

4 Manejo No Farmacológico: Modalidades Físicas y Psicológicas

Recomendaciones

- 31. Se deben ofrecer técnicas de estimulación cutánea, (como aplicación superficial de calor y frío, masajes, presión o vibración), para aliviar el dolor asociado con tensión o espasmo muscular. (C)**
- 32. Los pacientes deben ser motivados a permanecer activos y a colaborar en lo posible en el autocuidado. (A)**
- 33. Los pacientes que permanecen en cama durante períodos prolongados deben cambiar periódicamente de posición y efectuar ejercicios de movilidad activos y pasivos. En pacientes con dolor agudo el ejercicio se debe limitar a lo que pueda hacer el paciente voluntariamente. (C)**
- 34. En lo posible se debe evitar la inmovilización prolongada con el propósito de prevenir contracturas, atrofia muscular, desacondicionamiento cardiovascular y otros inconvenientes. (B)**
- 35. Antes de buscar paliación a través de la acupuntura, los pacientes que deseen recurrir a ella para el manejo del dolor deben ser motivados a dialogar acerca del problema con el equipo de salud. (Consenso del Panel)**
- 36. Las intervenciones psico-sociales deben ser implementadas en estadios tempranos de la enfermedad como parte del manejo multidisciplinario del paciente con dolor. No se deben utilizar estas técnicas como sustitutos de los analgésicos. (A)**
- 37. Para aclarar concepciones erradas sobre el dolor y su manejo se debe ofrecer educación acerca del control efectivo del dolor; corregir mitos sobre la utilización de opioides; e incluir la educación de los pacientes como parte del tratamiento. (B)**
- 38. Los clínicos deben ofrecer al paciente y a su familia, la posibilidad de contactar grupos de apoyo. (Consenso del Panel)**
- 39. Los responsables del cuidado espiritual (sacerdotes, pastores, etc.) deben participar en las reuniones del grupo en las que se discuten los cuidados y necesidades de los pacientes. Deben desarrollar información sobre los recursos disponibles en la comunidad que proveen cuidado y apoyo espiritual para el paciente y su familia. (Consenso del Panel)**

Introducción

Las terapias físicas y psico-sociales pueden ser utilizadas simultáneamente con los medicamentos y con otras medidas para el manejo del dolor. Estas intervenciones las puede ejecutar el equipo de profesionales y en algunos casos el paciente o sus familiares.

Modalidades Físicas

Las modalidades físicas incluyen la estimulación cutánea, ejercicio, inmovilización, estimulación eléctrica transcutánea (TENS) y la acupuntura (Lee, Itoh, Yang, et al., 1990). El uso de modalidades físicas puede disminuir la utilización de analgésicos, pero no deben ser vistas como sustitutos de los medicamentos. Las modalidades físicas deben emplearse en etapas tempranas de la enfermedad para prevenir la debilidad general, el desacondicionamiento físico, así como los dolores asociados con períodos de inactividad e inmovilidad causados por el cáncer o la terapia misma.

Estimulación Cutánea

La estimulación cutánea incluye la aplicación de calor (termoterapia) y frío (crioterapia) (Mayer, 1985). Otros métodos, como los masajes, presión y vibración pueden ayudar al paciente a relajarse o a actuar como distractores del dolor. La estimulación cutánea puede en algunos casos aumentar la sensación dolorosa (McCaffery y Beebe, 1989). Estos métodos son no invasivos y por lo general se pueden enseñar con facilidad al paciente o sus allegados.

La aplicación superficial de calor actúa a través de conducción o difusión, aumenta el flujo sanguíneo hacia la piel y órganos superficiales, y disminuye el flujo hacia el tejido muscular (Lehmann y de Lateur, 1990). El calor induce vasodilatación, lo que incrementa el aporte de oxígeno y nutrientes a los tejidos lesionados (Whitney, 1989). El calor también reduce la rigidez articular, incrementando la elasticidad muscular (Vasudevan, Hegmann, Moore, et al., 1992). El calor superficial se aplica con compresas, bolsas de agua caliente, mantas eléctricas (secas o húmedas), paquetes de gelatina e inmersión en agua (tina o jacuzzi) (McCaffery y Wolff, 1992). Se debe tener cuidado con todas las fuentes de calor para prevenir quemaduras, por ejemplo es necesario envolver las compresas y pedirle al paciente que no se acueste directamente sobre ellas. En la mayoría de los casos, una toalla entre la piel y la fuente de calor es suficiente. Si el paciente presenta disminución en la sensibilidad de la piel y está utilizando una fuente de calor o está acostado sobre un paquete caliente, son necesarias más capas de tela para proteger la piel y se hace necesario mantener una vigilancia estricta. No se debe aplicar calor a la piel previamente expuesta a radioterapia.

