilitación en pacientes con cáncer. Se dejó de lado el manejo del dolor crónico no oncológico por dos razones. La primera obedeció a un objetivo principal: cubrir la demanda creciente de especialistas en cuidado paliativo; la segunda se debió a un error de concepto, al considerar que la información dada para el manejo del dolor por cáncer sería suficiente para las necesidades del país en materia de dolor crónico no oncológico.

Pronto se evidenció que en nuestro medio el dolor crónico no oncológico era un nuevo campo, tan grande como el de los cuidados paliativos, y se decidió enfatizar este aspecto del programa ampliando la base de revisión teórica sobre el tema y el tiempo de rotación dedicado al mismo y activando una rotación electiva extramural en el Rosewell Park Cancer Center, con la invaluable colaboración del doctor Oscar De León, que permitió a los estudiantes tener contacto con una tecnología distante en nuestro medio, principalmente por limitaciones económicas. El actual esquema del programa puede verse en la gráfica 3.

#### **SITUACIÓN ACTUAL DEL PROGRAMA DE ENTRENAMIENTO EN DOLOR Y CUIDADO PALIATIVO: PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA-INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA**

La principal virtud de este programa ha sido la de responder a las necesidades del país, al permitir a los especialistas del área clínica una formación integrada en ambos cam-

pos, mediante un programa flexible de entrenamiento, con un año de duración, que se adapta al interés particular del estudiante, al enfatizar en dolor o en cuidado paliativo, dependiendo del perfil del futuro egresado.

Hasta el momento, aunque hay necesidad sentida de ampliar el programa en términos de fortalecer la investigación, se ha considerado adecuado el nivel de formación, si se tiene en cuenta que quienes lo hacen ya profesan una especialidad médico-quirúrgica: medicina interna, anestesiología, oncología, fisiatría y medicina familiar en programas en promedio de tres y cuatro años, y su periodo de formación en dolor y cuidado paliativo les ha permitido a los egresados una excelente acogida en el medio.

Actualmente se encuentran vinculados a centros hospitalarios y universitarios de altísimo nivel en Bogotá, Medellín, Bucaramanga y Cali, donde han reproducido e, incluso, mejorado lo aprendido. Una gran dificultad para pensar en ampliar el programa con fines de profundizar en investigación se debe en parte a la necesidad sentida en el medio de estos profesionales y a la falta de una remuneración acorde con el esfuerzo, riesgo y nivel de entrenamiento, en un país que no dispone de reglamentación adecuada para el ejercicio de la especialidad, pues su sistema sanitario no ha definido los requisitos mínimos para prestar servicios en dolor y cuidado paliativo.

Sin embargo, en el futuro cercano y de acuerdo con la autoevaluación permanente del programa, se ha considerado la posibilidad, si las condiciones de trabajo y el mercado laboral lo ameritan, de incluir dos módulos, así: una práctica experimental para procedimientos

intervencionistas en dolor y un módulo de cuidado paliativo no oncológico.

## OTROS PROGRAMAS DE ENTRENAMIENTO

En Canadá y en Estados Unidos, los programas de entrenamiento en cuidado paliativo han estado separados de los de entrenamiento en dolor. Desde que la Cleveland Clinic registró el primer programa de especialización en cuidado paliativo, el entrenamiento en este campo ha ganado prestigio en los Estados Unidos y en Canadá, donde actualmente se reportan ochenta programas de entrenamiento y más de 102 egresados, dedicados en su mayoría a la atención de pacientes en centros hospitalarios de alta complejidad (10). De la misma forma, los programas americanos y europeos (11) que permiten entrenamiento en dolor para anestesiólogos y neurólogos (12) utilizan una metodología formal de aprendizaje, basada en el currículo propuesto por la IASP, recientemente reeditado (13), con duración mínima de un año.

## CONCLUSIONES

El fortalecimiento de los programas académicos en postgrado de dolor y cuidado paliativo es uno de los pilares fundamentales para garantizar con bases sólidas la consolidación y el desarrollo de unidades de dolor y cuidado paliativo, que permitan proveer atención a la gran franja de población que cada día requerirá esta atención de acuerdo con el perfil epidemiológico y transición de salud que viven todas las naciones.

Con base en el impacto en el medio laboral y académico que han tenido cada uno de los egresados del programa desarrollado por la Pontificia Universidad Javeriana y la Unidad de Dolor y Cuidado Paliativo del Instituto

Nacional de Cancerología, se reafirma que el entrenamiento formal en dolor y cuidado paliativo es la mejor manera de garantizar el continuo desarrollo de la especialidad en un país como Colombia, y de contribuir a mejorar la calidad de vida a través de una mejor atención de los pacientes, sobre bases sólidas y estructuradas.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. The International Association for the Study of Pain (IASP). *Core Curriculum for Professional Education in Pain*, Second Edition. Editor: Field, S. H., IASP-Press, 1995.
2. Seely, J. F. "The need for specialized training programs in palliative medicine", *Can. Med. Assoc. J.*, 157: 1395-7, 1997.
3. Rodríguez, C. H.; Amézquita, A.; Restrepo, M. H.; Moyano, J.; León, M. X.; *et al.* "Prevalencia y control de síntomas en la Unidad de Cuidados Paliativos del Instituto Nacional de Cancerología", *Revista Colombiana de Cancerología*. vol. 2, No. 2, págs. 5-12, 1999.
4. World Health Organization. *Cancer Pain Relief*, Geneva, WHO, 1986.
5. Jadad, A. R.; Browman, G. P. "The WHO analgesic ladder for cancer pain management. Stepping up the quality of its evaluation", *JAMA*, 20; 274 (23): 1870, 1995.
6. Hanks, G.; Cherny, N. "Opioid analgesic therapy". In: *Oxford Textbook of Palliative Medicine*, 2<sup>nd</sup> ed., Oxford University Press, 2001.
7. Levy, M. H. "Sedation for the relief of refractory symptoms in the imminently dying. A fine intentional line", *Semin. Onco.*, 32: 237-246, 2005.
8. Casarett, D. J. "The future of the palliative medicine fellowship", *J. Palliat. Med.*, 3 (2): 151-5, 2000.
9. European Association for Palliative Care (EAPC). *Report and Recommendations of a Workshop on Palliative Medicine Education and Training for Doctors in Europe*, Brussels, 1993.
10. Carmody, S. "Training of palliative medicine fellow: a report from the field", *J. Palliat. Med.*, 8 (5): 1005-15, 2005.
11. European Federation of IASP chapters (EFIC's). *Call for Specialization in Pain Medicine*.
12. American Academy of Neurology. *Pain Medicine Core Curriculum*, 2004.
13. The International Association for the Study of Pain (IASP). *Core Curriculum for Professional Education in Pain*, Third Edition. Editor: Charlton, J. E. IASP-Press, 2005.