



EDITORIAL

¿Se utiliza adecuadamente la analgesia en los pacientes terminales?



Is management of analgesia correct in terminally ill patients?

Mikel Odriozola Gojenola^{a,*} y Jasone Basterretxea Oiarzabal^b

^a Centro de Salud Markina-Xemein, Organización de Servicios Integrados Berrualde-Galdakao, Osakidetza-Servicio Vasco de Salud, Markina-Xemein, Bizkaia, España

^b Centro de Salud Gernika, Organización de Servicios Integrados Berrualde-Galdakao, Osakidetza-Servicio Vasco de Salud, Gernika-Lumo, Bizkaia, España

Recibido el 15 de marzo de 2015; aceptado el 16 de marzo de 2015

Disponible en Internet el 3 de junio de 2015

Nuestros pacientes manifiestan a menudo su miedo a vivir o morir con dolor. Los médicos de atención primaria nos esforzamos en tratarlo, especialmente en los pacientes terminales. En las últimas décadas hemos asistido a cambios (creemos que con aciertos y desaciertos) que pretendemos analizar.

La OMS considera que el consumo médico de opiáceos en un país es un indicador adecuado de la forma en que se trata el dolor¹. La progresiva sensibilización de los médicos de atención primaria, su mayor capacitación y destreza en el tratamiento del dolor y la liberalización del uso de opiáceos tras la orden ministerial española de 25 de abril de 1994, han aumentado el consumo de los mismos en nuestro país, como se muestra en los datos aportados por el Ministerio de Sanidad². Por supuesto, a este aumento también ha contribuido el mayor campo de indicaciones de los mismos, como el dolor crónico no oncológico, pero como sabemos, los pacientes terminales no son solo los neoplásicos. También los pacientes con enfermedades crónicas precisan cuidados paliativos, aunque definir cuando una enfermedad crónica alcanza estadios avanzados sea complicado³.

El acceso desde atención primaria a una más variada oferta de principios inmediatos (fentanilo, oxicodona...), permitiendo la rotación de los mismos en situaciones de intolerancia o efectos adversos y el acceso generalizado a vías alternativas a la oral, como la subcutánea, la transmucosa y la tan utilizada transdérmica^{2,4} han facilitado en gran manera la atención a los últimos días de vida en los casos de falta de acceso a la vía oral, aunque en ocasiones se utilicen solo porque son más aceptadas por los pacientes⁴.

Los tratamientos coadyuvantes también parecen utilizarse con cierta destreza, corticoides, antidepresivos, antiepilépticos y neurolépticos aparecen en nuestro vademécum constantemente. También antieméticos y laxantes por supuesto, aunque el hecho de que estos deban ser costeados por el propio paciente (en personas tratadas con opiáceos) contraviene los principios más básicos de nuestro sistema de salud.

Los médicos de atención primaria ya tenemos incorporado el enfoque biopsicosocial en nuestra práctica diaria, y sabemos bien de qué hablamos. La influencia en el dolor de lo que rodea al enfermo nos es familiar: la condición física y psicológica previa, el nivel y el origen cultural, las creencias religiosas, la situación económica y el apoyo familiar influyen mucho. Sabemos cómo abordarlo: explicando bien la enfermedad, visitando con frecuencia y sin que nos llamen, fijando próximas citas, facilitando el acceso, mostrando

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: mikelodri@bizkaia.eu
(M. Odriozola Gojenola).

profesionalidad y cuidando al cuidador. Este es un valor añadido del que nos podemos enorgullecer.

Sin embargo, hay aspectos en los que debemos mejorar.

Parece ser que tenemos dificultades para diagnosticar la terminalidad^{3,5}, debemos superarlas y aplicar la proactividad necesaria para no retrasar los cuidados paliativos. Sobre todo en los pacientes no oncológicos, en los que conviene fijarse más en los síntomas que en el diagnóstico o el pronóstico³.

