

CONSIDERACIONES BIOÉTICAS EN EL TRATAMIENTO DEL DOLOR

Enrique Soler Company* y M^a Carmen Montaner Abasolo**

RESUMEN

En el abordaje del dolor, al igual que en otros aspectos de toma de decisiones clínicas, cabe una aproximación de tipo ético. Empezamos revisando las dimensiones del dolor en sus distintas vertientes, los componentes que lo conforman, sus repercusiones fisiopatológicas, la prevalencia y las causas de su inadecuado control, para, a partir de ello, fundamentar el control del dolor como un derecho inherente a la dignidad de la persona humana, que en su unicidad sufre cuando experimenta el dolor. Y terminamos realizando un somero análisis ético, a la luz de los principios éticos de respeto a la persona humana, la beneficencia, la no maleficencia y la justicia.

PALABRAS CLAVE: dolor, ética, bioética, derechos humanos, tratamiento del dolor.

ABSTRACT

In addressing pain, just like in other aspects of clinical decision-making, an approach of ethical nature is required. We begin by examining the dimensions of pain at its different sources, along with its components and physiopathological repercussions, its prevalence and the causes of its inadequate handling so that, from these bases, we can establish pain control as a right that is inherent to the dignity of the human being since, in its uniqueness, it suffers from experiencing pain. Then we finally make a brief ethical analysis in the light of the basic ethical principles of respect for the human individual, and of benevolence, no malice, and justice.

KEY WORDS: pain, ethics, bioethics, human rights, treatment of pain.

En el abordaje del dolor también cabe una aproximación de tipo ético, y al referirnos a los aspectos bioéticos del tratamiento del dolor no hacemos otra cosa que preguntarnos sobre “lo que está bien” y

* Doctor en Farmacia. Especialista en Farmacia Hospitalaria y en Análisis y Control de Medicamentos y Drogas. Magíster en Bioética y en Prevención y Tratamiento de Conductas Adictivas. Jefe del Servicio de Farmacia del Hospital “Francisc de Borja”, de Gandía, Valencia. Profesor Asociado del Departamento de Farmacología de la Universitat de Valencia, España. E-mail: soler_enrcom@gva.es

** Licenciada en Farmacia. Doctoranda en Ciencias de la Educación. Especialista en Farmacia Hospitalaria. Jefa del Departamento de Religión y Moral Católica del IES Ausias March, de Gandía, Valencia, España.

“lo que está mal” en ese ámbito. Es decir, lo que debemos y no debemos hacer en esa relación asistencial.

Mediante el presente trabajo, fruto de una revisión y de algunas aportaciones personales, queremos seguir incidiendo sobre la escasa atención de la que ha sido y es objeto la persona aquejada de dolor. Todavía hoy, como más adelante veremos, millones de personas sufren de distintos tipos de dolor que puede evitarse. Creemos que esta falta de consideración del dolor ajeno, por parte de los profesionales sanitarios, constituye un problema ético de primera magnitud, que afecta directamente a las personas y que atenta contra su dignidad.



EL DOLOR COMO EXPERIENCIA PERSONAL

El dolor es consustancial al ser humano y anejo a su debilidad corporal, ante las fuerzas negativas que le rodean y le oprimen. Desde la más remota antigüedad, desde la aparición del ser humano sobre la Tierra, este se ha esforzado en su defensa contra tan insoslayable enemigo. “En el duelo contra el dolor –dice Berosot– se ponen en juego todos los recursos del género humano”. Este mismo autor añade: “¡No, el dolor no nos impulsa a obrar, nos impide hacerlo! En el combate que hay que librar con él, absorbe fuerzas que servirán para obras admirables” (1). También Albert Schweitzer dijo en cierta ocasión: “El dolor es para la humanidad más terrible que la misma muerte” (2).

El dolor, escribe Emily Dickinson, solo tiene un conocido, y es la muerte. El difuso parentesco con la muerte es lo que sin duda ayuda a explicar nuestras respuestas, a veces aterrorizadas, ante el dolor. El dolor nos acerca todo lo que nos es posible acercarnos al conocimiento de la muerte, de nuestra propia aniquilación. Este es, por ejemplo, un retrato que nos propone el amigo de Johnson, Edmund Burke, en el siglo XVIII: “Digo que un hombre que padece un gran dolor tiene los dientes apretados, las cejas violentamente contraídas, la frente arrugada, los ojos hundidos y girando con vehemencia, los pelos de punta, la voz forzada en gruñidos y breves gritos agudos, todo el cuer-

po estremecido, temblando”. Las convenciones para describir el dolor han cambiado un tanto en nuestros días, pero persiste la asociación subyacente con la ruina corporal. El cuerpo que se estremece y tiembla, según escribe Burke, insinúa una destrucción inminente y total (3).

Ronald Melzack, en un artículo titulado *La tragedia del dolor innecesario*, escribe: “El sufrimiento prolongado destruye la calidad de la vida y puede quitar las ganas de existir, llevando a algunas personas al suicidio. Sus efectos físicos son también muy destructores: un dolor fuerte y persistente puede impedir el sueño y quitar el apetito, produciendo con ello el agotamiento y reduciendo la disponibilidad de nutrientes para los órganos. El dolor podría así obstaculizar la recuperación de una enfermedad o de una lesión y, en enfermos muy debilitados o de edad avanzada, llegar, tal vez, a constituir la última diferencia entre la vida y la muerte” (2).

La vivencia dolorosa, además de provocar ciertas reacciones reflejas, suele integrarse en comportamientos muy distintos, como los de abatimiento, lucha, huida, evitación, ataque, entrega, impotencia, búsqueda de simpatía y amparo, autoconmiseración, abandono o desatención de la vida cotidiana, resignación, apetencia morbosa del dolor o aceptación del que venga, como precio inevitable de un proyecto de vida que el sujeto elige por sus valores sociales, éticos o religiosos.



Estos diversos ingredientes y sus concomitancias anatomofisiológicas pueden matizar de muy diversas maneras la vivencia del dolor.

El dolor se siente, se sufre, se conoce y se interpreta. Puede sentirse un dolor y no sufrirlo. Puede, por el contrario, sufrirse intensamente un dolor que no se siente, o cuya impresión sensible es mínima, o que se sintió en otro tiempo. Cada cual vive el dolor a su manera, según su personalidad, según el conocimiento e información que el dolor le suministra sobre el mundo y los otros, según su conocimiento de los mecanismos del dolor, según los hábitos adquiridos en experiencias dolorosas anteriores, según la interpretación que a la vivencia dolorosa se dé.

