

Medicina Paliativa, Una Respuesta para el Paciente con Cáncer Avanzado Palliative Medicine, an Answer for Patients with Advanced Stage Cancer

Rico Pazos, M. Antonieta (*).

Resumen

El cáncer avanzado representa un desafío para los equipos de salud, considerando que epidemiológicamente el problema del cáncer muestra un crecimiento sostenido en el mundo. Esto crea una necesidad creciente de manejo de los problemas biofísicos y psicosociales asociados, bajo una forma integral e interdisciplinaria característica de la Medicina Paliativa.

El control del dolor es el primer objetivo de este cuidado. Las recomendaciones de la OMS desde hace 20 años promueve el uso de una terapia en escalera de 3 peldaños combinando AINEs, opioides débiles o potentes y coadyuvantes.

El uso de los opioides siempre ha estado obstaculizado por confusiones entre los conceptos de tolerancia, dependencia y adicción. Otros métodos intervencionales han aportado algunas alternativas para el control del dolor de los pacientes.

Además del dolor los pacientes con cáncer avanzado experimentan muchos otros síntomas que requieren el enfoque integral de la Medicina Paliativa para intentar mejorar la calidad de vida. Actualmente existe suficiente evidencia científica y experiencia clínica para validar la Medicina Paliativa en los programas de Cáncer de distintos países del mundo.

Palabras clave: medicina paliativa, dolor, cáncer, opioides

Summary

Advanced stage cancer represents a challenge for medical teams if we consider that from an epidemiologic perspective, the number of cancer patients has been increasing steadily all over the world. This lead to a greater need to manage the associated biophysical and psychosocial issues using the integral and multidisciplinary approach of Palliative Medicine.

Pain control is the primary objective in the field of care. The HWO has been promoting for the last 20 years the use of a three step therapy using a combination of AINEs, weak or strong opiates and soothing agents. The use of opiates has always encountered difficulties because the meaning of words such as tolerance, dependency and adiction has always been confused. Other intervention methods have provided some alternatives to pain control.

In addition to pain cancer patients at an advanced stage have many other symptoms that require the integral approach of Palliative Medicine to improve the quality of their lives. There is at present enough scientific evidence and clinical experience to validate Palliative Medicine in Cancer programs in many countries of the world.

Key words: palliative medicine, pain, cancer, opiates

Problema y definiciones

En oncología la expresión "ya no hay nada más que hacer..." es seguida de una etapa de grandes desafíos para el equipo de salud, muy contraria al "abandono médico" que, en un pasado no tan lejano, sufrían muchos pacientes.

Causas reconocibles de esta última conducta son, por un lado, la mirada pesimista y los sentimientos de derrota de los médicos que, muchas veces, son reflejo de un sentimiento de impotencia, ignorancia o dificultad para dar las malas noticias. A eso se suma una conducta opiofóbica o de rechazo a la prescripción de opioides por parte de muchos profesionales y del público en general, lo que perjudica aún más a los pacientes con dolor oncológico.

No obstante, hoy en día existe un cuerpo de conocimientos con bases científicas sólidas, más de 30 años de experiencia clínica

y suficientes fármacos disponibles que apoyan la práctica de una buena Medicina o Cuidados Paliativos.

Se entiende por "Cuidados Paliativos" la especialidad dedicada al tratamiento integral del dolor y otras fuentes de sufrimiento de pacientes con enfermedades que no tienen posibilidades razonables de curación, priorizando la calidad de vida sobre otros objetivos.

Para eso, trabaja en el marco de un apoyo interdisciplinario que valore adecuadamente todos los aspectos físicos, psicológicos y espirituales de la persona enferma y de su familia más cercana.

Aspectos epidemiológicos

Hay un aumento de la incidencia del cáncer en el mundo. Se calcula que 10 millones de personas presentaran nuevos cánceres cada año, la mitad de ellos fallecerá en algún momento a causa de la enfermedad oncológica. Entre un 25 y 80% de los pacientes experimentan dolor moderado a severo y muchos otros síntomas a lo largo de su enfermedad y muy especialmente en la etapa terminal de ella.

