



PERÚ

Manejo del Dolor Moderado a Severo

Autores: Dr. Eduardo Cáceres Graziani. Médico Algólogo. Dr. Victor Castro Ovidén. Cirujano Oncólogo. Lima, Perú.

Preguntas como ¿qué es el dolor?, ¿cómo se origina? y ¿cómo se debe suprimir? han estimulado la investigación en el manejo del dolor desde siempre. De igual forma, diversas culturas han hecho múltiples propuestas acerca de las medidas para aliviarlo. Hoy, disciplinas como la neuroanatomía, la neurofisiología, la farmacología y la biología molecular han contribuido enormemente a encontrar mejores estrategias y fármacos, y han ayudado a entender las modulaciones centrales y la sensibilidad al dolor, así como por qué los receptores opioides son la base para el control del dolor severo y cómo éstos en conjunto con drogas coadyuvantes combaten el dolor moderado a severo.

El dolor integra experiencias previas ante estímulos semejantes, los procesa conscientemente y los matiza con un tono afectivo. Esta percepción definitivamente no es placentera y su carácter, sea sensorial o emocional, resulta desagradable y está relacionado con destrucción tisular. De acuerdo con la intensidad surge una respuesta que incluye una dimensión funcional, donde participan el sufrimiento y la conducta dolorosa. La tolerancia al dolor es la capacidad de resistencia a un estímulo doloroso sin generar respuestas autonómicas en la que interviene el umbral doloroso. La intensidad de dicho dolor se mide con escalas visuales, actualmente consideradas indispensables en algunos centros de alta especialización como el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN), en Perú, donde se agregó a la hoja de enfermería la evaluación y el control del dolor como un quinto signo vital. ➔

Bibliografía

1. Ad Hoc Committee on Cancer Pain of the American Society of Clinical Oncology. Cancer pain assessment and treatment curriculum guidelines. *J Clin Oncol* 1992;10(12):1976-82.
2. Adams F, Fernández F, Andersson BS. Emergency pharmacotherapy of delirium in the critically in cancer patient. *Psychosomatics* 1986 Jan;27(1 Suppl):33-8.
3. Adams F, Quesada JR, Gutteman JU. Neuropsychiatric manifestations of human leukocyte interferon therapy in patients with cancer. *JAMA* 1984;252(7):938-41.
4. Beyer JE, McGath PJ, Berde CB. Discordance between self-report and behavioral pain measures in children aged 3-7 years after surgery. *J Pain Symptom Manage* 1990;5(6):350-6.
5. Beyer JE, Villaruel AM, Denys M. The Oucher: The new user's manual and technical report. First ed. February 1993. [Available from Judith Beyer RN, PhD University of Colorado Health Sciences Center Denver CO 80262.]
6. Beyer JE, Wells N. Assessment of cancer pain in children. Patt RB, editor. *Cancer pain*. Philadelphia: JB Lippincott; 1993. p. 57-84.
7. Cassel PE. The nature of suffering and the goals of medicine. *N Engl J Med* 1982;306(11):639-45.
8. Chapman CR, Hill HF. Prolonged morphine self-administration and addiction liability. Evaluation of two theories in a bone marrow transplant unit. *Cancer* 1989;63(8):1636-44.
9. Charlton JE. Current views on the use of nerve blocking in the relief of chronic pain. Swerdlow M, editor. *The therapy of pain*. Second edition. Lancaster: MTP Press Ltd.; 1986. p.133-64.
10. Kapelushnik J, Koren G, Solh H, Greenberg M, DeVeber L. Evaluating the efficacy of EMLA in alleviating pain associated with lumbar puncture: comparison of open and double-blinded protocols in children. *Pain* 1990;42(1):31-4.
11. Katz ER, Kelleman J, Ellenberg L. Hypnosis in the reduction of acute pain and distress in children with cancer. *J Pediatr Psychol* 1987;12(3):379-94.
12. Katz J, Levin AB. Treatment of diffuse metastatic cancer pain by instillation of alcohol into the sella turcica. *Anesthesiology* 1977;46(2):115-21.

FARMACOLOGÍA

Dorixi

Clonixinato de Lisina

*La respuesta
analgésica contra*



na* Forte

el dolor...

