LA TERAPIA ANTIALGICA COMO FACTOR QUE ANULA LA EUTANASIA

Dr. Angel José LOPEZ GUERRER(*);

Dr. José BLANCO REY()**

Dra. M. Luz VAZQUEZ RODRIGUEZ(*);**

Dr. Francisco Javier SUAREZ SANTISO(**);**

Profesora Cristina CASTRO BOLAÑO(**);**

Dr. Miguel DE LA CRUZ LOPEZ(**)**

(*) *Director; Unidad del dolor del Hospital General de Galicia, Gil Casares, Clínico Universitario. Santiago de Compostela;*

(**) *Adjunto;*

(***) *Residente;*

(****) *Asistente Voluntario*

Dice con razón el profesor de Salamanca CLEMENTE MURIEL que el dolor se puede evitar y añade que si los enfermos lo supieran lo exigirían. Según JOHN BONICA, el italo-americano fundador y pionero de las Unidades del Dolor-, las directrices de la terapia contra el dolor han de responder a dos objetivos: modificar la percepción o modificar la reacción. Para lograrlo, el algólogo ha de atenerse en la anamnesis esmerada, el diagnóstico exacto, la vinculación psicológica, el dominio de las técnicas y la elección de la menos perjudicial, parámetros que constituyen las cinco reglas básicas de MONTROVE. La terapia antiálgica en opinión de BELUCCI es la suma de intervenciones destinadas a la supresión, atenuación e incluso cambio de percepción de las sensaciones dolorosas anormales, motivadas por su intensidad, tipología y duración, mejorando la calidad de vida, de manera episódica y continua.

Los complejos problemas que presentan los síndromes dolorosos han hecho necesaria la creación de Unidades Especializadas para el estudio y tratamiento de los mismos, porque a la consideración vulgarizada del dolor, como consecuencia lógica de la enfermedad, ha imperado el reconocimiento del dolor con independencia de la enfermedad que lo genera. Las enfermedades que pueden presentar con carácter intolerable el complejo síndrome dolor y que directa o indirectamente han dado origen a las Unidades del Tratamiento del Dolor, Clínicas del Dolor o Unidades del Dolor son principalmente: El cáncer, las cefaleas, las neuralgias, las metabolicopatías, las neuropatías, las vasculopatías y algunos postoperatorios muy específicos.

Afortunadamente la medicina dispone de un completo arsenal terapéutico capaz de controlar el dolor en el 95 por ciento de los casos con métodos que anulan totalmente el argumento más importante de los defensores de la eutanasia activa al permitir morir con dignidad y sin dolor a los enfermos oncológicos en fase terminal. Entendemos la situación de terminal como lo hace la SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CUIDADOS PALIATIVOS, es decir, aquella en la que existe una enfermedad avanzada, incurable, progresiva, sin posibilidades razonables de respuesta al tratamiento específico, que provoca problemas, como los síntomas intensos, multifactoriales y cambiantes, un gran impacto emocional en los enfermos, sus familiares y en los propios equipos de tratamiento, con un pronóstico de vida generalmente inferior a los seis meses, en la que existe una gran demanda de atención y en la que el objeto fundamental consiste en la promoción del confort y la calidad de vida del enfermo y de su familia, basada en

el control de los síntomas, el soporte emocional y la comunicación.

Las técnicas antiálgicas con las que trabajamos en Algología son numerosas y variadas y dependen de la constitución y posibilidades de cada Unidad, teniendo en cuenta no solo la funcionalidad propia multidisciplinaria sino también la viabilidad que le permita las relaciones interservicios del Centro propio o de Centros ajenos. En la actualidad, a la utilización de las drogas analgésicas, esto es, DROGA ADECUADA, EN LA DOSIS APROPIADA Y A INTERVALOS CORRECTOS, hay que añadir, en un segundo lugar, tan importante como el primero, los llamados AGENTES COADYUVANTES que vienen a neutralizar o paliar los efectos psicológicos y físicos añadidos a los cuadros de dolor. En este amplísimo armentario farmacológico contamos con ANSIOLITICOS, ANTIDEPRESIVOS, HIPNOTICOS, ANTIFLOGISTICOS, LAXANTES, NEUROPATICOS, CORTICOIDES, etc, con especial mención para los ANTICONVULSIVANTES, de amplia aplicación en las patologías de dolor punzante o lacínante con espasmos o tics, cual es el caso de algunas neuralgias de trigémino y glosofaríngeas, neuropatías diabéticas y tabes dorsal. Otros agentes importantes son los ANABOLIZANTES tipo hormona hipofisaria del recimiento, que se le aplicó a FRANCISCO FRANCO para ayudarle a soportar las últimas operaciones quirúrgicas y que ahora vuelve a adquirir actualidad intentando revitalizar a los enfermos geriátricos. En el tratamiento del dolor crónico hay que tener presente siempre la posibilidad del efecto aguja de LEWITT, quien observó en 313 infiltraciones analgésicas de TRIGGER POINTS la desaparición del dolor en el 86 % de los casos

aún sin haber inyectado el fármaco, por acción única del pinchazo. A pesar de ello, en algología jamás se debe usar un placebo.

Los técnicas a utilizar comienzan por las farmacológicas, siguiendo las indicaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de la escalera terapéutica de los tres peldaños que recomienda comenzar con los analgésicos menores y terminar con los analgésicos mayores u opiodes, entre los que la morfina ocupa un lugar preferente. Los analgésicos no narcóticos AINES constituyen un amplio y heterogéneo grupo de productos que comparten acciones farmacológicas y terapéuticas. Son drogas de acción periférica, cuyo mecanismo actuante se centra en la inhibición de las enzimas claves en la biosíntesis de los mediadores del proceso inflamatorio, prostaglandinas, por lo que junto a su acción analgésica se presentan como antipiréticos y antiinflamatorios. Por su libre disponibilidad, son las drogas de mayor difusión y consumo, de fácil manejo y que presentan complicaciones gástricas frecuentes. Los factores de riesgo de los AINES son debidos a las dosis o duración del tratamiento, al propio preparado, a la edad y sexo del enfermo, a la predisposición genética y a la hipoproteinemia.

