

Manejo del dolor por cáncer de cabeza y cuello.

Ana Luisa Muñoz N¹, Hernán Ramírez S².

¿POR QUÉ DEBEMOS HACERLO?

Las consecuencias de la progresión tumoral en la extremidad cefálica obliga al control de síntomas previos a la muerte, como ocurre con todo paciente oncológico. Sin embargo, en esta localización anatómica los síntomas suelen ser especialmente activos en el deterioro de la calidad de vida del paciente. Dentro de los más frecuentes están el dolor (somático, visceral, neuropático), otros relacionados con la propia invasión neoplásica, aquellos relacionados con el manejo de la vía aérea y tubo digestivo superior, aquellos derivados de la terapia oncológica e incluso síntomas inherentes, aunque sea paradójico, a la misma terapia paliativa. En la definición oficial de la OMS, la alusión al dolor como "experiencia desagradable" da cuenta de la incapacidad para definir una condición inevitable de la existencia. Cuando se muere por cáncer de cabeza y cuello, los niveles de daño tisular y sus consecuencias hacen imperativo extremar las medidas paliativas¹.

En Chile (MINSAL), el 21% de las muertes son por cáncer. En 1995 murieron 16.000 personas y se incorporan 30.000 nuevos casos cada año. El 60% había sufrido dolor en alguna etapa de la enfermedad y, de ellos, el 80% sufre dolor severo en las etapas finales. El cáncer de cabeza y cuello produjo una mortalidad total entre 1982 y 1991 de 1.850 pacientes con una relación entre hombres y mujeres de 4,5:1 y una prevalencia de 14,9 por 100.000 habitantes².

¿CUÁLES SON LAS CARACTERÍSTICAS DEL DOLOR POR CÁNCER DE CABEZA Y CUELLO?

Las estructuras del tercio anterior del cráneo y de la cara están inervadas por los pares V, VII, IX, X y dos ramas cervicales. Es interesante señalar que estos pares resumen la información nociceptiva en el subnúcleo caudal del trigémino, cuya sustancia gris se continúa caudalmente con el asta dorsal de los primeros segmentos cervicales. La inervación sensitiva del resto del cráneo y cuello va de C3 a C8 con un aporte poco mencionado de un pequeño ramo meníngeo del nervio hipogloso, que va a la duramadre de la fosa craneal posterior, más allá de los márgenes del *foramen magnum*. La inervación visceral es aportada por el parasimpático craneal distribuido en los pares III, V, VII, IX y X y por el simpático cervical³.

El dolor se origina en estructuras sensibles intra y extracraneales: arterias del polígono de Willis, sus ramas, venas y senos venosos, duramadre basal y piamadre en vecindad de vasos mayores, piel, cuero cabelludo, ligamentos, periostio, arterias pericraneales, mucosa de senos paranasales y diversas estructuras oculares, óticas y orales. El parénquima cerebral, la mayor parte de la piamadre, el manto endocraneal, los plexos coroideos y el víscero cráneo membranoso (calota) son insensibles al dolor³.

El 95% de los tumores de cabeza y cuello ocurre en adultos sobre 45 años, aunque la frecuencia va aumentando con la edad. Como patolo-

1 Médico-Cirujano. Anestesiología. Unidad de Dolor y Cuidados Paliativos, Hospital Clínico de la Universidad de Chile. Santiago, Chile.

2 Cirujano-Dentista. Cirugía Máxilo Facial. Unidad de Dolor y Cuidados Paliativos, Hospital Clínico de la Universidad de Chile. Santiago, Chile.

