

Dilemas éticos en el dolor de personas con trastornos alimentarios

Fabiola Jazmín Domínguez Ramírez

Resumen

La relevancia de los trastornos alimentarios en las últimas 5 décadas en los países occidentales tiene que ver con la prevalencia que alcanzaron la anorexia y bulimia nerviosas (1 al 3% en mujeres jóvenes). Aunque hay ocasiones en que muchas personas se pueden preocupar por su salud, peso o apariencia, algunas se fijan excesivamente o se obsesionan con la pérdida de peso o la forma corporal y el control de los alimentos que consumen. Sin embargo, son múltiples las afecciones médicas que desencadenan estos cambios en el aporte nutricional que en un alto porcentaje pueden debutar con dolor en diferentes formas que más allá de su diagnóstico lo más relevante es su subdiagnóstico ya que desencadena una evolución negativa y atención tardía o nula.

Palabras clave: Trastornos alimentarios; Trastornos de Conducta Alimenticia (TCA); Bioética; Diagnóstico; Dolor Neuropático.

Domínguez Ramírez, F.J. (2023). Dilemas éticos en el dolor de personas con trastornos alimentarios. En J. Jaimes Cienfuegos, J. Monroy García, A.M. Millan Velázquez. (Coords). *Trastornos de la conducta alimentaria. Bioética y sociedad* (pp. 37-51) Religación Press. <http://doi.org/10.46652/religacionpress.83.c56>



OPEN ACCESS

*“El Dolor es para la humanidad un tirano más terrible
que la misma muerte”*

Albert Schweitzer

Introducción

En las últimas 5 décadas los trastornos alimentarios en los países occidentales tienen que ver con la prevalencia que alcanzaron la *anorexia* y *bulimia nerviosas*, del 1 al 3% en mujeres jóvenes, las cuales son enfermedades médicas graves con una influencia biológica que se caracterizan por alteraciones graves de las conductas alimentarias. Aunque hay ocasiones en que muchas personas se pueden preocupar por su salud, peso o apariencia, algunas se fijan excesivamente o se obsesionan con la pérdida de peso o la forma corporal y el control de los alimentos que consumen. Particularmente en el área que nos atañe podemos describir algunos cuadros específicos de dolor que pueden determinar incluso la punta del iceberg en la detección profesional de algunos de estos padecimientos.

Definición de Trastorno Alimentario

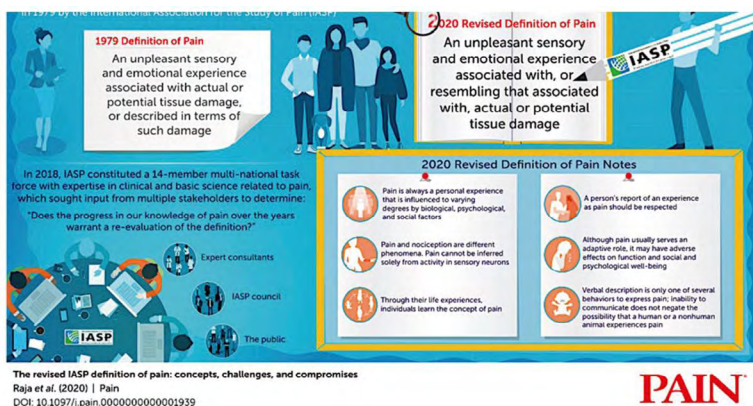
Sin embargo y aunque se revisa particularmente en los demás capítulos citaremos los Trastornos de la Conducta Alimentaria descritos en la quinta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, conocido comúnmente como DSM-V por sus siglas en inglés.

Dentro del apartado "Trastornos Alimentario y de la Ingestión de Alimentos" del DSM-V se incluye la Pica, el Trastorno de Rumiación, el Trastorno de Evitación/Restricción de la ingestión de alimentos, la Anorexia y la Bulimia Nerviosa, el Trastorno de Atracones y los Trastornos Alimentarios o de la Ingestión de alimentos especificado o no especificado.