Hay controversia en la literatura acerca del uso de calor en pacientes con cáncer. El calor superficial se usa frecuentemente por los pacientes para reducir el dolor (Barbour, McGuire, y Kirchoff 1986; Davis, Cortix, y Rubin, 1990; Donovan, y Dillon, 1987; Rhiner, Ferrell, y Ferrell, et al., 1993; Wilkie, Lovejoy, Dodd et al., 1988) y algunos textos recomiendan la utilización de calor para reducir el dolor y otras molestias (Ferrell, Rhiner, y Ferrell, 1993; McCaffery y Wolff, 1992; Vasudevan, Hegman, Moore et al., 1992). Sin embargo otros textos alertan sobre el uso de calor en el área tumoral por la preocupación que su utilización pueda incrementar el crecimiento y las metástasis de la enfermedad (Lee, Itoh, Yang, et al., 1990; Lehmann y de Lateur, 1990; Pfalzer, 1992). La investigación citada para justificar esta aseveración se basa en un estudio de 1940 con ratas (Hayashi, 1940), así como estudios de células de tejido fetal expuestas a elevadas temperaturas (Lehmann y de Lateur, 1990).

En vista de la carencia de resultados de investigaciones que contradiquen el uso de calor superficial, el Panel recomienda que se utilice como un método para controlar el dolor en pacientes con cáncer. Métodos que emiten calor intenso como dispositivos de onda corta, microondas y ultrasonido, deben ser utilizados con cuidado en pacientes con cáncer y no deben ser aplicados directamente sobre el área tumoral (Lehmann y de Lateur, 1990).

La terapia con frío causa vasoconstricción e hipoestesia local, es efectiva para reducir la inflamación y el edema después de una lesión y en el dolor perineal quemante (Evans, Lloyd, y Jack, 1981), el espasmo muscular (Vasudevan, Hegmann, Moore et al., 1992), y está recomendada cuando el calor superficial no es efectivo para reducir el espasmo muscular.

Se pueden utilizar paquetes de hielo, toallas mojadas en agua helada o preparaciones comerciales de compresas en gel. Los paquetes deben ser sellados para prevenir la fuga del líquido, deben ser flexibles para adaptarse a las curvaturas del cuerpo, deben ser aplicados de manera que produzcan una sensación placentera de frío intenso y deben estar adecuadamente envueltos (p.e. entre una toalla o una almohada) para prevenir irritación de la piel. La duración de la aplicación del frío es más corta que la aplicación del calor, usualmente no más de 15 minutos; y en la medida en que se logra enfriar el músculo, produce un efecto más duradero (Lehmann y de Lateur, 1990; Michlovitz, 1990).

No debe aplicarse frío sobre tejidos previamente lesionados por radioterapia. El frío está contraindicado cuando la vasoconstricción incrementa la intensidad de un síntoma, como en la enfermedad vascular periférica, síndrome de Raynaud u otras enfermedades vasculares o del tejido conectivo. (Lehmann y de Lateur, 1990; Whitney, 1989). En algunos pacientes, enfriar las articulaciones aumenta el arco de movimiento, pero en otros puede incrementar la rigidez y por lo tanto debe evitarse.

El masaje es un método agradable que ayuda a la relajación y disminuye el dolor, particularmente el dolor asociado con tratamientos que requieren

inmovilización. El masaje también puede disminuir el dolor en un área específica al incrementar la circulación superficial (Fairchild, Salerno, Wedding, et al., 1986; McCaffrey y Wolff, 1992). Algunas técnicas comunes de masaje son los movimientos rítmicos circulares y distales-proximales (Lee, Itoh, Yang et al., 1990). Se puede utilizar una loción sin alcohol para reducir la fricción. El paciente debe escoger los movimientos que le produzcan mayor alivio. El masaje no puede fortalecer músculos debilitados y no debe reemplazar el ejercicio y la actividad en pacientes ambulatorios. La vibración manual o mecánica puede ser utilizada para incrementar la circulación superficial. Las instrucciones para la utilización de métodos de estimulación cutánea para el alivio del dolor se describen en varias fuentes bibliográficas (McCaffrey y Beebe, 1989). Un ejemplo de técnicas de relajación que utiliza masaje, y calor se incluye en el apéndice C.