3 Recibido para su publicación en mayo de 2003.

gía quirúrgica, el 80% son carcinomas, el 15% son linfomas y el resto son sarcomas. La estimulación de fibras A delta y C en el cáncer ocurre por infiltración nerviosa y compresión, en cuyo caso se trata de dolor neuropático y también visceral. La ulceración con o sin infección, el compromiso del espacio craneo cartilaginoso (base de cráneo y cara) y del sistema óseo vertebral da cuenta de la mayor parte de los dolores llamados somáticos, aunque en las metástasis óseas, y también en la invasión de la base craneal, muchas veces se encuentran dolores de origen neuropático y también visceral. El dolor como complicación de la terapia oncológica puede ser de cualquiera de los tres tipos^{4,5}.

¿CUÁLES SON LAS PAUTAS GENERALES PARA EL MANEJO DEL DOLOR POR CÁNCER?

La analgesia es parte del manejo de los síntomas en Oncología. Su control se debe lograr y es responsabilidad del médico tratante. Las unidades de manejo del dolor y cuidados paliativos han sido concebidas para apoyar a los tratantes en la toma de decisiones terapéuticas. Sin embargo, y a pesar de la explícita definición de roles que ha imperado internacionalmente, muchos médicos no se apoyan en dichas unidades o lo hacen en forma tardía⁶.

La base para el manejo del dolor por cáncer es el tratamiento primario de la enfermedad neoplásica. El uso de analgesia suficiente durante la terapia oncológica no debiera ser un problema. Si la enfermedad no es manejable, el dolor se alivia sintomáticamente y el paciente y la familia deben ser apoyados para asistir al proceso de la muerte. Esta premisa es el fundamento de los cuidados paliativos y desde un punto de vista ético es ineludible para el médico tratante⁶.

El manejo sintomático del dolor por cáncer incluye en proporciones variables uno o más de los siguientes elementos⁶:

- Analgésicos y adyuvantes usados de acuerdo a las pautas de la OMS.
- Manejo psicológico.
- Anestesia regional o bloqueos.

- Procedimientos de neuroestimulación.
- Otros procedimientos neuroquirúrgicos.

La evaluación del paciente con dolor por cáncer considera aspectos médicos, psicológicos, sociales y espirituales⁷.

Los aspectos médicos dicen relación con el curso y evolución de la enfermedad neoplásica, interpretación fisiopatológica del síndrome doloroso específico e identificación de otros síntomas relevantes.

Especial importancia adquiere aquí el uso de escalas para medir la intensidad del dolor. Las hay verbales simples, de categorías numéricas, análogas visuales y análogas cromáticas. El uso de estas escalas, especialmente de la visual analógica (EVA), se ha popularizado ampliamente en todo el mundo y constituye un instrumento que contribuye a la educación del equipo de salud, a la elaboración de normas clínicas, y a la evaluación de los resultados de protocolos terapéuticos.

Los aspectos psicológicos incluyen no solamente la formulación de diagnósticos psiquiátricos, sino también determinación de la cuantía o impacto de la enfermedad en el paciente y su grupo familiar. Debemos recordar las grandes causas de sufrimiento emocional del paciente oncológico de cabeza y cuello: deterioro de la autoimagen, pérdida de identidad personal y social, dolor físico e inminencia de la muerte. En este contexto, el equipo de salud mental obtiene información relevante sobre depresividad, calidad de vida, personalidad, relaciones intrafamiliares, conflictiva psicológica preexistente, estilos de afrontamiento, recursos emocionales disponibles, entre otros.

Los aspectos sociales que deben evaluarse tienen que ver con los costos del tratamiento y la eliminación de trabas burocráticas. No es raro que una familia llegue al final de la evolución natural de un cáncer en difícil situación económica, por el impacto familiar de una incapacidad laboral parcial o completa del paciente y por los mismos costos del tratamiento. Una intervención para asistencia social permite orientar al paciente y familia en sistemas de atención, redes de apoyo comunitario, consejería legal y otros aspectos administrativos.

