



FACULTAD DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA

**LA BIOETICA EN EL MANEJO TERAPEUTICO CON
OPIACEOS DEL DOLOR TOTAL**

Tesis Doctoral presentada por:
TERESA HOLGADO CARRANZA

Sevilla, 2006

A mis padres, que han sido siempre un ejemplo a seguir y me han enseñado la
profesión médica.

A mi hija, que es quien realmente me animó a finalizar este trabajo.

A Eduardo, por estar ahí día tras día.

A mi hermana, por saber escucharme.

A todos los que sufren dolor.

AGRADECIMIENTOS

Expreso mi agradecimiento a todas aquéllas personas que de una forma u otra han contribuido a la realización de este trabajo, especialmente:

Al Profesor D. José M^a Rubio Rubio, que bajo su dirección he podido realizar esta Tesis Doctoral.

A mi amiga y colega, Ana Forastero Rodríguez y a la estudiante de medicina Clara Rivera Rubio por su colaboración en la recogida de datos.

Al Departamento de Estadística de los Hospitales Universitarios Virgen Macarena y Virgen de Valme, por ayudarme en el cálculo estadístico, en particular al Profesor D. Juan Polo Padillo, a la Profesora Dña. Ana L. Fernández Palacín y a Dña. Carmen V. Almeida González por su paciencia y dedicación.

A Patricia Urios por su colaboración en la búsqueda bibliográfica.

A todos aquellos médicos que participaron en el estudio, sin los cuales no se podría haber llevado a cabo.

**LA BIOETICA EN EL MANEJO TERAPEUTICO CON
OPIACEOS DEL DOLOR TOTAL**

INDICE

INDICE

	Página
I. INTRODUCCION	1
1. El dolor y su significado	3
1.1. Consideraciones histórica y actual del dolor y su tratamiento	3
1.2. Sensación y experiencia del dolor	7
1.2.1. Fenomenología del dolor	7
1.2.2. Experiencia del dolor	8
1.3. El dolor y su importancia sanitaria	9
2. Terapéutica del dolor	11
2.1. Abordaje terapéutico del dolor	11
2.1.1. Valoración del dolor	12
2.1.2. Escalera analgésica de la OMS	14
2.2. Analgesia y sedación	16
3. Recursos terapéuticos	18
3.1. Morfina	18
3.1.1. Acciones e interacciones	18
3.1.2. Principales indicaciones y vías de administración	19
3.1.3. Efectos secundarios	20
3.1.4. Consenso de la SECPAL sobre morfina	21
3.2. Fármacos coanalgésicos y adyuvantes	22
3.3. Otros opiáceos	23

3.3.1. Fentanilo transdérmico	23
3.3.2. Buprenorfina transdérmica	24
3.4. Tratamiento no farmacológico del dolor	24
4. Consideraciones éticas	25
4.1. Macroética	25
4.1.1. El tratamiento del dolor y el valor de la vida en el Ars Moriendi	26
4.1.2. El deber de asistencia el paciente con dolor	29
4.1.3. Principios de la bioética implicados en el tratamiento del dolor	34
4.2. Microética	42
4.2.1. Valoración del síntoma dolor y su significado	42
4.2.2. Sedación terminal	43
4.2.3. Reparos éticos de la analgesia	45
4.2.4. Asistencia y cuidados del paciente con dolor	52
II. INTERES DEL TRABAJO	55
III. OBJETIVOS	59
IV. MATERIAL Y METODO	60
V. RESULTADOS	67
VI. DISCUSION	121
VII. CONCLUSIONES	145
VIII. RESUMEN	147
IX. BIBLIOGRAFIA	151

I. INTRODUCCION

I. INTRODUCCIÓN

La Asociación para el Estudio del Dolor propuso en 1994 una definición desde entonces universalmente aceptada: *“El dolor es una sensación desagradable y una experiencia emocional asociada a un daño tisular actual o potencial o descrito en términos como si este hubiese sucedido”*.¹

Según esta definición el dolor es ante todo una circunstancia desagradable ante la que reacciona nuestro organismo con reflejos de retirada y expresiones corporales de desazón. El segundo punto de esta definición es que el dolor puede ser una experiencia desagradable, referida a un órgano específico o a una región del cuerpo bien definida, pero también a un daño de difícil localización o precisión o incluso, en los límites de lo psicosomático, podemos llegar a sentir dolor en ausencia de una lesión corporal determinada. Con todo, el dolor no es una “idea” inaprensible; podemos ser más o menos susceptibles al dolor pero el dolor es siempre una experiencia sensorial real lo que no significa necesariamente que el dolor sea objeto de los sentidos, esto es, que pueda ser visto o ser oído al menos dentro de las posibilidades de la ciencia actual. Cuando expresamos una sensación de dolor estamos manifestando una sensación desagradable de una parte o de todo nuestro cuerpo.

El último punto de la definición contempla el dolor como una experiencia emocional negativa, estresante, de la que deseamos lo más pronto posible desembarazarnos. En este contexto el dolor es una vivencia fundamental con una alta carga de sufrimiento, desprovista en la mayoría de los casos de otro sentido que nuestra innata vulnerabilidad, avisadora de nuestra inconsistencia y fragilidad, signo y amenaza en cuya presentación influyen de manera decisiva acontecimientos físicos y psicológicos y entre estos últimos, de una manera determinante, la personalidad.²

El dolor es un hecho fisiopatológico de especial trascendencia clínica; las consultas de los médicos de familia están llenas de pacientes cuya única enfermedad es el malestar psíquico y cuyo único síntoma es el dolor; las listas de espera de las clínicas del dolor reflejan en la mayoría de los casos, un alto índice de frustraciones. El dolor es uno de los estímulos más potentes que recibe el sistema nervioso de los seres vivos y está en permanente investigación, aunque la aplicación de los avances que esta investigación proporciona, se encuentra aún serias dificultades derivadas del significado histórico del dolor y su sentido y de confusas objeciones éticas.

El principal argumento que ha determinado siempre la actitud del médico ante el dolor de sus enfermos, ha sido el de sus posibilidades terapéuticas y en ese sentido no cabe duda que el descubrimiento de los opiáceos constituyó un hito esencial en la analgesia aunque sus propiedades adictivas han

constituido y lo siguen siendo, una importante causa de reservas a la hora de su dispensación.

Pero íntimamente unido a las posibilidades farmacológicas, el sentido del dolor y de la enfermedad han sido resultado esenciales en su tratamiento pues han determinado en muchos casos actitudes ambiguas de duda, miedo, inhibición ante el dolor de los enfermos, muchas veces insoportable. Estas actitudes, mantenidas durante siglos, siguen latentes en muchos de nuestros profesionales que, atenazados por el miedo o la ignorancia, no se deciden a aplicar a sus pacientes una analgesia totalmente eficaz alegando un dudoso doble efecto que se sienten incapaces de controlar.

1. EL DOLOR Y SU SIGNIFICADO

1.1. Consideraciones histórica y actual del dolor y de su tratamiento.

El alivio del dolor y del sufrimiento causado por la enfermedad ha sido siempre un objetivo claro de la medicina aunque el sentido del dolor y el tratamiento al sufriente han evolucionado y cambiado mucho a lo largo de la historia.

Epicuro creía que el dolor equivalía al mal y lo mejor era evitarlo; por el contrario para los estoicos la imagen superior del hombre era la del que permanecía inmutable ante el sufrimiento físico. Soportar el dolor siempre fue en la cultura mediterránea precristiana un signo de virilidad; más tarde, con el imperio romano y en los primeros siglos de la era cristiana con el núcleo de

Europa ya constituido, la sensibilidad al dolor y su rechazo se estimaban como signo de civilización; los pueblos bárbaros de la periferia se caracterizaban por estar formados por gentes salvajes insensibles al dolor físico. La sociedad judeocristiana se ha caracterizado siempre por el rechazo al dolor y esto sería para algunos pensadores como Jünger, el primer síntoma de su decadencia.³

Los racionalistas griegos consideraban que el dolor era incompatible con el orden e intentaban controlarlo, pero cuando el médico estimaba que la enfermedad no se podía controlar se abandonaba al paciente. Para muchos cristianos, siguiendo literalmente determinados textos de San Pablo⁴⁽¹⁾, el sufrimiento es ante todo una posibilidad feliz de purificación y en tal sentido es buena y loable la mortificación física. Esta es la raíz teológica del “dolorismo” que en la actualidad muy pocos pensadores cristianos admiten. El dolor es una oportunidad indudable de purificación y de maduración personal pero, aun aceptando esta actitud pasiva ante el dolor propio, es siempre cuestionable la pasividad ante el dolor ajeno alegando argumentos morales particulares.

En la Edad Media se abandonaba a los enfermos terminales y a los que sufrían mucho porque no había que impedir que los pacientes fueran al cielo

⁽¹⁾ “Tengo por cierto que los padecimientos del tiempo presente no son nada en comparación con la gloria que ha de manifestarse en nosotros” (Rom 8,18). “Por lo cual me complazco en las enfermedades.....por Cristo; pues cuando parezco débil, entonces es cuando soy fuerte” (Cor 12, 10). “Sufro en mi carne lo que falta a las tribulaciones de Cristo”(Col 1, 24).

(o al infierno) y el sufrir se entendía como una forma de identificarse con Cristo. En el siglo XVIII la extensión de la vida ya es un objetivo explícito de la medicina. A partir del siglo XIX y XX lo fundamental es el diagnóstico y el tratamiento y el dolor se considera como un objetivo necesario de dicho tratamiento.

La demanda de medicamentos y técnicas antiálgicas en las sociedades occidentales ha sufrido un incremento espectacular en el último cuarto de siglo pero aún así, el dolor se sigue resistiendo a la medicina clásica. Esto podría achacarse a la disminución de la tolerancia al dolor ligada al progreso económico, pero hay otras razones de muy diversa índole relacionadas principalmente con el modelo de práctica asistencial vigente y una indudable rémora de prejuicios éticos. Con todo hay que reconocer que se han conseguido indudables avances, especialmente en la Medicina Paliativa, y que los médicos de atención primaria se esfuerzan porque sus pacientes moribundos no tengan dolor; aún así, la lista de medicamentos analgésicos mayores y menores ha experimentado pocos cambios en los últimos años. En nuestro país la morfina se utiliza poco, mal, tarde y a dosis bajas (5.1 mg diario por persona) cifra claramente inferior a Francia (11 mgs por persona) o Dinamarca (70 grs por persona) y solo superior a Grecia (0,2 mgs por persona).⁵

En publicaciones profesionales especializadas, congresos, encuestas y foros de Cuidados Paliativos es común escuchar frases como estas:

“Reconocemos que la sensación dolorosa es una de las experiencias más negativas de la enfermedad que como tal envilece y aliviarlo, libera al enfermo”

“Reconocemos que nuestras carencias profesionales y que nuestras actitudes terapéuticas ante el dolor de los enfermos no son siempre correctas. Reconocemos que a nivel de Atención Primaria existen dificultades para utilizar recursos terapéuticos específicos para el dolor. Existen trabas burocráticas que obstaculizan la dispensación correcta de analgésicos a nuestros enfermos. Es necesario dotar a los médicos de Atención Primaria y Hospitalización Domiciliaria de recursos analgésicos eficaces y promocionar las Unidades de Dolor y los Cuidados Paliativos.”

“Hay aspectos del dolor en los que nuestras carencias profesionales son aún más evidentes, así reconocemos nuestras dificultades para el abordaje del dolor psíquico y del mosaico de sentimientos negativos que acompaña al dolor total. Es necesario un tratamiento integral del dolor que abarque todas las necesidades del paciente”⁶

Como expresa muy acertadamente la editorial de un JANO monográfico dedicado al tratamiento del dolor, el tratamiento del dolor en el siglo XXI en nuestro país sigue siendo problemático⁷.

1.2. Sensación y experiencia del dolor

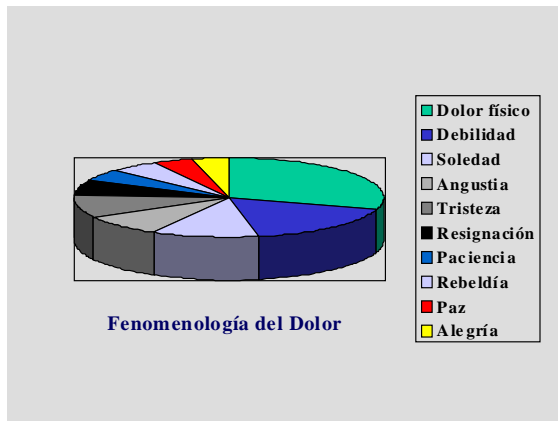


Figura 1

El sufrimiento y el dolor físico son experiencias diferentes pero muy relacionadas entre sí. Es evidente que puede existir sufrimiento sin dolor físico y dolor sin sufrimiento. En la figura 1 está representada la amplia fenomenología que configura la

sensación dolorosa. En ella el dolor físico es un ingrediente importante pero en absoluto el único protagonista. A la sensación desagradable del dolor se unen sentimientos de debilidad, soledad, angustia, resignación, rebeldía, paciencia e incluso momentos de paz que explican la complejidad y la dificultad de este síntoma común a la mayoría de las enfermedades. Llamamos **dolor total** al dolor crónico, severo, invalidante, resistente a terapias habituales, en el límite terapéutico, acompañado de un alto sufrimiento. Suele ser multifactorial y puede estar o no tratado con opiáceos.

1.2.1. Fenomenología del dolor

Clásicamente la fenomenología del dolor ha contemplado sólo sus características neurofisiológicas quedando los aspectos psicológicos y vivenciales relegados a un segundo lugar. Hoy día se tiende a hacer un abordaje fenomenológico del dolor desde una visión más integradora que

aúne los aspectos biomédicos más relevantes con los planteamientos psicológicos⁸. Desde el siglo XIX se conoce la existencia de receptores específicos para el dolor. Estudios posteriores demostraron la relación entre el tipo de receptor y determinadas experiencias sensoriales. Se sabe también que las terminaciones nerviosas libres en la piel envían información a través de vías nerviosas específicas - el haz espinotalámico- que ascienden por la región anterolateral de la médula hasta determinando centros cerebrales no bien definidos, localizados entre el tálamo, el cortex y el sistema límbico.

La teoría de la especificidad atribuye una relación unívoca entre el tipo de fibra nerviosa y la sensación que experimenta, lo que es erróneo como ha comprobado la moderna experimentación. Para paliar sus deficiencias se han propuesto otras hipótesis neurobiológicas que relacionan el dolor no con vías específicas sino con la intensidad y la sumación de los impulsos sensoriales. Para algunos autores, la sensación nociceptiva es el producto de una sumación de impulsos sensoriales negativos procedentes de receptores periféricos inespecíficos, que el cerebro va a interpretar como dolor⁹.

1.2.2. Experiencia del dolor

Indudablemente el sufrimiento va unido a la intensidad del dolor; a mayor sensación de dolor le corresponde una cuota más alta de sufrimiento aunque no todo el mundo percibe de igual manera el dolor. Existen evidencias de que la experiencia del dolor está modulada por factores psicológicos que pueden

impedir que la información que llegue al receptor sea transmitida de manera fidedigna.

Son circunstancias que modifican la sensación dolorosa: el umbral basal del dolor, la edad del paciente, el uso de medidas analgésicas, determinadas patologías (diabetes, shock), la mayor atención o distracción del enfermo, el miedo, la educación, la cultura. El componente subjetivo del dolor físico es muy importante y no cabe duda que el componente psicológico lo modula en gran medida. La percepción del dolor disminuye si el paciente conoce la causa o si sabe que durará poco y que hay formas de aliviarlo. El sufrimiento está por su parte muy ligado a la idea de futuro que se hace el enfermo. Por ambas razones es fundamental la comunicación con el profesional para que facilite la información que pueda ayudar al paciente. En muchas ocasiones el sufrimiento está más relacionado con las expectativas y deseos vitales de los pacientes que con una grave enfermedad y sin embargo, en esos casos, la medicina puede dar una solución.

1.3. El dolor y su importancia sanitaria

Se estima que entre el 25-30 % de la población de los países industrializados presenta dolor crónico debido a problemas como artritis, migrañas, dolor de espalda, cáncer etc...Y no se estiman los dolores provocados por el stress cotidiano y las crisis vitales (divorcios, separación o muerte). En un trabajo sobre 1817 pacientes llevado a cabo en el año 1999 en el Reino Unido, Elliot y

cols calcularon una prevalencia del dolor crónico del 50 %¹⁰. Y en un estudio catalán del mismo año, la prevalencia se estimó en el 78,6 %¹¹.

Además de su importancia epidemiológica, el dolor tiene otras implicaciones de trascendencia sociosanitaria: El dolor crónico es un motivo importante de suicidios¹² y su diagnóstico y tratamiento supone un alto coste al que hay que añadir el coste de los síntomas asociados (trastornos del sueño, depresión, abuso de sustancias...). El dolor es una causa frecuente de discapacidad. En una muestra de 12640 sujetos, la prevalencia de la incapacidad asociada al dolor llega a ser del 32,7 %¹³. El coste total del dolor físico y sus consecuencias en los países industrializados se estima que representa en la actualidad entre el 2,2 y el 2,5 de su PIB. En circunstancias límites, el control del dolor se convierte en el argumento principal de la Asistencia Sanitaria.

La Declaración de la OMC sobre atención médica al final de la vida, elaborada por una comisión de expertos en Cuidados Paliativos reconoce que *“las fases avanzadas y terminales de la mayor parte de las enfermedades crónicas evolutivas, comparten múltiples aspectos generadores de sufrimientos, tanto físico como emocional, que también afecta a las familias. Entre los síntomas físicos, el dolor es un paradigma que afecta aproximadamente al 70% de estos enfermos. Estas situaciones generan un gran impacto en la calidad y una gran necesidad y demanda de atención y*

apoyo¹⁴. En un trabajo sobre el dolor en pacientes en situación terminal, el 50% de los enfermos manifiestan tener dolor moderado o severo a pesar de estar recibiendo tratamiento continuado. Una vez iniciado el tratamiento analgésico específico, el 30% desean más tratamiento y sólo el 9% manifiestan el deseo de reducirlo o abandonar aduciendo razones como el miedo a la adicción, los efectos físicos o psíquicos y no querer tomar más pastillas o inyecciones¹⁵.

2. TERAPEUTICA DEL DOLOR

En la Universidad de Brisbane (Australia)¹⁶ se estudiaron las dificultades que impiden un abordaje efectivo del dolor de los enfermos con cáncer en el hospital. Se aportan tres razones principales: La ignorancia del paciente sobre el dolor y su forma de afrontarlo, la pobre respuesta percibida a las medidas analgésicas y la escasa comunicación sobre el dolor entre los enfermos y los profesionales sanitarios. Más del 60 % de los pacientes se manifestaban recelosos al tratamiento por miedo a la adicción. Más del 70 % pensaban que podían afrontar el dolor con un entrenamiento eficaz.

2.1. Abordaje terapéutico del Dolor

En el abordaje terapéutico del dolor, hay que hacer siempre:

- Una evaluación del paciente
- Una evaluación del dolor

- El dolor siempre hay que tratarlo
- Un tratamiento integral

La terapéutica del dolor (total) en enfermos con cáncer avanzado y terminal, geriátricos con pluripatología, enfermedades crónicas invalidantes o enfermos avanzados de SIDA debe ser siempre etiológica, multifactorial y estratégica.

Antes de iniciar cualquier tipo de medida terapéutica se debe:

- Realizar un diagnóstico etiológico siempre que sea posible.
- Valorar la intensidad del dolor, separando los componentes nociceptivos de los afectivos.
- Determinar sus características principales, como duración, localización, irradiación, factores desencadenantes o agravantes.
- Establecer en la medida de lo posible el mecanismo fisiopatológico implicado en la génesis del dolor.
- Valorar el perfil psicológico del paciente, así como su experiencia con el dolor y con los diferentes tratamientos previos.
- Elaborar una anamnesis farmacológica detallada, estableciendo la toma previa de analgésicos, tanto por prescripción como por automedicación.

2.1.1. Valoración del dolor

El dolor es una experiencia subjetiva del paciente, por lo que su medición entraña una gran dificultad. Al no disponer de un medidor biológico para su

medición, se han de utilizar diferentes métodos sencillos que puedan servirnos para evaluar la intensidad del dolor. Se han desarrollado escalas de valoración del dolor tanto cuantitativas como cualitativas¹⁷. Las más difundidas son las siguientes:

- **Escala numérica:** Se trata de una línea recta de 10 cm y marcada con señales de 0 a 100. El 0 significa ausencia de dolor y el 100 dolor máximo imaginable¹⁸.
- **Escala Visual Analógica (EVA):** Es la más utilizada, es una línea de 100 mm en cuyos extremos aparecen las expresiones (figura 2)¹⁹. En diversos estudios^{20, 21} ha demostrado ser una herramienta sencilla y de fácil aplicación tanto para el paciente como para el equipo y ofrece una alta correlación con los otros sistemas de medida del dolor. La práctica clínica ha introducido algunas variantes de la EVA inicial: la **EVA de la intensidad del dolor**, en la que la línea recta es vertical a modo de termómetro y la **EVA de alivio de dolor**, en la que el enfermo expresa el grado de mejoría entre su dolor inicial y el actual²². Estudios recientes demuestran que existe una correlación estadística entre la EVA de intensidad del dolor y la de alivio del dolor y ambas escalas no son análogas sino que se complementan en la evaluación del dolor²³.



Figura 2. Escala Visual Analógica.

- **Escala Verbal:** Elección de la palabra que refleja el dolor sobre una línea. Cada palabra lleva asociada un valor ²⁴.
- **Diarios del dolor:** El paciente describirá el dolor en una especie de diario de acuerdo a unos ítems²⁵.
- **Escalas de comportamiento, escalas de expresiones faciales:** indicadas en los pacientes con deterioro cognitiva o graves problemas de comunicación²⁶. (Figura 3).

2.1.2. Escalera analgésica de la OMS

En el tratamiento del dolor crónico maligno debemos tener en cuenta:

- La intensidad con que se manifiesta el dolor.
- La causa que lo produce

Para el tratamiento de la intensidad del dolor utilizaremos analgésicos propuestos por la OMS de manera escalonada²⁷.

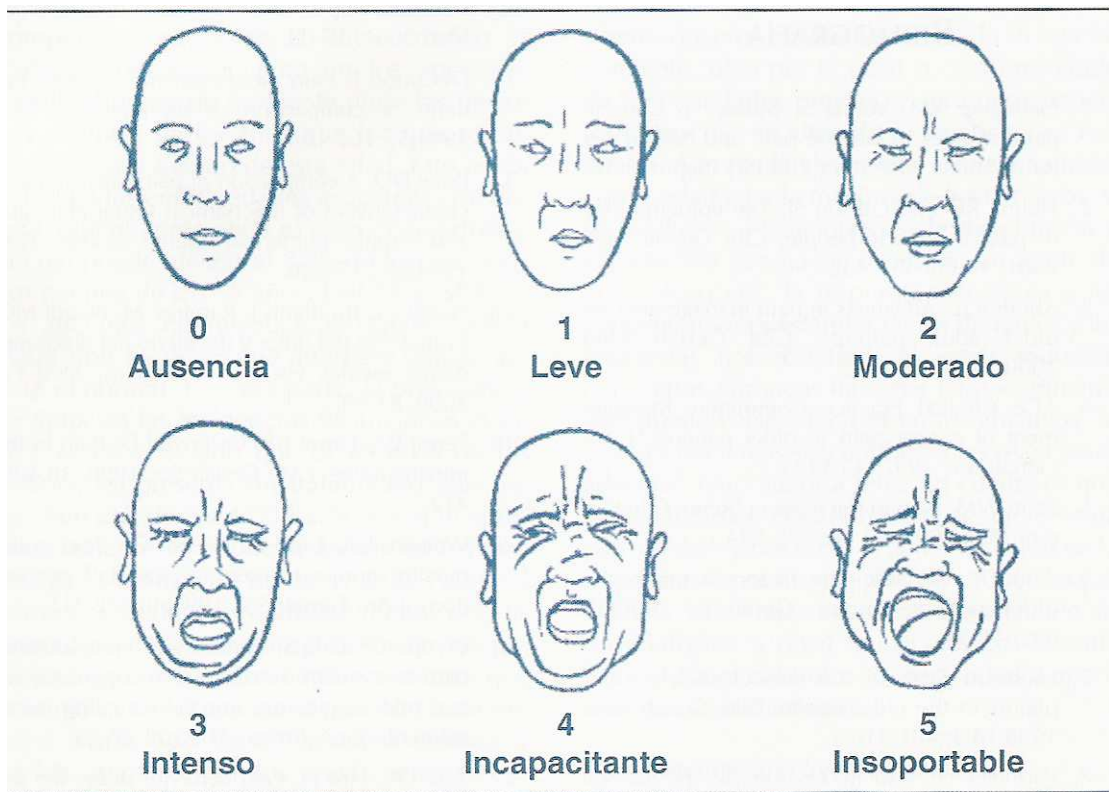


Figura 3. Escala de expresión facial.

Fármacos de primer escalón

- Analgésicos no opioides
 - Paracetamol
 - Acido acetilsalicílico

Fármacos de segundo escalón

- Antinflamatorios no esteroideos (AINES)
 - Diclofenaco
 - Flurbiprofeno
 - Dipirona (metamizol)
 - Ketorolaco

- Opioides débiles
 - Codeína
 - Dihidrocodeína
 - Dextropropoxifeno
 - Tramadol
 - Pentazocina

Fármacos de tercer escalón

- Opioides potentes
 - Morfina
 - Metadona
 - Otros: meperidina, buprenorfina, fentanilo, pentazocina, butorfanol, nalbufina.

2.2. Analgesia y sedación

En el tratamiento del dolor es necesario diferenciar analgesia y sedación. En el *Diccionario de Conceptos en la Atención al Final de la Vida*²⁸ se define la ANALGESIA como el control del dolor combinando medidas farmacológicas y generales. La analgesia correcta, así como la eliminación o reducción de los demás síntomas que alteran la calidad de vida, debe ser un objetivo prioritario en todas las fases evolutivas de la enfermedad. En casos de dolor intenso, la

morfina y otros derivados opioides, administrados preferentemente por vía oral, son los fármacos de elección para su control.

El término SEDACION tiene diversas acepciones en función de las variadas situaciones en las que se aplica. En todas ellas se combina el objetivo fundamental de controlar algunos síntomas con una posible disminución de la conciencia, o bien la disminución de la conciencia en situaciones de agonía. Las situaciones que la requieren son el tratamiento de algunos problemas refractarios, generalmente en fase agónica: ansiedad extrema, delirium, confusión, hemorragia masiva y disnea. Consiste en la disminución deliberada de la conciencia con el objetivo de evitar un sufrimiento insostenible. En general, se trata de una medida gradual, susceptible de tomarse con la participación del enfermo o, en su defecto, de los familiares y que puede llegar a la sedación completa irreversible. Desde el punto de vista ético, la sedación terminal se distingue del cóctel lítico en que su intencionalidad es la de controlar síntomas, su gradualidad y la participación del enfermo y la familia. La sedación puede ser también la consecuencia (doble efecto) de la analgesia.

El COCTEL LITICO (también llamado cacotanasia o eutanasia involuntaria) consiste en la administración de fármacos, generalmente por vía endovenosa, con el objetivo común de abolir la conciencia y acortar la vida, llevado a cabo de manera brusca y no gradual, generalmente sin participación

del enfermo, a petición de la familia o por decisión del equipo terapéutico. La práctica del cóctel lítico muestra también una cierta incapacidad de los equipos médicos para resolver los problemas habituales de control de síntomas e impacto emocional en enfermos y familiares.

El uso de PLACEBO en pacientes con dolor es una práctica controvertida y de dudoso valor ético y su aplicación sin el consentimiento del paciente inaceptable. Los placebos se utilizan alegando su eficacia en casos especiales de adicción o en pacientes que no soportan un bajo nivel de dolor. Se sabe que hasta el 35% de los placebos alivian parcialmente el dolor, pero aún así solo deberán prescribirse en estudios controlados y con el consentimiento del paciente²⁹.

3. RECURSOS TERAPEUTICOS

3.1. Morfina

La morfina es un analgésico potente natural derivado del opio, y éste se obtiene de plantas del género *Papaver somniferum*.³⁰

3.1.1. Acciones e interacciones

Acciones sobre el sistema nervioso central

- Analgesia
- Depresión respiratoria

- Miosis
- Hipotermia de origen hipotalámico
- Nauseas y vómitos
- Estimula la secreción de ACTH, somatotropina, prolactina, MSH y hormona antidiurética-
- Inhibe la secreción de TSH, LH y FSH
- Antitusígena

Acciones periféricas

- Incremento en el tono y reducción de la motilidad en muchos segmentos del aparato digestivo, provocando estreñimiento.
- Aumento del tono del esfínter vesical y espasmo del detrusor
- Libera histamina de los mastocitos que pueden provocar efectos locales como urticaria o prurito en el lugar de la inyección o efectos generales como broncoconstricción o hipotermia.

Interacciones

Los efectos depresores de la morfina pueden verse potenciados por la administración concomitante de: alcohol, benzodiazepinas, barbitúricos, IMAOS, relajantes musculares y neurolépticos.

3.1.2. Principales indicaciones y vías de administración

Indicaciones

- Dolor, especialmente en los enfermos oncológicos

- Disnea
- Tos persistente
- Diarrea incoercible

Vías de administración

- Vía oral
- Vía subcutánea
- Vía endovenosa
- Vía rectal otras: intramuscular (no recomendada). Epidural, intratecal, intracerebroventricular, sistemas de liberación transdérmico, intranasal, transbucal, sublingual. Hay que nombrar una nueva forma de administración que es la denominada analgesia controlada por el paciente o PCA (que se puede emplear por distintas vías)

3.1.3. Efectos secundarios

- Estreñimiento
- Náuseas y vómitos
- Somnolencia
- Boca seca

3.1.4. Consenso de la SECPAL sobre morfina

1. La vía oral es la se elección, en solución o comprimidos de acción inmediata o prolongada.
2. El ajuste de dosis puede hacerse en dosis inmediatas cada 4 horas y con la misma dosis para las crisis
3. Si el dolor aparece antes de la siguiente administración, debe aumentarse la dosis regular.
4. La solución o comprimidos de acción inmediata deben administrarse cada 4 horas, con dosis doble nocturna.
5. Los comprimidos de liberación prolongada deben de ser administrados cada 12 horas, sin triturarlos. No es recomendable todavía el uso vaginal o rectal.
6. Si la vía oral no es practicable, las vías alternativas de elección son las subcutáneas y la rectal.
7. La relación dosis oral/rectal 1/1
8. La relación oral subcutánea es de 2/1
9. La vía endovenosa debe ser utilizada excepcionalmente
10. La vía intramuscular no es recomendable. Las vías bucal, sublingual o nebulizada están en ensayo
11. Con la administración oral se controlan más del 80% de los dolores. El resto está en fase de protocolización.

En resumen, la morfina oral asociada a coanalgésicos específicos, a medidas generales y de apoyo emocional, es la base del tratamiento del dolor en enfermos con cáncer avanzado y terminal y en los de SIDA y geriátricos con dolor susceptible de respuesta. Las dosis iniciales habituales oscilan entre 30 y 60 mg diarios y las de mantenimiento entre 120 y 240 mg. No hay dosis límites y la frecuencia de intolerancia y complicaciones disminuye con el incremento gradual y razonable de las dosis. Las vías alternativas de elección son la subcutánea y la rectal.

3.2. Fármacos Coanalgésicos y Adyuvantes

Coanalgésicos: aquellos fármacos que tienen un efecto directo sobre el control del dolor, relacionado específicamente con su causa y su mecanismo de acción.

Adyuvante: aquellos fármacos que no tienen un efecto analgésico claro, pero que modifican las condiciones relacionadas con su causa o la percepción del dolor.

