

Revista de Revistas

Fernández, Rodrigo

Medicina Paliativa y Cuidados Continuos.

Alejandra Palma, Paulina Taboada, Flavio Nervi. Ediciones Universidad Católica de Chile, Primera Edición, Noviembre 2010.

El presente libro, cuya primera edición fue publicada a fines de 2010, representa el esfuerzo de sus editores, todos miembros de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile. Se trata de la Dra. Alejandra Palma, gran colaboradora en las diversas actividades de la ACHED; el Dr. Flavio Nervi, Director del Programa de Medicina Paliativa de la Facultad de Medicina de dicha casa de estudios; y la Dra. Paulina Taboada, Directora del Centro de Bioética de la referida universidad. Ellos, junto a un selecto equipo multidisciplinario de profesionales, entre los que encontramos personajes de renombre internacional, como Carlos Bermejo, Eduardo Bruera, Liliana de Lima y Robert Twycross, por nombrar algunos, desarrollan a lo largo de 24 capítulos el manejo bio-psico-social de los enfermos aquejados de enfermedades que se encuentran fuera del alcance terapéutico curativo. Se trata de la primera obra chilena en este aspecto, que va más allá de las guías que todos conocemos. La Medicina Paliativa ha estado siempre presente en la historia del hombre, pero recién a partir de la segunda mitad del siglo XX sufre un vuelco importante, incorporándose a la era de la medicina moderna, con los conceptos de Cecily Saunders. Si bien, en nuestro país, desde hace dos décadas, han existido instituciones visionarias en este aspecto, como la Asociación Chilena para el Estudio del Dolor, que ha puesto permanentemente en relieve el tema Dolor y los Cuidados Paliativos, influyendo posteriormente en el desarrollo de políticas de salud, por parte del ministerio respectivo, el avance no ha ido directamente de la mano con las instituciones universitarias encargadas de formar a nuestros profesionales. En este contexto, resulta relevante la aparición de esta obra en nuestro medio nacional, al alero de una prestigiosa casa universitaria, teniendo además como protagonistas a un grupo de destacados profesionales que, desde el punto de vista de una realidad y experiencia local, nos dan las herramientas para enfrentar el control de síntomas en pacientes que necesitan mejorar la calidad del escaso tiempo vital que tienen por delante. En el texto nos indican, además,

cómo realizar una asistencia continua en el plano psicosocial del paciente y su entorno, sin caer en los extremos del abandono o del encarnizamiento terapéutico.

Podemos estar orgullosos de contar con este libro de Medicina Paliativa que será una guía de gran utilidad para la docencia y para la futura generación de profesionales en formación, que está emprendiendo el largo recorrido de la atención a los pacientes terminales.

Explicando el Dolor.

David Butler Lorimer Moseley (Explaining Pain. Noigroup Publications, Adelaide, South Australia)

El dolor es uno de los síntomas más frecuentes por el que se consulta al médico y se acude a los establecimientos de salud. Cuando este dolor se transforma en crónico, trae una serie de consecuencias físicas y psicosociales, que se traducen en un deterioro gradual de la calidad de vida y un detrimento económico para los afectados y la sociedad. Motivado por estos hechos, el anestesiólogo, Dr. John Bonica crea en 1973 la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP). Esta entidad científica rápidamente adquiere numerosos adherentes, conformando capítulos a lo largo de todo el mundo, que tienen como finalidad investigar, elaborar pautas de tratamiento y difundir todo lo relativo a este importante síntoma y sus implicancias para el hombre. A pesar de esta iniciativa y de todo el avance logrado en el tema, especialmente durante la segunda mitad del siglo veinte, el dolor aún es infravalorado y subtratado por los médicos y equipos de salud. Esta situación también se refleja en una falta casi absoluta de programas de enseñanza en esta materia en las diversas profesiones del área de la salud. En nuestro país, se ha avanzado en forma notoria en este campo, gracias a la activa participación de la Asociación Chilena para el Estudio del Dolor (ACHED, capítulo chileno IASP) y a la valiosa interacción con las autoridades del Ministerio de Salud, especialmente en lo relacionado al dolor por cáncer, tema que se encuentra incorporado oficialmente desde 2005 en las Garantías Explícitas de Salud (GES). El camino que queda por recorrer es largo, ya que el tema del dolor agudo, crónico y neuropático aún está pendiente, especialmente en lo que se refiere a la incorporación de estas materias en los programas de enseñanza de los profesionales del área de la salud.