Los aspectos espirituales se evalúan en un sentido amplio. Las creencias religiosas o filosóficas del paciente, o la ausencia de ellas, ayuda a completar el cuadro en el cual hoy día se concibe el apoyo al paciente terminal. A pesar que la negación es frecuente y que muchos pacientes prefieren “no saber”, de alguna forma la evolución natural de la enfermedad ofrece el tiempo y la ocasión para enfrentar a la muerte propia o de algún miembro del grupo familiar. El apoyo propiamente espiritual escapa de la definición actual del acto médico, pero debe considerarse cuando la historia del paciente nos permite suponer alivio del sufrimiento en la medida en que despierta la conciencia. La inminencia de la muerte es así una oportunidad para el crecimiento espiritual.

¿CUÁLES SON LAS BASES DE LA TERAPIA FARMACOLÓGICA DEL DOLOR POR CÁNCER?

En primer lugar, considerar la analgesia en el contexto del resto del manejo médico. Muchas veces la administración de fármacos por sí sola no es capaz de aliviar el dolor y el sufrimiento del paciente. El uso de métodos farmacológicos debe realizarse en el contexto del conjunto de medidas que ya hemos mencionado. La analgesia sistémica es el producto de una evaluación integral del paciente y su entorno. En este sentido, recalamos la importancia de los instrumentos de evaluación del dolor, especialmente del uso de la escala visual análoga (EVA) para medir intensidad⁷⁻⁹.

Las recomendaciones de la OMS para la terapia farmacológica del dolor insisten en privilegiar la vía oral. Esto no es posible siempre y en todos los pacientes oncológicos de cabeza y cuello. Más adelante veremos las vías alternativas de administración. La toma de los analgésicos debe ser por reloj, es decir, respetando estrictamente los intervalos entre las dosis de acuerdo a la vida media de cada fármaco, entregando analgesia antes de la instalación del dolor, lo que hace su manejo más eficiente. El tratamiento debe ser personalizado en cuanto a la elección del medicamento, la dosis, la vía de administración y el uso de fármacos

coadyuvantes. Debemos prestar atención a los detalles en la prescripción y en el seguimiento del paciente. Por ejemplo: titular la dosis individual de opioides o, prescribir desde el primer momento drogas para aliviar algunos efectos no deseados de los analgésicos como prurito, náuseas, vómitos, constipación, etc⁷⁻⁹.

Las bases para prescribir analgesia en dolor por cáncer que propone la OMS contemplan tres escalones o etapas. La primera comienza con el uso de un analgésico no opioide (AINE) en combinación o no con un adyuvante. Las drogas coadyuvantes más usadas son: corticoides, antidepresivos, ansiolíticos e hipnóticos, fenotiazinas y anticonvulsivantes, entre otros. Si el dolor persiste o aumenta, se pasa al segundo escalón en que usamos un opioide para dolor moderado o suave (codeína, tramadol), junto a un AINE, en combinación o no con un adyuvante. Si el dolor no es controlado, se pasa al tercer escalón en que se usa un opioide fuerte (morfina, metadona y oxycodona los más usados), junto con un AINE y un eventual adyuvante⁹. Las Tablas 1 y 2 resumen los AINEs y opioides orales más usados, sus dosis unitarias, intervalo entre dosis y dosis máximas diarias.

Las recomendaciones de la escala analgésica de la OMS permiten aliviar el dolor moderado en el 100% de los pacientes y lograr un alivio efectivo aunque no total en el 70% a 80% de ellos. La prevalencia estimada para el uso de métodos progresivamente más invasivos para alivio del dolor indica que un 75% a 85% de los pacientes mejorarán con drogas por vía oral. Un 5% a 20% se beneficiarán con fármacos usados por vía endovenosa o subcutánea. Entre un 2% y 6% requerirán analgesia epidural o intratecal y sólo un 1% a 5% pasará a bloqueos nerviosos, opioides intraventriculares y otros procedimientos quirúrgicos⁹. Estas estimaciones varían según la experiencia de los diferentes equipos de trabajo. Probablemente, en algunos centros chilenos el porcentaje de bloqueos sea mayor de un 5% en los pacientes con cáncer de cabeza y cuello. El manejo prudente e informado de las terapias para el dolor por cáncer requiere de una capacitación permanente del equipo de salud y la elaboración de normas clínicas. Un

