

Paciente terminal y dolor oncológico

F. MIRALLES Y E. ROBLES

RESUMEN

El concepto terminal posee unas premisas básicas que incluyen: falta de respuesta a los tratamientos específicos, sintomatología múltiple e intensa, impacto emocional y pronóstico de vida inferior a 6 meses.

Existen diferentes tipos de dolor en el paciente oncológico y es importante tipificar bien las características porque la aproximación terapéutica puede ser diferente. Existen, sin embargo, una serie de síndromes comunes del dolor oncológico que conviene conocer, como los derivados de las metástasis raquídeas, de huesos sacros y de la base del cráneo, la infiltración de nervios periféricos, las metástasis cerebrales, la compresión medular, la afectación de vísceras abdominales y la afectación de las mucosas. La evaluación del paciente terminal con dolor oncológico presenta algunas consideraciones particulares, y especialmente la ausencia de síntomas neurovegetativos habituales en el dolor agudo. Se utilizan, no obstante, las mismas escalas y cuestionarios que en otros dolores crónicos, como el *McGill Pain Questionnaire*, *Darmouth Pain Questionnaire*, *West Yale Multidimensional Pain Questionnaire*. Es necesaria la comparación cronológica de las mediciones efectuadas para evaluar la evolución del dolor. El tratamiento del paciente terminal con dolor oncológico incluye el uso de AINE y analgésicos no opiáceos. El metamizol es más potente que los AINE clásicos y su acción analgésica en dosis altas

SUMMARY

The terminal illness is necessarily multidisciplinary, because the number of symptoms, the oscillate course and its wide variations both between individuals and over time. A knowledge of the painful syndromes produced by cancer and its treatment is very important consideration when attempting to determine the evolution of the disease, deciding appropriate treatment and assessing the results obtained. These painful syndromes included: metastases in bone, infiltration or destruction of nerves, stretching of the capsule of a solid organ or obstruction of a hollow viscus and mucosal infiltration.

The pain evaluation used in terminal illness patients were similar that used in chronic pain. This included: *McGill Pain Questionnaire*, *Darmouth Pain Questionnaire*, *West Yale Multidimensional Pain Questionnaire*. Mild pain can be treated with a non-opioid such as NSAIDs, and the choice is metamizol. With escalating pain or a very sick patient it is advisable to change directly from NSAIDs to morphine. The use of opioids for pain control is still very low. Now are commonly used in the treatment of chronic pain in oncological patients.

Oral administration of morphine is preferred as it is more acceptable to the patients. Injections or the continuous subcutaneous infusions of a strong opioids are required if there is vomiting, marked dysphagia or coma. Spinal opioids is used in the management of severe cancer pain. An analysis is made of three

Unidad del Dolor
Servicio de Anestesiología
Hospital de la Vega Baja
Orihuela, Alicante

Dirección para correspondencia:

Hospital de la Vega Baja
Servicio de Anestesiología
Unidad del Dolor
Ctra. Almoradi-Orihuela, s/n
03314 Orihuela
Alicante

puede ser equiparable a la morfina. A diferencia de los restantes AINE tiene un efecto espasmolítico que lo hace especialmente útil en dolores viscerales tipo cólico. Los opiáceos aunque han mejorado en su prescripción siguen siendo infrautilizados. El riesgo de adicción, tolerancia y dependencia física no son ninguno de la entidad suficiente como para privar al paciente oncológico del beneficio de su uso. La morfina oral por presentar una biodisponibilidad del 20% obliga a utilizar dosis altas. La forma galénica de liberación sostenida permite mejorar su utilización y el cumplimiento, y la dosis de inicio presenta una gran variabilidad individual. Los efectos indeseables incluyen: sequedad de boca, náuseas y vómitos, estreñimiento, sudoración, sedación, somnolencia y delirio, vértigos, posible depresión respiratoria, hipotensión ortostática, retención urinaria y prurito. La metadona, el dextropropoxifeno, la codeína, la dihidrocodeína y el tramadol son considerados en la actualidad como opiáceos alternativos. La meperidina, por la acumulación de su metabolito neurotóxico, la normeperidina, no se utiliza en dolor crónico, y el coctel de Brompton, que mezcla morfina, cocaína y ginebra, por el supuesto efecto potenciador de la analgesia del alcohol y la cocaína, no presenta ventajas con respecto a la solución acuosa de morfina. Otras vías de administración incluyen: intramuscular, endovenosa, subcutánea, transdérmica y rectal, así como la vía espinal en situaciones especiales. En cuanto a las formas de programar la analgesia, existen 3 formas: la escala de la OMS, según necesidad y a intervalos fijos. No obstante todo lo anterior, el tratamiento sintomático del paciente oncológico terminal requiere de un tratamiento integral, que ha sido bien definido por la SECPAL.

Palabras clave: Dolor oncológico. Opiáceos. Vía espinal.

factors that contribute to the pathogenesis of pain: nociception, neuropathy and psychological alterations. The different therapies had to be flexible and in combination. It is recommended to use of specific protocols in order to keep safe, appropriate and efficacious prescription. For pain control, the World Health Organisation suggest the used of analgesic ladder (by ladder, by mouth, by the clock and for the individual). The most important objective is to offer the patients and their families a good quality of life. Palliative care included "all that you can do, when there is nothing to do".

Key words: Cancer pain. Opioids. Block of spinal nerves.

INTRODUCCIÓN

Es en los pacientes oncológicos en los que el vocablo *terminal* cobra su verdadero sentido. De hecho, son los pacientes afectados de enfermedad oncológica los que tienen mejor definida su historia natural de evolución de la enfermedad (por el contrario de otros grupos como los SIDA, etc.). No obstante, no es fácil

precisar o definir el momento cuando un paciente oncológico pasa a ser terminal. De hecho, no hay un criterio único y unívoco, sino la asociación o simultaneidad de varios de ellos que nos hace catalogar a un paciente oncológico como terminal:

Que la respuesta a los tratamientos específicos sea inexistente.

Que los síntomas sean múltiples, intensos, multifactoriales y cambiantes.

Que exista gran impacto emocional en el paciente, su familia y sus cuidadores en relación con la posibilidad de la muerte.

Que se establezca un pronóstico de vida de menos de 6 meses¹.

Este último criterio, establecido por convención, es más que relativo y sólo tiene un cierto valor documental y estadístico, ya que si en algo concuerdan las series de datos publicados por distintas unidades oncológicas de dolor o de cuidados paliativos es, precisamente, en la amplia variabilidad al respecto.

El dolor en un paciente oncológico tiene un significado distinto del dolor en otros tipos de enfermedades. La palabra *cáncer* tiene unas connotaciones aterradoras para la gran mayoría de la población: sometimiento a tratamientos quimioterápicos o radioterápicos que conllevan intoxicaciones intensísimas; tratamientos quirúrgicos que acarrear mutilaciones; pérdida de la autonomía tanto por los tratamientos como por la enfermedad oncológica en sí (anorexia, debilidad, etc.); tremendo e intenso miedo al devenir de la enfermedad (pronóstico de vida incierto, perspectivas de muerte), etc. De tal manera que, además del dolor físico originado por causas concretas, existe un componente de sufrimiento multicausal que suele exacerbar el dolor y hacer que las medidas de tratamiento del mismo puedan llegar a ser menos eficaces de lo habitual si no se tratan simultáneamente las otras causas de sufrimiento del paciente. En la gran mayoría de los casos, el dolor y el sufrimiento de la enfermedad oncológica se agravan y tornan más intensos conforme la evolución del paciente se hace terminal y se va aproximando el momento de la muerte².

