
La ética en la asistencia al paciente con dolor y sufrimiento

TIBERIO ÁLVAREZ, OSCAR VELÁSQUEZ

Aliviar el dolor es un derecho del hombre y una obligación ética del personal de la salud. En la asistencia a pacientes que sufren dolor, independientemente del estado de evolución de la enfermedad, se pueden plantear las siguientes reflexiones: 1) No es ético dejar sufrir a alguien por ignorancia, temor, creencias erróneas o mala teología. 2) Es ético sedar al paciente cuando el dolor ha sido refractario al tratamiento recomendado. 3) No es ético insuflar a las nuevas generaciones médicas en el tratamiento del dolor sólo desde el punto de vista estrictamente científico, desdeñando las dimensiones culturales, sociales, psicológicas y humanas; el médico debe afrontar el dolor total. 4) Es ético decir al paciente la verdad de su situación; así se reencuentra consigo mismo y toma decisiones acordes con su estado. La verdad hace transparente la relación médico-paciente, fomenta la creatividad y es fuente de alivio. 5) No es ético que las autoridades e instituciones pongan trabas para la consecución, distribución y entrega de las drogas necesarias para aliviar el dolor sobre todo los morfínicos. 6) No es ético que las casas productoras de drogas propicien las más costosas y no hagan lo posible por popularizar sus productos. 7) No es ético abandonar al paciente que sufre dolor porque ya no ofrece ventajas para la medicina científica. Lo ético

es aceptar, propiciar y administrar la terapia paliativa. 8) No es ético causar más dolor que el estrictamente necesario con el fin de corroborar diagnósticos o resultados investigativos. 9) No es ético engañar al paciente que sufre con la administración de placebos. 10) No es ético controlar, dominar ni medicalizar el sufrimiento, experiencia profundamente humana e individualizada. Es importante diferenciarlo del dolor que sí tiene aproximación y control farmacológicos. 11) No es ético dedicar la mayor parte de los recursos a la investigación de las enfermedades dejando de lado el alivio del dolor y la asistencia a los enfermos terminales. Para la muerte óptima y con calidad del paciente terminal, el arte médico adecúa y limita la tecnología médica y propicia un ambiente tranquilo .

PALABRAS CLAVE
FASE TERMINAL
CUIDADO PALIATIVO
DOLOR

DOCTOR TIBERIO ÁLVAREZ ECHEVERRI, Presidente, Sociedad Antioqueña de Historia de la Medicina; DOCTOR OSCAR VELÁSQUEZ ACOSTA, Director, Clínica de Alivio del Dolor y Ciudadanos Paliativos, Hospital Universitario San Vicente de Paúl, Medellín, Colombia.

INTRODUCCIÓN

Se ha definido la ética como el estudio de la bondad o malicia de la conducta humana. Etimológicamente ética significa carácter, inteligencia, lo sobresaliente del ser humano. De allí que sea considerada como función y ejercicio de la inteligencia humana. Moral significa costumbre, acomodación a las reglamentaciones y normas sociales, políticas o religiosas. La ética clásica se basaba en la estabilidad, aplicabilidad y sujeción o coerción a normas previamente establecidas. Esto ha cambiado. Ya no tiene cabida ese tiempo de los pensadores solitarios, disciplinados y experimentados, retirados del mundo para encontrar y definir las diferencias entre lo correcto y lo equivocado y decidir las normas o reglas de conducta que debían regir las acciones del hombre.

La ética pensada para un mundo integrado y sumiso se encuentra hoy con un mundo culturalmente diferente, fragmentado y pluralista, con lenguajes diferentes. Sus raíces no se encuentran en las sentencias, las proposiciones, los principios, los códigos o las guías sino en el desarrollo de la conciencia racional de cada ser humano y en el despliegue de muchas conciencias implicadas en la deliberación medida y mutuamente correctiva, para alcanzar el mejor juicio posible en casos y situaciones específicas. La raíz de la ética está en las personas que despliegan su inteligencia y no en las proposiciones o sentencias *a priori* acerca de principios absolutos. Hoy la ética procura humanizar al mundo, es decir al ser humano. La filosofía no la considera como ciencia pues su conocimiento es impreciso y su verificación incierta.

