

Rev Soc Esp Dolor  
2016; 23(3): 134-139

## ***Papel del ESAD en el tratamiento del dolor. Análisis pre-post intervención en un entorno rural***

A. Zamora Mur<sup>1,2</sup>, A. Zamora Catevilla<sup>2</sup>, M. Nabal Vicuña<sup>3</sup>, R. García-Foncillas López<sup>4</sup>, V. Calderero Aragón<sup>2</sup> y O. Aubí Catevilla<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Departamento de Anatomía e Histología Humanas. Universidad de Zaragoza. <sup>2</sup>Hospital de Barbastro. Huesca. <sup>3</sup>Hospital Universitario Arnau de Vilanova. Lérida. <sup>4</sup>Departamento de Microbiología, Medicina Preventiva y Salud Pública. Universidad de Zaragoza. <sup>5</sup>Departamento de Biomedicina. Universidad de Bergen.

Zamora Mur A, Zamora Catevilla A, Nabal Vicuña M, García-Foncillas López R, Calderero Aragón V, Aubí Catevilla O. Papel del ESAD en el tratamiento del dolor. Análisis pre-post intervención en un entorno rural. Rev Soc Esp Dolor 2016;23(3):134-139.

### **ABSTRACT**

**Objectives:** To determine the frequency of use of analgesics in terminal patients attended in home, and factors that may be involved in pain perception, in addition to the interventions carried out.

**Methods:** prospective, interventional and analytical study in patients attended to Homecare Support Team (HSCT) of Barbastro. Variables studied: age, sex, number of visits, time tracking, presence of pain and other concomitant symptoms, Visual Analogic Scale (VAS), diagnosis, analgesics previous and post-intervention, previous and post-intervention average dose of analgesics. Statistical study with SPSS 15.0.

**Results:** n = 638, men 53.9 % (n = 344), mean age 10.8 ± 79.64 years, cancer patient 56 % (n = 357), mean follow-up time 56 ± 56.56 days, 2.5 ± 2.68 mean visits per process. Pain in first visit 43.3 % (n = 276), mean VAS 6.54 ± 1.87, pain 47.1 % of men (n = 162) and 38.8 % of women (n = 114) (p < 0.05), pain in oncology 56.6 % (n = 202) and 26.3 % of non-cancer patients (n = 74) (p < 0.001). No differences between groups in VAS. Before intervention by HCST we found statistically significant differences (p < 0.005) on morphine and tramadol, and greater significance (p < 0.001) in transdermal and transmucosal fentanyl, paracetamol, metamizol and NSAIDs, all more common in uncontrolled pain.

Previous mean doses of all these drugs showed no significant differences between groups, although they were higher in the group of uncontrolled pain. In these, analgesics were prescribed or modified, being statistically significant difference pre-post-intervention (p < 0.001) in transdermal and transmucosal fentanyl, tramadol, paracetamol, metamizol, NSAIDs, pregabalin and with p < 0.05 in gabapentin. Was obtained difference (p < 0.05) in mean dose only in transdermal fentanyl and codeine dose post-intervention of HCST. We obtain positive correlations between pain and anorexia, anxiety, depression and insomnia; in cancer patients between pain and anxiety and insomnia, and non-cancer patients between pain, nausea and depression. No differences between groups in previous use of benzodiazepines, antidepressants and other treatments; there was differences in depression, anxiety and insomnia. After intervention, we obtain significant differences in use of these treatments and sedation.

**Conclusions:** after intervention of HCST there was gradual increase of all analgesic; it should conduct a full assessment of the patient's symptoms and treatment of multifactorial symptoms in addition to questioning the patient adequately about the presence of associated symptoms, given the high correlation of them.

**Key words:** Pain, analgesics, terminal, cáncer.

### **RESUMEN**

**Objetivos:** determinar la frecuencia de uso de analgésicos en pacientes terminales atendidos en domicilio, analizando factores que pudieran intervenir en la percepción del dolor, además de las actuaciones llevadas a cabo.