Los principales tipos de fármacos son los siguientes:

- Antidepresivos
- Anticonvulsiones
- Anestésicos locales
- Neurolépticos

- Antihistamínicos
- Psicoestimulantes
- Benzodiacepinas
- Calcitonina
- Bifosfonatos
- Corticoides
- Otros: baclofen, pimozida, ketamina.

3.3. Otros opiáceos

3.3.1. Fentanilo transdérmico

Es un agonista opioide sintético entre setenta y cien veces más potente que la morfina. En 1991 la FDA aprobó el primer parche transdérmico para la administración continua de fentanilo y en Marzo de 1998 se comercializa en España^{31,32,33} con presentaciones de 25, 50,100 microgramos por hora de liberación sostenida (duración 72h). Tarda 10-15 horas en alcanzar niveles de analgesia. Por lo que, habitualmente, el primer día suele ser necesario que el paciente disponga de morfina de liberación rápida como rescate. Cuando se retira el parche continua habiendo fentanilo en sangre unas 17 horas más. Se indica en el dolor severo que precise morfina y no sea resistente a ella, ofreciendo la ventaja de uso transdérmico³⁴, con lo que se puede administrar en presencia de dificultad para la deglución, náuseas y vómitos, y

presentando también una menor toxicidad. Como inconvenientes, su mayor coste, y la mala adhesión cutánea en pieles sudorosas³⁵.

3.3.2. Buprenorfina transdérmica

Es un opioide agonista parcial. Fármaco ampliamente utilizado hace años tanto por vía intramuscular como sublingual, había caído en desuso hasta que en agosto del 2002 se aprobó la comercialización del primer parche transdérmico, presentado en España durante el V Congreso Nacional de la Sociedad Española del Dolor, en febrero del 2003^{36, 37}. Está indicado para el tratamiento del dolor oncológico moderado a severo y dolor crónico no oncológico (musculoesquelético, reumatoide, neuropático, etc) moderado o severo que no responda a analgésicos no opioides. Los parches son de 35, 52.5 y 70 mcg/h, son de liberación sostenida, durante 72h. Presentan al igual que el fentanilo las ventajas de la administración transdérmica y menos efectos secundarios que la morfina. Después de eliminar el parche las concentraciones plasmáticas de buprenorfina disminuyen de forma regular y se eliminan con una vida media aproximada de 30 h^{38, 39}.

3.4. Tratamiento no farmacológico del dolor

Modalidades físicas: calor, frío, masaje, ejercicio, cambio de posición, técnicas de estimulación (acupuntura, TENS).

Intervenciones de conducta cognoscitiva: Relajación, hipnosis, educación del paciente, psicoterapia.

Intervenciones antineoplásicas: Radioterapia, Cirugía.

Intervenciones invasoras: Bloqueo nervioso, intervenciones neurológicas, etc.

4. CONSIDERACIONES ÉTICAS

En aras de una exposición más clara y acorde con el objetivo de nuestro trabajo abordaremos los aspectos éticos del tratamiento del dolor haciéndolo en primer lugar desde las bases y los fundamentos de la macroética; en un segundo tiempo nos detendremos a considerar los aspectos particulares o de aplicación más relevantes y de especial interés clínico (microética)

4.1. Macroética

Al considerar los principales valores y contravalores implicados en el uso de sedantes, especialmente en pacientes con enfermedad avanzada y/o terminal debemos señalar como los más importantes, entre los primeros, la decisiva aportación de la analgesia y la sedación, correctamente realizadas, en la medicina paliativa y en la superación de actitudes de ensañamiento terapéutico. Entre los posibles contravalores debemos hacer mención de los efectos negativos que las altas dosis de analgésicos mayores provocarían al

disminuir el nivel de conciencia –narcosis- y el riesgo añadido de poder acortar la vida.

4.1.1. El tratamiento del dolor y el valor de la vida en el Ars Moriendi

Es un reconocimiento universal y una conquista sanitaria del tercer milenio *la aceptación del concepto de “morir en paz” como uno de los principales objetivos de la medicina del siglo XXI⁴⁰* y el establecimiento de las Unidades de Cuidados paliativos como un *modelo de asistencia personalizada, accesible para toda la población y donde se presta especial atención al buen control de los síntomas y a maximizar la percepción de autonomía y control por parte del enfermo además del apoyo afectivo y la compañía del paciente y su familia y la ayuda a encontrarle un sentido a la existencia⁴¹*.

Los cuidados paliativos, gracias sobre todo al buen uso de los recursos terapéuticos han hecho posible ver cumplido en una gran mayoría de casos el largo sueño de la historia de conseguir una muerte sin dolor y apostando siempre por la vida frente a la eutanasia⁴². Desde las primeras unidades que se pusieron en funcionamiento, el testimonio de los especialistas reconoce que la demanda de eutanasia en Cuidados Paliativos es muy escasa e irrelevante^{43 (2)}.

Igualmente relevante y aún más porque afecta a la de la cotidianidad en la asistencia a pacientes al final de la vida y las actitudes los médicos que la

realizan, es la lenta pero progresiva superación de viejas actitudes distanásicas. Para Daniel Callahan, presidente del Hasting Center, el principal problema de la medicina científica con respecto a la muerte no ha sido precisamente su entendimiento ni su interpretación sino *“liberarse de ella por todos los medios y recursos disponibles”*⁴⁴. La medicina y la muerte, dice Callahan *“no se llevan muy bien”*. El resultado de ese *“combate con la muerte”* ha sido la constante aparición de problemas difíciles y cada vez más complejos y entre ellos, muy especialmente, la importante carga de sufrimiento que esta actitud conlleva para los pacientes. Cuando se les pregunta a los enfermos crónicos en un área de influencia anglosajona sobre los factores que estiman le ayudarían a morir en paz, estos sitúan en primer lugar: *“Evitar una inapropiada prolongación del proceso del morir”*⁴⁵.

La prolongación del proceso de morir provoca en los pacientes un alto grado de sufrimiento que podríamos y estamos obligados a evitar pues en gran parte es debido a nuestra ignorancia y a nuestras dudas, en definitiva a una conciencia profesional pobre y limitada acerca de los cuidados al enfermo en situación terminal. Fruto de una cultura secular que hasta hace poco tiempo ha determinado muchos de nuestros comportamientos, la medicina siempre entendió como principal fin conseguir una vida lo más larga posible;

⁽²⁾ *“La demanda individual de eutanasia es muy poco frecuente en enfermos tratados en unidades de cuidados paliativos y siempre debe responderse a ella con respeto aumentando el soporte y la atención. En nuestra experiencia todos los casos han sido reversibles aplicando este principio”*

estimó la *cantidad de vida* como su objetivo principal y en ese empeño puso en marcha su cada vez mayor arsenal terapéutico, aún a costa de disminuir *la calidad de esa vida* hasta niveles insoportables de indignidad y sufrimientos. Queda en nuestra memoria la larga agonía de Franco como ejemplo de lo que se ha venido en llamar “*encarnizamiento terapéutico*”.

En estas conductas existía un factor asociado que no debemos olvidar: el médico estaba obligado a respetar la vida considerada erróneamente como un bien absoluto y por ello dotada de una condición inviolable de sacralidad; era el concepto de *la santidad de vida*. Este pensamiento provocaba desconfianza y suponía un obstáculo moral para el uso de los sedantes y narcóticos que aunque calmen el dolor podrían acortar la vida. Vivir con dolor hasta el final convierte la asistencia en un proceso insoportable para el paciente y a la muerte en el más difícil vivir.

Hoy día nadie entiende la vida como un bien absoluto. La vida es nuestro valor principal y necesario para la efectividad de todos los demás pero la vida puede subordinarse a valores personales de rango mayor – el sentido personal de la vida, los valores espirituales, la trascendencia p ej- lo que nos obliga replantearnos sus límites en cada circunstancia individual y propia. En la actualidad, las clínicas del dolor y las Unidades de Cuidados Paliativos suponen avances decisivos para contrarrestar estos defectos crónicos de la

medicina científica que Callahan denunciaba y avanzar hacia el objetivo de una muerte en paz.

4.1.2. El deber de asistencia al paciente con dolor

Las cartas de derechos del enfermo⁴⁶ (cuadro nº 1) establecen una serie de deberes profesionales específicos que, en lo que a nuestro trabajo atañe, resaltan explícitamente el *objetivo asistencial primario de evitar el dolor* pero no al precio que sea pues también nos obliga a escuchar y a respetar los sentimientos de nuestros pacientes y a ayudarlos a afrontar su propia muerte. De todas formas, el dolor sigue tratándose insuficientemente⁴⁷⁽³⁾. La conciencia eminentemente curativa y la relegación de la asistencia paliativa y de los cuidados por parte de los profesionales de la medicina a otros estamentos sanitarios ha significado un obstáculo trascendental para el correcto control de síntomas, especialmente el dolor, de los pacientes en situación terminal. A esto debemos añadir los reparos morales ya indicados y la complejidad que la sedación tradicionalmente suponía con dificultades de todo tipo achacables al escaso arsenal terapéutico entonces disponible y a la existencia de trabas administrativas y legales que complicaban su utilización. Con todo debemos reconocer como una realidad muy positiva los grandes

⁽³⁾ *“El 60 % de los enfermos con cáncer y el 50 % de los pacientes con otros diagnósticos se encuentran con grandes sufrimientos en los últimos días semanas o meses de su vida. En la mayoría de las situaciones se ignora este sufrimiento o es tratado de manera insuficiente”.*

DERECHOS DEL ENFERMO EN SITUACIÓN TERMINAL

Los derechos de las personas en situación terminal son derechos fundamentales del ser humano. En la fase final de la vida adquieren un especial significado, convirtiéndose en necesidades a las que debemos dar una respuesta adecuada para proporcionar una atención integral. Éstos, enunciados en primera persona, son:

1. Tengo derecho a ser tratado como un ser humano hasta el momento de mi muerte.
2. Tengo derecho a mantener una esperanza por cambiante que sea mi situación.
3. Tengo derecho a expresar mis emociones y sentimientos sobre la forma de enfocar mi muerte.
4. Tengo derecho a participar en las decisiones que incumben a mis cuidados.
5. Tengo derecho a esperar una atención continuada de los profesionales sanitarios, incluso cuando los objetivos de curación deban transformarse en objetivos de confort.
6. Tengo derecho a no morir solo.
7. Tengo derecho a no experimentar dolor.
8. Tengo derecho a que mis preguntas sean respondidas con sinceridad.
9. Tengo derecho a no ser engañado.
10. Tengo derecho a recibir ayuda de mi familia y para mi familia a la hora de aceptar mi muerte.
11. Tengo derecho a morir en paz y con dignidad.
12. Tengo derecho a mantener mi individualidad y a no ser juzgado por mis decisiones aunque puedan ser contrarias a las creencias de otros.
13. Tengo derecho a ser cuidado por personas solícitas, sensibles y competentes que intenten comprender mis necesidades y sean capaces de obtener satisfacción del hecho de ayudarme a afrontar mi muerte.
14. Tengo derecho a que mi cuerpo sea respetado después de mi muerte.

Cuadro nº 1

avances que la medicina paliativa ha supuesto para el mejor tratamiento del dolor total.

Sin embargo y aunque sea cada vez con menos frecuencia siempre nos vamos a encontrar, como bien avisa el profesor González Barón⁴⁸, con pacientes que, afectados por un dolor aparentemente irreductible, nos digan: *“Doctor, yo no quiero seguir viviendo.... así”* Es entonces cuando nos damos cuenta de que el alivio del dolor continúa siendo un desafío y que, a pesar de

nuestros indudables progresos y precisamente a la luz de los mismos, todo no empieza y acaba en la sedación; hacen falta otros recursos y entre ellos uno de los más importantes, si no el que más, es la información.

Es una evidencia fácilmente constatable en la clínica que los pacientes mal informados soportan peor el dolor. *El deber de información*, incluido tácitamente en la carta de derechos de los pacientes, es un imperativo para que estos puedan manifestar sus decisiones y es una obligación profesional implícita a su derecho a conocer la verdad, a no ser engañados y a ser satisfechos en sus preguntas. En la búsqueda de un marco de reflexión moral básico es interesante la aportación que, desde el ámbito de la bioética, realiza la profesora Lydia Feito⁴⁹. Para esta autora existen dos principios que parecen irrenunciables en la comunicación e información sanitarias: *la veracidad y la confidencialidad*; el primero implica la necesidad de evitar sesgos y manipulaciones, que se separen los datos de las valoraciones subjetivas y que no se omitan elementos importantes que puedan completar o modificar el significado de la información. El segundo principio implica que no se invada la intimidad de las personas sin su consentimiento y que se respete el secreto profesional.

El deber de información es una obligación profesional nacido de la nueva conciencia y sancionado por leyes que velan porque el paciente sea realmente el protagonista y decisor en los procedimientos que atañen a la

salud y la vida⁵⁰ y que obligan a los médicos a respetar sus decisiones las cuales pueden estar expresamente registradas en un Testamento Vital⁵¹.

Para que la asistencia al paciente con dolor sea completa y pueda ser considerada como buena, especialmente en situaciones de enfermedad avanzada o terminal o en aquellos casos en los que el síntoma adquiere, por su intensidad o cronicidad, un especial protagonismo, es necesario completar los deberes ya señalados de sedar e informar con el no menos importante y necesario de *acompañar*. **Estas tres acciones: SEDAR, INFORMAR y ACOMPAÑAR constituyen el núcleo imprescindible e infragmentable de los cuidados al paciente con dolor.** Si las técnicas analgésicas procuran ante todo el alivio del síntoma dolor con todo su cortejo fenomenológico y la comunicación resulta imprescindible para respetar la autonomía del paciente, el acompañamiento es la única herramienta posible para ayudarle a salvar el último escollo que espera en la bocana de toda enfermedad y sufrimiento: el misterio del dolor y su sentido

El dolor es una de las realidades más misteriosas e inquietantes para el hombre que suscita interrogantes e interpela disciplinas no sólo en las ciencias médicas sino también a la filosofía, a la psicología y a la teología⁵². El dolor puede interpretarse como una consecuencia de nuestra fragilidad pero también como fatalidad, expiación o como prueba. El dolor puede provocar tristeza profunda, rebeldía, resignación y también actitudes de solidaridad

humana con el dolor de los otros, aceptación y trascendencia; puede interpretarse como expiación o como prueba o sencillamente como una expropiación corporal que origina un profundo desconcierto. Mas por encima de todo en el dolor y en todo sufrimiento experimentamos *una vivencia personal y única que revela nuestra indigencia*⁵³. Esta circunstancia esencial de la subjetividad con su carga inherente de soledad, determina radicalmente la experiencia del dolor y su abordaje terapéutico que deberá reconocer en cada paciente y ayudarle a superar la gran masa de sufrimiento sumergido, especialmente la soledad, sobre el que asoma al modo de un gigantesco iceberg, el síntoma visible del dolor y esto sólo puede ser abordado desde la solidaridad y la compañía.

Al médico se le exige básicamente en el tratamiento del dolor conocimiento y técnica: el uso correcto de los recursos terapéuticos y por supuesto de la comunicación y la palabra que en el caso del dolor adquieren una especial significación ya que el dolor es en sí mismo una forma de comunicación que apela a la empatía y el buen hacer del profesional que lo asiste⁵⁴. Pero esto no significa que el médico deba ser exclusivamente un experto o un técnico. Hay un sentido ético original de la profesión médica que nunca puede ser obviado y esto es la solidaridad y la compasión por el sufrimiento del otro. Para el filósofo Josep M Esquirol es *“una traición al sentido de lo médico que el saber y el proceder técnico se separen de la solidaridad con respecto al dolor del enfermo”*⁵⁵.

El sufrimiento, el dolor del otro solicita y requiere acción, eficacia, cuidado, compasión, consuelo, solidaridad. En aquellos casos en los que el dolor acompaña a una enfermedad incurable en fase avanzada con un alto grado de deterioro, apremia más aun la necesidad del acompañamiento por encima aún de lo meramente técnico. Igualmente cuando la comunicación de la verdad o el brusco encuentro con la realidad quiebran la integridad y amenazan las esperanzas del paciente, recurrir exclusivamente a los recursos farmacológicos, sedarlo o dormirlo como única alternativa, no puede ser considerado en absoluto buena praxis. Es en esos momentos precisamente donde sólo la compañía aunque sea silenciosa, la cercanía, el contacto humano, proporcionan la sombra de protección imprescindible para tan dura travesía.

4.1.3. Principios de la Bioética implicados en el tratamiento del dolor

Los juicios éticos de cada persona o grupo de personas son variables y esto determina su pluralidad pero en cualquier caso existen unos valores estables y permanentes compartidos por la mayor parte de la sociedad y que constituyen los paradigmas de la ética que regula nuestra convivencia. En el mundo occidental esta ética elemental que regula nuestra convivencia es una ética antropocéntrica, plural, racional, positiva y dialogante aunque comparte unos fundamentos comunes que dimanar de la ley natural, la filosofía racional y el humanismo histórico de inspiración judeo- cristiana. Se conoce como *Ética Civil* o *Secular* y representa el mínimo moral común dentro de la legítima diversidad

del pensamiento que posee una sociedad pluralista y secular, esto es no determinada por ninguna conciencia religiosa dominante. La Etica Civil o Secular es el resultado de la convergencia de las diversas opciones morales de una sociedad. Adela Cortina la identifica con la Etica Mínima⁵⁶ queriendo significar con ello que es el fundamento actual del discernimiento ético para establecer un juicio ético entre extraños morales.

Pero que la ética no se identifique con ningún código determinado no significa que sea absolutamente neutral. Existen unos referentes morales que compartimos la mayoría de las personas, unos paradigmas o premisas éticas a los que podemos otorgar un valor universal:

1) Premisa Ontológica: *“El hombre es persona y, en cuanto a tal, tiene dignidad y no precio”*. Como sujetos de libertad obramos conforme una autonomía moral. Esta libertad de poder conducirnos por normas que nuestra conciencia considera como universales⁵⁷⁽⁴⁾ es la razón por la que le reconocemos a las personas el supremo valor moral que no posee ninguna otra cosa en el mundo. *“El hombre, y en general todo ser racional, existe como fin en sí mismo y no sólo como medio”* **Por eso el ser humano tiene dignidad, no precio.** El ser humano no se puede considerar como algo sino como alguien. Es una persona y no podemos tratarlo como un objeto.

Conforme a esta premisa el derecho a la vida precede al derecho a la salud; por tanto.... *no se puede anteponer el derecho a la salud de una persona al derecho a la vida de otra, ni mucho menos preferir el uno al otro dentro de una misma persona. El utilitarismo discute este principio fundamental al afirmar que la vida humana no es un valor en sí misma, sino sólo si reúne determinados requisitos. Con este criterio la vida de un paciente en situación terminal podría carecer de valor y no ser protegida jurídicamente*⁵⁸.

2) Premisa Ética: Especifica la anterior y podría formularse así: *“En tanto que seres humanos. todos los hombres merecen igual consideración y respeto”*. Es este un principio básico en ética que se ha venido a llamar *“principio de universalización”* y viene a señalar que cuando una cosa no es universalizable es cuando menos sospechosa.

A partir de de estas premisas a modo de un tronco común, la bioética actual se ramifica en diferentes teorías del pensamiento que justifican las

⁽⁴⁾ Para Kant lo moral no está en las acciones o en sus consecuencias sino en las personas que las ejecutan y en su racionalidad que las determina. Sólo así se alcanza la intersubjetividad que la obligatoriedad moral exige pues al ser una acción racional conlleva la referencia a todas las demás voluntades. Al obrar así nos obedecemos a nosotros mismos al tiempo que respetamos a los demás según la regla de oro de la filosofía kantiana. *“No obres con los demás como no desearías que obrasen contigo “*

diferentes actitudes con los que se suelen afrontar los cada vez numerosos conflictos éticos. Entre estos modelos de pensamiento de decisiva influencia en la práctica sanitaria debemos señalar, en lo que atañe a nuestra reflexión particular, los referentes de la ética utilitarista, la ética personalista y la ética principialista y los principios técnicos a los que se suele apelar en la terapia intensiva del dolor, especialmente el principio del voluntario indirecto o del doble efecto.

- **Ética Utilitarística**

El Utilitarismo constituye el modelo actual más reconocido de las “*éticas teleológicas*” (telos = fin) para las cuales lo más importante es el resultado de la acción. El utilitarismo propone como mayor argumento moral el deber de optar por la acción que determine la mayor felicidad y/o el menor sufrimiento para el mayor número de personas (Utilitarismo clásico) o la armonía con las preferencias de los sujetos afectados por la acción (Utilitarismo de preferencias). Es una ética completamente subjetiva apoyada en el relativismo que en los conflictos al final de la vida tiende a relativizar cualquier deber e incluso el valor de la vida en función de este objetivo mayoritario o subjetivo del bienestar. Visto así matar a una persona solo será incorrecto cuando con tal acción se vulneran sus preferencias. Otro concepto de la ética utilitarista aplicada a los conflictos al final de la vida defendida entre otros autores por P Singer y de importancia decisiva en nuestra discusión es que en su análisis, estrictamente consecuencialista, no considera que existan diferencias morales

significativas entre acción y omisión cuando de ambas actitudes va a derivarse el mismo efecto, esto es la muerte bien por acción directamente provocada (eutanasia activa) o por la retirada de un soporte vital. En contra de dicho concepto hay un alto número de autores que así se han manifestado como J Rachels, D Callahan, D Gracia etc⁵⁹. El utilitarismo, proponiendo una nueva forma de hedonismo de carácter social, está resultando decisivo en la cultura actual del bienestar y del progreso.

- **Etica Personalista**

El personalismo es una alternativa al utilitarismo que confiere al ser humano valor y dignidad por el hecho de ser persona y en tal sentido investido de los valores y de los derechos inviolables manifestados por las premisas ontológica y ética antes expuestas. Toda persona debe ser tratada en todo momento como ser humano y cualquier acción o toda opción sobre su persona compromete su existencia y su esencia, su cuerpo y su espíritu⁶⁰. Son propios de la bioética personalista los principios de la defensa de la vida física, el principio de la libertad y de la responsabilidad, el principio de la totalidad y el principio de la sociabilidad y subsidiaridad

- **Principio de la defensa de la vida física.** La vida física o corpórea no representa un bien externo a la persona; es el “valor fundamental de la persona misma” pero con todo no puede atribuírsele un valor absoluto pues en caso de conflicto no siempre va a prevalecer por

encima de otros valores. El bien total y espiritual de la persona está por encima de la vida física⁶¹.

- **Principio de libertad y responsabilidad.** El derecho a la vida tiene prioridad con respecto al derecho a la libertad. Para ser libres tenemos que estar vivos. Como personas tenemos el deber de hacernos cargo de manera responsable de nuestra vida y de la de nuestros semejantes⁶². Según este principio señala el deber moral del paciente de colaborar en los cuidados ordinarios y de salvaguardar su vida y la de los otros, sin estar obligado, en cambio, a recibir tratamientos desproporcionados que le reporten escasos beneficios. Por otra parte, el médico no puede obligar al paciente a recibir el tratamiento cuando no está en juego su vida.
- **Principio de totalidad o principio terapéutico.** Establece la obligatoriedad de que el acto médico considere al paciente en su totalidad aunque actúe sólo sobre una parte. Se fundamenta en que la corporeidad humana es un todo unitario. El principio de totalidad debe abarcar no sólo al cuerpo, sino a todas las dimensiones del ser humano: biológica, psicológica, social y espiritual.
- **Principio de solidaridad social y subsidiaridad.**⁶³ La vida propia y la de los demás constituyen un bien personal y social. Según esto como personas estamos obligados a autorrelizarnos colaborando en el bien de nuestros semejantes. La promoción de la vida y la salud de la sociedad debe llevarse a cabo a través de la promoción de la

vida y de la salud de cada persona. Hay una obligación social de garantizar la salud de los ciudadanos, aun en detrimento de quienes se encuentren en mejor situación económica o estén sanos. La autoridad pública tiene el deber mayor del cuidado y la protección de los más necesitados.

En la ética personalista lo fundamental es el respeto a la persona humana y la consideración de su dignidad por la que toda persona se configura como realidad única e irrepetible y, por tanto, en el sentido más estricto del término como algo insustituible. Así nunca se debe tratar a una persona como a “un enfermo más”, como un “mero número”, como un “caso” del conjunto de los que tienen una determinada enfermedad⁶⁴.

- **Ética principialística**

En 1979 T.L. *Beauchamp* y J.L. *Childress* publican el libro "Principles of Biomedical Ethics" Este texto, inspirado en buena parte en el Informe Belmont, va a ser el texto más influyente en los Estados Unidos, y por extensión en el mundo occidental. Su teoría de los Principios es, sin lugar a dudas, el principal método de análisis ético en medicina, el más extendido en el mundo occidental y del que se originan la gran mayoría de los usos más comúnmente por los Comités ético asistenciales. Sus cuatro principios constituyen el argumento del modelo principialista que, universalmente

reconocido aunque no exclusivo, suele utilizarse para establecer la decisión ética en la actualidad:

- **No Maleficencia** : Todos tenemos el deber universal de no hacer el mal a nadie. En nuestras consideraciones referentes a la Medicina Paliativa este principio afecta al encarnizamiento terapéutico así como a todas aquellas medidas fútiles o desproporcionadas que no reportan beneficio alguno.
- **Beneficencia** : Como profesionales estamos obligados a buscar el bien del paciente minimizando sus riesgos. Incumplimos este precepto cuando abandonamos a un enfermo a su a su suerte “*Ya no hay nada que hacer*” o no aplicamos la asistencia adecuada como es el caso del uso de un placebo.
- **Autonomía** : Debemos informar a nuestros pacientes y respetar sus opiniones y elecciones, sin obstruir sus acciones, a menos que de ello se deriven más serios perjuicios. La falta de información y de respeto a la confidencialidad, la conspiración de silencio atentan contra este principio.
- **Justicia** : Todos los seres humanos deben ser tratados con igual consideración y respeto y deben distribuirse igualitariamente los riesgos y beneficios. En lo que respecta a nuestro trabajo esto significa proporcionar a todos los pacientes la posibilidad de unos Cuidados Paliativos domiciliarios e implica la formación y la dotación de medios a Atención Primaria y la coordinación entre niveles⁶⁵.

- **Principio del Doble Efecto:** Adelantado por Aristóteles en su *Ética a Nicómaco*⁶⁶ este principio fue elaborado en la Edad Media⁶⁷ y dice *“...que un acto del que se desprenden consecuencias buenas y malas puede ser moralmente aceptable cuando hay proporcionalidad entre esas consecuencias y lo directamente pretendido son los efectos beneficiosos y no los contrarios”* Su aplicación en el suministro de sedantes a un paciente en situación terminal es evidente, al aumentar la dosis de morfina en un paciente *es posible que se le esté acortando la vida, o incluso matando, pero ello no podría considerarse eutanasia*⁶⁸ siempre y cuando se cumplieran unas cuantas condiciones 1) *que la acción que se pone no sea intrínsecamente mala.*, 2) *que la intención del agente busque sólo el efecto bueno;* 3) *que exista una razón proporcionada para tolerar el efecto malo;* 4) *que el efecto malo no sea el medio de alcanzar el bueno;* 5) *Que el positivo sea proporcionalmente superior al negativo;* y 6) *que no haya otros remedios exentos de efectos negativos*⁶⁹. En el capítulo siguiente, al abordar los reparos éticos de la analgesia, comentaremos más explícitamente este principio.

4.2. Microética

4.2.1. Valoración del síntoma dolor y su significado

Infravalorar el síntoma dolor puede ser un grave síntoma de pobreza moral y por ende, de calidad profesional. En general, los médicos solemos infravalorar

el síntoma dolor. Según la OMS el alivio del dolor oncológico es un problema de salud pública tan importante como descuidado⁷⁰. *Cuando un enfermo dice que tiene dolor hay que creerle*"

Una penosa consecuencia de la defectuosa valoración del dolor de nuestros pacientes que a su vez revela una escasa reflexión moral es el recurso del *placebo* todavía presente en algunas circunstancias. El uso del placebo en pacientes con dolor es una práctica de dudoso valor ético y su aplicación sin el conocimiento del paciente inaceptable. Los placebos se utilizan alegando su eficacia en casos especiales de adicción o en pacientes que no soportan un bajo nivel de dolor. Se sabe que hasta el 35 % de los placebos alivian parcialmente el dolor, pero aún así solo deberán prescribirse en estudios controlados y con el consentimiento del paciente⁷¹.

4.2.2. Sedación terminal

Hace más de un año que a instancias de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid se inició el proceso por presuntas irregularidades en la sedación de pacientes en situación terminal en el Hospital de Leganés que tuvieron lugar entre Septiembre de 2003 y Marzo de 2005 y todavía se continúan emitiendo informes paralelos y documentos periciales como el elaborado por una comisión designada por la presidenta del Colegio de Médicos de Madrid⁷² lo que ilustra del interés social que el tema ha suscitado y del debate entre dos actitudes que en praxis correcta deberían estar

llamadas a encontrarse: los que luchan contra el dolor en aras de un proceso de morir libre de sufrimientos inútiles e insoportables y los que velan por mantener la dignidad del ser humano íntegra y respetada hasta el último momento de su vida.

Una exagerada interpretación de lo primero puede derivar en el uso del COCTEL LITICO también llamado cacotanasia o eutanasia involuntaria y que consiste en la administración de fármacos, generalmente por vía endovenosa, con el objetivo común de abolir la conciencia y acortar la vida, llevado a cabo de manera brusca y no gradual, generalmente sin participación del enfermo, a petición de la familia o por decisión del equipo terapéutico. Desde el punto de vista ético, la sedación terminal se distingue del cóctel lítico en que su intencionalidad es la de controlar síntomas, su gradualidad y la participación del enfermo y la familia. La sedación puede ser también la consecuencia (doble efecto) de la analgesia.

La práctica del cóctel lítico demuestra una cierta incapacidad de los equipos médicos para resolver los problemas habituales de control de síntomas e impacto emocional en enfermos y familiares; incapacidad que comparten con algunos profesionales que con la excusa de mantener la integridad del paciente limitan la sedación y llegan a usar placebos en vez de los adecuados recursos terapéuticos.

4.2.3. Reparos éticos de la analgesia

Un dilema ético-deontológico fundamental de tratamiento del dolor rebelde lo plantea la aparente confrontación del deber médico universal de ayudar al enfermo que sufre el dolor y el deber moral de no privarle de la integridad de conciencia necesaria para poder tomar decisiones trascendentes para su vida o modificar otras que haya podido expresar anteriormente por medio de una Directriz Anticipada o un Testamento Vital. En estos casos podemos considerar que existe una confrontación entre el deber de respeto a la voluntad del paciente y el principio de beneficencia que obliga al médico a preservar las condiciones físicas y psíquicas necesarias para que el paciente pueda hacer uso de su libertad.

Se utiliza el término “*paternalismo fuerte*” para las decisiones médicas que justificándose en el beneficio del paciente, limitan su autonomía. En este concepto de paternalismo fuerte se distinguen “*acciones mayores de paternalismo fuerte*” como podrían ser la sujeción de pacientes agitados con problemas de conciencia o el uso de barandas o medios de protección en determinados enfermos y “*acciones menores de paternalismo fuerte*” entre las que se encontrarían las encaminadas a evitar el sufrimiento y el dolor carentes de sentido de pacientes en situación terminal. En estas condiciones parece justificado un “*paternalismo fuerte*” siempre que se den las condiciones que se exponen en el cuadro nº2.

- *El paciente está expuesto al riesgo de un daño significativo y prevenible*
- *La acción paternalista probablemente prevendrá ese daño*
- *Los beneficios proyectados de la acción paternalista para el paciente superan sus riesgos*
- *Se adoptará la alternativa menos restrictiva de la autonomía que asegure los beneficios y reduzca los riesgos.*

Cuadro nº 2. Reglas del Paternalismo Fuerte justificado

En nuestra conducta con el paciente con dolor total, los médicos tenemos la obligación moral primaria de procurar el bien de nuestro paciente aliviando su dolor (principio de Beneficencia) y a su vez tenemos del deber de escuchar sus deseos y respetar la libertad de su decisión (principio de Autonomía). La incapacitación de un paciente para su toma de decisiones puede interpretarse como daño y aunque la teoría del paternalismo fuerte plantea el dilema entre los principios de beneficencia y de respeto, la conciencia que inspira sus reglas es ante todo evitar el mal que podríamos provocarle al enfermo privándole de su natural derecho a ejercer su propia libertad lo que puede conculcar el deber prima facie universal de no hacer daño y por ende al principio de No Maleficencia.

