

Aspectos éticos de la analgesia en cuidados paliativos

Autor:

Jacinto Bátiz, jefe de la Unidad de Cuidados Paliativos del Hospital "San Juan de Dios", Santurce/Vizcaya, España

ABSTRACT

Ethical aspects of the analgesia in palliative cares

The pain is possibly the first cause of consultation of the medicine and continues being one of the main challenges in our daily praxis. It is incomprehensible that with all the advances we are immersed in and the therapeutic weapons so simple and effective we have, we have not overcome the ethical problem in a great percentage of the patients.

According to data presented by the Health World Organization 25% of terminal oncological patients had not received any sedative in the last 24 hours.

The pain control represents a reachable challenge for all the doctors and the society. In a person with an uncontrollable chronic painful suffering the death is his/her best relief and deign trance.

It is necessary that as well the medicine as the doctors themselves act immediately to try to improve in any of the cases the quality of life of each and all of our patients.

Según el anestesiólogo Sarmiento,¹ 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, para Milton² el dolor es un acabado suplicio, el peor de todos los males y cuando es excesivo termina con toda paciencia. Si tomamos en cuenta estas definiciones es preciso y, además, útil reflexionar sobre el tratamiento del dolor desde el punto de vista ético.

¿Qué papel juega la ética?, ¿por qué considerar aspectos éticos frente al dolor? La respuesta está en el ser humano mismo, en el individuo doliente. Más allá de las medidas científico-técnicas que adoptemos para tratar a quien sufre dolor, es básico y fundamental conocer a la persona misma, con su carga física y espiritual. La ética nos ayuda a humanizar la medicina. Sirve para diferenciar entre querer o poder hacer y el deber ser, tan importante no sólo en las decisiones médicas, sino en las decisiones que se toman en la vida.³ La ética clínica, entendida como la metodología que promueve la toma de decisiones respetando los valores de quienes intervienen, debe ser adoptada como un método de trabajo cotidiano que permite resolver y orientar la inmensa mayoría de dilemas en la atención de enfermos al final de la vida.⁴ Según Velasco,⁵ 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 dolor, posiblemente la primera asignatura de la medicina de todos los tiempos, continúa siendo uno de los retos en nuestra práctica diaria. Pero es incomprendible 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.

Los enfermos terminales europeos sufren dolor innecesario según la OMS. En los trabajos recogidos por esta organización consta que entre los pacientes terminales de cáncer de algunos hospitales y residencias de mayores, más de 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 angustiante que la propia muerte. En una persona con un padecimiento avanzado el dolor es el síntoma más frecuente asociado a la percepción de no encontrarse bien.⁶ El dolor es el acompañante habitual del ser humano en el trance de morir.⁷ 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 de la vida.⁸ Reflexionar sobre los aspectos éticos relacionados con la asistencia a los individuos 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 le permite una muerte placida y digna, ayudará a humanizar nuestra atención y a conseguir que el porcentaje de los enfermos que presentan dolor y que no desean padecerlo, se aproxime a 0%.

Tal vez escuchemos muchas ponencias, leamos muchos artículos en los que se tratan con detalle y desde todos los ángulos los diversos tratamientos del dolor, pero será muy poco lo que podamos oír y leer sobre cómo hay que hacerlo éticamente. A pesar de las publicaciones dedicadas a los aspectos bioéticos de las intervenciones médicas, pocas han considerado el tratamiento del dolor, por eso me ha parecido conveniente abordar el 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*⁹ crearon un grupo de trabajo destinado a analizar las complicaciones bioéticas del tratamiento del dolor en la enfermedad terminal y la terapéutica analgésica inadecuada especialmente en niños y ancianos.

