

Ética en el tratamiento del dolor en cuidados paliativos

Bátiz J

Unidad de Cuidados Paliativos. Hospital San Juan De Dios. Santurce (Vizcaya)

“El dolor mejor tolerado es el que tienen los otros”

J. Bonica

Según el anestesiólogo Dr. Sarmiento²⁶, la Bioética es una disciplina que estudia el impacto que la ciencia y la tecnología producen en la conducta de los hombres. Por otro lado, según Milton²⁷, el dolor es un acabado suplicio, el peor de todos los males; y cuando es excesivo acaba con toda paciencia. Teniendo en cuenta estas definiciones, creo que es preciso, y además útil, reflexionar sobre el tratamiento del dolor desde el punto de vista ético.

¿Qué papel desempeña la ética? ¿Por qué considerar aspectos éticos frente al dolor? La respuesta está en el ser humano mismo, en la persona doliente. Más allá de las medidas científico-técnicas para tratar a quien sufre dolor, es básico y fundamental conocer a la persona misma, con su carga física y espiritual. La ética nos acerca a humanizar la medicina. Ayuda a diferenciar entre “querer o poder hacer” y el “debe ser”, tan importante, no sólo en las decisiones médicas, sino en las decisiones a tomar en la vida³⁷.

La ética clínica, entendida como la metodología que promueve la toma de decisiones respetando los valores de quienes intervienen, debe ser adoptada como el método de trabajo cotidiano que permite resolver y orientar la inmensa mayoría de dilemas en la atención de enfermos al final de la vida³⁹. Según Velasco²⁸, las destrezas y conocimientos médico-quirúrgicos sin Bioética no son suficientes para el supremo bien de los enfermos, y la ética sin sabiduría y sin pericia médica nunca será eficaz en la atención de la salud.

El control de los síntomas es la esencia de un buen cuidado médico paliativo. En los estadios finales de la enfermedad al enfermo y a la familia les interesa más el control de sus molestias (físicas, emocionales, sociales y espirituales) que el propio diagnóstico²⁹. El dolor crónico es un problema multidimensional y un grave problema de salud pública que afecta a la calidad de vida de las personas que lo padecen¹². El dolor es uno de los problemas de salud más universales y que con mayor frecuencia ocasiona la visita al médico; se calcula que en torno al 80% de los pacientes que acuden al médico lo hacen por quejas de dolor y/o relacionadas con él, y que aproximadamente el 30% del total de la población de los países industrializados padece dolor crónico²⁰. Hay un 20% de enfermos en los que el alivio del dolor es difícil, y eso constituye un reto importante para los profesionales³².

El dolor es un elemento esencial de la práctica médica en su valor semiológico y orientador de la gravedad de un paciente enfermo; además es uno de los componentes más relevantes de la sensación de minusvalía que padece una persona con algún proceso patológico²⁰. El dolor, posiblemente la primera asignatura de la medicina de todos los tiempos, continúa siendo uno de los retos en nuestra práctica diaria. Pero es incomprensible que, con todos los avances en los que estamos inmersos y las armas terapéuticas tan sencillas y eficaces de que disponemos, no hayamos superado este problema en un gran porcentaje de enfermos. Hay ponencias y artículos que tratan con detalle y desde todos los ángulos los diversos tratamientos del dolor, pero tal vez se hable poco de cómo hay que hacerlo éticamente.

Los enfermos terminales europeos sufren "dolor innecesario" según la OMS. En los trabajos recogidos por esta organización consta que entre los enfermos terminales de cáncer de algunos hospitales y residencias de mayores, más del 25% no había recibido ningún calmante en las últimas 24 horas. El control del dolor representa un reto alcanzable para todos los médicos y la sociedad. Para muchos enfermos el dolor es más angustioso que la propia muerte². En enfermos con enfermedad avanzada el dolor es el síntoma más frecuentemente asociado con la percepción del enfermo de "no encontrarse bien"². El dolor es el acompañante habitual del paciente en el trance de morir²². Muchas personas insisten en afirmar que no temen a la muerte, pero les aterroriza el proceso doloroso de la agonía. Familiares y amigos de moribundos coinciden en que es una horrible experiencia ver sufrir a un ser querido. Desgraciadamente, el dolor suele ser compañero del final de la vida⁴.

Tratar y reflexionar sobre los aspectos éticos relacionados con la asistencia a los enfermos que sufren y se quejan de dolor en la fase terminal de una enfermedad cuando ya su dolor no ayuda al diagnóstico, sino que es molesto y no les permite una muerte placida y digna, nos ayudará a humanizar nuestra atención y a conseguir que el porcentaje de los enfermos que padecen dolor, y que no deseen padecerlo, se aproxime al 0%.

El tratamiento del dolor y la Medicina Paliativa se basan en el control de los síntomas (el dolor entre éstos) y en dar un soporte emocional correcto a los pacientes y a sus familias¹⁶.

A pesar de las publicaciones dedicadas a considerar los aspectos bioéticos de las intervenciones médicas, pocas han considerado el tratamiento del dolor²⁰; por eso me ha parecido conveniente tratar este tema de la ética en el tratamiento del dolor en Cuidados Paliativos. Ya en 1999 la American Academy of Pain Management y la American Pain Society crearon un grupo de trabajo destinado a analizar las complicaciones bioéticas del tratamiento del dolor. Comprobaron que los dilemas éticos más frecuentes eran el tratamiento del dolor en la enfermedad terminal y la terapéutica

analgésica inadecuada, especialmente en niños y ancianos²⁰.