**Material y métodos:** estudio analítico prospectivo e interventional con pacientes derivados al Equipo de Soporte para Atención Domiciliaria (ESAD) de Barbastro. Variables estudiadas: edad, sexo, número de visitas, tiempo de seguimiento, presencia de dolor y de otros síntomas concomitantes, Escala Visual Analógica (EVA), diagnóstico, analgésicos previos y post-

intervención, dosis media previa de analgésicos y post-intervención. Estudio estadístico con SPSS 15.0.

**Resultados:**  $n = 638$ , 53,9 % hombres ( $n = 344$ ), edad media  $79,64 \pm 10,8$  años, 56 % oncológicos ( $n = 357$ ), seguimiento medio  $56 \pm 56,56$  días, media de  $2,68 \pm 2,5$  visitas por proceso. Dolor en primera visita 43,3 % ( $n = 276$ ), EVA media  $6,54 \pm 1,87$ , dolor 47,1 % de hombres ( $n = 162$ ) y 38,8 % de mujeres ( $n = 114$ ) ( $p < 0,05$ ), dolor en 56,6 % de oncológicos ( $n = 202$ ) y en 26,3 % de crónico-dependientes ( $n = 74$ ) ( $p < 0,001$ ). No diferencias en EVA entre grupos. Entre analgésicos pautados en pacientes con dolor controlado y sin controlar previa intervención del ESAD encontramos diferencias estadísticamente significativas ( $p < 0,005$ ) en morfina y tramadol, y con mayor significación ( $p < 0,001$ ) en fentanilo transdérmico y transmucoso, paracetamol, metamizol y AINE, todos más frecuentes en dolor no controlado. Las dosis medias previas de todos estos fármacos no mostraron diferencias significativas entre los grupos, aunque eran mayores en el grupo de dolor no controlado. En estos, se pautan o modifican analgésicos, encontrándose diferencias estadísticamente significativas pre post-intervención ( $p < 0,001$ ) en fentanilo transdérmico y transmucoso, tramadol, paracetamol, metamizol y AINE, pregabalina y con  $p < 0,05$  en gabapentina. Se obtiene diferencias ( $p < 0,05$ ) únicamente en las dosis posteriores a la actuación del ESAD en fentanilo transdérmico y codeína. Obtenemos correlaciones positivas entre dolor y anorexia, ansiedad, depresión e insomnio; en pacientes oncológicos entre dolor y ansiedad e insomnio, y en pacientes crónico-dependientes entre dolor, náuseas y depresión. No diferencias entre grupos en uso previo de benzodiacepinas, antidepresivos y otros tratamientos, aunque sí en clínica de depresión, ansiedad e insomnio. Tras intervención, diferencias significativas en uso de estos tratamientos y de sedación.

**Conclusiones:** Tras la actuación del ESAD se puede apreciar el aumento progresivo de todas las medicaciones analgésicas; se debería realizar una valoración completa de la sintomatología del paciente y un tratamiento de síntomas multifactorial, además de interrogar al paciente de forma adecuada acerca de la presencia de síntomas asociados, dada la elevada correlación de los mismos.

**Palabras clave:** Dolor, analgésicos, terminal, cáncer.

## INTRODUCCIÓN

El abordaje multidimensional fue definido inicialmente en los años sesenta por Cicely Saunders, al describir el concepto de dolor total, y fue adoptado posteriormente en los informes de la OMS, siendo considerado el mejor modelo para la atención integral (1).