Cualquiera que sea, en fin, la naturaleza y la presunta utilidad biológica del dolor o de su evitación, al ser humano se le presenta, en último término, la cuestión de su sentido. El dolor se ha interpretado como un absurdo, ante el cual el ser humano se rebela y con el que lucha o ante el cual cae en la desesperación o la desesperanza (4).

DEFINICIÓN Y TIPOS DE DOLOR

La palabra dolor se usa para describir un rango muy amplio de sensaciones, desde la molestia de un pinchazo, golpe o pequeña quemadura, hasta las sensaciones anormales de los síndromes neuropáticos. Por su propia subjetividad, el dolor no tiene una fácil definición; incluso, llegó a afirmarse que era indefinible. El Subcomité de Taxonomía de la International Association for the Study of Pain (IASP) define el dolor como *una experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada con una lesión histórica real o po-*

tencial, o que se describe como ocasionada por dicha lesión (5). El adjetivo desagradable incluye un conjunto de sentimientos, entre los que se encuentran el sufrimiento, la ansiedad, la depresión y la desesperación, que pueden abocar incluso en el suicidio. El dolor, por lo tanto, no puede definirse exclusivamente como una experiencia nociceptiva; constituye un hecho subjetivo, integrado por un conjunto de pensamientos, sensaciones y conductas, que se integran y forman el *síntoma del dolor* (6).

En la definición del dolor se reconoce explícitamente la existencia de dos componentes: uno nociceptivo o sensorial, que constituye la sensación dolorosa y se debe a la transmisión de los impulsos lesivos por las vías nerviosas hasta el cortex cerebral, y otro afectivo o reactivo, que es el que da lugar al sufrimiento asociado al dolor. Según la causa, el momento y la experiencia del enfermo, el componente afectivo puede variar ampliamente, dada su relación con numerosos factores psicológicos, que pueden modificar la sensación del dolor.

La percepción final del dolor es consecuencia de la integración de ambos componentes. La contribución relativa de uno u otro va a variar, según cada dolor y cada persona. En el dolor postoperatorio domina el elemento nociceptivo, mientras que el neoplásico tiene una base afectiva más importante.

La clasificación del dolor se puede abordar desde diversos aspectos (6, 7). Atendiendo a su evolución temporal, el dolor puede dividirse en agudo y crónico. La distinción entre uno y otro no es solamente importante por los distintos cursos temporales de estas dos formas de dolor, sino también por el hecho de que existen diferencias fundamentales en los mecanismos fisioló-



gicos, y especialmente fisiopatológicos, que median la cronificación de las sensaciones dolorosas. De hecho, mientras el dolor agudo conforma el síntoma de una enfermedad, el crónico constituye con frecuencia la propia enfermedad.

El dolor agudo es un mecanismo biológico de alarma de primera línea; se considera como la consecuencia sensorial inmediata de la activación del sistema nociceptivo, una señal de alarma disparada por los sistemas protectores del organismo. Se debe generalmente al daño tisular somático o visceral, y se desarrolla con un curso temporal que sigue de cerca el proceso de reparación y cicatrización de la lesión causal. Si no hay complicaciones, el dolor agudo desaparece con la lesión que lo originó. Sin embargo, su tratamiento inadecuado puede llevar, en ocasiones, a la persistencia de tal situación y a la aparición de dolor crónico.

En comparación con el dolor agudo, el crónico no causa alteraciones notables de las respuestas simpáticas y neuroendocrinas; por lo general, es un síntoma de una enfermedad persistente, cuya evolución, continua o en brotes, conlleva la presencia de dolor, aun en ausencia de lesión periférica, pudiendo deberse también a alteraciones psicopatológicas o factores ambientales. El dolor crónico no posee función biológica alguna e impone con frecuencia alteraciones físicas, emocionales y sociales, que dificultan profundamente la vida del enfermo.

El dolor crónico se considera una experiencia aversiva, que es codificada y memorizada por el individuo, lo que puede justificar que se mantenga en ausencia de lesión. Este tipo de dolor contribuye a deteriorar física, pero sobre todo psíquicamente al paciente.

Atendiendo a su origen sensorial o patológico, tenemos el dolor nociceptivo, normal o sensorial, aquella forma de dolor que aparece en todos los individuos normales, como consecuencia de la aplicación de estímulos que producen daño o lesión de órganos somáticos o viscerales. Por otra parte, está el llamado neuropático, anormal o patológico, que aparece tan solo en una minoría de individuos y es siempre el resultado de enfermedad o lesión del sistema nervioso central o periférico.

El dolor patológico va acompañado siempre de una alteración del estado de ánimo, lo que sugiere la incorporación de un elemento psíquico, frente al dolor puramente físico. Además, hay componentes asociados de miedo, depresión, ansiedad o excitación. El dolor llega a adueñarse del sujeto y le desestructura la personalidad, amenazando su equilibrio psicológico y, por lo tanto, su vida social, familiar y laboral (8).

A menudo se utiliza la palabra “sufrimiento” para referirse al dolor, y es que aun siendo aquel más amplio y complejo que el dolor, cuando este se vuelve intenso y persistente, el paciente ingresa en un universo en el que siente amenazada su integridad física y psíquica. Esto le genera una sensación de desconfianza, angustia y aflicción generalizada, y compromete de ese modo su calidad de vida.

Cicely Saunders acuñó el término “dolor total” para englobar todos los matices de sufrimiento que pueden rodear al enfermo con dolor, sobre todo si tiene una enfermedad incurable, como determinados tipos de cáncer.



El estudio y el adecuado control del dolor van a requerir la identificación y manejo de sus componentes neurológicos, psíquicos, comportamentales y socio-culturales.

REPERCUSIONES FISIOPATOLÓGICAS DEL DOLOR

Las reacciones que el dolor desencadena en el organismo pueden dar lugar a una serie de alteraciones, que van a ser determinantes en la recuperación y evolución posterior del paciente, debido a la morbimortalidad que presenta la propia situación del dolor.