ejemplo de lo señalado respecto a la educación del cuerpo médico en este tema, aparece en el trabajo publicado por MINSAL (1999), que corresponde a un análisis efectuado por el grupo chileno de investigación en dolor de la IASP y el Instituto de Salud Pública respecto al consumo de morfina y petidina en Chile entre 1990 y 1997. La Figura 1 muestra cómo fue cambiando el consumo total de petidina y

fue siendo reemplazada por morfina en la medida en que iban aumentando los esfuerzos pedagógicos de diferentes grupos en este sentido. Hoy día, a nivel internacional, el consumo de morfina (en Kg/año) es un indicador de la calidad del manejo del dolor¹⁰.

Por último, debemos analizar en forma resumida las alternativas a la administración oral de medicamentos para el dolor. Recordemos que la

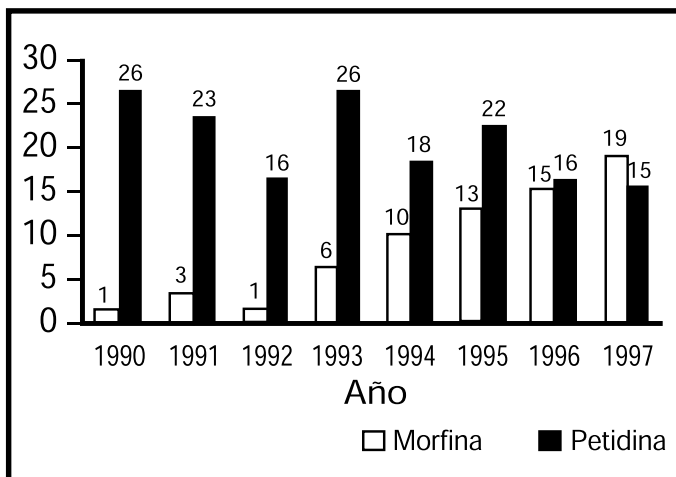
Tabla 1: Manejo del dolor por cáncer. Analgésicos no opioides

	DOSIS (mg)	Intervalo (horas)	Dosis Máxima Diaria (mg/día)
Inhibidores de COX 1			
Paracetamol	500-1000	4-6	6000
Ác. Acetil Salicílico	500-1000	4-6	6000
Metamizol	500-2000	6-8	6000
Ibuprofeno	400-600	4-6	2400
Naproxeno	250-500	8-12	1500
Diclofenaco	50-75	6-8	225
Inhibidores de COX 2			
Celecoxib	100-200	12-24	400
Rofecoxib	25-50	12-24	100

Tabla 2: Manejo de dolor por cáncer. Analgésicos opioides

	DOSIS (mg)	Intervalo (horas)	Dosis Máxima Diaria (mg/día)
Opioides Débiles			
Codeína fosfato 6%	30-60	4-6-8	360
Tramadol	50-100	6-8	400
Opioides Potentes Por vía oral			
Morfina solución acuosa 1-3%	10-30mg/ml	4	No tiene
Morfina liberación retardada (M-Eslon®)	10-30-60	12	No tiene
Oxicodona liberación retardada (Oxicontin®)	10-20-40	12	No tiene
Metadona comprimidos	2,5-5-10	12	No tiene
Metadona ampollas (en uso oral)	5-10	8-12	En estudio
Por otras vías			
Morfina subcutánea	5-10	4	No tiene
Fentanilo transdérmico	25-50-75-100 (gamas/hora)	72	—
Morfina endovenosa infusión continua o PCA	1-3mg/hora	—	No tiene