La ética se forma con base en juicios reflexivos cuidadosos, con deliberaciones previas interdisciplinarias e interculturales, donde la verdad o falsedad son pocas veces evidentes en sí mismas. Debe partir, no de ideales abstractos sino desde la experiencia contingente que somos y en la cual existimos. Por eso los principios últimos y categóricos, válidos *a priori*, independientes de lugar, tiempo y circunstancia, son vacíos y no están al servicio de las necesidades humanas si no enfren-

tan la circunstancia real que se vive. Los principios del conocimiento moral, abstractos y formales, no resuelven los distintos problemas prácticos de la vida cotidiana. De allí que la ética tenga que ver más con razones prácticas que teóricas. La teoría de la ética en los cuidados paliativos, si cabe el término, ha de asumir e integrar por un lado la indeterminación, la duda, la incertidumbre y por otro la deliberación juiciosa, como momentos necesarios de toda argumentación.

Pero la ética no se cobija en referentes absolutos sino que se hace cargo de una realidad que no es buena ni mala sino compleja, confusa y ambivalente como lo es la misma vida. La ética surge y se desarrolla a partir de nuestras limitaciones, deficiencias, insuficiencias, escaseces, miserias e ignorancia. Sin estas consideraciones carecería de estímulos para desarrollarse. La voluntad del ser humano, débil e ignorante, genera la reflexión ética. Con la ciencia comparte el objetivo cognoscitivo común de distinguir la apariencia de la realidad, de luchar contra la tendencia sistemática a diferir, divergir o alejarse de lo correcto. La investigación científica utiliza instrumentos de medida como procedimiento esencial para relacionar los fenómenos investigados. La aceptación acrítica de observaciones iniciales, distorsionadas por nuestras creencias, genera una divergencia sistemática de lo verdadero. En este fin de siglo, particularmente en el contexto del desarrollo científico y de la alta tecnología pero con recursos limitados para la medicina, es difícil percibir y discernir la diferencia entre lo correcto, lo erróneo o equivocado y lo que puede ser tolerado (1).

El presente artículo interpreta y pone de presente la importancia de la ética en el mundo moderno como opción de libertad, expresión de prudencia y análisis de las situaciones propias de los humanos. Asimismo, discute aspectos éticos relacionados con la asistencia a pacientes que sufren y se quejan de dolor y motiva a la reflexión en esta temática con el fin de humanizar al personal de la salud.

LIBERTAD, ESPIRITUALIDAD, PRUDENCIA Y AUTONOMÍA

En la decisión ética es necesario considerar tres verbos, inseparables e implicados en todo proceso decisorio o electivo; poder, querer y deber. El justo lugar de la ética en el cuidado paliativo es el de las

decisiones, previa deliberación prudente con el otro. Este es el único reducto que permite hablar de libertad y autonomía. La libertad se refiere a los aspectos negativos y positivos. Lo negativo expresa la ausencia de obligatoriedad o de respuesta a alguna medida coercitiva. El término positivo se refiere a la decisión consciente donde hay resolución y determinación por sí mismo. La libertad es la capacidad de autodeterminarse. El hombre es libre en su acción de elegir y no ser determinado por otros. Lo específico del hombre es la realización de actos voluntarios y por lo tanto libres. Para realizarlos se exige la reflexión espiritual. Ser espiritual significa no depender intrínsecamente de la materia. Para actuar libremente se requiere la reflexión que es el principio de la espiritualidad. La libertad origina la lógica y ésta es la base de las ciencias. La prudencia se relaciona con el saber consciente de los límites y con la aplicación mesurada del conocimiento científico pues por lo incierto del mismo tiene efectos potencialmente dañinos que llevan a la muerte o alteran la calidad de la vida. De allí lo importante de que el paciente analice libremente y con plena autonomía las implicaciones de los tratamientos propuestos y participe con su familia y el equipo médico en las decisiones. Al fin y al cabo son los pacientes quienes corren los riesgos que surgen de la aplicación de las terapias. La autonomía es la capacidad de pensar, decidir y actuar libre e independientemente.

