

EL ENFERMO Y EL DOLOR: REFLEXIONES

DR. PEDRO CUBILLOS M.
ANESTESIOLOGÍA Y MEDICINA DEL DOLOR.
DEPARTAMENTO DE ANESTESIA.
CLÍNICA LAS CONDES.

RESUMEN

El dolor y el sufrimiento son y han sido parte importante en la historia del hombre, y acompañantes de la enfermedad. Diversas razones, tanto fisiológicas como de interpretación del rol que el dolor tiene en el curso de enfermedades, han conducido a que tanto la Medicina como los médicos, descuidáramos su alivio. Actualmente el conocimiento de los efectos fisiológicos adversos inducidos por el dolor, ha conducido a médicos e instituciones de salud a propiciar su adecuado control.

SUMMARY

Pain an suffering are an important part of men history, and mandatory compain of illness.

Several rehaznos, from the philosophical point of view; up to medical interpretation about the role of pain in the natural evolution of illness, have produced that Medicine an Physicians do not provide adequate care to the pain suffering patients.

Currently, the knowledge of the adverse physiological effects induced by pain in individuals, has conducted to doctors and health care institutions to promote its treatment.

EL ENFERMO Y EL DOLOR

"Dijo Dios a la mujer: multiplicaré tus trabajos y miserias en tus preñeces; con dolor parirás a tus hijos" (Genesis, 3 v 16).

De acuerdo a la fe cristiana, el Hombre fue creado por Dios libre de dolor y para ser eternamente feliz, mas por su desobediencia es condenado no sólo a buscar y obtener su sustento, sino tambien a experimentar el dolor.

El dolor a través de los distintos períodos de la Historia, ha constituido una preocupación central para el Hombre; buscando para él explicaciones desde perspectivas epistemológicas, antropológicas, ontológicas y religiosas. Previo al desarrollo del conocimiento neurofisiológico, anatómico y bioquímico de los mecanismos involucrados en su génesis, el cual recién comienza a tomar forma a fines del siglo XIX; el origen del dolor es atribuido a causas mágicas, maléficas, demoníacas o bien como un castigo de los dioses. Lo anterior dió pie durante un largo período de tiempo a algunas formas de mistificación del dolor y del sufrimiento que lo acompaña, por lo que fue preconizado como un medio de purificación y de redención. Para otros pensadores el dolor simplemente es un problema del cuerpo que debe ser sometido al control de la mente. Pese a estas interpretaciones, la medicina primitiva y post galénica no cesó en sus intentos por decifrar los mecanismos del dolor y por buscar la forma de mitigarlo (1).

De esta raíz histórica y cultural deriva probablemente la adopción de actitudes estoicistas por parte de muchos individuos ante el dolor, lo cual no es habitual de observar en algunos pacientes aún en nuestros días.

LA MEDICINA Y EL DOLOR

Por muchos años se nos ha enseñado, y así lo hemos aprendido que el dolor es un *síntoma* que ayuda a alertar al organismo y a quienes tenemos por misión sanarlo, ante la presencia o amenaza de una noxa o una enfermedad.

La medicina occidental, con la visión médico - científica que la impregna, racional y pragmática, ha logrado entregarnos un importante volumen de conocimientos acerca de cómo y donde el estímulo doloroso es materialmente receptado, transmitido e interpretado por el sistema nervioso.

Sin embargo, esta forma de entender el dolor no es capaz de dar plena respuesta a este fenómeno, ya que deja al margen de la explicación a un componente consubstancial del mismo: *el Sufrimiento*.

El sufrimiento resulta ser un acompañante de la máxima relevancia, particularmente en aquellos pacientes que padecen de el denominado Dolor Crónico Benigno (dolor lumbar crónico, neuralgias post herpéticas, neuropatías diabéticas y de otras causas, dolor central post infartos cerebrales o daño medular, y muchas otras condiciones), y también del denominado Dolor Oncológico.