Marijuan²¹ ha analizado las consecuencias del tratamiento inadecuado sobre los principios bioéticos tradicionales: no-maleficencia, justicia y autonomía. Según ella, el principio de no-maleficencia se encuentra vulnerado claramente cuando los pacientes no son aliviados existiendo medios para hacerlo, ya que este principio defiende no hacer daño, pero además hacer bien el trabajo que se tiene encomendado. El principio de justicia deja de respetarse por la imposibilidad de tratar correctamente a todos los pacientes por razones tan azarosas como la existencia de una unidad de dolor a la que remitirles o la existencia de directrices analgésicas adecuadas en un centro determinado. La existencia de mitos o creencias erróneas en los pacientes, como los graves riesgos de utilizar la morfina, reducen su capacidad de decisión consciente y, por tanto, impiden ejercer su autonomía de forma adecuada.

El dolor es un grave problema de salud pública en todo el mundo²⁴. Ni el dolor agudo ni el dolor crónico suelen recibir un tratamiento adecuado por muy diversas razones de cultura, actitud, educación, política y logística²⁴. La promoción del alivio del dolor no sólo debe considerarse como un derecho humano, sino que es una buena práctica médica y ética²⁴.

CUANDO EL DOLOR HA DEJADO DE SER ÚTIL COMO SIGNO DE ALARMA Y ES SÍNTOMA MOLESTO PARA EL ENFERMO

El dolor ontogénicamente es un motivo de alarma y preservación del individuo que avisa, previene para que lo elimine o se busquen las causas que lo originan³⁴. El dolor es nuestro sistema de alarma interno, que nos dice que algo va mal. La alarma dolorosa puede ser un primer aviso útil para alertarnos del peligro. Pero en la mayoría de los casos, la alarma es más frecuente e innecesaria ante la proximidad de la muerte⁴.

El enfermo, acertadamente o no, siempre asocia el dolor con un empeoramiento o agravamiento de su enfermedad. Por todas estas razones es crucial aliviarlo cuanto antes³⁵. El dolor agudo, por su parte, es casi

siempre consecuencia de un daño tisular y su duración es limitada. Este dolor suele ser protector y el tratamiento es eficaz en la mayoría de los casos una vez identificada la causa⁶.

La función primordial del tratamiento del dolor es aliviarlo de manera que la calidad de vida del paciente mejore, y esto no significa que la dolencia sea totalmente curada, sino que proporcione alivio del dolor para que el estilo y la calidad de vida mejore²⁰.

EL ENFERMO TIENE DERECHO A SER ALIVIADO DE SU DOLOR. EL MÉDICO TIENE EL DEBER DE ALIVIAR EL DOLOR DEL ENFERMO. EL TRATAMIENTO DEL DOLOR NO ES UNA CUESTIÓN OPCIONAL, SINO UN IMPERATIVO ÉTICO, CONTANDO LÓGICAMENTE CON EL ADECUADO CONSENTIMIENTO DEL ENFERMO

Me atrevo a afirmar que los médicos tenemos una responsabilidad deontológica en el uso de la analgesia. La falta de atención a los enfermos es considerada infracción muy grave y a ella se refiere igualmente el Código de Ética y Deontología Médica (CEDM) en el artículo 5.1. Es conveniente llamar la atención sobre esta falta, precisamente cuando estamos en presencia de conductas de falta de prestación de asistencia o de inadecuado tratamiento del dolor⁵. En analgesia, en el plano deontológico, existen unos límites claros de actuación. De un lado, la obligación de aplicar las medidas adecuadas para conseguir el bienestar del enfermo, aun cuando de ello pudiera derivarse, a pesar de su correcto uso, un acortamiento de la vida (27.1 CEDM), respetando a tal efecto la voluntad del paciente o, cuando éste no pudiera expresarla, teniendo en cuenta las indicaciones que previamente hubiera realizado y la opinión de las personas a él vinculadas (artículo 27.2 CEDM). De otro, la prescripción contenida en el artículo 27.3 del CEDM de que el médico nunca provocará intencionadamente la muerte de ningún paciente, ni siquiera en caso de petición expresa por parte de éste⁵. Hay que indicar que en vía disciplinaria corporativa en Estados Unidos un médico

especialista en pulmón fue expedientado por negligencia grave y repetida en el cuidado de sus pacientes gravemente enfermos o terminales, por no haberles facilitado analgésicos opioides, precisos para el control del dolor de los enfermos terminales o para proporcionar sedación a los sometidos a intubación⁵.

El enfermo terminal tiene derecho a no experimentar dolor³³. Con los modernos analgésicos de que disponemos, nadie debería vivir ni morir con dolor. Nuestros profesionales médicos tienen el deber de hacer todo lo que esté en su mano para aliviar el dolor, pues el moribundo tiene derecho a librarse del dolor⁴.

Si ya tenemos claro que el enfermo tiene derecho a recibir tratamiento contra el dolor y el profesional de la salud tiene el deber de procurárselo con eficacia, debiéramos continuar reflexionando lo siguiente:

- No debiéramos permitir que alguien sufriera dolor por ignorancia sobre cómo hacerlo, por temor a no aliviarlo con la posología suficiente o por creencias erróneas.
- Sedaremos al enfermo con su consentimiento cuando el dolor sea refractario al tratamiento que estaba indicado.
- No se debiera formar a las nuevas generaciones de médicos en el tratamiento del dolor sólo desde el punto de vista estrictamente científico, sin tener presente la dimensión cultural, social, psicológica, espiritual y humana. El médico deberá afrontar el "dolor total".
- Las autoridades sanitarias o instituciones debieran facilitar poder prescribir los medicamentos necesarios para aliviar el dolor.
- La industria farmacéutica no debiera estimular la prescripción de los medicamentos más costosos y por otro lado debiera hacer lo posible para éstos sean asequibles económicamente a quienes los necesiten.
- Tampoco debemos abandonar al enfermo que sufre dolor porque ya no ofrece ventajas para la medicina científica. En este caso administraremos el tratamiento paliativo.
- Hay que evitar causar más dolor que el estrictamente necesario con el fin de corroborar diagnósticos o resultados de investigación.
- No es una buena praxis médica engañar al

enfermo que sufre dolor prescribiéndole placebos. ¡Jamás se debe usar un placebo! Con los enfermos en fase terminal es ética y clínicamente inaceptable la utilización de un placebo⁷.

