

# EL MEDICO

## ENTREVISTA CLÍNICA A PROPÓSITO DE UN CASO

- Programa de formación en colaboración con la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN)
- Caso clínico basado en un planteamiento y discusión sobre la Entrevista Clínica en Atención Primaria.
- Actividad avalada por la Comisión Nacional de Validación y Acreditación de SEMERGEN
- Evaluación on-line  
[www.elmedicointeractivo.com/entrevistaclinica.htm](http://www.elmedicointeractivo.com/entrevistaclinica.htm)

## Dolor oncológico en paciente pasivo con poca adherencia al tratamiento y sin ganas de vivir



 **ferrer** |   
Líder en el tratamiento del dolor



Actividad Avalada por la Comisión Nacional de Validación y Acreditación de SEMERGEN con el nº 24/2009



Actividad acreditada en base a la encomienda de gestión concedida por los Ministerios de Educación, Cultura y Deporte y de Sanidad y Consumo al Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos con **0,4 créditos equivalentes a 2 horas lectivas**

SEAFORMEC  
Sistema Español de Acreditación de la Formación Médica Continuada



Nº Registro: 0330/03/2009

# Dolor oncológico en paciente pasivo con poca adherencia al tratamiento y sin ganas de vivir

## AUTORES

**Ana López de Viñaspre Mugerza**

Médico de familia. C.S. Casco Viejo (Vitoria-Gasteiz)

**M<sup>a</sup>José Ibars Cervera**

Médico de familia. C.S. Casco Viejo (Vitoria-Gasteiz)

**Elena Lapuente Troncoso**

Médico de familia. C.S. Casco Viejo (Vitoria-Gasteiz)

**M<sup>a</sup> Luz Alarcia Ceballos**

Médico Residente en MFYC. C. S. Casco Viejo (Vitoria-Gasteiz)

## COORDINADOR

**Sergio Gimenez Basallote**

Médico de Familia. Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Centro de Salud del Limonar. Málaga

## Introducción

En el abordaje del paciente oncológico será muy importante instaurar y mantener una buena comunicación médico-paciente, ya que el diagnóstico de cáncer y la evolución de la propia enfermedad suelen generar frecuentemente alteraciones emocionales en el plano personal y familiar que pueden influir a menudo tanto en la instauración y mantenimiento de los síntomas como en el adecuado control de los mismos. Es fundamental crear un espacio adecuado de confianza y res-

**Tabla 1** | fases adaptativas a la enfermedad (fases de KÜBLER-ROSS)

- 1. Fase de negación-aislamiento:** Se presenta como un mecanismo defensivo cuando el enfermo es informado de la gravedad de su enfermedad y se siente afectado de un mal incurable. El paciente se enfrentará a pensamientos como: "Seguro que hay un error en el diagnóstico", "no puede ser verdad"...
- 2. Fase de indignación o ira:** En esta fase aparecerán sentimientos de ira, rabia, indignación...El enfermo buscará culpables a su situación tanto en los sanitarios, familiares...y se preguntará: "¿Por qué le ha tenido que ocurrir a él?", "la culpa la tiene el médico por..."
- 3. Fase de pacto-negociación:** El paciente ya es capaz de afrontar la situación, pero necesita aferrarse a alguna posibilidad de curación o mejoría. Es frecuente que en este momento haga promesas tanto a sí mismo como a sus familiares: "Si me curo te prometo que...", "Cuando este mejor te llevaré a...".  
En esta fase es posible que busque otras alternativas terapéuticas o incluso una segunda opinión médica.
- 4. Fase de depresión:** En este momento, la enfermedad avanza, el paciente no puede escapar de la realidad que le rodea y comienza una etapa de tristeza por las pérdidas futuras. Es frecuente la desesperanza con ideas como: "Que más da, si esto no tiene solución", "para qué intentar un tratamiento si lo mío no tiene remedio"...Es una etapa hacia la aceptación en la que será muy importante que sienta cerca a sus familiares y al equipo sanitario.
- 5. Fase de aceptación:** El paciente acepta su enfermedad y su situación actual. Se reconcilia consigo mismo, repasa su vida pasada y termina por vivir el presente.