Caracterizado por un miedo sobrevalorado a la gordura que impulsa un conjunto de eventos desadaptativos de alimentación y conductas compensatorias (restricción de alimentos) ingesta, atracones, ejercicio excesivo, vómito autoinducido y abuso de laxantes, diuréticos o pastillas para adelgazar, los TCA están asociados con una serie de problemas psicológicos y complicaciones fisiológicas, que típicamente empeoran con inanición o participación prolongada en purgas compulsivas. Las complicaciones psicológicas de los TCA incluyen síntomas depresivos y obsesiones (p. ej. preocupación por la comida). Las consecuencias fisiológicas adversas incluyen enfermedades cardiovasculares, osteoporosis, atrofia muscular, reflujo gastroesofágico y erosión dental; de este modo a menudo se presentan problemas músculoesqueléticos, dolor muscular torácico, abdominal u orofaríngeo, esto nos debe generar gran preocupación porque el dolor agudo y crónico contribuyen a mala calidad de vida, disminución del bienestar, discapacidad física y aumento de la mortalidad. Existe una clara asociación entre depresión y dolor crónico y eso es innegable en un paciente sin el antecedente de TCA sin embargo en este grupo de pacientes no solo está clara su presencia sino su pobre diagnóstico temprano.

Definición de Dolor

“El dolor es una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada o similar a la asociada a una lesión tisular real o potencial”



Lo interesante de esta definición no está en la propia definición, sino que refleja las diferentes visiones y relevancia de los diferentes componentes del dolor, donde los aspectos psicológicos se tienen en cuenta de una manera sutil, pero relevante ya que se ha querido reflejar en el término “similar a la asociada a una lesión”. Aunque no exista lesión objetiva se valida el dolor como algo real ya que anteriormente la definición de dolor decía “cualquier experiencia que la persona dice que es dolor, existiendo siempre que él o ella dice que lo es” siendo una experiencia subjetiva, en esta redefinición se reflejan más claramente los aspectos cognitivos o emocionales del dolor y más adelante retomaremos por qué se vuelve fundamental en el abordaje de este tipo de personas con TCA.

Tipos de Dolor

La IASP (International Association for the Study of Pain) ha asesorado a la OMS (Organización Mundial de la Salud) mediante la creación de la Task Force for the Classification of Chronic Pain.

La nueva clasificación divide el dolor crónico en siete grupos: dolor crónico primario, dolor crónico por cáncer, dolor crónico postquirúrgico o postraumático, dolor crónico neuropático, dolor orofacial y cefalea, dolor visceral crónico y dolor crónico musculoesquelético. La primera implicación práctica es que define de forma separada dos entidades: el dolor crónico primario (caracterizado por alteración funcional o estrés emocional no explicable por otra causa) y se plantea como una enfermedad en sí misma y el dolor crónico secundario, que es una entidad donde el dolor es un síntoma de una condición clínica subyacente. Entre las novedades del CIE-11: se incluye al dolor crónico oncológico que tiene un tratamiento de especificidad, al igual que el dolor postquirúrgico o postraumático, el dolor orofacial y cefalea se clasifican en consonancia con la clasificación ICHD-3 (International Classification Headache Diseases), el dolor crónico musculoesquelético secundario se define como el que afecta a las estructuras como tendones, músculos y huesos, ya sea debido a inflamación, cambios crónicos en su estructura o por alteración de la función biomecánica secundaria a enfermedades del sistema nervioso, no debemos olvidar el concepto mismo de Dolor Neuropático:

Es un dolor secundario a una lesión más o menos completa de las fibras sensitivas de un nervio periférico, es autogenerado, desaparecida la noxa el dolor persiste; esa característica lo diferencia del dolor fisiológico.

Por su etiología podemos clasificarlos en:

Por lesión del sistema nervioso central: Paraplejía y dolor talámico

Por lesión del sistema nervioso periférico: Entre los que tenemos los SDRC (Síndrome Doloroso Regional Complejo) tipo I y II; Dolor mantenido por el simpático que se caracteriza por falta de regulación autonómica focal; El dolor fantasma; Neuralgia postherpética, Neuropatía Diabética, etc.