Diversos estudios realizados en nuestro país han mostrado la presencia de síntomas múltiples, multifactoriales y cambiantes durante la fase avanzada y terminal (2), y en ocasiones con una valoración y control deficiente (3). Aunque, en general, según la OMS, la astenia es el síntoma más frecuente (4), y aunque el dolor es el síntoma que se ha considerado como paradigma, la media de síntomas presen-

tes en los pacientes en fase terminal es de ocho a diez (5). La mayoría de los enfermos de cáncer sufren dolor de diversa intensidad porque no se les suministran los analgésicos adecuados, tanto cualitativa como cuantitativamente. Ello se debe, en gran medida, a que tanto los sanitarios como la población general, tienen una serie de prejuicios acerca de los analgésicos opioides, de forma que no se utilizan o se utilizan de forma inadecuada e insuficiente. La Sociedad Española de Cuidados Paliativos describe una serie de prejuicios sobre el uso de la morfina, tales como posibilidad de depresión respiratoria, euforia y acostumbamiento, miedo a que la tolerancia se desarrolle rápidamente, a que el uso de estas medicaciones significa que el paciente está muriéndose, o que éste usará la morfina para suicidarse (6). El trabajo de Sancho Zamora evalúa las prescripciones realizadas por diferentes servicios médicos entre los años 2001-2006. En Atención Primaria se observa un incremento progresivo en el consumo global de opioides, destacando los de liberación transdérmica, al representar en el año 2006 más del 90 %. Las prescripciones por médicos especialistas aumentan de forma más moderada, suponiendo en este caso más de un 99 % las prescripciones en formato transdérmico (7). En otro estudio llevado a cabo por el mismo autor (8), se objetivó uso de opioides en un 65,5 % de la muestra, apreciándose mayor variedad de tipo de opioide utilizado, aunque también se da una marcada preferencia por el uso de fentanilo frente a otros y concluyendo que un elevado porcentaje de los pacientes con dolor moderado a intenso no estaba recibiendo la analgesia adecuada a su grado de dolor al llegar a su Unidad.

En otra publicación se demuestra la persistencia de dificultades en el manejo del dolor oncológico y los opiáceos en pacientes oncológicos terminales, percibiendo que sólo un 52 % tienen fármacos de tercer escalón y hasta un 6 % no tiene ningún tipo de analgesia pautada (9).

Nos plantemos como objetivo determinar la frecuencia de uso de analgésicos en pacientes terminales atendidos en domicilio, analizando factores que pudieran intervenir en la percepción del dolor, además de la actuación llevada a cabo.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Se trata de un estudio analítico prospectivo e intervencional realizado en el sector sanitario de Barbastro (Huesca) desde el 19 de septiembre del año 2007 hasta febrero del año 2011. La población a estudio son los pacientes derivados al Equipo de Soporte para Atención Domiciliaria (ESAD) de Barbastro. Serán excluidos del estudio los pacientes que no se ajusten a las características tipo de paciente susceptible de tratamiento y seguimiento por un Equipo de Soporte para Atención Domiciliaria, es decir, paciente crónico o con gran dependencia terminal o no terminal, oncológico o no oncológico. Las variables estudiadas fueron edad,

sexo, número de visitas, tiempo de seguimiento, presencia de dolor y de otros síntomas concomitantes, Escala Visual Analógica (EVA), diagnóstico, tratamientos analgésicos previos y pautados por ESAD, dosis media previa de analgésicos y en última visita. Las variables continuas, de tendencia normal, se expresaron como media y desviación estándar y se compararon mediante el test de la t de Student. La distribución de las variables continuas se realizó mediante el test de Kolmogorov-Smirnov. En los casos de distribución no normal se expresaron como mediana (rango intercuartílico) y se emplearon test no paramétricos en las comparaciones. Las variables categóricas se expresan como porcentajes de la población a estudio y se compararon mediante el test de la  $\chi^2$ , aplicando la corrección de Fisher en los casos apropiados. En las pruebas no paramétricas, para dos muestras independientes se utilizó el estadístico de U de Mann-Whitney. La prueba de Kruskal-Wallis, una extensión de la prueba U de Mann-Whitney contrasta si las diferencias entre las muestras indican idénticas variaciones respecto de las poblaciones de las que fueron extraídas. Los cálculos se realizaron utilizando el paquete estadístico SPSS 15.0.