- Es una irresponsabilidad, atribuible a quien corresponda, dedicar la mayor parte de los recursos a la investigación de las enfermedades olvidándonos del alivio del dolor y la asistencia a los enfermos en fase terminal¹.

Es posible que después de haber reflexionado estos puntos tengamos algo más claro que aliviar el dolor de nuestros enfermos no debiera ser un privilegio de ellos, sino un imperativo ético para nosotros.

Actualmente se acepta la importancia de desarrollar estrategias de tratamiento y discutir las posibles directrices futuras con el enfermo y su familia, para que el médico sepa cuáles son los objetivos de los enfermos sobre el tratamiento. El conocimiento de las decisiones de los enfermos sobre el tratamiento del dolor mejora la habilidad del médico para tratar apropiadamente y cuidar humanamente al enfermo con enfermedad avanzada en su etapa terminal². Ningún paciente al final de sus días debería sufrir un dolor insoportable. Estos pacientes que llegan al final de sus vidas no deben sufrir ningún tipo de dolor permanente¹⁴.

“Aceptamos que el alivio del dolor es un derecho, pero sigue siendo un problema internacional” (Prof. Harald Breivik)¹⁷. El tratamiento para aliviar el dolor crónico es un derecho humano (OMS, octubre 2002)¹⁷. Tal vez debamos cambiar nuestra actitud y empezar a reivindicar el tratamiento del dolor como un derecho inalienable de la persona y por tanto como un deber que debe prestar el Sistema Sanitario en su conjunto y los médicos y el resto de personal sanitario, específicamente²³.

Existen pruebas de que el inadecuado tratamiento del dolor no sólo es un problema ético o compasivo, sino que disminuye la calidad global de vida del paciente que lo sufre y también su esperanza de vida²³. Los médicos involucrados en el tratamiento del dolor tenemos que considerar que el inadecuado tratamiento del mismo, cuando disponemos del conocimiento y los medios para ello, no es una falta ética

sino una negligencia²³. Hay un acúmulo de pruebas sobre el tratamiento insuficiente del dolor y la necesidad de derrotar a una “ética de infra-tratamiento”. Una respuesta a este infra-tratamiento del dolor consiste en promover el concepto del alivio del dolor como un problema de salud pública de tal importancia que constituye un derecho humano universal. Aunque no existe ningún derecho humano internacional explícito acerca del alivio del dolor, sí que existe el derecho “al más alto nivel de salud”, lo cual puede implicar fácilmente el derecho al alivio del dolor²⁴. El enfermo terminal tiene derecho a ser liberado del dolor²⁵.

¿CÓMO SATISFACER EL DERECHO DEL ENFERMO Y CUMPLIR NUESTRA OBLIGACIÓN?

De los varios millones de personas que cada día en el mundo sufren algún tipo de dolor y buscan alguna solución a su problema en los diversos dispositivos sanitarios a su alcance, un gran porcentaje de ellas son tratadas de manera insuficiente, inadecuada, o no reciben ningún tipo de medicación por diversos y complejos motivos²⁰. Para que el enfermo en fase terminal pueda ejercer su derecho a una muerte digna deberá recibir, si lo desea, el tratamiento correcto para el dolor físico, alivio del dolor psicológico y apoyo adecuado para el dolor espiritual³. El dolor y el sufrimiento son una inadecuada situación del hombre al no poderse acomodar a la armonía del universo. Es nuestra labor como profesionales de la salud tratar de restaurar esta armonía²⁶. Los médicos hemos de tener una delicada sensibilidad que nos despierte el deseo de servir a quienes más lo necesitan. No podemos ser indiferentes ante el dolor de los demás y hemos de comprender que para ayudar a los pacientes no es suficiente la buena voluntad o la inclinación caritativa, sino que es indispensable instruirse, informarse e ilustrarse para ser realmente útiles y eficazmente competentes²⁶.

El paciente que sufre dolor puede querer alivio y reclamarlo, y el profesional tiene que saber cómo atender a sus requerimientos. Entre ambos debiera establecerse ese gran pacto contra el dolor que evite

la colisión entre los derechos y deberes que cada uno legítimamente reclama, entre lo que el primero pretende y los medios y los conocimientos de los que el segundo dispone para que pueda ser satisfecho²².

Frente al dolor, expresión de enfermedad, los principios postulados por Beauchamp y Childress deben ser valorados y respetados³⁷:

- El principio de *autonomía* está representado por la solicitud, en ocasiones imperiosa, que el paciente hace al médico para que trate su dolor, a veces para él grave e insoportable. Se debe respetar esta solicitud del paciente que sufre su dolencia. Se debe aceptar el testimonio de este elemento, en realidad tan subjetivo, y la respuesta terapéutica se basará en el conocimiento integral de la persona.