* *Medico Jefe Unidad de Dolor y Cuidados Paliativos Instituto Oncológico Fundación Arturo López Pérez (FALP) y Clínica Alemana de Santiago*

Hace algún tiempo, había una clara división entre la etapa de tratamiento curativo del cáncer y la etapa de paliación sintomática, limitándose esta última a etapa final de la vida.

Hoy en día, los avances de la oncología hacen que las terapias de paliación oncológica prolonguen la supervivencia de los pacientes con cáncer avanzado en muchos meses o años y que se acompañen de un control de dolor y síntomas más rigurosos, en el marco de un trabajo en equipo cada vez más estrecho.

Historia de la Medicina Paliativa

Los grandes progresos de la medicina del siglo XIX en adelante produjeron impactos epidemiológicos insospechados. El control de la mayoría de las infecciones gracias al descubrimiento de los antibióticos, el progreso de la cirugía tras el advenimiento de la anestesia, el desarrollo de fármacos para múltiples condiciones patológicas, el progreso tecnológico que favoreció el soporte al paciente crítico y la mejoría de las condiciones ambientales favorecieron el progresivo envejecimiento de la población y la aparición de patologías no curables pero de alto impacto en la calidad de vida de las personas. El propio desarrollo de la medicina curativa muchas veces ha dejado postergado el bienestar subjetivo del paciente y en algunos ambientes el dolor y otros síntomas siguen siendo el precio obligado a pagar por estos avances.

En la década de los 50, Cecily Saunders, enfermera inglesa que trabajaba en asilos de pacientes terminales de cáncer, fue sensible al dolor y otras formas de sufrimiento de los pacientes. En forma sistemática, empezó a promover el uso de la morfina oral, a partir de lo cual, comenzó el desarrollo de los Cuidados Paliativos en Europa y posteriormente en el resto de los países. Más tarde, Saunders estudió medicina y desarrolló un polo de investigación en el Saint Christopher's Hospice de Londres, centro pionero de la Medicina Paliativa. A ella se unió el Dr. Robert Twycross, oncólogo, quien fue uno de los expertos que crearon el concepto de "escalera analgésica de la OMS" en la década de los 80 y a



Figura 1: Fuente: Twycross RG (2003). *Introducing palliative care*. (4ta. ed.). UK: Radcliffe Publishing.

quien se debe desarrollar el modelo de los Cuidados Paliativos como lo concebimos hoy, que está basado en tres pilares:

1. Control de síntomas.
2. Trabajo en equipo.
3. Apoyo psicosocial.

Problemas y desafíos en Medicina Paliativa

1. La etapa terminal de la enfermedad oncológica es una realidad ajena a la medicina tradicional, más preparada para luchar por la curación de las enfermedades que por la paliación del sufrimiento.
2. Es una situación que afecta tanto al enfermo como a su entorno familiar, el que debe ser incluido en el plan de tratamiento.
3. El control continuo del dolor y de los otros síntomas hasta la muerte, donde quiera que ésta ocurra, es un principio fundamental.
4. Es necesario salir del hospital y apoyar al paciente y su familia en su casa presencial y telefónicamente.
5. Hay grandes desafíos para la enfermería, en cuanto a capacitar al paciente y su familia en los principios del autocuidado.

El dolor en pacientes con cáncer avanzado

El dolor en el paciente oncológico es el síntoma más importante y tiene algunas características específicas que lo hacen diferente al dolor agudo, subagudo o crónico asociado a otras patologías. El concepto de "Dolor Total" en el cáncer avanzado fue acuñado por Cecily Saunders, para incluir todos los componentes involucrados en el Dolor Oncológico.

Hay fuentes físicas derivadas de la infiltración tumoral o metastásica, más sentimientos de ansiedad, depresión y rabia que siempre están expresados en mayor o menor grado y que explican la complejidad que tiene la evaluación y tratamiento del dolor en el paciente oncológico.

Dolor Total

(fig 2)

Enfrentamiento del Dolor por Cáncer

1. Determinar la causa (relacionado o no con el cáncer)
2. Definir el mecanismo fisiopatológico involucrado (nociceptivo somático, visceral, neuropático o mixto)
3. Evaluar y reevaluar su intensidad regularmente.
4. Utilizar métodos farmacológicos y no farmacológicos.