Para Beauchamp y Childress⁷³ el Principio de No Maleficencia da lugar a una serie de reglas morales específicas (cuadro nº 3)

- *No matarás*
- *No causarás dolor o harás sufrir a otros*
- *No incapacitarás a otros*
- *No ofenderás*
- *No privarás a los demás de los bienes de la vida*

Cuadro nº 3. Reglas morales específicas del Principio de No Maleficencia

Se trata por lo tanto de un dilema entre dos deberes pero de diferente consideración jerárquica, el deber de beneficencia y el de no hacer daño. En el Juramento Hipocrático los médicos se comprometen a que *“actuarán para el bien de sus pacientes”*, aplicarán tratamientos *“para ayuda del enfermo, según su capacidad y recto entender”*..”*preservaré a los pacientes del daño y la injusticia”*⁷⁴. ¿Qué hacer cuando la acción que procura un bien lleva implícita la posibilidad de un daño que no se concreta exclusivamente en el hecho de la privación de la libertad sino que afecta a la acción sedante en sí misma en tanto en cuando la administración de sedantes mayores a un paciente en situación terminal con el fin primario de eliminar su dolor y su sufrimiento puede conllevar secundariamente el daño de acortar o suprimir la vida?

Aunque en su teoría primitiva, para Beachamp y Childress todos los principios –No Maleficencia, Beneficencia, Respeto y Justicia- tienen igual

consideración, como muy bien expresa el Profesor Diego Gracia y es generalmente aceptado, entre estos cuatro principios hay diferencias sustanciales que permiten jerarquizarlos. Los deberes de no hacer daño y ser justos pertenecen a una Etica Mínima, son objetivos y universales y obligan en todas las circunstancias por encima del deber de respeto y de beneficencia que sujetos a una dimensión subjetiva y personal pertenecen a una ética de máximos.

Visto así llegaríamos a la conclusión de que toda acción que lleve implícito el riesgo de acortar la vida, incluida la sedación terminal, podría considerarse intrínsecamente malo. Sin embargo esto no es así; según el Profesor Diego Gracia⁷⁵: no se puede negar la legitimidad de la intervención directa en el cuerpo de otra persona, por más que tal intervención conlleve su muerte. siempre y cuando dicha sedación se realice correctamente y se cumplan todos los requisitos exigidos por el principio del doble efecto *En primer lugar que no se busque directamente la muerte sino la resolución del sufrimiento de esa persona; que el efecto buscado- en este caso la sedación- no sea desproporcionado con el que se sigue colateral o involuntariamente –lo que estaría justificado en un caso de dolor total irreductible no lo sería en un una fibromialgia-; en tercer lugar que no existan procedimientos alternativos que lesiones menos los valores en juego; que exista una clara distinción o independencia entre los medios y los fines, esto es, que el efecto malo proceda de la causa con la misma o menor inmediatez que el efecto bueno. El*

resultado negativo no debe ser un medio para conseguir el resultado positivo y por último que el efecto que se va a seguir no sea intrínsecamente malo⁷⁶.

El conflicto último estaría pues en la consideración o no como intrínsecamente malo del efecto consiguiente de la sedación terminal y en tal sentido existen múltiples testimonios en contra de este criterio⁷⁷, algunos tal vez los más antiguos, de la propia Iglesia Católica⁷⁸ y en todos ellos la justificación viene determinada por la voluntad del médico. La intención de la sedación terminal no es provocar la muerte de una manera directa y excluida esa voluntad, el acto en sí no debe ser considerado como intrínsecamente malo.

Para los autores del Documento de Apoyo: “Sedación Paliativa y Sedación Terminal” de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía⁷⁹ las diferencias entre la sedación terminal correctamente realizada y la eutanasia vienen determinadas por la intencionalidad del tratamiento, el proceso a tratar y el resultado esperado de la acción:

- *Con respecto a la **intencionalidad** la sedación tiene como objetivo aliviar el sufrimiento mientras que el objetivo de la eutanasia es provocar la muerte; la sedación, con el fin de disminuir la percepción de los síntomas, altera la conciencia y puede llegar a suprimirla, la eutanasia suprime la vida física*

- *Con respecto a **la naturaleza del proceso**, la sedación exige una indicación clara y contrastada. El tipo de fármaco y su dosis se adecuan a las necesidades del paciente, se exige una evaluación continuada de la situación clínica y el registro en la historia clínica. La Eutanasia precisa el uso de fármacos a dosis letales que garanticen la muerte del paciente*

- *Referente al **parámetro de respuesta**, en la sedación es el alivio del sufrimiento que debe ser continuamente valorado. En el caso de la eutanasia el parámetro de respuesta es la muerte.*

Completamos este apartado exponiendo algunas objeciones y consideraciones de interés a la hora de tomar decisiones a la cabecera del paciente: Algunos autores cuestionan la sedación en los términos expuestos en base a que la supervivencia de los pacientes tras la inducción de la analgesia suele ser muy corta lo que iría en contra del principio del doble efecto. Los trabajos disponibles al respecto^{80,81} demuestran que esto no suele ser así.

Una objeción a considerar principalmente por lo que tiene de advertencia sobre el riesgo, desgraciadamente presente, de una mala práctica o la generación de un peligroso atajo deslizante o un tratamiento indiscriminado de todo tipo de pacientes, es la que expone Albert Jonsen en su libro *Ética Clínica* cuando advierte que.....*si los pacientes, su familia y los médicos eligen*

la sedación terminal deberían reparar en que podría fácilmente abusarse de ella y desviarse hacia la práctica de “dormir” a los pacientes que no reúnen criterios médicos de la fase terminal o que son difíciles de tratar clínicamente⁸²

La última consideración, aun a costa de volver a los pensamientos con los que comenzamos este capítulo, es la atribución por parte de algunos médicos de un valor absoluto a la vida y sus penosas consecuencias para el paciente. Son objetivos esenciales de la Medicina según el Hasting Center Report, el alivio del dolor y el sufrimiento así como evitar la muerte prematura y velar por la muerte en paz⁸³. Llevamos gastados demasiados recursos sanitarios, por lo demás muy escasos y útiles en otros menesteres, en sostener un pulso absurdo con la muerte. Hemos alargado demasiadas veces la vida más allá de cualquier beneficio posible, desatendiendo el deber que tenemos de procurarle a nuestros pacientes una muerte en paz prestándoles atención continuada, facilitando nuestra presencia humana y promoviendo unos cuidados paliativos eficaces. No puede considerarse a la muerte como un accidente, como una contingencia de la que hay que dar especiales explicaciones: no se realizó el tratamiento adecuado, no existe la tecnología suficiente desarrollada, no está bien distribuida, etc.

La muerte es una parte consustancial de la vida y, por lo tanto, no se puede luchar contra ella definitivamente. La muerte es inevitable. Y ya que es algo inevitable y que a todos nos llega, la medicina tiene el deber de priorizar

la asistencia a este necesario accidente de la vida tan cargado de misterio y sufrimientos. Una muerte en paz es aquella en la que el dolor y el sufrimiento se han disminuido al mínimo con el tratamiento y los cuidados adecuados. Y es un justo derecho del que va a morir seguir, al menos tan cuidado como los que van a sobrevivir.

Las decisiones en el paciente en situación terminal son complejas y difíciles y su abordaje exige la colaboración de la familia y de equipo sanitario. La voluntad conocida del enfermo, expresada incluso en forma de testamento vital, debe ser respetada evitando en lo posible las intervenciones agresivas. *Al médico le corresponde armonizar las necesidades del paciente y sus deseos con sus recursos asistenciales procurando sobre todo el bienestar y la serenidad del enfermo, la atención y el apoyo a su familia y evitando siempre las precipitaciones inoportunas, los errores evitables y el dolor inútil.*

4.2.4. Asistencia y cuidados del paciente con dolor

Muchos de los problemas éticos relacionados con la asistencia y los cuidados del paciente con dolor están ligados a prejuicios consolidados de una práctica eminentemente paternalista y yatrocéntrica con actitudes negativas heredadas hacia el uso de los opiáceos, con escasa formación y escasos recursos para el tratamiento integral y efectivo del dolor.

Existe aún el criterio muy extendido de que el dolor puede ser tratado por cualquier médico sin necesidad de conocimientos ni destrezas especiales. Esta conciencia, tan síntoma de prepotencia como de ignorancia, determina por un lado una utilización inadecuada de las Unidades del Dolor y en otras ocasiones una precoz y vergonzante claudicación ante determinados tipos de dolor, especialmente el oncológico, aunque hoy día se sabe que este es controlable en el 99 % de los casos.

En un trabajo anterior sobre sedación en Atención Primaria abordábamos los prejuicios más frecuentes en el uso de la morfina (C. nº 4).

- *La morfina es peligrosa porque causa depresión respiratoria*
- *La morfina oral no es efectiva*
- *La morfina provoca euforia*
- *La morfina provoca hábito*
- *La tolerancia a la morfina se desarrolla rápidamente*
- *Si a un paciente con cáncer se le administra morfina, quiere decir que se está muriendo*
- *Tener la Morfina en casa supone un alto riesgo de robo*
- *El paciente puede usar la morfina para acortar su vida*
- *La morfina deja al paciente aletargado, como “un muerto que vive”*

Cuadro nº 4. Prejuicios más frecuentes sobre el uso de la morfina

Las carencias falta de recursos para el tratamiento integral del dolor siguen siendo patentes en las todavía existentes dificultades administrativas y burocráticas para la dispensación de opiáceos y sobre todo, en la falta de una educación clínica y bioética teórica y práctica que aporte ideas y soluciones para determinadas situaciones que siguen viviéndose como insoportables.

Finalmente y a modo de resumen, transcribimos el pensamiento con el que un grupo de estudio de Profesionales Sanitarios de Sevilla dirigidos por el Profesor Rubio Rubio concluye el capítulo sobre el control del dolor en los pacientes en situación terminal en su libro "El más difícil vivir":

"Desde un planteamiento ético, lo importante no es el dolor sino ¿qué hacer con el dolor?La relación con el enfermo que padece dolor requiere las características de ser continuada en el tiempo y que el vínculo que se establezca no sea el dolor, sino la superación de ese dolor.

Y llegados a este punto creemos importante hacernos la siguiente consideración, ¿pero es realmente evitable el dolor?. No faltan hoy los que creen que el dolor es absolutamente remediable. Sin embargo, para nosotros y siguiendo al Prof Lain Entralgo, el dolor no sería totalmente evitable sino mitigable, de ahí que el hombre deba aprender a vivir con su dolor, pero contando con los recursos de la técnica y la ayuda compasiva"⁸⁴

II. INTERES DEL TRABAJO

II. INTERES DEL TRABAJO

España es el cuarto país productor de opiáceos, pero paradójicamente es uno de los que menos los utiliza en el abordaje del dolor entre los países europeos desarrollados, estando solamente por delante de Grecia.^{85, 86}

La utilización de los fármacos opioides ha pasado por distintos períodos. En España, hasta la segunda mitad de la década de los ochenta, estábamos en una situación de la más absoluta infrautilización de los opiáceos para cualquier afección, incluido el cáncer. A partir de 1988, con la aparición de los comprimidos de morfina retardada, se produjo un aumento en su consumo, pero es a partir de 1994, con la nueva ley de dispensación de fármacos narcóticos, cuando se generaliza su utilización⁸⁷.

Según algunos trabajos el empleo de estos medicamentos es todavía escaso en nuestro país^{88,89,90,91,92,93}, fundamentalmente por las múltiples trabas administrativas impuestas a su prescripción, así como cierta mala prensa entre importantes sectores, fruto del desconocimiento de su utilidad y su uso⁹⁴. Las principales resistencias y miedos se basan en tres cuestiones: la adicción, la tolerancia y los efectos adversos de estos fármacos⁹⁵. En un estudio retrospectivo realizado en Barcelona, se observó al revisar 429 historia de éxitus causados por neoplasias, que la mitad de los pacientes que recibieron morfina fue a dosis insuficientes (<60 mg/día) y un 21,62% la

tomaron únicamente durante un período igual o inferior a 5 días antes del fallecimiento⁸⁸.

La OMS estima que cada año fallecen en todo el planeta en torno a 5 millones de personas a causa del cáncer. El dolor es el síntoma principal y más frecuente de los procesos oncológicos (70%), siendo de intensidad entre moderada y grave en el 50% de los casos y muy grave o intolerable en el otro 30%.

El uso de opiáceos para tratar el dolor oncológico está ampliamente extendido, si embargo a pesar de que la OMS afirma que el 90-95% del dolor oncológico se puede y debe controlar⁸⁵, hay estudios que demuestran que se siguen empleando tarde y a dosis infraterapéuticas^{88,89,90,91,92,93}. En un estudio de 1400 pacientes se observó que el 50% sufría dolor en los 3 últimos días de su vida⁹⁶.

Ya nadie cuestiona su utilización en pacientes terminales u oncológicos, pero permanece la polémica para su utilización en pacientes con dolor crónico no oncológico⁹⁷.

Hay también ciertos prejuicios sobre un curso más indolente del cáncer en el anciano y menor incidencia del dolor en edades muy avanzadas (mayores de 80 años).⁹⁸ Así se observó en un estudio realizado en pacientes

ancianos, en el que un 26% tenía dolor y no recibía tratamiento, y se trataba al 16% solo con paracetamol⁹⁹. En otro estudio, un grupo de pacientes con fractura de cadera y demencia recibía en el postoperatorio un 50% menos de morfina que los pacientes no dementes¹⁰⁰.

En el estudio que nosotros realizamos y presentamos como proyecto de investigación evidenciamos que más de un 50% de los entrevistados afirmaban hacer un uso escaso o nulo de los opiáceos y más de un 40% presentaban reparos éticos en el uso de los mismos. Aquellos que habían recibido formación adicional sobre el tratamiento del dolor, usaban la morfina con mayor frecuencia, pero no se observaron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a los reparos éticos con respecto al otro grupo (aquellos que no habían recibido formación adicional).

De dicho trabajo se dedujo la necesidad de incluir o actualizar los presupuestos éticos en la formación específica sobre el manejo de opiáceos. Se trató de un estudio descriptivo transversal, en el ámbito de Atención Primaria.

Del análisis de todos los trabajos mencionados anteriormente y teniendo en cuenta que gran parte de estos pacientes acuden en algún momento de su vida al hospital, ya sea a causa del dolor o por otra patología subyacente, creemos necesario conocer más ampliamente:

- El abordaje terapéutico del dolor, incluido el uso de opiáceos
- La necesidad de reflexionar sobre las razones que pueden determinar el pobre uso que se está realizando de los opiáceos en nuestro ámbito sanitario, sobre todo en pacientes con cáncer o situación terminal.
- Dentro de esta reflexión sería útil determinar las razones de tipo científico (conocimiento de los opiáceos), o éticas (reparos éticos) que podrían existir y estarían determinando el hecho reconocido del escaso uso de los opiáceos en nuestro ámbito sanitario.

III. OBJETIVOS

III. OBJETIVOS

A la luz de lo expuesto anteriormente, nuestro trabajo se dirige a:

1. Valorar la influencia de los años de experiencia profesional, el tipo de especialidad y el conocimiento sobre el síntoma dolor, en el uso de mórnicos por parte de los especialistas de nuestro ámbito sanitario.
2. Precisar la influencia de la existencia de reparos éticos, si existieran, en el manejo terapéutico con opiáceos del dolor total en el área de medicina y en el de cirugía.

IV. MATERIAL Y METODO

IV. MATERIAL Y METODO

Se diseñó un estudio descriptivo transversal. La población en estudio son médicos con especialidad médica, médico-quirúrgica o quirúrgica, que desempeñan su actividad profesional en el ámbito hospitalario.

Para estimar el tamaño muestral se empleó el programa nQuery Advisor. Suponiendo un nivel de confianza del 95%, una proporción esperada del 50% y un error muestral de ± 0.1 , se estimó una muestra de 100 sujetos por grupo.

Como único criterio de selección: ejercer una especialidad médica, médico-quirúrgica o quirúrgica en el ámbito hospitalario.

La recogida de los datos se hizo mediante cuestionario validado entregado personalmente a los médicos a encuestar. El cuestionario se les entregó durante su jornada laboral y se recogió al final de la misma o al día siguiente.

Los datos fueron registrados en una base de datos en Excel XP, y el análisis estadístico se realizó con el SPSS v. 12.0 para Windows.

Las variables son todas cualitativas. El análisis estadístico de los datos consistió:

- *Depuración estadística de los datos.* Verificación de la información previa a la entrada de los datos y durante la entrada de los mismos. Exploración estadística de la información, con métodos gráficos y analíticos que nos detectaron la posible existencia de observaciones erróneas.

- *Análisis descriptivo.* Dado que todas las variables son cualitativas se realizaron tablas de frecuencia y cuando se consideró necesario se construyeron representaciones gráficas.

- *Test de independencia en tablas de contingencia.* Para todas las variables de tipo cualitativo realizaremos tests de la Chi- cuadrado (tablas rxs) y test Chi-cuadrado con corrección de Yates (tablas 2x2) o test exacto de Fisher (tablas 2x2 poco pobladas), para estudiar la existencia de dependencia entre ambas variables.

Se diseñó el siguiente cuestionario:

INSTRUCCIONES DE CUMPLIMENTACION DEL CUESTIONARIO

Por favor, lea atentamente estas instrucciones antes de comenzar a rellenar el cuestionario, al objeto de realizar una correcta cumplimentación del mismo. Para ello no se necesitan más de 5-10 minutos. Una vez relleno entréguelo a la persona que se lo haya proporcionado o bien deposítelo en el lugar indicado por ésta. Gracias por su colaboración.

- El cuestionario es anónimo, por lo que le pedimos que sea sincero/a al contestar las cuestiones que le solicitamos.
- Definimos **dolor total** como aquel dolor crónico, severo, invalidante, resistente a terapias habituales, en el límite terapéutico, acompañado de alto sufrimiento. La demanda principal del paciente es el dolor, prioritario a todo lo demás. Puede ser multifactorial y estar o no siendo tratado con opiáceos.
- Debe señalar una sola respuesta por cada pregunta planteada.
- En caso de que no sepa contestarla o no quiera, por favor rellene la casilla NS/NC. Intente no dejar ninguna pregunta en blanco.
- En las preguntas que proporcionamos una escala, rellene cada casilla con el número que se corresponda con su respuesta.
Ejemplo: 1: frecuente; 2:poco frecuente; 3: nunca; 4: NS/NC.
 - Cuestión 1
 - Cuestión 2
 - Cuestión 3
 - Cuestión 4
- Si en la casilla de la cuestión nº1 pone 1, quiere decir que piensa que esa cuestión es frecuente, si hubiera puesto 2, sería poco frecuente y así sucesivamente. Lo mismo para la cuestión nº2, 3, etc.
- Si desea aportar alguna observación puede hacerlo al final del cuestionario, nos será de gran utilidad y se lo agradecemos.

LA BIOETICA EN EL MANEJO TERAPEUTICO CON OPIOIDES DEL DOLOR TOTAL

1. Años de experiencia profesional:
 - Menos de 10 años
 - Más de 10 años
2. Hospital en el que trabaja:
3. Indicar si trabaja en especialidad:
 - Médica
 - Médico-Quirúrgica o Quirúrgica
4. Especifique su especialidad:
5. ¿Ha recibido información o formación sobre el manejo terapéutico del dolor total?
 - Sí
 - No
 - NS/NC
6. ¿En su opinión los médicos tienen conocimientos adecuados sobre el manejo terapéutico del dolor total?
 - Sí
 - No
 - NS/NC
7. En una escala del 1 al 5. ¿Con qué frecuencia aparece el síntoma dolor en las siguientes situaciones clínicas? 1: con mucha frecuencia; 2: con frecuencia; 3: con poca frecuencia; 4: casi nunca; 5: NS/NC.
 - Situación terminal
 - Ca. Avanzado
 - E. Neurológica
 - E. Osteomusculares

8. ¿Conoce algún método para la valoración del síntoma dolor?

- Sí
- No
- NS/NC

9. ¿Si lo conoce, lo usa habitualmente?

- Sí
- No
- NS/NC

10. ¿Conoce la escalera analgésica de la OMS?

- Sí
- No
- NS/NC

11. Indicar con que frecuencia usa las distintas terapias analgésicas. 1: con mucha frecuencia; 2: con frecuencia; 3: con poca frecuencia; 4: nunca; 5: NS/NC

- Terapia farmacológica
- Terapia física
- Cuidados (medidas posturales, etc)
- Procedimientos especiales intervencionistas (cirugía, radioterapia)
- Otros (psicoterapia, logoterapia)

12. ¿Conoce alguna unidad de cuidados paliativos?

- Sí
- No
- NS/NC

13. ¿Qué criterio terapéutico considera en primer lugar para el uso de opiáceos?

- Indicación de unidad especializada
- Enfermos en situación terminal
- Criterio de protocolo
- Dolor rebelde a otro tipo de tratamiento
- NS/NC

14. ¿Qué criterio ético considera más importante en el manejo de opiáceos?

- Principio de Beneficiencia: Deber médico universal de ayudar al enfermo que sufre.
- Principio de No Maleficiencia: Deber moral universal de no hacer daño.
- NS/NC

15. ¿Tiene habitualmente problemas éticos en el manejo de opiáceos?

- Sí
- No
- NS/NC

16. ¿Prescinde o ha prescindido del tratamiento con opiáceos por razones éticas?

- Con frecuencia
- Con poca frecuencia
- Nunca
- NS/NC

17. ¿Considera que existen reparos éticos en el uso de opiáceos en su especialidad?

- Sí
- No
- NS/NC

18. ¿Cuál es su principal reparo ético en el uso de opiáceos?

- Riesgo para la vida del paciente
- Habitación
- Otros
- No sabe
- No tengo reparos éticos

19. ¿Ha utilizado placebos?

- Con frecuencia
- Con poca frecuencia
- Nunca
- NS/NC

MUCHAS GRACIAS

V. RESULTADOS

V. RESULTADOS

Se entregaron 500 cuestionarios de los que recibimos 270. El período de estudio fue desde noviembre del 2003 hasta marzo del 2006. La muestra se dividió en dos grupos según los años de experiencia profesional: menos de 10 años de experiencia y aquéllos con más experiencia profesional (más de 10 años), pero que se formaron en los años en que todos los médicos para el tratamiento analgésico precisaban receta de estupefacientes para su dispensación, y antes de la aparición de la nueva ley de dispensación de fármacos narcóticos (1994)⁵⁰, de la SECPAL (Sociedad Española de Cuidados Paliativos) fundada en 1992⁶⁴ y de la aparición en el mercado en 1992 del primer derivado opioide que puede ser dispensado sin receta de estupefaciente para su uso analgésico, el tramadol⁶⁵ (2º escalón de la escalera analgésica de la OMS). Antes de dicho año, ya estaba disponible la codeína a pequeña dosis, para uso fundamentalmente como antitusígeno.

Por otro lado, la muestra se dividió en dos grupos: especialidad médica y especialidad médico-quirúrgica o quirúrgica. Inicialmente decidimos dividir la muestra por especialidades o al menos tener en cuenta aquellas especialidades que tratan con mayor frecuencia a pacientes con dolor total. Entre ellas, Medicina Interna, Oncología, Urgencias, Hospitalización domiciliaria, Anestesia, Traumatología, Cirugía. Pero realizamos una prueba piloto, sobre una muestra que incluía todas esas especialidades (con un total

de 60 médicos). Se analizaron los datos con la colaboración del departamento de estadística y se estimó que un estudio con todas las variables cualitativas y con tantos subgrupos sería muy complejo y difícil de interpretar. Por lo que finalmente se decidió dividir la muestra en dos grupos: especialidad médica y especialidad médico-quirúrgica o quirúrgica ⁽⁵⁾.

Al analizar los datos por especialidades no se incluyó anestesia en el grupo de las médico-quirúrgicas, ni tampoco en el de las médicas, ya que actualmente se dedican específicamente al tratamiento del dolor.

⁽⁵⁾ Cada vez que nos referimos a especialidad médico- quirúrgica, queremos decir médico-quirúrgica o quirúrgica.

1. Generalidades

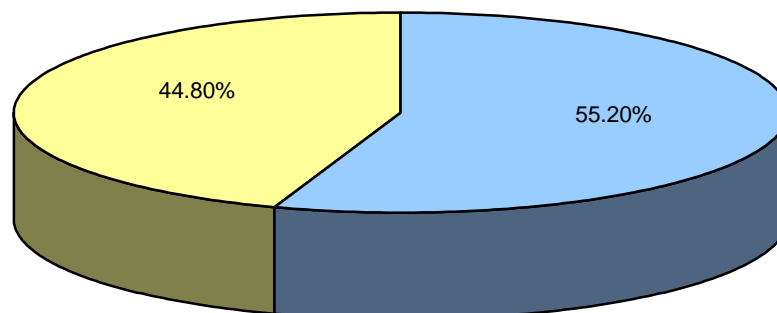
1.1. Años de experiencia profesional

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	1	149	55,2	55,2	55,2
	2	121	44,8	44,8	100,0
	Total	270	100,0	100,0	

1: <10 años experiencia

2: >10 años experiencia

AÑOS DE EXPERIENCIA PROFESIONAL



■ <10 años experiencia
■ >10 años experiencia

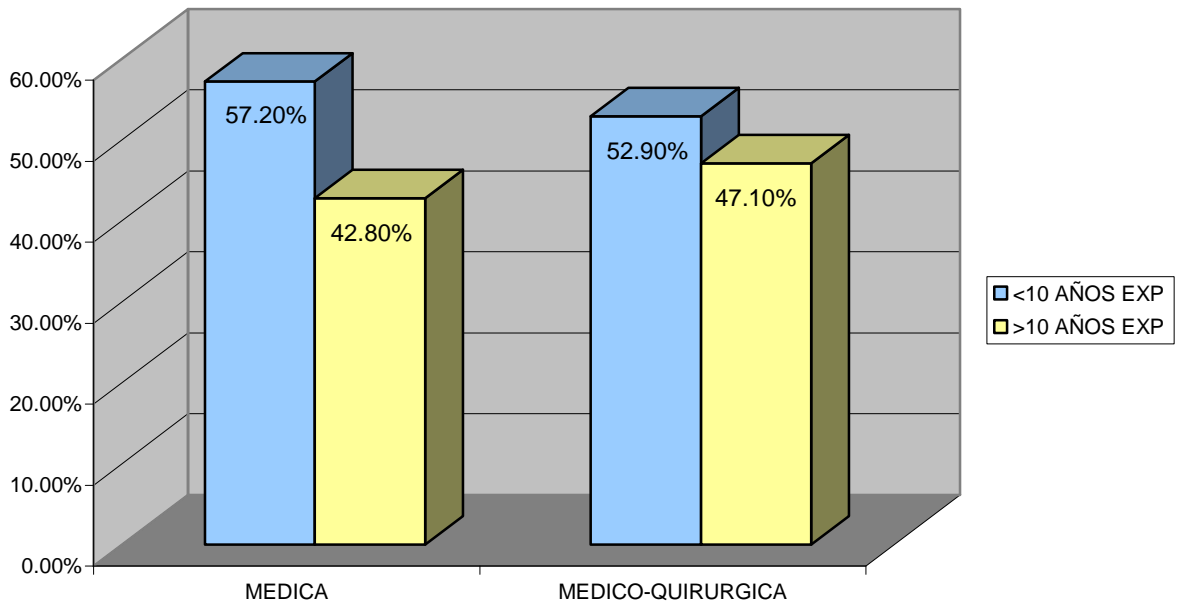
Tabla de contingencia

		Especialidad		Total	
		1	2		
Grupo experiencia	1	Recuento	83	54	137
		% de Especialidad	57,2%	52,9%	55,5%
	2	Recuento	62	48	110
		% de Especialidad	42,8%	47,1%	44,5%
Total		Recuento	145	102	247
		% de Especialidad	100,0%	100,0%	100,0%

1: < 10 años experiencia
2: > 10 años experiencia

1: Médica
2: Médico-quirúrgica

AÑOS DE EXPERIENCIA PROFESIONAL



P = 0.5

1.2. Tipo de especialidad

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos 1	145	53,7	53,7	53,7
2	125	46,3	46,3	100,0
Total	270	100,0	100,0	

1: Médica

2: Médico-Quirúrgica o quirúrgica

TIPO DE ESPECIALIDAD

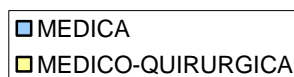
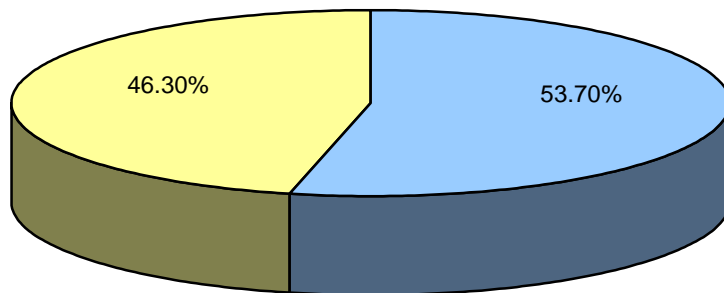


Tabla de contingencia

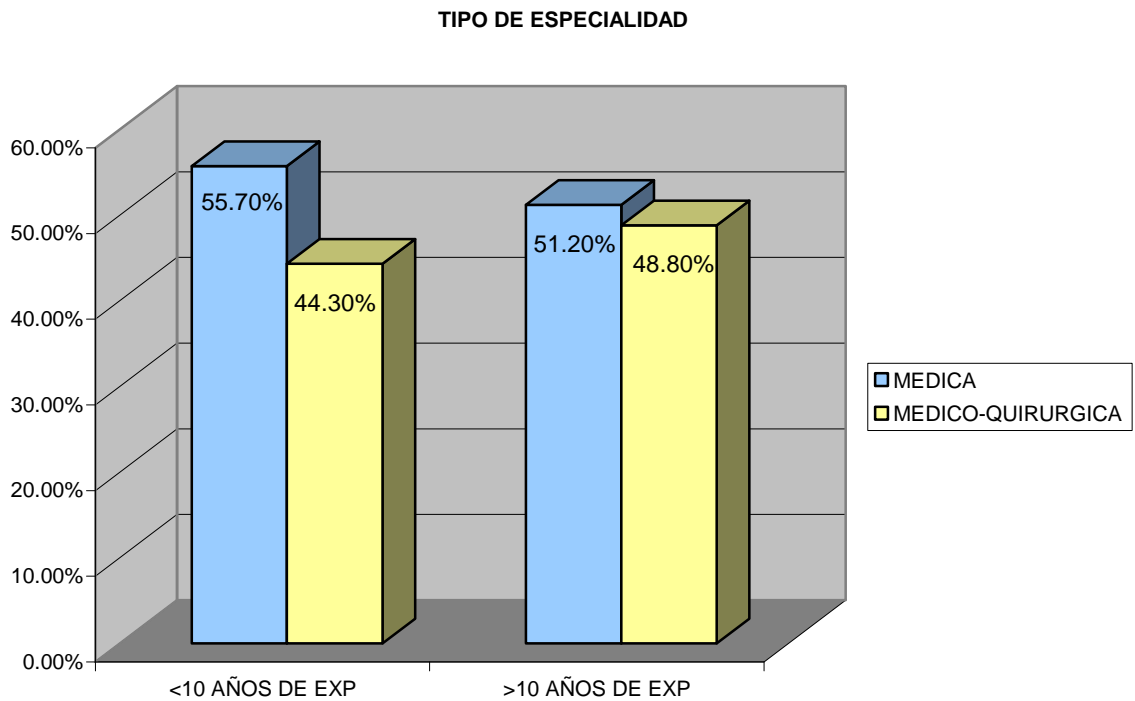
		Años de experiencia		Total	
		1	2		
Especialidad	1	Recuento	83	62	145
		% experiencia	55,7%	51,2%	53,7%
	2	Recuento	66	59	125
		% experiencia	44,3%	48,8%	46,3%
Total		Recuento	149	121	270
		% experiencia	100,0%	100,0%	100,0%