LA ÉTICA Y EL ARTE DE VIVIR

La ética es el arte de vivir o sea de estar en relación. La vida es un movimiento continuo y permanente de interrelación personal y con el entorno. El tipo de relación contribuye a mejorar la calidad de vida. La relación entre la unidad paciente y familia y el equipo de salud determina la calidad de la atención. La ética educa para la libertad y el ejercicio de la autonomía que permite decidir qué es lo correcto, lo erróneo y lo que puede ser tolerado. Aristóteles propuso el término *fronesis* que caracteriza el método basado en la sabiduría y prudencia de muchos y no en el argumento brillante y persuasivo de pocos.

Algunos proponen el término bioética para designar la ciencia que orienta y humaniza el quehacer científico a través de la deliberación interdisciplinaria para encontrar las normas que rijan su conducta y ejercicio profesional (2).

DOLOR Y SUFRIMIENTO

El sufrimiento se define como la amenaza percibida a la integridad física y síquica del ser, que involucra afectividad negativa, desesperanza y pérdida. Es una experiencia emocional, abominable, caracterizada por una sensación de angustia o aflicción generada por factores que debilitan o comprometen la calidad de vida. No obstante sus connotaciones, los términos dolor y sufrimiento se utilizan indistintamente por los médicos y los investigadores. Y esta confusión establece un problema ético. No siempre el dolor causa sufrimiento ni éste requiere del dolor. A veces se confunden. Sus límites no son precisos. De allí la importancia de la ética. El dolor puede ser estudiado en su significado y proceso fisiológico, tratado y controlado por el médico. En cambio el sufrimiento no lo controla ni domina el médico. Lo ético, es procurar que el otro "vea" y observe la realidad más que decirle o imponerle lo que debe hacer. Este es el dilema ético. El sufrimiento es una experiencia profunda, personal, subjetiva e intransferible que tiene relación con la experiencia humana. Sólo lo controla la persona que lo sufre, a veces con la ayuda de otras personas que "ofrecen su presencia" como medio terapéutico. En el sufrimiento se habla el lenguaje de persona a persona, no de ciencia a persona. El sufrimiento es condición necesaria para el reencuentro consigo mismo a través de la soledad creativa. Controlar médicamente el sufrimiento es antiético (3).

LA ÉTICA Y LA INVESTIGACIÓN EN DOLOR

Los pacientes con dolor y los terminales son una población vulnerable, cautiva, que requiere cuidados especiales. Desde el punto de vista ético entran en conflicto la necesidad de logros científicos definidos por el investigador y la obligación de salvaguardar la autonomía de las personas. Es población vulnerable porque sufre enfermedades que agotan, fatigan y amenazan la vida; que causan pérdida de la independencia y limitan la capacidad de tomar decisiones; que producen temor por el acercamiento del fin y tristeza por dejar los seres y las cosas queridos, así como malestar general producido por el dolor, la disnea, la tos, el vómito, la debilidad. Estos limitantes físicos y síquicos disminuyen la capacidad de decisión y colaboración en proyectos de investigación,

quizá importantes para el científico pero banales para quien sufre. Es importante entonces, desde el punto de vista ético, cuando se vaya a realizar una investigación con pacientes que sufren intenso dolor o están en fase terminal, seguir las normas del Ministerio de Salud de Colombia donde se habla del consentimiento informado

"...el acuerdo por escrito, mediante el cual el sujeto de investigación o su representante legal, autoriza su participación en la investigación, con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos, beneficios y riesgos a que se someterá, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna".