Marijuan¹⁰ ha analizado las consecuencias del tratamiento inadecuado sobre los principios bioéticos tradi-

cionales: no maleficencia, justicia y autonomía. Según ella, el principio de no maleficencia se encuentra vulnerado claramente cuando los pacientes no son aliviados a pesar de que existan medios para hacerlo, ya que este precepto defiende la premisa de no hacer daño, pero además hacer bien el trabajo encomendado. El principio de justicia deja de respetarse debido a la imposibilidad de tratar correctamente a todos los pacientes por razones tan azarosas como la existencia de una unidad de dolor a la cual remitirlos o la existencia de directrices analgésicas adecuadas en un centro determinado. La presencia de mitos o creencias erróneas en los enfermos, como los graves riesgos de utilizar la morfina, reducen su capacidad de decisión consciente y, por tanto, impiden ejercer su autonomía de forma apropiada.

Imperativo ético de la analgesia

El enfermo tiene derecho a que su dolor sea aliviado, y el médico tiene el deber de aliviárselo. No es posible considerar el tratamiento del dolor como una cuestión opcional, sino que se debe tomar como un imperativo ético. Yo me atrevería a afirmar que los médicos tenemos una responsabilidad deontológica en el uso de la analgesia.¹¹

Si ya está 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 reflexionar sobre lo siguiente:

- No se debería permitir que alguien sufriera dolor por ignorar cómo tratarlo, por temor a 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 deberían 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.
- 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 alguna investigación. ►

- No sería una buena praxis médica engañar al enfermo que sufre dolor prescribiéndole placebos.
- Sería una irresponsabilidad, de quien corresponda, dedicar la mayor parte de los recursos a la investigación de las enfermedades, olvidándose del alivio del dolor y la asistencia a las personas en fase terminal.

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

Existen evidencias 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 vida. Los médicos que estamos involucrados en el manejo del dolor debemos considerar que el inadecuado tratamiento del mismo cuando disponemos del conocimiento y los medios para ello, no es una falta ética sino una negligencia.¹²

¿Cómo satisfacer el derecho del enfermo y cumplir nuestra obligación?

Para satisfacer el derecho que tiene el enfermo a recibir tratamiento contra el dolor que padece, es preciso tener presente que si el paciente dice que le duele es que le duele; debemos evitar creer que el dolor propio es insufrible y el ajeno, siempre exagerado. Tendremos que identificar el tipo de dolor que padece para tratarlo adecuadamente; una condición ética imprescindible es estudiar y aprender lo máximo posible con lo que se trabaja, por lo que debemos conocer bien los fármacos que usaremos en el manejo del dolor. Es preciso emplear el tratamiento adecuado para el dolor concreto de ese enfermo que tiene nombre y apellidos; hemos de tener en cuenta que quien nos va a indicar la eficacia de la analgesia que le hayamos procurado será el propio paciente cuando diga: “doctor, ya no tengo dolor”.

Antes de explicar con más detalle los consejos que acabo de describir, deseo insistir en que no podemos ser indiferentes ante el dolor de los demás y hemos de comprender que para ayudar a los enfermos no es suficiente la buena voluntad o la inclinación caritativa, sino que es indispensable instruirse, informarse e ilustrarse para ser realmente útil y eficazmente competente.¹³

El enfermo 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 satisfecho.¹⁴

1. 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, ante nuestra actitud despreocupada frente al dolor del enfermo que solicita nuestra ayuda para aliviarlo, puede ser que no se atreva a decirnos: “el dolor lo siento yo y no usted”, pero estoy seguro que sí lo piensa. El médico debe respetar las quejas del dolor que manifiesta el paciente, tomarlas en serio, establecer su naturaleza y severidad e instaurar un tratamiento para aliviarlas. Creer en sus quejas es fundamental para el manejo del individuo con dolor en su fase terminal e imprescindible para establecer una relación estrecha con el médico.¹⁵ El único que sabe lo que le duele es la persona que experimenta el dolor. Nunca podremos conocer de verdad el dolor de otro porque todos respondemos de manera diferente a la enfermedad y al propio dolor.¹⁶

