

Hoy ¿Qué son el dolor total y el distress espiritual en el paciente oncológico?

En la actualidad se han desarrollado distintos tests, por ejemplo: el *Spiritual Well-being Scale*¹, el "Termómetro de Detección de Distress espiritual"² para intentar evaluar al paciente, en su totalidad. Una de las primeras evaluaciones fue la de Priestman y Baum³ (que usamos con el Dr. Bruera, en la residencia de oncología del Sinatorio Güemes en 1984). Posteriormente, se diseñó uno de los instrumentos con más confiabilidad y validez: el *Functional Living-Index*, que evaluaba sentimientos tan subjetivos como el "temor por el futuro" y el sentimiento de "desaliento en la vida"⁴. En 1998, Holland, Kash y Passik (del servicio de psico-oncología del *Memorial Sloan Kettering* de New York) elaboraron un inventario de sistemas de creencias para detectar el distress espiritual y las crisis espirituales^{5, 6}.

En nuestra investigación en el servicio de oncología del Hospital Fernández, detectamos distress extremo espiritual en el 15.2% de 157 pacientes terminales⁷.

Por otra parte, la evaluación del dolor total y del distress espiritual es muy atractiva, pero es fundamental, antes de aplicar éstos tests, tener el conocimiento estricto del *Control de los síntomas físicos* del paciente, a saber: a) el concepto fisiológico del dolor; así el dolor visceral provocado por las metástasis hepáticas, es más sensible a la morfina que el dolor somático de las metástasis óseas. A su vez, el A, B, C del tratamiento del dolor neuropático (parcialmente resistente a la morfina) es el uso de antidepressivos (amitriptilina, con dosis inicial de 25 mg), baclofen y corticoides (dexametasona 8 mg o sus equivalentes); b) el control de los síntomas físicos del paciente, no es sólo el alivio del dolor sino también de los vómitos (con la triple asociación: ondansetrón –8 a 24 mg–, metoclopramida y corticoides),

la anorexia (con acetato de megestrol: 160 a 480 mg), el tratamiento de la hipercalcemia, de la hipokalemia, de la hipomagnesemia, por ejemplo. En conclusión, hay que hacer hincapié, que antes de tratar de evaluar la espiritualidad del enfermo, es fundamental, a través de un severo aprendizaje (en un sistema de residencias) el control de los síntomas físicos del paciente oncológico.

Es decir, que este paradigma de los cuidados paliativos sería una concepción tradicional de la totalidad humana que intenta unir la racionalidad y la ciencia del control físico de los síntomas con la valoración personal de lo religioso y espiritual.

Sergio Litovska, Alfredo Navigante

Servicio de Oncología, Hospital Fernández e Instituto de Oncología Angel H Roffo, Buenos Aires

1. Kaczerowski JM. Spiritual well-being and anxiety in adults diagnosed with cancer. *Hosp J* 1989; 5: 106-16.
2. Saunders C. Lessons in Living from the Dying. The Douglas West Endowed Memorial Visiting Lecture in geriatrics/Palliative Care. The Goldwurm Auditorium, at Mount Sinai Medical Center, New York City, 1999.
3. Priestman TJ, Baum M. Evaluation of quality of life. *Lancet* 1976; 899-901.
4. Schipper M. Measuring the quality of life of cancer patients: The functional Living Index-cancer. Development and validation. *J Clin Oncol* 1984; 2: 472-83.
5. Holland JC, Kash KM, Passik MK, et al. A brief spiritual beliefs inventory for use in quality of life research in life-threatening illness. *Psycho-oncology* 1998; 7: 460-9.
6. Almanza-Muñoz J, Holland J. Espiritualidad y Detección del Distress en Psico-oncología. *Oncología Clínica*, 1999; 4: 246-50.
7. Litovska S, Navigante A. Total pain's evaluation in terminal cancer patients. *Ann Oncology*, 1998; 9 (Suppl 4): 150.