Se ha visto cómo la presencia continua de dolor puede dar lugar a diversas complicaciones: respiratorias, como neumonías, formación de atelectasias y la aparición de insuficiencia respiratoria aguda, en pacientes con patología respiratoria basal o incluso en aquellos previamente sanos. Cardiovasculares: con cuadros de descompensación e inestabilidad hemodinámica, y la aparición de insuficiencia cardíaca, insuficiencia coronaria e infarto agudo del miocardio. Así mismo, debido a la presencia de vasospasmo, a la inmovilidad adoptada por el paciente a consecuencia del dolor, al incremento de estasis venosa y al aumento de la agregación plaquetaria, crece la incidencia de fenómenos tromboembólicos, en forma de trombosis venosa profunda y tromboembolia pulmonar. Digestivas: íleo paralítico y aumento de la frecuencia de náuseas y vómitos. Metabólicas: intolerancia a la glucosa, con hiperglucemia y glucosuria, aumento de los cuerpos cetónicos y del ácido láctico, incremento del metabolismo y del consumo de oxígeno, balance negativo del nitrógeno, retención de sodio y agua, así como

pérdida de potasio. Deterioro de la inmunidad. Retención urinaria. Atrofia muscular por la inmovilidad, con limitación funcional posterior en el caso de la cirugía de grandes articulaciones y en personas de edad avanzada, con retraso en la recuperación funcional. Reacciones de tipo psicológico, como angustia, miedo o aprensión, que con toda probabilidad tienden a facilitar el influjo nociceptivo y exacerbaban de este modo el dolor. Estas reacciones pueden desencadenar situaciones de agresividad y de agitación en ciertos pacientes, preferentemente los más jóvenes, y de postración o desorientación temporoespacial en los de mayor edad, lo cual puede dificultar su recuperación y prolongar su estancia hospitalaria (9-11).

El control inadecuado del dolor agudo puede progresar irremisiblemente hacia su propia cronificación, como ocurre con el dolor postoracotomía o postmastectomía, o aquel del miembro fantasma (12).

En otras situaciones dolorosas también se ha encontrado una relación entre presencia de dolor y aumento de la mortalidad (13).

Todo ello ilustra sobre la morbilidad inducida por el propio dolor y que añade mayor gravedad, si cabe, al sufrimiento experimentado por el paciente.

PREVALENCIA DEL DOLOR

El dolor es el síntoma con mayor prevalencia. Tanto es así, que con frecuencia hablamos de dolencia al referirnos a una determinada enfermedad; este es el principal argumento de asistencia sanitaria y de consulta al médico de cabecera (14).



En Estados Unidos, se estima que 25 millones de personas sufren cada año dolor agudo, causado por diversas lesiones o cirugía, y otros 50 millones padecen dolor crónico (15).

En Europa, unos cien millones de personas padecen de dolor musculoesquelético (16).

En España, en un estudio sobre la prevalencia del dolor, publicado en el año 2002, el 30,1% de la población entrevistada había padecido dolor el día anterior a la entrevista; las mujeres eran el grupo más afectado (37,6%), en comparación con el 21,1% de los hombres. La frecuencia del dolor aumentaba con la edad, hasta alcanzar el 42,6% en las personas mayores de 65 años. Se destaca el hecho de que entre los pacientes que refirieron padecer dolor, un 60,5% declararon que tenía más de tres meses de evolución (17).

En el medio hospitalario, entre un 30 y un 65% de los pacientes sufren dolor de diversa intensidad, y cuando es debido a una intervención quirúrgica, hasta el 65% de ellos llegan a manifestar haber padecido un dolor moderado a insoportable, en las primeras 24-48 horas postintervención (6, 10,18).

Esta situación se ha mantenido inalterada desde hace prácticamente 50 años, ya que el primer estudio del que se tiene constancia, que abordó el problema del tratamiento insuficiente del dolor postoperatorio, fue llevado a cabo por Papper y col. en 1952 (19); en él se ponía de manifiesto que la analgesia administrada al 33% de los pacientes en el postoperatorio era inadecuada. Esporádicamente iban apareciendo trabajos, en

los que predominaban prevalencias de dolor moderado o intenso superiores al 30-40%. Este hecho fue denunciado en 1978, por la prestigiosa revista *British Medical Journal* en uno de sus editoriales, con la siguiente afirmación: *“It is an indictment of modern medicine that an apparently simple problem such as the reliable relief of postoperative pain remains largely unsolved”*. Esta situación se ha mantenido prácticamente igual hasta nuestros días, y así, en un trabajo publicado por nosotros en el año 2002, obtenemos que el 49% de los pacientes sufren dolor moderado a insoportable durante el primer día tras la intervención, y se alcanza el 71% cuando se trata de cirugía ginecológica (20, 21).

EL DOLOR EN DISTINTAS SITUACIONES CLÍNICAS

El dolor es un síntoma preponderante en el paciente con cáncer, y al igual que el resto de los síntomas, tiende a ir aumentando en intensidad y frecuencia, a medida que la enfermedad progresa, del 30% en su estadio inicial, al 90% en las últimas fases de la enfermedad. Numerosas publicaciones indican que con excesiva frecuencia, entre el 50 y el 80%, el dolor del cáncer no es controlado de manera suficiente, lo cual afecta negativamente el bienestar físico y psicológico del paciente y su calidad de vida (22-24).

Es absolutamente necesario controlar el dolor de los pacientes terminales, por los siguientes motivos (25):

1. Tiene la maldita propiedad de recordar al enfermo, permanentemente, el diagnóstico y el sombrío pronóstico de su padecimiento.
2. De los muchos síntomas que puede tener un enfermo de cáncer avanzado, este es uno de los que más



impacto emocional suelen provocar en pacientes y familiares.