POTENCIA

RAPIDEZ

SEGURIDAD



Valoración del Dolor

Uno de los aspectos que ha permitido el desarrollo de herramientas para el alivio y el control del dolor es la valoración de éste. Resulta tan importante que en Estados Unidos ya existe una comisión conjunta para la acreditación de las organizaciones de salud que estandarizan dicha valoración. Los pacientes tienen que ser considerados como la principal fuente de información y por ello deben utilizarse instrumentos de evaluación fáciles y breves que documenten con credibilidad la intensidad y el alivio, facilitando su correlación con otras dimensiones del dolor, por ejemplo, el estado de ánimo. Así mismo, es fundamental tener en cuenta la siguiente nemotecnia:

- A. De **A**veriguar y medir sistemáticamente el dolor.
- B. De **B**asarse en los informes del paciente y de la familia. Así se contará con respuestas para determinar qué aliviará el dolor.
- C. De **C**apacitar a los pacientes y a su familia a fin de que todos puedan controlar de la mejor forma posible los cambios imprevistos.
- D. De **D**istribuir las intervenciones de manera oportuna, lógica y coordinada, de preferencia asignando funciones.
- E. De **E**scoger la opción más apropiada para el manejo del dolor en el entorno familiar. Uno de los grandes conflictos es el temor del paciente a verse inmerso en un callejón sin salida y a sufrir un dolor agudo permanente.

Uso de la Escalera Analgésica de la OMS

La Organización Mundial de la Salud (OMS) diseñó un método simple y efectivo para obtener una terapia razonable en el control del dolor, sobre todo si éste es de tipo moderado a severo (incluido el agudo tempo-

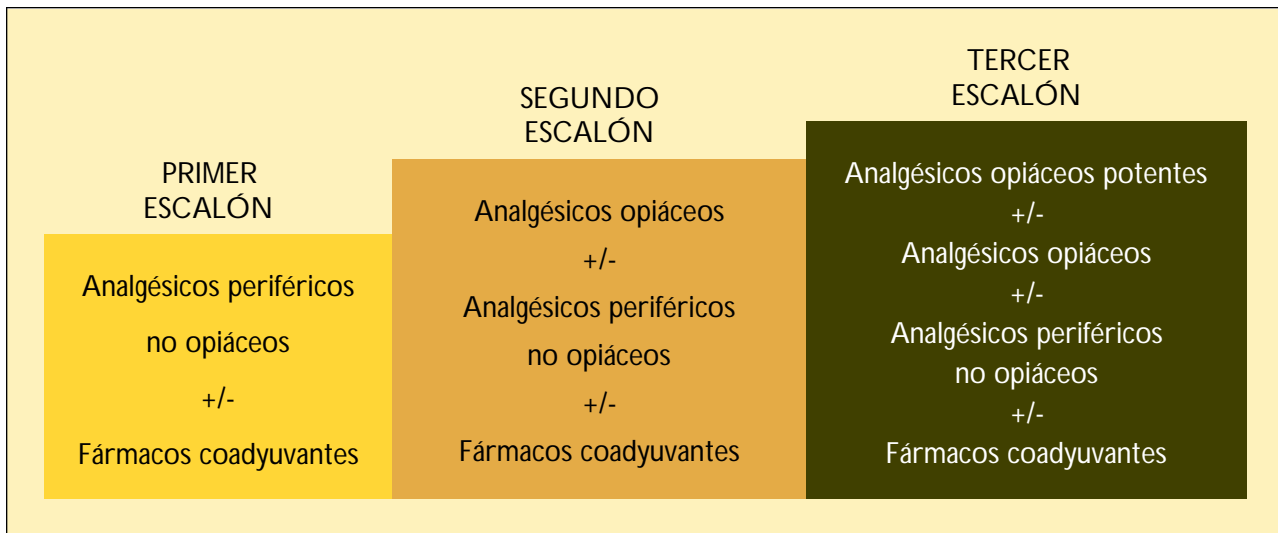
ral y el agudo permanente, presentes en el cáncer). Este método resulta efectivo si se adecua la escala analgésica, ya que así puede manejarse un 90 por ciento de los casos. Según la OMS, el paciente debe, desde un inicio, conservar la autonomía, pues el aspecto emocional forma parte del dolor. Debe sentir que puede ser autosuficiente, y entre las recomendaciones para dosificar están: mantener una vía oral, un horario, una forma escalonada e individualizada, así como una atención detallada.

En el primer peldaño de esta escalera, cuando el dolor es de leve a moderado, está permitido el uso de antiinflamatorios y algunos coadyuvantes, que pueden aumentar la eficacia analgésica. En el segundo peldaño, cuando el dolor persiste o aumenta, se puede agregar al AINE un opioide débil. En el tercer peldaño, si el dolor es de moderado a severo y persiste, debe añadirse un opioide más potente o incrementar la dosis de los débiles ya existentes.

El tratamiento del dolor persistente relacionado con cáncer incluye la administración -con horario- de dosis adicionales denominadas de rescate. En caso de opioides fuertes, se debe administrar 10 por ciento de la dosis en 24 horas; si son débiles, 25 por ciento durante el mismo lapso.