Para lograr el consentimiento informado deberán tenerse en cuenta la justificación, los objetivos de la investigación, los procedimientos, las molestias o riesgos esperados, los beneficios que puedan obtenerse, la aclaración de dudas, la libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar, la seguridad de que no se identificará al sujeto, el compromiso de mantenerlo informado sobre el avance de la investigación, la disponibilidad de tratamiento médico y de indemnización en casos de daño directo causado por la investigación. Si el investigador es la misma persona que trata, atiende o cuida debe explicárselo al paciente. De lo contrario es moralmente reprehensible tomar a los pacientes como conejillos de indias, buscando prebendas económicas, publicitarias o de reconocimiento (4). En cuanto a los riesgos y beneficios debe seguirse la Declaración de Helsinki de 1964 que establece que los derechos del individuo predominan sobre los de la ciencia y la sociedad (5).

CUIDADOS PALIATIVOS Y DOLOR

Cuidado paliativo es el tratamiento que no busca la curación sino el alivio de los síntomas, a través de todo el proceso patológico y no al final de la vida. La paliación puede darse mientras se logra la curación, se prolonga la vida o cuando se requiere aliviar los síntomas mientras llega la muerte (6).

La paliación es un proceso dinámico que requiere planeación a largo plazo y es único en la existencia de cada ser humano. Lo paliativo no se aplica solamente a quien está cerca de la muerte sino durante todo el proceso de la enfermedad. Este concepto debe quedar claro en el personal de la salud y así se

evitará que el tratamiento paliativo se aplique en las crisis como una obligación de hacer algo.

El objetivo es mejorar la calidad de vida de los pacientes y sus familias. El cuidado paliativo deficiente de la vida, acepta la muerte como parte de ella y planea la terapia a largo plazo más que la intervención durante las crisis. Para lograrlo debe asistir las dimensiones físicas, sicosociales y espirituales de la vida. Se considera que el 65% de quienes reciben cuidados paliativos presentan dolor. Desafortunadamente en los países pobres no están disponibles las drogas baratas y eficientes aconsejadas por la Organización Mundial de la Salud para calmar el dolor, según el modelo denominado Escalera Analgésica, como la codeína, la morfina y la hidromorfona (7).

Otros problemas que inciden en la mala asistencia al paciente con dolor, sobre todo cancerosos y en fase terminal, es la falta de personal de salud debidamente entrenado, la no enseñanza de estos temas, la persistencia de mitos sobre el uso de los morfínicos, el miedo exagerado a producir adicción a los narcóticos y el considerar la dolorología y la paliatología como áreas poco interesantes e innecesarias. Además, los gobiernos no implementan programas oficiales para aliviar el dolor ni atender a los pacientes terminales porque no son rentables.

Hoy la medicina sigue la política macroeconómica de la eficiencia y deja de lado la asistencia ética que dignifica el quehacer médico. Es obligación ética de los gobernantes, la sociedad, los centros de alivio del dolor y cuidados paliativos, instruir a los médicos, 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 la salud y motivar a la adquisición de nuevos aprendizajes... Las casas productoras de drogas tienen la obligación ética de facilitar y abaratar sus productos de tal manera que se consigan fácilmente. Que no prime el concepto de ganancia sino el de la disminución del dolor y el sufrimiento (8).

LA ÉTICA A LA CABECERA DEL ENFERMO

Existen teóricos que aconsejan lo que debe hacerse con los pacientes adoloridos o desahuciados. Pero no hablan con ellos, no estrechan las manos del moribundo ni saben de sus ayes, furias y deseos de muerte. No entienden que el dolor les ha quitado

la libertad de realización personal. Creen, y así lo predicán, que con oraciones y sacrificios el dolor se yugulará porque cumple una misión expiatoria. Esos teóricos dictan principios éticos aplicables a todas las circunstancias. Uniforman el dolor y la ética. Es cierto que deben respetarse las creencias religiosas pero no es ético aceptar que alguien sufra innecesariamente por ignorancia. Lo ético es analizar y evaluar cada circunstancia y proceder de acuerdo a lo aprendido de esa situación particular. Los principios éticos establecidos no pueden ser absolutos ni aplicados rígidamente en la solución de problemas pues la condición humana no tiene definición precisa y es un proyecto inacabado (1).

