

Rev. Soc. Esp. Dolor
6: 29-40, 1998

Principios básicos para el control del dolor total

W. Astudillo*, C. Mendinueta**, E. Astudillo*** y S. Gabilondo****

El dolor total es el más urgente de todos los síntomas”

H.K. Beecher

Astudillo W, Mendinueta C, Astudillo E, Gabilondo S. *Basic principles for the control of total pain. Rev Soc Esp Dolor 1999; 6: 29-40.*

SUMMARY

Total pain is the most severe expression of the persistence of pain in a person because it can become the center of his/ her life, cut off his/her relationships with others and be a serious danger for his/her existence. It is important to know the patients own perception over his/her illness, how pain interferes with his /her life, sense of control and fears about the significance of pain. The patients beliefs and his/her expectations can modify the threshold of pain and affect his/her experience and his/her adaptation to it. In this article, we review the different components of total pain, its medical-social implications and how the interdisciplinary work can contribute to the patient to cope with it. © 1999 Sociedad Española del Dolor. Published by Arán Ediciones, S.A.

Key Words: Total pain. Pain scales. Pain threshold. Pain relieving factors.

RESUMEN

El síndrome del dolor total es la expresión más intensa de su persistencia en una persona porque es capaz de convertirse en el centro de su vida, bloquear su relación con los demás y en una amenaza seria para su existencia. Es

* Médico. Centro de Salud de Bidebieta- La Paz. Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos. San Sebastián.

** Médico. Centro de Salud de Astigarraga. Guipúzcoa.

***Adjunto de Neurocirugía. Hospital Ntra. Sra. de Aránzazu. Hospital San Juan de Dios. San Sebastián.

****Enfermera. Hospital San Juan de Dios. San Sebastián.

Recibido: 31-III-98.
Aceptado: 24-IV-98.

importante conocer la propia percepción del paciente sobre su enfermedad, como interfiere el dolor en su vida, en su sentido de control y su probable significado. Las creencias y expectativas de los enfermos pueden modificar el umbral del dolor, afectar su experiencia, su expresión y su adaptación al dolor. Se revisan en este artículo los diversos componentes del dolor total, sus implicaciones médico sociales y cómo el trabajo interdisciplinar puede contribuir a que el enfermo lo sobrelleve mejor. © 1999 Sociedad Española del Dolor. Publicado por Arán Ediciones, S.A.

Palabras clave: Dolor total. Escalas de evaluación. Umbral del dolor. Factores de alivio.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN
2. EVALUACIÓN DEL DOLOR
3. INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN
 - 3.1. Escalas de intensidad
 - 3.2. Cuestionarios multidimensionales
 - 3.3. Valoración psicossocial
4. CARACTERÍSTICAS DEL DOLOR
5. ETIOLOGÍA
6. EL UMBRAL DOLOROSO
7. FACTORES IMPORTANTES PARA EL ALIVIO DEL DOLOR TOTAL
 - 7.1. Buen control de los síntomas
 - 7.2. Identificar los factores emocionales y sociales
 - 7.3. Corregir los problemas de comunicación
 - 7.4. Procurar reducir el enfado
 - 7.5. Atenuar el sufrimiento existencial
 - 7.6. Aumentar el apoyo social
 - 7.7. Mejorar la educación sanitaria

1. INTRODUCCIÓN

El dolor tiene un gran impacto sobre la calidad de vida y un efecto devastador en el enfermo terminal. Aparece en un 40% de los pacientes en las etapas inicial e intermedias del cáncer y hasta en un 70- 90% en la fase terminal (1) donde su severidad, persistencia y el grado de afectación puede hacer que se describa como "DOLOR TOTAL". Este término fue utilizado por primera vez por C. Saunders (2), para explicar que cuando no es aliviado, es capaz de convertirse en el centro de la vida de un ser humano porque contiene los siguientes elementos: a) físicos (daño tisular, compresión nerviosa, etc); b) emocionales (depresión, insomnio, desfiguración, enfado, fatiga crónica); c) sociales (pérdida de la posición social, problemas económicos), y d) espirituales (sensación de culpabilidad, reproches e inseguridad ante la muerte). Es una situación en principio relacionada con el cáncer avanzado, que también existe en el SIDA y en la fase final de otras enfermedades (3) (Fig. 1).

El dolor total es una de las bases para la fundación y el desarrollo del movimiento paliativo y sólo un análisis cuidadoso de sus diferentes elementos y el trabajo conjunto de un equipo multidisciplinar ayudará a formular un plan de tratamiento que cambie significativamente la situación real de estos enfermos y, llegado el caso, haga posible que su muerte se produzca sin sufrimientos.

2. EVALUACIÓN DEL DOLOR

El dolor es una síntoma más dentro de las numerosas molestias que afectan al enfermo con un cáncer. Dado que "el dolor es una experiencia subjetiva emocional, asociada con un daño tisular actual o potencial", su intensidad depende en gran parte de lo que el paciente que lo sufre diga experimentar (5). El dolor total afecta a la integridad de la persona y puede ser visto como la punta de un iceberg, bajo la cual están diversos factores físicos, emocionales, sociales y es-