No obstante lo anterior, no todos los cánceres son especialmente dolorosos (linfomas, leucemias), independientemente del grado de sufrimiento que experimente el paciente a lo largo de la enfermedad. Por el contrario, otros cánceres sí añaden al sufrimiento la presencia de dolor de distinto origen y que llega a ser muy intenso, especialmente al evolucionar la enfermedad y antes de la muerte (cánceres gástricos, de páncreas, metástasis óseas, afectación de nervios o plexos, etc.). En general, en estadios iniciales un 25-30% de los cánceres producen dolor; en estadios intermedios esta cifra asciende hasta un 45-60% y en estadios avanzados es igual o superior al 80%. Estas cifras son tanto más dramáticas en cuanto se estima que, con los medios disponibles en la actualidad, más de un 90% de los pacientes oncológicos no deberían sufrir dolor, caso de ser adecuadamente utilizados estos medios.

TIPOS DE DOLOR ONCOLÓGICO³⁻⁵

El dolor en un paciente oncológico se puede deber al desarrollo de la enfermedad o tener un origen yatrógeno en tratamientos previos, generalmente quimio o radioterapia y cirugía de distinto tipo. Tanto en uno como otro caso, cabe diferenciar patrones diferentes de dolor, el debido a un exceso de estímulos nociceptivos (evolución y crecimiento del tumor con invasión tisular, por ejemplo), sordo y continuo, más o menos definido según características y localización, etc. y el originado en lesión parcial de vías de conducción nerviosas, dolor por desaferenciación o neuropático, con características como descargas eléctricas, agudas y lancinantes, parestesias y/o disestesia, etc. Una tercera posibilidad es el dolor visceral, difícilmente definible y precisable. Por último, no hay que olvidar que no todo dolor en un paciente neoplásico ha de tener su origen en esta enfermedad (los pacientes oncológicos no están libres de sufrir apendicitis, herpes zoster, artrosis, etc.).

Es importante tipificar bien las características del dolor, porque la aproximación terapéutica puede ser absolutamente diferente. Los analgésicos, opiáceos o no, suelen aliviar el dolor por nocicepción y el visceral, mientras que el neuropático responde mejor a fármacos neuromoduladores de distinto tipo.

Globalmente, en el conjunto de los cánceres e independientemente de la edad, el origen más frecuente de dolor es el óseo, y dentro de éste, las metástasis raquídeas (tumores de mama y próstata especialmente). La base del cráneo, la cintura escapular y pélvica y las cabezas humeral y femoral son otras localizaciones frecuentes. Son excepcionales la localización única y en huesos largos. El dolor tiene que ver con los procesos de destrucción y regeneración ósea producidos por el tumor y la participación de las prostaglandinas (PGE₂) en ellos es muy importante. Por este motivo, los AINE son especialmente útiles en el dolor oncológico de este origen.

La afectación del SNC, encéfalo o meninges, produce hipertensión endocraneal y cefalea de difícil tratamiento con analgésicos convencionales. La afectación de plexos, braquial (tumores del vértice pulmonar y mama) o sacro (tumores ginecológicos), es otra causa común de dolor neuropático. Asimismo, la compresión o invasión afecta en ocasiones a distintos nervios periféricos.

La afectación visceral, tanto primaria (páncreas, hígado, estómago) como metastásica (melanoma en el intestino) produce dolor, en ocasiones incluso tipo cólico.

La extensión tumoral en tejidos blandos produce dolor por exceso de nocicepción, mientras que la obstrucción del drenaje linfático o venoso llega a producir linfedema elefantásico en brazos (posmastectomía y vaciamiento axilar) y en piernas (obstrucción por tumores pélvicos de distinto origen).

SÍNDROMES COMUNES DE DOLOR ONCOLÓGICO³⁻⁵

Aunque posible en cualquier localización, existen algunos cuadros "clásicos" de dolor oncológico, especialmente frecuentes o bien definidos que merece la pena recordar.

Las metástasis raquídeas en C₇-D₁, frecuentes en cáncer de mama y pulmón, originan dolor constante, profundo, en la zona cercana a las apófisis e irradiado a uno o ambos hombros, incluso territorio del nervio cubital, con o sin parestesias y/o paresia.

En L₁, frecuentes en el cáncer de mama y próstata, origina dolor lumbar, en articulaciones sacroilíacas y en las crestas ilíacas, que aumenta al sentarse o levantarse y que disminuye en decúbito.

En sacro, también con origen en mama y próstata, originan dolor en zona baja de la columna y coxis, que mejora con la deambulación y empeora al sentarse. Son comunes la hipoestesia perianal, las alteraciones esfinterianas y la impotencia.

Las metástasis en la base del cráneo, procedentes de cáncer de orofaringe o mama, próstata o pulmón, entre otros, producen diferentes síndromes en los que el dolor suele ser el primer síntoma, ya que dadas las características de la zona (espacio inextensible, pares craneales, etc.), incluso minúsculos crecimientos, indetectables por las técnicas diagnósticas al uso, producen dolor. Es clásica la afectación del agujero yugular con dolor occipital irradiado a los hombros y brazos y agravado por los movimientos de cabeza, y con afectación de los pares IX y XII. La localización en el canal basilar origina cefalea agravada por la flexión cervical y afectación de los pares VII y XII. En el seno esfenoidal origina dolor frontal, en la sien y retroorbital, congestión nasal y

posible diplopia. La afectación del seno cavernoso origina dolor frontomalar y supraorbitario, con afectación ocular (diplopia, oftalmoplejia, papiledema).

La infiltración, compresión y todo tipo de daño en nervios periféricos o plexos produce dolor agudo, lancinante, quemante, como descargas eléctricas, parestesias, disestesia, paresia y alteraciones vegetativas (distrofia simpática refleja, con hiperestesia, sudoración, cambios vasculares, etc.), cuya localización depende del territorio de innervación afecto. En el plexo braquial (metástasis, extensión de tumores vertebrales o de Pancoast), el dolor comienza en el hombro y escápula y se extiende a la zona cubital del miembro correspondiente. En el plexo lumbosacro (tumores de próstata, vejiga, colon, útero, ganglios o sacro), el dolor puede localizarse en cadera (L₁, L₂, L₃), pierna y tobillo (L₅, S₁, S₂) o área perineal-perianal (S₂, S₃, S₄) o en todas simultáneamente, acompañado de parestesias, disestesia, paresia, etc.

Las metástasis cerebrales son frecuentes en cánceres de mama, pulmón, testículos y ano. Producen cefalea difusa que suele ser peor por la mañana y mejorar algo a lo largo del día.

La compresión medular por afectación epidural produce dolor local, con posible irradiación radicular uni o bilateral, paresia y posible paraplejia, hipoestesia y afectaciones intestinales y vesicales.

La afectación de vísceras abdominales huecas, o conductos de vísceras sólidas (colédoco, Wirsung, uréteres) produce dolor difuso mal localizado o tipo cólico, con náuseas, vómitos, distensión, etc. La de vísceras sólidas, dolor difuso abdominal o en la pared y síntomas propios de la víscera afecta.