## RESULTADOS

Obtuvimos una muestra total de 638 casos, siendo un 53,9 % hombres (n = 344) y un 46,1 % mujeres (n = 294). La edad media del total de la muestra es de  $79,64 \pm 10,8$  años. Un 56 % (n = 357) de los pacientes son derivados a nuestro servicio con diagnóstico oncológico y un 44 % (n = 281) son clasificados como pacientes crónico-dependientes. Se lleva a cabo un seguimiento medio de  $56 \pm 56,56$  días, con una media de  $2,68 \pm 2,5$  visitas por proceso.

Refirieron dolor en la primera visita un 43,3 % (n = 276), siendo considerados como controlados los pacientes que no lo presentaron (n = 362), con una puntuación media en la escala de EVA de  $6,54 \pm 1,87$ . Presentaron dolor el 47,1 % de los hombres (n = 162) y el 38,8 % de las mujeres (n = 114) (p < 0,05), con un EVA medio de  $6,6 \pm 1,9$  en hombres y de  $6,4 \pm 1,7$  en mujeres, sin encontrarse diferencias significativas. Respecto al grupo diagnóstico, refirieron dolor el 56,6 % del total de oncológicos (n = 202) y el 26,3 % del total de crónico-dependientes (n = 74) (p < 0,001), con un EVA medio muy similar, de  $6,54 \pm 1,8$  en oncológicos y  $6,5 \pm 1,7$  en crónico-dependientes.

En los pacientes con dolor, la edad media fue de  $78,4 \pm 11,4$  años; fueron hombres un 58,5 % (n = 161) y oncológicos un 73,1 % (n = 201). En pacientes sin dolor (n = 362) la edad media fue de  $80,6 \pm 10,2$  años; fueron hombres un 50,3 % (n = 182) y oncológicos un 42,8 % (n = 155). Se obtuvo p < 0,05 para edad y sexo.

La comparación entre analgésicos pautados en pacientes con dolor controlado y sin controlar previa intervención

del ESAD, teniendo en cuenta la posibilidad de que pueden estar combinados entre sí, se pueden apreciar en la Tabla I, encontrándose diferencias estadísticamente significativas (p < 0,005) en morfina y tramadol, y con mayor significación (p < 0,001) en fentanilo transdérmico y transmucoso, paracetamol, metamizol y AINE. Las dosis medias utilizadas de todos estos fármacos, se pueden observar en la Tabla II, sin encontrar en este caso diferencias significativas en ningún fármaco entre los grupos.

En los pacientes que refirieron dolor no controlado, se pautan o modifican analgésicos previos, así como en los pacientes que no refirieron dolor en la primera valoración, pero que pudieron sufrir un incremento del mismo posteriormente, encontrándose diferencias estadísticamente significativas (p < 0,001) en fentanilo transdérmico y transmucoso, tramadol, paracetamol, metamizol, AINE, pregabalina y con p < 0,05 en gabapentina. Todo esto puede apreciarse en la Tabla III.

Estas variaciones, dan lugar a la modificación de las dosis de los fármacos, según se detallan en la Tabla IV. Comparando las dosis de los diversos analgésicos entre los pacientes con dolor controlado y no controlado, se obtiene diferencias con significación estadística (p < 0,05) únicamente en las dosis posteriores a la actuación del ESAD en fentanilo transdérmico y codeína.

TABLA I  
USO DE ANALGÉSICOS PREVIA INTERVENCIÓN DEL ESAD

Fármaco	Dolor no controlado	Dolor controlado
Morfina*	6'9 % (N=19)	3'1 % (N=11)
Fentanilo transdérmico**	32'8 % (N=90)	10'8 % (N=39)
Fentanilo transmucoso**	14'2 % (N=39)	2'5 % (N=9)
Oxicodona	1'1 % (N=3)	0'3 % (N=1)
Hidromorfona	0'4 % (N=1)	0 % (N=0)
Buprenorfina	2'6 % (N=7)	1'1 % (N=4)
Tramadol*	10'5 % (N=29)	4'2 % (N=15)
Codeína	3'3 % (N=9)	1'9 % (N=7)
Paracetamol**	30'2 % (N=83)	17'7 % (N=64)
Metamizol**	23'3 % (N=64)	6'7 % (N=24)
Gabapentina	5'1 % (N=14)	2'2 % (N=8)
Pregabalina	5'1 % (N=14)	3'6 % (N=13)
AINEs**	12 % (N=33)	3'9 % (N=14)

\*: p < 0,005. \*\*: p < 0,001.