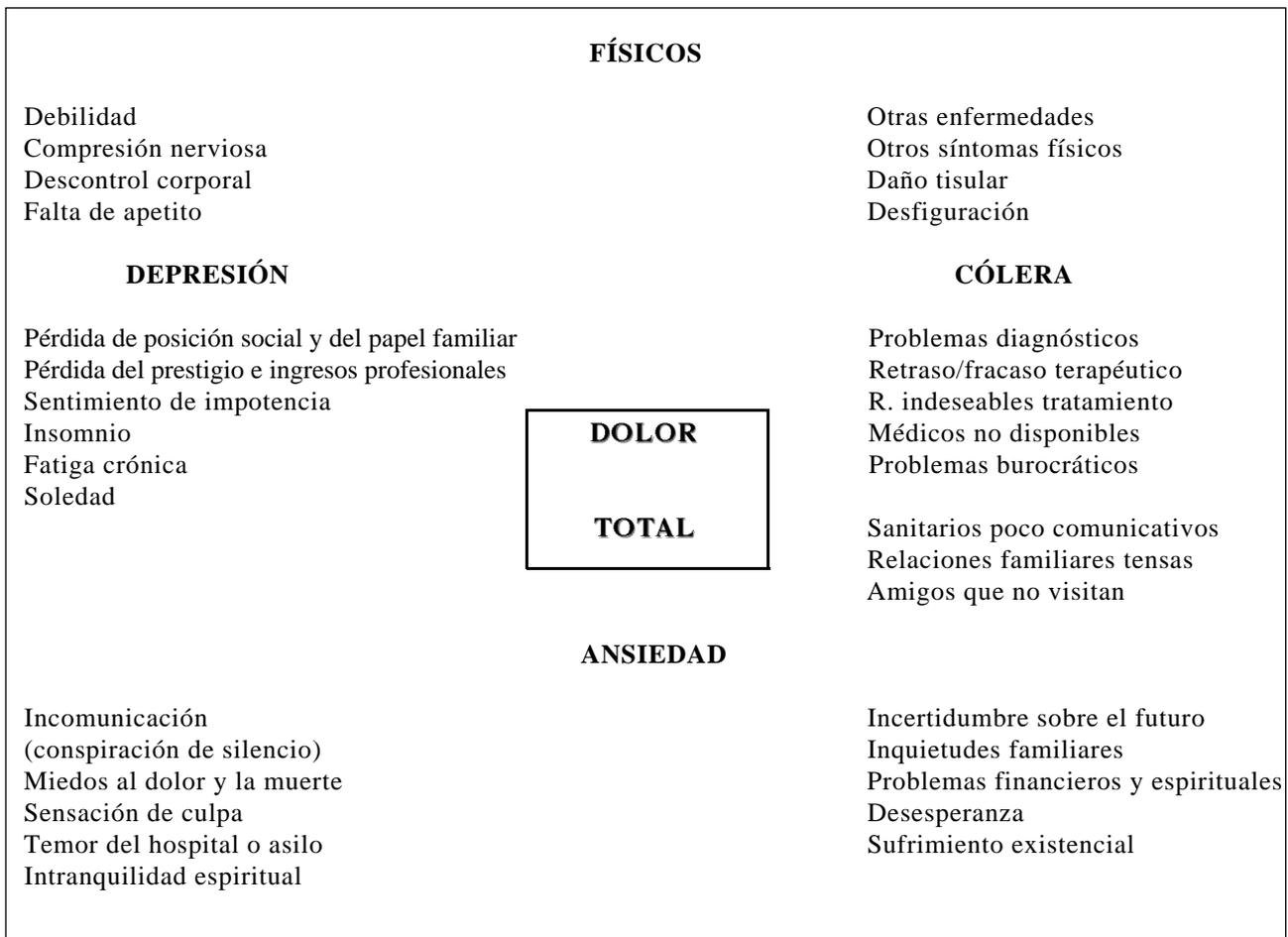


Fig 1.—Componentes del dolor total (1,3-5).

pirituales intrínsecamente unidos que contribuyen cada uno a la experiencia álgica. Su estudio requiere una evaluación multidimensional (6,7) que empezará por el desarrollo de una buena comunicación que permita al médico mostrarle al paciente que tiene interés y tiempo para intentar captar el significado de sus palabras y gestos y así ayudarle mejor en el futuro.

En relación al dolor en una primera consulta se procurarán recoger datos sobre: a) su descripción, localización, intensidad, cualificación, posible origen y los factores que lo agravan y alivian; b) sus consecuencias funcionales; c) su efecto psicológico; d) el mecanismo por el cual se genera ese dolor, y e) las ideas del paciente sobre el dolor y su control. En raras ocasiones se consigue toda esta información en una sola vez, por lo que se irán completando los datos en sucesivas visitas. Se valorará la situación de la enfermedad de base, su pronóstico, extensión, los tratamientos etiológicos realizados y la esperanza de vida (8). Esto se hará, cuando sea posible, en presencia de uno o más familiares para recoger su impresión y conocer si el enfermo tiende a minimizar sus síntomas o si olvida algún detalle. En caso de dolor insoportable, primará la búsqueda de su alivio inmediato.

Se realizará un examen médico cuidadoso, no sólo de la zona dolorosa sino también de los tejidos y estructuras vecinas, siendo importante conocer el resultado de los tratamientos previos (analgésicos, cirugía, bloqueos nerviosos, inmovilización, fisioterapia, entrenamiento de relajación, biofeedback, masaje, etc.) señalando en un gráfico corporal los sitios álgicos para individualizarlos y tratarlos de acuerdo con sus factores pronósticos. Los problemas dolorosos se agravan por la suma de la debilidad y de otros trastornos concurrentes como las infecciones secundarias, así en el cáncer de mama, que tiene una de las más altas incidencias de dolor coexisten las metástasis óseas, el síndrome postmastectomía y la compresión nerviosa por el linfedema (9). Se explorarán también las funciones cognitivas del enfermo mediante el Mini Mental test y la posible existencia de un dolor psiquiátrico (depresión, histeria-neurosis de compensación o simulación y la drogadicción). Como el dolor está asociado con otros síntomas, se elaborará una lista de otros problemas que afligen al enfermo, como depresión, insomnio, preocupaciones con síntomas somáticos, reducción de la actividad, anorexia, náuseas, vómitos, tos o disnea, debilidad, irregularidad intestinal y vesical. Se indicará igualmente si está asustado, enojado, molesto, resignado, irritado o confuso. Este tipo de proceder y un abordaje interdisciplinar llevará a un tratamiento más amplio, no basado únicamente en el uso de analgésicos (9-11).

3. INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN

Para evaluar el dolor existen varios instrumentos que pueden ser divididos en: 1) las escalas de intensidad, 2) cuestionarios que intentan captar la multidimensionalidad del dolor maligno y 3) la valoración psicosocial (12).

3.1. Escalas de intensidad

Las más utilizadas son: a) la escala visual analógica (EVA), donde, en una línea de 0 a 10 cm., se señala el dolor, considerando a 0 como su ausencia y a 10, como el peor dolor posible; b) la escala verbal categórica: no dolor (0), dolor leve (1), dolor moderado (2), dolor severo (3), dolor muy severo (4) y peor dolor posible (5) y c) el termómetro del dolor, donde el enfermo puede señalar en una cartulina plastificada que contiene un recuadro con una línea vertical móvil, el nivel del dolor entre dos extremos: no dolor y el dolor insoportable, que se complementa con una graduación en su reverso de 0 a 10 en relación a la señal realizada (Fig. 2). Las tres dan una respuesta clínicamente equivalente y sirven de orientación sobre la eficacia de los tratamientos. Para la mayoría de personas la cifra de 5 o más representa una interferencia significativa en la vida diaria y la necesidad de que se haga algo para contrarrestarla (5). La EVA es simple, reproducible, tiende a ser bien comprendida por el paciente y es capaz de indicar los pequeños cambios en el dolor, aunque no diferencia sus componentes psicológicos o físicos. Existe también una escala de rostros y colores que se aplica especialmente a los niños.

La percepción que tiene el paciente del dolor y la respuesta emocional al mismo son factores críticos para su alivio eficaz, por lo que se procurará valorar el dolor tan pronto como sea posible, particularmente en el cáncer, para así contar con una guía para su tratamiento cuando se encuentre inconsciente o estupefado, porque no es infrecuente el desarrollo de trastornos cognitivos conforme se acerca el final. La E.V.A. realizada por el propio enfermo deberá ser la base para el cuidado posterior porque es posible que hasta un 20 a 25% de los médicos infravaloren el dolor. Si éste no puede colaborar o expresarse verbalmente, será completada por el equipo que lo cuida con ayuda de los familiares mediante una observación cuidadosa de su comportamiento. Si se sospecha dolor es preciso hacer en ocasiones un tratamiento de prueba con analgésicos para determinar sus efectos.