La afectación de las mucosas (mucositis, con ulceración, necrosis), además de por invasión tumoral, son también comunes tras tratamientos con quimio o radioterapia; producen dolor intensísimo, quemante y muy desagradable, en labios, boca, garganta, nariz y resto del tubo digestivo, que impide la ingesta de todo tipo de alimento, incluso agua.

La quimioterapia también puede producir: neuropatías periféricas, con dolor quemante continuo en manos y/o pies, disestesia y parestesia; y seudorreumatismo y necrosis aséptica de la cabeza del húmero o fémur relacionadas con el uso de corticosteroides. Frecuentemente, la inmunosupresión facilita el desarrollo de herpes zoster y neuralgias postherpéticas, con sus características propias de dolor.

La radioterapia origina reacciones fibróticas, y afecta a nervios o plexos, meses o incluso varios años

después del tratamiento; las características del dolor son las descritas más arriba.

Finalmente, las intervenciones quirúrgicas, fundamentalmente tras mastectomías, vaciamentos cervicales y toracotomías, pueden ser la causa del dolor, habitualmente por lesiones nerviosas inadvertidas o imposibles de evitar, que originan dolor continuo, quemante, con descargas eléctricas, hiperestesia, disestesia, etc. en los territorios nerviosos afectados.

EVALUACIÓN DEL PACIENTE TERMINAL CON DOLOR ONCOLÓGICO⁶⁻⁹

El dolor oncológico tiene unas connotaciones especiales que le hacen diferente a otros tipos de dolor. Por una parte, en la mayoría de las ocasiones no es ni claramente visceral ni nociceptivo ni neuropático, sino una mezcla de 2 o de los 3. Suelen faltar los síntomas neurovegetativos habituales en el dolor agudo. Por otra parte, los factores psicológicos, sociales, religiosos o financieros asociados, especialmente en estadios avanzados del cáncer, influyen significativamente en el dolor. Paradójicamente, y al contrario de lo que ocurre con el dolor crónico no neoplásico, el dolor del cáncer suele responder bien a los tratamientos farmacológicos clásicos y, en razón de las cortas expectativas de vida, determinados procedimientos neurolíticos, difíciles de plantear en otros tipos de dolor, en el oncológico son asumibles.

Por ello, es especialmente importante la evaluación del dolor, tanto al inicio como durante el seguimiento del tratamiento. Éste, más que ala obtención de mera analgesia, irá dirigido a la obtención de la mejor calidad de vida posible, por lo que frecuentemente será multimodal y con participación de diversos especialistas.

Ya hemos visto los tipos y algunos de los síndromes usuales de dolor oncológico. La evaluación de la intensidad del mismo se hace con distinto tipo de escalas, de las cuales la más usada es la analógica visual, consistente en una línea continua de 10 cm con un extremo marcado como cero o no dolor, y el otro con un 10 o máximo dolor posible. El paciente autorregistra con una marca el dolor que siente. Otras escalas son categóricas, con distintos tipos de adjetivos (no dolor, leve, moderado, muy intenso, por ejemplo). Los cuestionarios multidimensionales pretenden evaluar no sólo la intensi-

dad sino la calidad y la influencia que éste ejerce sobre otras variables psicológicas y sociales. El *McGill Pain Questionnaire* es uno de estos instrumentos, quizá el más extendido; el *Darmouth Pain Questionnaire*, o el *West Haven Yale Multidimensional Pain Inventory*, otros.

Dada la cronicidad del dolor, se hace necesaria la comparación cronológica de las mediciones efectuadas, para evaluar la evolución del mismo, los resultados de los tratamientos, etc. Uno de los métodos más utilizados es el test de Lattinen, que valora diariamente la frecuencia e intensidad del dolor, el consumo de analgésicos, el grado de incapacitación producido y el reposo nocturno. En el método de Pozzi, se registra el número de horas, de las 24 posibles al día, que el paciente ha dormido, ha estado sin dolor o con alguno de los 5 grados propuestos (leve, molesto, que cansa, terrible e insoportable).

Las alteraciones psicológicas más frecuentes en los pacientes con dolor oncológico son ansiedad y depresión. Ansiedad, por miedo al futuro, a la evolución de la enfermedad, a la pérdida de la capacidad del autocuidado, al fracaso de los tratamientos, a la mutilación, al dolor continuo, etc. En este sentido es muy importante saber si el paciente conoce o no la realidad de su enfermedad. La depresión se origina en la desesperanza de curación, en la creencia de que el dolor es inevitable, en la convicción de la pérdida de las funciones fisiológicas y de la imagen corporal, etc.

TRATAMIENTO DEL PACIENTE TERMINAL CON DOLOR ONCOLÓGICO¹²⁻²¹

Por definición, el tratamiento oncológico específico ya no es eficaz en el paciente terminal. Esta asunción nos lleva a 2 conclusiones: 1. La insistencia en procedimientos diagnósticos invasivos y/o que conlleven molestias para el paciente tiene poco sentido. 2. Asimismo, los posibles procedimientos terapéuticos que conlleven dolor, malestar o disconfort para el paciente. Esto no significa que se desestime el esfuerzo terapéutico con estos pacientes, sino todo lo contrario: el esfuerzo terapéutico ha de ser máximo, pero dirigido no hacia la curación –inviabile–, sino a obtener el máximo confort y calidad de vida para el paciente. Por ello, procedimientos quirúrgicos, quimioterápicos o radioterápicos potencialmente curativos tienen

poca o ninguna razón de ser en los pacientes en esta fase evolutiva de la enfermedad oncológica – aunque la pudieran haber tenido en fases previas de la misma–. Otra cosa diferente son las indicaciones paliativas de estos procedimientos (radioterapia paliativa ante fracturas patológicas vertebrales; uso de corticosteroides ante hipertensión cerebral, utilización de bifosfonatos con intención analgésica; indicación quirúrgica –colostomía– ante una obstrucción intestinal metastásica, o ante una apendicitis intercurrente, etc.). Por ello, nos centraremos en el tratamiento farmacológico del dolor con analgésicos, sin insistir incluso en fármacos coadyuvantes.

LOS ANALGÉSICOS NO OPIÁCEOS^{18,19}

Suponen los primeros fármacos administrados en el dolor oncológico, bien por indicación médica, bien por automedicación. El abanico de posibilidades es tan amplio como los analgésicos no opiáceos disponibles, AINE o no.

En la actualidad, el grupo básico de estos fármacos en nuestro país está formado por 3: aspirina, paracetamol y metamizol. Esto es así por la amplia difusión de los mismos dentro de la población en general y la facilidad para su autoconsumo sin necesidad de receta médica. Por ello, difícilmente nos llegará un paciente con dolor oncológico que no haya utilizado alguno (o los 3) de ellos.

No es objeto de este capítulo la revisión exhaustiva de este tipo de fármacos pero sí es necesario recordar algunos conceptos.

Como grupo farmacológico se diferencian del otro gran grupo, los opiáceos, en que:

- Tienen un efecto “techo” analgésico, el incremento de dosis no obtiene mayor analgesia.
- No producen tolerancia ni dependencia, física o psíquica.
- Son antipiréticos.
- El mecanismo de acción es el bloqueo de la síntesis de prostaglandinas, fundamentalmente la E_2 (PGE_2), mediante la inhibición de la enzima ciclooxigenasa (COX-1 y COX-2). Una excepción es el paracetamol, cuya acción sobre las ciclooxigenasas es muy variable según el tejido del que se trate, siendo escasa en estructuras periféricas.