- Si la causa tiene un fundamento claro, el médico debe responder a esta demanda tratando de beneficiar al paciente. Es el principio de *beneficencia*. Se debe aportar la mejor analgesia y equilibrar eficacia y riesgo. En ocasiones la eficacia y el riesgo se acercan. En estos casos se debe hacer una evaluación cuidadosa de la causa del dolor y las condiciones de la persona que lo sufre, de modo que el uso del fármaco o la medida terapéutica debe hacerse con el conocimiento y consentimiento informado del paciente y/o los familiares cercanos, si éste no es competente. Se juntan y refuerzan de este modo los principios de autonomía y beneficencia.

- Siempre se debe considerar el principio de *no-maleficencia*, que incluso se impone sobre los dos anteriores. El uso de analgesia u otra medida para tratar el dolor deben ser proporcionales a la causa y condiciones del paciente y buscar el mayor beneficio, pero considerando siempre no dañar. Los tratamientos analgésicos que impiden el sufrimiento de la persona son siempre obligatorios y suspenderlos es maleficiente. Hay situaciones especiales que deben ser consideradas; una de ellas es cuando el dolor intolerable y la analgesia tiene riesgo letal: se debe usar, por ejemplo, morfina o derivados para calmar el dolor o hacerlo más tolerable. El margen de seguridad terapéutica de la morfina es amplio; sin embargo, hay situaciones en las que el efecto agregado del fármaco puede conducir

a disminución de la conciencia y de la función respiratoria, y dar lugar a un acortamiento de la vida. Aquí, la intención, sin duda legítima, no es acortar la vida, sino aliviar el sufrimiento y su principal causa, esto es, el dolor; el resto es una consecuencia no deseada. Lo que aquí se busca primariamente al aliviar el dolor es el apoyo y bienestar del paciente, que le permita seguir viviendo con una cierta calidad de vida.

- Finalmente, frente a quien sufre una enfermedad, sea cual fuere, es fundamental considerar el principio de *justicia*, que incluye al médico y al paciente, pero en especial a la sociedad y al Estado. Como dice Diego Gracia³⁸, es posible luchar contra las injusticias por la vía de la justicia; el problema no está en limitar o no las prestaciones sanitarias, sino en limitarlas bien.

Para ello es preciso:

TENER PRESENTE QUE SI EL ENFERMO DICE QUE LE DUELE ES QUE LE DUELE

¿Quién puede determinar que el dolor del otro es insufrible? Muchas veces, a la vista de nuestra actitud despreocupada ante el dolor, quien solicita nuestra ayuda para aliviarlo no se atreve a decirnos "el dolor lo siento yo y no usted", pero estoy seguro de que sí lo piensa. El médico debe respetar las quejas del dolor del enfermo, tomarlas como serias, establecer su naturaleza y gravedad e instaurar un tratamiento para aliviarlas. Creer sus quejas es fundamental en el manejo del enfermo con dolor en su fase terminal e imprescindible para establecer una relación estrecha con el médico². El único que sabe que le duele es la persona que experimenta el dolor. Nunca podemos conocer de verdad el dolor de otro porque todos respondemos de manera diferente a la enfermedad y al propio dolor⁴.

El médico, en ocasiones, subestima el dolor del enfermo. ¡Cuando el enfermo dice que le duele, es que le duele! El dolor propio siempre es insufrible, el ajeno, siempre exagerado. Muchas veces no tenemos la consideración suficiente ante las quejas de los enfermos de que le aliviemos el dolor⁷. Lo que molesta de manera especial a quien sufre algún dolor es que

nadie "vea" ese dolor ni entienda que es "real". Quien vive esta situación se da cuenta de que sus quejas no son creídas, lo que le obliga a aceptar la frustración de ese dolor. Puede desmoralizarse y perder la esperanza de recuperarse, puede sentir el miedo a la muerte o temer la invalidez. Y comienza a quejarse de la salud perdida, de su imagen alterada y de una autoestima que parece derrumbarse⁷. Es importante que le demos desde el principio que asumimos que su dolor es un problema real, huir de actitudes o afirmaciones que puedan darle la impresión de que consideramos que no tiene nada y que su dolor no es tal⁸. "Si el paciente dice que le duele, es que le duele". Con este principio trabajamos a diario en Cuidados Paliativos; y a éste se añade que "si el paciente dice que le duele mucho, es que le duele mucho"¹⁰. El Dr. Eisember¹⁸ se planteó qué métodos tenemos para medir el dolor cuando una paciente le expresó su decepción por su anterior tratamiento contra el dolor. La enferma le había dicho que había sido muy difícil encontrar un médico que creyese su dolor. Este mismo doctor afirma que uno de los principales retos en el tratamiento del dolor radica en el hecho de que el dolor es siempre una experiencia subjetiva que no se puede medir objetivamente.

Más allá de las definiciones formales de dolor, el clínico ha de considerar que el dolor es una experiencia somato-psíquica y que en definitiva *dolor es lo que el paciente dice que le duele*¹⁹. Tal vez debamos tener en cuenta la definición clínica de dolor: "El dolor es lo que el paciente dice que es, es lo que el paciente describe y no lo que los demás piensan que debe ser". El enfermo moribundo no debe tener que enfrentarse con la ansiedad generada por el dolor ni con la frustración que genera el ciclo de llamar al enfermero porque tiene dolor otra vez y esperar a que se le alivie³¹. Cuando el enfermo dice que le duele, quiere decir que le duele: con demasiada frecuencia infravaloramos el dolor que el enfermo refiere. Es preciso que recordemos que nosotros no estamos para juzgar al enfermo sino para aliviarle³⁵. El médico que está enfrente de una persona que sufre dolor debe creerle o aceptar su testimonio sobre lo que está sufriendo.

El ser humano es irreplicable. Cada persona tiene un umbral del dolor diferente.