**TABLA II**  
DOSIS MEDIA DE ANALGÉSICOS PREVIA INTERVENCIÓN DEL ESAD

<i>Fármaco</i>	<i>Dolor no controlado</i>	<i>Dolor controlado</i>
Morfina	35'98 mg/24h	11'49 mg/24h
Fentanilo transdérmico	57'4 mcg/h/72h	44'1 mcg/h/72h
Fentanilo transmucoso	240'9 mcg	225 mcg
Oxicodona	40 mg/24h	320 mg/24h
Hidromorfona	1'47 mg/24h	0 mg/24h
Buprenorfina	36 mcg/h/72h	20'5 mcg/h/72h
Tramadol	95'56 mg/24h	107'07 mg/24h
Codeína	34 mg/24h	64'4 mg/24h
Paracetamol	1364'6 mg/24h	1250 mg/24h
Metamizol	1033'4 mg/24h	1472'8 mg/24h
Gabapentina	622'2 mg/24h	437'5 mg/24h
Pregabalina	161'1 mg/24h	156'25 mg/24h

**TABLA IV**  
DOSIS MEDIA FINAL DE ANALGÉSICOS TRAS INTERVENCIÓN DEL ESAD

<i>Fármaco</i>	<i>Dolor no controlado</i>	<i>Dolor controlado</i>
Morfina	71'9 mg/24h	64'21 mg/24h
Fentanilo transdérmico	91'5 mcg/h/72h	49'38 mcg/h/72h
Fentanilo transmucoso	423'8 mcg	287'5 mcg
Oxicodona	0 mg/24h	320 mg/24h
Hidromorfona	17'47 mg/24h	4 mg/24h
Buprenorfina	32'1 mcg/h/72h	42'25 mcg/h/72h
Tramadol	50'7 mg/24h	50'7 mg/24h
Codeína	35'64 mg/24h	18'7 mg/24h
Paracetamol	1775'2 mg/24h	1795'6 mg/24h
Metamizol	2198'6 mg/24h	2011 mg/24h
Gabapentina	661'1 mg/24h	775 mg/24h

\*: p < 0,05.

**TABLA III**  
VARIACIÓN DE ANALGÉSICOS TRAS INTERVENCIÓN DEL ESAD

<i>Fármaco</i>	<i>Dolor no controlado</i>	<i>Dolor controlado</i>
Morfina	14'5 % (N=40)	10'2 % (N=37)
Fentanilo transdérmico**	35 % (N=96)	5'5 % (N=20)
Fentanilo transmucoso**	24'2 % (N=66)	2'5 % (N=9)
Oxicodona	1'1 % (N=3)	0 % (N=0)
Hidromorfona	7 % (N=19)	0'6 % (N=2)
Buprenorfina	1'5 % (N=4)	0'6 % (N=2)
Tramadol*	10'5 % (N=29)	1'1 % (N=4)
Codeína	2'2 % (N=6)	2'5 % (N=9)
Paracetamol*	23 % (N=63)	5'8 % (N=21)
Metamizol*	32 % (N=88)	4'7 % (N=17)
Gabapentina*	3'3 % (N=9)	0'8 % (N=3)
Pregabalina*	4'4 % (N=12)	0'3 % (N=1)
AINEs*	17'8 % (N=49)	1'9 % (N=7)

\*: p < 0,005. \*\*: p < 0,001.