Fisiológicamente, una de las funciones de la PGE_2 es la sensibilización de los receptores periféricos al dolor a las sustancias algógenas tipo bradicinina, serotonina y otras. Los AINE, al bloquear las prostaglandinas elevan el umbral periférico al dolor. Están especialmente indicados en el dolor originado en metástasis óseas. Como el mecanismo de acción es fundamentalmente periférico, podemos adelantar que su asociación con el otro gran grupo de fármacos analgésicos, los opiáceos, de acción mayoritariamente central, está plenamente justificada.

La aspirina es el más clásico (500-1.000 mg / toma oral). Sin embargo, su uso se ve seriamente limitado por los efectos gastrointestinales y sobre la coagulación a largo plazo. La sensibilidad cruzada con otros AINE puede ser un problema grave. En un intento de evitar los efectos gastrolesivos se han desarrollado diversas opciones: la unión a otras moléculas, la encapsulación, etc. Derivados disponibles son el acetilsalicilato de lisina, diflunisal, fofosofal, salsalato, benorilato, etersalato, etc. Tanto la biodisponibilidad general como la unión a proteínas es de alrededor del 90%.

El paracetamol (500-1.000 mg / toma oral) tiene muy poca acción sobre las prostaglandinas en general y especialmente las de la mucosa gástrica; por ello, se tolera muy bien y tiene escasos efectos indeseables. El problema es la posible intoxicación en insuficientes hepáticos (dosis únicas de 10-15 g) y el posible agravamiento de ésta y el desarrollo de insuficiencia renal por necrosis hepática y tubular renal. La asociación con un opiáceo débil, la codeína, se ha mostrado muy eficaz como analgésico. Diversos estudios recomiendan la asociación paracetamol 500 mg y codeína 30 mg como la óptima.

El metamizol (0,575-2 g / toma oral; 1-2 g i.m. o e.v.) es más potente como analgésico que los 2 anteriores; su acción analgésica a dosis altas puede ser equiparable a la de dosis bajas (6-8 mg) de morfina. El efecto gastrolesivo es bajo pero posible. El efecto indeseable más preocupante, aunque de bajísima incidencia, es la agranulocitosis. A diferencia de otros AINE tiene un efecto espasmolítico que lo hace especialmente útil en dolores viscerales de tipo cólico.

El abanico de posibilidades de otros AINE es amplísimo; dentro de los más utilizados en el dolor neoplásico también cabe reseñar el diclofenaco, el ibuprofeno y el ketorolaco. El diclofenaco (50 mg / 8 h oral; 75 mg / 12 h i.m.) es muy potente, tanto como analgésico como antiinflamatorio, pero su

gastrolesividad es mayor que otros AINE. Por el contrario, el ibuprofeno (a dosis bajas: 400 mg / 8 h oral) disfruta de una baja gastrolesividad. El ketorolaco (hasta 40 mg/día oral y 120 mg/día parenteral) es un analgésico muy potente, con gran afinidad (99%) a proteínas plasmáticas. Como su uso no se recomienda más allá de 1 semana, puede ser útil para tratar dolores incidentales agudos, pero no continuos. Por último, cabe resaltar la posible utilidad futura de fármacos AINE inhibidores selectivos de la enzima COX-2, como el celecoxib (100-200 mg oral/día) y el rofecoxib (12,5-25 mg oral/día), ambos utilizados en la actualidad en el tratamiento de la artrosis y provistos de una gran tolerabilidad gastrointestinal, hemorrágica y renal.

LOS EFECTOS INDESEABLES DE LOS AINE^{18,19}

Son variados y, en general, dependientes de la inhibición de la enzima COX-1 (por ello, se evitan con los inhibidores selectivos de la COX-2): gastrolesividad, nefrotoxicidad, alteración de la coagulación, hipersensibilidad, hepatotoxicidad y efectos sobre el SNC. Los más frecuentes e importantes son los 2 primeros.

La gastrolesividad puede oscilar desde la simple sensación de dispepsia hasta la úlcera y consiguiente hemorragia gastroduodenal, muchas veces no detectada, por microsangrado y que contribuye a la anemia frecuente de los pacientes neoplásicos. Factores de riesgo son el alcohol y el tabaco. Es preceptiva la protección gástrica en estos enfermos en que la utilización de AINE será a largo plazo: sucralfato, ranitidina, omeprazol o misoprostol son distintas posibilidades profilácticas. Este último parece mostrar un cierto efecto acelerador del tránsito gastrointestinal muy útil en tratamientos concomitantes con opiáceos.

La afectación renal puede oscilar desde las alteraciones electrolíticas (inhibición ADH, con hiponatremia e hiperpotasemia), hasta la necrosis papilar, pasando por el fallo renal agudo y el síndrome nefrótico con nefritis aguda intersticial. La incidencia oscila desde el 5 hasta el 20% (pacientes de riesgo: insuficiencia renal previa, diabéticos, ancianos, mala hidratación, etc.). Lo más importante es tener siempre presente esta posibilidad para la correspondiente detección y tratamiento precoces.

LOS OPIÁCEOS^{10-13,20,21}

La utilización de los opiáceos como analgésicos es muy antigua. Las diferentes mezclas de derivados del opio por vía oral han tenido clásicamente un lugar en el tratamiento del dolor. Sin embargo, durante unas décadas de este siglo, el prototipo de opiáceo natural, la morfina, no se ha prescrito por vía oral por la creencia generalizada de ineficacia por esta vía.

En 1953, en un estudio clásico de Beecher, et al. comparando morfina, aspirina y placebo, se llegó a la conclusión de que la morfina oral (10 mg) no era más efectiva que el placebo, y menos efectiva que la aspirina en el dolor agudo postoperatorio. Este y otros estudios propiciaron que la morfina no se utilizase por esta vía hasta hace relativamente pocos años. Fue el movimiento de los *hospices* ingleses y, concretamente, en un hospital londinense (Brompton), donde se reevaluó y resurgió la administración de morfina por vía oral. La biodisponibilidad de la morfina oral (ampliamente reducida por un fenómeno farmacocinético de primer paso hepático), es diferente de la supuesta relación parenteral/oral 1:1, de manera que se necesitan dosis elevadas para conseguir analgesia, mayores que las clásicas parenterales. Esta falta de conocimientos ha sido la causa del relegamiento durante décadas de una vía tan útil.

Algo parecido ha ocurrido con la vía s.c., ampliamente utilizada a principios de siglo, la asunción de una farmacocinética errática en situaciones de mala circulación periférica (hipotensión, *shock*), con retraso en la absorción y riesgo de elevados niveles plasmáticos al restablecerse las condiciones hemodinámicas y posibles casos de depresión respiratoria, hicieron que tal aserto se extrapolara, equivocadamente, al paciente oncológico. No ha sido sino recientemente, que la vía s.c. se ha recuperado, con indiscutible éxito, para la administración de opiáceos en el dolor oncológico.

En la actualidad, la base del tratamiento del dolor oncológico son los opiáceos por vía oral. Con ellos, el dolor se controla hasta en un 70-90% de los enfermos. En casos de difícil tratamiento, otras vías alternativas de administración de los opiáceos son la transmucosa, transdérmica, rectal, las clásicas parenterales (i.m, e.v, s.c.), y las más novedosas espinales (epidural o intratecal) y cerebrales (ventricular, cisternal).