El dolor está presente en casi todos los pacientes terminales^{3,5,6}, pero a menudo es infradiagnosticado y, por tanto, infratratado⁶. Conviene preguntar sistemáticamente sobre la existencia e intensidad del dolor, utilizar escalas en la existencia e intensidad del dolor, utilizar escalas y mejorar habilidades en aquellos con problemas de comunicación. En cuanto al dolor irruptivo, es crucial tratarlo específicamente⁶.

Conviene conocer la causa del dolor y plantear un tratamiento etiológico⁶. En la enfermedad avanzada este puede provenir de la enfermedad en sí o de factores asociados como secundarismos de medicación, iatrogenia, procesos intercurrentes, el encamamiento, la inmovilidad, la rigidez de las enfermedades neurodegenerativas, las úlceras por presión; e incluso los procesos osteoartrosicos previos causan dolor y requieren medidas analgésicas básicas como paracetamol o AINE. No debemos olvidar neuropatías subyacentes que frecuentemente se obvian⁶ y que se detectan a veces fácilmente utilizando términos como quemazón o calambre⁷.

En enfermos crónicos de larga evolución se han comunicado series de hasta el 96% de pacientes con dolor no tratado³. A veces basta con medidas analgésicas físicas o con plantear soluciones mecánicas a dolores mecánicos^{6,8}. En pacientes institucionales con demencia moderada-grave se ha demostrado que el uso de morfina disminuye la agitación y la necesidad de prescribir neurolépticos⁹.

Necesitamos mejorar el apoyo a la familia. Un reciente estudio cualitativo describe el elevado índice de ansiedad de los familiares que atienden en casa a paciente terminales por sus dudas en posología, miedos a sobredosis... Sugieren que debemos mejorar el entrenamiento que les hacemos y apoyarnos más en instrucciones escritas¹⁰.

El enfoque general del tratamiento, en ocasiones, ha de ir más allá de la escala analgésica propuesta por la OMS aunque su vigencia permanece indiscutible¹¹. Hay que presentar recurrencias al segundo nivel cuando sea necesario: unidades de dolor, de paliativos, de radioterapia, de endoscopia o de cirugía⁶; sabemos que en nuestro medio el acceso puede ser complicado.

En cuanto a los opiáceos, quisiéramos hacer unas puntualizaciones sobre si su uso es el adecuado. La morfina oral es el fármaco de elección para el dolor moderado o grave, y los otros deberían ser utilizados solo en ciertas circunstancias^{1,4,6,9}. Pero, como muestra el gráfico (fig. 1), en España el fentanilo es muchísimo más prescrito. La relación que la sociedad establece entre el vocablo morfina y el final de la vida podría influir en ello y la elección de parches podría estar mediada por su comodidad de uso, pero creemos que la influencia de la industria farmacéutica es demasiado importante. Algo parecido ocurre con otros fármacos como la asociación oxycodona/naloxona y con la pregabalina como coadyuvante. Su generalizado uso no parece basarse en lo que la evidencia publicada recomienda¹².

De lo expuesto concluimos que hemos de mejorar en formación y compromiso. No olvidarnos de tratar el dolor en todos los enfermos crónicos que lo precisen. Y en cuanto a la elección del tratamiento, evitemos opiofilias y opiofobias⁴, el mal uso y la influencia comercial hacia determinadas opciones.

Queremos aprovechar también este foro para exigir mayor accesibilidad de la atención primaria a los métodos