La fase siguiente del tratamiento del dolor pasa por los bloqueos anestésicos y neurolíticos por vía subaracnoidea, epidural, paravertebral, troncular y local en los que hay que tener en cuenta el lugar de la punción, el volumen de la solución, la velocidad de la inyección, la dimensión del continente, las vías de escape, la postura y la concentración o potencia. Ciertos dolores requieren procedimientos quirúrgicos o neuroquirúrgicos. REYES OLIVEROS especifica que los procedimientos neuroquirúrgicos mas habituales

son la electrocoagulación selectiva de las ramas del trigémino mediante alta frecuencia o compresión mecánica del ganglio de Gasser, la electrocoagulación selectiva por alta frecuencia de las raíces posteriores, la implantación de electrodos intrarraquideos por estimulación eléctrica del sistema nervioso, la implantación de reservorios o bombas para la administración intrarraquidea e intracraneal de morfina cuya técnica realizamos también en las Unidades del Dolor y como específicamente neuroquirúrgicas la neurotomía del trigémino o del glosofaríngeo por vía temporal o fosa craneal posterior, la cordotomía percutánea, la laminectomía o microlaminectomía percutánea descompresiva, la foraminotomía y la neurocirugía estereotáxica para radiocirugía, talamotomía, cingulotomía y otras lesiones a nivel cerebral.

Otros procesos necesitan radioterapia o electroestimulación de tipo central, de columna dorsal, núcleos talámicos o de sustancia gris periacueductal o electroestimulación de tipo periférico, transcutánea (TENS) o percutánea (PENS). También se utiliza la acupuntura y la electroacupuntura, para aprovechar en efecto de las endorfinas. Después de realizar acupuntura se ha encontrado un incremento de estas sustancias tanto en sangre como en líquido cefalorraquídeo y la analgesia no se produce si se inyecta previamente naloxona al paciente, lo que quiere decir que al igual que este producto bloquea a la morfina y derivados, inhibe del mismo modo las encefalinas y endorfinas. Otros métodos comprenden la mesoterapia, con reflexoterapia, auriculoterapia, acupuntura endonasal, tratamientos musculares, masaje conectivo, reflexoterapia vertebral o masaje chino o SHIATSU.

La terapia física nunca ha perdido actualidad. Entre ella la termoterapia exógena por calor, con transmisión y contacto directo de aplicación superficial con acción antiálgica y antiinflamatoria y que puede ser con hidrocollator o calor húmedo por compresas de fango caliente, de baños de arena, de baños de parafina licuada a una temperatura de 50-60 grados, lo que origina riesgo de quemaduras, aparte de no poderse observar la zona tratada, o de hornos con rayos infrarrojos; o la termoterapia endógena o diatermia marconiterápica con radarterapia hidrobalneoterapia o crioterapia, que produce vasoconstricción asociada a una disminución de la tendencia a la producción de edemas y un efecto anestésico. Los métodos pueden estar basados en compresas frías de aplicación directa sobre la piel, de hielo picado mezclado con alcohol en proporción de 3 a 1 aplicado sobre la piel a través de un paño o toalla mojada y masaje con hielo. Sus indicaciones son las de recurrir los edemas, aliviar el dolor y disminuir el espasmo muscular. Las contraindicaciones se establecen en la enfermedad de RAYNAUD, la artritis reumatoide y las alteraciones de la sensibilidad cutánea. Los peligros se condensan en falta de visualización de la zona de aplicación y quemaduras por baja temperatura. La electroterapia con iontoforesis es un procedimiento por el que se introducen medicamentos a través de la piel, sin necesidad de aguja. Se trata de ceder iones que están en solución a través de la piel intacta mediante un potencial eléctrico y utilizando electrodos bipolares. El concepto de iontoforesis existe desde hace más de sesenta años. LEDUC, en el año 1908, demostró por primera vez que los iones se pueden transportar a través de la piel mediante una corriente eléctrica. Contamos

también con la energía mecánica por infrasonidos o ultrasonidos, las radiaciones con magnetoterapia o laserterapia, la masajeterapia por roce, fricción, empastamiento, presión, vibración o percusión y las manipulaciones vertebrales de osteopatía, quiromasaje, manipulación o tracción.

Finalmente y muy importante, por el componente psíquico del dolor se emplea la psicoterapia con métodos racionales de psicoanálisis, técnicas de grupo y métodos sugestivos de hipnosis, meditación y biofeedback. A la terapia antiálgica se unen en determinadas circunstancias los cuidados paliativos cuyo objetivo no es el de alargar la vida innecesariamente ni el de acelerar la muerte,

sino obtener el máximo grado posible de calidad de vida mientras exista.

Las decisiones más importantes a tener en cuenta en los cuidados paliativos son: Aspectos morales, Tratamiento, Relación médico-paciente, Comunicación médico-familia, Efectos legales, Aspectos emotivos y psicológicos, Control de los sistemas complementarios, Rehabilitación, Nutrición, y asistencia domiciliaria u hospitalaria. Como se puede comprobar, la terapia antiálgica es lo suficientemente rica en posibilidades para garantizar la analgesia al enfermo con dolor, por muy intenso que sea, neutralizando con hechos cualquier argumentación a favor de la eutanasia activa.