1: Medica

2: Médico- quirúrgica

1: < 10 años experiencia

2: > 10 años experiencia



P = 0.5

1.3. Información recibida

¿Ha recibido información o formación sobre el manejo terapéutico del dolor total?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	1	165	61,1	61,8	61,8
	2	102	37,8	38,2	100,0
	Total	267	98,9	100,0	
Perdidos	3	3	1,1		
Total		270	100,0		

- 1: Si recibió información
- 2: No recibió información

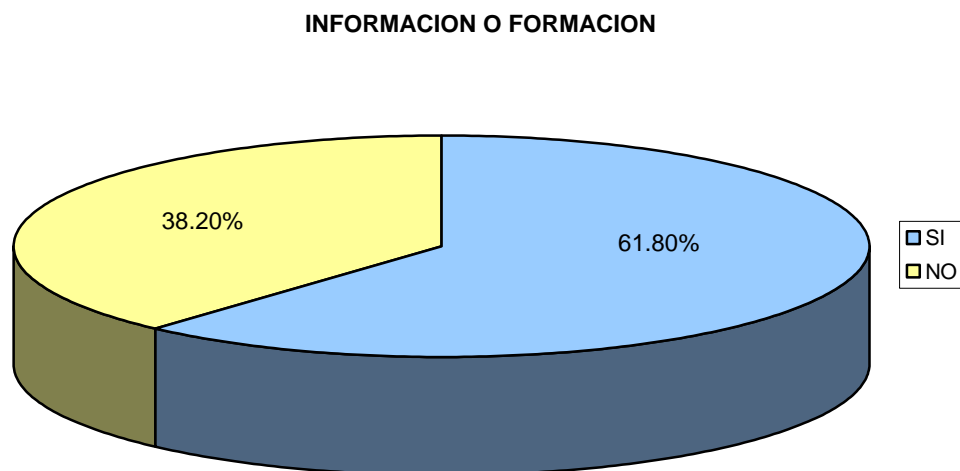
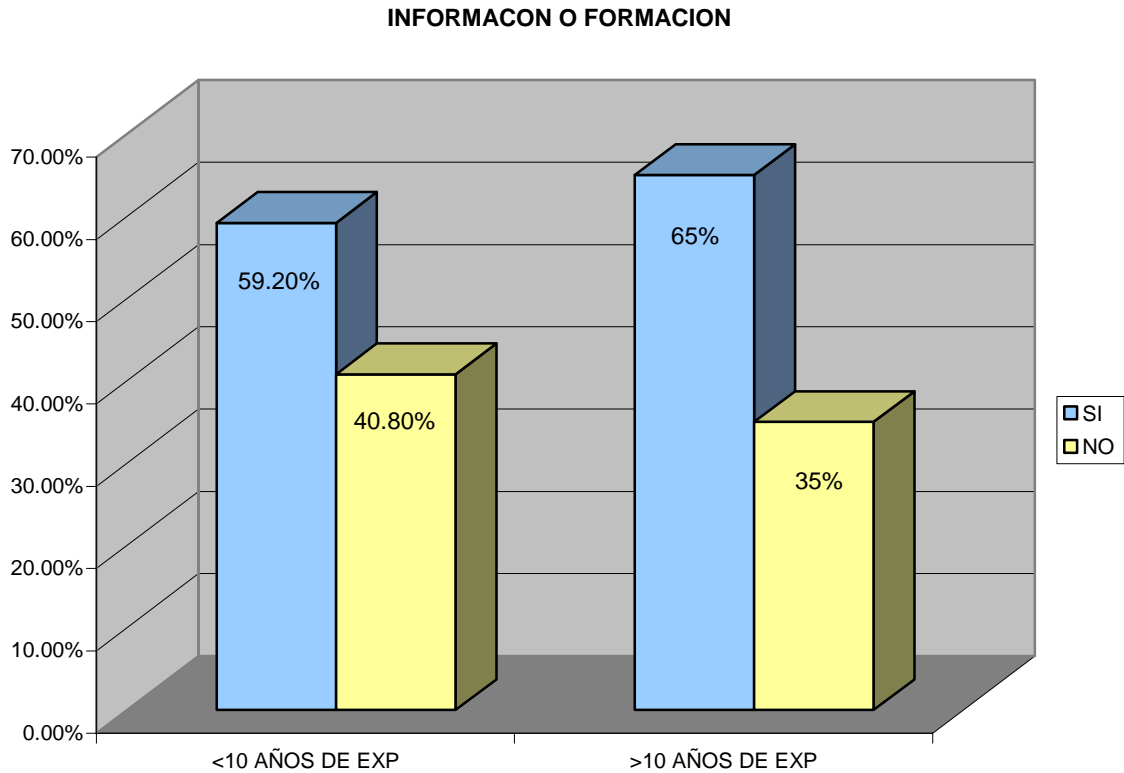


Tabla de contingencia

		Experiencia		Total	
		1	2		
Información o formación	1	Recuento	87	78	165
		% experiencia	59,2%	65,0%	61,8%
	2	Recuento	60	42	102
		% experiencia	40,8%	35,0%	38,2%
Total		Recuento	147	120	267
		% experiencia	100,0%	100,0%	100,0%

1: Si recibió información
2: No recibió información

1: < 10 años experiencia
2: >10 años experiencia



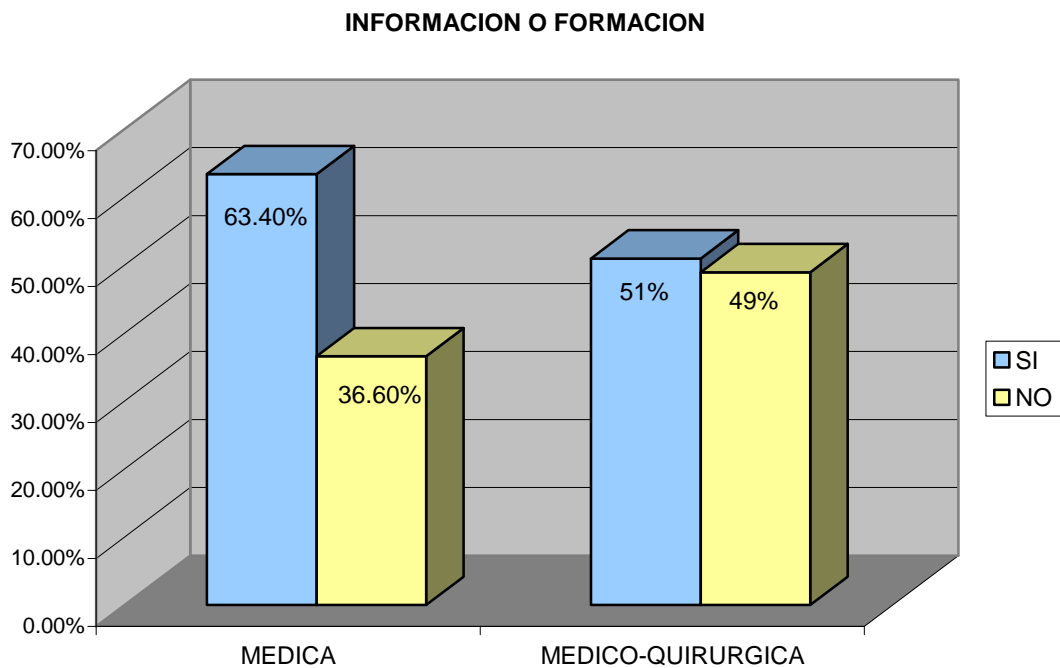
P = 0.33

Tabla de contingencia

		Especialidad		Total	
		1	2		
Información o formación	1	Recuento	90	52	142
		% Especialidad	63,4%	51,0%	58,2%
	2	Recuento	52	50	102
		% Especialidad	36,6%	49,0%	41,8%
Total		Recuento	142	102	244
		% Especialidad	100,0%	100,0%	100,0%

1: Si recibió información
2: No recibió información

1: Médica
2: Médico-quirúrgica



P = 0.05

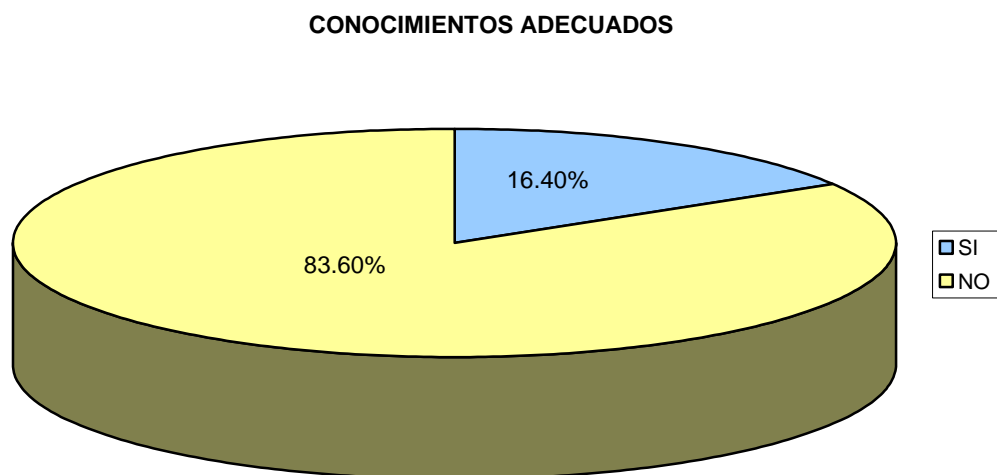
2. Valoración del conocimiento

2.1. Valoración subjetiva

¿En su opinión los médicos tienen conocimientos adecuados sobre el manejo terapéutico del dolor total?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	1	40	14.8	16.4	16.4
	2	204	75.6	83.6	100,0
	Total	244	90,4	100,0	
Perdidos	3	26	9,6		
Total		270	100,0		

1: Si
2: No



2.2. Valoración objetiva

¿Con qué frecuencia aparece el síntoma dolor en las siguientes situaciones clínicas?

Situación terminal

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	1	162	60,0	60,7	60,7
	2	80	29,6	30,0	90,6
	3	21	7,8	7,9	98,5
	4	4	1,5	1,5	100,0
	Total	267	98,9	100,0	
Perdidos	5	3	1,1		
Total		270	100,0		

Ca. Avanzado

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	1	212	78,5	79,1	79,1
	2	51	18,9	19,0	98,1
	3	4	1,5	1,5	99,6
	4	1	,4	,4	100,0
	Total	268	99,3	100,0	
Perdidos	5	2	,7		
Total		270	100,0		

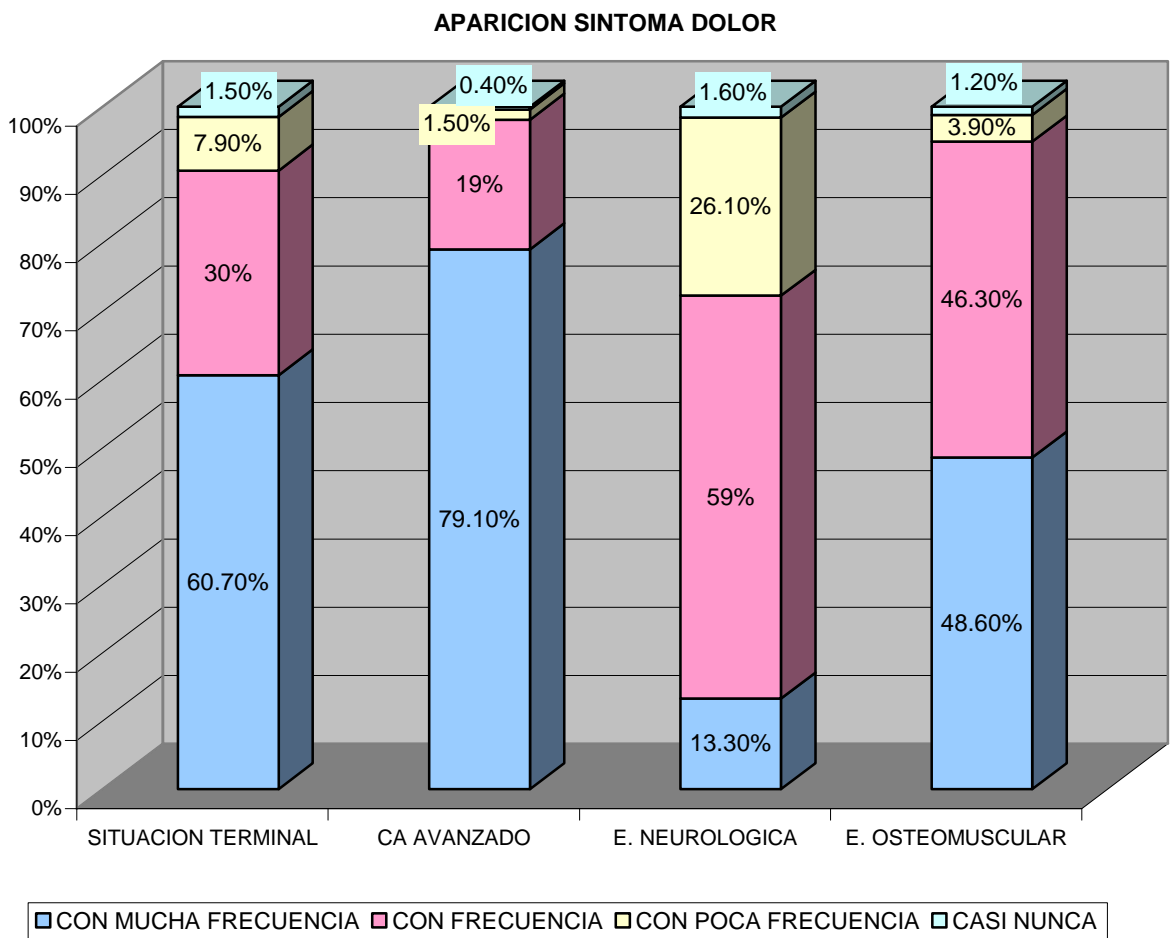
Enfermedad neurológica

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	1	33	12,2	13,3	13,3
	2	147	54,4	59,0	72,3
	3	65	24,1	26,1	98,4
	4	4	1,5	1,6	100,0
	Total	249	92,2	100,0	
Perdidos	5	21	7,8		
Total		270	100,0		

Enfermedad osteomuscular

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	1	126	46,7	48,6	48,6
	2	120	44,4	46,3	95,0
	3	10	3,7	3,9	98,8
	4	3	1,1	1,2	100,0
	Total	259	95,9	100,0	
Perdidos	5	11	4,1		
Total		270	100,0		

- 1: Con mucha frecuencia
 2: Con frecuencia
 3: Con poca frecuencia
 4: Casi nunca
 5: NS/NC



¿Conoce algún método para la valoración del síntoma dolor?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	1	203	75,2	76,0	76,0
	2	64	23,7	24,0	100,0
	Total	267	98,9	100,0	
Perdidos	3	3	1,1		
Total		270	100,0		

- 1: Si
- 2: No
- 3: NS/NC

METODO VALORACION DOLOR

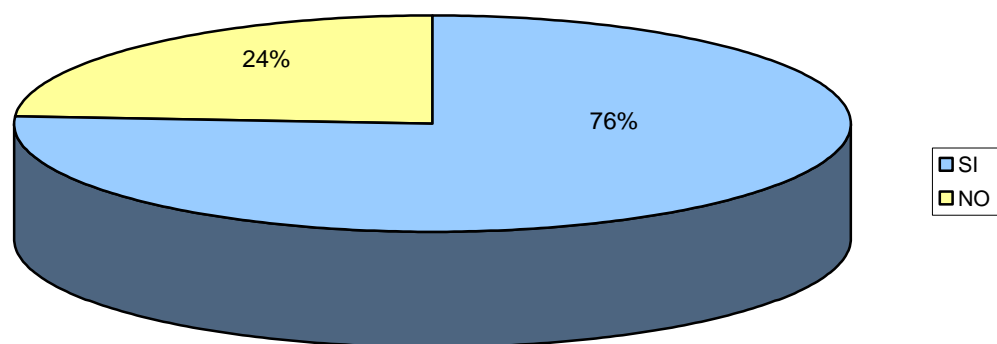


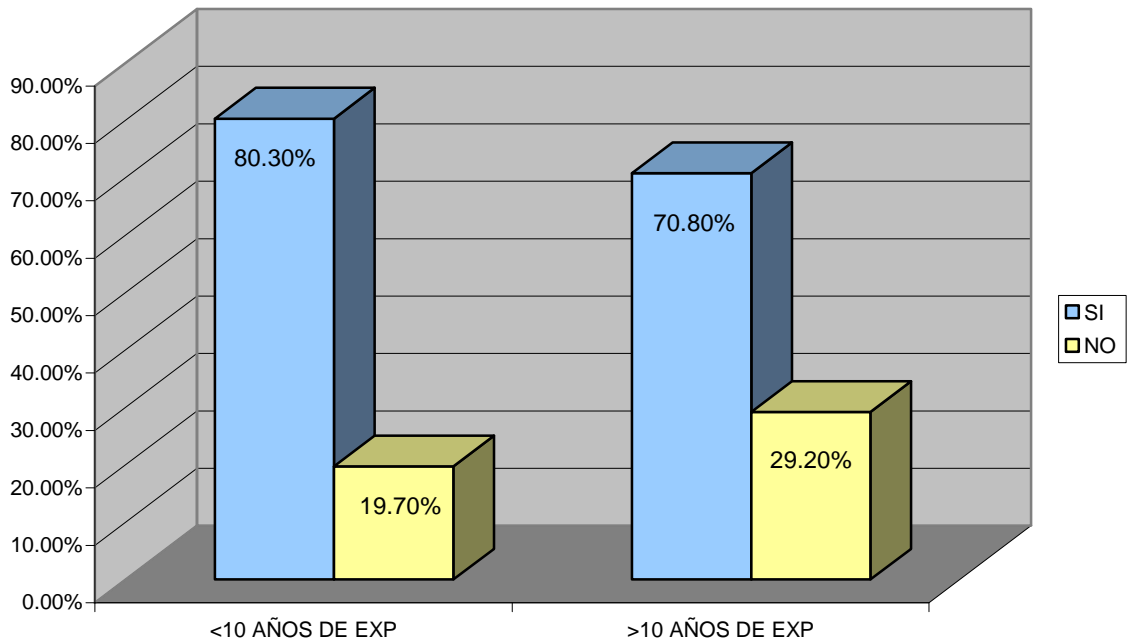
Tabla de contingencia

		Experiencia		Total	
		1	2		
Valoración del dolor	1	Recuento	118	85	203
		% experiencia	80,3%	70,8%	76,0%
	2	Recuento	29	35	64
		% experiencia	19,7%	29,2%	24,0%
Total		Recuento	147	120	267
		% experiencia	100,0%	100,0%	100,0%

1: Si
2: No

1: < 10 años experiencia
2: > 10 años experiencia

METODO VALORACION DEL DOLOR



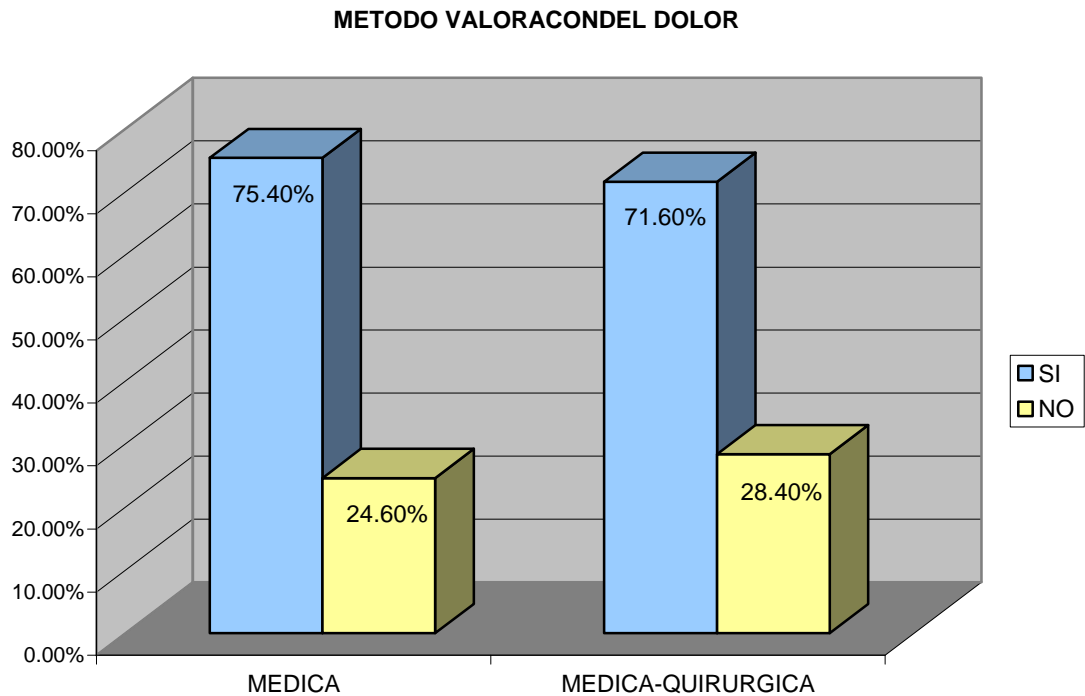
P = 0.07

Tabla de contingencia

		Especialidad		Total	
		1	2		
Valoración del dolor	1	Recuento	107	73	180
		% Especialidad	75,4%	71,6%	73,8%
	2	Recuento	35	29	64
		% Especialidad	24,6%	28,4%	26,2%
Total		Recuento	142	102	244
		% Especialidad	100,0%	100,0%	100,0%

1: Si conoce
2: No conoce

1: < 10 años experiencia
2: > 10 años experiencia



P = 0.50

¿Si conoce algún método para la valoración del dolor, lo usa habitualmente?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	1	74	27,4	36,3	36,3
	2	130	48,1	63,7	100,0
	Total	204	75,6	100,0	
Perdidos	3	66	24,4		
	Total	270	100,0		

- 1: Si
- 2: No
- 3: NS/NC

USO METODO VALORACION DOLOR

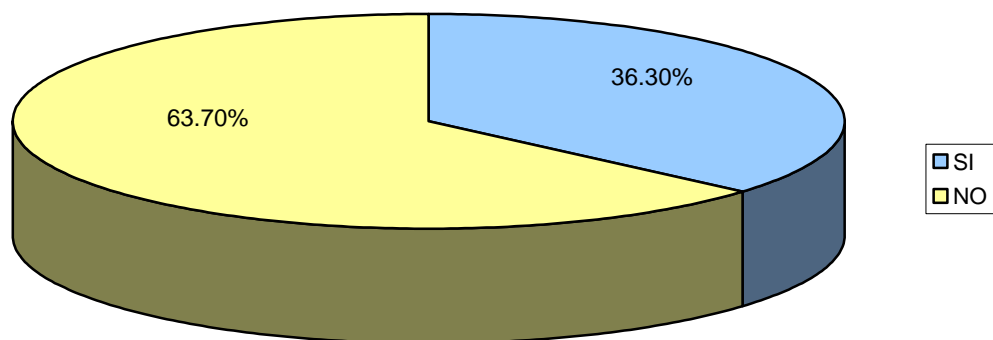


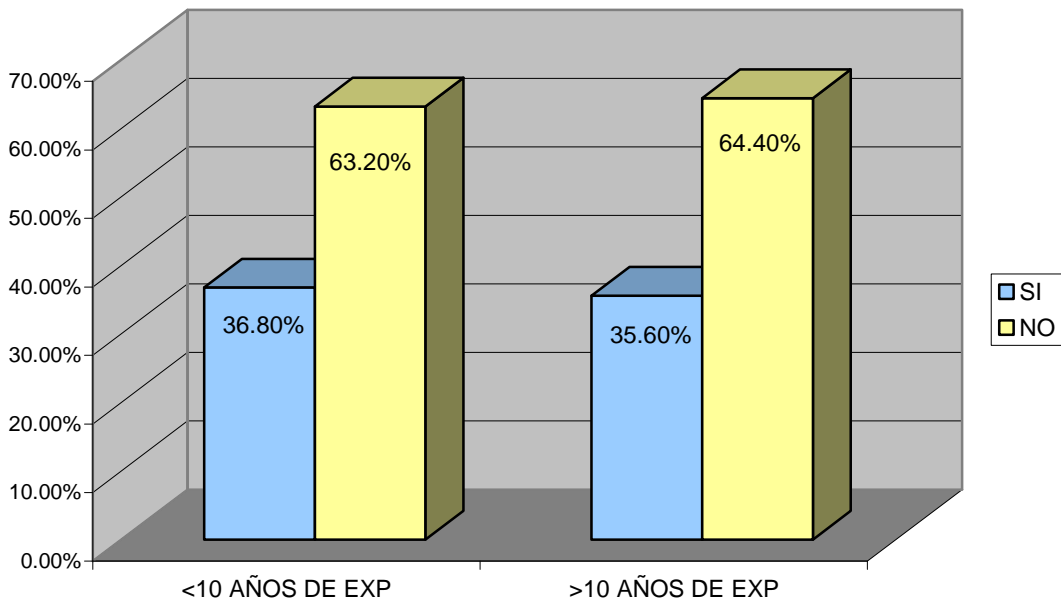
Tabla de contingencia

		Experiencia		Total
		1	2	
Lo usa	1	Recuento 32	23	55
		% experiencia 30,5%	30,3%	30,4%
	2	Recuento 73	53	126
		% experiencia 69,5%	69,7%	69,6%
Total		Recuento 105	76	181
		% experiencia 100,0%	100,0%	100,0%

1: Si
2: No

1: < 10 años experiencia
2: > 10 años experiencia

USO METODO VALORACION DEL DOLOR



P = 0.86

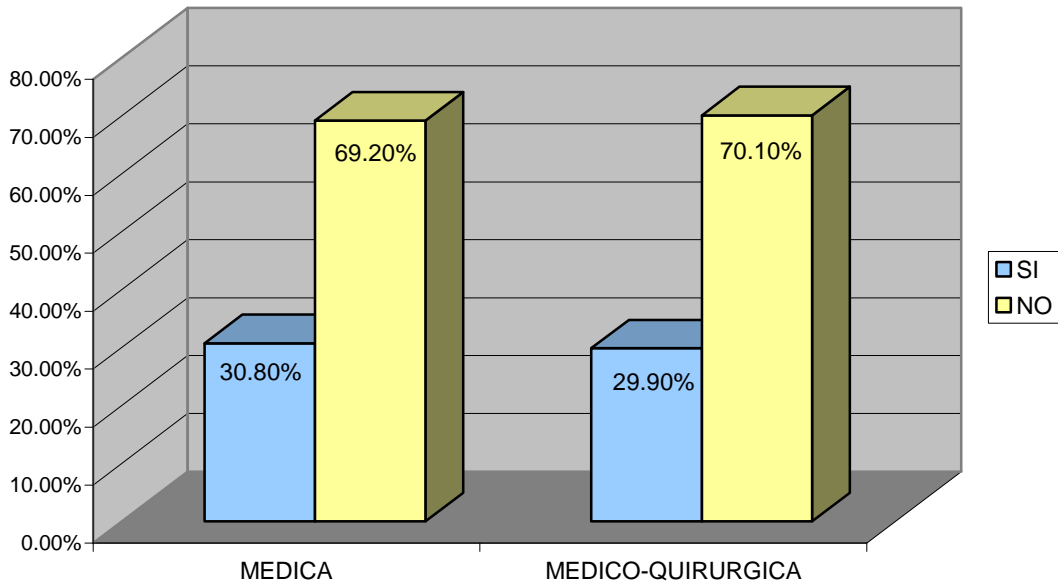
Tabla de contingencia

		Especialidad		Total	
		1	2		
Lo usa	1	Recuento	32	23	55
		% Especialidad	30,8%	29,9%	30,4%
	2	Recuento	72	54	126
		% Especialidad	69,2%	70,1%	69,6%
Total		Recuento	104	77	181
		% Especialidad	100,0%	100,0%	100,0%

1: Si
2: No

1: Médica
2: Médico- quirúrgica

USO METODO VALORACION DOLOR



P = 0.89

¿Conoce la escalera analgésica de la OMS?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	1	211	78,1	79,0	79,0
	2	56	20,7	21,0	100,0
	Total	267	98,9	100,0	
Perdidos	3	3	1,1		
Total		270	100,0		

1: Si
2: No

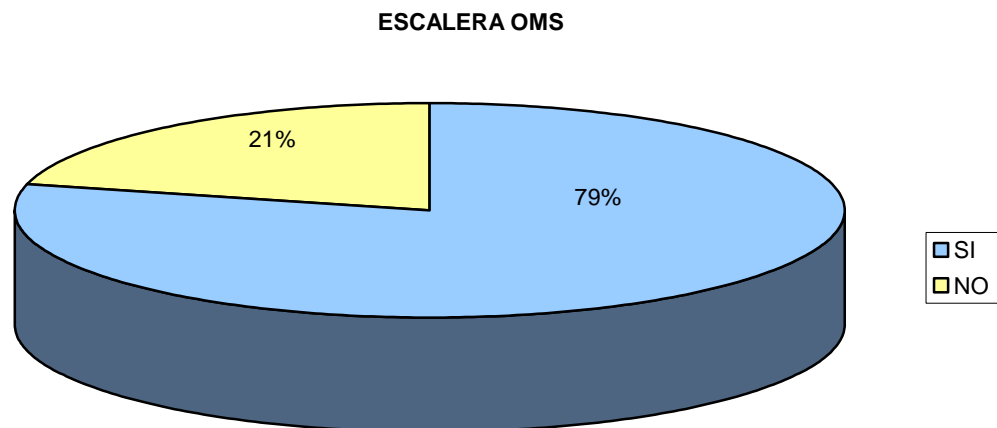
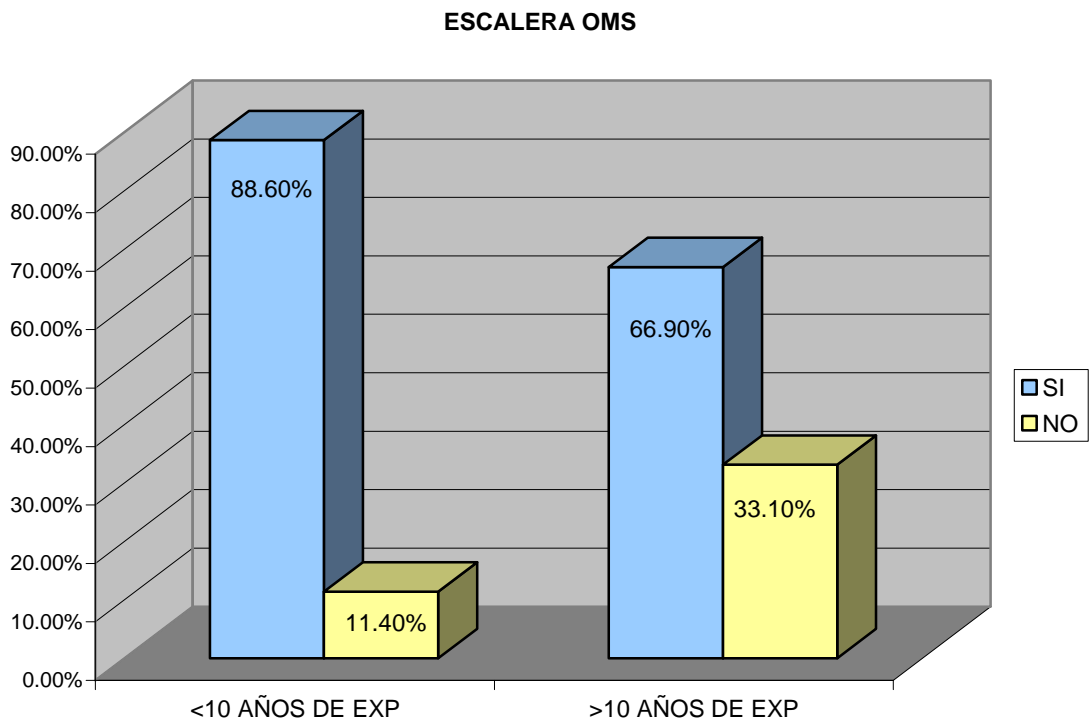