Figura 1. Consumo de morfina y petidina en Chile (1990-1997)



vía oral es la más costo-efectiva y la presentación farmacéutica de los opioides orales incluye tabletas, cápsulas, formas líquidas y fórmulas de liberación controlada. Estas últimas pierden su acción controlada cuando se maceran por lo que no son adecuadas para el paciente que tiene dificultades para deglutir. En ellos, ya sea por mucositis o por tratarse de una fase terminal, es preferible la solución acuosa de morfina y, ante la total imposibilidad para tragar, debemos recurrir a vías de administración poco invasivas como la rectal y la transdérmica. Existen en algunos países supositorios de morfina, oximorfona e hidromorfona que pueden ser colocados también en las colostomías y estomas, siempre que el flujo de salida sea lento para permitir la absorción del fármaco. Las dosis iniciales por vía rectal son iguales a la vía oral y, posteriormente, se van ajustando individualmente. En nuestro medio, la vía rectal casi no se usa. Para la administración por vía transdérmica existen los parches de fentanilo en dosis de 25, 50, 75 y 100 gamas/hora, liberando cada parche la droga por 72 horas. Como ocurre con todos los opioides de liberación sostenida, al paciente debe prescribirse una dosis de rescate con un opioide de liberación rápida y acción corta por vía oral o parenteral^{5,12}.

Las formas parenterales de administración incluyen la vía subcutánea y, en menor grado, la endovenosa. La vía intramuscular debe evitarse en

pacientes de dolor por cáncer porque es dolorosa y la absorción no es confiable. Se prefiere la vía subcutánea por ser bien tolerada y por ofrecer niveles plasmáticos similares a la vía endovenosa. Permite la administración por horario, las dosis de rescate, el uso de infusiones continuas e incluso la analgesia controlada por el paciente a través de bombas PCA^{11,12}.

Por último, en los pacientes con dolor intratable por cáncer de cabeza y cuello se puede recurrir a la administración de morfina intraventricular. Esto requiere de la instalación de un catéter ventricular conectado a un reservorio subcutáneo (por ejemplo, los del tipo Ommaya) para administración por horario o en forma continua. Las dosis de mantenimiento por día no superan los 5 mg y suelen ser suficientes en estos pacientes. Las complicaciones como tolerancia y depresión respiratoria no son un problema mayor, tal como ocurre con la vía intratecal o intraespinal, siendo la más grave la presencia de infección que obliga al retiro del catéter^{9,12}.

¿QUÉ OTRAS MEDIDAS TERAPÉUTICAS EXISTEN PARA EL MANEJO DEL DOLOR POR CÁNCER DE CABEZA Y CUELLO?

Dentro de las estrategias de manejo del dolor oncológico se encuentran los bloqueos regionales y los procedimientos neuroquirúrgicos¹².

La analgesia regional incluye los bloqueos de las ramas trigeminales (periféricas y en la base del cráneo), el bloqueo del simpático cervical, el bloqueo del plexo cervical superficial y el bloqueo epidural cervical y torácico¹³. Los bloqueos de nervios y/o plexos se realizan con un fin diagnóstico utilizando anestésicos locales y, a veces, corticoides de depósito. El bloqueo epidural cervical y torácico también se realiza con anestésicos locales y corticoides, pero su principal indicación sería para la administración de morfina en ciertos casos seleccionados de neoplasias cervicales bajas. El rol de los bloqueos anestésicos es controvertido como medida terapéutica y se plantea que su efecto en dolor neuropático no supera al del placebo. No obstante, existe una tendencia basada en la opinión de expertos a usarlos en el contexto del resto de las medidas para manejo global del dolor por cáncer, como ya hemos discutido. Muchas veces un bloqueo diagnóstico con anestesia local nos permitirá predecir el resultado de un bloqueo lítico con alcohol, fenol, glicerol o de una rizotomía. Los procedimientos líticos se reservan para cuadros dolorosos neuropáticos o de dolor somático localizado en el territorio estricto de inervación de una o más ramas del trigémino o del plexo cervical superficial. Se reservan, en general, para casos con sobrevida corta, no mayor de seis meses, ya que al cabo de este período pudiera esperarse un cierto grado de reinervación que añadirá un componente de dolor por desaferentación, que agravará sin duda el cuadro clínico del paciente. De igual forma, los bloqueos líticos están contraindicados en los pacientes con dolor no oncológico o en los casos en que el dolor no puede explicarse por la enfermedad neoplásica. Si bien es cierto que muchos procedimientos de bloqueo se pueden realizar en forma ambulatoria, en sala de procedimientos o cirugía menor y con mínima o nula morbilidad, debemos considerar siempre principios básicos como vía venosa permeable, oxígeno, monitoreo y drogas para emergencias. Los bloqueos líticos con alcohol absoluto u otras sustancias, colocados en la base del cráneo para la salida de la segunda y tercera ramas trigeminales en los agujeros redondo mayor y oval respectivamente, son de utilidad como