LA INFRAUTILIZACIÓN DE LOS OPIÁCEOS

Sin embargo, es necesario resaltar que, lamentablemente y aunque la situación ha mejorado en las 2 últimas décadas, los opiáceos siguen utilizándose menos de lo necesario en el dolor oncológico. Existen diversas causas para que los opiáceos sigan infrautilizándose: miedo a la posibilidad de adicción; miedo a los posibles efectos indeseables, especialmente a los respiratorios; dificultades legales y burocráticas en la dispensación y el miedo a la desviación al mercado negro; lo que es peor, el desconocimiento de su gran utilidad por parte de médicos y enfermeras por una mala docencia al respecto.

EL RIESGO DE ADICCIÓN

En cuanto se refiere a la adicción es preceptivo aclarar conceptos y diferenciar entre tolerancia, dependencia física y dependencia psíquica.

Tolerancia es el fenómeno fisiológico por el cual, para obtener el mismo efecto farmacológico, es necesario aumentar paulatinamente la dosis del opiáceo. Los enfermos suelen describir una disminución de la duración del efecto. El fenómeno de tolerancia no sólo se desarrolla para el efecto deseado (analgesia) sino, lo que es muy importante recordar, también para la mayoría de los efectos indeseables como las náuseas o vómitos, mareo, confusión, y riesgo de depresión respiratoria. Sólo un efecto indeseable escapa a este fenómeno de desarrollo de tolerancia: el estreñimiento, hasta el punto de que puede ser, incluso, más difícil de tratar que el mismo dolor.

La dependencia física es otro fenómeno fisiológico que implica el desarrollo de signos y síntomas específicos (síndrome de abstinencia: ansiedad, irritación, sudoración, piloerección, salivación, lacrimo, rinorrea, náuseas, vómitos, dolor abdominal, etc.) cuando se suspende súbitamente la administración del opiáceo o se administra un antagonista del mismo. No es específico de los opiáceos, existe también con otros fármacos (benzodiacepinas, p. ej.).

La dependencia psíquica (adicción) es un comportamiento compulsivo que, en ausencia de dolor, obliga a la persona a consumir el opiáceo, buscando la sensación de bienestar que ello conlleva. Es

un cuadro psíquico complejo y de difícil tratamiento en términos generales.

Si reflexionamos al respecto, ninguno de los 3 son problemas de la entidad suficiente como para privar al paciente oncológico del beneficio de los opiáceos. La solución a la tolerancia es aumentar la dosis o cambiar a otra vía de administración o a otro opiáceo, ya que el fenómeno de tolerancia cruzada es raro. La dependencia física tampoco supone un problema y es fácilmente evitable si se tiene presente en situaciones de remisión del dolor y se disminuye la dosis de opiáceo de manera gradual (un 15-25% diario). Por último, la dependencia psíquica es, afortunadamente, extremadamente rara con la utilización de opiáceos en el dolor oncológico y, por otra parte, la misma evolución fatal de la enfermedad oncológica terminal impide que su posible trascendencia sea relevante.

LA MORFINA ORAL²¹

Tiene una biodisponibilidad del 20%, lo cual significa que las dosis serán necesariamente altas. En la actualidad existen 2 formas galénicas básicas: de liberación inmediata (solución acuosa a distintas concentraciones 1-6%, o comprimidos de 10 y 20 mg) y de liberación sostenida (comprimidos o cápsulas de 10, 30, 60 y 100 mg).

En el primer caso, el intervalo entre 2 dosis no será mayor de 4 h. Por otra parte, es la forma de elección para establecer la dosis necesaria y posteriormente pasar a la morfina de liberación sostenida (para ello, se calcula la dosis diaria necesaria de morfina de liberación inmediata, multiplicando por 6 y se divide por 2).

La dosis de inicio (así como la necesaria para aliviar el dolor) presenta una gran variabilidad interindividual, de manera que neoplasias o metástasis aparentemente iguales necesitan dosis de morfina que oscilan desde algunos miligramos hasta varios gramos, ya que no existe efecto techo. No existe, de hecho, recomendación alguna respecto a la dosis de inicio, y depende de la experiencia del médico, de su capacidad de evaluación del dolor del paciente y de los tratamientos analgésicos previos que éste ha llevado.

Si, por ejemplo, el paciente ha tomado previamente codeína, la dosis diaria de ésta se multiplica por 0,3 y se obtiene el equivalente en morfina (si tomaba 120 mg de codeína, 36 mg de morfina).

LOS EFECTOS INDESEABLES DE LOS OPIÁCEOS^{10-13,20,21}

Comunes a la utilización de los opiáceos son: sequedad de boca, náuseas y vómitos, estreñimiento, sudoración, sedación, somnolencia y delirio, vértigos, posible depresión respiratoria, hipotensión ortostática, retención urinaria, prurito, etc.

Lo más importante a tener en cuenta es que en la mayoría de ellos se desarrolla tolerancia y desaparecen por sí mismos, excepto el estreñimiento. Esto significa que hemos de avisar al paciente de la posibilidad de su aparición, de manera que no se alarme y llegue a perder la confianza en nosotros o abandone el tratamiento.

Un principio básico a tener siempre presente es que cualquiera de ellos, además de a los opiáceos, puede ser debido a otros tratamientos asociados, o a la propia enfermedad de base, tanto primaria como metastásica.

Como el estreñimiento llegará a ser pertinaz y difícilmente tratable, debemos hacer incluso profilaxis del mismo, a la vez que se inician los opiáceos, y no olvidar que el paciente oncológico *per se* suele ser un candidato ideal al estreñimiento (edad, encamamiento, deshidratación, anorexia, etc.). Las medidas higienicodietéticas (ingesta de agua, alimentos con fibra, frutas ácidas..., ejercicio, horario de defecación programado y sin prisas) y los laxantes tipo lactulosa y senósidos son de elección.

Las náuseas y vómitos pueden precisar de tratamiento farmacológico con bloqueadores dopaminérgicos: haloperidol, metoclopramida y domperidona o, si el efecto de éstos sobre el SNC es peligroso, cisaprida, cuya acción es periférica, o hidroxicina, ondansetrón o escopolamina (bloqueador colinérgico).

Los vértigos por acción vestibular requieren cinarina o tietilperacina.

El riesgo de hipotensión ortostática existe, especialmente con el tratamiento simultáneo con psicofármacos, y puede ser especialmente peligroso en ancianos y durante la noche, por lo que es necesario advertirlo claramente.

La sequedad de boca puede ser el indicio de una incipiente deshidratación o del tratamiento simultáneo con psicofármacos. La hidratación, los caramelos ácidos, el jugo de tomate pueden ser la solución.

Para la somnolencia diurna se ha sugerido la toma de estimulantes, tipo cafeína, anfetaminas o metilfenidato.

El riesgo de depresión respiratoria es realmente excepcional con los opiáceos orales administrados de forma crónica a pacientes oncológicos por el desarrollo de tolerancia.

En general, la mayoría de estos efectos, si no desaparecen solos, suelen hacerlo ante la disminución de la dosis, el cambio a otro opiáceo diferente, o el tratamiento farmacológico descrito.

OPIÁCEOS ALTERNATIVOS¹⁰⁻¹³

La metadona tiene una potencia similar a la morfina por vía i.m. y mayor por vía oral, al ser su biodisponibilidad oral muy alta, del orden del 85%. La vida media es muy larga (15-50 h) y, lo que es muy importante, en tratamientos crónicos continuados se establece un depósito tisular que hace que la frecuencia de las dosis pueda ser menor (5-20 mg cada 12 h), por lo que puede ser un excelente sustituto de la morfina si ésta no se tolera bien. La falta de paralelismo entre la analgesia que consigue y otras acciones (depresión respiratoria) hace que se haya de vigilar muy estrechamente, sobre todo al inicio de su uso y especialmente en ancianos e insuficientes renales.