Tabla de contingencia

		experiencia		Total	
		1	2		
Escalera OMS	1	Recuento	132	79	211
		% experiencia	88,6%	66,9%	79,0%
2		Recuento	17	39	56
		% experiencia	11,4%	33,1%	21,0%
Total		Recuento	149	118	267
		% experiencia	100,0%	100,0%	100,0%

1: Si
2: No

1: < 10 años experiencia
2: > 10 años experiencia



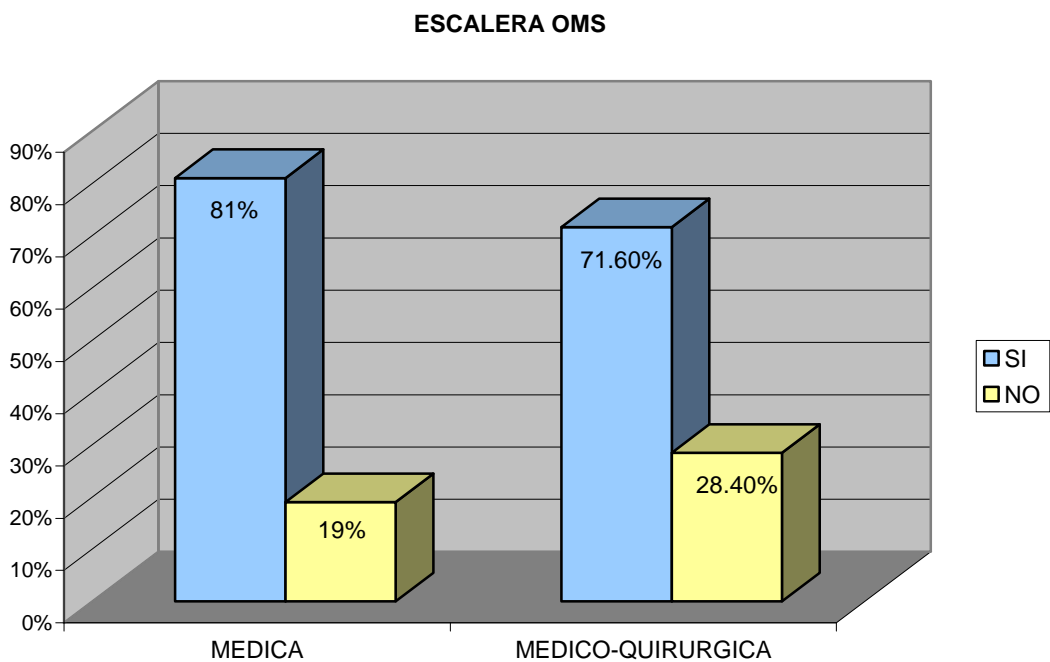
P = 0.000

Tabla de contingencia

		Especialidad		Total	
		1	2		
Escalera OMS	1	Recuento	115	73	188
		% Especialidad	81,0%	71,6%	77,0%
2		Recuento	27	29	56
		% Especialidad	19,0%	28,4%	23,0%
Total		Recuento	142	102	244
		% Especialidad	100,0%	100,0%	100,0%

1: Si
2: No

1: Médica
2: Médico-quirúrgica



P = 0.08

¿Conoce alguna unidad de cuidados paliativos?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	1	227	84,1	84,4	84,4
	2	42	15,6	15,6	100,0
	Total	269	99,6	100,0	
Perdidos	3	1	,4		
Total		270	100,0		

- 1: Si
- 2: No
- 3: NS/NC

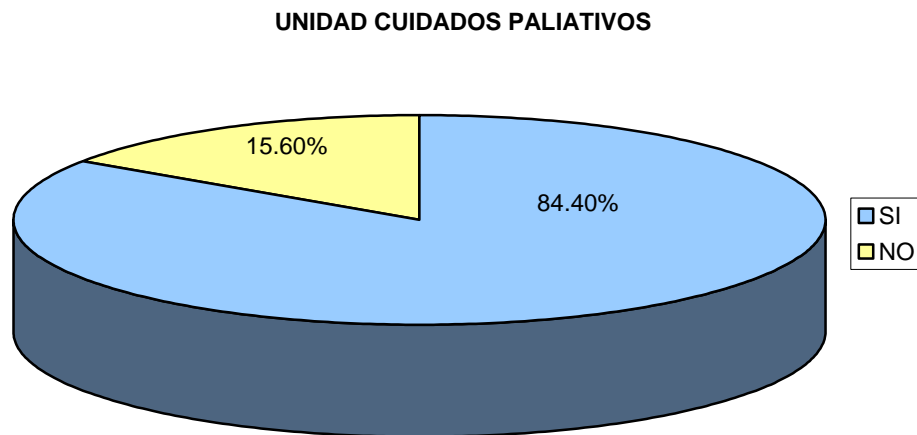


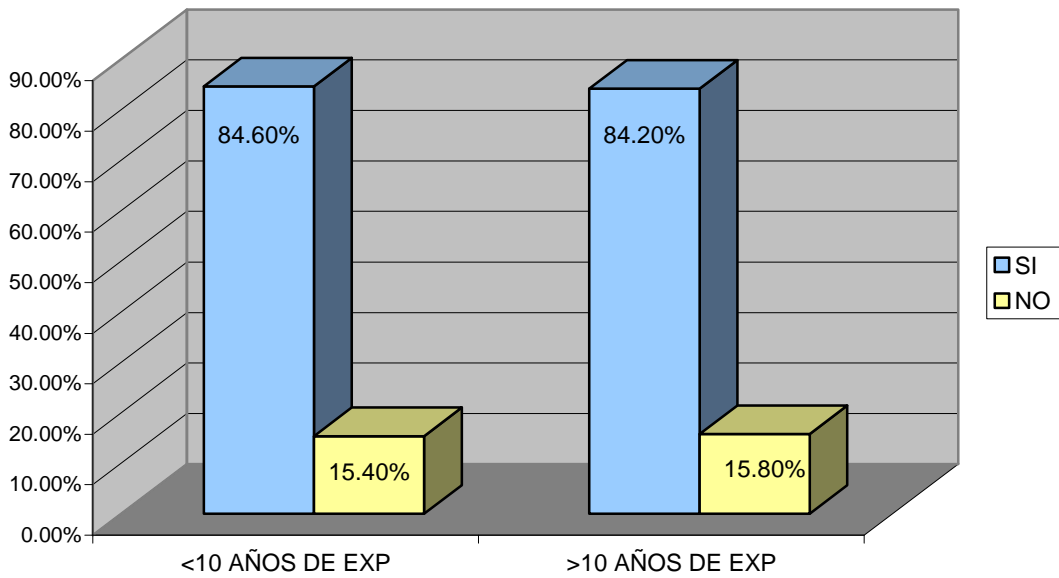
Tabla de contingencia

		experiencia		Total	
		1	2		
Unidad de cuidados	1	Recuento	114	91	205
		% experiencia	83,2%	83,5%	83,3%
	2	Recuento	23	18	41
		% experiencia	16,8%	16,5%	16,7%
Total		Recuento	137	109	246
		% experiencia	100,0 %	100,0 %	100,0%

1: Si
2: No

1: <10 años experiencia
2: >10 años experiencia

UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS



P = 0.10

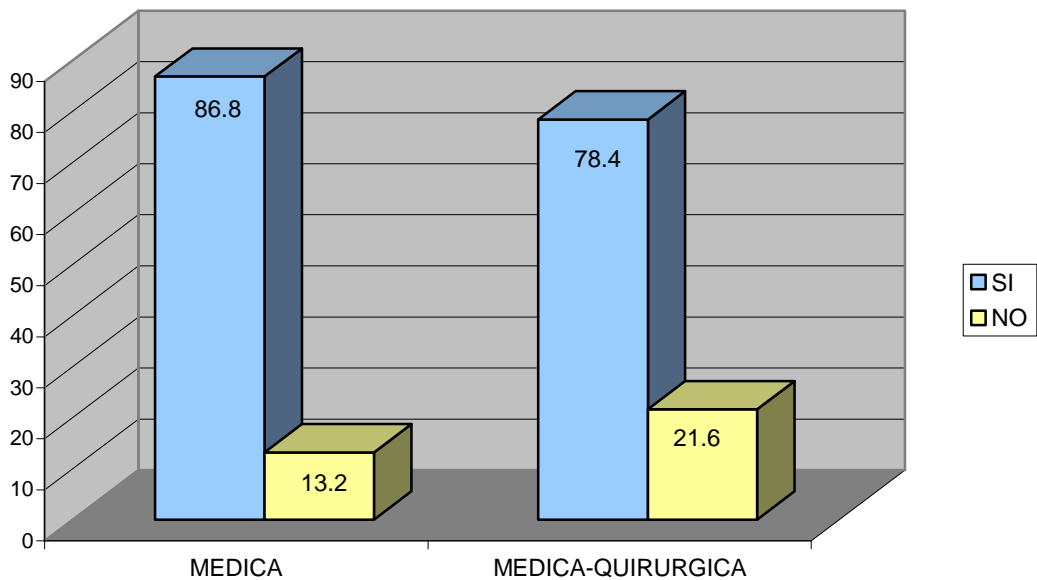
Tabla de contingencia

		Especialidad		Total
		1	2	
Unidad de cuidados	1	Recuento 125	80	205
	% Especialidad	86,8%	78,4%	83,3%
2	Recuento	19	22	41
	% Especialidad	13,2%	21,6%	16,7%
Total	Recuento	144	102	246
	% Especialidad	100,0%	100,0%	100,0%

1: Si
2: No

1: Médica
2: Médico-quirúrgica

UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS



P = 0.08

Indicar con qué frecuencia usa las distintas terapias analgésicas.

Tabla de contingencia

		experiencia		Total	
		1	2		
Terapia farmacológica	1	Recuento	140	95	235
		% experiencia	94,6%	78,5%	87,4%
	2	Recuento	6	19	25
		% experiencia	4,1%	15,7%	9,3%
	3	Recuento	2	6	8
		% experiencia	1,4%	5,0%	3,0%
	4	Recuento	0	1	1
		% experiencia	,0%	,8%	,4%
Total		Recuento	148	121	269
		% experiencia	100,0	100,0	100,0%
			%	%	

Tabla de contingencia

		experiencia		Total	
		1,00	3,00		
Terapia física	1	Recuento	15	3	18
		% experiencia	10,1%	2,6%	6,8%
	2	Recuento	37	22	59
		% experiencia	25,0%	19,1%	22,4%
	3	Recuento	61	58	119
		% experiencia	41,2%	50,4%	45,2%
	4	Recuento	35	32	67
		% experiencia	23,6%	27,8%	25,5%
Total		Recuento	148	115	263
		% experiencia	100,0	100,0	100,0%
			%	%	

Tabla de contingencia

		experiencia		Total	
		1	2		
Cuidados	1	Recuento	12	15	27
		% experiencia	8,6%	13,0%	10,6%
	2	Recuento	55	42	97
		% experiencia	39,3%	36,5%	38,0%
	3	Recuento	56	37	93
		% experiencia	40,0%	32,2%	36,5%
	4	Recuento	17	21	38
		% experiencia	12,1%	18,3%	14,9%
Total		Recuento	140	115	255
		% experiencia	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla de contingencia

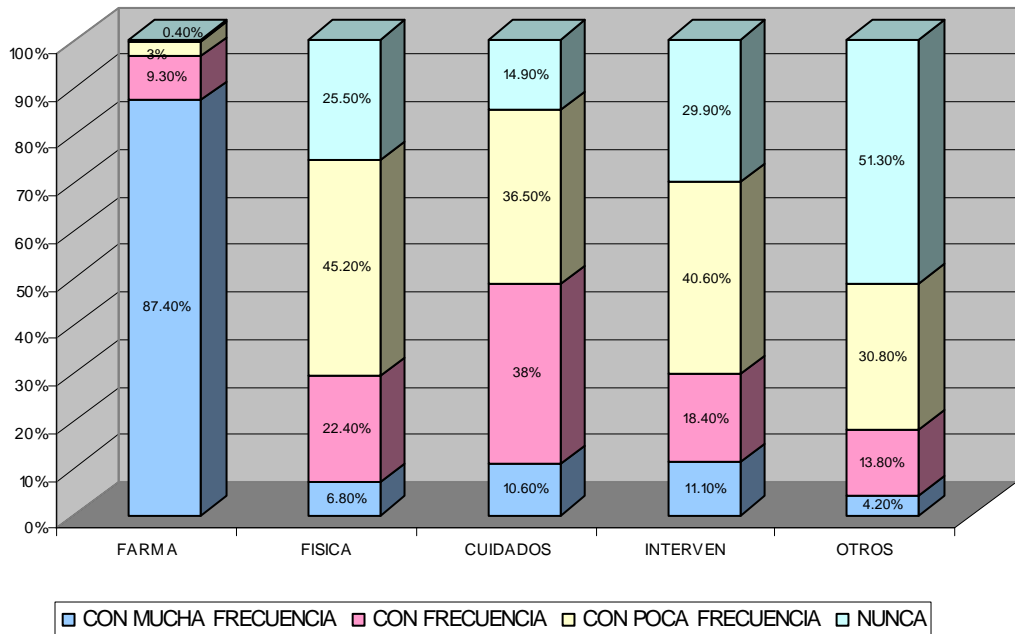
		experiencia		Total	
		1	2		
Intervencionista	1	Recuento	12	17	29
		% experiencia	8,2%	14,8%	11,1%
	2	Recuento	26	22	48
		% experiencia	17,8%	19,1%	18,4%
	3	Recuento	68	38	106
		% experiencia	46,6%	33,0%	40,6%
	4	Recuento	40	38	78
		% experiencia	27,4%	33,0%	29,9%
Total		Recuento	146	115	261
		% experiencia	100,0%	100,0%	100,0%

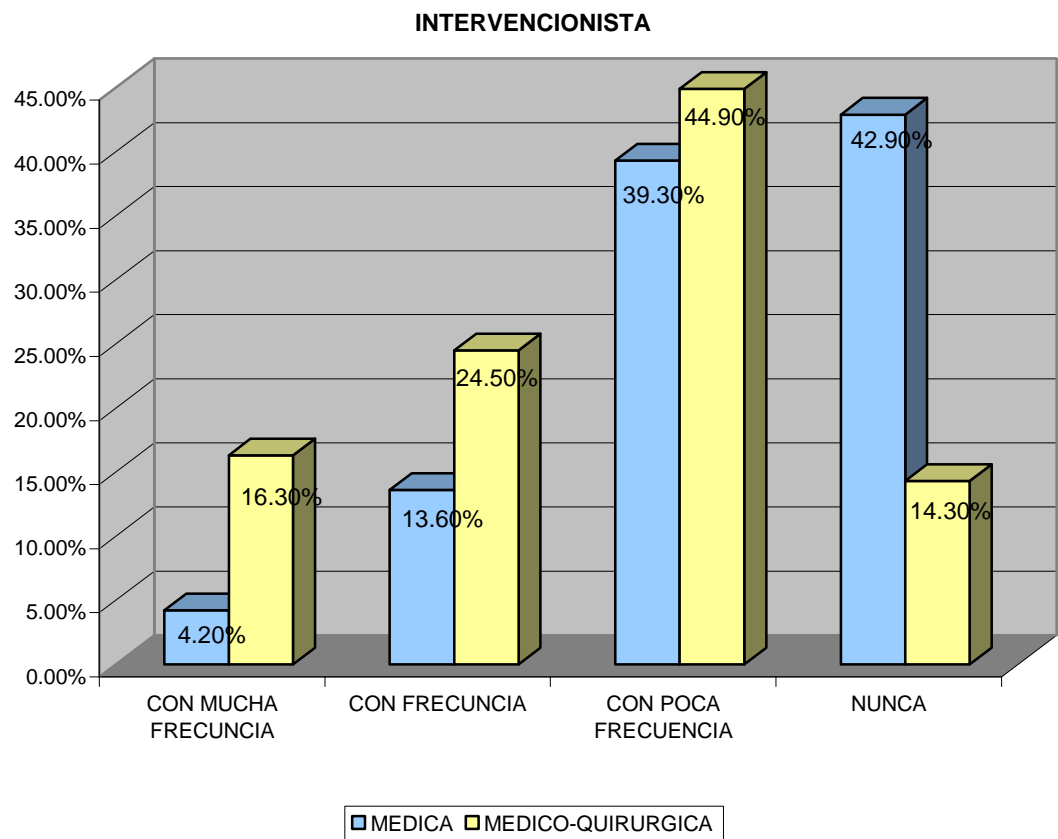
Tabla de contingencia

		experiencia		Total	
		1	2		
otros	1	Recuento	6	4	10
		% experiencia	4,3%	4,0%	4,2%
	2	Recuento	18	15	33
		% experiencia	12,9%	15,0%	13,8%
	3	Recuento	47	27	74
		% experiencia	33,6%	27,0%	30,8%
	4	Recuento	69	54	123
		% experiencia	49,3%	54,0%	51,3%
Total		Recuento	140	100	240
		% experiencia	100,0%	100,0%	100,0%

- 1: Con mucha frecuencia
- 2: Con frecuencia
- 3: Con poca frecuencia
- 4: Nunca

TERAPIAS ANALGESICAS





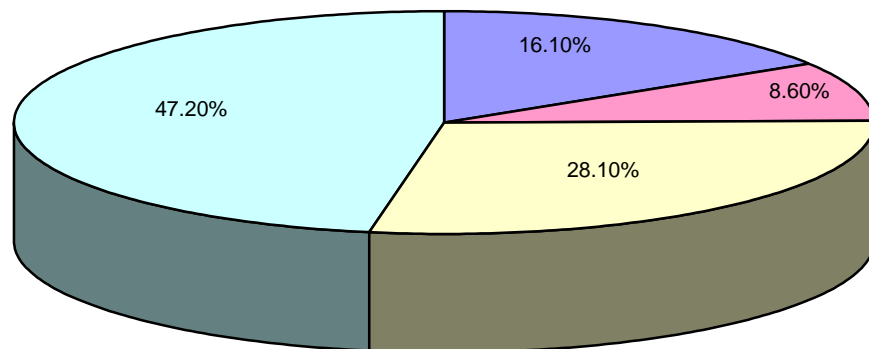
P = 0.000

¿Qué criterio terapéutico considera en primer lugar para el uso de opiáceos?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	1	43	15,9	16,1	16,1
	2	23	8,5	8,6	24,7
	3	75	27,8	28,1	52,8
	4	126	46,7	47,2	100,0
	Total	267	98,9	100,0	
Perdidos	5	3	1,1		
Total		270	100,0		

- 1: Unidad especializada
- 2: Situación terminal
- 3: Criterio de protocolo
- 4: Dolor rebelde
- 5: NS/NC

CRITERIO TERAPEUTICO



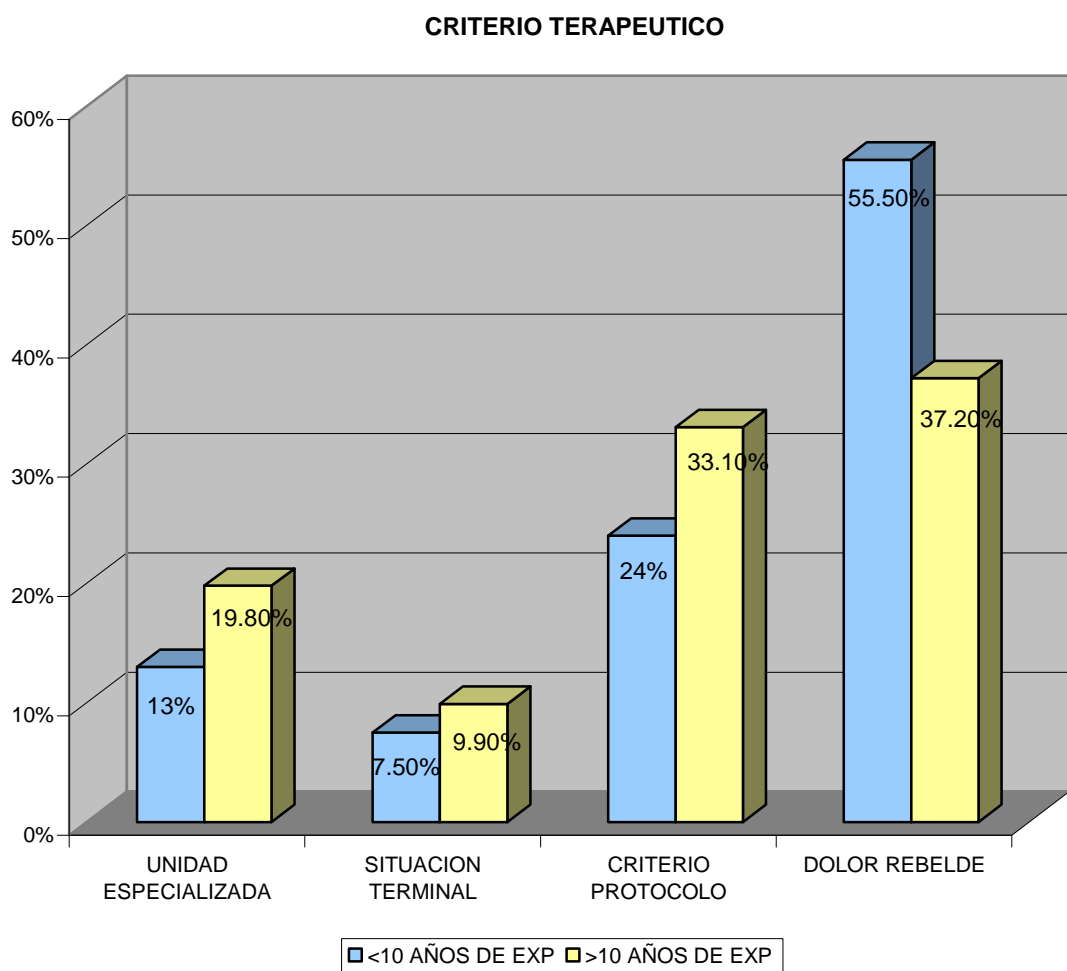
■ UNIDAD ESPECIALIZADA	■ SITUACION TERMINAL
■ CRITERIO DE PROTOCOLO	■ DOLOR REBELDE

Tabla de contingencia

		experiencia		Total	
		1,00	3,00		
Criterio terapéutico	1	Recuento	19	24	43
		% experiencia	13,0%	19,8%	16,1%
	2	Recuento	11	12	23
		% experiencia	7,5%	9,9%	8,6%
	3	Recuento	35	40	75
		% experiencia	24,0%	33,1%	28,1%
	4	Recuento	81	45	126
		% experiencia	55,5%	37,2%	47,2%
Total		Recuento	146	121	267
		% experiencia	100,0%	100,0%	100,0%

- 1: Unidad especializada
- 2: Situación terminal
- 3: Criterio de protocolo
- 4: Dolor rebelde

- 1: < 10 años experiencia
- 2: > 10 años experiencia



P = 0.03

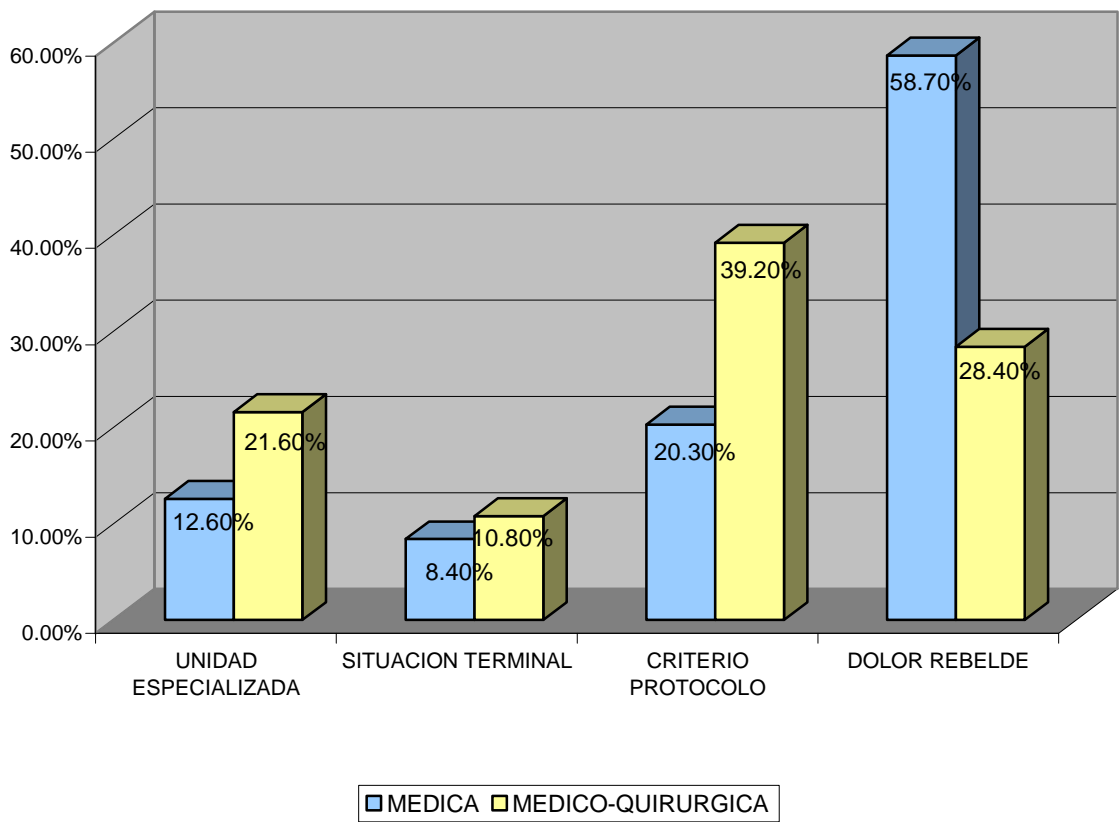
Tabla de contingencia

		Especialidad		Total	
		1	2		
Criterio terapéutico	1	Recuento	18	22	40
		% Especialidad	12,6%	21,6%	16,3%
	2	Recuento	12	11	23
		% Especialidad	8,4%	10,8%	9,4%
	3	Recuento	29	40	69
		% Especialidad	20,3%	39,2%	28,2%
	4	Recuento	84	29	113
		% Especialidad	58,7%	28,4%	46,1%
Total		Recuento	143	102	245
		% Especialidad	100,0%	100,0%	100,0%

1: Unidad especializada
 2: Situación terminal
 3: Criterio de protocolo
 4: Dolor rebelde

1: Médica
 2: Médico-quirúrgica

CRITERIO TERAPEUTICO



P = 0.000

3. Valoración ética. Conocimiento y reflexión.

¿Qué criterio ético considera más importante en el manejo de opiáceos?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	1	194	71,9	74,3	74,3
	2	67	24,8	25,7	100,0
	Total	261	96,7	100,0	
Perdidos	3	9	3,3		
Total		270	100,0		

- 1: Beneficiencia
- 2: No Maleficiencia

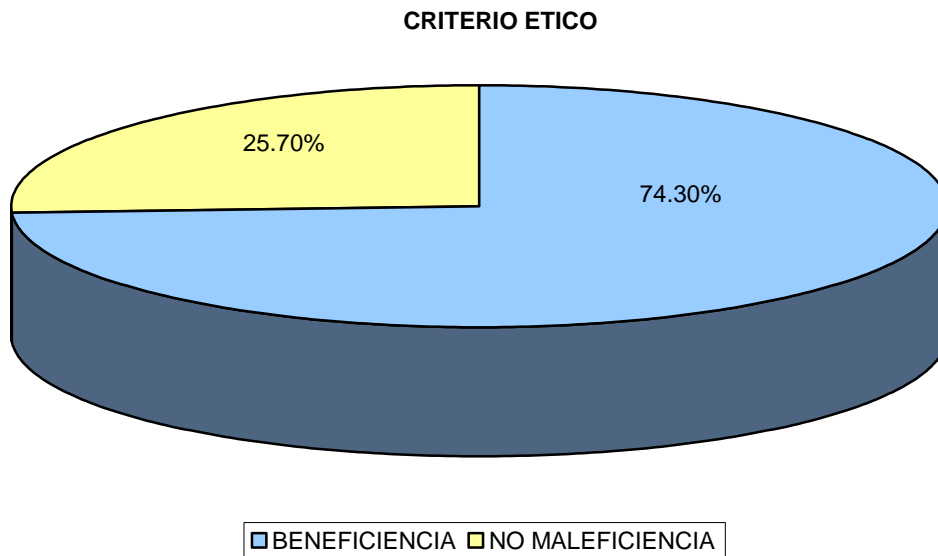


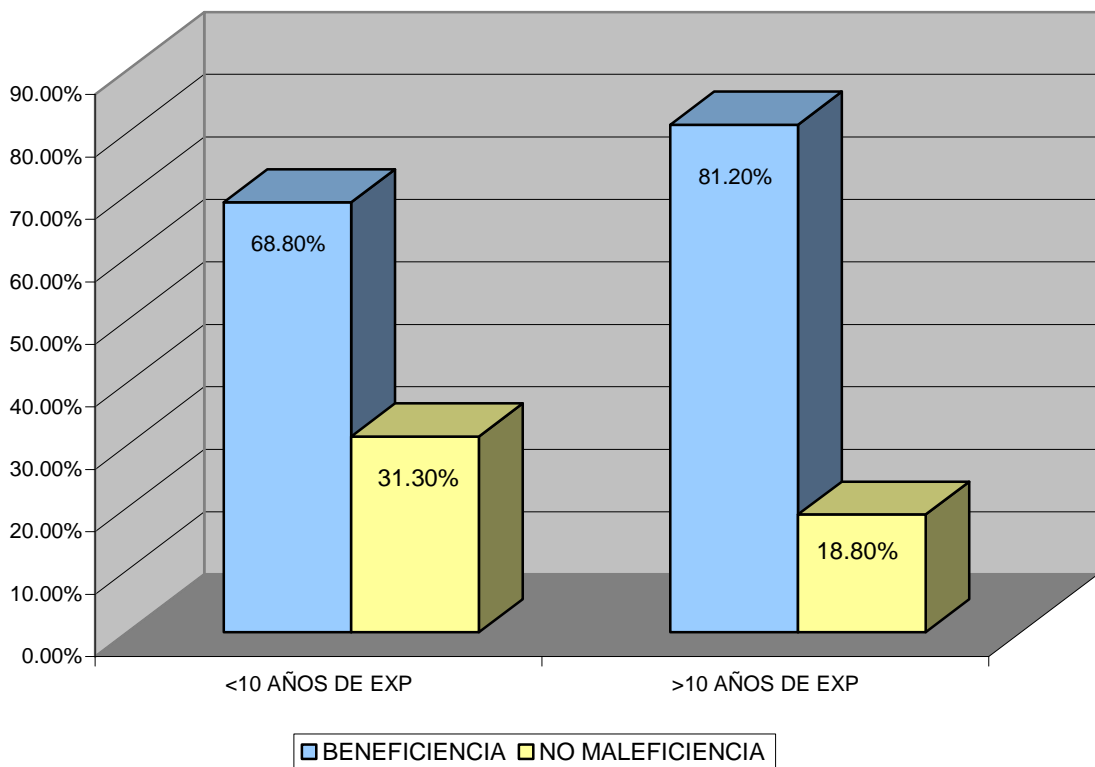
Tabla de contingencia

		experiencia		Total
		1	2	
Criterio ético 1	Recuento	87	86	173
	% experiencia	65,9%	81,1%	72,7%
2	Recuento	45	20	65
	% experiencia	34,1%	18,9%	27,3%
Total	Recuento	132	106	238
	% experiencia	100,0%	100,0%	100,0%