terapia invasiva en el dolor por cáncer de cabeza y cuello. Los mejores resultados se obtienen cuando se indican a un paciente correctamente seleccionado, en conjunto con medidas generales farmacológicas y no farmacológicas y, no menos importante, cuando el operador tiene experiencia suficiente, y con el consentimiento informado del paciente y/o familiar responsable.

Los procedimientos neuroquirúrgicos sobre los nervios periféricos incluyen: neurectomía, rizotomía espinal cervical, gangliolisis trigeminal y rizotomía craneal.

Las neurectomías son una indicación muy rara en la actualidad. Se reservan para aquellos casos de dolor bien localizado en las ramas periféricas trigeminales, y en un paciente oncológico en que no puede realizarse una gangliolisis o una rizotomía. La gangliolisis gasseriana se ha transformado con el tiempo en una rizotomía percutánea selectiva por radiofrecuencia. Tanto las rizotomías cervicales como craneales (para trigémino, glossofaríngeo y vago) son operaciones guiadas radiológicamente que producen una lesión en la zona de entrada de las raíz dorsal (*DREZ: dorsal root entry zone*), pero que en la práctica significan una lesión sobre el asta dorsal o subnúcleo caudal a través de los tractos que penetran en ella. Tienen su principal indicación en el dolor oncológico intratable de cabeza y cuello y en dolores por desaferentación. Los resultados son variables y dependen de la extensión de la lesión necesaria en cada caso¹⁴.

Entre las operaciones sobre el cerebro y tronco cerebral que pueden tener utilidad en el paciente oncológico de cabeza y cuello, cabe destacar la tractotomía trigeminal bulbar. Se trata de un procedimiento ejecutado por método estereotáxico y consiste en lesionar el tracto descendente o espinal, sustancia blanca que resume aferencias nociceptivas de los pares V, VII, IX y X en el subnúcleo caudal y que ofrece una anestesia de la mitad de la cabeza. Una variante de lo anterior es la nucleotomía trigeminal que produce la lesión directamente en la sustancia gris del subnúcleo caudal y con similares resultados. Como todo procedimiento estereotáxico y neuroablatoivo, éstos no están exentos de morbimortalidad. Aquí es donde la

experiencia de los equipos de neurocirujanos juega un rol fundamental para la elección de la técnica correcta, en el paciente correcto y en el momento más adecuado. Por tratarse de técnicas que se encuentran en desarrollo, no existe mucha evidencia publicada respecto a resultados con seguimiento, de manera que, por ahora, su utilidad queda determinada a la opinión de los expertos¹⁵.

Existe un conjunto de operaciones cerebrales que se describen para el dolor intratable, pero que se usan muy poco. La tractotomía mesencefálica es poco indicada por peligrosa. La talamotomía genera un síndrome talámico ex profeso. La hipotalamotomía aparte de tener una fisiopatología poco clara es de alto riesgo. La hipofisectomía se indicaba en dolor por cáncer diseminado con un 70% a 85% de éxito por un mecanismo desconocido¹⁵.