En el total de la muestra, obtenemos correlaciones positivas entre el dolor y anorexia, ansiedad, depresión e insomnio; en los pacientes oncológicos se obtienen correlaciones positivas entre dolor y ansiedad e insomnio, y en los pacientes crónico-dependientes entre la presencia de dolor, náuseas y depresión. Por este motivo, y teniendo en cuenta los resultados previos respecto a analgésicos y las dosis utilizadas, analizamos diferencias existentes entre los pacientes con dolor controlado y sin controlar. En la Tabla V se pueden observar las asociaciones de síntomas, los tratamientos previos y los modificados en este sentido.

## DISCUSIÓN

En nuestro trabajo obtenemos un amplio porcentaje de pacientes con dolor no controlado, aunque inferior a otras series (10), donde alcanzan valores de hasta un 85 %. No obstante, respecto a este trabajo, nuestros pacientes presentan un EVA medio más elevado ( $6,54 \pm 1,87$  frente a  $4,8 \pm 3,5$ ), algo que apoya la hipótesis de necesidad de analgesia más potente. Por otra parte, las dosis de analgésicos usadas en los pacientes con dolor son superiores, en muchos de ellos, a las utilizadas en pacientes controlados, lo que puede hacer pensar que la ausencia del control del dolor pudo deberse no a estas dosis, sino al tipo de analgesia usada



**TABLA V**  
CLÍNICA Y TRATAMIENTOS EN PACIENTES  
CON DOLOR Y SIN DOLOR

	<i>Dolor no controlado</i>	<i>Dolor controlado</i>
Ansiedad***	34'9 % (N=96)	14'4 % (N=52)
Depresión***	29'1 % (N=80)	15'2 % (N=55)
Insomnio***	30'2 % (N=83)	16'9 % (N=61)
Agitación	16'4 % (N=45)	20'4 % (N=74)
Disnea	25'1 % (N=69)	19'3 % (N=70)
Náuseas***	18'5 % (N=51)	7'5 % (N=27)
Anorexia***	55'6 % (N=153)	39'8 % (N=144)
BZD previas	33'5 % (N=92)	30 % (N=108)
Antidepresivos previos	30'5 % (N=84)	32'2 % (N=116)
Nutrición previa	9'5 % (N=26)	10 % (N=36)
BZD tras ESAD***	40'4 % (N=111)	23'8 % (N=86)
Antidepresivos tras ESAD**	23'3 % (N=64)	14'9 % (N=54)
Nutrición tras ESAD***	4'2 % (N=116)	28'2 % (N=102)
Sedación*	21'1 % (N=58)	13 % (N=47)

\*:  $p < 0,05$ . \*\*:  $p < 0,005$ . \*\*\*:  $p < 0,001$ . BZD: benzodiazepina.

y/o a la ausencia de control de síntomas concomitantes, además de observarse un bajo porcentaje de pacientes con medicación de rescate pautada, al menos en el caso del opioide mayor más utilizado, el fentanilo. Observamos como el dolor es mucho más frecuente en pacientes varones y en oncológicos, además de tratarse de pacientes más jóvenes, algo objetivado en otros trabajos (9,11), así como en pacientes no oncológicos (12).

No obstante, en otras publicaciones (7) se ha relatado un mayor y creciente aumento del uso de opioides mayores en España en Atención Primaria respecto a unidades hospitalarias. En este trabajo, como en nuestro caso, los opioides de liberación transdérmica son los más frecuentemente usados, superando el 90 % de las prescripciones, tanto en Atención Primaria como en hospitalización, ámbito sanitario donde la implantación de Equipos Hospitalarios de Cuidados Paliativos ha demostrado una mejora en la cantidad y calidad de prescripción en opioides mayores (13), al igual que en el trabajo anteriormente referido. Otro trabajo muy similar (14) que abarca un periodo de tiempo mucho más amplio lleva a las mismas conclusiones, un marcado y

progresivo aumento del uso de opioides mayores, siendo de nuevo el fentanilo transdérmico el más utilizado.