3. Un enfermo con un dolor intenso es absolutamente incapaz de pensar en algo diferente a su dolor, con lo cual estaremos ante una persona anulada e incapacitada para la más mínima vida de relación. Escribía Simone Weil: “La desdicha es un desarraigo de la vida, un equivalente más o menos atenuado de la muerte, que se hace presente al alma de manera ineludible por el impacto del dolor físico o el temor ante su inmediatez. Si el dolor físico está ausente por completo no hay desdicha para el alma, pues el pensamiento puede ser dirigido hacia cualquier otro objeto. El pensamiento huye de la desdicha tan pronto e irresistiblemente como un animal huye de la muerte. Sólo el dolor físico tiene en este mundo la propiedad de encadenar al pensamiento...” (26).
4. Además, en contra de la creencia fatalista de muchas personas, del 90 al 95% del dolor del cáncer se puede y se debe controlar.
5. El dolor provocado por el cáncer, ya lo hemos dicho, no tiene ninguna utilidad. Carece de propósito biológico. No resuelve nada. Es puro infierno. Es absurdo, envilece y anula a la persona que lo padece, y hace imperativo intentar controlarlo y suprimirlo con todos los medios a nuestro alcance. En palabras de Aristóteles, “el dolor trastorna y destruye la naturaleza de la persona que lo siente”. Por otra parte, el dolor, igual que el resto de los síntomas, puede ser provocado por el cáncer, pero también por los tratamientos o por causas ajenas a ambas circunstancias. No es infrecuente encontrarnos con enfermos con dos o más dolores distintos, que necesita-

rán tratamientos diferentes. Esto obliga a analizar muy bien el dolor o dolores que nos refiere el enfermo, ya que solo así se podrá instaurar el tratamiento específico correcto.

Hasta muy recientemente, el dolor en los enfermos de sida ha sido ignorado. Su prevalencia en estos pacientes varía, según los estudios, entre el 30 y el 93%. Su intensidad es similar a la de los enfermos de cáncer y, sin embargo, el 85% de ellos se encuentran insuficientemente tratados. Además, la incidencia del dolor neuropático en estos pacientes es muy alta (50%), pero el adyuvante necesario solo fue prescrito en el 10% (25).

La presencia del dolor y su intensidad se asocian con el empeoramiento de la calidad de vida, “distress” psicológico, depresión y desesperanza, y es más frecuente e intenso en las fases avanzadas de la enfermedad (27). Los pacientes que con mayor frecuencia están infratratados son las mujeres, los niños y las personas con historial de abuso de drogas (28).

Todo esto que se ha apuntado del dolor en el cáncer y el sida se puede extrapolar a otra situación, igualmente vergonzante, como es el dolor postoperatorio. Para Gómez y Ojeda, no hay derecho a que la inmensa mayoría de los enfermos que son sometidos a una intervención quirúrgica se vean obligados o “condenados” a sufrir dolor intenso, fácilmente controlable si hubiese alguien que se ocupase de ello. No es raro escuchar a un médico o una enfermera, ante las quejas de un enfermo dolorido, frases como esta: “es normal que le duela, ¿no ve que le han operado esta mañana?”. Este tipo de expresiones se escuchan desde hace décadas



para tranquilizar al enfermo recién operado (25). Con razón Antonio Urieta, en el prólogo del libro *Protocolos de analgesia postoperatoria del Hospital Miguel Server de Zaragoza*, escribiera: “Uno de los problemas con el que más frecuentemente nos encontramos en el postoperatorio y que más nos preocupa es la desidia entre todos los estamentos sanitarios al tratamiento del dolor” (29).

Demasiado a menudo el dolor es tratado inadecuadamente, causando un sufrimiento inútil. El propio John Bonica, padre de la algología moderna, explica cómo sufrió de dolor postoperatorio intenso en la mayoría de las intervenciones quirúrgicas sobre columna vertebral y grandes articulaciones a que fue sometido a lo largo de su vida de luchador profesional (30).

El dolor postoperatorio constituye una curiosa paradoja: por un lado, sus características clínicas lo convierten en óptimo para tratarlo adecuadamente: es agudo, previsible, tiene duración limitada, no cumple función biológica alguna, aparece en enfermos bajo estricto control clínico, con frecuencia afecta a pacientes sin enfermedades importantes de base y los fármacos disponibles son eficaces en su tratamiento. Sin embargo, esta misma facilidad de tratamiento se vuelve en su contra, ya que su limitada duración despreocupa a los profesionales sanitarios y, con frecuencia, hace menos exigentes a los propios pacientes (31). Esto hace que el número de enfermos con dolor después de una intervención quirúrgica permanezca inaceptablemente alto, como ya hemos expuesto en el apartado anterior.

Particularmente escandalosa ha sido la situación del dolor en los niños, ya que hasta fechas muy recientes

no se aceptó que ellos fuesen capaces de experimentar sensaciones dolorosas. Así, ante procedimientos diagnósticos y terapéuticos semejantes a los efectuados en adultos, los niños no reciben tratamiento específico para el dolor o se les proporciona en una escala claramente inferior. De hecho, muchos niños con enfermedades crónicas refieren el dolor de las intervenciones médicas como la peor parte de su enfermedad. En un artículo recientemente publicado en la revista *Mundo Científico*, podíamos leer: “resulta paradójico que la misma intervención que provoca una estimulación nociceptiva importante al principio de la vida jamás podría ser practicada en un animal no anestesiado y sería impensable en un laboratorio de investigación” (32). Esta afirmación es auténticamente escalofriante.

Los motivos para explicar el insuficiente alivio del dolor en los niños pueden estar en una serie de mitos, como: que el sistema nervioso de los niños es inmaduro y son incapaces de experimentar dolor como los adultos; que los niños no tienen memoria del dolor; que el dolor no produce efectos perjudiciales en los niños, o que los niños se transforman muy fácilmente en adictos.

Existen considerables evidencias que sugieren en los neonatos la existencia de un sistema perfectamente desarrollado, capaz de asegurar la transmisión y percepción del estímulo nociceptivo (33-35). Son varios los estudios que explican las consecuencias en la vida posterior del niño que ha sufrido dolor intenso en épocas tempranas (36).

También, el tramo final de la vida aparece como especialmente susceptible a padecer dolor, aunque tradi-



cionalmente se haya considerado que, al igual que al principio de la vida, existía menor sensibilidad ante un estímulo doloroso.

El dolor aparece como el síntoma de mayor prevalencia en la población geriátrica española. En el estudio de Catala et al., el 42,6% de las personas mayores de 65 años habían padecido dolor el día anterior a la entrevista (17).

Cuando se pregunta por la presencia de dolor en los dos últimos meses, como hace el estudio *El dolor en la práctica diaria del médico de atención primaria*, la prevalencia en los mayores de 61 años se dispara al 65%, siendo aproximadamente la mitad del mismo de carácter reumático (37).