Hablamos con respecto a la toma de decisiones con quien sufre o muere en medio del despojo y la soledad. Allí está el hombre a quien ya no le importan lo material y lo científico. Allí no llegan la medicina científica ni la ética oficial. Los "desechables" están por fuera de ellas. Allí donde la muerte es sinónimo de fracaso y final. Pero es precisamente allí donde tiene cabida la ética que define lo correcto, lo equivocado y lo que puede aceptarse.

La medicina debe estar en función de lo humano de manera que el significado del arte médico se derive de la búsqueda de la salud y del cuidado de la enfermedad, el dolor y el sufrimiento, guiado por un acto juicioso, consciente y compartido por el médico y el paciente. Son virtudes de la medicina la curación, la promoción de la salud, la moderación, la prudencia, el autocontrol, la paciencia, la simpatía, la sensibilidad y la discreción.

A veces es difícil establecer límites entre medicina y salud. La medicina se fundamenta en lo que el médico hace o puede hacer en beneficio del paciente. Por lo tanto técnica y poder definen el arte médico, pero, ¿son neutrales? ¿tienen límites? En la historia se han utilizado para hacer el bien y el mal. Los límites son necesarios porque el poder médico, al igual que el militar, tiende al exceso y al daño o destrucción del otro. De allí que un principio ético importante es restringir el poder médico. Son la dignidad y el profundo poder y significado de la vida humana en sí mismos los que deben regular o controlar las acciones médicas (9).

EXPERIENCIAS CERCANAS AL ENFERMO

Se parte de la base de que el dolor sigue presente a pesar de los adelantos científicos. Los médicos no toman en serio la obligación de afrontarlo y yugularlo; una visita a los sitios de atención médica lo corrobora. El dolor agudo o crónico no se previene o alivia salvo excepciones. Sólo se trata el dolor que tiene significado para el médico, el que es "visible", el que posibilita corroborar el buen tratamiento, como el dolor del infarto cardíaco. Esto se explica porque en los currículos no se enseña ni motiva a tratar el dolor. Porque su "medición" no se hace visible en la historia clínica ni en la tabla de signos que se coloca a la cabecera del enfermo como sí ocurre con la temperatura, el peso, la eliminación urinaria. Para solucionar este aspecto la Clínica de Alivio del Dolor y Cuidados Paliativos de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia y el Hospital Universitario San Vicente de Paúl, ha implementado la enseñanza de esta temática en sus aspectos básico, clínico y humanístico. Este es un imperativo ético.

Es importante la instrucción dirigida a pacientes y familiares. Se les explica la importancia del alivio y del uso de los morfínicos para que desechen mitos y leyendas.

El alivio del dolor es un proceso secuencial que requiere empatía, respeto, compasión, aceptación y catarsis. La verdad es el punto de partida; conocer la dimensión real de la situación se convierte en un factor de alivio. La verdad permite una relación transparente, fomenta la creatividad, ayuda a solucionar los problemas, define el camino a seguir y facilita la toma de decisiones trascendentales para el enfermo y la familia. La mentira, aun la piadosa, va en contra de la ética. Antes de hablar de cosas trascendentales es necesario paliar las corporales, las que acercan a la tierra como el dolor, la disnea, la diarrea, la constipación, la náusea, el mareo, el vómito. La debilidad corporal requiere sostén para lo trascendente.