La tendencia actual consiste en privilegiar los métodos de estimulación central por sobre las técnicas ablativas. Así, la estimulación de cordones posteriores y los opioides intratecales son métodos eficientes en dolor intratable por cáncer en el tronco y extremidades, pero no ocurre igual en cabeza y cuello por razones anatómicas. La sustancia gris periacueductal y periventricular es un sitio conocido de relevo opioide y juega un papel importante en la inhibición espinal del dolor. La implantación de electrodos para la estimulación de éstas y otras zonas cerebrales y medulares constituye un campo en pleno desarrollo¹⁶.

¿CUÁLES SON LOS PRINCIPIOS BIOÉTICOS A CONSIDERAR EN LA TOMA DE DECISIONES TERAPÉUTICAS EN DOLOR POR CÁNCER DE CABEZA Y CUELLO?

Como ocurre en general en ética médica los principios que deben respetarse son: no maleficencia, justicia o equidad, beneficencia y autonomía¹⁷. Esto es un gran desafío en la actualidad por cuanto no se ha discutido lo suficiente sobre el papel del equipo de salud en el tratamiento de pacientes con enfermedades de evolución dolorosa, previsiblemente fatales y en que las mismas medidas terapéuticas pueden resultar en desmedro de la calidad de vida del paciente. En este sentido existen dos conductas

diametralmente opuestas y de las cuales debemos mantenernos equidistantes. Se trata del abandono y del encarnizamiento terapéutico. Ambas situaciones se ven en la práctica clínica y obligan a reflexionar sobre los alcances del acto médico y de la responsabilidad ética sobre los cuidados en el paciente terminal. Cuando el médico considera que, por razones de formación o por agotamiento emocional, ya no puede hacer nada más, ocurre el abandono y el paciente recibe menos cuidados de los que merece. En otras oportunidades el médico considera que debe extremarse las medidas terapéuticas en busca de curación o paliación, sin considerar la calidad de vida o los deseos del paciente o su familia en representación subrogante. Esto se ve en las relaciones verticales (autoritarias o paternalistas) entre el médico y su paciente y se ha denominado encarnizamiento terapéutico.

Es perfecta y humanamente comprensible que un médico sienta que no puede hacer nada más por su paciente, ya sea porque sus capacidades técnicas se han agotado (en cuyo caso se puede asociar un sentimiento de fracaso), o porque se siente con falta de recursos psicológicos para contener el sufrimiento de su paciente. Para ambas situaciones, el diseño y funcionamiento de las unidades de dolor y cuidados paliativos son un recurso entrenado para apoyar al médico tratante, al paciente y a la familia en la toma de decisiones tendientes a mejorar la calidad de vida y prepararse para la muerte⁷.

A manera de conclusión podemos afirmar que los cuidados al final de la vida son un imperativo ético, especialmente en el paciente oncológico de cabeza y cuello. Es una necesidad permanente del equipo médico el procurar la curación cuando sea posible, aliviar cuando no es posible curar y en todo momento consolar. Para una tarea de estas características será indispensable el respeto por la dignidad y los requerimientos del paciente y la familia, entregando la información necesaria para que las decisiones sean tomadas responsablemente. En términos prácticos, esto significa utilizar las medidas más apropiadas en cada situación individual, asegurando un alivio del dolor y otros síntomas relevantes. También será un principio a considerar el reconocer y proporcionar alivio o satisfacción a las necesidades psicológicas, socia-

les y espirituales del paciente. Recordemos que la inminencia de la muerte es el momento ineludible para perdonar, ser perdonado, conciliar, testar, en definitiva, enfrentar ojalá conscientemente el paso a lo trascendente. Podemos ayudar a que el moribundo pueda elegir sus últimos actos y palabras o, si está sumido en el coma, entregarlo a los afectos y contacto de familiares y amigos^{6,7}.