Por esta razón, la utilización exclusiva del modelo biomédico para explicar el dolor de los pacientes, nos dejará siempre sin entender en su totalidad la magnitud del fenómeno que estos presentan, y estaremos equivocadamente reduciendo a una categoría de *síntoma*, aquello que debe ser entendido como una *percepción*. Dicho de otra forma, erraremos al estar poniendo (una vez más) el énfasis en la *enfermedad* y no en el *individuo enfermo* (2).

De este error es probable que derive la frecuente atribución de causales sicológicas al dolor que refieren ciertos pacientes en los cuales no se logra demostrar alteraciones patológicas en su examen clínico o en los estudios de laboratorio y de imágenes que se les realizan. A riesgo de reiterar: la imposibilidad de demostrar la enfermedad, induce a los médicos a negar la condición de enfermo al paciente.

Es distinto el caso del dolor agudo, en él si es posible establecer casi siempre una relación demostrable entre una noxa y la presencia de dolor (relación causa - efecto), como puede observarse en los casos de dolor postquirúrgico o el de las fracturas, o bien de aquel que resulta de la inflamación o isquemia de un órgano o de una víscera; en estas circunstancias el modelo biomédico sí es aplicable dado que en ellos se puede reconocer las causas que lo originan, se puede también predecir sus efectos y duración e instaurar las terapias apropiadas para controlarlos e incluso abolirlos completamente a través del bloqueo de las vías de transmisión nerviosa.

EL ENIGMA DEL DOLOR CRÓNICO

El dolor crónico es hasta hoy un enigma desde el punto de vista de establecer los modelos o mecanismos fisiopatológicos sobre los que se sustenta su aparición y sus manifestaciones. Sí, sabemos que sus consecuencias son devastadoras para quien lo padece.

Su comprensión es mucho más compleja ya que en estas circunstancias el individuo está comprometido integralmente, más allá de su dolor lumbar o cefalea que lo aqueja, el dolor pasa a ser percibido a través del filtro de sus raíces culturales, étnicas, ambientales, así como de sus creencias religiosas, y de las propias experiencias previas. El dolor lo ha afectado en su emocionalidad, en su estado de ánimo, en la forma de enfrentar su dolor y enfermedad, llevándolo a la depresión y al desarrollo de lo que se conoce como conductas dolorosas, pudiendo incluso transformar el dolor en una enfermedad propiamente tal; esta no se acompaña habitualmente de lesiones corporales que la expliquen

y que puedan corregirse.

La persistencia del dolor genera graves consecuencias para quien lo padece y para su entorno social, laboral y familiar.

"Al percibir el dolor lo transformamos, de simple sensación, en los complejos sucesos mentales y emocionales que sicólogos y filósofos llaman percepción" (3).

Importantes investigadores postulan actualmente que en el cerebro existiría lo que denominan una "neuromatriz" en la cual se representarían todos los datos sensoriales. Las referencias de esta neuromatriz activarían la percepción del dolor en conjunto con otra información proveniente de regiones del cerebro relacionadas a las áreas cognitivas y afectivas (4). De corroborarse estas teorías, estaríamos en el umbral del entendimiento del origen del dolor crónico y del sufrimiento que lo acompaña.

LOS MÉDICOS, LAS INSTITUCIONES DE SALUD Y EL DOLOR

C.S. Lewis se pregunta, "Si el sufrimiento es bueno ¿no debiera ser buscado con afán en lugar de evitársele?". Luego señala, "si bien la experiencia dolorosa no es buena para quien la sufre, sin embargo despierta en los espectadores (médicos incluidos) la compasión y conduce a actos de misericordia" (5).

Existe consenso internacional, sin embargo, que los pacientes que presentan dolor en cualquiera de sus formas, incluyendo el post quirúrgico, han permanecido subtratados a pesar del enorme progreso científico (6, 7), a pesar de que por su magnitud representa hoy un problema de Salud Pública (8, 9), y finalmente, a pesar del imperativo ético de nuestra profesión, que no es otro que aliviar el dolor y el sufrimiento (10, 11) de nuestros pacientes.

No se puede soslayar la realidad de que el dolor no tratado constituye un riesgo para la salud física y mental, constituye también un potencial de cronificación, así como, una muy importante disminución en la calidad de vida de los individuos afectados (9).