Ejercicio

El ejercicio es importante para el tratamiento del dolor subagudo y crónico, pues fortalece músculos débiles, moviliza articulaciones rígidas, ayuda a recuperar la coordinación y el balance, aumenta el bienestar del paciente y provee acondicionamiento cardiovascular (Vasudevan, Hegmann, Moore, et al., 1992). Barbour, McGuirey Kirshhoff (1986) encontraron que algunos pacientes utilizan el cambio postural o el ejercicio como una estrategia para el alivio del dolor. En aquellos que utilizaron estas estrategias, el 86 % reportó alivio del dolor con el cambio postural y el 25% reportó alivio del dolor después del ejercicio. **Los pacientes deben ser estimulados a mantenerse activos y a participar en el autocuidado en la medida de lo posible.** (Kohl, LaPorte y Blair, 1988; Kovar, Allegrante, MacKenzie, et al., 1992; Powell, Thompson, Caspersen, et al., 1987; Siscovick, LaPorte y Newman, 1985).

Cuando para los pacientes es imposible mantener la funcionalidad, se debe enseñar a las familias una rutina sencilla de ejercicios de movilización y masajes para minimizar las molestias y preservar la longitud del músculo y la función articular durante los períodos de inmovilidad (Kisner y Colby, 1985). Los ejercicios pasivos no se deben ejecutar si aumentan la intensidad del dolor.

Durante los periodos de dolor agudo, el ejercicio debe limitarse al rango de movilidad tolerado por el paciente. (Lee, Itoh, Yang, et al., 1990). Todas las formas de ejercicio que involucran pesas deben evitarse cuando existe el riesgo de fractura patológica por invasión tumoral.

El cambio de posición es otro método sencillo para proveer bienestar y prevenir o aliviar el dolor. Los clínicos deben asegurarse que los pacientes que permanecen acostados estén en posición correcta de acuerdo con la alineación corporal, que los pacientes cambien de posición, que las condiciones de la piel sean vigiladas frecuentemente, y que se implementen ejercicios de movilidad. Los clínicos deben educar al personal auxiliar y a los familiares de manera que

puedan proveer ejercicios de movilidad y colocar al paciente en posiciones correctas.

La inmovilización y la restricción del movimiento se utilizan en algunas ocasiones para manejar episodios de dolor agudo y para estabilizar fracturas o articulaciones. Cuando se requiere inmovilidad, se pueden utilizar férulas para mantener la alineación corporal adecuada. Las articulaciones no deben mantenerse en máxima extensión, su posición debe ser funcional (p.e. muñeca a 30° de dorsiflexión con el pulgar opuesto a los dedos, tobillo a 90° de flexión con 5° a 10° de flexión a la rodilla, etc.) para permitir la máxima funcionalidad después del periodo de inmovilización (Lee, Itoh, Yang et al., 1990). En pacientes con metástasis óseas, puede ser necesaria la inmovilización para evitar fracturas. Los pacientes y sus familiares deben ser educados en la utilización correcta de los aparatos ortopédicos y en la prevención de torsiones durante los cambios posturales. **En lo posible debe evitarse la inmovilización prolongada, para prevenir contracturas articulares, atrofia muscular, desacondicionamiento cardiovascular y otros efectos no deseados.**

Contraestimulación

La contra-estimulación comprende técnicas como la estimulación eléctrica transcutánea (TENS) y la contra-acupuntura. Se cree que estas técnicas activan las vías de neuromodulación del dolor, a través de la estimulación directa de nervios periféricos (Sjölund y Eriksson, 1979). La literatura que apoya estas intervenciones no es conclusiva, aunque algunos pacientes reportan alivio utilizándolas. (Avellanosa y West, 1982; Bauer, 1983).

Estimulación Eléctrica Transcutánea (TENS). La Estimulación Eléctrica Transcutánea (TENS) es un método para aplicar estimulación eléctrica, con bajo voltaje y de manera controlada a fibras periféricas mielinizadas, a través de electrodos cutáneos, buscando modular la transmisión del estímulo y aliviando el dolor. La investigación en terapia con TENS en pacientes con cáncer está limitada a estudios no controlados y reportes de casos. (Avellanosa y West, 1982 Bauer, 1983). Un meta-análisis de estudios de terapia de TENS en pacientes post-quirúrgicos (Acute Pain Management Guideline Panel) encontró que tanto la TENS como la TENS simulada redujeron significativamente la intensidad del dolor y no se encontraron diferencias significativas en el consumo de analgésicos o en la intensidad del dolor. Estos resultados sugieren que, como otras intervenciones, parte de la eficacia de la TENS puede atribuirse al efecto placebo. Pacientes con dolor leve pueden beneficiarse de un ensayo terapéutico con TENS.