IDENTIFICAR EL TIPO DE DOLOR QUE PADECE EL ENFERMO PARA TRATARLO ADECUADAMENTE

El dolor oncológico es el dolor crónico que presenta el paciente con cáncer y se acompaña habitualmente de depresión, ira y ansiedad (dolor total), signos que frecuentemente son mal valorados; además no se realiza un tratamiento adecuado en la esfera afectiva, lo que conlleva un importante deterioro de la calidad de vida⁶.

El tratamiento farmacológico sistémico es la base del tratamiento de la mayoría de los pacientes con dolor moderado o grave y ello requiere la elección del fármaco analgésico adecuado, la prescripción de la dosis óptima, la vía apropiada, la programación del intervalo de administración adecuado...⁶ La OMS recomienda la escalera analgésica constituida por tres escalones consecutivos, pero su aplicación no es rígida. No siempre en un dolor oncológico se debe comenzar por el primer escalón, pues un dolor de intensidad moderada-grave requiere desde su inicio el uso de opioides del tercer escalón, mientras que en un dolor moderado se puede iniciar el tratamiento con un opioide del segundo escalón asociado a un AINE. La duración de un escalón para el control del dolor es variable; la práctica demuestra cómo tras el uso de analgésicos del primer escalón se pasa en poco tiempo al tercer escalón en los casos de rápido incremento de la intensidad del dolor⁶.

Es esencial un análisis riguroso de las características, de la duración y de las causas del dolor, pero también es prioritaria la comunicación fluida y veraz con el enfermo, explorar los aspectos sociales, psicológicos y espirituales del paciente⁶. La complejidad del fenómeno del dolor no puede disuadir al profesional de la necesidad de determinar la causa principal de cada dolor¹¹. Es posible el tratamiento adecuado cuando se identifica una causa probable y se puede explicar al paciente. En muchas ocasiones la explicación al paciente ya puede ser suficiente para aliviar su dolor al saber que se ha identificado una causa probable y



potencialmente tratable¹¹. El proceso de diagnóstico etiológico de los síntomas debe ayudarnos a establecer el tratamiento farmacológico etiológico específico, que será el más eficaz¹⁶. Según X Gómez Batiste³², ya no existe excusa para que un enfermo que necesite un opioide no tenga el apropiado. En bioética se plantea que es legítimo utilizar tratamientos de alto riesgo siempre y cuando el enfermo tenga dolor intolerable y persistente, cuando haya carencia de alternativas a la sobredosis cuando existan altas posibilidades de eficacia analgésica, cuando exista consentimiento del propio paciente o de su legítimo representante y cuando estemos ante una situación de enfermedad terminal.

El objetivo prioritario de los Cuidados Paliativos es el alivio de los síntomas (entre los que el dolor suele tener un gran protagonismo) que provocan sufrimiento y deterioran la calidad de vida del enfermo en situación terminal. Con este fin se pueden emplear analgésicos o sedantes en la dosis necesaria para alcanzar los objetivos terapéuticos, aunque se pueda ocasionar indirectamente un adelanto del fallecimiento. El manejo de tratamientos paliativos que puedan acortar la vida está previsto en el ámbito de la ciencia moral y se considera aceptable de acuerdo con el llamado "principio de doble efecto". Esta cuestión se encuentra expresamente recogida en los códigos deontológicos de las profesiones sanitarias y, si bien puede plantear dilemas éticos, se pueden encontrar soluciones con el adecuado asesoramiento ético, sin que sea necesario judicializar la cuestión⁴⁰.

CONOCER BIEN LOS FÁRMACOS QUE VAMOS A MANEJAR EN EL TRATAMIENTO DEL DOLOR

El dolor crónico y su tratamiento constituyen un gran problema médico, humano y económico, por lo que es de gran importancia para su control que se utilicen todas las opciones posibles¹⁵. Unos principios básicos¹⁶ aconsejables para emplear fármacos contra el dolor pueden ser los que se encuentran en la **tabla 1**.

Según la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP)¹⁷, el dolor crónico es una enfermedad que se exacerba con un inadecuado tratamiento del dolor y la escasa formación de los médicos en la evaluación y

Tabla 1. CRITERIOS BÁSICOS PARA EMPLEAR FÁRMACOS CONTRA EL DOLOR

- Recordar que el objetivo es el confort de paciente.
- Tratar mecanismos fisiopatológicos causales con fármacos de eficacia demostrada y tiempo de acción adecuado.
- Emplear una posología fácil y sencilla.
- Evitar la polifarmacia y racionalizar el uso de fármacos.
- Administrar pauta fija regular para síntomas persistentes, asociada si es preciso a pautas de administración para crisis (dosis extras). No son aconsejables las pautas "a demanda".
- Emplear las vías de administración adecuadas.
- Prevenir los efectos secundarios.
- Informar adecuadamente a los enfermos y a sus familiares.
- Revisar frecuentemente tanto la respuesta como la dosis y la indicación.

el tratamiento del dolor. El tratamiento del dolor, al igual que el tratamiento de las anginas o el asma, tiene que enseñarse antes de que los estudiantes de Medicina del último curso, los médicos jóvenes y otros profesionales sanitarios se sumerjan en la costumbre de la infra-prescripción o, lo que es peor, de opioidefobia. El contenido de esa educación debe abarcar las dimensiones médicas, legales y éticas del manejo del dolor²⁴. Es condición ética imprescindible estudiar, aprender y conocer lo máximo posible del ámbito en el que se trabaja. Desde sus conocimientos, el médico propondrá al paciente con dolor los cursos de acción posibles frente a él. En función de ello, el paciente valorará y decidirá²².