Fuente: Elaboración propia

peto mutuo para que el paciente y su familia se adapten a la nueva situación, puedan expresar sus miedos, dudas, preocupaciones...y para ello será necesario y adecuado realizar una escucha activa que facilite gradualmente la comprensión de lo que está pasando. De este modo, el enfermo disminuirá la ansiedad, mejorará la adhesión al tratamiento y la familia realizará los

**Tabla 2** | Medicación farmacológica antidepresiva

Principio activo	Dosis mgr./día	Vía de administración	Comentarios
Amitriptilina	25-150	Oral	Amplia experiencia en dolor neuropático
Imipramina	25-150	Oral	Bloqueo intenso de receptores colinérgicos, histamínicos y alfa-adrenérgicos (importantes efectos secundarios).
ISRS: Paroxetina Citalopram Otros	20-50 20-60	Oral	Paroxetina: Posibilidad de interacciones medicamentosas por inhibición del citocromo P450
Inhibidores duales: Venlafaxina Otros ATD: Nefazodona	75 200-600	Oral	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuidado en pacientes con cardiopatía isquémica, convulsiones y glaucoma.</li> </ul>
Psicoestimulantes: Metilfenidato	10-20 Útil cuando no se puede esperar al periodo de latencia de los antidepresivos.	Oral	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No administrar a pacientes con ansiedad asociada</li> <li>• Puede producir o empeorar la anorexia.</li> </ul>

Fuente: Modificado de Gil F, Hollenstein MF, Maté J, Porta J, 2004.

cuidados del paciente de forma más satisfactoria, eficaz y segura.

Ante un diagnóstico de cáncer, suelen presentarse en el paciente varias fases durante su proceso de adaptación, que la Dra. Kübler-Ross describió en el año 1969 y que sistematizan las emociones por las que atraviesan los enfermos y sus familiares en esa situación (TABLA 1). No todos los pacientes tienen por que pasar por todas ellas, ni son necesariamente secuenciales.

Aproximadamente un 50% de los pacientes oncológicos suelen presentar algún trastorno psiquiátrico a lo largo de su enfermedad, siendo los más frecuentes los trastornos adaptativos con ánimo depresivo o ansioso. No es infrecuente que estas alteraciones del estado de ánimo sean consideradas como normales dada la situación clínica del paciente y que por tanto no sean tratadas adecuadamente. Así mismo, la depresión es un factor que tiene una incidencia negativa en el umbral nociceptivo que por tanto disminuye por sí misma el umbral doloroso, haciendo al paciente más vulnerable ante cualquier dolor. La presencia de síntomas como insomnio,

anorexia, disminución de peso, astenia, enlentecimiento psicomotor, que es básico para el diagnóstico de depresión en sujetos sin otra patología asociada, pierden interés en el caso del paciente oncológico ya que forman parte frecuentemente del cuadro neoplásico. En estos casos valoraremos fundamentalmente la presencia de ciertos síntomas como pérdida de interés en actividades que le resultaban placenteras con anterioridad a la enfermedad, insomnio, agitación psicomotora, sentimientos de culpa o ideas de suicidio. Son múltiples los fármacos que se pueden emplear en el tratamiento de los síndromes depresivos y habrá que valorar a la hora de elegir uno de ellos, entre otras cosas, los efectos secundarios que puedan generar en el enfermo (TABLA 2).

## Caso clínico

María acude a nuestra consulta visiblemente afectada para comentarme que a José, su hijo de 42 años, le han diagnosticado un cáncer de pulmón hace tres semanas. El paciente ha estado atendido por hospitalización a do-

micilio, pero han considerado darle el alta y continuar los cuidados en su centro de salud.

La mujer me trae los informes de alta con el tratamiento pautado y el diagnóstico de carcinoma pulmonar irreseccable. Me comenta que José no consigue calmar el dolor a pesar de la medicación y que no sabe como hacer para animarle un poco, ya que se pasa todo el día metido en su habitación. Le preguntamos sobre la información que su hijo tiene de su enfermedad, sus dudas, miedos, preocupaciones...pero la mujer, nos comenta que es un tema del que prefiere no hablar con él para no recordárselo, ya que bastante tiene con padecerlo. Acordamos una visita al domicilio que se realiza al terminar la consulta, encontrando a su hijo en la habitación, sentado en su butaca y con la mirada perdida. La mujer comienza a hablar de nuevo intentando seguir explicándonos la situación del paciente, la falta de apetito a pesar de ponerle todo lo que le gusta, el insomnio que le hace levantarse todas las noches a la butaca debido al dolor...Comprendo que María se ha constituido en cuidadora de su hijo, pero que le está agobiando y por otro lado nos planteamos intentar valorar la situación real de José. Pregunto directamente a él en relación al dolor, cuándo se presenta, que hace o toma cuando le duele y replanteo la medicación decidiendo implantar parches de morfina explicándole como usarlos, pero observo que intenta delegar todas mis explicaciones en su madre, no quiere o al menos da la sensación que no le importa lo que ocurra. Tras hacer un nuevo planning sobre la medicación acordada, la dosis posible en caso de persistir el dolor, medicación asociada para evitar efectos secundarios...le sugerimos acudir de nuevo al domicilio al día siguiente para comentar como ha transcurrido la jornada.