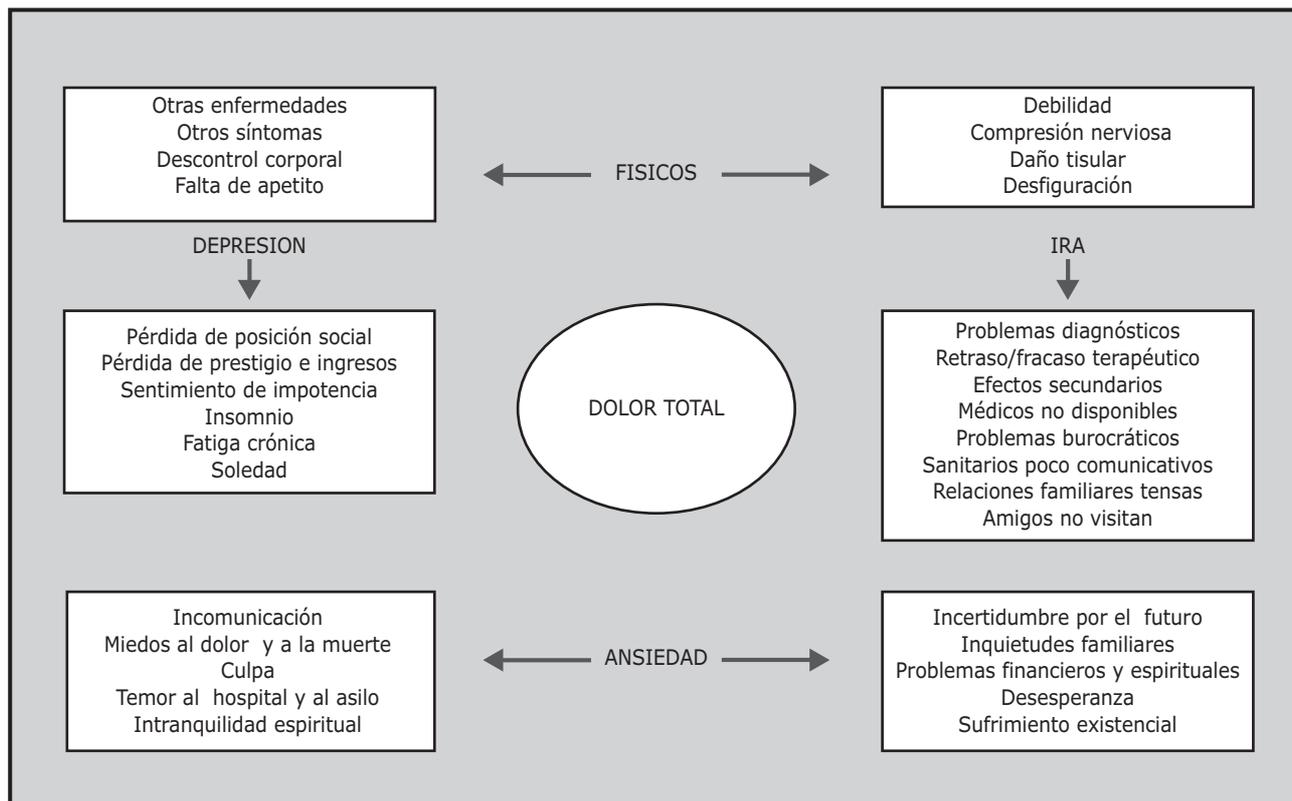


Figura 2: Fuente: Saunders, C. M. Baines M. (1983). *Living with Dying. The management of the terminal disease*. Londres. Oxford University Press. 1983; 12-13. Citado en Astudillo, Mendinueta, Astudillo & Gabilondo, 1998

Manejo farmacológico del dolor

Está basado en el uso de los opioides en el marco de la "Escalera analgésica de la OMS", publicada en su primera versión en 1986. Antiinflamatorios no esteroideos, opioides débiles (codeína y tramadol) y potentes (morfina, metadona, buprenorfina y fentanyl), más fármacos coadyuvantes del dolor oncológico (antidepresivos, anticonvulsivantes, antieméticos, laxantes, corticoides, ansiolíticos, etc) son utilizados progresivamente según el tipo y la intensidad del dolor.

La prescripción de opioides debe ser realizada, siempre que se pueda, a la vía oral, usar la dosis adaptada a ese paciente en particular, por horario fijo y permitiendo dosis extras o de rescate para el dolor incidental.