La palabra dolor tiene distintos significados para el paciente. Su propia definición aclara dudas y permite definir la acción a seguir. Es posible que sea dolor físico o sufrimiento. Que la queja sea más anímica que corporal por pérdidas, errores, daños, abandonos, desintegración familiar, vacío existencial, miseria, dilemas espirituales. En esa definición perso-

nal de dolor radica la clave para el acercamiento terapéutico con ayuda farmacológica, psicológica o espiritual. Este enfoque es ético porque da importancia a la persona, respeta su libertad y autonomía, incluyendo la decisión sopesada de rehusar el tratamiento aun a costa de morir. Esto es ético como lo es respetar la privacidad y el pluralismo del otro. No debe haber imposiciones. Se procura el bienestar o principio de beneficencia y se evita el daño o perjuicio. Lo antiético es no aproximarse, no escuchar, decidir por el otro, atragantarlo de medicinas, coartarle la libertad, silenciarlo. La ética médica se expresa en términos negativos como no hacer daño y en términos positivos como restaurar la salud y aliviar el sufrimiento. Por lo tanto, prolongar la vida a cualquier costo es extraño y ajeno a la ética. A más agresividad terapéutica mayor sufrimiento para el enfermo.

Los conceptos de dolor y terapia totales significan que es necesario atender los síntomas físicos (dolor, náusea, etc.), los psicológicos (ansiedad, depresión, irritabilidad, trastornos del sueño) y los problemas existenciales (estrés, crisis, culpabilidad, frustración, desintegración corporal, funcional e intelectual). De lo complejo y multidimensional del dolor resulta la importancia de la asistencia interdisciplinaria.

DOLOR REFRACTARIO Y PRINCIPIO DEL DOBLE EFECTO

En algunos pacientes, sobre todo terminales, el dolor es incoercible y va *in crescendo* hasta la muerte a pesar de los tratamientos. Es el dolor refractario. ¿Cuál es la conducta ética?. Lo fundamental, cuando fallan las terapias, es aliviar el dolor, la agitación y la angustia mediante la sedación profunda con opioides, benzodiazepinas, barbitúricos. Aliviado el dolor, la vigilancia y titulación de las drogas dependerá de las circunstancias. Si es un paciente terminal que tiene arreglados sus asuntos y se espera que muera sin dolor, se continúa en observación. Si la muerte no es inminente se procura mantener el alivio y el nivel de sedación según las circunstancias y decisiones familiares y médicas. En algunos pacientes la sedación consciente que les permite responder al estímulo verbal sin pérdida total de la función interactiva es suficiente. Algunos autores recomiendan que la dosis debe regularse de manera que se restablezca la lucidez después de un intervalo o de un plan establecido con los familiares (10). En estas situacio-

nes lo ético es que se reconozca el derecho que tiene el paciente a escoger la opción terapéutica más apropiada. No se trata de matar al paciente porque tiene dolor persistente e incoercible, ni tampoco sedarlo sin haber considerado otras opciones terapéuticas y obtenido su consentimiento informado o el de su representante (11).

La validez de la sedación analgésica para el dolor en casos desesperados se deduce del conocimiento y aceptación del principio del doble efecto que distingue entre el intento terapéutico primario de aliviar el sufrimiento o "buena acción", y la consecuencia inevitable de ese intento de posibilitar o acelerar la muerte o "mala acción". El uso de la sedación farmacológica en las condiciones descritas debe llenar las siguientes condiciones (2,10):

- 1) Que el acto a realizar sea bueno o al menos indiferente por su objeto.
- 2) Que los efectos buenos y malos sigan inmediatamente al acto, es decir, que el efecto bueno no se obtenga por medio del malo. En este caso el médico intenta un resultado benéfico para el paciente pero sabe de antemano que puede ser inevitable el aceleramiento de la muerte.
- 3) Que se busque sólo el buen efecto y se limite a tolerar el malo y que haya cierta proporción entre ellos, es decir, que el buen efecto supere al malo o al menos lo iguale. Aquí el adecuado alivio es razón apropiada para poner al paciente en riesgo de morir.