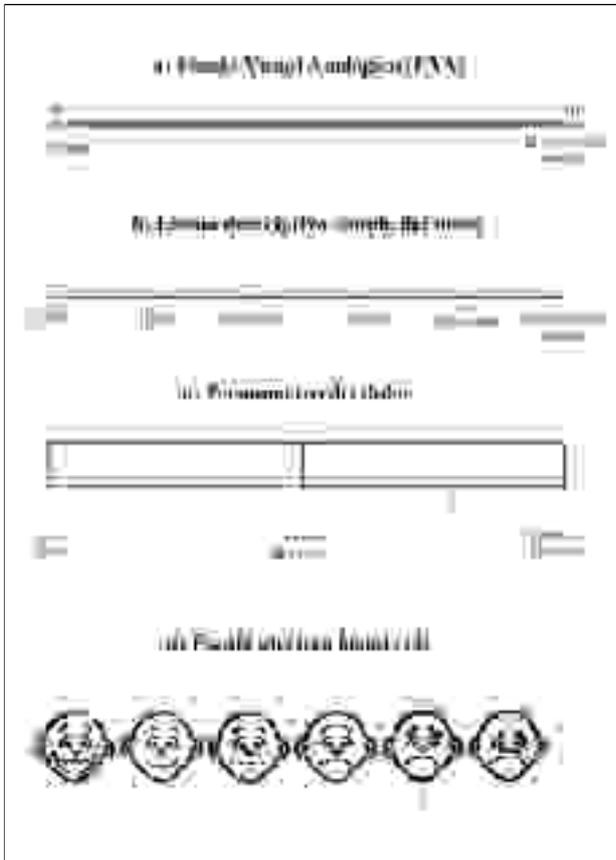


Fig. 2.—Distintas escalas de evaluación del dolor.

3.2. Cuestionarios multidimensionales

Entre los diversos instrumentos de medición existentes para clarificar las características del dolor y su impacto funcional, los más conocidos son el Mc Gill Melzack Pain Questionary, el más utilizado, que contiene un conjunto de 20 adjetivos que comprenden a las 3 dimensiones del dolor (sensitivas, afectivas y evolutivas), el Brief Pain Inventory (BPI) y el Memorial Pain Assessment Card. El BPI, además de evaluar el dolor como leve, moderado o el peor posible, lo relaciona con el grado de afectación funcional en una escala de 0 a 10, siendo el 0, la ausencia y 10 la interferencia completa. Los parámetros que éste valora son: actividad general, estado de ánimo, capacidad para caminar, trabajo normal dentro como fuera de casa, relaciones personales, sueño y disfrute de la vida (14).

3.3. Valoración psicosocial

Es importante conocer el significado del dolor para el paciente y su familia (dolor severo=estado terminal),

la forma como éste responde al dolor y estrés, sus preocupaciones sobre el uso de opioides, ansiolíticos o estimulantes, cambios en el estado de ánimo (depresión y ansiedad) y los efectos económicos del dolor y su tratamiento. Los dolores de un enfermo que provienen de su pérdida de papel como padre y esposo, con la alteración de su imagen corporal por la cirugía o radioterapia, con la próxima separación de su familia por su próxima muerte y con su dificultad para encontrar un sentido a su vida y sufrimiento, son dolores que no coinciden con los receptores opioides y que escapan de la esfera de la aguja más certera del anestesista. Además de la aplicación de los conocimientos y destrezas más apropiadas requieren el establecimiento de una relación de confianza especiales entre el paciente y el profesional que le atiende. Si el enfermo desea fuertemente la compañía de seres queridos, nada de lo que se haga en su cuidado deberá separarles de su familia y amigos. La falta de visitas o el sentirse abandonados por estos, hará que se concentren más intensamente en su dolor.

Es preciso preguntar al enfermo en ocasiones sobre lo que le preocuparía si no tuviera dolor para que éste revele que la verdadera causa es su tristeza por no volver a casa, su familia o problemas financieros o sociales. Con frecuencia el enfermero o el asistente social son los que más aportan datos sobre el dolor por su contacto más cercano con el paciente ya que pueden estar presentes cuando éste aqueja dolor y apreciar lo que les alivia o empeora, si es el caminar, comer o la visita de determinadas personas, por ejemplo. El conocimiento de las interacciones familiares facilita comprender el porqué de algunos problemas como el abuso de alcohol y otros fármacos, entre ellos los opioides, la rápida aparición de tolerancia, sus posibilidades económicas para seguir el tratamiento y si van a poder usar o no los medios tecnológicos disponibles en su domicilio (7). La persistencia del dolor puede crear un círculo vicioso, porque provoca ansiedad, que a su vez conduce a la depresión, al insomnio y éste a su vez, exacerba el dolor. Para su mejor control es importante enseñar al enfermo y a sus familiares a valorar el dolor y la influencia de diversos factores para su alivio o agravación.

4. CARACTERÍSTICAS DEL DOLOR

El dolor aparece en función de la localización y de la extensión neoplásica y no puede ser aislado de la enfermedad que lo genera, ni de las circunstancias y del entorno cultural de quien lo padece. La participación de diversos y complejos elemen-

tos en el dolor maligno hacen que éste se manifieste como agudo, subagudo, crónico, o el incidental, llamado también episódico o intermitente. Así, el dolor agudo en relación con una lesión tisular actúa como un poderoso estímulo defensivo y produce una importante movilización autonómica (taquicardia, hipertensión, hiperventilación, aumento del gasto cardíaco, espasmo del músculo liso, inhibición gastrointestinal y genitourinaria, depresión del sistema inmunitario) que dirige la atención del individuo a la zona afectada para intentar su alivio.

El dolor en el cáncer avanzado es a menudo crónico y progresivo y tiende a persistir por meses o años sin mejoría, alterando el funcionamiento personal y familiar. Su significado es demasiado aparente para el enfermo y está asociado casi siempre con algún grado de sufrimiento, desesperanza y desasosiego. El mensaje para el enfermo es que a menos que ocurra un milagro, no va a vivir por mucho tiempo, la realización de lo cual, aunque sea subconsciente, evoca una alteración del sistema nervioso autónomo. El dolor es así, más una situación que un hecho aislado que es imposible predecir cuando terminará y que poco a poco si no es tratado, ocupa cada vez más la atención del paciente y lo aísla de su entorno (4). En el dolor maligno pueden existir dos o más tipos de dolores simultáneamente, a veces producidos por una sola lesión (9,11), o se alternan períodos de cronicidad relativamente estables con otros de exacerbación aguda ante una rápida progresión de la enfermedad, dificultades de manejo y efectos indeseables, que requieren cambios en la medicación. El dolor incidental, episódico o en crisis está presente hasta en un 65% de enfermos en fase terminal, en los que aparece como un aumento pasajero de su severidad de una intensidad de 5 o mayor y de varios minutos a horas de duración sobre un dolor basal de intensidad 3-4/10.

