

12 FEB 08 | Integridad y Dignidad
Bioética y manejo del dolor

La base de la bioética es el respeto a la dignidad humana y a la vida.

Dr. Yazmín Chirino Barceló, Dr. José Domingo Gamboa Marrufo.

Desarrollo

(Revista Dolor, Clínica y Terapia)

La base de la bioética es el respeto a la dignidad humana y a la vida. Nada debe estar por encima de esto; conservar la integridad y la dignidad del enfermo es el objetivo que debe perseguir el profesional de la salud.

Para el manejo ético del dolor es útil conocer la fisiología del dolor, el tipo de dolor, el abordaje adecuado del mismo y el monitoreo del padecimiento para poder determinar el tratamiento apropiado; sólo si se siguen estos pasos se podrá mantener la dignidad e integridad del paciente.

Existen varios mitos en el manejo del dolor (que impiden el tratamiento adecuado) como el que sostiene que los recién nacidos o lactantes no presentan dolor. Algunos estudios indican que a partir de las 29 semanas de gestación las vías corticales y subcorticales involucradas en la percepción están desarrolladas para las sensaciones dolorosas.

En consecuencia, se han modificado prácticas principalmente en anestesia: anteriormente se proporcionaba anestesia mínima, lo que daba respuestas altas de estrés, corroboradas por mediciones hormonales y metabólicas, con complicaciones de morbilidad; el paciente se encontraba en malas condiciones después de una cirugía o procedimiento, que de otra forma no debería estar descompensado.

Tampoco se debe pensar que los lactantes no tienen memoria del dolor, ya que se ha visto que el dolor puede ocasionar por largo tiempo problemas de alimentación, de sueño y estados de excitación. Un punto que no se ha tocado a profundidad es el manejo del dolor en los recién nacidos, ya sea de término o pretérmino, que ameritan estar en terapia intensiva neonatal, en donde se debe manejar el principio de mejor interés. Tanto el personal de enfermería como los médicos deben llevar a cabo esa valoración e informar a los familiares; consiste en la decisión del manejo del niño con base en lo que sea mejor para ellos. Existen diferentes tipos éticos de valoración:

- **La de cuidado.** Considera al recién nacido un individuo con sentimientos, relaciones y familia; generalmente toma en cuenta intereses a corto tiempo, como comodidad, disminución de sufrimiento y, a largo plazo, el potencial de desarrollo en cuanto a su calidad de vida. Se manejan líneas de apego.
- **La valoración de cura.** Se basa en el modelo biomédico o científico, con principios que pretenden resolver o curar el padecimiento. Tiene su efecto a

ÍNDICE

[Desarrollo](#)

[Sugerencias de
lectura](#)

[Versión PDF](#)

corto plazo porque trata el problema de inmediato sin considerar la calidad de vida ni qué pasará si la cura no es completa. Tiende a ignorar otras necesidades del individuo.

Estas mediciones son seguidas en especial por el equipo de enfermería del área de terapia intensiva neonatal, ya que es el que se encuentra en relación estrecha tanto con el paciente como con los familiares, lo que crea una sensibilidad muy conveniente. Son ellas mismas quienes piden determinadas consideraciones cuando así lo juzgan. No debemos olvidar que existen para este grupo guías que sirven para reconocer el dolor, pero, en este caso, no pueden ser sustituidas completamente por la sensibilidad de los profesionales de la salud.

Existe la falsa idea de que los niños mayores no pueden medir el dolor adecuadamente; sin embargo, en estudios psicométricos se ha visto que los infantes son bastante objetivos con sus propias experiencias y, a la par, se ha identificado que los adultos tienden a subestimar el dolor del niño. Desde épocas muy tempranas, los niños pueden comunicar y dependerán de la sensibilidad de quien los cuida para la detección de sus necesidades. Nunca se debe suponer que existe una cantidad de dolor adecuada; el dolor no debe ser parte de la vida normal de un infante.

Existe la creencia de que los niños exageran el dolor y que los adultos son más aptos para determinar el dolor; esto puede hacer que la percepción sea modificada por las condiciones físicas y psicológicas del adulto. El dolor no aliviado trae como consecuencia sufrimiento y secuelas. Cabe recordar que en el tratamiento del dolor contamos con terapias tanto psicológicas como farmacológicas, dependiendo de la intensidad. Posiblemente no sólo la terapia psicológica dirigida por un profesional, sino por alguien a quien le importa el paciente (por ejemplo, con el tacto) puede tener un efecto terapéutico.