En una nueva entrevista inicio tratamiento antidepressivo con Paroxetina 20 mgrs/día y en posteriores encuentros se realizan ajustes de dosis de morfina hasta conseguir un control aceptable del dolor. A lo largo de estos encuentros en su domicilio se logra hacer desaparecer "la conspiración de silencio" que envolvía anteriormente a la familia, se fueron confrontando dudas sobre su enfermedad y sobre su tratamiento, logré dar soluciones a los efectos secundarios que fueron apareciendo, en algunos momentos aprovecho para aclarar dudas a su

madre sobre los cuidados de José y sobre las múltiples preguntas que le fueron surgiendo en cuanto a la fase final de la enfermedad.

## Discusión

Nos encontramos ante un paciente oncológico joven, con un diagnóstico reciente que ha alterado todos sus planes de futuro y una madre protectora que ha asumido el rol de cuidado de su hijo y desbordada en cuanto al abordaje tanto físico como psicológico de José. Dadas las características del paciente, la familia ha evitado en lo posible hablar de la enfermedad creyendo erróneamente que el diálogo con él le iba a originar una alteración en su estado de ánimo y sin ser conscientes de que por la cabeza de su hijo pasaban muchas dudas y miedos que además no podía compartir. Todo ello le había sumido en un aislamiento y una depresión importante. Tal y como nos describe las fases adaptativas a la enfermedad Kübler-Ross, se trataría de un paciente en fase de depresión en la que va a necesitar gran apoyo por parte de su familia y del equipo sanitario. Será conveniente favorecer la expresión emocional y en muchos casos instaurar tratamiento antidepressivo, sobre todo si presenta dolor asociado de difícil control. Hay que tener en cuenta que factores como: la ansiedad, depresión, miedo, aislamiento, soledad, insomnio...producen una disminución en el umbral del dolor.

En este paciente tendremos que instaurar, también, tratamiento específico para el dolor, previa valoración de su etiología (TABLA 3), siguiendo la escalera analgésica que comprenderá:

- Analgésicos no opiodes:
  - Paracetamol
  - Acetilsalicilato de lisina
  - Metamizol
  - AINES
- Analgésicos opiodes débiles:
  - Codeína
  - Dihidrocodeína
  - Tramadol
  - Dextropropoxifeno
- Analgésicos opiodes potentes:
  - Morfina rápida
  - Morfina MST

**Tabla 3** | Tipos de dolor oncológico

DOLOR NOCICEPTIVO			DOLOR NEUROPÁTICO	
	Somático	Visceral	Central y periférico	Simpático
<b>Características</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Constante</li> <li>• Sordo</li> <li>• Bien localizado</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Constante</li> <li>• Sordo</li> <li>• Mal localizado, Irradiación</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Paroxismos</li> <li>• Quemazón</li> <li>• Si periférico: distribución según dermatomas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Superficial</li> <li>• Cambios tróficos</li> <li>• Distribución según inervación simpática vascular (no dermatomas)</li> </ul>
<b>Mecanismos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Activación nociceptores</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• descargas espontáneas y paroxísticas del SNC y periférico</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lesión de las fibras simpáticas</li> </ul>
<b>Tratamiento farmacológico</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No opioides u opioides(según intensidad)</li> <li>• Más AINE y/o corticoide</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Opioides (?)</li> <li>• Coadyuvantes (corticoides, Tricíclicos, Anticonvulsivantes)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bloqueo simpático regional</li> </ul>