El profesional sanitario ha de poner todo su saber al servicio del enfermo y atender literalmente a los requerimientos del doliente, sin minimizar y/o negar lo que le es expresado, ponerse en el lugar del paciente, acudir a nuestra propia memoria del dolor y abordarlo inmediatamente con medios y recursos adecuados y proporcionados, es decir, con el rigor de una práctica médica basada en pruebas²².

Para quien trata el dolor no existe ya la idea de que "no hay nada que hacer". Como contrapartida, esto

exige un alto nivel de preparación teórica y práctica en muchas áreas de la medicina, de la enfermería y de otras profesiones que intervienen en la asistencia del paciente con dolor en la enfermedad terminal²². El conjunto de conocimientos y el acuerdo sobre las buenas prácticas clínicas en el tratamiento del dolor deben dotar al clínico de competencia suficiente para elaborar un plan terapéutico²². Es condición ética imprescindible estudiar, aprender y conocer lo máximo posible del ámbito en el que se trabaja. Desde sus conocimientos, el médico propondrá al paciente con dolor los cursos de acción posibles frente a él; en función de ello, el paciente valorará y decidirá²². Las principales causas de mala praxis real suelen ser la falta de preparación del médico (incompetencia) y el escaso dominio de la técnica aunque se esté preparado (imprudencia), trabajo de rutina e infravaloración del riesgo²².

En el control del dolor y de otros síntomas contamos con avances espectaculares. El mejor uso de la morfina y de otros opioides potentes, de reciente aparición, así como de otras medidas, consigue suprimir o aliviar el dolor en la mayoría de los enfermos³⁹. Un ejemplo de ello es una de las últimas novedades que se utiliza en el tratamiento del dolor neuropático: la combinación de un opiodes y gabapentina. En estudios recientes se han explorado los efectos beneficiosos potenciales de tratar el dolor neuropático con una combinación de opiodes y gabapentina. Como los dos fármacos actúan por mecanismos completamente diferentes, parece existir sinergia. Ambos tienen una eficacia incompleta cuando se utilizan por separado, por lo que el objetivo del tratamiento de combinación en estos casos es mejorar la eficacia con una incidencia menor de reacciones adversas⁴¹.

EMPLEAR EL TRATAMIENTO ADECUADO PARA EL DOLOR CONCRETO DE ESE ENFERMO QUE TIENE NOMBRE Y APELLIDOS

La atención que se presta al dolor y a su control muestra claramente al paciente que los profesionales tienen en cuenta su padecimiento¹¹. Muchos pacientes sufren dolor al final de sus vidas, aunque no siempre

lo manifiestan o bien se encuentran con el escepticismo de los médicos. Una evaluación detallada y un tratamiento a medida pueden conseguir que incluso el dolor más intenso sea llevadero en los últimos días de vida¹⁴. El médico no debe oponerse al uso de sedativos enérgicos que mitiguen el dolor, aunque ese tratamiento pueda contribuir involuntariamente a la muerte del enfermo. Actualmente podemos dar bastante seguridad a los enfermos en los que se prevé una muerte con dolor en el sentido de que no tenemos ni estamos innecesariamente limitados a la hora de suministrar tratamientos fuertes para mitigar su dolor³⁰. El paciente que sufre puede querer alivio y reclamarlo, y el profesional tiene que saber cómo atender a sus requerimientos²².

TENER EN CUENTA QUE QUIEN NOS VA A INDICAR LA EFICACIA DE LA ANALGESIA QUE LE HAYAMOS PROCURADO SERÁ EL PROPIO ENFERMO CUANDO DIGA: "DOCTOR, YA NO TENGO DOLOR"

En este tipo de enfermos con sospecha de dolor crónico, la afectación de la calidad de vida es un índice de la eficacia analgésica¹³. El objetivo del tratamiento consiste en disminuir el dolor hasta un grado aceptable por el paciente¹⁴. La potencia del analgésico será determinada por la intensidad del dolor y nunca por la supervivencia prevista: aunque supiéramos a ciencia cierta la vida que le queda al paciente, es inhumano esperar al final para aliviarle el dolor. No hay ningún motivo para retrasar el comienzo con los analgésicos potentes³⁵.

¿QUIÉNES MÁS TIENEN RESPONSABILIDADES ÉTICAS EN EL TRATAMIENTO DEL DOLOR DEL ENFERMO QUE SUFRE AL FINAL DE LA VIDA?

Además de todo lo que he analizado en los apartados anteriores existen otras circunstancias que inciden en la mala asistencia al enfermo con dolor, sobre todo en los enfermos oncológicos y no oncológicos en su fase terminal, como es la falta de profesionales de la salud entrenados, la ausencia de enseñanza de



estos temas, la persistencia de mitos sobre el uso de la morfina, el miedo exagerado a producir adicción a los narcóticos y considerar las unidades de dolor y de cuidados paliativos como áreas poco interesantes e innecesarias. Además, los gobiernos no implementan programas oficiales para aliviar el dolor ni atender a los enfermos en fase terminal porque dice que no son rentables¹.

La Universidad y las autoridades sanitarias pueden ayudar a resolver estas carencias. Y esto no depende de nosotros, que estamos junto al enfermo, sino de quienes están sentados en sus despachos gestionando los recursos de todos los ciudadanos; por eso podemos afirmar que ellos también tienen responsabilidades éticas.

Una catedrática de anestesiología de la Facultad de Medicina de Cádiz escribía la siguiente carta al Director de la Revista de la Sociedad Española del Dolor:

“Sr. Director:

Después de luchar durante tantos años de una manera científica, ética y constante, he conseguido que en los Planes de Estudios de la Licenciatura de Medicina se incluya la asignatura “Fundamentos de tratamiento del dolor”.