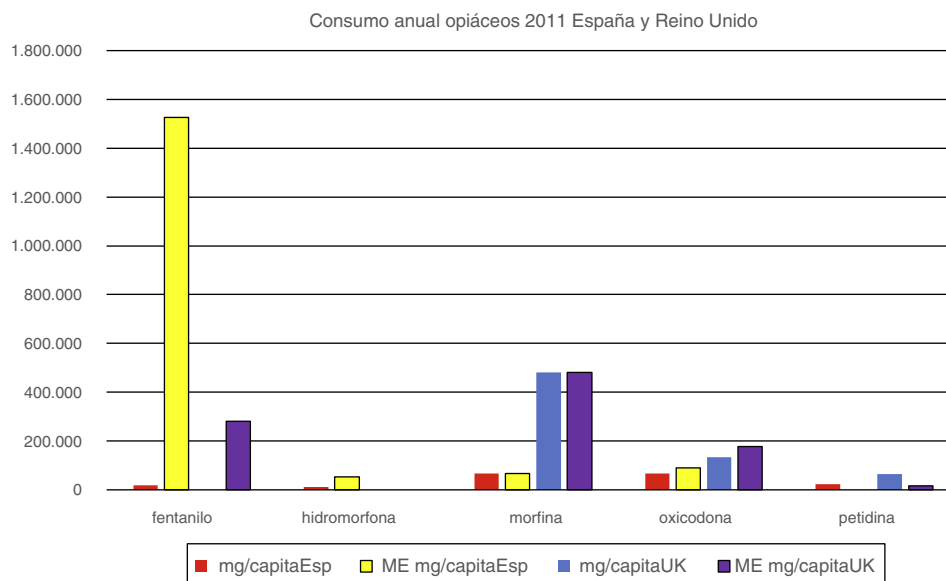


Figura 1 Datos de consumo de 2011 disponible en miligramos *per cápita* y en miligramos equivalentes a morfina *per cápita* (ME), en España y Reino Unido. International Narcotics Control Board (INCB)

paliativos que ofrece el segundo nivel asistencial facilitando su conocimiento y disponibilidad generalizada. Los gestores tienen en este terreno mucho margen de mejora.

Bibliografía

1. World Health Organization. Achieving balance in national opioids control policy. Guidelines for assessment [consultado 14 Mar 2014]. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/hq/2000/who_edm_qsm_2000.4.pdf
2. Utilización de opioides en España (1992-2006) informe AEMPS. Ministerio de Sanidad [consultado 14 Mar 2014]. Disponible en: <http://www.aemps.gob.es/medicamentososohumano/observatorio/docs/opioides.pdf>
3. Solano JP, Gomes B, Higginson IJ. A comparison of symptom prevalence in far advanced cancer, AIDS, heart disease, chronic obstructive pulmonary disease and renal disease. *J Pain Symptom Manage*. 2006;31:58-69.
4. Infac. Opioides en el manejo del dolor El difícil equilibrio entre la opiofobia y la opiofilia. 2014;22 [consultado 14 Mar 2014]. Disponible en: <http://www.osakidetza.euskadi.net/cevime>.
5. Basterretxea J, Odriozola M. Análisis de Atención Paliativa en una Zona Rural. Comunicación oral. Co-041 xxx Congreso Sociedad Española de Calidad Asistencial. 2012.
6. Hussain J, Neoh K, Hurlow A. Managing pain in advanced illness. *Clin Med*. 2014;14:303-7.
7. Bennett MI, Smith HB, Torrance N, Lee AJ. Can pain be more or less neuropathic? Comparison of symptom assessment tools with ratings of certainty by clinicians. *Pain*. 2006;122:289-94.
8. Falkensteiner M, Mantovan F, Müller I, Them C. The use of massage therapy for reducing pain, anxiety and depression in oncological palliative care patients: A narrative review of the literature. *ISRN Nurs*. 2011;2011:929868.
9. Husebo BS, Ballard C, Sandvik R, Nilsen OB. Efficacy of treating pain to reduce behavioural disturbances in residents of nursing homes with dementia: Cluster randomised clinical trial. *BMJ*. 2011;343, d4065.
10. Payne S, Turner M, Seamark D, Thomas C, Brearley S, Wang X, et al. Managing end of life medications at home-accounts of bereaved family carers: A qualitative interview study. *BMJ Support Palliat Care*. 2014, pii: bmjspcare-2014-000658.
11. World Health Organization. Cancer pain relief: With a guide of opioid availability. 2.^a ed. Geneva: WHO; 1996.
12. Infac. Gabapentina y pregabalina: entre el uso y el abuso. 2014;22 [consultado 14 Mar 2014]. Disponible en: <http://www.osakidetza.euskadi.net/cevime>.