Este libro constituye un material educativo de gran utilidad como herramienta terapéutica, tanto para alumnos, profesionales de la salud y público en general, ya que utiliza un lenguaje coloquial, ameno y salpicado con notas de humor, entregando

conocimientos actualizados de neurociencia y fisiología del dolor, sin por ello perder un carácter de rigurosidad científica. El libro se divide en seis capítulos. El primero de ellos introduce el concepto de dolor, el que es percibido como alarma por el sistema nervioso central, desencadenando variadas respuestas, todo ello acompañado de ejemplos y experiencias de personas con dolor, situación en la que están íntimamente implicados edad, sexo y cultura.

El segundo capítulo apunta al mensaje nociceptivo, su percepción, transmisión y procesamiento central, utilizando para ello un lenguaje entretenido y de fácil comprensión. La tercera sección resalta los mecanismos mediados por la inflamación en los tejidos dañados, la participación del sistema nervioso periférico y los conceptos de dolor neuropático y somático.

El capítulo cuarto se enfoca en el sistema nervioso central, los sistemas de respuesta y la posibilidad de cronificación del dolor.

Por su parte, la quinta sección enfatiza en el concepto de dolor crónico y la implicancia de éste para los pacientes, la manera de afrontarlo y relacionarse con él. Se revisan también las distintas modalidades de tratamiento existentes en la actualidad.

Finalmente, el sexto capítulo, con el que finaliza el libro, presenta los fundamentos del tratamiento del dolor, ofreciendo herramientas para su enfrentamiento.

Cada capítulo incluye un resumen que permite destacar e internalizar los principales conceptos.

“Explicando el Dolor”, editado en Australia, tiene como autores a David Butler y Lorimer Moseley, traducido desde el inglés por el fisioterapeuta español especialista en dolor Rafael Torres Cueco y revisado en Chile por Luis Henríquez y Manuel Cobo, quienes gentilmente hicieron llegar un ejemplar al suscrito. Esta publicación constituye una valiosa herramienta más para quienes nos interesamos en el dolor crónico, sirviendo como material educativo y de apoyo, tanto para profesionales de la salud, estudiantes y también como ayuda para aquellos pacientes que sufren de dolor crónico y que deben comprender las implicancias y posibilidades de enfrentamiento de este cuadro.

Manejo Farmacológico del Dolor Persistente en Adultos Mayores.

Pharmacological Management of Persistent Pain in Older Persons. American Geriatrics Society Panel on the Pharmacological Management of Persistent Pain in Older Persons AGS Panel on Pharmacological Management of Persistent Pain in Older Persons.

Ickowicz E. JAGS 57:1331-1346, 2009.

Se trata de guías clínicas escritas bajo el auspicio de la Sociedad Americana de Geriatria (aprobadas el 21 abril 2009). En ellas se analiza la magnitud del problema, afectando el dolor persistente principalmente a los ancianos, asociándose a alteraciones musculoesqueléticas, procesos degenerativos de columna, artritis y especialmente al cáncer. Este cuadro de dolor y su inadecuado tratamiento se relaciona con resultados adversos en las personas mayores, entre los que se incluyen impedimentos funcionales, caídas, lentitud en la rehabilitación, cambios en el estado de ánimo, apetito y sueño, traducándose en la necesidad de mayores cuidados con el consecuente costo económico. Aún cuando el tratamiento adecuado reduce

estos efectos adversos, por sí mismo puede generar riesgos y morbilidad.

La Sociedad Americana de Geriatria (AGS, por sus siglas en inglés) elaboró en 1998 las primeras guías, que fueron un llamado de alerta para mejorar la calidad de vida de este grupo etéreo. En 2002, las guías fueron revisadas para incluir nuevas estrategias terapéuticas que permitieran mejorar el cuidado de estos pacientes. El esfuerzo se dirigió a educar y guiar a los clínicos de atención primaria, investigadores y otros profesionales del área de la salud encargados de enfrentar este problema.

La guía actual tiene como finalidad actualizar la base de datos de 2002 y recomendar el uso de nuevas estrategias farmacológicas, campo en el que ha habido sustanciales avances respecto de las últimas guías publicadas. La estrategia principal para tratar el dolor persistente se basa en el tratamiento farmacológico y por el hecho de ser el área de mayor riesgo, la revisión se ha basado en este tema.