5. ETIOLOGÍA

El dolor físico en el cáncer puede estar relacionado directamente con: a) el tumor,- la causa más frecuente- (inflamación química, presión mecánica sobre los nervios, infiltración de tejidos blandos, invasión ósea, cólico intestinal, espasmo muscular, linfedema, hipertensión intracraneal, lesión nerviosa, etc.); b) efectos remotos del tumor (neuropatía paraneoplásica dolorosa, estreñimiento, linfedema, úlceras de decúbito); c) procedimientos diagnósticos (biopsia de médula ósea); d) trata-

miento - 1/3 de los casos-(mucositis por irradiación) y el dolor cicatrizal postoperatorio, y e) trastornos concomitantes (artropatía, herpes, espondilosis, osteoartritis) (3,9,11,15). El 80% de los pacientes tienen más de un dolor y un 34%, más de 3 síndromes diferentes (9). En la Tabla I, se señalan como ejemplo los diversos factores que intervienen en el dolor óseo.

TABLA I. MECANISMOS DEL DOLOR ÓSEO MALIGNO (15)

Liberación de los mediadores químicos
Aumento de la presión intraósea
Microfracturas
Estiramiento del periostio
Espasmo muscular reactivo
Infiltración de raíces nerviosas
Compresión nerviosa por colapso vertebral

La localización y distribución del dolor en un diagrama corporal es muy importante para comprender la fisiopatología de la queja dolorosa, mientras que su descripción nos sugerirá que estructuras están más afectadas y nos facilitará diferenciar su mecanismo desencadenante como somático, visceral y de desafección o neuropático (Tabla II).

El dolor que empeora por la inspiración puede provenir de una irritación torácica (pleurítica), una inflamación peritoneal por metástasis o por la distensión visceral (hepatomegalia). Un dolor regular, con episodios agudos que vienen y se van de tipo cólico, con una irradiación que depende del lugar de origen, sugiere un espasmo del músculo liso. El dolor de carácter quemante, lancinante, como escocedura superficial con paroxismos de tipo eléctrico, es de origen nervioso. Aquel que se agrava por el movimiento pasivo más ligero sugiere una fractura, una compresión nerviosa o una inflamación de los tejidos blandos por el tumor (9-11)

El dolor incidental se presenta, sobre todo, en relación con determinados movimientos o posturas, en zonas metastásicas conocidas, indica más la progresión del cáncer que la aparición de tolerancia y es de más difícil control (Tabla III). Otras causas de exacerbación transitoria del dolor son la cefalea tensional, esofagitis de reflujo, angor, fisura anal, osteoartritis, cólico renal, cicatriz quirúrgica, neuropatía o un posible absceso.

TABLA II. TIPOS FISIOPATOLÓGICOS DEL DOLOR MALIGNO (1,11)

	<i>Somático</i>	<i>Visceral</i>	<i>Desaferenciación</i>
Características	Constante, destructivo, profundo, bien localizado	Constante, estiramiento, disfunción autonómica dolor referido a zonas cutáneas.	Sensación de quemazón, con disestesias paroxísticas o eléctricas, intermitente o "de puñalada". Signos neurológicos asociados.
Mecanismos	Activación de nociceptores que permiten la percepción del dolor agudo tanto en la piel y tejidos profundos.	Activación de nociceptores por infiltración, compresión, distensión o estiramiento visceras torácicas o abdominales.	Lesión nerviosa central o periférica. Descargas espontáneas y paroxísticas en el s. periférico y central inhibitor. Interacción nociceptora aferente simpático somática.
Ejemplos	Metástasis óseas, incisión quirúrgica, músculo-esquelético.	Cáncer páncreas, metástasis hepáticas y pulmonar. Dolor irradiado a espalda.	Plexopatías metastásicas braquiales. Neuralgia postherpética. Neuropatía por vincristina y platino. Avulsión nerviosa.
Tratamiento	Antitumoral, analgésicos, fisioterapia, bloqueos nerviosos, cordotomía, E.N.T.	Antitumoral, analgésicos, bloqueos nerviosos, cordotomía	Antitumoral, analgésicos (coadyuvantes, E.N.T., bloqueos nerviosos, simpáticos y somáticos, cordotomía, estimulación medular

TABLA III. CAUSAS DEL DOLOR INCIDENTAL (10,11)

Metástasis óseas
Fracturas patológicas
Inestabilidad de la columna vertebral
Invasión tumoral de plexos nerviosos
Alteraciones farmacocinéticas
Procesos médicos o quirúrgicos concurrentes
Progresión de una enfermedad maligna subyacente

TABLA IV. CAUSAS DE SUFRIMIENTO (4,16,17)

Dolor físico, disnea, náuseas, vómitos
Efectos indeseables del tratamiento
Alteraciones físicas de la enfermedad
Pérdida de los seres queridos
Falta de resolución de problemas diversos
Significado de la enfermedad
Falta de sentido
Sensación de culpabilidad
Sensación de desamparo e impotencia

El sufrimiento emocional, espiritual y social puede deberse a una causa obvia resultado de la pérdida de la imagen personal, dificultades financieras, rupturas familiares no resueltas, búsqueda del significado de la vida, el temor al más allá, a una relación muy difícil con algún familiar o sentimientos de culpabilidad o arrepentimiento por experiencias pasadas (16). Los pacientes con dolor crónico suelen estar preocupados sobre su futuro que presienten será con mayor dolor por lo que éste tiene un significado a veces siniestro, más aún si aparece uno nuevo o éste se agrava y se asocia a un deterioro físico 4). Existen por lo general, un conjunto de problemas que tienden a permanecer escondidos mucho tiempo y que sólo aflorarán cuando el paciente encuentre la suficiente confianza en el equipo que le cuide o en uno de sus cuidadores, cuando éstos hayan demostrado interés en conocerle y le hayan aliviado algunos de sus síntomas más molestos (Tabla IV).