Acupuntura. La acupuntura es una técnica neuroestimuladora que trata el dolor a través de la introducción de agujas sólidas y pequeñas en la piel a diferentes profundidades, penetrando generalmente el músculo. Existen algunos estudios controlados acerca de su uso, pero los meta-análisis (Patel, Gutzwiller, Paccaud, et al., 1989; ter Riet, Kleijnene, y Knipschild 1990) no

son conclusivos y no especifican qué tipos de dolor pueden o no aliviarse con la acupuntura.

El dolor puede ser síntoma de una enfermedad progresiva, el comienzo de un proceso infeccioso o una complicación del tratamiento. Por lo tanto, **los pacientes que escojan la acupuntura como un método para el alivio del dolor, deben informar la aparición de nuevos dolores al grupo tratante, antes de buscar paliación a través de esta.** Una relación abierta y de aceptación le permitirá al paciente y al equipo tratante discutir los aspectos positivos, los negativos y las situaciones en donde la acupuntura puede estar contraindicada.

Los clínicos deben aprender a interpretar señales que indican que el dolor no está controlado cuando un paciente busca terapia con TENS o acupuntura. Si el paciente busca estos métodos alternativos, el clínico, conjuntamente con el paciente, deben revisar el esquema de tratamiento:

- Corrigiendo malos entendidos que el paciente pueda tener acerca del uso de los analgésicos, especialmente sobre los fenómenos fisiológicos de tolerancia y dependencia con los opioides.
- Incrementando la dosis de analgésicos.
- Agregando un medicamento adyuvante para manejar un tipo de dolor específico o para controlar un efecto colateral.
- Prescribir un medicamento psicotrópico para manejar la ansiedad o la depresión concomitante.
- Proveer entrenamiento en técnicas cognitivo-conductuales.

Los estudios controlados son necesarios para evaluar la efectividad de técnicas de estimulación en el manejo del dolor por cáncer.

Intervenciones Psicosociales

Las intervenciones psico-sociales son una parte importante del acercamiento multimodal en el manejo del dolor. Estas intervenciones no están dirigidas a reemplazar la terapia farmacológica, sino a ser utilizadas conjuntamente con los analgésicos apropiados para el manejo del dolor. Cuando las intervenciones psico-sociales son efectivas en el alivio del dolor, los clínicos no deben concluir que el dolor era “irreal”.

El objetivo de estas técnicas es ayudar al paciente a ganar sentido de control sobre el dolor. Una premisa simple es el fundamento de estas intervenciones: cambiar la forma cómo los pacientes piensan acerca de su dolor puede tener un impacto positivo sobre su sensibilidad, sus emociones y reacciones hacia el dolor. (McGrath, 1990b).

Las intervenciones psico-sociales pueden utilizar técnicas cognoscitivas o conductuales o ambas. Al enfocarse en la percepción y el pensamiento, las técnicas cognoscitivas influyen en la forma como interpretamos los eventos y las sensaciones corporales. Darle al paciente información acerca del dolor y su

manejo y ayudarle a pensar diferente acerca de su dolor son técnicas cognoscitivas sencillas. Las técnicas conductuales están dirigidas a ayudar a los pacientes a desarrollar capacidad de adaptación para manejar el dolor y a modificar sus reacciones.

Muchos pacientes con cáncer están motivados a utilizar técnicas cognitivo-conductuales que pueden ser efectivas no solamente para controlar los síntomas, también sirven para restablecer en el paciente la sensación de autocontrol, de eficacia personal y su participación activa en el autocuidado.

Al recomendar intervenciones psico-sociales, el equipo de cuidado clínico debe considerar:

- La intensidad del dolor.
- Pronóstico de duración del dolor.
- Lucidez mental del paciente.
- La experiencia previa del paciente con éstas técnicas.
- Capacidad física del paciente.
- El deseo del paciente de utilizar técnicas pasivas o activas.

Las intervenciones psico-sociales deben ser implementadas en etapas tempranas de la enfermedad para que los pacientes puedan aprender y practicar estas técnicas mientras tienen suficiente fortaleza y energía. Cuando se implementan temprano, tienen más posibilidades de ser exitosas, lo que motiva al paciente a seguir utilizándolas. El paciente y la familia deben recibir información que describa las estrategias utilizadas para el manejo del dolor y la ansiedad, y deben ser motivados a ensayar diferentes estrategias, para luego seleccionar una o varias que puedan utilizarse regularmente en el manejo del dolor.