El dextropropoxifeno, enantiómero óptico de la metadona, es menos potente que la codeína (1/2-1/3 de ésta). La ventaja de la utilización es su formulación galénica de liberación lenta (150 mg) que permite su administración oral/6-8 h.

La codeína (30-60 mg/oral) es ampliamente utilizada, aunque, paradójicamente, las náuseas, mareos y estreñimiento que produce son desproporcionados en relación con su potencia analgésica, menor que la morfina, y cuyo efecto analgésico nunca llega a alcanzar a pesar de llegar a dosis de 200 mg. Su biodisponibilidad oral es del 50% y la duración es de unas 3-4 h. Además de sola, se comercializa asociada (30 mg) al paracetamol (500 mg).

La dihidrocodeína es más potente que la codeína, aunque su biodisponibilidad oral es menor (20%) y el estreñimiento también; la preparación de liberación controlada (60-90-120 mg) permite su administración cada 12 h.

El tramadol (cápsulas de 50 mg, suspensión y preparados de liberación sostenida) tiene una potencia menor que la morfina y similar a la meperidina; sin embargo, algunos efectos indeseables son de menor

intensidad: estreñimiento, depresión respiratoria y dependencia tanto física como psíquica.

OTROS OPIÁCEOS¹⁰⁻¹³

Un clásico por vía oral, el coctel de Brompton (morfina, cocaína, ginebra, jarabe saborizante y agua clorofórmica), al que es justo reconocer que influyó notablemente en el reconocimiento de la utilidad de la administración oral de la morfina, apenas si se usa ya. El supuesto efecto potenciador de la analgesia del alcohol y de la cocaína se ha descartado y no existen ventajas respecto a la simple solución acuosa de morfina (habitualmente al 2%, de manera que una gota corresponde a 1 mg – 1 ml = 20 gotas–).

La meperidina, 10 veces menos potente que la morfina, tiene menor biodisponibilidad oral y corta duración de acción (2-3 h). Si bien la administración en dolor agudo sigue siendo perfectamente válida, la administración crónica facilita la acumulación de su metabolito neurotóxico, la normeperidina, capaz de producir temblor, mioclonias y convulsiones, especialmente en insuficientes renales. Por ello no tiene una indicación en el dolor crónico oncológico.

Los opiáceos agonistas/antagonistas como la pentazocina y los agonistas parciales como la buprenorfina, aunque útiles en situaciones de dolor agudo, presentan efectos psicomiméticos difíciles de predecir con la administración oral crónica y, además, suelen presentar un cierto efecto techo, sin que aumentos de la dosis consigan mayor analgesia. En el caso de la buprenorfina, la vía sublingual, evitando el primer paso hepático, puede ser útil en situaciones de difícil deglución. No obstante, se habrá de ser muy cauto al pasar de un agonista puro a alguno de estos fármacos, ya que se puede precipitar un síndrome de abstinencia y, por supuesto, jamás administrarlos simultáneamente.

FORMAS DE PROGRAMACIÓN DE ANALGÉSICOS¹⁰

Existen 3 formas básicas: según necesidad, a intervalos fijos y según la escala de la OMS. La primera de ellas sólo tiene utilidad en el dolor oncológico para, acompañando a las otras, tratar las crisis de dolor sobreañadido al dolor basal, espontáneas o

incidentales (asociadas a movimientos, esfuerzos o curas dolorosas, etc.). Para estas situaciones el paciente debe disponer de la posibilidad de autoadministrarse algún opiáceo de latencia corta. El último avance al respecto consiste en la posibilidad de hacerlo incluso por vía parenteral u oral, mediante dispositivos previamente programados (PCA: analgesia controlada por el paciente o *patient controlled analgesia*; PCORA: ídem, pero por vía oral).

Los analgésicos deben prescribirse a intervalos fijos en función del tipo y características farmacológicas de los mismos, procurando siempre que cada dosis se administre antes de que se vuelva a sentir dolor, ya que es más fácil prevenir éste que controlarlo cuando ya es intenso. Con ello evitaremos sufrimientos inútiles al paciente, ya que la mayoría de los dolores oncológicos son constantes y no remiten espontáneamente. Lo más usual es la utilización de morfina de liberación sostenida cada 8-12 h.

La escala de la OMS es un intento de sistematizar la administración de los analgésicos, intentando aprovechar lo mejor de cada uno de ellos y evitando que se utilicen los más potentes en tanto que el dolor se pueda controlar con los más sencillos.

OTRAS VÍAS DE ADMINISTRACIÓN

Intramuscular

No tiene una indicación actual, salvo en casos extremos, ya que, además de amplia variabilidad de absorción, la necesidad de inyecciones reiteradas y dolorosas la hacen muy complicada.

Endovenosa

Con ella y en infusión continua, se obtienen los mejores niveles plasmáticos, más estables y fácilmente ajustables. El gran inconveniente es el mantenimiento especializado de la vía en sí misma y la paulatina desaparición de las venas disponibles por su uso. Es muy útil ante las urgencias por crisis de dolor agudo.

Subcutánea

Es sencilla de manejar y proporciona una absorción lenta, sostenida y duradera de los opiáceos, cuya biodisponibilidad es equiparable a la vía e.v. En el

dolor oncológico será siempre en perfusión continua. Presenta ventajas adicionales sobre la vía e.v.: la desconexión accidental no crea una situación dramática como ocurre con ésta; y, debidamente entrenados, hasta los familiares pueden instaurarla.

Su elección es alternativa a la vía oral cuando ésta no es practicable (incapacidad deglución, vómitos, etc.). Aunque se puede colocar en cualquier parte, es cómoda para el paciente la región infraclavicular y el abdomen. Los sistemas tipo mariposas del 25G-27G son los idóneos, aunque puede utilizarse una cánula tipo *abbocath* e, incluso, una aguja normal. El sitio de inyección, que requiere de piel intacta, sin erosiones o infecciones, se mantiene 5-7 días habitualmente. El ritmo de infusión no puede ser elevado para no producir molestias innecesarias (0,5-1 ml por hora).

Los opiáceos más usuales en nuestro país son la morfina y el tramadol; en ocasiones se aprovecha la vía para administrar metoclopramida, haloperidol u otros. Los opiáceos de larga vida media, como la metadona, no se deben usar por esta vía. La meperidina y el diacepam son irritantes.

Los sistemas de perfusión utilizados pueden ser mecánicos –desechables o no– o electrónicos (las típicas bombas utilizadas por vía e.v. o espinal).

Transdérmica

Es una vía novedosa y que resulta muy útil en el dolor oncológico, ya que es extremadamente cómoda de manejar por enfermería y familiares. Permite que la administración sea continua, sin la dependencia de la existencia de una vía oral practicable, y sin la esclavitud de los sistemas de infusión. El fentanilo presenta una gran biodisponibilidad (90%) por esta vía, por lo que es el fármaco comercializado en 4 presentaciones de 2,5, 5 y 10 mg (Durogesic 25, 50 y 100). El gran inconveniente para su uso es el elevado precio.