El dolor viene a complicar un poco más la situación, de por sí muy complicada para muchos ancianos. Se ha establecido una clara relación entre depresión, enfermedad física y dolor crónico, y se sabe que el suicidio en una persona mayor deprimida, que vive sola y con una enfermedad dolorosa crónica, supone un serio riesgo.

CAUSAS DEL INADECUADO CONTROL DEL DOLOR

Numerosos estudios, llevados a cabo en estos últimos años, nos indican que incluso en los casos en donde se trata el dolor, el tratamiento es inadecuado o insuficiente (8, 13). B. Ferrell, experta en el tratamiento del dolor, a menudo habla del efecto “triple-whammy”: el médico prescribe por debajo de lo necesario, las enfermeras administran menos de lo prescrito y los pacientes no comunican todo su dolor (38).

Ya Oden, a finales de los años ochenta, analizó a fondo las barreras que dificultan el control eficaz del dolor, y las agrupó bajo los epígrafes: falta de conocimientos, actitudes incorrectas y dificultades metodológicas (39).

Entre las primeras deficiencias nos encontramos frecuentemente con un desconocimiento de la farmacología de los analgésicos más habituales y ausencia de criterio sobre los nuevos analgésicos y métodos de tratamiento, la utilización incorrecta de los tratamientos coadyuvantes, el empleo preferente de las prescripciones por demanda, sobrestimación del riesgo asociado al empleo de opioides, confusión entre tolerancia y dependencia y desconocimiento del efecto del miedo y de la ansiedad sobre el dolor.

También es frecuente encontrarnos todavía actitudes que contribuyen a mantener una alta prevalencia del dolor. La consideración de que la analgesia total no es el fin del tratamiento antiálgico, la creencia de que algunos dolores son beneficiosos para el paciente, no considerar el tratamiento del dolor como una prioridad asistencial, la tendencia del paciente de complacer al personal sanitario, para no ser considerado *quejica*, y la desconsideración de la intensidad del dolor manifestada por el paciente, son algunas de esas erróneas y en ocasiones nefastas actitudes.

Como deficiencias metodológicas que pueden contribuir a la terapia inadecuada del dolor recogemos: la falta de un control de calidad asistencial en el tratamiento del dolor, la insuficiente difusión de los nuevos métodos de control del dolor fuera de las áreas quirúrgicas, la enseñanza inadecuada de las licenciaturas sa-



nitarias, la ausencia de métodos de valoración rutinaria por enfermería y la excesiva tendencia a la especialización.

Tampoco hay que olvidar el efecto disuasorio en la prescripción de analgésicos opiáceos, que durante mucho tiempo ha supuesto la necesaria regulación de estos medicamentos, al estar afectados por las distintas leyes de control del tráfico de estupefacientes.

EL CONTROL DEL DOLOR Y LA DIGNIDAD DE LA PERSONA

Desde hace más de medio siglo, la práctica médica está asistiendo a un vertiginoso avance en el conocimiento de la etiología de las enfermedades, de nuevas y variadas técnicas diagnósticas, tratamientos cada vez más efectivos y menos tóxicos, y el desarrollo de sofisticadas metodologías de evaluación. Sin embargo, estos avances han ido acompañados, durante casi todos estos años, por el más absoluto olvido, por no usar la palabra desprecio, hacia esta desagradable “experiencia” universal que acompaña al ser humano desde sus orígenes. El tratamiento adecuado del dolor no ha sido, hasta hace pocos años, una de las preocupaciones primarias de los profesionales sanitarios. Su carácter subjetivo y los componentes psicológicos que presenta han limitado de forma importante la elección de una terapéutica útil en la mayoría de los enfermos.

Miguel Ángel Nalda, en el prólogo del libro *Dolor postoperatorio. Estudio, valoración y tratamiento*, reconocía “que abolir el dolor, en cualquiera de sus posibles tipos o formas de presentación, representa la asignatura pendiente de nuestra medicina actual; resulta ob-

vio, por cuanto de forma constante continúan publicándose trabajos científicos y libros dedicados a este noble empeño, que parece entrar de lleno y con pleno derecho en lo taumatúrgico” (40).

Resulta cuando menos descorazonador el comprobar cómo el interés por el tema del dolor y su adecuado tratamiento, que paulatinamente se iba despertando en algunos pocos especialistas de distintas disciplinas (anestesiólogos, farmacólogos, cirujanos, farmacéuticos...), experimenta un súbito vuelco, coincidiendo con la comercialización, por parte de la industria farmacéutica, de nuevas sustancias analgésicas que ofrecen algunas ventajas en cuanto a seguridad, o nuevas formulaciones para viejas sustancias, que les confieren innegables mejoras, pero que multiplican su precio por varios dígitos.

Aunque existen situaciones para las cuales no hay en la actualidad alternativas terapéuticas válidas, el *dolor innecesario*, definido como el que persiste a consecuencia de un tratamiento inadecuado o por la ausencia de cualquier tipo de medida terapéutica, a pesar de disponer de terapias eficaces, constituye en la actualidad un grave problema asistencial.

Conscientes de la situación y tras tantos años de olvido, en agosto de 1999 la Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) incluye por fin en sus estándares el control del dolor, que entra en vigor el 1 de enero del 2001. Con ello se pretende que el dolor sea considerado como el quinto signo vital, y monitorizado de forma similar a como se hace con la temperatura corporal, el pulso, la presión sanguínea y la respiración (41).



Con la aplicación de dichos estándares se pretende que todos los establecimientos sanitarios acreditados por la JCAHO cumplan los siguientes criterios:

- Reconozcan los derechos de los pacientes a una apropiada evaluación y manejo del dolor.
 - Procedan a evaluar la existencia de dolor y, si procede, su naturaleza e intensidad, en todos los pacientes.
 - Registren los resultados de la evaluación, con el fin de facilitar su reevaluación y seguimiento.
 - Determinen y garanticen la competencia de los miembros del “staff” en la evaluación y manejo del dolor, así como incluirlo en la formación de los nuevos miembros.
 - Establezcan políticas y procedimientos que fomenten la adecuada prescripción de medicamentos efectivos para el dolor.
- 3 Eduquen a los pacientes y a sus familiares sobre el efectivo tratamiento del dolor, y
- 3 Hablen sobre las necesidades de los pacientes en el manejo de los síntomas, durante el proceso del alta de la institución.