De la misma manera que otras modalidades, las intervenciones psico-sociales pueden requerir diferentes niveles de entrenamiento y experiencia de parte del equipo de atención. Las intervenciones aquí discutidas pueden ser aplicadas por casi todos los clínicos. Adicionalmente a éstas intervenciones, algunos pacientes se pueden beneficiar de psicoterapia de corta duración (ver Capítulo 7).

Relajación Y Visualización

Las técnicas de relajación y visualización se utilizan para lograr un estado de relajación física y mental. La relajación mental se refiere a la disminución de la ansiedad; la relajación física se refiere a la reducción de la tensión muscular. Las técnicas de relajación incluyen ejercicios simples de respiración dirigida, relajación muscular progresiva, meditación y relajación con música (McCaffery y Beebe, 1989) (Anexo C). Las técnicas de relajación simple deben ser utilizadas para periodos de dolor de corta duración, p.e. durante procedimientos, así como cuando la concentración del paciente está limitada por dolor severo, ansiedad severa o fatiga física.

Imágenes mentales placenteras pueden ser utilizadas para ayudar a la relajación. Por ejemplo, los pacientes pueden ser estimulados a visualizar un escena sedante, como olas golpeando suavemente en la playa, o a respirar lenta y profundamente a medida que visualizan el dolor abandonando su cuerpo. Ambas técnicas, la relajación progresiva y la visualización han demostrado disminución en la intensidad del dolor y en el sufrimiento (Graffam y Johnson, 1987).

Las técnicas de relajación son más útiles cuando son combinadas con visualización, especialmente cuando la imagen se ajusta a las necesidades individuales de cada paciente (Syrjala, en prensa). Las ventajas incluyen:

- Son fáciles de aprender.
- No se requiere de un equipo especial.
- El personal no requiere de un entrenamiento prolongado.
- Son aceptadas con facilidad por los pacientes (Hendler y Redd, 1986; Syrjala, 1990).

Para la enseñanza de técnicas de relajación se dispone de casetes y otros recursos (McCaffery y Beebe, 1989; Syrjala, 1990)

Distracción y Reconceptualización

La distracción es la estrategia de focalizar la atención en un estímulo diferente al dolor o a las emociones negativas que lo acompañan (McCaffery y Beebe 1989; McCaul y Malott, 1984). La distracción puede ser mental, por ejemplo contando, cantando mentalmente, rezando o aseverando “yo puedo”, o con recursos externos por ejemplo, escuchando música como un soporte a la relajación (Beck, 1991; Munro y Mount, 1978), mirando televisión, hablando con familiares y amigos, o escuchando a alguien leer. Los ejercicios de distracción casi siempre incluyen acciones repetitivas o actividad cognoscitiva, como masajes rítmicos o el uso de un punto visual focalizado. La distracción puede ser utilizada como medida única para manejar el dolor leve o como un adyuvante de los analgésicos para manejar periodos cortos de dolor severo, como el dolor producido por un procedimiento.

Una técnica relacionada, la reconceptualización, o reafirmación cognoscitiva, le enseña al paciente a monitorear y evaluar pensamientos e imágenes negativas y a reemplazarlas por otras positivas. Por ejemplo, los pacientes que están atemorizados por la sensación de dolor, pueden ser estimulados a utilizar aseveraciones positivas, para facilitar la adaptación (p.e. “He sentido dolor similar en otras ocasiones y he mejorado”). La reconceptualización puede aumentar la sensación de control del paciente sobre las situaciones que lo rodean. (Anexo C)

Educación del Paciente

Se debe ofrecer información precisa y sencilla acerca del dolor, valoración del dolor y el uso de medicamentos y otros métodos para el alivio del dolor al paciente y su familia, enfatizando que la mayoría de los dolores pueden ser manejados efectivamente. También se deben enfatizar las principales barreras para el control efectivo del dolor, especialmente la resistencia del paciente a hablar del dolor con los profesionales de la salud, sus miedos sobre los riesgos de adicción con el uso de opioides, y que el dolor puede ser controlado sin consecuencias indeseables. La educación también debe abordar las concepciones erradas, como la creencia de que el medicamento se debe utilizar solo cuando el dolor es severo, o de lo contrario no será efectivo (Ward, Goldberg, Miller-McCauley, et al., 1993). Algunos pacientes o sus familiares piensan erróneamente que los analgésicos pueden causar efectos colaterales inaceptables o que es necesario escoger entre tratar el dolor o tratar la enfermedad.