Para la postura filosófica y ética que sustenta la medicina paliativa, el paciente importa por su sola condición humana, importa hasta el último momento y se procura no sólo hacer todo lo posible por ayudar a morir con dignidad, sino a vivir hasta el final. Esto implica asegurar una continuidad en el manejo y cuidado del paciente, proponer terapias que en realidad mejoren la calidad de vida proporcionando acceso a los cuidados paliativos. A veces, implica respetar el derecho de un paciente a rechazar un tratamiento y, también, reconocer la responsabilidad de no efectuar terapias fútiles. Permitir la muerte no es lo mismo que matar y, en este sentido, la utilización de opioides no reconoce límites de dosificación y es un derecho del paciente que sufre dolor. Por el contrario, el insuficiente alivio del dolor es la más escandalosa y persistente de las negligencias médicas⁷.

Un hermoso morir honra toda la vida. (Petrarca).

BIBLIOGRAFÍA

1. BONICA JJ. Treatment of cancer pain: current status and future need. En: Fields HL, Dubner R, Cervero R. Editores. *Proceedings of the IV World Congress of Pain*; Seattle, Washington. 1984.
2. KIRSHBAUM A, ARACENA M. Tumores malignos de oído, nariz y garganta: defunciones en Chile 1982 a 1991. *Rev Otorrinolaringol Cir Cabeza Cuello* 1994; 54: 33-6.
3. BONICA JJ. General considerations of pain in the head. En: Bonica JJ. *Management of Pain*. Lea y Febiger. Philadelphia. London. 1990.
4. JOEL J. *Atlas de Cirugía de Cabeza y Cuello*. Masson-Salvat. Barcelona. 1991.
5. ABRAM SE. (Ed.) *The Pain Clinic Manual*. Lippincott Co. Philadelphia. 1990.
6. GÓMEZ-SANCHO M. *Medicina Paliativa en la Cultura Latina*. Arán Ediciones. Madrid. 1999.
7. GÓMEZ-SANCHO M. *Cuidados Paliativos: atención integral a enfermos terminales*. ICEPPS. Las Palmas. 1998.
8. THE AMERICAN COLLEGE OF SURGEONS. Statements on Principles Guiding Care at the End of Life. *Bulletin of the American College of Surgeons*. 83(4). 1998.
9. US. DEPT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. Public Health Service Agency for Health Care Policy and Research. Management of Cancer Pain. *AHCPR Publication 94-0592*. March. 1994.
10. PAIN RESEARCH GROUP E ISP DE CHILE. *Consumo de morfina y petidina en Chile 1990-1997*. MINSAL. 1999.
11. FERNÁNDEZ R. Consideraciones para el uso de opioides en el manejo del dolor oncológico. *El Dolor (ACHED)* 7:29. Julio. 1999.
12. CAMPBELL JN. *Pain-1996- An updated review. Refresher Course Syllabus*. IASP Press. Seattle. 1996.
13. ERIKSSON E. *Manual Ilustrado de Anestesia Local*. AB Astra. Suecia. 1969.
14. LOESER JD. Neurosurgical operations involving peripheral nerves. En: Bonica J. *Management of Pain*. Lea y Febiger. Philadelphia. London. 1990.
15. JANETTA P. Operations on the brain and brain stem for chronic pain. En: Bonica J. *Management of Pain*. Lea y Febiger. Philadelphia. London. 1990.
16. BOIVIE J. A correlative and anatomical study of pain suppression by deep brain stimulation. *Pain* 13:113. 1982.
17. LAVADOS M. *Ética Clínica. Fundamentos y aplicaciones*. Ediciones Universidad Católica de Chile. 1993.

Dirección: Dra. Ana Luisa Muñoz N.
Unidad del Dolor, Hospital JJ Aguirre
Santos Dumont 999, Santiago de Chile