1: Beneficiencia
2: No Maleficiencia

1: Médica
2: Médico-quirúrgica

CRITERIO ETICO



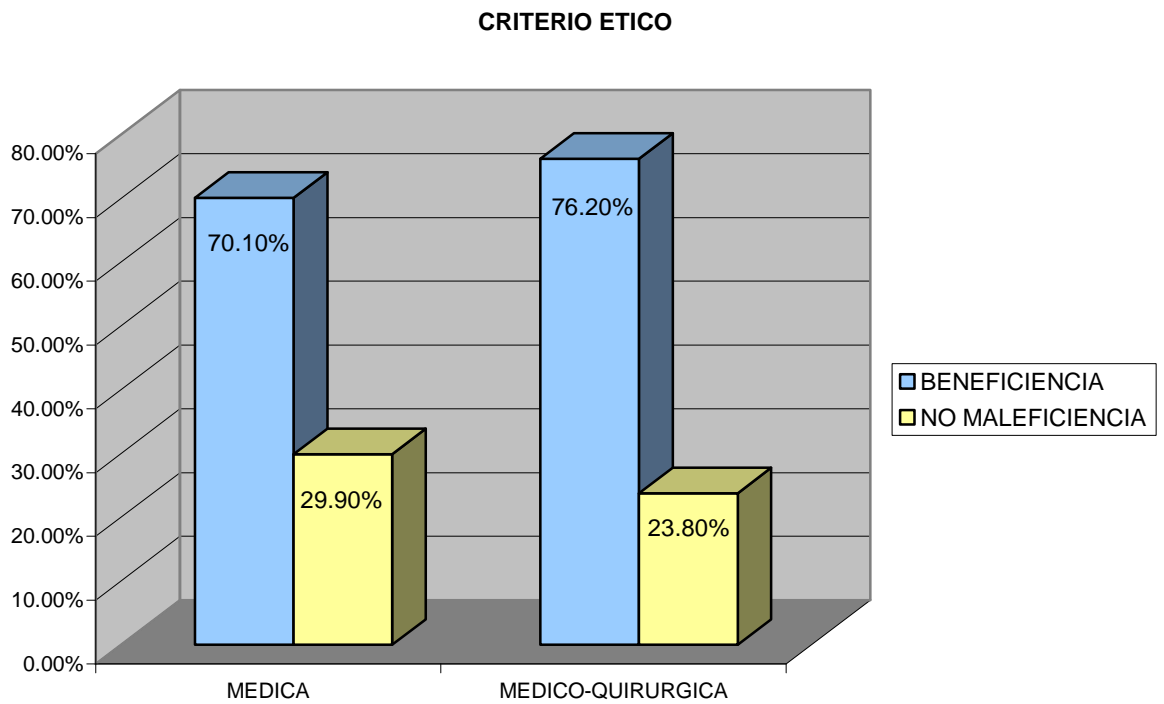
P = 0.02

Tabla de contingencia

		Especialidad		Total	
		1	2		
Criterio ético	1	Recuento	96	77	173
		% Especialidad	70,1%	76,2%	72,7%
	2	Recuento	41	24	65
		% Especialidad	29,9%	23,8%	27,3%
Total		Recuento	137	101	238
		% Especialidad	100,0%	100,0%	100,0%

1: Beneficiencia
2: No Maleficiencia

1: Médica
2: Médico-quirúrgica



P = 0.29

¿Tiene habitualmente problemas éticos en el manejo de opiáceos?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	1	17	6,3	6,6	6,6
	2	240	88,9	93,4	100,0
	Total	257	95,2	100,0	
Perdidos	3	13	4,8		
Total		270	100,0		

- 1: Si
- 2: No
- 3: NS/NC

PROBLEMAS ETICOS EN EL MANEJO DE OPIACEOS

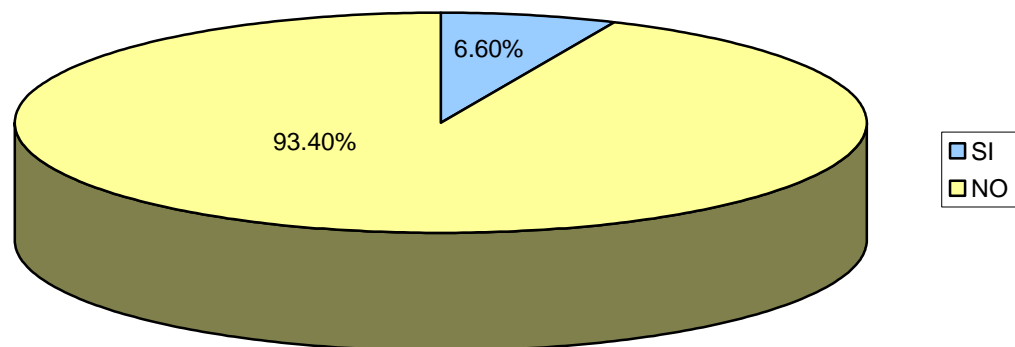


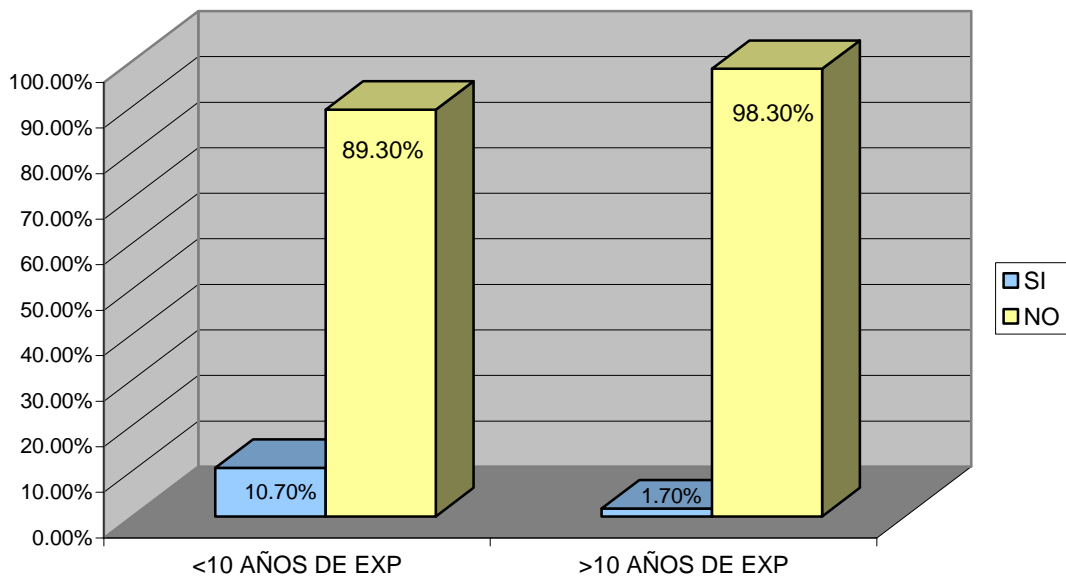
Tabla de contingencia

		experiencia		Total	
		1	2		
Problemas éticos	1	Recuento	15	2	17
		% experiencia	11,7%	1,9%	7,2%
	2	Recuento	113	105	218
		% experiencia	88,3%	98,1%	92,8%
Total		Recuento	128	107	235
		% experiencia	100,0%	100,0%	100,0%

1: Si
2: No

1: <10 años experiencia
2: >10 años experiencia

PROBLEMAS ETICOS EN EL MANEJO DE OPIACEOS



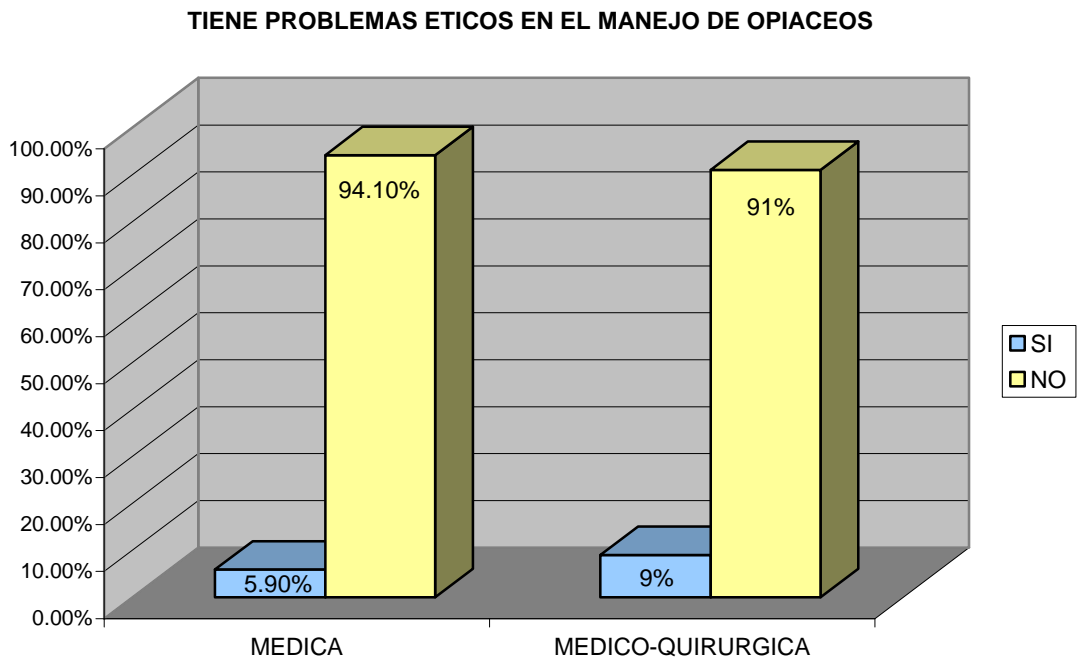
P = 0.004

Tabla de contingencia

		Especialidad		Total	
		1	2		
Problemas éticos	1	Recuento	8	9	17
		% Especialidad	5,9%	9,0%	7,2%
	2	Recuento	127	91	218
		% Especialidad	94,1%	91,0%	92,8%
Total		Recuento	135	100	235
		% Especialidad	100,0%	100,0%	100,0%

1: Si
2: No

1: Médica
2: Médico-quirúrgica



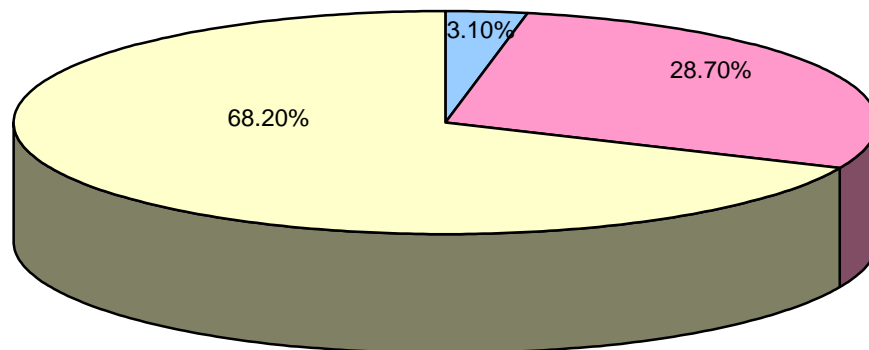
P = 0.36

¿Prescinde o ha prescindido del tratamiento con opiáceos por razones éticas?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	1	8	3,0	3,1	3,1
	2	74	27,4	28,7	31,8
	3	176	65,2	68,2	100,0
	Total	258	95,6	100,0	
Perdidos	4	12	4,4		
Total		270	100,0		

- 1: Con frecuencia
- 2: Con poca frecuencia
- 3: Nunca

HA PRESCINDIDO DEL TRATAMIENTO CON OPIACEOS POR RAZONES ETICAS



■ CON FRECUENCIA ■ CON POCA FRECUENCIA ■ NUNCA

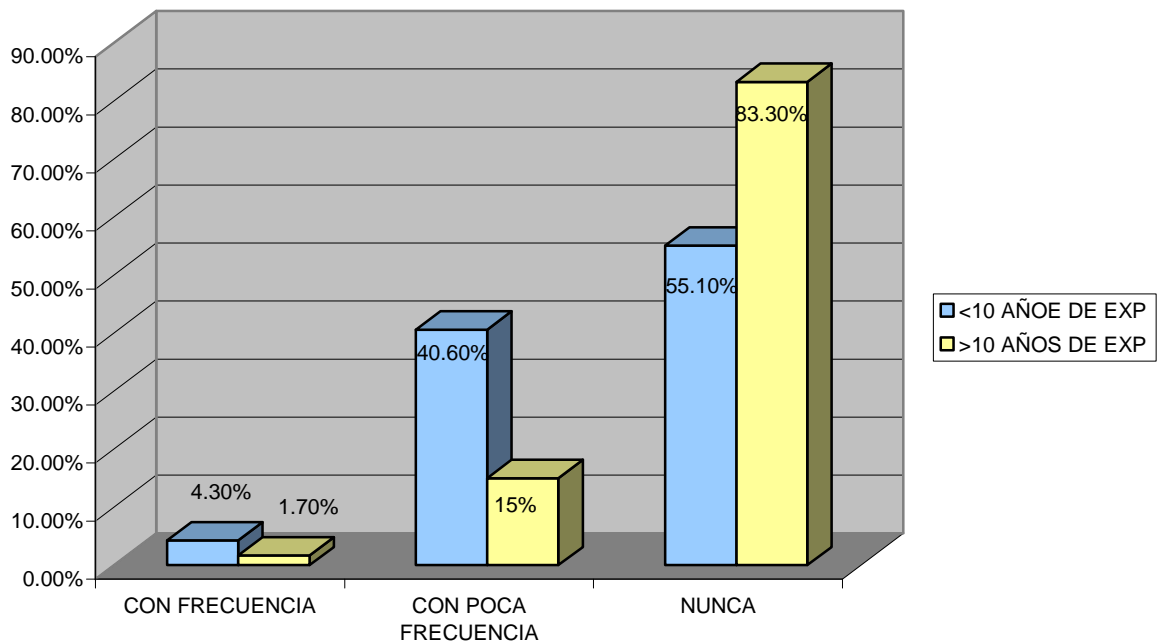
Tabla de contingencia

		experiencia		Total	
		1	2		
Prescinde por razones éticas	1	Recuento	6	2	8
		% experiencia	4,8%	1,8%	3,4%
	2	Recuento	54	15	69
		% experiencia	42,9%	13,8%	29,4%
Total	3	Recuento	66	92	158
		% experiencia	52,4%	84,4%	67,2%
		Recuento	126	109	235
		% experiencia	100,0%	100,0%	100,0%

1: Con frecuencia
 2: Con poca frecuencia
 3: Nunca

1: < 10 años experiencia
 2: >10 años experiencia

HA PRESCINDIDO DEL TRATAMIENTO CON OPIACEOS POR RAZONES ETICAS



P = 0.00

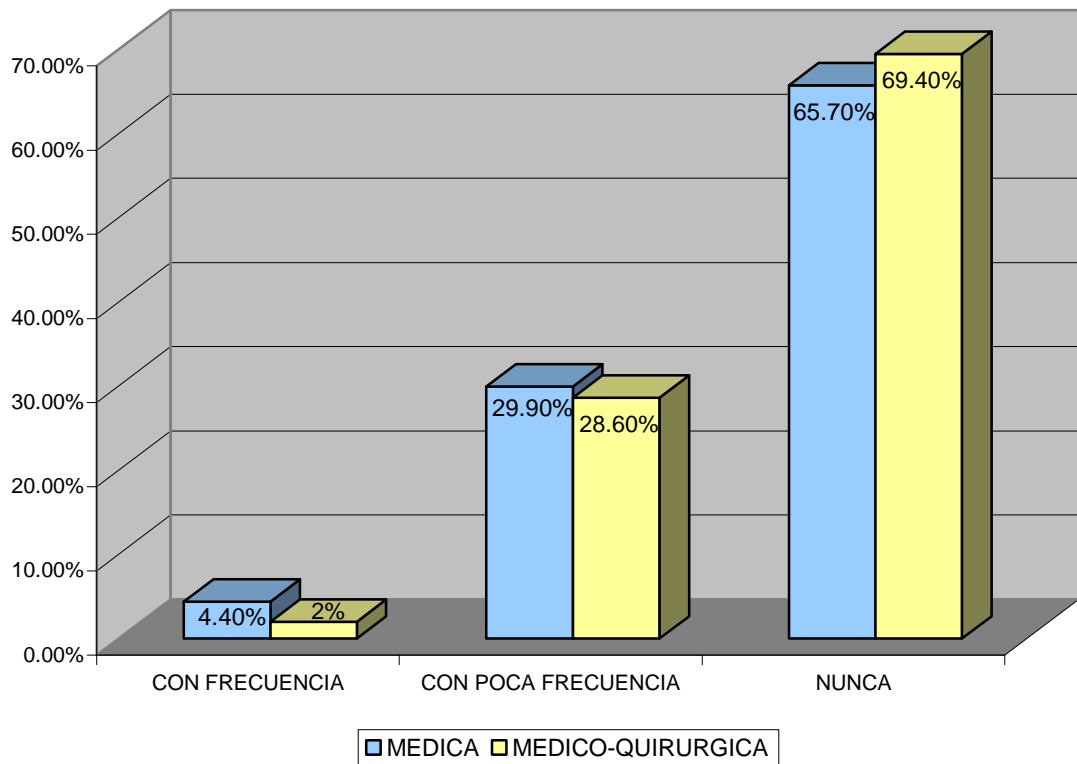
Tabla de contingencia

		Especialidad		Total	
		1	2		
Prescinde por razones éticas	1	Recuento	6	2	8
		% Especialidad	4,4%	2,0%	3,4%
	2	Recuento	41	28	69
		% Especialidad	29,9%	28,6%	29,4%
	3	Recuento	90	68	158
		% Especialidad	65,7%	69,4%	67,2%
Total		Recuento	137	98	235
		% Especialidad	100,0%	100,0%	100,0%

1: Con frecuencia
 2: Con poca frecuencia
 3: Nunca

1: Médica
 2: Médico-quirúrgica

HA PRESCINDIDO DEL TRATAMIENTO CON OPIACEOS POR RAZONES ETICAS



P = 0.58

¿Considera que existen reparos éticos en el uso de opiáceos en su especialidad?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	1	52	19,3	20,6	20,6
	2	200	74,1	79,4	100,0
	Total	252	93,3	100,0	
Perdidos	3	18	6,7		
Total		270	100,0		

- 1: Si
- 2: No
- 3: NS/NC

EXISTEN REPAROS ETICOS EN SU ESPECIALIDAD

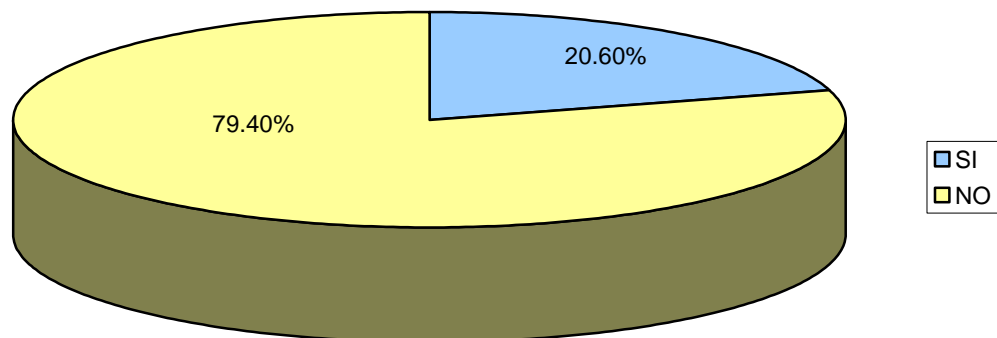


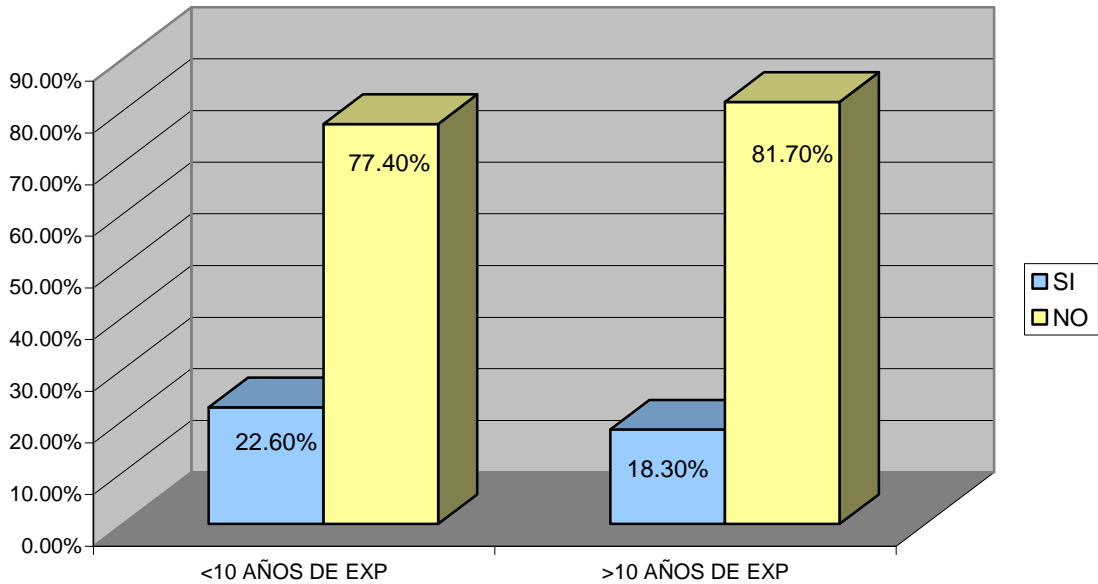
Tabla de contingencia

		experiencia		Total	
		1	2		
Existen reparos éticos	1	Recuento	31	20	51
		% experiencia	24,8%	19,2%	22,3%
	2	Recuento	94	84	178
		% experiencia	75,2%	80,8%	77,7%
Total		Recuento	125	104	229
		% experiencia	100,0%	100,0%	100,0%

1: Si
2: No

1: < 10 años experiencia
2: >10 años experiencia

EXISTEN REPAROS ETICOS EN EL USO DE OPIACEOS EN SU ESPECIALIDAD



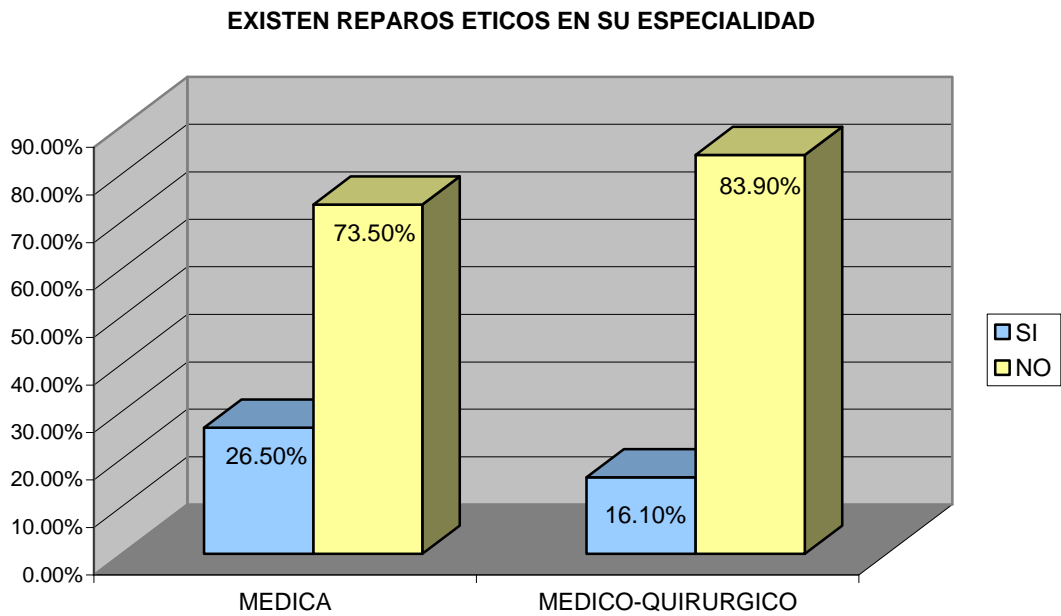
P = 0.39

Tabla de contingencia

		Especialidad		Total	
		1	2		
Existen reparos éticos	1	Recuento	36	15	51
		% Especialidad	26,5%	16,1%	22,3%
	2	Recuento	100	78	178
		% Especialidad	73,5%	83,9%	77,7%
Total		Recuento	136	93	229
		% Especialidad	100,0%	100,0%	100,0%

1: Si
2: No

1: Médica
2: Médico-quirúrgica



P = 0.06

¿Cuál es su principal reparo ético?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	1	46	17,0	35,7	35,7
	2	32	11,9	24,8	60,5
	3	18	6,7	14,0	74,4
	4	33	12,2	25,6	100,0
	Total	129	47,8	100,0	
Perdidos	5	141	52,2		
Total		270	100,0		

- 1: Riesgo para la vida
- 2: Habitación
- 3: Otros
- 4: No tengo
- 5: NS/NC

PRINCIPAL REPARO ETICO

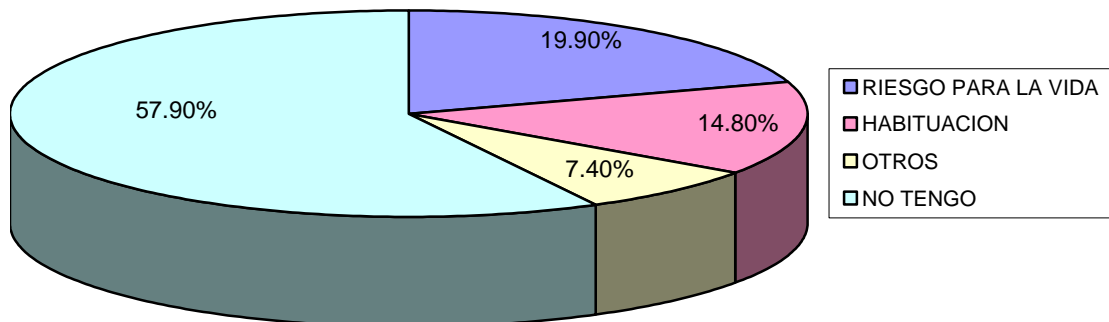


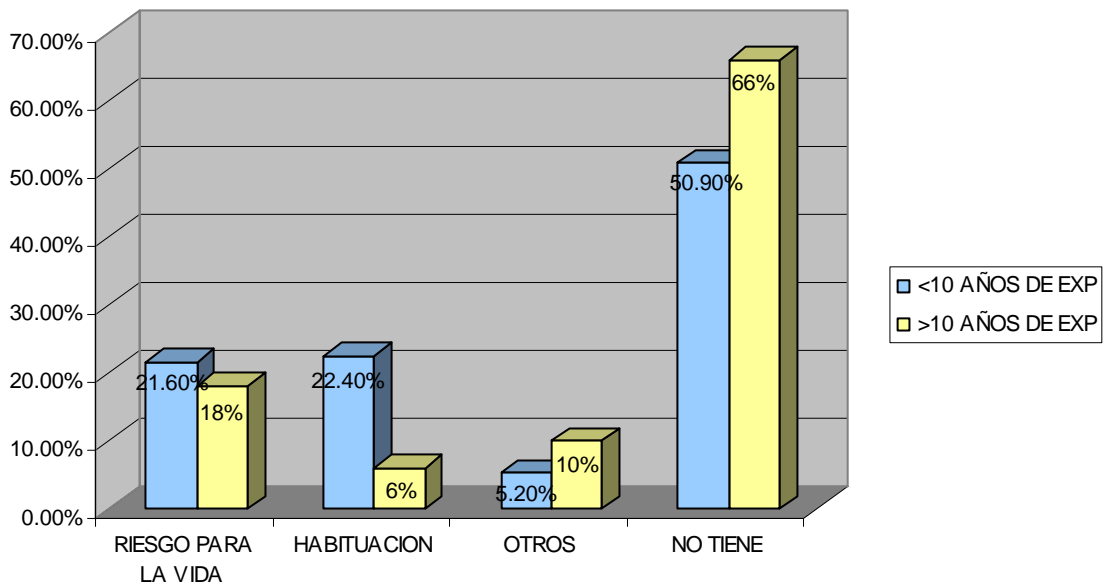
Tabla de contingencia

		experiencia		Total	
		1	3		
Principal reparo ético	1	Recuento	25	18	43
		% experiencia	32,1%	40,9%	35,2%
	2	Recuento	26	6	32
		% experiencia	33,3%	13,6%	26,2%
	3	Recuento	6	10	16
		% experiencia	7,7%	22,7%	13,1%
4	Recuento	21	10	31	
	% experiencia	26,9%	22,7%	25,4%	
Total	Recuento	78	44	122	
	% experiencia	100,0%	100,0%	100,0%	

- 1: Riesgo para la vida
- 2: Habitación
- 3: Otros
- 4: No tengo

- 1: < 10 años experiencia
- 2: > 10 años experiencia

PRINCIPAL REPARO ETICO



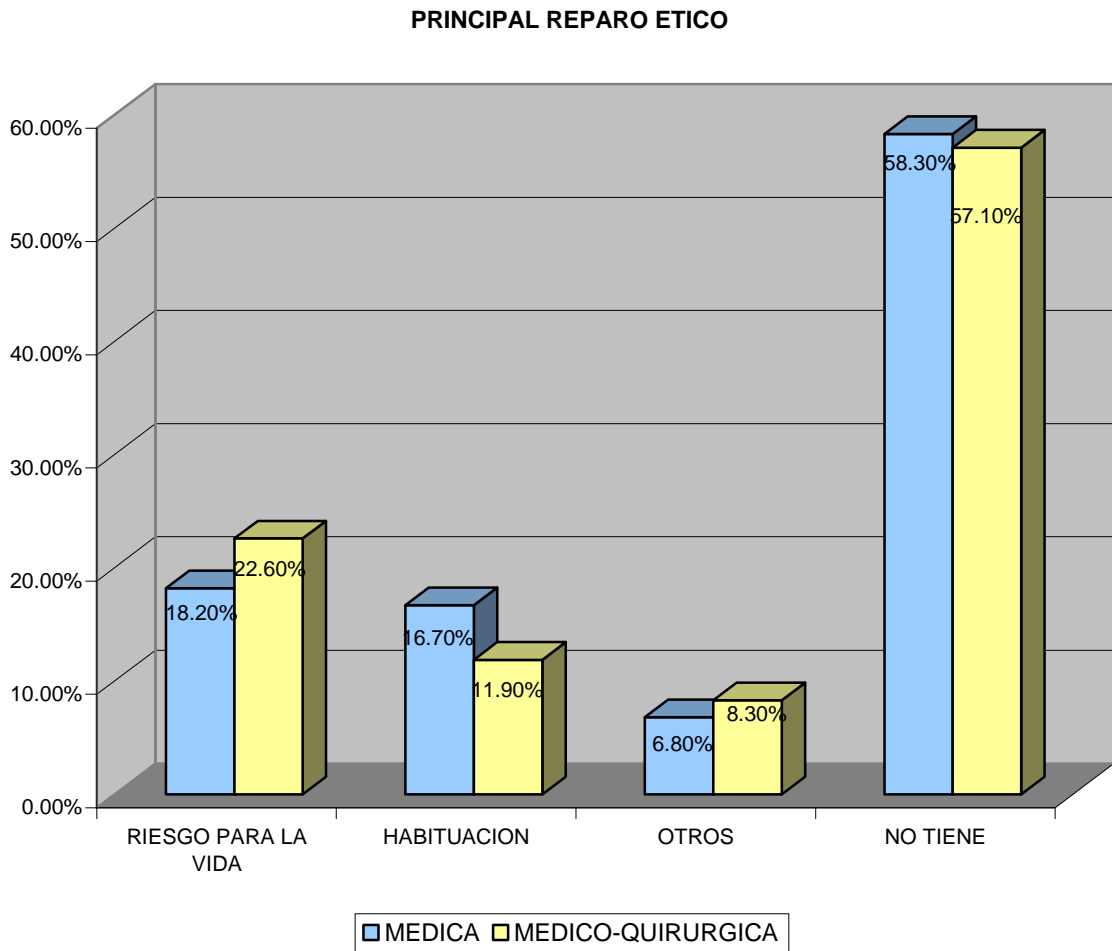
P = 0.00

Tabla de contingencia

		Especialidad		Total	
		1	2		
Principal reparo ético	1	Recuento	24	19	43
		% Especialidad	35,3%	35,2%	35,2%
	2	Recuento	22	10	32
		% Especialidad	32,4%	18,5%	26,2%
	3	Recuento	9	7	16
		% Especialidad	13,2%	13,0%	13,1%
	4	Recuento	13	18	31
		% Especialidad	19,1%	33,3%	25,4%
Total		Recuento	68	54	122
		% Especialidad	100,0%	100,0%	100,0%