Uno de los objetivos en la educación del paciente es involucrarlo en el manejo del dolor y uno de los principales pasos hacia un mejor control del dolor por cáncer, es una comprensión más completa por parte de los pacientes acerca de la naturaleza del dolor, su tratamiento, y el papel que ellos mismos puedan ejercer. Los pacientes deben ser motivados a reportar el dolor como participantes activos en su cuidado. Para mejorar la comprensión de la terapia farmacológica y sus efectos, los pacientes deben ser informados sobre los siguientes temas:

- El uso de analgésicos opioides no lleva a la adicción.
- La tolerancia hacia los analgésicos opioides se puede manejar, aumentando las dosis del medicamento.

Muchos pacientes creen que si se quejan de dolor, su grupo de cuidado puede calificarlos como “malos pacientes” (Ward, Goldberg, Miller-McCauley, et al., 1993). Debido a éstas preocupaciones, algunos pacientes formulados con opioides por horario, los toman únicamente cuando el dolor es severo. A los pacientes se les debe explicar que lo deseable es la prevención del dolor a través de la utilización de analgésicos por horario.

En razón a los conceptos errados acerca del dolor y su tratamiento, debe incluirse como parte del plan de manejo la educación del paciente sobre las posibilidades de controlar el dolor efectivamente y corregir mitos acerca del uso de los opioides.

La Tabla 16 especifica algunos de los principales temas en un programa educativo dirigido a los pacientes. La literatura indica que para lograr el efecto deseado, la información debe ser presentada más de una vez, puesto que los pacientes buscan información en más de una fuente y de diferentes maneras.

Debido a que la duda incrementa el sufrimiento, amenaza la percepción, y la capacidad para adaptarse, puede ser útil informarle al paciente acerca de lo que va a suceder y de lo que va a sentir, para que se sienta menos indefenso (Mishel, 1984).

Tabla 16 Contenido del Programa de Educación del Paciente

Visión General

- El dolor puede ser aliviado
- Definiendo el dolor
- Entendiendo las causas del dolor
- Valoración del dolor y la utilización de escalas para describirlo
- Dialogando con el personal médico y de enfermería
- Utilizando un abordaje de prevención del dolor.

Manejo Farmacológico

- Conceptos generales del manejo farmacológico del dolor
- Aclarando temores acerca de la adicción y la tolerancia a los medicamentos
- Entendiendo la tolerancia a los medicamentos
- Entendiendo la depresión respiratoria
- Controlando los efectos colaterales más comunes (p.e. náusea y estreñimiento)

Manejo no Farmacológico

- Importancia de las intervenciones no farmacológicas
- El uso de modalidades no farmacológicas como adyuvantes de los analgésicos
- Revisión de experiencias previas con modalidades no farmacológicas
- Grupos de apoyo y apoyo espiritual
- Demostración de técnicas: calor, frío, masaje, relajación, visualización y distracción.

Fuente: Ferrell, Rhiner, y Ferrell, 1993

La investigación ha demostrado que los pacientes que reciben educación acerca de su medicación tiene mejor cumplimiento de las prescripciones, menores preocupaciones acerca de la utilización de opioides, y niveles de intensidad de dolor más bajos que aquellos pacientes que no reciben información (Rimer, Levy, Keintz, et al., 1987). Otras investigaciones han demostrado que informar al paciente acerca de los efectos colaterales de la terapia no aumenta la aparición de efectos colaterales o de efectos adversos. (Howland, Baker, y Poe 1990; Wilson, 1981).

Después que el equipo clínico discute con los pacientes el papel activo que se espera de ellos en el manejo del dolor y les ha asegurado que el alivio del dolor es un objetivo importante para cumplir, los pacientes deben utilizar al equipo clínico como una fuente de información y respaldo en el tratamiento del dolor. La información presentada verbalmente debe ser reforzada con material escrito (Tabla 17).

En el capítulo 3 se incluye información adicional acerca del plan para dar de alta al paciente.

Tabla 17 Fuentes de información para los pacientes y sus familias

En América Latina consulte en los Institutos Nacionales de Cancerología, Grupos de Cuidado Paliativos y en las sedes locales de las Ligas de Lucha Contra el Cáncer, Asociaciones Nacionales para el Estudio del Dolor, Comités de Dolor de las Sociedades de Anestesiología o de Oncología, Clínicas de Dolor de cada hospital o clínica.

A continuación se reseñan algunas fuentes bibliográficas en inglés, en cada región o país existen documentos similares, que deben coleccionarse para disponer de un catálogo.

Cáncer Pain can Be Relieved (El dolor por cáncer puede ser aliviado).

Wisconsin Cancer Pain Initiative; 1988, p.10¹.