Es para mí, como catedrática de Anestesiología, un honor haberlo conseguido. Este éxito ha sido posible gracias a los que me han ayudado con sus consejos y con sus apoyos, sin olvidar también todos los contratiempos que han surgido por la miopía de algunos.

Espero que en lo sucesivo podamos seguir consiguiendo que esta materia sea ampliamente aceptada”⁹.

Como vemos, la formación en el tratamiento del dolor no es fácil de conseguir. Incidir en esta formación en el pregrado es fundamental para que cuando haya que responder ante un enfermo con dolor no le abandonemos al sufrimiento resignado y justificado con la frase “es normal que tenga dolor con la enfermedad que está padeciendo”. Esto no se puede justificar desde el punto de vista científico ni desde el punto de vista ético. Es verdad que la enfermedad le producirá dolor, pero nosotros se lo tenemos que aliviar.

Los conocimientos sobre el dolor sólo están opcionalmente presentes en los programas universitarios de formación sanitaria y en los de las diferentes especialidades. En cuanto que el dolor en los pacientes con

enfermedad terminal va cobrando más importancia, ha sido en especialidades como la Oncología, los Cuidados Paliativos, la Anestesiología o la Medicina de Familia, donde se ha incorporado una formación específica sobre el mismo²².

Hoy la medicina sigue la política macroeconómica de la eficiencia y deja de lado la asistencia ética que dignifica la profesión médica. Es obligación ética de los gobernantes, la sociedad, los centros de alivio del dolor y cuidados paliativos, instruir a los médicos a investigar, remunerar adecuadamente a quienes se dedican a estos menesteres, reconocer la importancia que tienen las clínicas de alivio del dolor y cuidados paliativos en los hospitales y facultades de medicina y motivar a la adquisición de nuevos aprendizajes... Los laboratorios farmacéuticos tienen la obligación ética de facilitar y abaratar sus productos de manera que se puedan conseguir fácilmente; no debe primar el concepto de rentabilidad económica sino el de disminución del dolor y del sufrimiento de los enfermos¹.

El número de consultas relacionadas con el dolor está aumentando, pero el tiempo que los médicos dedican a cada una se reduce. El 80% de los médicos consultados sobre este tema considera que las consultas relacionadas con el dolor seguirán aumentando; el 72% admite no dedicar suficiente tiempo al paciente con dolor⁸.

La Dra. Simpson¹⁸ afirmó en un debate del OPEN Minds sobre cuál es el mejor modo de acabar con las barreras a las que se enfrentan los médicos y que les impiden dispensar un tratamiento óptimo de dolor a sus pacientes, que en muchos países persisten importantes obstáculos reglamentarios que limitan y complican la prescripción de opioides; a menudo se exagera la presión sociocultural para que no se prescriba ni se acepte ninguna medicación basada en opioides. Uno de los principales temas debatidos en la reunión fue la sensación de que los médicos europeos no cuentan con la suficiente información sobre las tendencias actuales respecto al tratamiento del dolor y el uso de opioides. Por ello, se hace necesaria una formación obligatoria y específica, tanto en la enseñanza superior como en los programas de formación médica continuada, con el fin de obtener mayores conocimientos.

Debemos tener en cuenta que, junto a las repercusiones sociales, laborales y económicas de una inadecuada política analgésica, son bien conocidas las consecuencias sobre la morbilidad de los pacientes, que se recuperan antes y mejor si reciben un tratamiento adecuado²⁰. El hecho de que la finalidad prioritaria de la medicina haya sido curar las enfermedades ha relegado la importancia del tratamiento del dolor, considerado como un mero síntoma²².

Hacer daño al paciente (maleficencia) no consiste únicamente en indicarle terapéuticas dañinas o inadecuadas, sino también en no tratarle cuando esto es posible y asequible. La falta de alivio del dolor se concreta en diferentes situaciones: el paciente recibe un tratamiento incompleto o inadecuado, indicación que corresponde demasiadas veces al llamado tratamiento habitual: fármaco si dolor; los pacientes politratados sufren más dolor por alteraciones iatrogénicas; se ignora y no se trata el síntoma del dolor.

CONCLUSIÓN FINAL

La bioética debe propiciar el marco necesario para la buena práctica clínica en el tratamiento del dolor en todas sus vertientes, entendida ésta de forma amplia, ya que repercutirá en el bien del paciente y en sus derechos, que es a lo que todos aspiramos desde el ámbito sanitario y desde la propia comunidad a la que servimos²⁰. El médico que se enfrenta a tratar el dolor debe actuar en beneficio del enfermo, ofrecerle la mejor analgesia posible y buscar los medios más eficaces y de menor riesgo para tratar el dolor; en otras palabras, debemos ser beneficiantes. Pero más que las siete mil palabras que he empleado en este artículo, tal vez les motive para aliviar el dolor de sus enfermos las diez palabras que empleó D. Gregorio Marañón cuando dijo: "un dolor curado justifica toda la vida de un médico".