Muchas veces no mostramos la consideración suficiente ante la petición de los enfermos de que aliviamos su dolor. 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 no creen en sus quejas, lo que lo 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, así como comenzar a quejarse de la salud perdida, de su imagen alterada y de una autoestima que parece derrumbarse.¹⁷ Es importante demostrarle desde el principio que asumimos que su dolor es un problema real y evitar actitudes o afirmaciones que puedan darle la impresión de que consideramos que no tiene nada y que su dolor no es tal.¹⁸

El médico que está frente a una persona que padece dolor debe creerle y aceptar su testimonio sobre lo que está sufriendo. Tal vez para ello tengamos que considerar la definición clínica de dolor: “el dolor es lo que el enfermo dice que es, es lo que el enfermo describe y ►

no lo que los demás piensan que debe ser". El paciente moribundo no debe enfrentarse a la ansiedad provocada por el dolor ni a la frustración que genera llamar al enfermero porque tiene dolor otra vez y esperar a que éste sea aliviado.¹⁹

2. Es necesario identificar el tipo de dolor que padece el enfermo para tratarlo adecuadamente.

El dolor crónico que presenta la persona con cáncer se acompaña habitualmente de depresión, ira y ansiedad, signos que frecuentemente son mal valorados. No se brinda un tratamiento adecuado en la esfera afectiva, lo que conlleva a un importante deterioro de la calidad de vida.²⁰ Es esencial realizar un análisis riguroso de las características, la duración y las causas del dolor, pero también es prioritaria la comunicación fluida y veraz con el enfermo, explorando los aspectos sociales, psicológicos y espirituales de éste.²¹ La complejidad del fenómeno del dolor no puede disuadirnos de la necesidad de determinar la causa principal de cada dolor. Establecer el tratamiento adecuado es posible cuando se identifica una causa probable y se le puede explicar al enfermo. En muchas ocasiones la explicación que se le da al paciente puede ser suficiente para aliviar su dolor al saber que se ha identificado una causa probable y potencialmente tratable.²²

3. Es indispensable conocer bien los fármacos que se manejarán en el tratamiento del dolor.

Sería conveniente tener en cuenta criterios²³ de uso de fármacos contra el dolor, como podrían ser:

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

Los médicos deberíamos conocer muy bien los fármacos que vamos a emplear, sobre todo en el tratamiento del dolor. Actualmente disponemos de un arsenal muy amplio de analgésicos y otros fármacos adyuvantes para los distintos tipos de dolor, pero es preferible que prescribamos aquellos medicamentos que conocemos muy bien (aunque sea un número reducido) que emplear cualquiera de los que disponemos si sólo tenemos un conocimiento superficial de ellos.

Según la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP),²⁴ el dolor crónico es una enfermedad que se exacerba con un inadecuado tratamiento por la escasa formación de los médicos en la evaluación y en su tratamiento. El manejo de este síntoma, al igual que el tratamiento de las anginas o del asma, tiene que enseñarse antes de que los estudiantes de medicina del último curso, los médicos jóvenes y otros profesionales sanitarios se sumerjan en una cultura de infraprescripción o, lo que es peor, de opiofobia.

Es una condición ética imprescindible estudiar, aprender y conocer lo máximo posible del ámbito en el que se trabaja. Desde sus conocimientos, el médico propondrá al enfermo con dolor los cursos de acción posibles frente a él. En función de ello, el paciente valorará y decidirá. 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 riesgo.²⁵

En el control del dolor 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 enfermos.²⁶ Nuestro deber ético es conocer a detalle los fármacos que emplearemos en el tratamiento del dolor de los pacientes.

4. Es fundamental tener en cuenta que quien indicará la eficacia de la analgesia que le hemos procurado será el propio enfermo cuando diga: "doctor, ya no tengo dolor".