Afortunadamente en los últimos 10 a 15 años hemos presenciado un notable cambio en la actitud de la comunidad médica hacia el problema del dolor, reconociendo el derecho de los pacientes a solicitar alivio para él, y estableciendo el deber de los prestadores de salud de satisfacer esta necesidad. Distintas organizaciones han incorporado esta obligación, algunas en sus códigos de ética (Col. Médico de Chile, American Medical Association), otras, como la Asociación Médica de California han establecido, que todos los médicos del Estado deben cumplir con el requisito obligatorio de aprobar cursos de actualización en terapia del dolor para poder renovar su licencia (Dic. 2006). A nivel de hospitales, la Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO), principal ente certificador de hospitales en EE.UU., ha definido como uno de los estándares para obtener la certificación que les permite seguir operando, la obligatoriedad de contar con pro-

toclos para el adecuado manejo del dolor, así como la educación de los profesionales en esta disciplina (12, 13, 14).

En nuestro país, el Ministerio de Salud, amén de la incorporación del tratamiento del Dolor por Cáncer dentro de las Garantías Explícitas de Salud, ha fijado estándares similares a los de la JCAHO para la próxima acreditación de Prestadores Institucionales (15). El mismo documento adicionalmente señala que la institución provee una atención que respecta la dignidad del paciente y resguarda principios éticos esenciales en el trato que se le otorga.

En Clínica Las Condes todo paciente a su ingreso al hospital es informado por escrito sobre su derecho "a tener una evaluación y control apropiados para su dolor y participar en las decisiones sobre el control de éste".

CONCLUSIÓN

Médicos e instituciones de salud entonces, reconocen hoy en forma explícita que el dolor condena al hombre a una vida sin dignidad y asumen la responsabilidad de su mandato ético al restituírsela. Con esta actitud ganan entonces pacientes, médicos e instituciones, pues como señala Pullman (15) "esta relación entre el dolor, el sufrimiento y la dignidad tendrían también otra dimensión: *la estética*, aquella que nace de la relación entre el médico que la alivia y quien la padece".

BIBLIOGRAFÍA

- 1.** Agro, F. "Anthropology and pain". Minerva Anesthesiologica 2005; 71: 397-400.
- 2.** Cassell, E. "The nature of suffering and the goals of medicine" NEJM 1982; 306: 639-645.
- 3.** Morris, D. "La cultura del dolor" Ed. Andrés Bello 1996, Santiago de Chile.
- 4.** Loeser J., Melzack, R. "Pain: an overview" Lancet 1999; 353: 1607-1609.
- 5.** Lewis, C.S. "El problema del dolor" Ed. Universitaria 1990, Santiago de Chile.
- 6.** Apfelbaum, J. "Post operative pain experience: Results from a national survey, suggest post operative pain continues to be undermanaged" Anesth. Analg. 2003; 97: 534-540.
- 7.** Goldstein, D. "Acute pain management services have progressed, albeit insufficiently in Canadian academic hospitals" Can. J. Anesth. 2004; 51(3): 231-235.
- 8.** Xuemei, L. "Estimates and patterns of direct health care expenditures among individuals with back pain in the USA" Spine 2003; 29(1): 79-86.
- 9.** Tara, S. "Health related quality of life, health risk behaviors, and disability among adults with pain related activity difficulty" American J. Of Public Health 2005; 95(11): 2042-2048.
- 10.** Sullivan, M. "Ethical principles in pain management" Pain Medicine 2000; 1(3): 274-279.
- 11.** Fine, P. "The ethical imperative to relieve pain at life's end".
- 12.** Colegio Médico de Chile Código de Ética 2006.
- 13.** Ministerio de Salud Chile 2007-04-19 "Estándares mínimos de acreditación para los prestadores institucionales autorizados" En : GES, Garantía de Calidad.
- 14.** Joint Commission on Accreditation of Health Organizations "Estandar DPF. 2. 4"
- 15.** American Medical Association "Principles of Medical Ethics".
- 16.** Pullman, D. "Human dignity and the ethics and aesthetics of pain and suffering" Theor. Med. Bioeth. 2002; 23 (1): 75-94.