Cuadros de Dolor asociados a TCA

Existen varios estudios de laboratorio en los que se ha encontrado que los pacientes con TCA tienen umbrales de dolor elevados en comparación con controles, la experiencia clínica de dolor en estos pacientes ha recibido relativamente poco estudio. Una investigación de trastornos gastrointestinales funcionales (FGID) en mujeres con TCA reveló que el 98% de los pacientes cumplieron con criterios (síndrome de colon irritable, acidez estomacal funcional, distensión abdominal, estreñimiento funcional, disfagia funcional, trastorno de dolor anorectal funcional), la mitad de los cuales informó 3 o más de estos síntomas dolorosos. En otro estudio para comparar pacientes con TCA contra pacien-

tes con enfermedades crónicas como trastorno de la articulación temporomandibular (TMD) encontró que el 61% de los pacientes con TCA informaron dolor facial.

Existen asociaciones entre el comportamiento de atracón y la sintomatología clínica que ameritó atención médica y se ha demostrado que un porcentaje mayor de varones, los atracones se asociaron significativamente con dolor de cuello-hombro, espalda baja, y dolor muscular crónico y consumo de fármacos analgésicos.

Los pacientes con TCA con frecuencia se quejan de síntomas neuropáticos en el curso de su enfermedad que se han asociado con neuropatía periférica, caracterizada por dolor neuropático, parestesias en las extremidades distales, debilidad muscular y disminución del sentido de la posición, pese a que los estudios neurofisiológicos de 51 pacientes no muestran evidencia, si se observó atrofia de tipo denervación en todas las biopsias musculares de pacientes con anorexia nerviosa, 5 presentaron datos clínicos sugestivos de un leve neuropatía periférica y solo 2 con neuromiopatía en pacientes con una forma grave de anorexia nerviosa y bulimia nerviosa, respectivamente. Estos hallazgos sugieren que las mediciones de electrodiagnóstico (velocidad de conducción nerviosa, potenciales evocados somatosensoriales) puede no ser lo suficientemente sensible para detectar temprano las etapas de una neuropatía periférica en pacientes con trastornos alimentarios.

Es probable que, en el curso de un trastorno alimentario, las fibras nerviosas de gran diámetro (A alfa, A beta), que son

medibles en el electrodiagnóstico, se afectan más tarde que las fibras nerviosas de pequeño diámetro (A delta y C). También se considera que una desnutrición proteica crónica es responsable de síntomas neuropáticos. No debemos olvidar que existen informes sobre el frecuente abuso de alcohol y drogas en pacientes bulímicos cuya causa puede ser tóxica.

Los casos entonces en los que existen deficiencias nutricionales claras se desarrollan polineuropatías metabólicas y tóxicas, aquí las pequeñas fibras son frecuentemente las más afectadas en forma temprana y el reporte electrodiagnóstico podría ser más claro.

Finalmente, los resultados sobre los umbrales de calor, frío y vibraciones sugieren que en pacientes anoréxicos y bulímicos *sin síntomas neuropáticos clínicos* las funciones de las fibras gruesas no se ven afectadas en la mayoría de los casos. Los umbrales térmicos tampoco se vieron afectados como el en caso de una polineuropatía diabética lo cual vuelve confuso el Diagnóstico y su interpretación así como el abordaje temprano.

La dilatación gástrica aguda es un proceso muy grave e infrecuente en pacientes sin antecedentes de enfermedad digestiva. Sin embargo, se han descrito casos en pacientes con alteraciones de la conducta alimentaria, especialmente después de ingestas compulsivas. Se manifiesta regularmente por dolor agudo de tipo visceral que puede confundirse con Enfermedad Ácido Péptica, las complicaciones de la dilatación gástrica aguda son la necrosis isquémica del órgano y la perforación que pueden conducir a una situación de shock irreversible. El diagnóstico precoz y la evacua-

ción gástrica, incluso en fases incipientes de isquemia y necrosis pueden evitar la realización de una laparotomía y/o un desenlace fatal.

Entrando en Dilema

Antes que nada, habremos de definir que es un dilema ético ya que si este concepto no lo tenemos claro es mucho más ambiguo entenderlo y sobre todo aplicarlo.

Dilema procede del griego, exactamente emana del nombre “dilemma”, que se forma a partir de la suma de dos partes diferenciadas: el prefijo “dis-”, que significa “dos”, y el sustantivo “lemma”, que es sinónimo de “temas”.

-Ético también emana del griego. En concreto, es fruto de la unión de “ethos”, que significa “costumbre”, y del sufijo “-ikos”, que puede traducirse como “relativo a”.

