



CARTAS AL DIRECTOR

«Chemical coping» o la compensación con sustancias químicas: ¿tenemos claro lo que tenemos que hacer?



Chemical coping: Are we sure about what we have to do?

Sr. Director:

A propósito del artículo publicado en su revista sobre adicciones¹, tenemos algunas reflexiones en lo referente a sus conclusiones, especialmente sobre esta entidad conocida como «chemical coping» y nuestro papel en su detección y manejo. Parece claro que los factores de riesgo de adicción, descritos clásicamente para la población general, están también presentes en nuestros pacientes. Y esto les hace susceptibles de un potencial uso irregular de sustancias químicas², aunque clásicamente se considerara poco frecuente³. Todo esto, junto con la creciente y legítima preocupación sobre el inadecuado tratamiento del dolor oncológico, podría haber desviado nuestra atención respecto de la realidad de la «compensación química»⁴.

Revisando la literatura, vemos que este es un término joven (Bruera et al., 1995)⁴. Hasta 2015 no llega una propuesta de definición de consenso, consistente en «el uso de opioides para compensar o adaptarse a un distrés emocional, que se caracteriza por un uso inapropiado y/o excesivo de los mismos»⁵.

Varios autores sugieren que esta entidad puede tener fundamentación biológica. Por ejemplo, es conocido el efecto «recompensa» de los opioides por la vía de la estimulación de los receptores «mu» sobre el sistema límbico^{4,6}, o el solapamiento en zonas cerebrales de ciertas aferencias de estímulos dolorosos físicos y de índole psico-social⁷. Esto nos hace pensar que, por ello, el «compensador» puede «aprender» que una misma sustancia alivia el sufrimiento en distintas esferas. Mecanismos similares están descritos también en los patrones de adicción, y es legítima la pregunta acerca de la diferencia entre ambas entidades. Algunos autores afirman que «todo adicto compensa químicamente, pero no todo compensador traspasa los límites de la adicción»⁶, poniendo como frontera los llamados «comportamientos aberrantes» (pérdida de control respecto al consumo, desestructuración personal y/o social o perpetuación del consumo a pesar del daño)⁸.

Al ser un concepto relativamente reciente, es compleja su evaluación, por lo que pocos trabajos arrojan luz sobre su

prevalencia. Kwon et al.⁹ afirman que uno de cada 5 de sus pacientes encajaban con la definición de «compensadores químicos», hallándose como predictores independientes un cribado positivo de abuso de alcohol mediante el CAGE; la edad (jóvenes); el buen estatus funcional (ECOG \leq 2); la mayor intensidad de dolor mediante el ESAS; y la menor puntuación en la sensación de bienestar (ESAS). Estos datos sugieren que esta sub-población de riesgo probablemente se beneficiaría de algún abordaje más específico para la detección/riesgo de un uso irregular de opioides, como por ejemplo la Screener and Opioid Assessment for Patients with Pain (SOAPP), en su versión íntegra o abreviada (SOAPP-SF)¹⁰.

Creemos legítima la pregunta acerca de qué es lo mejor que podemos ofrecer a nuestros pacientes en esta situación. Parece claro que la compensación a través de sustancias químicas, del tipo que sean, es una herramienta incorporada en el estilo de afrontamiento de determinadas personas ante las adversidades de la vida, y más aún cuando se trata de la confrontación con el final de la misma. Y parece evidente que las modificaciones de estos mecanismos de adaptación no son fáciles a la velocidad que nuestros pacientes requerirían, a la luz de sus estimaciones pronósticas habituales. A su vez, esta población habitualmente está considerada de riesgo de dolor difícil, y de toxicidad por opioides o sobredosificación. Teniendo todo esto en cuenta, el abordaje multidisciplinar en estos casos se hace quizá más esencial aún, especialmente en el refuerzo de las esferas psíquica, social y espiritual. La toma de conciencia por nuestra parte de esta entidad puede ayudar a un mejor entendimiento de nuestros pacientes, y a una mejor respuesta a sus necesidades.

Bibliografía

- González MB, Santamaría J, Rodríguez R, Iglesias M, Julià J. Adicción frente a pseudoaddicción. *Med Paliat.* 2015;22 Supl. 1:520–6.
- Boscarino JA, Rukstalis MR, Hoffman SN, Han JJ, Erlich PM, Ross S, et al. Prevalence of prescription opioid-use disorder among chronic pain patients: Comparison of the DSM-5 vs. DSM-4 diagnostic criteria. *J Addict Dis.* 2011;30:185–94.
- Porter J, Jick H. Addiction rare in patients treated with narcotics. *N Engl J Med.* 1980;302:123.
- Bruera E, Moyano J, Seifert L, Fainsinger RL, Hanson J, Suarez-Almazor M. The frequency of alcoholism among patients with pain due to terminal cancer. *J Pain Symptom Manage.* 1995;10:599–603.
- Kwon JH, Hui D, Bruera E. A pilot study to define chemical coping in cancer patients using the Delphi method. *J Palliat Med.* 2015;18:703–6.