Al final del proceso el médico deberá saber si el dolor está provocado por el cáncer u otro trastorno, si existe un síndrome doloroso específico, si el dolor es nociceptivo, neuropático o de los dos tipos; cuál es el nivel considerado tolerable, cómo influye en su calidad de vida, si se asocia con un grado significativo de tensión psicológica y si tiene consecuencias negativas para la familia o personas que se ocupan del paciente. La identificación de los diversos componentes físicos y no físicos del dolor es esencial para conocer su naturaleza, planificar el tratamiento apropiado, prevenir y comprender más fácilmente por qué algunos pacientes siguen experimentando dolores intolerables a pesar de que se les administren dosis crecientes de analgésicos. Así, el dolor tumoral relacionado con la localización y extensión neoplásica se alivia especialmente en los estadios precoces

con un adecuado manejo oncológico en un elevado porcentaje de pacientes y se acompaña de una disminución o erradicación de la masa tumoral causante de los síntomas. Es necesario un enfoque interdisciplinar porque los fármacos no son suficientes por sí solos para reducir el dolor porque la percepción del estímulo es una parte y la otra, la reacción emocional del paciente, que en estos enfermos es muy intensa.

6. EL UMBRAL DOLOROSO

Es un concepto que se origina en la investigación en animales tras demostrarse que los nervios deben que ser estimulados a cierta intensidad o frecuencia para manifestar dolor; que el periostio tiene el umbral doloroso más bajo, seguido por los ligamentos, la cápsula fibrosa de las articulaciones, los tendones, las fascias y finalmente los músculos (18,19) y que los fármacos pueden o no producir analgesia, dependiendo de la modalidad, características espaciales y temporales de la estimulación dolorosa. Las bases fisiológicas para este umbral subyacen en el sistema opioide endógeno (encefalinas, endorfinas y otras moléculas), que se activan por las vías descendentes del cerebro medio, diversos estímulos álgicos y el condicionamiento conductual.

Es importante hablar de percepción y tolerancia del dolor porque si bien el umbral de percepción tiende a ser relativamente constante en todos los individuos, el umbral de tolerancia está sujeto a considerable variación y depende del estado emocional del enfermo en ese tiempo, de las circunstancias que se vivan, de su cansancio y su sentimiento de impotencia. Sus creencias y expectativas son capaces de modificarlo, afectar su expresión y su adaptación y son factores que deben ser plenamente reconocidos y apreciados para obtener un mejor control del dolor (Tabla V). Sólo desde hace poco tiempo se ha considerado esencial la relación entre el dolor y otros aspectos físicos, psicológicos y sociales de la enfermedad en el manejo del dolor (19) que disminuye cuando se da al enfermo una adecuada explicación previa a un procedimiento doloroso, se le habla de su naturaleza temporal, se consigue mejorar el sueño, se dialoga sobre los temores y miedos, se resuelven problemas emocionales, se emplea la relajación y las actividades ocupacionales y se mantiene contacto con la familia y amigos.

TABLA V. FACTORES QUE INFLUYEN EN EL UMBRAL DEL DOLOR (4,20)

<i>Lo disminuyen</i>	<i>Lo aumentan</i>
Insomnio	Alivio de los síntomas
Cansancio	Mejora del sueño
Ansiedad	Simpatía
Enfado	Acompañamiento
Depresión	Distracción
Abandono social	El buen humor
Introversión	Reducción de la ansiedad
Aburrimiento	Analgésicos-ansiolíticos
Malestar	Antidepresivos
Tristeza	Descanso
Conspiración de silencio	Buena comunicación
	Terapia ocupacional
	Condicionamiento conductual

7. FACTORES IMPORTANTES PARA EL ALIVIO DEL DOLOR TOTAL

Para conseguir un mejor control del dolor total además de la aplicación adecuada de los analgésicos y de otros fármacos adyuvantes según la Escala Analgésica de la OMS y el uso complementario de diversas medidas oncológicas, anestésicas y neuroquirúrgicas, es muy importante intentar satisfacer también sus otras necesidades psicosociales (Tabla VI), y que se trate de aliviar al mismo tiempo su depresión, ansiedad y otros síntomas molestos. Debe siempre preservarse su dignidad como persona y hacer que se sienta integrado en su mundo hasta cuando sea posible.

TABLA VI. NECESIDADES DE LOS ENFERMOS (4)

Fisiológicas:	Buen control sintomático
Pertenencia:	Estar en manos seguras
	Sentirse útil
	No ser una carga
Amor:	Poder expresar afecto
Comprensión:	Explicación de los síntomas y la enfermedad
	Oportunidad para discutir el proceso de fallecer
Aceptación:	Cualquiera que sea su ánimo y sociabilidad
Autoestima:	Participar en la toma de decisiones, sobre todo cuando aumente su dependencia en otros
	oportunidad para dar y recibir.

7.1. Buen control de los síntomas

La experiencia del dolor puede afectar la percepción y expresión de otros síntomas y viceversa por lo que es muy importante valorar y tratar lo mejor posible los múltiples síntomas que tenga el enfermo para reducir así la sensación de amenaza que éstos representan. La disnea y la agitación por ejemplo, aunque muy frecuentes y molestas todavía han recibido una escasa atención y falta una mayor difusión de guías de manejo de los síntomas al igual que las que existen sobre el alivio del dolor con el resultado de que el acompañamiento al proceso de la muerte sigue siendo deficiente.

R. Bayes, (21) propone lo siguiente:

1) Identificar en cada momento los síntomas oncológicos, psicosociales o espirituales de los pacientes que puedan ser percibidos por ellos como un peligro vital importante y priorizar su tratamiento.

2) Corregir, eliminar o atenuar dichos síntomas mediante un tratamiento paliativo cuidadoso, e intentar suavizar la preocupación que representan para el enfermo.

3) Detectar y potenciar los propios recursos del enfermo para disminuir, eliminar o prevenir su sensación de impotencia, aumentando así su percepción de control.

4) Utilizar diversas técnicas farmacológicas para reducir la ansiedad o depresión

5) Procurar aumentar la gama de satisfacciones personales, para ayudarle a vivir el presente y mejorar su calidad de vida.

7.2. Identificar los factores emocionales y sociales

El dolor constante es en sí mismo desequilibrador y tiende a producir cambios fisiológicos y mentales capaces de alterar los comportamientos y relaciones sociales normales. Dirige más la atención del paciente hacia sus funciones corporales y a sus molestias impidiéndole mantener una relación con los demás, lo que da origen a una sensación de abandono, pérdida y resentimiento ante la enfermedad o frustración por los fracasos terapéuticos. El dolor puede servir en ocasiones para conseguir la simpatía de una familia que no le apoya, la atención de una enfermera muy ocupada o para que no se miren más profundamente otras preocupaciones. La depresión acompaña a un 25% de los pacientes con cáncer e influye significativamente en sus vidas y en las de sus familias y, bajo ciertas circunstancias, incluso predispone al sui-

cidio. La ansiedad es extrema aunque no siempre es aparente de inmediato y se manifiesta por: a) comportamiento de búsqueda de atención, b) temor a quedarse solo, c) hiperquinesia, d) percepciones y alucinaciones a menudo no placenteras, e) pesadillas, y f) insomnio continuo a pesar del alivio del dolor (4).