Se denomina dilema a la situación que obliga a optar entre dos alternativas. Lo ético, por su parte, es aquello que se ajusta a las normas morales: es decir, que se adapta a lo que se considera bueno, positivo o aceptable.

El deber esencial del médico señaló Hipócrates, “cuidar con devoción al hombre enfermo para devolverle la salud o cuando menos para mitigar el sufrimiento” este deber hecho mandato ha resistido el paso de los siglos y en la declaración de Ginebra, que es como una versión moderna del juramento Hipocrático se lee: “la salud de mi enfermo será mi preocupación primera”.

El Código Internacional de Ética Médica, dice: “El médico debe a su enfermo todos los recursos de su ciencia y toda su devoción. Cuando un enfermo o un tratamiento rebasen sus capacidades, debe llamar a otro médico que sea calificado en materia”

Cuando empezamos los estudios profesionales de Medicina todos tenemos una estructura de valores diferente diseñada y forjada con los años de experiencia vividos, la educación familiar, la educación vocacional y demás aspectos que nos darán por sentada una personalidad y una acumulación de toma de decisiones.

A través de la práctica profesional como algóloga me he encontrado frente a diferentes casos de pacientes con Dolor crónico cuya última opción fue la Clínica del Dolor ya que su caminar y transitar en la búsqueda de una solución a su dolor fue muy prolongada y en todos los casos han sido los mismos pacientes quienes mediante su propia búsqueda encontraron el camino hacia el estudio, valoración y adecuado tratamiento del dolor, no por una derivación de otro colega especialista que no logró dicho beneficio sino por sus propios medios, intentaré ser más clara y explícita a través de 1 caso clínico de 3 que motivaron mi participación en este libro.

AGE masculino de 34 años de edad, con identidad transgénero, llega a México hace 2 años refiere haber vivido más de 20 años en los EU, cuenta con antecedente de anorexia nervosa de más de 20 años de evolución recibiendo tratamiento farmacológico y psicoterapéutico los últimos 10 años. Cuenta con antecedente quirúrgico de plastía inguinal y umbilical en diferentes tiempos, Sx Intestino Irritable, Enfermedad Acido Péptica, Ansiedad.

Niega otros crónicos degenerativos. Tabaquismo + 9 g/día, alcoholismo + refiere semanal. Tratamiento actual Paracetamol 500 mg VO en caso de dolor.

Acude por dolor con características neuropáticas francas (alodinia, hiperalgesia, ardor) en trayecto intercostal izquierdo T9-T11 de inicio hace 5 años acude a atención en EU donde realizan protocolo de estudio sin encontrar evidencia diagnóstica canalizándolo a Psiquiatría, persiste el dolor y ante la nula respuesta decide regresar a México donde acude nuevamente a instituciones públicas por falta de recursos, es hospitalizado y canalizado nuevamente a psiquiatría si recibir tratamiento y/o evaluación, es derivado a esta unidad de dolor por Médico Anestesiólogo del último hospital y se inicia protocolo con TAC Torácica la cual evidencia Sx Rarefacción asociado a Tabaquismo, EMG y VNC sin evidencia de lesión, Laboratoriales con evidencia de hipoproteïnemia, hipoalbuminemia, Disminución de Ferritina, Vit D y B12., Hipocalcemia.

Se determina por Clínica Sx Carencial + Neuropatía Periférica Carencial. Se inicia manejo farmacológico neuromodulador y opioide con mejoría del dolor en un 80% iniciando rehabilitación, apoyo Nutricional y Psicológico.

AGE es un hombre trans con características físicas suigénis con una estatura de 1.93 y peso de 52 kg quien viste de una forma femenina, atrevida lo cual le propició mala aceptación de los equipos clínicos de Urgencias desde su llegada a los Centros Hospitalarios en México y EU, a referencia de él y su madre no hubo acercamiento para una exploración física incluso.

Esto una vez más nos acerca al desapego que puede generar un apariencia física con rechazo, repulsión e incluso discurso de odio, quién no recibió atención médica no por no encontrar diagnóstico sino por ser quien es. A veces hablar de ética puede parecer un tema complejo para muchas personas, más aún cuando se trata de ética aplicada al ejercicio profesional. En disciplinas concretas como el área de la salud, hay constantes situaciones que ponen en entredicho la capacidad de tomar buenas y correctas decisiones, debido a que se genera un dilema entre las creencias, valores y principios de los agentes que prestan los servicios, así como de aquellos que los reciben.