En cuanto a los fármacos, la decisión de la vía de administración es importante, ya que la aplicación intramuscular genera ansiedad y estrés, por lo que muchas veces los niños se resisten a su manejo. Los opioides deben administrarse preferentemente por vía oral y, de ser necesario, por vía parenteral en una forma continua. Debe tomarse en cuenta la posibilidad de la analgesia controlada por el paciente a base de bombas (IV o subcutáneas, epidural), mismas que pueden ser consideradas en niños a partir de los seis años con alto grado de éxito.

Otra de las preocupaciones se refiere a los efectos colaterales, particularmente la depresión respiratoria. Al respecto, se sabe que el riesgo en adultos es de 0.09%, mientras que en niños va de 0 a 1.3%, por lo que no debe ser un inconveniente para no administrarlos; por otro lado, la respuesta pico está bien establecida. Se debe tener un monitoreo estricto, principalmente cuando la administración es continua. Se deben administrar medicamentos para revertir o manejar la complicación, así como mantener la terapia respiratoria como parte fundamental de manejo.

El riesgo de adicción es otro factor que impide el tratamiento adecuado. Es importante diferenciar entre la dependencia física (asociada a síndrome de abstinencia) y la adicción psicológica, que corresponde a la obsesión por la droga. Al respecto, se ha estudiado el efecto de los narcóticos, principalmente en niños con anemia de células falciformes y en pacientes en recuperación de cirugía; en esos casos se ha encontrado que no existe riesgo con la administración de narcóticos. Si los medicamentos están administrados adecuadamente con dosis e intervalos establecidos, el riesgo de adicción es mínimo.

Otra responsabilidad médica es la de proporcionar un tratamiento completo del dolor en cuanto sea posible, definiendo sus rutas terapéuticas en el caso de que el tratamiento deba ser prolongado. Si es necesario, se deberán realizar estudios para apoyar el diagnóstico.

Existen investigaciones que reportan que durante la autoevaluación del dolor las niñas muestran una intensidad mayor respecto a los niños. Al mismo tiempo, se observa que niños con problemas crónicos (diabetes) que ameritan procedimientos frecuentes tienden a tolerar más el dolor; esto puede ser secundario a que no presentan la ansiedad de lo desconocido. Todo esto puede explicarse porque las vivencias, la cultura y el entorno familiar juegan un papel importante en la expresión del dolor. Otro aspecto relevante es la religiosidad del médico, ya que está estrechamente relacionada con el apoyo analgésico cerca de la muerte.

Conclusiones

Es importante recordar que la ética califica el acto humano en función del fin; eso permite que al tener bases adecuadas como el conocimiento de la fisiopatología del dolor, su evaluación correcta, clasificación y tipificación del mismo, podremos brindar un manejo integral, con la libertad médica para elegir el tratamiento o fármaco que se considere adecuado para el niño con dolor, con el conocimiento de la responsabilidad que conllevan nuestras decisiones.

El dolor es un aspecto en la práctica clínica diaria (intra y extrahospitalaria). Actualmente existen guías para el manejo del dolor tanto en el continente americano como en el europeo; ambos tienen como base factores éticos para el abordaje del dolor en pediatría, lo que ayuda al profesional de la salud a considerar aspectos que posiblemente no se habían contemplado con anterioridad.

Estas guías no necesariamente modifican el comportamiento, sino que mejoran los estándares de atención, ya que cuentan con programas de reforzamiento de calidad en el trabajo. Para adquirir esta capacitación, debe mantenerse tanto la lectura, como la capacitación y la colaboración multidisciplinaria en nuestros sitios de trabajo, con el afán de disminuir el estrés producido por el dolor en el niño. El tratamiento debe reflejar los avances tecnológicos, sociales y culturales a los que pertenecemos, con la adecuada apertura o tolerancia a otros credos.

En nuestro país las leyes aún no están encaminadas al manejo del dolor en pacientes en etapa terminal, al mismo tiempo que no es parte de la preparación médica básica, por lo que sería importante considerar ambos aspectos.

Por otro lado, deben diseñarse métodos sencillos para la valoración del paciente con dolor en nuestro medio ambiente; al mismo tiempo, falta considerar los cambios que surgen del tratamiento del dolor.

Aunque existen valoraciones en relación con la intensidad del dolor en diferentes grupos humanos (hispanicos, caucásicos y negros), también se deben efectuar investigaciones sobre poblaciones con culturas distintas y religiones diferentes, y realizar estudios multicéntricos y multiculturales para obtener una visión más amplia de la respuesta en los diferentes entornos.

Aún falta mucho por investigar sobre el manejo del dolor en el neonato, razón por la cual muchos bebés en el mundo están siendo manejados sin respetar su dignidad. El estudio de la bioética en el dolor en el niño abre un nuevo horizonte para el manejo del derecho por una vida digna.