En los pacientes con sospecha de dolor crónico la afectación de la calidad de vida será un índice de la eficacia analgésica.²⁷ El objetivo de la analgesia en cuidados paliativos consiste en disminuir el dolor hasta un grado aceptable por el enfermo.²⁸ La potencia del analgésico se determina-

rá de acuerdo a la intensidad del dolor y nunca a la supervivencia prevista. Sería inhumano esperar al final para aliviar el dolor, ya que no hay ningún motivo para retrasar el comienzo con analgésicos potentes.²⁹

¿Quiénes más tienen responsabilidades éticas en el tratamiento del dolor del enfermo que sufre al final de su vida?

Además de todo lo que he analizado en los apartados anteriores, existen otras circunstancias que inciden en la mala asistencia del individuo con dolor, sobre todo en los enfermos oncológicos y no oncológicos en su fase terminal, como la falta de profesionales de la salud entrenados, la no 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 implantan programas oficiales para aliviar el dolor ni atender a las personas en fase terminal por no considerarlos rentables.³⁰

La universidad y las autoridades sanitarias pueden ayudar a resolver estas carencias. Y esto no depende de quienes estamos cerca del enfermo, sino de aquellos que están sentados en sus despachos gestionando los recursos de todos los ciudadanos, por eso podemos afirmar que ellos también tienen responsabilidades éticas. La formación sobre el tratamiento del dolor en el pregrado es fundamental para que cuando ya como médicos tengan que intervenir ante un enfermo con dolor, no lo abandonen al sufrimiento resignado, justificándose 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 ético. Es verdad que el padecimiento le provocará dolor, pero nosotros debemos aliviarlo.

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 los cuidados paliativos, motivar a los médicos para 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 promover nuevos aprendizajes. La industria farmacéutica tiene la obligación ética de facilitar y abaratar sus productos de tal manera que se puedan conseguir fácilmente; no debe prevalecer el concepto de rentabilidad económica sino el de disminución del dolor y del sufrimiento de los enfermos.³¹

La doctora Simpson³² comentó en un debate del *Open Minds* cuál es el mejor modo de acabar con las barreras a las que se enfrentan los médicos y que les impiden dispensar un tratamiento adecuado del dolor a sus enfermos; en muchos países persisten importantes obstáculos reglamentarios que limitan y complican la prescripción de opioides, exacerbando a menudo la presión socio-cultural 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 problemas de formación médica continua, con el fin de obtener mayores conocimientos.

Deberíamos 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 enfermos, que se recuperan antes y mejor si reciben un tratamiento adecuado del dolor.³² El hecho de que la finalidad prioritaria de la medicina haya sido curar las enfermedades, ha relegado la importancia del tratamiento del dolor, considerándolo como un mero síntoma.³³

A modo de conclusión

La bioética debería 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 bienestar del enfermo y en sus derechos, que es a lo que todos aspiramos desde el ámbito sanitario y desde la propia comunidad a la que servimos.³⁴

Hacer daño al enfermo (maleficencia) no consiste únicamente en indicarle tratamientos perjudiciales o inadecuados.

cuados, sino en no tratarlo cuando es posible y asequible. El médico que se dispone a tratar el dolor debe actuar en beneficio del paciente, ofrecerle la mejor analgesia posible y buscar los medios más eficaces y de menos riesgos para tratar el dolor. En otras palabras, debemos ser benéficos. Pero más que las casi cuatro mil palabras que he empleado en este artículo, tal vez los motive para aliviar el dolor de sus enfermos las diez palabras que empleó D. Gregorio Marañón³⁵ cuando dijo: “un dolor curado justifica toda la vida de un médico”. **DOLOR**

Agradecemos las atenciones prestadas por el Hospital San Juan de Dios, España, y la enorme labor editorial del Dr. Jacinto Bátiz, así como a la Revista Española de Dolor por su cooperación en la publicación de este artículo.