En los casos donde el paciente y su familia, por su concepción cristiana, están dudosos de lo que debe hacerse, es útil tener a mano el documento, Declaración sobre la Eutanasia, publicado en mayo de 1980 por la Sagrada Congregación para la Doctrina de la Fe, donde se habla de los derechos y valores inherentes a la persona humana, del valor de la vida, de la eutanasia y, para el tema que nos ocupa, del cristiano ante el sufrimiento y el uso de los analgésicos. Recuerda "...la prudencia humana y cristiana sugiere para la mayor parte de los enfermos el uso de las medicinas que sean adecuadas para aliviar o suprimir el dolor, aunque de ello se deriven, como efectos secundarios, el entorpecimiento o la menor lucidez. En cuanto a las personas que no están en condiciones de expresarse, se podrá razonablemente presumir que desean tomar tales calmantes y suministrárselos según los consejos del médico... Los analgésicos que producen la pérdida de la conciencia en los enfermos, merecen en cambio una consideración particular. Es sumamente im-

portante, en efecto, que los hombre no sólo puedan satisfacer sus deberes morales y sus obligaciones familiares, sino también y sobre todo que puedan prepararse con plena conciencia al encuentro con Cristo". Por eso Pío XII advierte que "no es lícito privar al moribundo de la conciencia propia sin grave motivo". El grave motivo, en este caso, es el dolor y sufrimiento refractarios a los medios comunes que se tienen para paliarlos. Un moribundo necesita morir como la persona que tiene hambre necesita comer o el que tiene sueño dormir.

DOLOR Y PLACEBO

No es ético el uso de placebos en pacientes que sufren intenso dolor. Y mucho menos en quienes están cerca de la muerte. El efecto placebo, palabra de origen latino que significa "daré gusto", "agradaré", "complaceré", consiste en administrar una droga que no tiene efecto positivo comprobado, en este caso analgésico. El placebo produce efectos en los síntomas y signos del paciente, que no resultan de acciones específicas de las drogas, de los efectos anatómicos de la cirugía o de algún efecto físico del tratamiento, sino que están asociados a las creencias y actitudes de los pacientes. El efecto, difícil de explicar, varía entre 10 y 90%, según las circunstancias (son más provechosas las inyecciones y las pastillas grandes y coloreadas), su respuesta no indica trastorno psicológico y el tiempo de acción es variable. Algunos autores sostienen que su acción positiva cae más dentro del componente afectivo y motivacional que el sensitivo y discriminativo (12). No está bien dar un placebo para aliviar un terrible dolor producido por el cáncer cuando se podría aliviar con drogas de acción analgésica conocida como la morfina. Algunos consideran esta práctica, al parecer extendida, como inmoral pues hay engaño de por medio.

DOLOR Y MUERTE ELECTIVA

El dolor intenso, especialmente el de origen canceroso, se ha considerado como significativo en las ideas de suicidio. Estas ideas se presentan en 17 a 20% de los pacientes. Sin embargo, la incidencia de muerte por suicidio es pequeña, variando de 1 a 6% según los autores (13). No sólo el dolor juega parte importante en la idea del suicidio. Otros factores

también son importantes: el sufrimiento, el avance de la enfermedad y su pésimo pronóstico, la depresión, la desesperanza, el delirio, la pérdida de control, los trastornos psicopatológicos preexistentes, la historia de suicidios en la familia, el cansancio, la falta de apoyo y la fatiga familiar. Algunos, para evitar este sufrimiento, han propuesto la eutanasia. Sin embargo, para la mayoría de los integrantes del equipo de salud es controvertida esta acción del asesinato intencional. En contraste, luchan por el alivio, como un derecho humano. Para ello buscan controlar de alguna manera el dolor y los otros síntomas, aun los refractarios, calmar la ansiedad o depresión severas, disminuir el estrés existencial así como la intensa fatiga de la familia. En estos casos es obligatorio dar asistencia interdisciplinaria al paciente y la familia. Es ético entonces aliviar el dolor y el sufrimientos aun a costa de una intensa sedación para disminuir la incidencia de suicidio y eutanasia (13-14).