Rectal

Aunque muy común en otros países (Reino Unido), no es una vía especialmente utilizada en nuestro país. De hecho, aunque sí existen supositorios de distintos AINE, de los opiáceos sólo la pentazocina y el tramadol se comercializan en supositorios (50 y 100 mg, respectivamente), aunque cabe la administración de los comprimidos o cápsulas de morfina de liberación sostenida por esta vía y manteniendo

un perfil farmacológico similar al de la vía oral; también es posible la disolución de la morfina y su administración como enema. Al margen de las connotaciones socioculturales negativas de la vía, la biodisponibilidad es muy variable y la absorción muy lenta.

ESPINAL^{22,23}

Consiste en la administración, intermitente o continua (generalmente esta última) de opiáceos y otros fármacos en el espacio epidural o el intratecal. Despertó gran interés en la pasada década en el dolor oncológico, ya que con cantidades realmente pequeñas de opiáceos (generalmente morfina) del orden de 0,1-0,5 mg (intratecal) o de 2-6 mg (epidural), se obtiene analgesia intensa y de larga duración (8-12, incluso más de 24 h) y con escasos efectos indeseables (prurito, náuseas y vómitos, retención urinaria), aunque existe el riesgo de depresión respiratoria y de infección del SNC con el abordaje del mismo. Sin embargo, al no estar libre del desarrollo de tolerancia (a veces, las dosis a administrar pueden llegar a ser casi las mismas que las utilizadas por vías parenterales clásicas) los efectos indeseables pueden ser intensos.

La administración de la morfina se puede hacer en forma de *bolus* sencillos o, lo que es más frecuente, mediante infusión continua. Esta última a su vez se puede realizar: a) mediante un sencillo catéter externalizado de distintos tipos de plástico o silicona; b) mediante la implantación de un sistema portal (reservorio) conectado al catéter y al cual se le conecta a su vez una bomba de infusión externa de distinto tipo, o c) mediante la implantación de todo el conjunto: catéter y bomba electrónica programable incluidos.

Aunque la colocación del catéter se puede hacer a cualquier nivel raquídeo, lo más usual es en los espacios lumbares.

La relativa complejidad técnica, unida al coste del sistema y al uso del mismo, hace que no sea un recurso de primera elección en el dolor oncológico terminal. Por otra parte, tampoco se ha llegado a un consenso definitivo acerca de cuál sea su indicación: si ante dolor no aliviado por los opiáceos por otras vías, o ante el elevado número o intensidad de los efectos indeseables producidos por éstos.

Como la tolerancia puede ser un problema, se han ensayado diversas estrategias mediante la adición a

la morfina de distintos fármacos: anestésicos locales a bajas dosis, clonidina, midazolam, calcitonina, somatostatina, haloperidol o droperidol, ketamina, etc. con resultados variables, generalmente mejorando la analgesia.

Con la vía epidural es común el desarrollo, antes o después, de fibrosis epidural, dificultad a la inyección y disminución de la absorción de la morfina, en otras ocasiones se produce dolor al inyectar por lesión o roce con raíces nerviosas; con el tiempo, los catéteres externalizados pueden salirse; el riesgo de infección existe, la infección del punto de entrada en la piel sí es relativamente frecuente, aunque los abscesos epidurales por esta causa son realmente raros pero graves.

La vía intratecal no presenta problemas de fibrosis, en raros casos sí de dolor. El riesgo de infección supone el desarrollo de meningitis, también afortunadamente rara, y más aún si el sistema es totalmente implantado y sólo precisa su manipulación una vez al mes (o incluso más tiempo) para su recarga.

EL TRATAMIENTO SINTOMÁTICO INTEGRAL DEL PACIENTE ONCOLÓGICO TERMINAL^{1,2,9,24-26}

Por último, cabe recordar que el dolor no es ni el único ni en ocasiones el problema más importante para el paciente oncológico terminal. Ansiedad, insomnio, debilidad generalizada, estreñimiento, sequedad de boca, etc. llegan a ser tan molestos e incluso causan tanto o más sufrimiento que el mismo dolor. De manera paralela, es necesario recordar una vez más que los aspectos emocionales, sociales, familiares, religiosos, etc. desempeñan un papel trascendental en la interpretación que el paciente oncológico terminal da a su propio dolor, pudiendo ocurrir que éste se haga difícilmente tratable hasta que estos aspectos no se ha abordado de manera conveniente.

El Subcomité de Cuidados Paliativos del Programa Europa contra el Cáncer, define los cuidados paliativos como la "atención total, activa y continuada de los pacientes y sus familias por un equipo multiprofesional cuando la expectativa no es la curación. La meta fundamental es la calidad de vida del paciente y su familia sin intentar alargar la supervivencia. Debe cubrir las necesidades físicas, psicológicas, sociales y espirituales del paciente y

sus familiares. Si es necesario el apoyo debe incluir el proceso de duelo".

En nuestro país, la SECPAL (Sociedad Española de Cuidados Paliativos) ha establecido como recomendaciones u objetivos de cuidados y de tratamiento en estos pacientes¹:

1. Atención integral, tanto en los aspectos físicos como emocionales, sociales y espirituales.
2. El enfermo y la familia son la unidad a tratar. La familia es el núcleo fundamental de apoyo al enfermo, especialmente en la asistencia domiciliaria, y requiere medidas específicas de educación y ayuda.
3. La promoción de la autonomía y la dignidad al enfermo han de ser prioritarias en las decisiones terapéuticas.
4. Concepción terapéutica activa, traspasando las fronteras del clásico "ya no hay nada más que hacer" porque, por ejemplo la quimioterapia no haya obtenido resultados.
5. Importancia del ambiente, ya que una atmósfera de respeto, confort, apoyo y comunicación facilitan enormemente el control de los síntomas.

Y como procedimientos o herramientas para conseguir estos objetivos:

1. *Control de síntomas*: El concepto de control de síntomas es vital en el enfoque de cuidados del paciente oncológico terminal. Estadísticamente, el dolor es uno de los síntomas más frecuentes en estos momentos, pero no es el único; disnea, debilidad y sequedad de boca también son muy frecuentes. El enfoque general de tratamiento sintomático establece:
 - a. Tomar en serio los síntomas.
 - b. Establecer un diagnóstico de la causa del síntoma.
 - c. Utilizar métodos simples de tratamiento antes que los complejos.
 - d. Poseer un amplio conocimiento de los fármacos y su toxicidad.
 - e. Esforzarse al máximo como cuidador.
 - f. Darle tiempo al tiempo para obtener resultados.
 - g. Ajustar las metas de manera gradual para obtener pequeñas mejoras.
 - h. Tratar siempre tanto el dolor físico como la angustia psíquica.
 - i. Ayudar al enfermo y a su familia a aceptar los síntomas "tolerables".

- j. Anticiparse a los síntomas y prevenirlos.
- k. Conocer al dedillo qué tratamiento/s lleva el paciente.
- l. Pensar en causas emocionales si el tratamiento no surte efecto.
- m. Tener presente la coexistencia habitual de varios síntomas.
- n. Proporcionar siempre consuelo.