6. Kwon JH, Tanco K, Hui D, Reddy A, Bruera E. Chemical coping versus pseudoaddiction in patients with cancer pain. *Palliat Support Care*. 2014;12:413–7.
7. Del Fabbro E. Assessment and management of chemical coping in patients with cancer. *J Clin Oncol*. 2014;32:1734–8.
8. Savage SR, Kirsh KL, Passik SD. Challenges in using opioids to treat pain in persons with substance use disorders. *Addict Sci Clin Pract*. 2008;4:4–25.
9. Kwon JH, Tanco K, Park JC, Wong A, Seo L, Liu D, et al. Frequency, predictors, and medical record documentation of chemical coping among advanced cancer patients. *Oncologist*. 2015;20:692–7.
10. Koyyalagunta D, Bruera E, Aigner C, Nusrat H, Driver L, Novy D. Risk stratification of opioid misuse among patients with cancer pain using the SOAPP-SF. *Pain Med*. 2013;14:667–75.

Claudio Calvo Espinós^{a,*} y Estefanía Ruiz de Gaona Lana^b

^a Servicio de Cuidados Paliativos, Hospital San Juan de Dios, Pamplona, Navarra, España

^b Servicio de Hematología y Hemoterapia, Fundación Hospital Calahorra, Calahorra, La Rioja, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: ccalvo@ohsjd.es (C. Calvo Espinós).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.medipa.2016.02.007>
1134-248X/

© 2016 Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Quimioterapia paliativa no es «quimioterapia al final de la vida»



Palliative chemotherapy is not «end-of-life chemotherapy»

Sr. Director:

Un importante número de enfermos diagnosticados de cáncer avanzado ingresan en nuestras unidades de cuidados paliativos en los últimos meses de vida, y son tratados con lo que habitualmente se denomina quimioterapia «paliativa». A raíz del artículo de Nuñez-Olarte et al. publicado en su revista, en referencia a los beneficios de una intervención precoz¹, creemos que, a la luz de lo que vemos en nuestros pacientes, quizá sería más apropiado hablar de «quimioterapia al final de la vida».

La quimioterapia paliativa es un tratamiento no curativo que se suministra con el objetivo de optimizar el control de síntomas, mejorar la calidad de vida, y/o idealmente aumentar la supervivencia. Hay datos suficientes que demuestran que la quimioterapia por sí misma tiene un poder paliativo como intervención si se usa apropiadamente. A modo de ejemplo, en pacientes con cáncer de páncreas avanzado, la gemcitabina puede mejorar el dolor, el estado funcional, e incluso la supervivencia en casos bien seleccionados².

Es necesario separar este concepto de lo que es «quimioterapia al final de la vida», que se podría definir como la suministrada dentro de los 90 días previos al fallecimiento³. Cuando se trata de esta «modalidad», encontramos que la bibliografía sugiere que los beneficios y la evidencia a favor, así como el equilibrio coste/beneficio, no están tan claros⁴. Por ejemplo, tal como describen Wright et al., estos tratamientos generan no pocas veces riesgos de morir en cuidados intensivos, de recibir asistencia respiratoria mecánica, o de ser privado de una atención de calidad al final de la vida^{1,2,5}. Los últimos estudios publicados sobre «quimioterapia al final de la vida» sugieren un perjuicio sobre la calidad de vida de los pacientes que la reciben, con independencia del estado funcional al inicio del tratamiento^{6,7}. A todo esto, hay que añadir que,

a pesar de los esfuerzos por la mejora de la transmisión de la información, el hecho de mantener estos tratamientos hasta estadios avanzados de enfermedad, puede provocar confusión en los mismos pacientes, que ven cómo dedicamos más tiempo a explicarles los posibles beneficios de una quimioterapia que al hecho mismo de la «incurabilidad»⁸.

Esta idea de intervención precoz paliativa en servicios de oncología^{1,6} sugiere beneficios, tanto por el trabajo conjunto *per se*, como porque los pacientes se involucran más en la toma de decisiones. Las «conversaciones de final de vida», más habituales en nuestro entorno, pueden provocar el una mejor transición a la atención paliativa cuando hay resistencia a ello, permitiendo así superar ese mal llamado «abandono terapéutico» asociado al acto de suspender el tratamiento oncológico activo.

El rol de los paliativistas, como dicen Roeland y LeBlanc⁹, no puede ser el de «policías anti-quimio», sino el de construir puentes inter-disciplinares que permitan una mayor asertividad a la hora de la prescripción y la deprescripción de tratamientos, con un doble objetivo común: que nuestros enfermos vivan mejor, y si es posible más.

Para ello, es necesario disponer de una evidencia científica de la que todavía adolecen muchas quimioterapias, fundamentalmente para establecer criterios de selección en estadios más avanzados^{4,5}, en orden a construir modelos predictivos que nos orienten en la toma de decisiones, cada vez más individualizadas, para el paciente que sufre una enfermedad incurable y avanzada^{9,10}.

Philippe Pinel (1745-1826), médico y humanista, escribía que «es un arte de no poca importancia saber administrar bien los medicamentos, pero es un arte mucho mayor y de más dificultosa adquisición saber cuándo suspender o siquiera omitirlos».

Bibliografía

1. Nuñez-Olarte JM, Guevara Mendez S, Conti Jimenez M, Sanchez Isac M, Solano Garzón ML, Pérez Aznar C, et al. Incorporación de los cuidados paliativos precoces en la actividad de una consulta externa de cuidados paliativos en un centro oncológico terciario. *Med Paliat*. 2016;23:3–12.
2. Gourgou-Bourgade S, Bascoul-Molleivi C, Desseigne F, Ychou M, Bouché O, Guimbaud R, et al. Impact of FOLFIRINOX compared with gemcitabine on quality of life in patients with metasta-