

Ética y Dolor

Aurelio Carvallo V.

Depto. Reumatología y Comité de Ética Médica

Hospital San Juan de Dios Centro de Estudios Bioéticos y Humanísticos, Facultad de Medicina, Universidad de Chile

En medicina, un alto porcentaje de las manifestaciones por las cuales el enfermo consulta giran alrededor de un síntoma: el dolor ¡Cuán común es el enfermo doliente!, ya sea éste un dolor físico, o bien, un dolor que se origina en la esfera psíquica, o lo que es más frecuente, una combinación de ambos, en que se refuerzan y retroalimentan.

Siendo tan común, se da, sin embargo, la paradoja que al tratar de explicar en qué consiste el dolor es difícil hacerlo en forma clara y precisa. De aquí el halo de misterio que siempre ha envuelto a la experiencia dolorosa. Es tan propia de cada uno, de quien la experimenta. Son muchas sus definiciones, comenzando por las de tipo fisiopatológico, lo que no es el objetivo de esta comunicación. En forma amplia, y como lo señala Polaino-Lorente (1), podría decirse que es una tendencia de evitación, que surge de esa necesidad imperiosa del organismo de escapar del malestar o intolerancia producidos por una tensión determinada. Sería de este modo una tendencia aversiva, fisiológica, consistente en reducir el sufrimiento del organismo, eludiendo la situación dolorosa. Se pierde la paz del organismo o, como lo señala R. Leriche, se pierde “el silencio de los órganos”, hermoso modo de expresar lo que es un organismo en estado de salud (2). Cuando aparece el dolor, el cuerpo se hace extraño: la lesión, el daño de una función se imponen penosamente a la conciencia de quien los padece, decrece muchas veces todo interés por los otros, el individuo se repliega. El dolor así sería una expresión, un aviso de que algo está mal en el organismo.

El dolor como causa de consulta llena buena parte del quehacer médico y sus orígenes pueden ser muy variables e ir desde un simple trauma hasta la intensa neuralgia del trigémino o del cólico renal, pasando por diferentes dolores de origen visceral o musculoesquelético, hasta llegar a ese dolor muchas veces intolerable del enfermo canceroso, que acentúa el sufrimiento de quien se acerca a la muerte.

Frente a estas consideraciones, ¿qué papel

juega 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 de dolor, es básico y fundamental conocer a la persona misma, con su carga física y espiritual. La ética nos acerca a humanizar la medicina; conduce y ayuda al actuar correcto o benéfico. 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 vida. En el fondo, la ética busca el bien, el beneficio, el no dañar, el reconocer especialmente la dignidad de la persona y, en este caso, más aún, el dolor y el sufrimiento de la persona.

De aquí la importancia en el actuar médico y especialmente en el encuentro entre paciente y médico, entre quien demanda ayuda y quien debe darla. En esta relación se deben fundir como elementos de igual importancia el conocimiento y la preparación tanto científico-técnica como ético-humanista. De este modo, como lo señala J. Drane, el profesional será no sólo un buen médico, sino además un médico bueno, agregando admirablemente que las personas necesitan ayuda de otras desde el momento en que nacen hasta que mueren, pero muy especialmente, cuando están enfermas (3).

El dolor es una de las expresiones más frecuentes de enfermedad y, como se ha señalado, no todas las enfermedades comienzan con dolor, pero sí muchas veces el dolor es la enfermedad (2).

Frente a esta situación es necesario por parte del médico considerar algunos aspectos que son básicos en su tratamiento:

1. Tener un conocimiento del ser humano en su integridad, esto es, conocer a la persona doliente. Es necesario, en este sentido, recordar algunos elementos básicos de la fenomenología del dolor (4): recordar que el dolor es una constante como vivencia, o sea, es común a todos; existe de este modo una semejanza en todos quienes sufren un determinado dolor. Sin embargo, recordar

también que el dolor será variable, como expresión, de acuerdo a quien lo sufre, esto es, del doliente; es de este modo algo personal, biográfico, propio y subjetivo; cada uno siente su propio dolor, y la expresión frente a una determinada causa, que puede en alguna circunstancia ser común, es algo propio y personal (“el dolor lo siento yo y no Ud.”, es una frase frecuente del paciente frente al médico). Finalmente, y también muy importante, es la reacción frente al doliente y especialmente del médico, las más de las veces responsable de su tratamiento. Es también variable y tiene una base social y cultural; es el cómo vemos los que observamos y evaluamos a quien presenta dolor. Es cómo ven los otros al doliente. También aquí no solamente es importante la experiencia que quien evalúa ha tenido del dolor, sino también, su formación como persona, de tal modo que permita la mejor comprensión frente a quien lo sufre; es aprender a entender y comprender a la persona enferma y saber jerarquizar en esa determinada persona el significado de su dolor.