Este folleto ofrece respuestas claras y concisas a preguntas frecuentemente hechas por personas con dolor por cáncer. Los temas incluyen comunicación con el grupo de salud, analgésicos disponibles para el control del dolor y el manejo de efectos colaterales asociados con los analgésicos opioides.

Children's Cancer Pain can be Relieved (El dolor por cáncer en niños puede ser controlado).

Wisconsin Cancer Pain Initiative; 1989, p.12¹.

Este folleto está escrito para los padres de niños con cáncer y describe situaciones a las que se enfrentan los niños con dolor y sus familias. Utiliza un formato de preguntas y respuestas para explicar la valoración del dolor en infantes y niños, el uso de analgésicos, y el manejo de los efectos colaterales. También se discuten los recursos disponibles para familias de niños con cáncer.

Jeff Asks About Cancer Pain (Juanito pregunta acerca del dolor por cáncer).

Wisconsin Cancer Pain Initiative; 1990, p.12¹.

Este folleto aborda de manera precisa las necesidades de los adolescentes que sufren de dolor severo por cáncer. Incluye educación sobre mitos acerca de la adicción, métodos para el manejo de los efectos colaterales e instrucciones para tomar los analgésicos opioides durante las horas de clase. Los adolescentes apreciarán el lenguaje y estilo.

Questions and Answers About Pain Control: A Guide for People with Cancer and their Families.

(Preguntas y respuestas acerca del control del dolor. Guía para pacientes con cáncer y sus familias).

American Cancer Society and the National Cancer Institute; 1992, p.76².

Este libro provee información actualizada y profunda en forma de preguntas y respuestas, fáciles de entender. Incluye información sobre la valoración del dolor, medicamentos de control y de venta libre, e intervenciones no farmacológicas como relajación, visualización y aplicación superficial de frío y calor. Los temores comunes acerca del uso de analgésicos opioides también son discutidos (p.e. seguridad, adicción), y trucos para el manejo de los efectos colaterales.

Facing Forward: A Guide for Cancer Survivors (Enfrentando el futuro: Guía para los sobrevivientes de Cáncer).

U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, National Institutes of Health, National Cancer Institute, July 1990. NIH Publications No. 90-2424, p. 43².

Este folleto fue desarrollado para ofrecerle a los sobrevivientes de cáncer ideas prácticas sobre como adaptarse mejor a los problemas. Los temas tratados son cuidado continuado de la salud, como manejar los problemas relacionados con los seguros y estrategias para ganar dinero. Se incluyen experiencias de sobrevivientes así como datos prácticos sobre como controlar las situaciones y otros recursos útiles.

Teamwork: The Cancer Pain Patient's Guide to Talking to your Doctor.

(El dolor por cáncer. Guía para dialogar con los médicos).

National Coalition for Cancer Survivorship, 1991, p. 32³

Folleto escrito por sobrevivientes del cáncer y por médicos con el objeto de ayudar a otros pacientes a mejorar su capacidad de comunicación con los médicos. Los temas incluyen: Qué decirle a su médico? Qué desean los médicos saber acerca del paciente? Como comprender y recordar lo que el médico dice. Y preguntas claves para formularle a los médicos durante el proceso de la enfermedad desde antes del diagnóstico y a través de todos los estadios.

1 Disponible en Wisconsin Cancer Pain Initiative, 3675 Medical Sciences Center, 1300 University Avenue, Madison, WI 53706. Tel (608) 262-0978.

2 Disponible en las unidades locales y los capítulos de la Sociedad Americana Contra el Cáncer, Tel 1-800-ACS-2345. Disponible también en el Instituto Nacional de Cancerología de los EEUU. Tel 1-800-4-CANCER.

3 Disponible en la Coalición Nacional de Sobrevivientes del Cáncer, 1010 Wayne Avenue, 5th Floor, Silver Spring, MD 20910. Tel (301) 650-8868.

Fuente: Adaptado con autorización de Paice, 1990.

Psicoterapia e Intervención Estructurada

Algunos pacientes se benefician de la psicoterapia de corta duración o de intervenciones cognitivo-conductuales más complejas, provistas por un psiquiatra, un psicólogo clínico, una enfermera especializada en psiquiatría o un trabajador social con entrenamiento. La psicoterapia de corta duración, basada en un modelo de intervención en crisis, puede dar soporte emocional, continuidad e información, mientras le ayuda al paciente a adaptarse a la crisis. El terapeuta enfatiza las fortalezas del paciente en el pasado, apoya la utilización de técnicas de enfrentamiento utilizadas con éxito anteriormente y enseña nuevos mecanismos de adaptación. Varios estudios demuestran que los pacientes que reciben soporte psicológico activo y estructurado, reportan menos dolor y viven por más tiempo (Fawzy, Cousins, Fawzy, et al., 1990; Spiegel y Bloom, 1983; Spiegel, Bloom, Kraemer, et al., 1989). La psicoterapia debe ser ofrecida a los pacientes cuyo dolor es de difícil manejo (p.e. abusadores de sustancias), a los que desarrollan síntomas de depresión clínica u otros trastornos, y aquellos con historia psiquiátrica previa.