El dolor físico persistente tiene también consecuencias sociales y existenciales siendo sentido más intensamente cuando no se ve su posible final (22). Su descontrol produce sufrimiento en el paciente y desmoraliza a la familia y a los cuidadores, que sienten que han fracasado en su atención. En todos los casos de dolor severo, la clave del éxito está en romper el círculo vicioso de dolor-insomnio-fatiga-dolor, siendo a veces necesario empezar el tratamiento con un analgésico y un ansiolítico, con un rápido escalonamiento de la terapia analgésica si es preciso, e intentar reducir la mayoría de los síntomas psicológicos. La medida del beneficio-riesgo en el abordaje terapéutico en este caso se hace menos importante siendo preciso buscar cuanto antes su máximo alivio porque el dolor le atemoriza más y es un factor negativo para su vida y supervivencia.

7.3. Corregir los problemas de comunicación

El dolor es capaz de provocar una mayor introversión y deja a las personas más a solas con sus preguntas y temores. "No hay mayor bien para el enfermo del cuerpo y del espíritu que saber escucharle", escribe F. Ruiz de la Cuesta. Una entrevista sin prisas tiende a crear un clima nuevo de relación y aunque no traiga alivio inmediato, facilita la aceptación del dolor, en particular si participan varios miembros del equipo. No es tan importante la cantidad de tiempo que se emplee sino la forma como se lo planifica y se utiliza porque el tiempo no es un asunto de longitud sino de profundidad. "El tiempo no se compone de horas y de minutos, sino de amor y de buena voluntad. Tenemos poco tiempo, cuando tenemos poco amor." Muchos pacientes no han tenido una oportunidad para relatar su historia y sus sentimientos con detalle a nadie, por lo que se sentirán mejor si encuentran a alguien que les escuche con comprensión sus temores y les facilite expresar su enfado, hablar sobre su enfermedad, o se les hace saber lo que piensa su familia sobre ellos. Se ven a sí mismos generalmente como poco atractivos, inútiles, temerosos pero cambian su actitud cuando descubren que siguen siendo tan importantes y queridos como siempre y se

les explica que algunos de sus temores no son reales. Según Marañón, “Ser humanista, consiste en comprender al ser humano, disculparle y amarle”.

El cáncer puede tener efectos muy lesivos sobre la salud psicológica de los familiares cercanos, por lo que una buena y honesta comunicación del paciente con la familia antes de que el mal progrese suele ser de mutua ayuda para prevenir la sensación de pérdida de dignidad que tiende a experimentar el enfermo y la desolación que afecta a la familia. Si por el contrario, tanto el equipo sanitario como la familia evitan dialogar con él sobre temas potencialmente delicados como su diagnóstico y no le hacen partícipe en su tratamiento, se crea la conspiración de silencio, que lo deja aislado o abandonado, atrapado en sus propios temores y preocupaciones sobre su futuro y el de sus seres queridos con agravación de su dolor (16,17). Los que sobrellevan la conspiración de silencio hablan más elocuentemente con sus actos y expresiones (4) y es que los secretos en una familia, en general, producen más problemas que los que podrían resolver. El trabajo del equipo sanitario en estos casos es ayudarles a romper esa barrera siendo posible apreciar luego como muchos de los afectados experimentan un alivio considerable cuando han podido hablar claramente. Las familias se unen más en tiempos de crisis y cuando existe una comunicación abierta se ayudan entre sí, reduciendo de esta forma el estrés sobre el paciente y sus cuidadores. La barrera en la comunicación es especialmente importante en una comunidad o cultura donde el uso de los opioides para aliviar el dolor está muy asociada con la idea de una próxima muerte que llega a impedir su correcto tratamiento a causa de que el conocerlo podría revelar la verdad a los enfermos.

Es necesario esforzarse también en explicar los tratamientos a los pacientes porque existen muchos problemas en la comprensión de las órdenes médicas en especial si estos son demasiado complejos, si se usan varias vías de administración, y si son ancianos. En ciertos tipos de dolor como el incidental relacionado con el movimiento, la falta de información clara dificulta a los enfermos el empleo de analgésicos para prevenir el dolor intenso, por lo que para aliviarlo tienden a recurrir a sus anteriores estrategias de no moverse, no comer y de no aceptar visitas, con pérdida de su autoestima.

Otros aspectos importantes del cuidado total son mantener su autoestima a través de facilitarle que participe en su tratamiento con el consentimiento informado, evitando hacerle demasiado dependiente con respeto hasta el final de sus decisiones (23,24). Todos los que cuidan al enfermo deben ser conscien-

tes de su gran influencia sobre su moral y estado de ánimo, en particular si se le trata como a alguien a quien se quiere y no se teme o evita. La familia que a veces se aísla por sus propios temores y al ver el sufrimiento de uno de sus miembros, necesita comprensión y apoyo para reubicar al paciente, encontrar sus propias fuentes de fortaleza y enfrentarse a la realidad. Una relación cálida de confianza es esencial para lograr que esos momentos puedan seguir siendo creativos.

7.4. Procurar reducir el enfado

Es de todos conocido cómo un estímulo doloroso es capaz de crear directamente una reacción agresiva de defensa que tiende a exacerbar la ira asociada con otras percepciones dañinas, con la consiguiente movilización autonómica crónica y aumento de la tensión corporal. Los pacientes, generalmente, experimentan diversos grados de irritabilidad desde el momento del diagnóstico y a lo largo de la enfermedad en relación al tratamiento recibido, la incomunicación, la falta de realización de sus expectativas y la percepción del dolor como un ataque destructivo a su persona. Este enfado crónico se asocia a una reducción de la tolerancia a la frustración con pobre cooperación, una actitud hostil e impulsos agresivos con agravación de sus síntomas. La historia de su enfermedad y tratamientos puede estar llena de dolor, incomprensiones y temores no compartidos, por lo que es importante darse tiempo para ayudarle a expresar sus sentimientos y encontrar unas posibles soluciones.

7.5. Atenuar el sufrimiento existencial

El dolor crea dolor y su persistencia actúa como un estresante permanente que recuerda al paciente su condición y no sólo le abrumba por el sufrimiento inmediato que le causa, sino también por la sensación de amenaza e impotencia sobre su futuro. La valoración media de su intensidad en la escala EVA, particularmente cuando se acerca al peor dolor, guarda una correlación significativa con el grado de ansiedad y es uno de los mejores predictores del sufrimiento existencial.