De gran utilidad son otras vías como la subcutánea, la transdérmica y en algunas indicaciones la vía espinal.

El uso de los opioides ha sido tradicionalmente dificultado por errores conceptuales que confunden el desarrollo de tolerancia farmacológica, la dependencia física y la dependencia psicológica. Muchas veces, esta confusión ha perjudicado a los pacientes con dolor oncológico en su acceso a una analgesia adecuada. Otras barreras para el uso de los opioides son la falta de prevención y tratamiento adecuado de los efectos adversos y la falta de

disponibilidad de estos fármacos por múltiples razones dependientes del ambiente cercano.

Otras terapias analgésicas

Junto a la terapia farmacológica del dolor existen otros recursos indicados en situaciones especiales, como son :

1. Procedimientos intervencionales de analgesia, por ejemplo, bloqueo de plexo celiaco en cáncer de páncreas, plexo hipogástrico en dolor pélvico crónico, del ganglio impar en dolor ano perineal, así como implante de catéteres espinales asociados a bombas de infusión continua en variadas indicaciones.
2. Drenaje de colecciones como ascitis o derrames pleurales.
3. Instalación de prótesis endoscópicas, esofágicas, duodenales, colónicas o de la vía biliar.
4. Radioterapia paliativa y medicina nuclear (administración de samario) en metástasis óseas.
5. Procedimientos quirúrgicos como fijación o prevención de fracturas patológicas en hueso metastático.

Otros síntomas en cáncer avanzado

Los pacientes terminales tienen entre 2 y 7 síntomas además del dolor. Náusea y vómitos, astenia, anorexia y caquexia, constipación, insomnio, trastornos cognitivos, disnea, prurito y disfagia son los más frecuentes.

Para el manejo de ellos hay estrategias farmacológicas y no farmacológicas utilizadas por profesionales y familia para ayudar a los enfermos. Los últimos años se han desarrollado nuevas técnicas endoscópicas para aliviar síntomas penosos, especialmente en cáncer de tubo digestivo. Prótesis de vías biliares, de esófago, gastroduodenales y gastrostomías percutáneas están contribuyendo a una mejor calidad de vida de la etapa terminal del cáncer avanzado.

Rol y responsabilidades de enfermería en Medicina Paliativa

Esta forma de manejo de los pacientes requiere de muchas destrezas de enfermería para ayudar a mantener hasta donde sea posible una calidad de vida aceptable en esta etapa. Educación y supervisión del autocuidado son fundamentales para problemas como: cuidados de la boca, prevención de escaras de decúbito, constipación, alimentación en el paciente anoréxico, más una adecuada formación para entender y educar en los aspectos psicosociales involucrados en un paciente terminal.

Algunos procedimientos como curación de heridas, administración subcutánea de medicamentos e hidratación, el control de la constipación severa, cuidados de ostomias y sondas son destrezas a desarrollar por este profesional clave en el equipo de Cuidados Paliativos.

Desafíos futuros

Entramos a una época en que la Medicina Paliativa se consolida. Ya hay suficiente evidencia que sostiene esta práctica. Hay programas en gran parte de los países, guías clínicas en todos los idiomas y un reconocimiento creciente de los derechos de las personas a ser aliviadas adecuadamente cuando se enfrentan a patologías sin expectativas de curación a mediano o corto plazo.

Chile es pionero en incluir los Cuidados Paliativos en las Garantías Explícitas de Salud (AUGE) para todos los chilenos desde el 2005, lo que está dando un impulso definitivo al desarrollo de esta especialidad médica en nuestro medio.

Correspondencia

Doctora Juanita Jaque García.
(FALTA)

Referencias Bibliográficas:

1. Alivio del dolor en cáncer. Guías clínicas (segunda edición) ed. OMS ginebra 1996
2. The iahpc manual of palliative care (2nd edition) ed: international association of hospice p. care 2003
3. Twycross, R, Lichter I. The terminal phase. in: doyle d, hanks g, macdonald n, Eds. oxford textbook of palliative medicine. 1998
4. Bruera e, eds. topics in palliative care, vol 3. new york: oxford university press; 1998.
5. Cuidados paliativos en la cultura latina. Marco Gómez Sancho ediciones Arán, 1999