Referencias bibliográficas

1. Sarmiento RM. Dolor y bioética. *Rev Col Anest* 26:213, 1998.
2. Bonica JJ. *Tratamiento del dolor: Introducción*. Ed. Salvat. Barcelona, 1959 p. 3.
3. Carvallo A. Ética y dolor. *Rev Reumatología* 2002; 18(2):53-55.
4. Cipres 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. *Rev Medicina Paliativa* Vol. 9 núm 1; 2002: p. 30.
5. Velasco M. Bioética en enfermería. *Boletín de la Comisión Nacional de Bioética*. Año 1, núm. 2, 11 a 13. 1994.
6. Varios autores. Osakidetza (Servicio Vasco de Salud). *El dolor en el paciente con cáncer*. Vitoria, 1995.
7. Marijuan M. El tratamiento del dolor y sus problemas éticos. En: *Ética en cuidados paliativos*. Couceiro A. Triacastela. Madrid, 2004: 127-141.
8. Kessler D. El derecho a morir en paz y con dignidad. *Tikal*. Barcelona, 1997: 73-105.
9. Vilanova FL. Calidad en la asistencia al dolor: un derecho de los pacientes. *V Congreso de la Sociedad Española del Dolor*.
10. Marijuan M. Aspectos éticos en el tratamiento del dolor. *Algía* 4: 38-40.
11. Bátiz J. Responsabilidad deontológica de aliviar el dolor. *Revista OMC* núm. 3:42. Sept-oct. 2007.
12. Torres LM. El tratamiento del dolor como un derecho de todos. *Rev Soc Esp Dolor* 12:399-400;2005.
13. Sarmiento RM. *Op. cit.*
14. Marijuan M. *Op. cit.*
15. Varios autores. Osakidetza (Servicio Vasco de Salud). *Op. cit.*
16. Kessler D. *Op. cit.*
17. Torres LM. *Op. cit.*
18. <http://www.bioeticaweb.com>
19. Florez JA. Cuidados paliativos en el enfermo geriátrico: la calidad de la vida. En: *Aspectos psicoafectivos del enfermo terminal: atención ética integral*. Astra-Zeneca. Barcelona, 2001: 211-234.
20. Fernández B, Pastor G. *Guía de práctica clínica: dolor oncológico*. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. Abril/2005. 2a edición.
21. Fernández B, Pastor G. *Op. cit.*
22. Thompson J, Regnard C. Dolor. En: *Guía práctica de cuidados paliativos. Aspectos médicos*. Lassauniere JM. J&C Ediciones Médicas SL. Barcelona, 2000:17-30.
23. Aguilar J, et al. El dolor en el enfermo hematológico: cuidados paliativos integrales. *Rev Soc Esp Dolor* 6:436-448;1999.
24. *PainEurope* núm. 3, 2005.
25. Marijuan M. *Op. cit.*
26. Cipres L, et al. *Op. cit.*
27. Reinoso F. La valoración del dolor en pacientes con disfunción cognitiva. *Rev Algía Internacional* núm. 8, año 2004:14-18.
28. Abraham J. Valoración y tratamiento del dolor en los pacientes terminales. Cómo valorar las necesidades y proporcionar alivio farmacológico. *Rev Posgraduate Medicine/ Tratamiento del Dolor* vol. 8, núm. 5, noviembre/2002: 67-74.
29. Pascual A. *Rev Jano* núm. 1, 367, vol. LIX. Extra noviembre/2000.
30. Álvarez T, Velázquez O. <http://www.scare.org.co/rca/archivos/articulos/1998>
31. Álvarez T, Velázquez O. *Op. cit.*
32. *PainEurope* núm.3, 2005, *Op. cit.*
33. Vilanova FL. *Op. cit.*
34. Marijuan M. *Op. cit.*
35. Vilanova FL. *Op. cit.*
36. Marañón G. *Obras completas*. Espasa-Calpe. Madrid, 1968. vol. 1, p. 372.