- 1: Riesgo para la vida
- 2: Habitación
- 3: Otros
- 4: No tengo

- 1: Médica
- 2: Médico-quirúrgica



P = 0.69

¿Ha utilizado placebos?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	1	29	10,7	10,9	10,9
	2	151	55,9	56,8	67,7
	3	86	31,9	32,3	100,0
	Total	266	98,5	100,0	
Perdidos	4	4	1,5		
Total		270	100,0		

- 1: Con frecuencia
- 2: Con poca frecuencia
- 3: Nunca
- 4: NS/NC

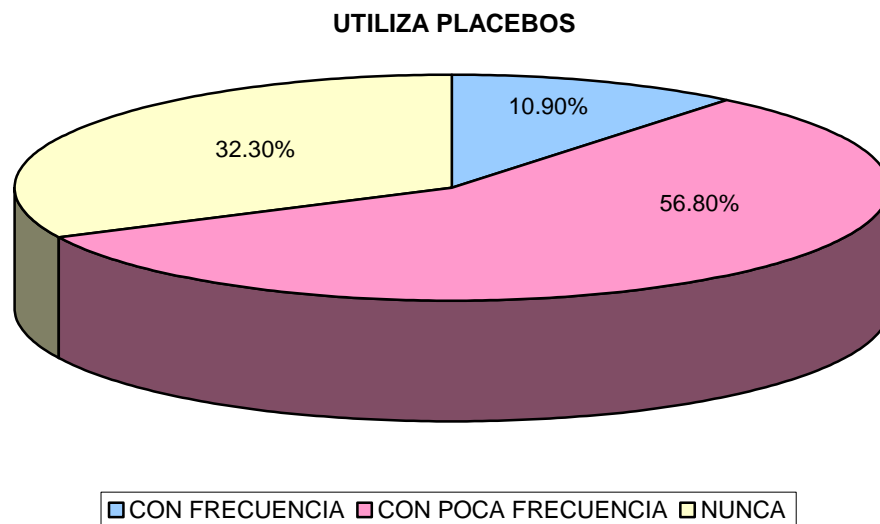


Tabla de contingencia

		experiencia		Total	
		1	2		
Placebos	1	Recuento	11	16	27
		% experiencia	8,2%	14,7%	11,1%
	2	Recuento	74	63	137
		% experiencia	55,2%	57,8%	56,4%
	3	Recuento	49	30	79
		% experiencia	36,6%	27,5%	32,5%
Total	Recuento	134	109	243	
	% experiencia	100,0%	100,0%	100,0%	

1: Con frecuencia

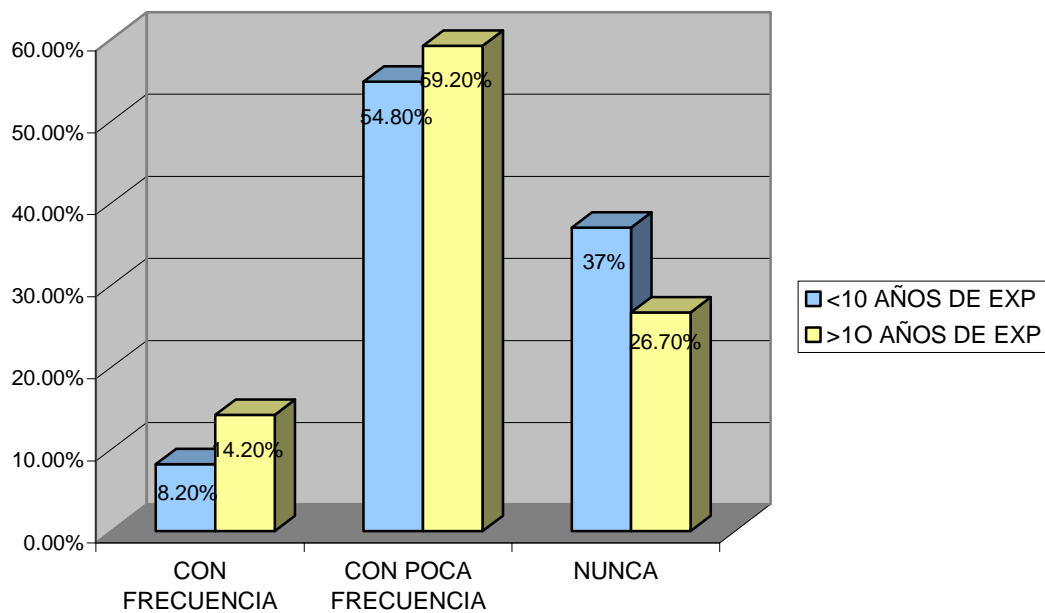
2: Con poca frecuencia

3: Nunca

1: < 10 años experiencia

2: > 10 años experiencia

UTILIZA PLACEBOS



P = 0.10

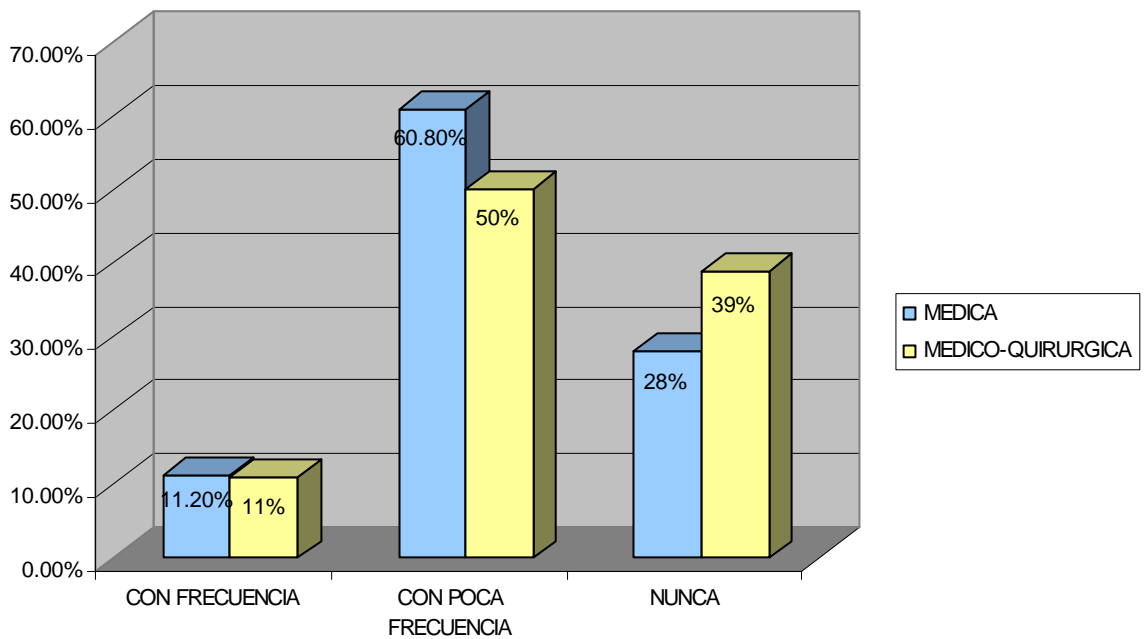
Tabla de contingencia

		Especialidad		Total	
		1	2		
Placebos	1	Recuento	16	11	27
		% Especialidad	11,2%	11,0%	11,1%
	2	Recuento	87	50	137
		% Especialidad	60,8%	50,0%	56,4%
	3	Recuento	40	39	79
		% Especialidad	28,0%	39,0%	32,5%
Total	Recuento	143	100	243	
	% Especialidad	100,0%	100,0%	100,0%	

1: Con frecuencia
 2: Con poca frecuencia
 3: Nunca

1: Médica
 2: Médico-quirúrgica

UTILIZA PLACEBOS



P = 0.18

VI. DISCUSSION

VI. DISCUSION

El control del dolor, especialmente en pacientes con síntomas severos o en situación terminal no siempre es satisfactorio y en este hecho influyen factores de muy diversa índole entre los que podríamos destacar:

- *El conocimiento por parte de los terapeutas de que el paciente efectivamente tiene dolor* lo que exige de los primeros una constante actitud de atención y valoración del síntoma y una disposición de los segundos a manifestarlo sin miedos ni reparos lo que no siempre es así pues los enfermos temen que al reclamar más analgesia puedan ser considerados “malos pacientes”o alarmar a sus familiares porque la enfermedad, especialmente el cáncer, va peor.¹⁰¹
- *La necesidad de que la prescripción terapéutica sea realmente efectiva* lo que no en todos los casos se puede garantizar por muy diversas razones entre ellas la diferente sensibilidad al dolor en función de la edad, razones demográficas o raciales y la existencia de determinadas patologías¹⁰² en lo que atañe a los enfermos pero también, en lo que afecta al personal sanitario, por la indicación de dosis insuficientes de analgésicos o por el uso de placebos
- *La necesidad de que una correcta cumplimentación del tratamiento por parte del enfermo.* En general los pacientes en tratamiento con analgésicos potentes tienden a consumir dosis menores de las prescritas por miedo sobre todo a los efectos secundarios, a la

tolerancia y a la adicción, o por una conciencia equivocada sobre las virtudes o ventajas que conlleva resistir estoicamente el dolor¹⁰³. Generalmente la mala cumplimentación del tratamiento por estas razones se asocia al desconocimiento en muchas ocasiones de esta circunstancia por parte de los cuidadores y prácticamente siempre a una insuficiente comunicación e información al paciente y a su familia sobre las ventajas y los requisitos de una correcta analgesia. No en pocas ocasiones la mala cumplimentación se debe a la existencia de dificultades asistenciales, familiares o personales para llevar a cabo una analgesia correcta, especialmente en el domicilio.

- En un trabajo nuestro anterior sobre el control del dolor en Atención primaria¹⁰⁴ pudimos demostrar que a las dificultades tradicionalmente reconocidas deberían añadirse los reparos éticos que los profesionales sanitarios podrían tener para el manejo de opiáceos.

En nuestro trabajo actual, orientado hacia la asistencia especializada, hemos abordado las dificultades que también allí parecen existir para el correcto control del dolor de los enfermos, centrándonos en aquellas que podrían estar relacionadas con el uso de opiáceos por parte de los profesionales sanitarios, su conocimiento de la sedación y su reflexión ética sobre el dolor y su tratamiento.

Los datos se han obtenido dividiendo la muestra en diferentes grupos, según lo años de experiencia profesional y según el tipo de especialidad, lo que podría determinar un cierto sesgo por predominio o detrimento excesivo de algún subgrupo. Efectivamente comprobamos que, según los años de experiencia, existe un mayor porcentaje de encuestados que tienen menos de 10 años de experiencia, mientras que según el tipo de especialidad hay mayor porcentaje de especialidades médicas, pero *en ningún caso se obtienen diferencias estadísticamente significativas, que puedan sesgar el análisis de los datos por grupos.*

Comenzamos nuestros comentarios afirmando que una sedación correcta necesita ante todo *el conocimiento por parte de los terapeutas de que el paciente efectivamente tiene dolor y que la prescripción terapéutica sea realmente efectiva.* Esto exige una educación sanitaria que garantice los conocimientos teóricos y la destreza necesaria y suficiente para el tratamiento del dolor como síntoma clave y decisivo en nuestro quehacer profesional. La valoración del conocimiento la hemos analizado en términos subjetivos y objetivos y separando grupos por años de experiencia y/o especialidad. De las respuestas obtenidas podemos extraer las siguientes consideraciones:

Información recibida

Las especialidades médicas han recibido información o formación sobre el manejo terapéutico del dolor total en mayor proporción que las médico-quirúrgicas con diferencias estadísticamente significativas. No nos constan

datos que expliquen esta circunstancia aunque pensamos puede ser debido al mayor interés de las especialidades médicas por el tema ya que asisten con mayor frecuencia a pacientes con dolor total. El dolor no es un tema común en los cursos de Formación Continuada de nuestra área sanitaria y menos aún los relacionados con sus aspectos éticos. Considerando que suelen ser los médicos jóvenes y especialistas en formación los que mayoritariamente acuden a estos cursos estimamos necesario aumentar la oferta de Formación Continuada en esta disciplina.

Valoración del conocimiento sobre el uso de opiáceos

Los facultativos encuestados afirman en su mayoría que los médicos en general, no tienen conocimientos adecuados sobre el manejo terapéutico del dolor total.

La mayoría de los encuestados consideran que el dolor total aparece con mucha frecuencia o con frecuencia en los pacientes en situación terminal o con cáncer avanzado, cosa que realmente ocurre¹⁰⁵. Sin embargo, hay una infravaloración del dolor neuropático, y una sobrevaloración del dolor osteomuscular. Esta infravaloración del dolor neuropático contrasta con el creciente y ya prácticamente mayoritario uso de fármacos analgésicos que precisamente tienen esta indicación (Gabapentina).¹⁰⁶ Una información reciente del Stanford Prevention Research Center advierte que el mayor porcentaje de recetas de principios activos para una indicación no autorizada

corresponde a la Gabapentina.¹⁰⁷ En cuanto al dolor osteomuscular creemos que su supervaloración obedece a su alta incidencia y compleja fisiopatología pues abarca tanto a pacientes con evidentes lesiones orgánicas como a otros en los que sólo se puede demostrar la existencia de un trastorno depresivo.

Valoración del dolor

Un 76% afirma conocer algún método para la valoración del síntoma dolor, pero solo un 36.3% lo usa habitualmente. No hay diferencias en este punto entre las especialidades médicas y las médico-quirúrgicas, aunque el porcentaje es algo mayor en las médicas; esto podría deberse a que hay más médicos encuestados con menos de 10 años de experiencia en el grupo de las especialidades médicas y son éstos los que parecen tener mayor conocimiento pues los médicos con menos de 10 años de experiencia profesional, según nuestro trabajo, conocen algún método para la valoración del síntoma dolor en mayor proporción que los que tienen más de 10 años de experiencia, con $p = 0.07$ (tiende a la significación), al igual que conocen la escalera analgésica de la OMS en mayor proporción ($p = 0.00$). Resumiendo; alrededor de un 40% de los especialistas conoce algún método para la valoración del dolor pero generalmente no lo usa.

Si en otras patologías o con otros síntomas se hace previamente un diagnóstico o una valoración, ¿por qué no con el dolor?. Difícilmente puede aplicarse un tratamiento adecuado si antes no se ha hecho un diagnóstico

correcto. Existen métodos para su valoración y cuantificación y, a mayor abundamiento, un alto porcentaje de los encuestados (76%) afirma conocerlos. Según estos resultados el escaso uso de los métodos de valoración del dolor no debe ser por desconocimiento. Si es así, lo que podría “eximir” a los profesionales por ignorancia – en el caso utópico de que la ignorancia fuera aquí un eximente - los implica en la calidad y en último término en la especificación de los objetivos asistenciales y el criterio del “beneficio del paciente” sobre el que se establecen.

El problema deberemos pues enfocarlo desde una perspectiva más profunda de conceptos y sentimientos. Cuando la actuación clínica se ejerce prioritariamente desde guías y protocolos consensuados puede suceder lo que avisan Rubiales y Flores: “Puedo investigar las cosas materiales desde el punto de vista operativo...pero no comprenderé a una persona tratándola de este modo”¹⁰⁸

Indicaciones y criterios terapéuticos del uso de opiáceos

En el criterio de los profesionales encuestados en nuestro trabajo aparentemente está infravalorado el síntoma dolor de los pacientes en situación terminal; sólo el 8 % de los encuestados estima esta indicación como prioritaria para la analgesia mayor; sin embargo el síntoma dolor en estos pacientes es muy frecuente; en nuestro país la sedación se establece entre el 20 y el 25 % de los pacientes en situación terminal pero con amplias

diferencias lo que puede y debe entenderse como diferentes interpretaciones de una misma necesidad¹⁰⁹. Nuestros profesionales, mayoritariamente, sólo considerarían el uso de opiáceos en pacientes en situación terminal en los casos de dolor rebelde a otras terapias o cuando lo establezca el protocolo, lo que nos llevaría de nuevo a la consideración del apartado anterior relacionado con la valoración del síntoma. Sin embargo este resultado puede deberse a una simple razón técnica ya que al tratarse de una pregunta con una sola opción de respuesta la mayoría ha considerado dolor rebelde a otro tipo de tratamiento; pero esto no quiere decir que descarte las otras opciones. A la vista de ello, pensamos que es difícil extraer conclusiones definitivas de esta respuesta.

Casi un 50 % de médicos estiman que el dolor rebelde es la indicación prioritaria para el uso de opiáceos. Al analizarlo por grupos, tanto los que tienen menos de 10 años de experiencia como las especialidades médicas consideran como criterio terapéutico principal el dolor rebelde a otro tipo de tratamiento; mientras que los que tienen mayor experiencia, consideran en proporciones similares el dolor rebelde a otro tipo de tratamiento y el criterio de protocolo. Por su parte las especialidades médico-quirúrgicas estiman que los protocolos son el principal criterio terapéutico. Hay que destacar, como ya se ha señalado, que entre los encuestados con especialidades médicas hay mayor porcentaje con menos de 10 años de experiencia, que, además de tener un aparente mayor conocimiento objetivo del uso de opiáceos,

consideran al dolor rebelde a otro tipo de tratamiento como principal criterio terapéutico.

En resumen creemos que nuestros profesionales no realizan de manera habitual una correcta valoración del síntoma dolor lo que influye a la hora de establecer las decisiones y los criterios del tratamiento. El dolor terminal está infravalorado con respecto al dolor rebelde y a las indicaciones de los protocolos. Si consideramos que toda terapéutica debe fundamentarse en la correcta valoración previa del problema a tratar, en el caso del dolor la bondad de su tratamiento pasa por un ejercicio correcto del pensamiento tanto en los aspectos técnicos como en los emocionales y si el síntoma dolor no ha sido bien valorado a pesar de disponerse de recursos idóneos para este fin habrá que considerar al menos la posibilidad de un problema de sensibilización o motivación o a razones más profundas en relación con los criterios de la decisión. La pregunta ahora es ¿somos conscientes de la importancia que el síntoma dolor puede llegar a tener para un paciente, más allá de nuestros criterios técnicos de expertos? ¿Qué elementos objetivos y subjetivos, propios y del paciente, solemos tener en cuenta al establecer dichos criterios? ¿Obramos de una manera coherente, somos fieles a los fines últimos de nuestra profesión?

Uso de los recursos analgésicos

La mayoría de los encuestados (87.4%) reconoce que usa con mucha frecuencia la analgesia farmacológica; la terapia física, los cuidados y los

procedimientos intervencionistas son usados en proporciones muy inferiores. Se observa que las especialidades médico-quirúrgicas emplean las terapias intervencionistas en mayor proporción, con diferencia estadísticamente significativa. Quizás puede deberse a que las especialidades médicas que indican una intervención no consideran que estén empleando la opción intervencionista al no ser su especialidad la que realiza la intervención.

Destaca la escasa confianza de los especialistas en los cuidados y sus efectos terapéuticos sobre el dolor. Se podría atribuir este hecho a unas condiciones laborales comunes de recursos humanos limitados, a la falta de tiempo, a un ejercicio profesional poco habituado a la medicina paliativa y al acompañamiento y más dispuesto al uso de fármacos y a las actuaciones curativa o incluso al burnout.¹¹⁰

Como resumen final de nuestros comentarios sobre la valoración del conocimiento (subjetivo y objetivo), de los profesionales, del síntoma dolor y de su abordaje destacaríamos:

- El conocimiento del síntoma dolor por parte de los médicos especialistas, en general es adecuado. Saben apreciar la importancia del dolor rebelde, conocen las escalas de valoración del dolor, la escalera analgésica de la OMS y las unidades de cuidados paliativos.

- El análisis objetivo detecta importantes lagunas en relación con:
 - La importancia del síntoma dolor en los pacientes en situación terminal
 - El uso habitual de las escalas de valoración del dolor
 - El valor de los cuidados en la asistencia a los pacientes al final de la vida

- Del análisis de estos resultados podría desprenderse que en la terapia analgésica agresiva, nuestros especialistas parecen ser más sensibles a sus criterios técnicos y las indicaciones de las guías y protocolos que a las necesidades totales de los pacientes no siempre bien percibidas.

De ser esto así deberíamos reflexionar sobre los fines últimos de nuestra praxis así como sobre la idoneidad y el peso real que tiene el discernimiento ético en nuestro ejercicio profesional.

Valoración ética

La mala comunicación médica con enfermos y familiares y determinados reparos éticos han sido señalados al principio de nuestras consideraciones como posibles barreras estructurales que dificultan el correcto tratamiento del dolor. Ambos tienen relación con el grado de conocimiento ético y los hábitos de nuestros profesionales. La mayor parte de los médicos encuestados no han estudiado bioética ya que sólo en los últimos años han comenzado a incorporar esta disciplina en las facultades de Medicina. Tampoco recibieron

ningún tipo de educación en materias de relaciones humanas, comunicación y trato con los pacientes y familiares. El abordaje de la verdad, cómo dar las malas noticias, el deber de confidencialidad, el ejercicio de la empatía.....son realidades tradicionalmente reconocidas a los profesionales sanitarios pero sobre las que no suelen recibir más formación que las que les va aportando la experiencia. Sin embargo la bioética constituye una rama del conocimiento con su cuerpo de teoría claramente consolidado que realiza la misión principal de abrir los ojos de los profesionales a los valores personales que pueden entrar en conflicto en la común práctica asistencial y ayudarles a obrar técnica y moralmente bien y además un lado práctico que, en el caso de la ética clínica, incluye diferentes métodos para el juicio y la decisión ética en la práctica asistencial y aplicaciones concretas de cada vez mayor difusión como son el consentimiento informado y las voluntades anticipadas.

El grado de madurez ética de un médico reside en su bagaje mayor o menor de conocimientos teóricos y en su capacidad para resolver conflictos (bioética aplicada) pero la ética ha sido definida también como el arte de hacernos preguntas, de cuestionarnos moralmente todas y cada una de nuestras acciones. Según esto debemos analizar los resultados de nuestro trabajo considerando la información que se nos revela no solo sobre los aspectos particulares de la bioética aplicada a la sedación y el manejo de opiáceos sino también si estas conductas son el reflejo de unos conocimientos teóricos más o menos suficientes y, lo que creemos más importante, si la

reflexión ética es un hábito natural y cotidiano de nuestros médicos, si consideran como algo propio de su quehacer profesional, hacerse preguntas sobre la bondad o la maldad de sus intervenciones.

Criterios éticos de referencia para el uso de opiáceos

Cuando se pregunta sobre los criterios éticos para la sedación, el 74.30% de los especialistas consultados considera el criterio de beneficencia como el más importante en el manejo de opiáceos y para un 25 % el principal determinante sería el Principio de No Maleficencia. Se extrae de lo anterior la consecuencia inmediata de que el principal criterio para la sedación para la mayor parte de los especialistas encuestados es conseguir ante todo el bien del enfermo.

Ya señalábamos en un apartado anterior de nuestro trabajo que los médicos tenemos la obligación de aliviar el dolor de los enfermos conforme a la carta de Derechos de los pacientes y los Fines de la Medicina propuestos por el Hasting Center. Teniendo en cuenta que el principal objetivo asistencial por el que deben establecerse las Indicaciones Médicas¹¹¹ es obtener el bien del paciente minimizando el daño potencial y el riesgo de sus intervenciones, debemos reconocer que, según nuestra encuesta, los criterios éticos de nuestros especialistas para el tratamiento del dolor parecen ser los correctos; pero creemos oportuna alguna matización.

La mayoría de los especialistas consultados priorizan el deber de beneficencia sobre el de maleficencia lo cual no debería ser así en el fondo ni en la forma. En el fondo porque, como ya indicábamos en las consideraciones éticas generales al exponer el tema de los cuatro principios, existen entre ellos diferencias sustanciales que permiten jerarquizarlos. Los deberes de no hacer daño y ser justos obligan en todas las circunstancias por encima del deber de respeto y de beneficencia pues estos últimos están sujetos a una dimensión subjetiva y personal mientras que los otros son deberes universales y objetivos. En la forma porque la priorización del deber de no hacer daño sobre el de beneficencia constituye un paso esencial a la hora de abordar los conflictos éticos que pudieran plantearse en la práctica asistencial, una premisa prácticamente general de los Comités y de los profesionales que se plantean conflictos éticos. Invertir la priorización se puede interpretar, y así lo consideramos, como un signo de escasa o desacostumbrada reflexión ética.

Hay una segunda consideración que creemos de importancia aquí considerar. Según Pellegrino y Tomashma¹¹² los principios de Beneficencia y No Maleficencia exigen en común que el facultativo primeramente evalúe los beneficios potenciales de la intervención propuesta en función de los daños que entrañan y después que efectúe una recomendación al paciente; pero ha de tener en cuenta que la voluntad del paciente en la terapia analgésica ha de ser considerada siempre y de una manera especial en la sedación terminal y

en los casos en los que se comprometa el nivel de conciencia del enfermo y su posterior capacidad de decisión¹¹³.

El deber de respeto y la Ley de Autonomía¹¹⁴ nos obligan a preguntarle al enfermo sobre sus preferencias a ser sometido o no al tratamiento si está consciente y en cualquier caso, a informarnos sobre la existencia o no de voluntades anticipadas en el registro correspondiente¹¹⁵.

Las responsabilidades éticas de los médicos están pues estrechamente vinculadas a su capacidad de cumplir sus objetivos *en conjunción con las preferencias del enfermo* según sus perspectivas vitales y esto puede ser, como de hecho sucede en la práctica, una fuente de conflictos cuando los criterios del médico y del paciente sobre el bien posible a conseguir o el mal a evitar no sean coincidentes. Al no haber sido formulada ninguna pregunta que de una manera directa pudiera relacionarse con el principio de autonomía no avanzamos más nuestras consideraciones en este punto aunque los resultados generales (relativamente pocos reparos éticos y predominio de la Beneficiencia) nos hacen considerar que en el manejo de opiáceos los deseos de los pacientes muy pocas veces son causa de conflictos éticos o se consideran de un menor rango ético. En el apartado “otro” de la pregunta principal criterio ético, se podría haber reflejado el principio de autonomía, lo que ha ocurrido solo en dos ocasiones, en las que el encuestado expresó por

escrito que para elegir su principal criterio ético para el manejo de opiáceos tendría que individualizar cada caso.

Valoración ética del uso de placebos

A destacar que casi un 70 % de los médicos encuestados reconoce que ha usado placebos en alguna ocasión para el tratamiento del dolor. Los placebos se suelen utilizar alegando su eficacia en casos especiales de adicción o en pacientes que no soportan un bajo nivel de dolor. En un planteamiento ético simple y muy primario, si los médicos reconocen que su deber es ante todo el bien del enfermo, el uso del placebo sólo estaría justificado en la base del convencimiento de su utilidad terapéutica lo que, de entrada, es cuanto menos cuestionable. Se acepta que hasta un 35% de los placebos alivian parcialmente el dolor pero ¿es suficiente este efecto cuando el paciente insiste en sus quejas a pesar del tratamiento?

Algunos profesionales utilizarían el placebo como alternativa a los opiáceos a fin de evitar una posible adicción. Visto así parecen estimar como mal menor el uso del placebo aunque sea dudosa su eficacia frente el riesgo de la adicción ¿Es esta actitud éticamente razonable?. El uso de placebos siempre resulta de un dudoso valor ético. Los placebos son efectivos en muy pocos pacientes y por un periodo corto de tiempo y no deben usarse en el manejo del dolor por cáncer¹¹⁶ Sólo deberán prescribirse en estudios controlados y con el consentimiento del enfermo.¹¹⁷

Hay que recordar que el dolor es subjetivo y si el paciente dice que le duele es que le duele; por lo tanto, si nuestro criterio principal para la sedación es obtener el bien del paciente, nuestra primera obligación es tratarle su dolor. La administración alternativa de un placebo es un síntoma de ignorancia o irreflexión; no tiene justificación moral e incluso debería ser estimada como maleficiente. Si la ley suprema de la medicina es "no dañar", no se podrá privar al paciente de fármacos eficaces para el tratamiento de su patología¹¹⁸.

Principales reparos éticos en el uso de opiáceos

En nuestras particulares consideraciones hemos apuntado algunas barreras que obstaculizan el correcto tratamiento del dolor de nuestros enfermos: problemas de información, creencias equivocadas, miedos, dudas, insuficiente valoración del dolor y también la existencia de reparos éticos...Para Schumacher y colaboradores¹¹⁹ las principales dificultades para el control del dolor en pacientes con cáncer estarían relacionadas fundamentalmente con los obstáculos que pueden encontrarse enfermos y familiares para obtener la medicación prescrita, el acceso a la información sobre el uso correcto de los fármacos, *las dificultades para llevar a cabo un tratamiento personalizado*, el control de los efectos secundarios de la medicación, la comprensión y asimilación de la información recibida, el manejo del dolor "de novo" o del dolor resistente al tratamiento habitual y las dificultades para el control de diversos síntomas al mismo tiempo. Entre ellas destaca, por su peso moral y

al hilo conductor de nuestras consideraciones, las dificultades para llevar a cabo un tratamiento personalizado, esto es correcto y eficaz a satisfacción del médico y del enfermo y que dé la debida respuesta tanto a los deseos de este como los reparos morales que podrían tener los médicos a la hora de indicar una sedación agresiva o terminal.

Más del 90 % de los médicos encuestados afirma no tener reparos éticos a la hora de administrar opiáceos; sin embargo cuando se les pregunta si han prescindido del tratamiento con opiáceos por razones éticas hasta un 30 % reconoce haberlo hecho y, al ser interrogados sobre sus principales reparos éticos, la proporción de los que reconocen no tener reparos disminuye hasta el 58 %. Hasta un 35% reconoce tener objeciones relacionadas con la No maleficencia y hasta el 42% de los profesionales más jóvenes apunta algún reparo ético cuando antes, en una pregunta general y sin más opciones de respuesta que el sí o el no, más del 80 % de los médicos más jóvenes manifestaban no tener ningún reparo ético en el manejo de los opiáceos

La principal razón moral que alegaron nuestros médicos para prescindir del tratamiento con opiáceos fue el riesgo que suponían para la vida del paciente y en menor medida el riesgo de habituación y aún menos otras posibilidades entre las que podrían haber sido considerados (aunque no se preguntaba por ellas específicamente) los deseos del paciente. En todo caso esta sería una razón menor en nuestro trabajo en el que como ya hemos

comentado lo más destacable es que un tanto por ciento importante de los especialistas encuestados piensa que no tienen reparos éticos para el manejo de opiáceos. Podría ser que el uso habitual de guías y protocolos obviase a sus ojos la preocupación por un tratamiento personalizado, lo que en ningún caso sería correcto; o que en realidad se plantean y resuelven a satisfacción la mayor parte de los conflictos existentes o – esto sería lo más grave- que no llegasen a plantearse esos conflictos salvo en un pequeño número de ocasiones.