La introducción de estos nuevos estándares se fundamenta en el derecho de todo paciente a que se evalúe y trate su dolor de forma apropiada. Así, pues, han tenido que pasar muchos años para que el adecuado tratamiento del dolor empiece a ser considerado una prioridad asistencial.

Llegado a este punto, es difícil justificar que se siga padeciendo dolor innecesario y gratuito, sin que ello sea considerado como un acto que atenta contra la dignidad de la persona humana, como podría ocurrir con los actos de violencia física o psíquica.

Por difícil que sea en muchas ocasiones controlar el dolor, los profesionales sanitarios tenemos que poner todos los medios a nuestro alcance, que son muchos, para conseguir ese control, al igual que lo hacemos frente a una grave infección, una compleja intervención quirúrgica, etc. La formación, y el cambio de actitudes que conlleva, es fundamental para todos los especialistas médicos, farmacéuticos y personal de enfermería. La no utilización de los recursos disponibles para aliviar el dolor debe considerarse como un acto de negligencia profesional, ya que está produciendo un daño no justificado a la persona que lo sufre. De hecho, ya se han presentado casos, en EE. UU., de condenas a profesionales por permitir que sus pacientes sufrieran niveles de dolor inaceptables (42).

Aunque en la “sociedad del bienestar”, a la que se ha llegado especialmente en los países del entorno europeo, el culto a lo bello, lo que es joven, la búsqueda desesperada de la felicidad, entendiéndola como una especie de nirvana permanente de placer continuo e inagotable, no hay lugar para lo enfermo, lo débil, lo desagradable, lo feo, ...ello no debe llevarnos a identificar el rechazo al dolor inútil con una postura hedonista, como hemos llegado a leer en alguna ocasión.

El derecho del paciente a no padecer dolor no surge de que vivimos en una sociedad cada vez más hedonista y



menos tolerante con el dolor; emerge de unos derechos fundamentales, el derecho a la salud y a la integridad física de las personas, a no sufrir tortura ni trato vejatorio. Permitir que una persona sufra dolor, cuando existen los medios necesarios para evitarlo en su totalidad, como ocurre con el dolor innecesario, o paliarlo en lo posible, atenta de lleno sobre tales derechos fundamentales de la persona, y debe ser considerado como una flagrante negligencia profesional. Dejar que el paciente experimente un dolor insoportable, o un sufrimiento intolerable, es una práctica médica inmoral.

La verdadera actitud ética hace que nos sintamos solidarios con el enfermo que sufre y nos empuja a poner todos los medios y conocimientos disponibles para eliminar el dolor, estén o no a nuestro alcance, ya que si no poseemos los saberes necesarios, deberemos enviar al paciente hacia aquellos que dispongan de ellos.

Evitar el dolor y el sufrimiento es la primera obligación moral y profesional, no solo del médico, sino de todo aquel implicado en el cuidado del paciente.

Para la mayoría de la gente, el concepto de “muerte digna” se asocia al hecho de morir sin dolor, rodeado de los familiares y sin un exceso de intervencionismo exterior. La intensidad y la amargura del debate actual sobre el derecho a morir con dignidad disminuiría considerablemente si la sociedad, los médicos y los políticos de la sanidad prestaran mayor atención a cómo mitigar el dolor y el sufrimiento del enfermo, si concedieran a los valores y deseos del doliente el respeto y la estima que se merece, y si enfocaran la muerte del ser humano con más compasión e indulgencia. Una buena muerte es difícil de definir, pero fácil de detectar, y engendra un pro-

fundo sentido de admiración y humildad ante el valor y dignidad de los seres humanos (25).

ANÁLISIS ÉTICO (43, 44)

La ausencia de un adecuado abordaje del dolor aparece como un remanente de dualismo cartesiano, que dicotomiza lo físico y lo mental, y en donde el cuerpo se toma clínicamente como lugar de determinación fisiológica. Aunque el ser humano existe a través de su cuerpo, este no es solo el lugar psicofísico donde actúa la enfermedad, sino la dimensión de la persona, desde la que se experimenta el sufrimiento, que la afecta a toda ella. Lo corpóreo no es algo que la persona “tiene”, sino algo que ella “es”.

El sufrimiento está tanto en función de los valores del individuo como en sus causas físicas. Así, en el abordaje del dolor los aspectos psicológicos, sociales y espirituales de la terapia antiálgica no son ornamentos, sino componentes esenciales de un buen manejo del dolor. Esa dicotomía de la que hablábamos ha sido la causante de que los médicos asuman como única responsabilidad el tratamiento del dominio físico y biológico de la enfermedad, mientras ceden el papel del sufrimiento a psicólogos, sacerdotes y trabajadores sociales.

El adecuado tratamiento del dolor es una prioridad en el cuidado de todos los pacientes y hunde sus raíces en los mismos orígenes de la profesión médica. Los médicos tienen la responsabilidad de tratar al paciente y a la persona, lo cual significa que han de evaluar y tratar el dolor y el sufrimiento de todos y cada uno de los enfermos; dejar de hacerlo supone asumir dicha responsabilidad o, lo que es lo mismo, responder por ello ante los pacientes y la sociedad misma.

No tratar el dolor y el sufrimiento de un enfermo remueve las raíces más profundas de la profesión médica y es negar la dignidad humana básica del paciente. La ausencia de una adecuada evaluación y manejo del dolor vulnera los principios éticos básicos de respeto a la persona humana, beneficencia, no maleficencia y justicia.

El respeto a la persona incorpora dos convicciones éticas: que todo individuo debe ser tratado como ente autónomo y que las personas con autonomía disminuida tienen derecho a ser protegidas.

En el caso que nos ocupa, respetar la autonomía del paciente supone, por una parte, hacerlo partícipe de su tratamiento, creer en el dolor que nos manifiesta, diseñar con él el plan analgésico. Esto no solo es un derecho del propio paciente, sino que, además, ayuda a disminuir la ansiedad que produce el dolor y va a favorecer su pronta recuperación.

Por otra parte, ya hemos visto que el dolor destruye a la persona y reduce considerablemente su autonomía; entonces, el inadecuado tratamiento del dolor también atentaría contra este principio, al permitir esa merma de la autonomía.

El principio de beneficencia nos exige, ante todo, buscar el bien para el paciente. Permitir que él sufra dolor, sin poner los medios necesarios para evitarlo, vulnera abiertamente ese principio.