COLOFÓN

El alivio del dolor y el sufrimiento es un derecho del hombre y una obligación del médico. No existe el otro sino "el uno mismo" enfrentando eternamente el problema de su descubrimiento e inevitable destino: ¡la muerte! El obstáculo está en nuestro interior por la apatía que nos deshumaniza.

SUMMARY

ETHICAL AND UNETHICAL SITUATIONS IN THE ATTENTION OF PATIENTS WITH PAIN AND SUFFERING

To have pain relieved is a human right and an ethical obligation of health personnel; several situations are classified in this review according to whether they are ethical or unethical, namely: Ethical situations: 1) to sedate patients when pain has been refractory to treatment; 2) to tell patients and their families the whole truth about their condition. Unethical situations: 1) to let somebody suffer on the basis of ignorance, fear, erroneous beliefs or theologic convictions; 2) to omit the cultural, social, psychological and human dimensions of pain during medical training; 3) to obstruct the easy

availability of opioids and other pain-control drugs; 4) to promote only the use of costly pain-control drugs; 5) to abandon patients with pain because they no longer have scientific interest; 6) to unnecessarily produce or increase pain in order to corroborate diagnoses or to obtain scientific results; 7) to deceive pain with placebo administration; 8) not to appropriate adequate resources for pain-control and palliative care.

BIBLIOGRAFÍA

1. ROY DJ. Those days are long gone now. *J Palliat Care* 1994; 10: 4-6.
2. VARGAS CA. Bioética. Principales problemas. Bogotá: Ed. Paulinas, 1988: 356.
3. GREGORY D. The myth of control: suffering in palliative care. *J Palliat Care* 1994; 10: 18-22.
4. Medical Research Council of Canadá. Guidelines on Research Involving Human Subjects. Ottawa: Minister of Supply and Services, 1987.
5. KRISTJANSON LJ, HANSON EJ, BALNEAVES L. Research in palliative care populations: Ethical issues. *J Palliat Care* 1994; 10: 10-15.
6. OLWENY CLM. Goals and rationale of cancer treatment. *Med J Austr* 1991; 155: 185-192.
7. Cancer Pain Relief and Palliative Care. WHO Technical Report Series Nº4. Geneva: World Health Organization, 1990.
8. OLWENY CH LM. Ethics of palliative care medicine: Palliative care for the rich nations only. *J Palliat Care* 1994; 10: 17-22.
9. KASS LR. "I will give no deadly drug" Why doctors must not kill. *Am Coll Surg Bull* 1992; 77: 6-14.
10. CHERNEY NI, POTENYO RK. Sedation in the management of refractory symptoms: Guidelines for evaluation and treatment. *J Palliat Care* 1994; 10: 31-38.
11. WANZER SH, FEDERMAN DD, ALDESTEIN SJ, et al. The physician's responsibility toward hopelessly ill patients. A second look. *N Engl J Med* 1989; 120: 844-849.
12. BERDE CHB, GLICK R. The placebo response: Powerful and still puzzling. *IASP Newsletter* 1991, July-August: 3-5.
13. BREITBART W. Cancer pain and suicide. In: FOLEY KM, BONICA JJ, VENTAFRIDA V (eds). Second International Congress on Cancer Pain. New York: Raven Press, 1990; 399-412. *Advances in pain research and Therapy*, Vol 16.
14. CHERNY NI, COYLE N FOLEY KM. The treatment of suffering when patients request elective death. *J Palliat Care* 1994; 10: 71-79.



Esta Publicación es
cortesía de
Laboratorios ITALMEX