Muchos pacientes con una enfermedad maligna o una muerte cercana, tienden a pensar más profundamente sobre su vida y su significado y sienten la necesidad de poner las cosas más importantes en orden o arreglar los asuntos pendientes con sus familiares y seres queridos, porque los problemas físicos, psíqu-

cos o espirituales no resueltos o tratados pueden causar o exacerbar el sufrimiento (17,24). El componente espiritual es reconocido en la filosofía paliativa como uno de los cuatro factores que integran el dolor, siendo los otros tres, el físico, emocional y social, considerándose que el apoyo espiritual que se les ofrezca en estos momentos tiende a contribuir a la adopción de una actitud positiva y a acrecentar su autoestima, tal vez por un aumento de las percepciones de ser valioso, amado y cuidado por un Ser Superior (24). La oración, por ejemplo, es considerada por muchos enfermos creyentes como el mejor vehículo de apoyo.

En relación al sufrimiento es esencial en todo tratamiento la exploración psicológica del paciente, sus expectativas ante la vida y entender los valores y motivaciones que le pueden ayudar a seguir luchando. De esta manera, el enfermo se enfrentará mejor contra su angustia, cumplirá mejor los tratamientos e indicaciones médicas y los familiares tendrán menos ansiedad y participarán más activamente en su recuperación. Unas metas realistas, combinadas con el interés y el entusiasmo del equipo de atención, pueden llevar alivio hasta al 90% de los enfermos (25).

7.6. Aumentar el apoyo social

El apoyo social y espiritual puede reducir el dolor cambiando la forma de pensar del paciente hacia una vida más positiva y esperanzada, a la vez que favorece el desarrollo de relaciones interpersonales, compartir los sentimientos, reducir su ansiedad y aumentar el cumplimiento del tratamiento. En la mayoría de los casos, según D.J. Muñoz, "lo que humilla o le hace sentirse indigno no es la propia enfermedad, sino la actitud de los que le rodean y le cuidan; con un gesto, con el modo de mirar o de tocar, con nuestra actitud, reafirmamos al enfermo su identidad, le hacemos afirmarse en su propia dignidad o le confirmamos que ya no es más que un objeto desagradable y molesto" (26). Los pacientes con paz interna sobre su enfermedad tienen un fuerte apoyo emocional familiar. Aunque no se le haya dicho la verdad, la presencia cercana de sus seres queridos evita de manera importante la sensación de ser abandonados.

La preservación de la individualidad, dignidad e interés en la vida, ayuda a evitar que una situación dolorosa se vuelva intolerable, siendo de mucho interés enseñar a los pacientes y a sus familias diversas técnicas para contrarrestar la sensación de pérdida de control sobre la enfermedad (relajación, distracción,

imaginación, uso del masaje, frío y calor, ejercicio físico y el biofeedback) que pueden optimizar y reforzar las intervenciones farmacológicas. De esta forma, los familiares intervendrían como co-terapeutas que podrían sugerir y participar en actividades con las que el paciente disfrutaba como una forma de expresarle su afecto en vida.

Por la complejidad del dolor total su alivio requiere el trabajo metódico de un equipo interdisciplinar. Si bien los problemas son múltiples, el hecho de compartirlos con personas preocupadas por su bienestar, hacer planes con su familia y sentirse acompañados parecen aliviar la ansiedad y disminuir el dolor. Normalmente es difícil que un solo fármaco, reunión de familia o una charla con el sacerdote, aisladamente le proporcionen alivio. Existe por lo general, una respuesta gradual a los esfuerzos, siendo difícil saber al final cuál de los elementos participantes es el que ha tenido más importancia.

7.7. Mejorar la educación sanitaria

El componente físico del dolor todavía es poco comprendido y a veces infratratado en muchos países especialmente por las limitaciones administrativas para su prescripción que impiden que los beneficios lleguen a todos los que los necesitan. Una de las metas de la OMS para el año 2.000 es que se proporcione un tratamiento apropiado del dolor a todos los pacientes a través del empleo eficiente de los analgésicos actualmente disponibles que permiten su control en más del 90% de los casos. En este campo todavía existe mucho que hacer porque aún hoy, alrededor del 50% de los enfermos con dolor por cáncer en los países desarrollados siguen sin experimentar un alivio satisfactorio, cifras que se acrecientan entre los del tercer mundo. El 87% de la morfina medicinal utilizada lo es todavía por sólo 20 países desarrollados (Tabla VII).

TABLA VII. BARRERAS IMPORTANTES PARA UN MANEJO ADECUADO DEL DOLOR ONCOLÓGICO (27)

Falta de consulta del paciente sobre el dolor	22%
Métodos inadecuados de valoración del dolor	22%
No deseo del paciente de tomar opioides	20%
Dosificación inadecuada de opioides	19%
Conocimiento inadecuado del equipo sobre control del dolor	19%

La persistencia del dolor en ocasiones se debe al propio paciente que no se queja o lo infravalora por temor a la adicción, a volverse dependiente de la medicaciones antiálgicas o porque considera que tomar opioides provoca la pérdida del autoestima. Otras importantes barreras son: el conocimiento inadecuado de las posibilidades de alivio, el significado que se le dé al dolor, el nivel de cumplimiento del tratamiento y la falta de recursos económicos para la adquisición de los medicamentos, en particular cuando se encuentra la familia ante la disyuntiva de comprar alimentos o medicación. La discontinuidad de cuidado y el que no exista una persona que se responsabilice del manejo global del dolor del paciente, suele repercutir de forma desastrosa sobre su control.

Es necesario que exista una educación sobre la muerte que ayude a los pacientes a vivir el resto de sus días más plenamente, que no se limite sólo a lo que acontece en la última etapa sino que incluya el enseñarles a vivir más creativa y humanamente, abarcando la totalidad de la persona, con empleo de la terapia musical, biblioterapia y terapia artística, además de la terapia ocupacional. Para conseguir una muerte con dignidad existen dos requisitos: conseguir el mayor alivio del dolor total y de los otros síntomas molestos que no puede basarse sólo en los métodos médicos sino en una asistencia continuada de carácter afable y desarrollada en un medio adecuado, que contribuya a escuchar y que controle o reduzca todos los fenómenos de aislamiento en los que van a encontrarse en este tipo de enfermos.

Todavía hoy, aunque el dolor sea el síntoma más común por el que el paciente busca al médico, la educación sanitaria sigue orientada a la prevención y curación del cáncer y ofrece un escaso entrenamiento formal en la paliación. A esto se añade el que existan actitudes inadecuadas en algunos médicos o una escasa motivación para cambiar o acomodarse a las innovaciones con el resultado de que muchos pacientes sufren innecesariamente. No existe y no debe haber ninguna razón para privar a los enfermos que necesitan opioides de estos fármacos (28). En cuanto a los profesionales, sigue siendo necesario: a) formación sobre el uso de las guías de la analgesia dictadas por la OMS; b) ayuda para erradicar muchos mitos y malos conceptos que tienen sobre el dolor y los opioides; c) mejorar su capacidad de comunicación con los enfermos y familia y, d) procurar cambiar sus actitudes de tratamientos con una rotación por servicios especializados o el contacto con otros profesionales que los utilicen, porque corregir las actitudes negativas es tan importante como conocer bien las pautas más eficaces de la farmacología.