Fuente: Tomado de A. Martín Zurro, J.F. Cano Pérez 2003

**Tabla 4** | Fármacos adyuvantes

Fármacos	indicaciones	Dosis Mgrs./día
<b>Antidepresivos:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Amitrptilina</li> <li>• Imipramina</li> <li>• Paroxetina</li> <li>• Venlafaxina</li> <li>• Nefazodona</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dolor neuropático</li> <li>-Depresión asociada</li> </ul>	25-150 25-150 20-50 75 200-600
<b>Psicoestimulantes:</b> Metilfenidato	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Útil cuando no se puede esperar al periodo de latencia de los antidepresivos.</li> <li>• Si sedación intensa por opioides.</li> </ul>	10-20
<b>Ansiolíticos:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diazepam</li> <li>• Alprazolam</li> <li>• Clonazepam</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ansiedad</li> <li>• Dolor neuropático</li> <li>• Espasmos musculares</li> </ul>	0,75-6 1-8
<b>Anticonvulsivantes:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gabapentina</li> <li>• Carbamacepina</li> <li>• Clonazepam</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dolor neuropático</li> </ul>	600-1200
<b>Corticoides:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dexametasona</li> <li>• Prednisona</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Metástasis óseas</li> <li>• Hipertensión intracraneal</li> <li>• Compresión medular</li> <li>• Sd. Vena cava superior</li> <li>• Hepatomegália</li> </ul>	1-4 Dosis elevadas en compresión medular o nerviosa.
<b>Bifosfonatos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Metástasis óseas</li> <li>• Hipercalcémia</li> </ul>	

Fuente: Modificado de A. Martín Zurro, J.F. Cano Pérez 2003

- Fentanilo transdérmico
- Metadona
- Buprenorfina
- Oxycodona

Hay que tener en cuenta que no es correcta la asociación de dos fármacos no opioides diferentes, ya que compiten entre sí por la unión a proteínas y pueden disminuir la eficacia analgésica, incrementando el riesgo de efectos secundarios.

Especial mención requiere la utilización de opioides potentes y en concreto la morfina, que se emplean como tercer escalón, siempre y cuando se hayan agotado los peldaños anteriores, por lo que su uso vendrá siempre condicionado por la intensidad del dolor y no por la brevedad del pronóstico como lo demuestra el, cada vez mas extendido, uso de este tipo de fármacos en pacientes con dolor crónico no oncológico. Existen en el mercado múltiples presentaciones siendo preferible, siempre que sea posible, la administración oral o transdérmica. Entre ellas se encuentran:

- Morfina oral de liberación inmediata.
- Morfina oral de liberación retardada.
- Fentanilo transdérmico.
- Oxycodona oral de liberación inmediata.
- Oxycodona oral de liberación retardada.
- Buprenorfina transdérmica.

A cualquiera de los fármacos propuestos en los distintos escalones analgésicos se pueden asociar medicamentos adyuvantes, que estarán indicados dependiendo de las características del dolor o la existencia de otros síntomas asociados a él (TABLA 4).

## Bibliografía

- Guía de Actuación en Atención Primaria. semFYC segunda edición.
- Principios de Medicina Interna. Harrison 16ª edición. Editorial Mc Graw Hill.
- A. Martín Zurro, J.F. Cano Perez Atención Primaria. Quinta edición. Elsevier España, S.A. 2003.
- Infac volumen 16. Nº 10. 2008. Disponible en <http://www.osanet.euskadi.net/cevime/es> consultado el 20 de enero de 2009
- P. Khosravi Shahi, A. del Castillo Rueda, G. Pérez Manga. Manejo del dolor oncológico. An Med Interna (Madrid) 2007; 24: 554-557. Disponible en <http://scielo.isciii.es/pdf/ami/v24n11/revision1.pdf> consultado el 21 de enero de 2009.
- Vicente Monsalve, Patricia Gómez-Carretero y José Soriano. Intervención psicológica en dolor oncológico: un estudio de revisión. Disponible en <http://revistas.ucm.es/psi/16967240/articulos/PSICO606130139A.PDF> consultado el 24 de enero de 2009.
- Feliciano Sánchez Domínguez. Dolor oncológico. SEMERGEN DoC documentos clínicos SEMERGEN. Disponible en <http://www.semergen.es/semergen2/microsites/semergendoc/dolor/oncologico.pdf> consultado el 15 de enero de 2009.
- A. Sacristán Rodea, M. González Torrejón, J. C. Colmenarejo Hernando. Cuidados paliativos en pacientes oncológicos. Plan de formación y entrenamiento médico semergen (Área de cuidados paliativos).