Hipnosis

El trance hipnótico es un estado de conciencia alterada y de concentración enfocada, que puede ser utilizado para manipular la percepción del dolor y es efectiva en el tratamiento del dolor relacionado con cáncer (Reeves, Redd, Storm, et al., 1993; Spiegel, y Bloom, 1983; Syrjala, Cummings, y Donaldson, 1992). Debe ser aplicada solamente por profesionales entrenados.

Grupos de Apoyo

(En cada país consulte con las agencias apropiadas y en primera instancia a los trabajadores sociales).

Los programas de auto ayuda y soporte mutuo en pacientes con cáncer están disponibles desde la década de 1940, cuando la Sociedad Americana de Cáncer (ACS) estableció programas domiciliarios para ofrecer ayuda práctica en sus casas a los pacientes con cáncer. (Mastrovito, Moynihan, y Parsonnet, 1989). Algunos grupos como la Coalición de Sobrevivientes del Cáncer y muchos de sus capítulos locales, reclutan a sobrevivientes del cáncer y a sus familiares. Otros, se enfocan en patologías específicas p.e. Asociación Internacional de Laringectomizados, Asociación Unida de Ostomizados, Programa para la Recuperación de Pacientes Mastectomizadas. Muchos de los grupos de soporte trabajan muy cerca de los profesionales de la salud, quienes les remiten pacientes (existen capítulos en cada país de algunas de estas asociaciones, para contactarlos puede ser útil consultar los directorios telefónicos o acudir a las oficinas de trabajo social). La comprensión y empatía de las personas que han tenido la experiencia de la enfermedad, puede proveer soporte a otros con la misma enfermedad o problema enseñando a los nuevos

Tabla 18 Cómo encontrar grupos locales de apoyo

Llame a la unidad local de la Sociedad de Especialista en Cáncer; busque en el directorio telefónico. (Contacte la Liga contra el Cáncer en su país).

En USA contacte la Coalición Nacional de Sobrevivientes del Cáncer:

1010 Wayne Ave. 5th. floor
Silver Spring, MD 20910
(301) 650-8868 — USA

Llame el Servicio Nacional de Información del Cáncer, 1-800-4-CANCER (USA)

Llame a la Oficina de Información del Estado; El Centro de Información Americano de Autoayuda al (201) 642-7101 tiene información acerca de los grupos locales de autoayuda. (USA)

Contacte el departamento de Trabajo Social en los centros de tratamiento de cáncer, un trabajador social oncológico o un consejero para el cáncer, o las damas voluntarias.

Llame al Departamento de Salud Mental del hospital más cercano, consulte al servicio de información de su Centro de Salud.

Revise el directorio telefónico para buscar otras Sociedades, Asociaciones que luchan contra el cáncer

pacientes a adaptarse más efectivamente (Mantell, Alexander, y Kleiman, 1976). Las redes de apoyo también pueden ayudar al paciente a mantener su identidad social y proveen soporte emocional, material y acceso a la información (Walker, MacBride, y Vachon 1977). **En razón de los beneficios provistos por los grupos de apoyo, los miembros del equipo clínico deben conocer cuáles son los grupos activos en su área y ofrecer esta información a los pacientes que deseen unirse a ellos.** La Tabla 18 da sugerencias en cómo encontrar un grupo de apoyo.

Consejería Espiritual

El tener cáncer y dolor frecuentemente permite expresar aspectos espirituales en el paciente y su familia, quienes se pueden beneficiar de consejería religiosa. La experiencia del dolor puede muchas veces llevar a los pacientes a temer un abandono, cuestionarse el significado de la vida y de las enfermedades y buscar esperanza en las religiones.

Todas las religiones abordan estas preocupaciones y ofrecen una dimensión importante en el manejo multidisciplinario del dolor, por lo tanto:

- Debe ofrecerse cuidado pastoral respetando las creencias religiosas de cada individuo.
- Los pastores deben participar en las reuniones de grupo, en las que se discuten las necesidades y el tratamiento de los pacientes.
- Los pastores deben dar información acerca de los recursos de la comunidad que ofrecen cuidado pastoral y consejería espiritual.