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Álvarez T, Velásquez O. <http://www.scare.org.co/rca/archivos/articulos/1998>
- 2.- Varios autores. Osakidetza (Servicio Vasco de Salud). El dolor en el paciente con cáncer. Vitoria, 1995.
- 3.- Lizón J. Cuestiones éticas en los cuidados paliativos de pacientes terminales. En: MEPA. Cursos de Medicina Paliativa en Atención Primaria. Madrid: Astra Zeneca: 478.
- 4.- Kessler D. El derecho a morir en paz y con dignidad. Barcelona: Tikal, 1997;73-105.
- 5.- Barrios LF. Marco jurídico de la analgesia (énfasis en el paciente terminal). Madrid: You & Us SA, 2005;145-149.
- 6.- Fernández B, Pastor G. Guía de práctica clínica: dolor oncológico. 2ª edición. Sevilla: Hospital Universitario Virgen del Rocío, Abril 2005.
- 7.- Gómez-Sancho M, Reig E. Uso de la morfina. Madrid: UPSA Médica, 1997.
- 8.- <http://www.bioeticaweb.com>
- 9.- Carrasco-Jiménez MS. Docencia Pregrado de Dolor. Rev Soc Esp Dolor 2003;10:54.
- 10.- Rubiales AS et al. Cuestionarios, escalas y certeza diagnóstica. Med Paliativa 2006;13:87.
- 11.- Thompson J, Regnard C. Dolor. En: Guía Práctica de Cuidados Paliativos. Aspectos médicos. Lassaunière JM. Barcelona: J&C Ediciones Médicas SL, 2003;17-30.
- 12.- Berro MJ. Particularidades del tratamiento del dolor crónico en el anciano. Biblioteca del dolor. Publicaciones Permanyer. Módulo III. 2006.
- 13.- Reinoso F. La valoración del dolor en pacientes con disfunción cognitiva. Rev Algía Internacional 2004;8:14-8.
- 14.- Abraham J. Valoración y tratamiento del dolor en los pacientes terminales. Cómo valorar las necesidades y proporcionar alivio farmacológico. Rev Postgraduate Medicine/ Tratamiento del dolor 2002;8:67-74.
- 15.- Torres LM, Martínez J, Contreras D. Fentanilo TTS en España: 3 años de experiencia clínica en Unidades de Dolor. Rev Soc Esp Dolor 2002;9:217-28.
- 16.- Aguilar J et al. El dolor en el enfermo hematológico: cuidados paliativos integrales. Rev Soc Esp Dolor 1999;6:436-48.
- 17.- Paineurope. Entrevistas del XI Congreso Mundial IASP sobre el dolor.
- 18.- Paineurope. 2005. núm 3.
- 19.- Porta J, Rodríguez D, Sala C. Dolor. En: Manual de control de síntomas en pacientes con cáncer avanzado y terminal. ARAN, 2004.
- 20.- Vilanova FL. Calidad en la asistencia al dolor: un derecho de los pacientes. V Congreso de la Sociedad Española del Dolor.
- 21.- Marijuán M. Aspectos éticos en el tratamiento del dolor. Algía;4:38-40.
- 22.- Marijuán M. El tratamiento del dolor y sus problemas éticos. En: Couceiro A. Ética en Cuidados Paliativos. Madrid: Triacastela, 2004;127-41.
- 23.- Torres LM. El tratamiento del dolor como un derecho de todos. Rev Soc Esp Dolor 2005;12:399-400.
- 24.- Brennan F, Cousins MJ. El alivio del dolor como un derecho

BIBLIOGRAFÍA

- humano. *Rev Soc Esp Dolor* 2005;12:17-23.
- 25.- Guías Médicas. Problemas éticos al final de la vida. SECPAL. www.secpal.com.
- 26.- Sarmiento RM. Dolor y bioética. *Rev Col Anets* 1998; 26:213.
- 27.- Bonica JJ. Tratamiento del dolor. Introducción. Barcelona: Salvat, 1959;3.
- 28.- Velasco M. Bioética en enfermería. *Boletín de la Comisión Nacional de Bioética*, 1994;2:11-13.
- 29.- Bátiz J. Cuidados Paliativos en la Vejez. En: *Rev Letras Deusto. Monográfico Gerontología* 2005;107:119-139.
- 30.- Quil TE. La muerte médicamente asistida: ¿progreso o peligro? En: *Morir con Dignidad: Dilemas éticos en el Final de la Vida*. Fundación de Ciencias de la Salud, 1996:17.
- 31.- Flórez JA. Cuidados paliativos en el enfermo geriátrico: la calidad de vida. En: *Aspectos psicoafectivos del enfermo terminal: atención ética integral*. Barcelona: Astra-Zéneca, 2001:211-34.
- 32.- Estudio ALGOPAL. *Siete Días Médicos* 2006;686.
- 33.- Southwspaper Michigan Inservice. Education Council. Ann Landers. *Syndicated Newspaper Column*, 1978.
- 34.- Castillo-Ojugas A. Consideraciones sobre el dolor en el refranero español. *Sístole* 1998;211:38.
- 35.- Pascual A. *Jano* 2000;1367.
- 36.- Marañón G. *Obras completas*. Vol. 1. Madrid: Espasa-Calpe, 1968;372.
- 37.- Carvallo A. Ética y dolor. *Reumatología* 2002;18:53-55.
- 38.- Gracia D. ¿Limitación de prestaciones sanitarias? En: Gracia D (Ed.). *Ética y Vida 4: Profesión médica, investigación y justicia sanitaria*. 1ª ed. Santa Fe de Bogotá: El Boeho Ltda, 1998;189-94.
- 39.- Ciprés L, Fernández P, Gómez X, Gómez M, Pascual A, Pérez M, Porta J, Viñas J. Declaración sobre la atención médica al final de la vida. *Medicina Paliativa* 2002;9:30.
- 40.- Comité de Ética de la SECPAL. Declaración sobre la eutanasia de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos. *Medicina Paliativa* 2002;9:37.
- 41.- Harvey JN. Actualización sobre los tratamientos del dolor neuropático. *Paineurope* 2006:3.