Las nuevas guías no pretenden ser un tratado exhaustivo del tema, pero ofrecen una síntesis de las publicaciones existentes y el consenso de un grupo de expertos familiarizados con el tratamiento del dolor y la investigación de problemas que afectan a las personas mayores. Se espera que el resultado final de este documento beneficie a los adultos mayores que requieren de un manejo adecuado del dolor, para que puedan mantener su dignidad, capacidad funcional y finalmente se traduzca en calidad de vida.

El panel de expertos incluyó a geriatras, farmacólogos, reumatólogos, neurólogos, enfermeras y paliativistas.

La actualización comienza con una revisión de los principios de evaluación del dolor. Luego se continúa con el uso de analgésicos no opioides, opioides, coadyuvantes y otros medicamentos.

- Analgésicos no opioides: se hace un análisis de los diversos antiinflamatorios no esteroidales, recomendándose por su seguridad el paracetamol como medicamento de primera línea, como también la erradicación del *Helicobacter Piloni* para disminuir la incidencia de úlcera péptica en aquellos pacientes expuestos al uso de AINEs. La clave para su elección está dada en individualizar el tratamiento para cada persona, teniendo en cuenta el control del dolor, riesgo cardiovascular, nefrotoxicidad, interacción medicamentosa y gastrolesividad.

- Analgésicos opioides: indicados especialmente en dolor de intensidad moderada a severa, su uso debe ser titulado en forma lenta, disminuyendo los efectos adversos a lo largo del tiempo, producto del desarrollo de tolerancia. Se recomiendan dos herramientas para evaluar el riesgo del uso de opioides “Opioid Risk Tool, ORT121” y la versión revisada “Screener and Opioid Assessment for Patients with Pain, SOAPP 122”.

- Coadyuvantes: con ellos se hace referencia a una serie de medicamentos que, sin haber sido inicialmente diseñados para tratar el dolor, se descubrió que atenuaban o alteraban la percepción dolorosa. Entre éstos, se incluyen antidepresivos, anticonvulsivantes y otros medicamentos que alteran los potenciales de membrana y otros procesos neurales que están involucrados en la transmisión de la señal dolorosa.

- Analgesia tópica: destaca el avance reciente obtenido en manejo del dolor neuropático periférico, con el uso del parche de lidocaína al 5% aprobado por la FDA para la neuralgia post herpética. Su uso ha sido ampliado en la práctica a otras neuropatías, lumbago, artritis e incluso manejo de heridas

crónicas. El aumento progresivo del uso de este producto se ha debido a su facilidad de aplicación, ausencia de toxicidad y de interacciones medicamentosas. Los estudios farmacocinéticos han demostrado seguridad en las concentraciones séricas de lidocaína, usando hasta cuatro parches en 24 horas. Las reacciones adversas son raras, describiéndose algunas reacciones alérgicas circunscritas de la piel y contraindicándose su uso en la falla hepática severa, debido a una disminución en el clearance de creatinina. La lidocaína con esta formulación de parche al 5% constituye un avance importante para el tratamiento del dolor neuropático localizado en ancianos. Sin duda, las guías presentadas son un apoyo importante para enfrentar el dolor persistente en el grupo poblacional de adultos mayores, finalizando la revisión con recomendaciones farmacológicas específicas para cada opción terapéutica.

Causas de Sufrimiento en Enfermos Oncológicos al Final de la Vida.

Jurado Martín M. A., Esteve Zarazaga R., Villalba Merchán O. Rev. Medicina Paliativa, Vol 17, N°2: 90-95, 2010.

El trabajo presentado tiene como objetivo conocer y analizar el grado de malestar y las principales causas de sufrimiento de los enfermos con cáncer avanzado, desde la perspectiva de los pacientes.

Se utilizó una muestra de 132 pacientes atendidos en la Fundación Cudeca, se evaluó mediante la escala del paso subjetivo del tiempo, el grado de sufrimiento y su atribución. Los datos se analizaron mediante SPS.11.

Los resultados evidenciaron que la mayoría de los pacientes asocian su percepción subjetiva del paso del tiempo principalmente con el control sintomático, seguido de la capacidad para realizar actividades distractoras y su estado de ánimo. Para los niveles de sufrimiento más elevados, las causas de éste se relacionan con los síntomas físicos y el aburrimiento. Que "la vida transcurre con normalidad" es destacado en un 14% de los pacientes y asociado a la percepción de que el tiempo no se alarga ni acorta.