Correspondencia:

Wilson Astudillo
Bera Bera, 31, 1.º Izqda.
200009 San Sebastián

BIBLIOGRAFÍA

1. OMS. Alivio del dolor y tratamiento paliativo en el cáncer. Serie Informes Técnicos 804, 1990; 21-26
2. Saunders, C. M. Baines M., Living with Dying. The management of the terminal disease. Londres. Oxford. Oxford University Press. 1983; 12-13.
3. Scheffer, R. Dolor en la enfermedad terminal. En: Terapéutica del dolor, editado por K.M. Foley y R.M. Payne, México, Interamericana. 1992; 38-51
4. Twycross, R.G. Lack S. Symptom Control in Far Advanced Cancer: Pain Relief. Londres, Pitman Press, 1983; 43-55
5. Choiniere M. Amsel R. A visual analogic thermometer for measuring Pain intensity. J. Pain Symptom Manage, 1996; 11: 299-311-
6. Shannon M., Ryan M, D@Agostino N, Brescia F. Assessment of Pain in Advanced Cancer patients. J. Pain Symptom Manage, 1995; 10: 274-278
7. Exposito M.C. Bruera E. Evaluación del dolor en Cuidados Paliativos. Medicina Paliativa, 1996; 3: 2,81-88.
8. Aramburu P. Roman J. Bilbao J. González Q.A. Aproximación terapéutica práctica al dolor en Oncología. Dolor & Inflamación, 1989; 2: 4,223-231
9. Foley K.M. Arbit, E. Management of Cancer Pain. En: Cancer. Principles and Practice of Oncology, editado por De Vita V., S. Kellman y S. Rosemberg. Philadelphia. Lippincot 1989; 2064-2086
10. Thompson J. Regnard C. Managing Pain in Advanced cancer. A flow diagram. Palliative Medicine. 1992; 6: 329-335
11. Astudillo W., Mendinueta C. Bases para el tratamiento del dolor del enfermo en la fase terminal, En: Cuidados del Enfermo en fase terminal y atención a su familia. Barañáin, EUNSA, 1997; 187-197.
12. Kittlelberger K.P. Lebel, A., Borsook D. Assessment of pain. The Massachusetts General Hospital. Handbook of Pain Management, Little Brown, 1996; 26-44.
13. Undertreatment of Pain in Children. No longer seen as defensible. Pain Topics, 1991; 4: 3,1-4
14. Eissenberg, E. Borsook, D. Lebel, A. Pain in the terminally ill. The Massachusetts General Hospital Handbook of Pain Management. Boston, Little Brown, 1996; 310-325
15. Waldman, S.A., Borsook D. Palliative Care of Cancer

- Pain. The Massachusetts General Hospital. Handbook of Pain Management. Boston Little Brown, 1996; 354-359
16. Astudillo, W. Mendinueta, C., 1995. El sufrimiento en los enfermos terminales. En: Cuidados del Enfermo en fase terminal y atención a su familia, editado por W. Astudillo y col. Barañain, EUNSA, 3ª Edición, 1997; , 267-276.
 17. Chapman, C.R. Gavrin J. Suffering and the dying patients. J. Pharma. Care Pain Symptom Control, 1995; 3: (3/4), 67-90
 18. Fisher M.A., Mohr J.P. Pain mechanisms, central and referred pain. En: Manual of Clinical problems in Neurology. editado por J.P.Mohr, Boston, Little Brown 1984; 91-92.
 19. Kaye, P. Notes on Symptom control in Hospice and Palliative Care. Connecticut. Hospice Education Institute. 1990; 224-225.
 20. Twycross, R.G. Lack S. Therapeutics in terminal cancer. Edinburgo. Churchill Livingstone. 1990; 11-18.
 21. Bayes, R., Dolor y sufrimiento: diferencias y evaluación. Cuadernos Gerontológicos. Sociedad Navarra de Geriatría y Gerontología, 1994; 3: 2,61-66.
 22. Baines, M. Takling total pain. En: Hospice and Palliative Care. Editado por C. Saunders, Londres, Edward Arnold. 1,990; 26-38.
 23. Lichter, I. Communication in Cancer Care. Londres, Churchill Livingstone, 1985; 39-51
 24. Doyle, D., Have we looked beyond the physical and psychosocial? J. Pain Symptom Manage, 1992; 7: 5,302-311.
 25. Ventafridda, V. Rippamont C. De Conno F., et al. Symptom prevalence and control during cancer patients last days of life. J. Palliative Care, 1990; 6: 3,7-11
 26. Muñoz, D. J. Eutanasia. Eliminar las razones: Diario Médico, 1998, Feb.3, pp 22.
 27. McDonald, N., Findlay, H., Bruera, E. Dudgeon, D. Kramer, J. A canadian survey of issues in cancer pain management. J. Pain Symptom Manage, 1997; 14: 6,332-342.
 28. Redmond, K. Organizational barriers in opioid use. Supp. Care in Cancer, 1997; 5: 6, 451-456

REFERATAS

ELEFECTO LOCAL DEL GEL DE METRONIDAZOL AL 0,75% SOBRE LAS ÚLCERAS CUTÁNEAS MALOLIENTES

Ilora G. Finlay, FRCGP, Jerzy Bowszyc, MD, PhD, Cezary Ramlau, MD, and Zenon Gwiedzinski, MD, PhD. Holme Tower Manrie Curie Centre (I.G.F.), Penarth, Wales; University School of Medicine (J.B.), Poznan, Poland, Paznan (CR.), Poland, Klinika Dermatologiczina AM (Z.C.), Bygoszca, Poland. J. Pain Symptom Manage 1996; 11: 158-162

El mal olor de los tumores y las úlceras cutáneas benignas infectadas por hongos, constituye un problema clínico penoso, que se asocia generalmente con las infecciones de anaerobios. Se ha demostrado que tópicamente el gel de Metronidazol al 0.8 %, disminuye el olor producido por tu-

moreos malolientes fúngicos. Se realizó este estudio prospectivo para valorar, la respuesta bacteriológica y subjetiva al gel de Metronidazol al 0.75%, la disminución del olor de las lesiones y evaluar la contaminación bacteriana de los tubos del gel con su uso. Entre 7 y 14 días, se estudió el olor, dolor, apariencia, y perfil bacteriológico, en cuarenta y cinco enfermos con tumores o úlceras cutáneas benignas malolientes. Cuarenta y uno (95%) de los 43 pacientes estudiados, tuvieron un descenso del olor a los 14 días. Inicialmente se encontró infección anaeróbica en 25 pacientes (53%) y desapareció en 21 de ellos (84%). En la revisión a los 7 días, los pacientes referían menor dolor de sus lesiones. También se observó un descenso de la supuración y la celulitis significativo.

J.R. Ferri