Además, y dado que el dolor en sí produce, como hemos visto, su propia morbilidad, el tratarlo adecuadamente evita el sufrimiento, mejora el pronóstico del paciente y facilita su recuperación.

El principio de no maleficencia, asociado tradicionalmente al *primum non nocere*, nos exige evitar cualquier daño gratuito que pudiera infringírsele al paciente, minimizar los riesgos de una intervención. Hay situaciones en las que no es posible evitar un trauma al paciente, dado su carácter cruento, como es el caso de intervenciones quirúrgicas, pruebas diagnósticas invasivas, etc. En estos casos, el no poner todos los medios necesarios para evitar o aminorar, en lo posible, el dolor producido por el trauma de la intervención, es actuar produciendo dolor y, por lo tanto, sufrimiento; esto es producir un daño que se puede evitar y, en consecuencia, hacer el mal. La ignorancia nunca puede ser una excusa o defensa. La falta de una adecuada formación, acorde con el trabajo que se realiza, y el estado de los conocimientos en cada momento, conduce directamente hacia una mala praxis. Tanto los médicos, como los otros profesionales que trabajamos en el cuidado de los pacientes, tenemos la responsabilidad de estar cualificados adecuadamente y permanecer al día en el conocimiento de los medicamentos y otras técnicas que beneficiarán a los pacientes. En aquellos casos en que esto no fuera posible, tenemos la responsabilidad y el deber ético de consultar a aquellos que están formados para un adecuado manejo del dolor. Defender la ignorancia viola los objetivos de la medicina y el deber básico que el médico tiene con sus pacientes. Gómez y Ojeda (25) nos dicen: el insuficiente alivio del dolor es la más escandalosa y persistente de las negligencias médicas.

Los médicos, como agentes morales, tienen la responsabilidad ética de tratar a sus pacientes de forma que maximicen los beneficios y minimicen el daño.

El principio de no maleficencia nos obliga a sopesar el beneficio-riesgo de cada intervención analgésica, y co-



nocer los efectos secundarios de los fármacos y las técnicas analgésicas, para elegir aquellos en función de su perfil terapéutico y toxicológico, y de la situación y características del paciente.

El principio de justicia reclama la igualdad en el trato médico de los distintos pacientes, y este se vulnera cuando a unos se les trata adecuadamente el dolor y a otros no, en función de los facultativos o las instituciones en los que son atendidos. No resulta extraño encontrarnos que mientras hay mujeres que pueden optar por dar a luz con la ayuda de anestesia epidural, otras no tienen más remedio que atenerse al aforismo bíblico de “parirás tus hijos con dolor”, dependiendo del área de salud a la que pertenece.

La justicia dictamina que situaciones médicas similares deben tratarse de forma similar. Todos los pacientes tienen derecho a que se les valore y trate el dolor adecuadamente. La ignorancia no es una excusa o defensa, como ya hemos dicho.

Desde el punto de vista de la disponibilidad y distribución de recursos, aunque existen técnicas cuyo coste es elevado, el tratamiento analgésico en general es de los más baratos, con una variada oferta de fármacos de gran potencia y reducido coste.

A MODO DE COROLARIO:

El alivio del dolor debe ser considerado como un derecho fundamental de la persona humana. La dignidad de la persona exige que ningún paciente sufra dolor innecesario y gratuito, y que se trate adecuada-

mente el dolor patológico, con todos los medios cuya utilidad se haya demostrado. El control rutinario del dolor es una práctica que debería extenderse a todos los pacientes que sufren o se prevé que puedan sufrir un proceso doloroso, de la misma forma que se registra la temperatura corporal o la presión arterial. El empleo de todos los medios disponibles para controlar el dolor no debe olvidar la comprensión y solidaridad con el enfermo que sufre.

B I B L I O G R A F Í A

1. Palacios Sánchez, J. M. “Aproximación al estudio histórico del dolor (I)”, *El Farmacéutico*, 214: 76-78, 1998.
2. Melzack, R. “La tragedia del dolor innecesario”, *Investigación y Ciencia*, 163: 11-18, 1990.
3. Morris, David. *The Culture of Pain*, California, 1991, págs. 41-90.
4. Yela, M. “Ética, antropología y sociología”. En: *El dolor es evitable*, Valencia, Fundación Valenciana de Estudios Avanzados, 1983, págs. 123-124.
5. Merskey, H. “Pain Terms: A list with definitions and notes on usage”. Recommended by IASP Subcommittee on Taxonomy, *Pain*, 6: 249-252, 1979.
6. Baños, J. E., y Bosh, F. “Conceptos generales en algología”. En: *Tratamiento del dolor. Teoría y práctica*, Barcelona, MCR, 1995, págs. 1-8.
7. Cerveró, F. y Laird, J. M. A. “Fisiología del dolor”. En: *Tratamiento del dolor. Teoría y práctica*, Barcelona, MCR, 1995, págs. 9-25.
8. Gálvez Mateos, R. “¿Cómo puede clasificarse el dolor?”. En: *Actualización y mejora en el tratamiento del dolor*, Janssen-Cilag, 2000, págs. 11-20.
9. Miranda, A. “Dolor postoperatorio: definición y problemática”. En: Miranda, A. (ed.). *Dolor postoperatorio. Estudio, valoración y tratamiento*, Barcelona, Ed. Jims, 1992, págs. 1-26.
10. Soler Company, E.; Faus Soler, M. T.; Montaner Abasolo, M. C. “El dolor postoperatorio en la actualidad: un problema de calidad asistencial”, *Farm. Hosp.*, 24 (3): 123-135, 2000.