A la luz de estos resultados aflora una aparente paradoja. De entrada los médicos afirman no tener reparos éticos pero a medida que se profundiza en las cuestiones va aflorando la verdadera conciencia de los facultativos y surgen reparos éticos a priori negados (hasta un 4% de los especialistas médicos prescinden de los opiáceos con frecuencia por esta razón y hasta un 30 % con poca frecuencia) por lo que la primera afirmación más parece fruto de la autoconfianza cuasi instintiva del médico en sus principios o de una insuficiente o apresurada valoración de la pregunta o de un hábito profesional poco reflexivo. Y esto no sucede solo en nuestro ámbito. En un trabajo de Emanuell E.J sobre actitudes profesionales en el final de la vida¹²⁰, la mayoría de los cuidadores de pacientes en situación terminal entrevistados consideraban que sus pacientes “habían muerto en paz”. Sin embargo los resultados de otras investigaciones, concretamente los estudios SUPPORT¹²¹ (*The Study to Understand Prognoses and Preferences for Outcomes and*

Risks of Treatments) y HELP¹²² basados en entrevistas realizadas a miles de familiares fallecidos durante o tras su estancia en el hospital, revelan unos resultados mucho más desazonadores: concretamente reconocían que más el 73% de los pacientes soportaban con dificultad sus síntomas somáticos y el 62 % los emocionales. Muchos de los pacientes fueron tratados agresivamente a pesar de que habían manifestado sus preferencias por objetivos de bienestar en los cuidados al final de la vida. Los profesionales no se cuestionaban la bondad de sus actuaciones o las estimaban como buenas cuando la realidad era que desconocían el grado de sufrimiento de los enfermos y no aplicaban correctamente las medidas terapéuticas.

En un tratamiento personalizado al enfermo en primer lugar y a nosotros los médicos por supuesto lo que nos interesa por encima de todo es que nuestra prescripción consiga un control efectivo de su dolor y para ello disponemos de guías de calidad reconocida que orientan nuestra conducta. Bajo el punto de vista objetivo no deberían existir problemas para una eficaz sedación. Sí los hay, legales¹²³ e incluso éticos como demuestra nuestro trabajo. Estas dificultades habría que añadirlas a las ya previamente citadas y a otras reconocidas en el manejo de sustancias opioides¹²⁴. Su mejor conocimiento tal vez nos podría ayudar a entender la razón de nuestros resultados.

Bajo el punto de vista moral cualquier acto, también la indicación médica, puede ser bueno, malo o indiferente. Nuestros objetivos asistenciales deben ir dirigidos a potenciar la bondad y a evitar la maldad pero esto exige por nuestra parte una conciencia moral lúcida y atenta lo que no siempre suele suceder. De hecho y estos resultados son una muestra de ello, la mayor parte de las veces no nos cuestionamos moralmente nuestras indicaciones porque nos quedamos en un análisis estrictamente fenomenológico del dolor y no percibimos la dimensión real del sufrimiento del enfermo bien por falta de información o porque estimamos nuestro quehacer como un ejercicio meramente técnico y en tal sentido moralmente indiferente. Sólo en algunos pocos casos, por razones no especificadas pero que los médicos encuestados relacionan con el principio de No Maleficencia (riesgo para la vida del paciente) se nos enciende la alerta y nos damos cuenta de que la indicación médica conlleva un posible conflicto ético con diferentes alternativas de respuesta. El análisis en detalle de la encuesta aporta datos que parecen confirmar una cierta dificultad de reflexión ética en nuestros profesionales.

También se detecta en estas contestaciones una cierta confusión en los términos bioéticos más elementales, una pobre formación ética. Alrededor de un 44% de los médicos con menos de 10 años de experiencia reconoce tener reparos considerando el riesgo de un posible daño cuando antes la gran mayoría (75 %) había afirmado, en una pregunta de mero fundamento moral, que su principal argumento moral en el manejo de opiáceos es el principio de

beneficiencia, incluso sobre el de No Maleficencia. Igual sucede con los de mayor experiencia profesional en cuyo grupo un 24% tiene reparos de no maleficencia cuando solo el 18.8% había considerado este criterio como el principal.

En el análisis por especialidades ocurre algo parecido. Alrededor de un 35% en las especialidades médicas y en las médico-quirúrgicas acusan el reparo de la no maleficencia cuando menos del 25 % habían considerado antes ese criterio como decisivo en sus indicaciones para el tratamiento del dolor. Todo ellos nos lleva a sospechar que, a la hora de tratar al paciente con dolor, nuestros profesionales suelen guiarse casi exclusivamente por criterios técnicos de indicaciones contrastadas y fármacos eficaces sin plantearse al menos a priori, la posibilidad de algún conflicto ético. Esto parece estar relacionado con una insuficiente formación y sensibilización éticas.

Frente al 93 % de los médicos que afirman no tener reparos éticos, solo un 79.4% considera que no existen reparos éticos en su especialidad, escasa pero clara divergencia que en nuestra opinión señala una conciencia ética más individual que profesional o social pues si los datos a contrastar hicieran referencia a aspectos más técnicos de diagnóstico o de tratamiento, probablemente la discrepancia sería menor o no existiría. Es de destacar que, salvo aisladas excepciones, la consideración de los aspectos éticos en las Guías de tratamiento es algo excepcional. Por eso la presencia de un

apartado dedicado a la ética en la Guía de Cuidados Paliativos Domicilarios y en la Guía de Sedación de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía es reconfortante y digna de todo reconocimiento así común ejemplo a ampliar a otras actuaciones clínicas.

Los médicos con menos de 10 años de experiencia profesional afirman tener problemas éticos en mayor proporción que los de mayor experiencia y su respuesta parece ser estadísticamente significativa. De igual forma los médicos de menor experiencia han prescindido del tratamiento con opiáceos por razones éticas en mayor proporción que los de mayor experiencia, con diferencias estadísticamente muy significativas ($p < 0.001$). Esto puede ser debido, a nuestro modo de entender, a que los años de ejercicio profesional proporcionan un sentimiento de seguridad a la hora de las indicaciones y a toda la labor médica que se antepone y mediatiza -“*Siempre lo hemos hecho así*” - a los posibles problemas éticos que pudieran ir surgiendo en la práctica profesional. También deberíamos considerar que las promociones más jóvenes ya habían cursado la asignatura obligada de bioética en su curricula y además han participado en cursos de formación continuada o de Tercer Ciclo que versaron sobre estas materias. Aún así sus respuestas reflejan importantes lagunas atribuibles a las dificultades que todo nuevo conocimiento tiene para encarnarse en la práctica común y hacerse hábito de conducta. Fiel reflejo de lo que manifestamos es el hecho de que tras varios años de funcionamiento de los comités ético asistenciales son relativamente pocos

todavía los conflictos presentados por los profesionales para su asesoramiento. Aparentemente nuestra práctica asistencial, en lo cotidiano, genera mínimos problemas éticos ¿Estaríamos dispuestos los médicos a sostener y hasta qué punto que esto es realmente así?. Resumiendo:

- El 93.4% de los especialistas encuestados manifiesta no tener reparos éticos en el manejo de los opiáceos
- A pesar de la anterior afirmación hasta un 30 % de los médicos reconoce haber prescindido del uso de opiáceos alguna vez por razones éticas
- En el análisis más pormenorizado de los posibles reparos éticos para el manejo de opiáceos la proporción de los que suspendieron el tratamiento por alguna de estas razones alcanza el 50 %
- El reparo ético más alegado es el riesgo para la vida del paciente lo que se corresponde con el Principio de No Maleficencia.
- Cuando se les pregunta cual es el criterio ético que estima como principal en el manejo de opiáceos, sólo el 25 % contestan la no maleficencia frente al 75 % que estiman como más importante el principio de beneficencia.
- En general el respeto a la voluntad del paciente no parece plantear reparos éticos de interés a nuestros profesionales.
- Más del 50 % de los especialistas encuestados reconocen utilizar placebo con alguna menor o mayor frecuencia.
- De los datos de nuestro trabajo parece extraerse síntomas de una cierta dificultad de reflexión ética en nuestros profesionales.

- También se detecta una cierta confusión de términos y conceptos – beneficencia y no maleficencia- ignorancia en algunos aspectos elementales como el uso de placebos y en definitiva signos de una pobre formación ética.

VII. CONCLUSIONES

VII. CONCLUSIONES

1. El conocimiento sobre el síntoma dolor, en general, es adecuado. Siendo mayor en el grupo con menor experiencia profesional.

2. No se observan diferencias estadísticamente significativas según el tipo de especialidad, ya sea médica o médico-quirúrgica o quirúrgica, en cuanto al conocimiento sobre el síntoma dolor.

3. Aunque el conocimiento sobre los métodos de valoración del dolor es adecuado, su uso es escaso. Esto puede influir en el uso racional de los mórnicos.

4. Según nuestro trabajo existen reparos éticos para el manejo de opiáceos en nuestros especialistas, que son insuficientemente reconocidos y no correctamente afrontados.

4.1. Esto afecta más a los médicos con mayor experiencia profesional.

4.2. Según el tipo de especialidad ocurre con mayor frecuencia en las médico-quirúrgicas o quirúrgicas.

4.3. Esta falta de reflexión sobre las cuestiones éticas, supone un obstáculo para el tratamiento personalizado y correcto del dolor con opiáceos de nuestros pacientes.

5. De nuestro trabajo se deduce, que urge un esfuerzo de todas las instancias interesadas para mejorar y actualizar los conocimientos y los hábitos éticos de nuestros profesionales en el uso de morfínicos en pacientes con dolor total.

VIII. RESUMEN

VIII. RESUMEN

El alivio del dolor y del sufrimiento causado por la enfermedad ha sido siempre un objetivo claro de la medicina. El dolor está en permanente investigación, aunque la aplicación de los avances que esta investigación proporciona, se encuentra con serias dificultades derivadas del significado histórico del dolor y su sentido y de confusas objeciones éticas.

El descubrimiento de los opiáceos constituyó un hito esencial en la analgesia aunque sus propiedades adictivas han constituido y lo siguen siendo, una importante causa de reservas a la hora de su prescripción. El uso de opiáceos para el tratamiento del dolor oncológico está ampliamente extendido, pero permanece la polémica para su utilización en pacientes con dolor crónico no oncológico (dolor total).

Numerosos estudios, citados en nuestro trabajo, ponen de manifiesto que el alivio del dolor continúa siendo un desafío y que el uso de opiáceos en España sigue siendo escaso, y se siguen empleando tarde y a dosis infraterapéuticas.

Del análisis de todos los trabajos mencionados anteriormente y teniendo en cuenta que gran parte de estos pacientes acuden en algún

momento de su vida al hospital, ya sea a causa del dolor o por otra patología subyacente, creemos necesario conocer más ampliamente:

- El abordaje terapéutico del dolor, incluido el uso de opiáceos
- La necesidad de reflexionar sobre las razones que pueden determinar el pobre uso que se está realizando de los opiáceos en nuestro ámbito sanitario, sobre todo en pacientes con cáncer o situación terminal.
- Dentro de esta reflexión sería útil determinar las razones de tipo científico (conocimiento de los opiáceos), o éticas (reparos éticos) que podrían existir y estarían determinando el hecho reconocido del escaso uso de los opiáceos en nuestro ámbito sanitario.

Por todo ello nos propusimos valorar si distintos factores como los años de experiencia profesional, el tipo de especialidad, el conocimiento sobre el síntoma dolor o la existencia de reparos éticos, si existieran, podían influir en el manejo terapéutico con opiáceos del dolor total.

Para ello diseñamos un estudio descriptivo transversal. La población en estudio son médicos con especialidad médica, médico-quirúrgica o quirúrgica, que desempeñan su actividad profesional en el ámbito hospitalario. Para estimar el tamaño muestral se empleó el programa nQuery Advisor. Suponiendo un nivel de confianza del 95%, una proporción esperada del 50%

y un error muestral de ± 0.1 , se estimó una muestra de 100 sujetos por grupo. La recogida de datos se hizo mediante cuestionario. Los datos fueron registrados en una base de datos en Excel XP, y el análisis estadístico se realizó con el SPSS v. 12.0 para Windows.

Concluimos que el conocimiento sobre el síntoma dolor, en general, es adecuado, siendo mayor en el grupo con menor experiencia profesional. No habiendo diferencias significativas según el tipo de especialidad médica, médico- quirúrgica o quirúrgica. Pero aunque el conocimiento sobre los métodos de valoración del dolor es adecuado, su aplicación es escasa, lo que puede influir en el uso racional de los opiáceos.

Según nuestro trabajo, existen reparos éticos para el manejo de opiáceos en nuestros especialistas que son insuficientemente reconocidos y no correctamente afrontados; que afectan más a los médicos con más años de experiencia y a las especialidades médico-quirúrgicas o quirúrgicas. Esta falta de reflexión sobre las cuestiones éticas, supone un obstáculo para el tratamiento personalizado y correcto del dolor total con opiáceos de nuestros enfermos.

De nuestro trabajo se deduce, que urge un esfuerzo de todas las instancias interesadas para mejorar y actualizar los conocimientos y los

hábitos éticos de nuestros profesionales en el uso de morfínicos en pacientes con dolor total.

IX. BIBLIOGRAFIA

IX. BIBLIOGRAFIA

1. Merskey H, Bogduk N. Classification of Chronic Pain: Descriptions of Chronic Pain Syndromes and Definitions of pain terms. International Association for the Study of Pain Press. 2nd ed. Seattle 1994.
2. Carrillo JM, Hernández V, Collado S. Dolor y personalidad. JANO 2002; 1431 (62): 47-49.
3. Sánchez Drago F. El dolor en otras culturas. Algia Internacional 2001; 2: 43.
4. Romanos 8,18. Corintios 12, 10. Colosenses 1, 24. La Biblia
5. López M. El dolor oncológico en España. Infrautilización farmacológica. JANO 2000; 1367 (59): 29-31.
6. Conclusiones III Jornadas Prosac: Abordaje del dolor y el sufrimiento. Sevilla 1996.
7. El tratamiento del dolor en el siglo XXI. JANO nº Extraordinario dedicado al tratamiento del dolor. 2000; 1367 (59): 9.

- 8.** Staats P, Hekmat H, Statts AW. The psychological behaviorism theory of pain. A basis for unity. *Pain Forum* 1996; 5: 194-207.
- 9.** Melzack R, Wall PD. The challenge of pain. New York Basic Books. 2nd ed. 1996.
- 10.** Elliot AM, Smith BH etc al. The epidemiology of chronic pain in the community. *Lancet* 1999; 354: 1248-52.
- 11.** Bassols A, Bosch F, Campillo M, Cañellas M, Baños JE. An epidemiological comparison of pain complaints in the generakl population of Catalonia. *Pain* 1999; 83: 9-16.
- 12.** Fisher B, Haythorntwaite JA, Heinberg J, Clark M, Reed J. Suicidal intent in patients with chronic pain. *Pain* 2000; 89: 199-206.
- 13.** Réthely JM, Bergammer B, Kopp MS. Comorbidity of pain-associated disability and depressive symptoms in connection with socio-demographic variables: results from a cross- selectional epidemiological survey in Hungary. *Pain* 2001; 93: 115-21.
- 14.** Declaración de la OMC sobre Atención Médica al Final de la Vida. En OMC Informa, Mayo 2002.

- 15.** Weiss S, Emanuel L, Fairclough L, Emanuel E. Understanding the experience of pain in terminally patients. *Lancet* 2001; 357: 9265.

- 16.** Yates PM, Edwards HE, Nash R. Barriers to effective cancer pain management: A survey of hospitalized cancer patients in Australia. *Journal of Pain and Symptom Mangement* 2002; 5 (23).

- 17.** Dolor en el Anciano. Monográfico. *Algia Internacional* 2003; 20-21.

- 18.** DeConno F, Caraceni A. Pain measurement in cancer patients: a comparison of six methods. *Pain* 1994; 57: 161 -166.

- 19.** Plan Nacional para la Enseñanza y Formación en Técnicas y Tratamiento del Dolor. SED. Ediciones Arán 2001; 44.

- 20.** Yacht E, Bayar B. Confiabilidad y validez de la EVA. *The Pain Clinic* 2003; 15 (1): 1-6.

- 21.** Herdman M. La medición de la calidad de vida relacionada con la salud. *Med Clin* 2001; 114 (3): 22-25.

- 22.** Price DD. A comparison of pain measurement characteristics of mechanical visual analogue and simple numerical ratings scales. *Pain* 1994; 56: 217-226.

- 23.** Nabal M, Trujillano J, Ramírez M, Naudí MC. Evaluación del dolor y del alivio del dolor mediante escalas visuales analógicas. *Med Pal* 2000; 81 - 84.

- 24.** Ferrel BA, Ferrel BR, Osterweil D. Pain in the nursing home. *J Am Geriatr Soc* 1990; 38: 409-412.

- 25.** Weinwe DK, Ladd KE, Pieper CF. Pain in the nursing home: resident versus staff perceptions. *J Am Geriatr Soc* 1995; 43: 112-115.

- 26.** Wynne CF, Ling. Comparison of pain assessment in cognitively intact and cognitively nursing home residents. *Geriatr Nurs* 2000; 21: 20-25.

- 27.** Alivio del dolor en el cáncer. OMS. 2ª edición. 1996.

- 28.** Diccionario de conceptos en la atención médica al final de la vida. Comisión de Expertos en Cuidados Paliativos de la OMC. Mayo 2002.

- 29.** Kleinman I, Brown P, Librach L. Placebo pain medication. Ethical and practical considerations. *Archives of family medicina* 1994; 3 (5): 453-7.

- 30.** Aliaga L, Baños JE, De Barutell C, Molet J, Rogriguez de la Serna A. Tratamiento del dolor. Teoría y práctica. 2ª edición. Publicaciones Permanyer. 2002.
- 31.** Rodrigo MD, Perena MJ. Aplicación clínica del fentanilo transdérmico en dolor crónico. Rev Soc Esp Dolor 2001; 8: 260 -264.
- 32.** Torres LM, Calderón E, Rey RM. Fentanilo transdérmico: características farmacológicas y aplicación clínica. Rev Soc Esp Dolor 1999; 6: 121 - 130.
- 33.** Rizo Valero A. Fentanilo en el tratamiento de primera línea del dolor oncológico. Revisiones en Cáncer. Aran ediciones, 1999.
- 34.** Aliaga L, Catalá. Opioides E. Utilización clínica. You & Us, S.A. 2001; 77 - 80.
- 35.** Torres LM, Martinez J, Contreras Dolor y Grupo de Estudio Español de Fentanilo Transdérmico. Fentanilo TTS en España: 3 años de experiencia clínica en Unidades del Dolor. Rev Soc Esp Dolor 2002; 9: 217 - 28.
- 36.** V Congreso de la Sociedad Española del Dolor. 7 febrero del 2003.
- 37.** Fármacos y Dolor. Monográfico. Algia Internacional. 2002; 11.

- 38.** Sittl R, Griessinger N, Likar R. Analgesic Efficacy and Tolerability of Transdermal Buprenorphine in Patients with Inadequately Controlled Chronic Pain Related to Cancer and Other Disorders: A Multicenter, Randomized, Double-Blind, Placebo Controlled Trial. *Clin Ther* 2003; 25: 150-168.
- 39.** Pascual López L. Novedades terapéuticas en el dolor relacionado con el cáncer. *FMC* 2004; 11 (7): 407-13.
- 40.** Callahan D. Death and the research imperative. *N Engl J Med* 2000; 342: 654-6.
- 41.** Bayés R. ¿Es posible morir en paz?. *Eidon* 2004; 16: 15-18.
- 42.** Borge Husebo S. Los cuidados Paliativos. Dignidad para el moribundo. *Dolentium Hominum* 2005; 58: 43-45.
- 43.** Gómez Batiste J. *Ética Clínica y Cuidados paliativos. Cuidados Paliativos en Oncología.* Ed JIMS. Barcelona 1996; 399.
- 44.** Callahan D. *Morir con dignidad. El problemático sueño de la vida: en busca de una muerte tranquila. Dilemas éticos en el final de la vida.* Ed Doce Calles SL. Madrid 1996; 94.

- 45.** Singer PA, Martin DK, Kellner M. Quality end -of- life care. JAMA 1999; 281: 163-8.
- 46.** Cuidados paliativos Domiciliarios. Atención Integral al paciente y a su familia. Consejería de Salud de la Junta de Andalucía 2003; 19-20.
- 47.** Ibid 21: Borge Husebo S. Los cuidados Paliativos. Dignidad para el moribundo. Dolentium Hominum 2005; 58: 44.
- 48.** González Barón M. Morir con dignidad. La atención al enfermo terminal. Dilemas éticos en el final de la vida. Ed Doce Calles, Madrid 1996; 54-72.
- 49.** Lydia Feito. Ética de la información y bioética. Actas de II Congreso Nacional de la Asociación de Bioética Fundamental y Clínica. Barcelona 1997.
- 50.** Ley de Autonomía 2002.
- 51.** Ley de Voluntades Anticipadas.
- 52.** Zucchi P. Terapia del dolor. Dolentium Hominum 2005; 58: 28-34.

- 53.** Rubio JM. Realidad y diversidad del enfermar humano. Ponencia publicada en Actas de las III Jornadas de Medicina y Filosofía. La enfermedad y el sufrimiento. Sevilla 2003.
- 54.** Stan Van Hooft. Pan and communication. *Medicine, Health, Care and Philosophy* 2003; 6: 225-262.
- 55.** JM Esquirol JM. Reflexiones filosóficas sobre el dolor y el sufrimiento. *LH* 2000; 257:159-169.
- 56.** Cortina A. *Etica mínima. Introducción a la filosofía práctica*. Ed Tecnos, 3ª Ed. Madrid 1986.
- 57.** Imanuel Kant. *Historia de la Filosofía. Volumen 2: Filosofía Medieval y Moderna*. Editorial Edinumen.
- 58.** Ibid 23: Cuidados paliativos Domiciliarios. Atención Integral al paciente y a su familia. Consejería de Salud de la Junta de Andalucía 2003; 18.
- 59.** Ferrer J, Alvarez JC. *La Bioética Utilitarista de Piter Singer. Para fundamentar la bioética* . Eds Comillas & Descleer DB. Bilbao 2003; 327.
- 60.** Sgreccia E. *Manuale di bioetica*. Vita e Pensiero. Milano1992.

61. Ibid (Sgreccia): 160-163.

62. Ibid (Sgreccia): 163-164.

63. Ibid (Sgreccia): 166-168.

64. Ibid 25. Cuidados paliativos Domiciliarios. Atención Integral al paciente y a su familia. Consejería de Salud de la Junta de Andalucía 2003; 19.

65. Ibid 23. Cuidados paliativos Domiciliarios. Atención Integral al paciente y a su familia. Consejería de Salud de la Junta de Andalucía 2003; 20.

66. Aristóteles. *Ética a Nicómaco*, III 1: 1110 a 3-19

67. Tomás de Aquino. *Summa Theologica*, II-II, q, 64, a. 7.

68. Gracia D. *Como arqueros al blanco*. Ed Tricastela, Madrid 2004; 422.

69. Ferrer J, Alvarez JC. Síntesis de los postulados de Sgreccia. Para fundamentar la bioética. Ed Comillas y Descleé D B. Bilbao 2003; 420-421.

70. Díaz Díez-Picazo L, del Castillo Comas C. Atención a pacientes en situación terminal. *JANO* 2006; 1613: 51.

71. Kleinman I, Brown P, Librach L. Placebo pain medication. Ethical and practical considerations. *Archives of family medicina* 1994; 3 (5): 453-7.

72. Al día . *JANO* 2006; 16-22.

73. Beauchamp TL, Childress JF. *Principios de Etica Medica*. Ed Masson, Barcelona 1999; 183.

74. Diego Gracia. *Fundamentos de Bioética*. Ed Eudema. Madrid 1989; 46.

75. Diego Gracia. *Salir de la vida. Como arqueros al blanco*. Ed Triacastela. Madrid 2004; 421-431.

76. García Férrez J. *Reflexión ética ante el moribundo. Derechos del enfermo terminal. Etica de la Salud en los procesos terminales*. Ed San Pablo. Madrid 1998.

77. Byrne P. *Ethical considerations. The Management of Terminal Malignant Disease*. Cicely Saunders, Nigel Sykes (eds). London 1993.

78. Pio XII: "Discurso en torno a los Problemas religiosos y morales de la analgesia". IX Congreso Internacional de la Sociedad Italiana de

Anestesiología de 1957 en "El Don de la Vida". Textos del magisterio de la Iglesia sobre Bioética. BAC 1996.

79. Sedación Paliativa y Sedación Terminal. Orientaciones para la toma de decisiones en la práctica clínica. Consejería de Salud de la Junta de Andalucía 2005; 15.

80. Sykes N, Thorn A. Sedative Use in the last week of life and the implications for End-of Life decision making. Arch Intern Med 2003; 163: 341-4.

81. Azulay Tapiero A. La Sedación Terminal. Aspectos éticos. Ann Med Interna 2003; 20: 645-9.

82. Jonson A. Etica Clínica. Ed Ariel. Barcelona 2005; 250.

83. The Goals of Medicine. The Hastings Center Report. Nov-Diciembre 1996.

84. Galán JM, Rodríguez A. El dolor en el enfermo terminal. El Mas Difícil Vivir (elementos para la asistencia al enfermo en situación terminal) DDPS de Sevilla, coordinador JM Rubio, 1990.

85. Fortés Alvarez JL, García de Jaime P, García del Valle L. ¿Conocemos los médicos bien la morfina?. Salud Rural 2003; 20(8): 50.

- 86.** González Escalada Castellón JR. Estado actual de los opioides para su utilización en atención primaria. JANO extra noviembre 2000; 1367(59): 69.
- 87.** Orden del 25 Abril de 1994 del Ministerio del Sanidad y Consumo por lo que se regulan las recetas y los requisitos especiales de prescripción y dispensación de estupefacientes para uso humano. BOE nº 105, 3 de mayo de 1994; 13556-13564.
- 88.** Risgam Falgai, Soler Vila M. Cómo utilizamos los fármacos opiodes en los pacientes neoplásicos. Atención Primaria 1999; 24: 537-539.
- 89.** Alfonso Carvajal, Javier García del pozo. Centro regional de Farmacovigilancia. Instituto de Farmacoepidemiología Universidad de Valladolid. Med Clin (Barc) 1997; 109:281-283.
- 90.** Prieto Yerro I, Prieto Yerro C, Sacristán Rodea A. Utilización de analgésicos narcóticos en el tratamiento del dolor. Inf Ter Sist Nac Salud 1991; 15: 180-186.
- 91.** Zenz M, Zenz T, Tryba M, Strumpf M. Severe undertreatment of cancer pain : a 3 year survey of the german situation. J. pain symptom manag 1995; 10: 187-191.

92. Zenz M, Willwebwe, Strumt A. Opiophpbia and cancer pain in Europe. Lancet 1993; 341: 1075-1076.

93. López M: El dolor oncológico en España. Infrautilización farmacológica. JANO Extra noviembre 2000; 1367 (59): 29-31.

94. Baos V, Quintana JL. Cuidados generales en el enfermo terminal. En: Gallo FJ et al. Manual del Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. IM & C. 2ª edición. Madrid 1997: 1206-1211.

95. Matter LE, Smith MT. Clinical pharmacology and adverse effects. En: Stein C. editor. Opioids in pain control. Cambridge: Cambridge university Press 1999; 188-211.

96. The Support principal investigators. A controlled trial to improve care for seriously ill hospitalized patients. The study to understand prognoses and preferences for out-comes and risk of treatments (SUPPORT). JAMA 1995; 274: 1591-8.

97. Schug SA, Large MD y RG. Opioids for chronic noncancer pain. Rev Soc Esp Dolor 1996; 3: 371-374.

- 98.** Jaime Sanz- Ortiz. Ancianidad y mundo opioide. Med Clin (Barc) 2004; 122(6): 227-30.
- 99.** Bernabei R, Gambassi G, Lapane K, Landi F, Gatsonis C et al. Management of pain in elderly patients with cancer. JAMA 1998; 279: 1877-82.
- 100.** Morrison RS, Siu AL. A comparison of pain and its treatment in advanced dementia and cognitively intact patients with hip fracture. Pain symptom Manage 2000; 19: 240-8.
- 101.** Cleeland CS. Undertreatment of cancer pain in elderly patients. JAMA, 1998; 279: 1914-1915.
- 102.** Vigano A, Bruera E et al. Age, pain intensity and opioid dose in patients with advanced cancer. Cancer 1998; 83: 1244- 1250.
- 103.** Miaskowski C, Dodd MJ etc al. Lack of adherence with the analgesic regimen: A significant barrier to effective cancer pain management. J Clin Oncol 2001; 19 (23); 4275-4279.

104. Holgado T, Rubio JM. La sedación en Atención Primaria. Conflictos éticos. XVIII Jornadas de Salud Pública y Administración Sanitaria. Granada 2005.

105. Weiss S, Emanuel L, Fairclough L, Emanuel E. Understanding the experience of pain in terminally patients. *Lancet* 2001; 357: 9265.

106. Cerdá - Olmedo G, De Andrés Are J, Monsalve V, Quiles F. Estudio del uso de Gabapentina en una Unidad de Dolor. Presentado en el V Congreso de la Sociedad del Dolor. Salamanca 2002.

107. Gardner A. El uso de medicamentos recetados para indicaciones no autorizadas en la etiqueta. [www. healthfinder.gov](http://www.healthfinder.gov)

108. Rubiales AS, Flores LA et al. Investigación cualitativa en Medicina Paliativa. *Medicina Paliativa* 2004; 11: 231-238.

109. Porta J. Aspectos clínicos de la sedación en Cuidados Paliativos. *Etica y Sedación al final de la vida*. Fundació Victor Grifols i Lucas. Barcelona 2003; 10-28.

110. Penson RT, Dignan FL, Canellos GP et al. Burnout: caring for the caregivers. *Oncologist* 2000; 5: 425-434.

111. Jonson A. Indicaciones para intervenir médicamente. *Etica Clínica*. Ed Ariel 2005; 18-19.

112. Pellegrino E.D, Thomasma D. *For the Patient's Benefit: Restoration of Beneficence in Health Care*. Oxford University Press. NY 1988; 113-214.

113. Perico G. *Il dolore umano. Problemi di Etica Sanitaria*. Ed Ancora. Milano 1992; 29-40.

114. Ley 41/2002 del 14 de Noviembre Basica Reguladora de la Autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de Información y Documentación Clínica.

115. Ley 5/2003 de 9 de Octubre de Declaración de Voluntad Anticipada, Junta de Andalucía.

116. American Pain Society, 1992; World Health Organization, 1990.

117. Kleinman I, Brown P, Librach L. Placebo pain medication. Ethical and practical considerations. *Archives of family medicina* 1994; 3(5): 453-7.

118. Galende I. *Jornada sobre el placebo en el ensayo clínico*. Sevilla 2000.

119. Schumacher KL, Setsuko Koresawa, West C et al. Putting cancer pain management regimens into practice at home. *Journal of Pain and Symptoms Management* 2002; 23(5): 369- 381.

120. Emanuel EJ, Fairclough L, Emanuel LL. Attitudes and desires related to euthanasia and Physician-assisted suicide among terminally ill patients and their caregivers. *JAMA* 2000; 284: 2460-8.

121. SUPPORT: A controlled trial to improve care for seriously ill hospitalized patients. *JAMA* 1995; 274: 1591-8.

122. Lynn J, Teno JM, Phillips RS, Wu AW, Desbiens N, Harrold J et al. Perceptions of family members of the dying experience of older and seriously ill patients. *Ann Int Med* 1997; 126: 97-106.

123. Weissman D. Doctors, opioids and the law; The effect of controlled substances regulations on cancer pain management. *Sem Onc* 1993; 20(1): 53-58.

124. Hill CS. The barriers to adequate pain management with opioid analgesics. *Sem Oncol* 1993; 20 (1): 1-5.