Tras la actuación del ESAD se puede apreciar el aumento progresivo de todas las medicaciones analgésicas en los pacientes, salvo disminución de oxicodona, tramadol y codeína, hecho acorde con la mejora descrita de la prescripción y dosificación de estas medicaciones por servicios específicos de cuidados paliativos. Además, se puede observar una disminución de dosis de analgésicos menores y un aumento de dosis de opioides mayores, salvo de fentanilo transmucoso, lo que puede indicar una mejora en el control del dolor de base, al precisar menos dosis de rescates de analgesia.

Otro factor a tener en cuenta en el adecuado control del dolor es, además de la subjetividad del mismo con un umbral diferente en cada paciente, la posibilidad de verse incrementado por otros síntomas asociados, como ansiedad (15), depresión (16) e insomnio (17). Por otra parte, el dolor puede ser el origen de la clínica ansioso-depresiva (18), incluso en dolores de etiología no oncológica (19), lo que puede conllevar la entrada en un círculo vicioso que se debe romper lo antes posible. En nuestros pacientes con dolor se observa que el uso previo de benzodiazepinas y antidepresivos es muy similar al de los pacientes sin dolor, mientras que tras la valoración por el ESAD aumenta el uso de estos fármacos de forma considerable. Por todo esto, se debería realizar una valoración completa de la sintomatología del paciente y un tratamiento de síntomas multifactorial, además de interrogar al paciente de forma adecuada acerca de la presencia de síntomas asociados, dada la elevada correlación de los mismos. Se observan resultados similares en un reciente trabajo (20), donde se ven correlacionados el dolor con la disnea, las náuseas con la anorexia y la ansiedad con la depresión.

La necesidad de sedación es significativamente superior en pacientes con dolor no controlado y es utilizada en mayor porcentaje que en otros estudios (21,22), aunque con mayor presencia de dolor como síntoma condicionante de la misma (23).

Nuestro trabajo no está exento de limitaciones. Utilizamos una muestra que puede estar sesgada en su selección hacia pacientes especialmente complejos que no han respondido a las maniobras terapéuticas desarrolladas por los equipos de atención primaria. El presente trabajo no tiene en cuenta el tiempo invertido en el control del dolor ni los ajustes hechos a través del propio equipo de atención primaria. No cabe duda de que estar familiarizado con el manejo de fármacos como la morfina o el fentanilo permite ajustar mejor los tratamientos. Puede sorprender la baja frecuencia de uso de coadyuvantes, sobre todo en los casos de dolor no controlado, ya que las guías internacionales recomiendan su uso. Este aspecto será objetivo de futuras investigaciones en nuestro ámbito de intervención

CORRESPONDENCIA:

Alfredo Zamora Mur  
alzamur@gmail.com

**BIBLIOGRAFÍA**

1. Saunders C. Care of patients suffering from terminal illness at St. Joseph's Hospice, Hackney. London: Nursing Mirror; 1964. p. 7-10.
2. Barreto P, Bayes R, Comas MD, Martínez E, Pascual A, Roca J, et al. Assessment of the perception and worries in terminally ill patients in Spain. *J Palliat care* 1996;12:43-6.
3. Pascual L, Pascual A. Atención sanitaria estándar recibida por pacientes con cáncer en fase terminal. *Medicina Paliativa* 1999;6:144-50.
4. World Health Organization. Cancer pain relief and palliative care. Ginebra: WHO, 1994. Technical Report Series: 804.
5. Gómez X, Planas J, Roca J, Viladiu P. Definiciones. En: Gómez X, Planas J, Roca J, Viladiu P, eds. Cuidados paliativos en oncología. Barcelona: Ed. JIMS; 1996. p. 1-3.
6. Guía de cuidados paliativos: prejuicios sobre el uso de la morfina. En: <http://www.secpal.com/guiacp/index.php?acc=seis>
7. Sancho Zamora MA, Pérez Maroto MT, Ventura López P, Arteta Jiménez M, Sanz Cortés J. Evolución de la prescripción de analgésicos opioides en atención primaria, especializada y hospitalaria del Área Sanitaria de Puertollano. 2001-2006. *Medicina paliativa* 2008;15:346-50.
8. Sancho Zamora MA, Lázaro Bermejo C, Calatayud V, Bernardino Gago T. Tratamiento con opioides al alta de una Unidad de Cuidados Paliativos Hospitalarios. *Medicina paliativa* 2006;13:28-31.
9. Hermida Porto L, Blanco Rodríguez R, Prego Domínguez J. Tratamiento del dolor en pacientes paliativos: asignatura pendiente en la mayoría de los servicios intra y extrahospitalarios. *Medicina paliativa* 2005;12:74-8.
10. Toscano Murillo F, Bernabeu Wittel M, Ollero Baturone M. Quality of life and clinical features of cancer patients receiving palliative care in a tertiary teaching hospital. *Medicina paliativa* 2009;16:272-8.
11. Kirkova J, Rybicki L, Walsh D, Aktas A. Symptom Prevalence in Advanced Cancer: Age, Gender, and Performance Status Interactions. *Am J Hosp Palliat Care* 2012;29:139-45.
12. Hanlon JT, Perera S, Sevick MA, Rodriguez KL, Jaffe EJ. Pain and its treatment in older nursing home hospice/palliative care residents. *J Am Med Dir Assoc* 2010;11:579-83.
13. Centeno C, Portela MA, Noguera A, Idoate A, Rubiales AS. Impact of a new palliative care consultation team on opioid prescription in a University Hospital. *BMC Palliat Care* 2009;8:2.
14. García del Pozo J, Carvajal A, Vilorio JM, Velasco A, García del Pozo V. Trends in the consumption of opioid analgesics in Spain. Higher increases as fentanyl replaces morphine. *Eur J Clin Pharmacol* 2008;64:411-5.
15. Soucase B, Monsalve V, Soriano JF. Afrontamiento del dolor crónico: el papel de las variables de valoración y estrategias de afrontamiento en la predicción de la ansiedad y la depresión en una muestra de pacientes con dolor crónico. *Rev Soc Esp Dolor* 2005;12:8-16.
16. Lorca GJ, Muriel C, González Tablas MM, Díez MA. Relación entre características del dolor crónico y niveles de depresión. *Rev Soc Esp Dolor* 2007;1:26-35.
17. Velázquez I, Muñoz M, Sánchez M, Zenner A, Velázquez L. Trastornos del sueño e incidencia de ansiedad y depresión en pacientes con dolor crónico no maligno tratados con opioides potentes. *Rev Soc Esp Dolor* 2012;19:49-58.
18. Gerrits MM, van Oppen P, van Marwijk HW, Penninx BW, van der Horst HE. Pain and the onset of depressive and anxiety disorders. *Pain* 2014;155:53-9.
19. Sagheer MA, Khan MF, Sharif S. Association between chronic low back pain, anxiety and depression in patients at a tertiary care centre. *J Pak Med Assoc* 2013;63:688-90.
20. Dong ST, Butow PN, Costa DS, Lovell MR, Aga M. Symptom Clusters in Patients With Advanced Cancer: A Systematic Review of Observational Studies. *J Pain Symptom Manage* 2014;48:411-50.
21. Mercadante S, Porzio G, Valle A, Aielli F, Casuccio A; Home Care-Italy Group. Palliative sedation in patients with advanced cancer followed at home: A prospective study. *J Pain Symptom Manage* 2014;47:860-6.
22. Calvo-Espinos C, Ruiz de Gaona E, González C, Ruiz de Galarreta L, López C. Palliative sedation for cancer patients included in a home care program: A retrospective study. *Palliat Support Care* 2014;24:1-6.
23. Carballada C, Ameneiros E. La sedación paliativa en pacientes oncológicos en una unidad de hospitalización a domicilio: un análisis prospectivo de 7 años de experiencia. *Medicina paliativa* 2010;17:276-9.