11. Pasero, C.; Paice, J. A.; McCaffery, M. "Basic mechanisms underlying the causes and effects of pain". In: McCaffery, M.; Pasero, C. (eds.). *Pain Clinical Manual*, 2nd ed., St. Louis, MO, Mosby Inc., 1999, pp. 15-34.
12. National Pharmaceutical Council Pain. *What Are the Consequences and Costs of Undertreatment of Pain? Current Understanding of Assessment, Management, and Treatments*, December 2001, pp. 14-15.
13. MacFarlane, G. J.; McBeth, J.; Silman, A. J. "Widespread body pain and mortality: prospective population based study", *BMJ*, 323: 662-665, 2001.
14. Mantyselka, P.; Kumpusalo, E.; Ahonen, R.; Kumpusalo, A.; Kauhanen, J.; Viinamaki, H.; Halonen, P.; Takala, J. "Pain as a reason to visit the doctor: a study in Finnish primary health care", *Pain*, 89 (2-3): 175-80, Jan. 2001.
15. National Pharmaceutical Council Pain. *The Importance of Pain Management. Current Understanding of Assessment, Management, and Treatments*, December 2001, I-II.
16. White, K. P.; Harth, M. "The occurrence and impact of generalized pain", *Ballieres Clin. Rheumatol.*, 13: 379-89, 1999.
17. Catala, E.; Reig, E.; Artes, M.; Aliaga, L.; López, J. S.; Segu, J. L. "Prevalence of pain in the Spanish population: telephone survey in 5000 homes", *Eur. J. Pain*, 6 (2): 133-40, 2002.
18. Salomon, L.; Tcherny-Lessenot, S.; Collin, E.; Coutaux, A.; Levy-Soussan, M.; Legeron, M. C.; Bourgeois, P.; Cesselin, F.; Desfosse, G.; Rosenheim, M. "Pain prevalence in a French teaching hospital", *J. Pain Symptom Manage*, 24 (6): 586-92, Dec. 2002.
19. Clarke, I. M. C. "Pain relief. Management of postoperative pain", *The Lancet*, 341: Jan 2, 1993.
20. Soler Company, E.; Baños, J. E.; Faus Soler, M. T.; Morales Olivas, F.; Montaner Abasolo, M. C. "Analgesic use for postoperative pain: differences arise when comparing departments of surgery", *Pharmacoepidemiology and Drugs Safety*, 11: 607-614, 2002.
21. Soler Company, E.; Faus Soler, M. T.; Montaner Abasolo, M. C.; Nohales Alfonso, F.; Baños Diez, J. E., y Morales Olivas, F. "Prevalencia y tratamiento del dolor postoperatorio en cirugía ginecológica y obstétrica", *Dolor, Investigación, Clínica & Terapéutica*, 16: 79-87, 2001.
22. Jacos, A.; Carr, D. B.; Payne, R., et al. *Management of Cancer Pain. Clinical Practice Guideline*, No. 9, AHCPR Publication No. 94-0592, Agency for Health Care Policy and Research, U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, March 1994.
23. Cleeland, C. S.; Gonin, R.; Hatfield, A. K., et al. "Pain and its treatment in outpatients with metastatic cancer", *N. Engl. J. Med.*, 330: 592-596, 1994.
24. Anónimo. *El 50% de enfermos oncológicos no reciben un control adecuado del dolor*, Jano On-line y agencias, octubre 2003. <http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/press.plantilla?ident=14178>.
25. Gómez Sancho, M., y Ojeda Martín, M. "El problema del dolor: Historia y análisis de un escándalo", *Medicina Paliativa*, 4: 20-34, 1997.
26. Weil, S. *Pensamientos desordenados*, Madrid, Trota, 1995, pág. 62.
27. Rosenfeld, B.; Breitbart, W.; McDonald, M. V.; Passik, S.; Thaler, H.; Portenoy, R. K. "Pain in ambulatory AIDS patients. II: Impact of pain on psychological functioning and quality of life", *Pain*, 68: 323-328, 1996.
28. Breitbart, W.; Rosenfeld, B.; Passik, S. D.; McDonald, M. V.; Thaler, H.; Portenoy, R. K. "The undertreatment of pain in ambulatory AIDS patients", *Pain*, 65: 243-249, 1996.
29. Urieta, A. "Prólogo". En: *Protocolos de Analgesia Postoperatoria del Hospital Miguel Servet de Zaragoza*, 1997, V-VI.
30. Loeser, J. D. "Obituario: John J. Bonica (1917-1994) y Emma B. Bonica (1915-1994)", *Rev. Soc. Esp. Dolor*, 3: 163-166, 1994.
31. Baños, J. L., y Bosch, F. "El dolor como problema asistencial". En: Baños, J. E., y Carlos, R. (eds.). *El tratamiento del dolor: del laboratorio a la clínica*, Barcelona, Doyma, 1994, págs. 11-19.
32. Annequin, D. "Dolor en el niño: al fin reconocido", *Mundo Científico*, 219: 54-59, 2002.
33. Schechter, N. L. "The undertreatment of pain in children: an overview", *Pediatr. Clin. North. Am.*, 36: 781-794, 1989.
34. Fitzgerald, M.; Koltzemburg, M. "The functional development of descending inhibitory pathways in the dorsolateral funiculus of the newborn rat spinal cord", *Dev. Brain Res.*, 24: 261-70, 1986.
35. Wolf, A. "Pain, nociception and the developing infant", *Paediatr. Anaesth.*, 9: 7-17, 1999.
36. Marco Valls, J.; Torres Font, J.; Ortells Ribé, J., y Ortega Floría, A. "Sedación-analgésia para procedimientos médicos invasivos", *Actualizaciones en Dolor*, 2 (2): 115-122, 2001.
37. Rabasa Asenjo, B. "Perfil sociodemográfico de las personas con dolor". En: Rabasa Asenjo, B. (coordinador). *El dolor en la práctica diaria del médico de atención primaria. Libro blanco sobre el dolor*, Bernard Krief, Laboratorios Knoll, 1998, págs. 28-29.
38. Kennedy-Schwarz, J. "Ethical Issues", *AJN*, 100: 8-9, 2000.
39. Oden, R. V. "Acute postoperative pain: incidence, severity and the etiology of inadequate treatment". En: Benumof, J. L.

- (ed.). *Management of postoperative pain*, Filadelfia, W. B. Saunders Company, 1989, pp. 1-15.
40. Nalda, M. A. "Prólogo". En: Miranda, A. (ed.). *Dolor postoperatorio. Estudio, valoración y tratamiento*, 1992, IX-X.
41. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO). *Sets New Standard for the Assessment and Management of Pain*, October 1999. http://www.pain.com/news/jaco_standards_professionals.cfm.
42. Berson, Susan W. "The Pain of Irresponsible Pain Management". *Oncology Issues*, 18 (4): 21, 2003.
43. Rich, B. "An Ethical Analysis of the Barriers to Effective Pain Management", *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*, 9: 54-70, 2000.
44. Clark, P. "Ethical Implications of Pain Management. Can a Formalized Policy Help?", *Health Progress*: 19-28, July-August 2002.