Se concluye que los pacientes no consideran como principal amenaza a la muerte próxima, sino a los factores cambiantes. El aburrimiento es asociado con la sensación de vacío, tanto en lo que se refiere a carencia de actividades como a su significado. La capacidad de distracción, descubrimiento de nuevas actividades y sensación de utilidad facilitan la adaptación y reducen el malestar. Al equipo terapéutico le resulta de gran utilidad para afrontar al enfermo, identificar qué es lo que le origina preocupación, para dirigir su actuación hacia la causa que genera el sufrimiento.

Sedación Controlada para Síntomas Refractarios en Pacientes en Situación Terminal.

Mercadante S, Intravaia G, Villari P, Ferrera P, David F, Casuccio A. Controlled Sedation for Refractory Symptoms in Dying Patients. J Pain Symptom Manage. 2009;37:771-9.

Los autores muestran su experiencia en la sedación en los últimos días y evalúan la actitud de los cuidadores implicados en la toma de decisiones. Esta actitud la valoran en dos entrevistas: una antes de la sedación y otra una semana tras el fallecimiento del paciente. Se analiza de manera prospectiva una cohorte de 77 pacientes oncológicos que fallecieron en una

Unidad Hospitalaria de Cuidados Paliativos. Un grupo de 42 pacientes (55%) recibió fármacos con el objetivo de alcanzar una sedación. Los motivos más frecuentes fueron disnea (en 25) y delirium (en 24). La relación entre los familiares y el equipo terapéutico se consideró adecuada en el 90% de los casos.

La sugerencia de la sedación partió del equipo en 24 casos (57%), de la familia en 8 (19%) y de ambos en 9 (21%). Sólo en 2 (7%) de las 30 familias estudiadas no hubo un acuerdo unánime en cuanto a la decisión de la sedación. Todos los pacientes que recibieron sedación tenían de inicio mal estado general (IK < 30%), la mayoría tenía dificultades para toser, deglutir y comenzaba a presentar estertores respiratorios. En 12 pacientes se inició con una sedación suave (reducción del nivel de conciencia) y en 28 con una sedación más fuerte (abolición del nivel de conciencia). La mediana de duración de la sedación fue de 22 horas (límites: 2-160). Las dosis de opioides se mantuvieron estables a lo largo del tiempo, en un nivel cercano a una dosis media equivalente de morfina intravenosa de 70 a 90 mg/d. La dosis inicial de midazolam se situó entre 30 y 45 mg/d y fue preciso aumentarla en unos 15 mg cada 12 horas. En menos de la mitad de los pacientes se asoció hioscina. La hidratación se mantuvo en torno a los 500 a 1000 cc/d. Con este tratamiento, el grado de agitación pasó a ser mínimo o nulo, mientras que el nivel de sedación permitía cierta respuesta a estímulos físicos. En 2 casos (5%), los familiares solicitaron que se redujese la sedación. La gran mayoría de los familiares consideraron que tanto la decisión como los resultados de la sedación fueron adecuados; tan sólo un familiar (2%) refirió que el paciente siguió sufriendo tras comenzar la sedación.

El trabajo realizado por estos expertos de reconocido renombre en el ámbito de la medicina paliativa, resulta muy interesante para quienes debemos enfrentar diariamente el sufrimiento que agobia a los pacientes con cáncer avanzado, que entran en forma irrevocable a los últimos días de su vida. Es probable que muchos integrantes de equipos paliativos se vean reflejados en los tratamientos y resultados de este estudio, en el que más allá del número de enfermos que recibieron sedación es de primordial importancia establecer su indicación y evidencia de refractariedad de los síntomas. En relación a este sensible tema de la sedación en pacientes terminales, cobra gran fuerza el concepto de que una buena atención paliativa requiere de mejorar la información y comunicación con el paciente y sus familiares, a través de desarrollar actitudes paliativas por parte del equipo de salud, con posibilidad de una segunda opinión, consentimiento informado y la instauración de un documento de testamento vital. Todo esto es posible lograrlo a través de la existencia de Unidades de Cuidados Paliativos, equipos de apoyo hospitalarios y unidades de asistencia domiciliaria.

Correspondencia

Dr. Rodrigo Fernández R.

Anestesiólogo

Jefe Unidad de Alivio del Dolor y Cuidados Paliativos
Hospital del Salvador

Santiago, Chile

Presidente Capítulo IASP - Chile

Correo: rf.presidencia@ached.cl