Conclusión

Las personas con trastornos de alimentación no eligieron tenerlos. Estos trastornos pueden afectar la salud física y mental de quien los padece, sufrir discriminación, violencia y en algunos casos hasta pueden poner en peligro la vida. Se suma además la exigencia social ante un determinado estereotipo de forma física, las diferencias entre las determinantes sexuales y las diferentes tendencias y preferencias sexuales, la condición económica, el acceso a servicios de salud y otros muchos factores que pueden determinar la posibilidad de recuperación y la forma en que se aborda este serio problema.

Lo que verdaderamente nos parece adecuado y profesional es mantener con el paciente una actitud empática y una alianza terapéutica que nos ayude a entender cuáles son las necesidades

de esa persona, para trabajar junto al paciente. Este tipo de comunicación y la relación entre terapeuta y paciente permiten, con el paso de los días, establecer un entorno favorecedor y de confianza y conseguir así una mayor adherencia al tratamiento y una mejor conciencia de enfermedad.

Referencias

- Bonica, J.J. (1990). *The management of pain*. 2nd edition. Lea & Febiger.
- Coughlin, J. W., Edwards, R., Buenaver, L., Redgrave, G., Guarda, A. S., & Haythornthwaite, J. (2008). Pain, catastrophizing, and depressive symptomatology in eating disorders. *The Clinical journal of pain*, 24(5), 406–414. <https://doi.org/10.1097/AJP.0b013e3181633fc5>
- Pérez Porto, J., y Merino, M. (2017, mayo 18). Dilema ético—Qué es, definición, ejemplos y tipos. *Definicion.de*. <https://definicion.de/dilema-etico/>
- Sinatra, R. (2010). Pain definitions and assessment. In R. Sinatra, J. Jahr, & J. Watkins-Pitchford (Eds.), *The Essence of Analgesia and Analgesics* (pp. 3-6). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511841378.002>
- Pain terms: a list with definitions and notes on usage. Recommended by the IASP Subcommittee on Taxonomy. (1979). *Pain*, 6(3), 249.
- Pauls, A. M., Lautenbacher, S., Strian, F., Pirke, K. M., & Krieg, J. C. (1991). Assessment of somatosensory indicators of polyneuropathy in patients with eating disorders. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, 241(1), 8–12. <https://doi.org/10.1007/BF02193748>
- Vázquez Parra, J.C., & Martell Espericueta, C.M. (2020). El respeto de la autonomía como elemento fundamental en el tratamiento ético de los trastornos de la conducta alimentaria. *Revista Latinoamericana de Bioética*, 20(1), 93-105. <https://doi.org/10.18359/rlbi.4369>

Ethical Dilemmas in the Pain of People with Eating Disorders

Dilemas éticos na dor para pessoas com transtornos alimentares

Fabiola Jazmín Domínguez Ramírez

<https://orcid.org/0009-0007-5003-5411>

Grupo Olkinam Clínica contra el Dolor y el Cáncer | Metepec | México

jaziola1@hotmail.com | fdominguez@olkinam.com

Médico Cirujano y Homeópata (IPN), Anestesiología (UNAM), Algología (UNAM), Máster en Medicina Paliativa. Hospital Sn Pau Barcelona. Fundadora de Diferentes Unidades de Dolor pública y privada, Ponente en diferentes foros. Fundadora y Directora de Grupo Olkinam Clínica contra el Dolor y el Cáncer.

Abstract

The relevance of eating disorders in the last 5 decades in Western countries has to do with the prevalence reached by anorexia nervosa and bulimia nervosa (1 to 3% in young women). Although there are times when many people may be concerned about their health, weight, or appearance, some become overly fixated or obsessed with weight loss or body shape and controlling the food they eat. However, there are multiple medical conditions that trigger these changes in the nutritional intake that in a high percentage can debut with pain in different forms that beyond its diagnosis the most relevant is its underdiagnosis because it triggers a negative evolution and late or no attention.

Keywords: Eating disorders; Eating Behavior Disorders (ED); Bioethics; Diagnosis; Neuropathic Pain.