Además, se debe tener presente que existen una serie de medidas generales de gran utilidad para el alivio de cualquier síntoma en estadios terminales:

- a. Alimentación adecuada a las necesidades y deseos del paciente. Se debe prestar especial atención a la presentación y recomendar las comidas frecuentes y en pequeñas cantidades.
- b. Higiene esmerada. Prestando especial atención a la piel y la cavidad bucal.
- c. Masajes y técnicas de relajación.
- d. Ejercicio físico acorde con las posibilidades del paciente. Evitar, en la medida de lo posible, el excesivo proteccionismo familiar.
- e. Favorecer las actividades creativas.
- f. Fomentar la participación en actividades familiares y sociales.
- g. Apoyo emocional y comunicación con el enfermo, con el fin de establecer con él y su familia una relación afectiva, franca y honesta, que evite la sensación de abandono y desesperanza.

2. *Cambios en la organización*, que permitan el trabajo interdisciplinar y una adaptación flexible a los objetivos cambiantes de los enfermos.

3. *Equipo interdisciplinar*, ya que es muy difícil plantear el cuidado de un paciente oncológico terminal sin un trabajo en equipo que disponga de espacio y tiempo específico para ello, con formación adecuada y apoyo adicional.

SEDACIÓN EN EL PACIENTE TERMINAL²⁷

Entendiendo como tal aquella que es:

- a. Profunda.
- b. Objetivo primario de la intervención.

c. Irreversible en su intencionalidad.

d. Cuyo objetivo es evitar o escapar de una situación muy adversa y de muy difícil control por otros medios.

Sus indicaciones teóricas pueden reducirse a 3:

1. Dolor físico intenso no controlable ni aliviado por otros medios.
2. Otros síntomas físicos (p. ej. disnea) intensos y no controlables por otros medios.

3. Angustia vital muy continuada y no controlada. Es esta la indicación más controvertida por cuanto en muchas ocasiones puede ser la angustia de los familiares o del propio terapeuta lo que se esté valorando.

Su indicación tropieza con algunas dificultades. En primer lugar, hasta qué punto hemos agotado todo el arsenal terapéutico paliativo. Por lo que respecta a la angustia, no reflejará ésta el miedo al futuro más que una situación adversa actual. Y, por último, cuál es el nivel de sufrimiento admisible y no es posible elevar este nivel por algún medio.

En definitiva, la decisión de sedar a un paciente indica el fracaso de los cuidados paliativos y, por tanto, debe quedar reservada para casos excepcionales y ser profundamente meditada y consensuada con el paciente (en cuanto percibamos la posibilidad real de su necesidad) y teniendo en cuenta la opinión de sus familiares.

Para concluir, recordemos siempre el aforismo del siglo XIV:

“Curar, a veces;
mejorar, a menudo;
cuidar, siempre.”

BIBLIOGRAFÍA

1. Cuidados Paliativos. Recomendaciones de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL). Ministerio de Sanidad y Consumo. Guías y Manuales. Madrid 1993.
 2. Gómez-Sancho M. Dolor y sufrimiento. El problema del sentido. *Rev Soc Esp Dolor* 1998;5:144-58.
 3. Foley KM. Pain syndroms in patients with cancer. En: Bonica JJ, Ventafridda V. *Advances in Pain Research and Therapy*. Vol 2. Nueva York: Raven Press 1979:59-75.
 4. Twycross RG, Fairfield S. Pain in far-advanced cancer. *Pain* 1982;14:303-10.
- Payne R. Cancer pain. *Anatomy, physiology and pharmacology*. *Cancer* 1989;63:2266-74.

5. Santos J, Yusta G, Muriel C. Cuidados y tratamiento del paciente con dolor por cáncer. En: Muriel C. Avances en dolor. Madrid: ELA 1997:221-72.
6. Fishman B, Pasternak S, Wallestein SL, et al. The memorial pain assessment card. A valid instrument for the evaluation of cancer pain. *Cancer* 1987;60: 1151-8.
7. Serlin RC, Mendoza TR, Nakamura Y, Edwards KR, Cleeland CS. When is cancer pain mild, moderate or severe? Grading pain severity by its interference with function. *Pain* 1995;61:277-84.
8. De Conno F, Caraceni A, Gamba A, et al. Pain measurement in cancer patients: A comparison of six methods. *Pain* 1994;57:161-6.
9. Robles E. Perfil demográfico-sociológico de los enfermos con dolor crónico. U.T.D. Hospital Virgen de la Arrixaca. Tesis Doctoral. Universidad de Murcia 1995.
10. US Department of Health Human services. Manejo del Dolor por Cáncer. Guía Clínica Práctica n.º 9. Agency for Health Care Policy and Research (AHCPR). Publicación n.º 94-0592. 1994.
11. Català E, Duque A, Gómez X. Tratamiento del dolor en el paciente oncológico: visión integral. Madrid: Saned 1998.
12. Twycross RG. Alivio del Dolor. En: Saunders CM. Cuidados de la enfermedad maligna terminal. Barcelona: Salvat 1980:89-131.
13. Miaskowski C. Effective cancer pain management: From guidelines to quality improvement. *Pain Clin Updates*. Vol II. Iss 2. IASP Press 1994.
14. Poulain P, Langlade A, Goldberg J. Cancer pain management in the home. *Pain Clin Updates*. Vol V. Iss 1. IASP Press 1997.
15. Lema KJ. Invasive procedures for cancer pain. *Pain Clin Updates*. Vol VI. Iss 1. IASP Press 1998.
16. Wiffen P. An evidence base for WHO "Essential analgesics". *Pain Clin Updates*. Vol VIII. Iss 1. IASP Press 2000.
17. Woodruff R. Cancer pain. Melbourne: Asperula Pty Ltd 1997.
18. Álamo C, López F, Echániz T. Analgésicos no opioides. En: Torres LM, Elorza J, Gómez-Sancho M, et al. *Medicina del Dolor*. Barcelona: Masson 1997:69-86.
19. Bosch F, Baños JE. Farmacología de los analgésico-antitérmicos y de los AINE. En: Aliaga L, Baños JE, De Barutell C, Molet J, Rodríguez de la Serna A. *Tratamiento del Dolor: Teoría y Práctica*. Barcelona: MCR 1995:57-74.
20. Flórez J, Faura CC. Analgésicos opioides. En: Torres LM, Elorza J, Gómez-Sancho M, et al. *Medicina del Dolor*. Barcelona: Masson 1997:87-110.
21. Pallarés J, Reig E. Tratamiento con opioides orales en el dolor crónico neoplásico. En: Aliaga L, De Barutell C. *Actualizaciones en el tratamiento del dolor. Opioides orales*. Barcelona: MCR 1993:31-9.
22. Reig E. Administración de morfina por vía espinal en el dolor oncológico. En: Alonso MC. *Dolor y Cáncer: Tratamiento actual*. Barcelona: MCR 1993:37-47.
23. Samuelsson H, Malmberg F, Eriksson M, Hedner T. Outcomes of epidural morphine treatment in cancer pain: nine years of clinical experience. *J Pain Syntoms Manag* 1995;10:105-12.
24. Gisbert A, Castellano E, Pascual A, et al. Control de síntomas en el paciente terminal. En: Torres LM, Elorza J, Gómez-Sancho M, et al. *Medicina del Dolor*. Barcelona: Masson 1997:357-82.
25. Gómez-Sancho M. *Medicina Paliativa: La respuesta a una necesidad*. Madrid: Arán 1998.
26. Sanz J. Medidas generales para el alivio de síntomas. *Medicina Paliativa* 1996;3:157-61.
27. Barbero J, Camell H. Sedación y paciente terminal: La conciencia perdida. *Medicina Paliativa* 1997;4:170-8.