2. Un segundo punto es que el médico debe tener claro el porqué y la causa del dolor, para así saber explicarlo en la forma más adecuada al paciente.

3. Finalmente, y con la base de los puntos anteriores, se podrá indicar el mejor tratamiento, incluyendo el farmacológico.

De este modo, el médico debe ser no sólo un experto en reparar las averías causadas por la enfermedad o aliviar los síntomas producidos por ella, sino también, y tan importante como lo anterior, ser un experto en humanidad, respetando la integridad personal del ser humano necesitado de ayuda (5).

La relación del paciente con el médico se basa en ciertos principios postulados especialmente por autores norteamericanos, entre los que destacan Beauchamp y Childress, y que han llegado a ser eje del encuentro clínico en la medicina actual (6). Estos principios son la autonomía, por la cual el paciente solicita ayuda médica y decide confiar y consentir una vez informado; la beneficencia, que es la búsqueda del bien para quien lo demanda; la no maleficencia, en que la búsqueda del bien tendrá que equilibrarse con no dañar, ya sea por ignorancia, ineficacia o negligencia, y finalmente, el principio de justicia, en que todo paciente debe tener derecho a acceder en forma expedita a la salud, esto es, que exista equidad (6, 7).

Frente al dolor, expresión de enfermedad, los principios deben ser valorizados y respetados:

1. El principio de autonomía está representado por la solicitud, en ocasiones imperiosa, que el paciente hace al médico, de tratar su dolor, a veces para él severo e insoportable. Se debe respetar la solicitud del paciente que sufre su dolencia. Es algo propio, subjetivo, no transmisible. “El dolor es tan terrible como siempre. No pasa, no cede, ¡deme usted alguna cosa para calmarlo!”, exclama el protagonista frente a su médico, mientras su mal lo atormenta, en la novela de Tolstoi *La muerte de Iván Ilich*. 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.

2. 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, equilibrando eficacia y riesgo, lo que en mayor o menor grado conlleva cada uno de nuestros tratamientos. Hay oportunidades en que eficacia y 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 tal modo que el uso del fármaco o la medida terapéutica debe ser con el conocimiento y consentimiento informado del paciente y/o familiares cercanos, si éste no es competente. Se juntan y refuerzan de este modo los principios de autonomía y beneficencia.

3. 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, buscando el mayor beneficio, pero considerando siempre no dañar. Los tratamientos analgésicos que impiden el sufrimiento de la persona son siempre obligatorios y el suspenderlos es maleficente.

Hay situaciones especiales que deben ser consideradas. Una de ellas es el dolor intolerable y la analgesia de riesgo letal, en que se debe usar, por ejemplo, morfina o derivados para calmar dolores o hacerlo al menos tolerables. El margen de seguridad terapéutica de la morfina es amplio; sin embargo, hay situaciones en las cuales el efecto agregado del fármaco puede conducir a disminución de la conciencia y de la función respiratoria, constituyendo una abreviación 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, siendo lo otro una consecuencia no deseada. Son situaciones límites que pueden lle-

gar a tocarse con la denominada “eutanasia activa indirecta”, la que tal cual se entiende no merece reparos (7). 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.

Otra situación a considerar es la provocación de dolor, la iatrogenia, lo que se puede producir a través de maniobras médicas en investigación clínica dolorosa o usando placebo en circunstancias fehacientemente dolorosas, en la provocación de dolor a personas incompetentes, en la tortura, etc. (4). En clínica se puede caer de este modo en la futilidad. Un procedimiento puede ser fútil en razón de su exiguo beneficio o de los desproporcionados inconvenientes o efectos secundarios que puede producir (5). Como señala M. Kottow, no hay legitimidad alguna para provocar dolor, a excepción que, frente a alguna situación límite, sea con la anuencia del paciente y con el fin de beneficiarlo (consentimiento informado) (4).

4. Finalmente, frente a quien sufre una enfermedad, sea cual fuere, es fundamental considerar el principio de justicia, el que incluye al médico y al paciente, pero en especial a la sociedad y al Estado. La obligación de éste es procurar los recursos suficientes para que todos tengan acceso fácil a la salud, cualquiera sea su situación social o económica o el lugar en que se encuentren. La persona enferma, especialmente en nuestra medicina pública, debe tener acceso a las medidas básicas para tratar su enfermedad y, como expresión destacada de éstas, para tratar el dolor.

Me parece que la importancia del principio de justicia merece una detención en este punto. En nuestro país, el Ministerio de Salud ha definido la calidad de la atención como: “La provisión de servicios accesibles y equitativos, hecha con un nivel profesional óptimo, con los recursos disponibles, para lograr la adhesión y satisfacción del usuario”. Hay elementos conceptuales básicos contenidos en esta definición, como la accesibilidad, la equidad, la competencia profesional (científico-técnica y ético-humanista), la satisfacción que el paciente tiene de sus expectativas, la efectividad, eficacia y eficiencia, la seguridad y la oportunidad, todos los cuales deben ser analizados con detención y honestidad, en cuanto a en qué medida muchos de ellos se cumplen. Hay deberes y responsabilidades que nos competen a todos, especialmente a quienes por sus cargos deben velar por la justicia

en otorgar recursos y distribuirlos en forma adecuada. En caso contrario, no sólo no se calmará el dolor, sino que se provocará dolor y sufrimiento en quienes demandan nuestra ayuda. Como señala Diego Gracia, es por la vía de la justicia que es posible luchar contra las injusticias (8), agregando que el problema no está en limitar o no las prestaciones sanitarias, sino en limitarlas bien. Muchas veces el doliente no puede esperar y, sin embargo, su dolor o la causa de éste no pueden ser tratados con la oportunidad y equidad que corresponde.

Es así como hacia el final de su libro *póstumo*, A. Roa señala con mucha razón que “cada hombre será más noble, éticamente hablando –y al médico compete en ello una especial responsabilidad–, cuanto mayor sea la calidad de vida que dispense a sus semejantes” (9).

Finalmente, en una hermosa cita, Polaino-Lorente resume en gran parte nuestra situación de médicos frente al doliente: “El médico debe ahorrar, siempre que pueda, el sufrimiento que la experiencia dolorosa significa. Pero en aquellas ocasiones en que los tratamientos resultan impotentes o insuficientes, el médico está obligado también a poner en las alforjas del peregrino doliente un poco de ese bálsamo, que, aliviándolo, le ayuda a encontrar un sentido para su dolor” (1).

Ese bálsamo se llama humanidad y compasión.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Polaino-Lorente A. Más allá del dolor y el sufrimiento. La cuestión acerca del sentido. En: Polaino-Lorente A (Ed.). *Manual de Bioética General*. 2ª ed. Madrid Ediciones Rialp, S.A. 1994; pp 458-78.
2. Bustos R. Elementos para una antropología del dolor: el aporte de David Le Breton. *Acta Bioética* 2000; 6:105-11.
3. Drane JF. El carácter, la virtud y la estructura de la relación médico-paciente. En: Drane JF (Ed.). *Cómo ser un buen médico*. 1ª Ed. Bogotá, San Pablo Ltda. 1993; pp 28-45.
4. Kottow M. Consideraciones bioéticas en torno al dolor. *Rev. El Dolor* 1997; 5:29-31.
5. Sanz-Ortiz J. Bioética en cuidados paliativos. En: Gómez Sancho M (Ed). *Cuidados paliativos. Atención integral a enfermos terminales (Vol II)*, 1ª ed. Las Palmas, ICE PSS Editores, SL. 1998; pp 1065-82.
6. Beauchamp TL y Childress JF. *Principles of biomedical ethics*. 3rd. ed. New York, Oxford University Press 1989.
7. Roa A. La eutanasia. En: Roa A (Ed.): *Ética y Bioética*. 1ª ed. Santiago de Chile, Editorial Andrés Bello 1998; pp 111-21.
8. 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, Editorial El Bocho Ltda. 1998; pp 189-94.
9. Roa A. La calidad como aspecto de la dignidad de la vida. En: Roa A (Ed.): *Ética y Bioética*. 1ª ed. Santiago de Chile, Editorial Andrés Bello 1998; pp 251-60.