Fár macos de la Escalera

En el primer peldaño los AINE's disminuyen los mediadores inflamatorios que generan lesión tisular. También se puede seguir una estrategia analgésica de acuerdo con el perfil de adaptación sobre determinado tipo de inflamación, por ejemplo, el tisular simple y el neurogénico. El uso simultáneo de opioides o antiinflamatorios proporciona una analgesia mayor que la que se logra individualmente. Los antiinflamatorios producen un efecto ahorrador de los analgésicos opioides, de



Escalera Analgésica de la OMS.

forma que una menor dosis de opioides es capaz de aliviar el dolor reduciendo los riesgos secundarios.

En comparación con los opioides, los antiinflamatorios tienen un espectro diferente de toxicidad. Sin embargo, aunque los AINE's son efectivos en el dolor de leve a moderado y en el severo como coadyuvantes, su administración debe monitorizarse cuidadosamente -especialmente en ancianos- para detectar de forma temprana los efectos secundarios.

Los opioides, por su efectividad, dosificación y relación riesgo-beneficio son una clase importante de analgésicos para el dolor moderado a severo de origen benigno y maligno. Producen analgesia al unirse a receptores específicos dentro y fuera del sistema nervioso central. Dependiendo del receptor al cual se unen, se clasifican en puros, agonistas parciales y agonistas antagonistas.

Generalmente los antagonistas puros son los más usados y su manejo es más sencillo, entre ellos morfina, codeína, oxycodona y metadona. Se clasifican como agonistas puros porque no tienen efecto tope en su eficacia analgésica y tampoco revierten o antagonizan la acción de

otros opioides de su clase, permitiendo la administración simultánea. Algunos de sus efectos secundarios son estreñimiento, náuseas, retención urinaria, confusión, sudoración y depresión respiratoria. Se deben tomar precauciones antes de utilizarlos, así como conocer cuáles son los coadyuvantes adecuados.

La tolerancia y la dependencia física son fenómenos esperados cuando el tratamiento con opioides es por tiempo prolongado, lo cual no debe confundirse con dependencia psicológica o adicción, manifestada en el abuso de drogas. Esta confusión puede conducir a prácticas inadecuadas en la prescripción. Es esencial emplear los opioides bajo un esquema periódico y no simplemente por referencia. Además, reiteramos que el manejo del paciente debe ser individualizado.

Cuando se comienza el tratamiento resulta imprescindible ajustar la dosis hasta lograr un adecuado control del dolor y un nivel aceptable de los efectos colaterales. De igual forma, es fundamental conocer las características farmacocinéticas y farmacodinámicas de los diferentes opioides a fin de optar por una administración racional, anticipándose al dolor (analgesia preventiva). ➔

Opioides Débiles

Nuestro servicio, el de Medicina Paliativa y Tratamiento del Dolor del INEN (en Perú), cuenta con una amplia casuística de pacientes que sufren dolor de moderado a severo y allí nos hemos visto obligados a desarrollar, con base en la observación clínica, una dosis de rescate con opioides débiles tales como codeína y destropropoxifeno antes de pasar a un opioide más potente. Esta dosis es valorada en el 25 por ciento de la dosis total en 24 horas, lo que permite una mayor permanencia de fármacos con menores efectos colaterales.

Lo anterior coadyuva a controlar y mantener la autonomía del paciente y, sobre todo, el aspecto emocional al evitar involucrarlo en otro peldaño. Así, se le mantiene durante un tiempo prolongado mediante el manejo racional con opioides débiles. Entiéndase por opioide débil no menor poder analgésico, sino menor capacidad por receptores, garantizando respiración normal, escasos cambios en evacuación intestinal y manteniendo al paciente despierto.

Los opioides débiles y los analgésicos potentes pueden ser administrados vía subcutánea para no perder la continuidad cuando el paciente es sometido a otro tipo de terapia. Esta vía redundante en una buena calidad en el manejo del dolor.

Al administrar un analgésico existen muchas variaciones de su concentración en plasma, las cuales en cierta medida resultan predecibles y dependen de los mecanismos de absorción, distribución y metabolismo. Por ello, se debe recordar que los metabolismos de algunos medicamentos son activos desde el punto de vista analgésico. Por ejemplo, el glucorónido-3 de la morfina es metabolismo activo que se acumula en el plasma y produce un efecto analgésico más potente que el de la

morfina, por lo que después de cierto tiempo de administración repetitiva de esta última es factible reducir la dosis sin deterioro de la analgesia.

Los analgésicos pueden tener una acción que interfiere con la generación y transmisión del impulso doloroso por medio de la injerencia sobre procesos bioquímicos, enzimáticos o activando algún receptor específico a través de mecanismos combinados, como es el caso de la codeína.

Es importante establecer claramente que cuando existe un dolor de moderado a severo, particularmente en patologías como el cáncer, el 60 por ciento de los afectados tiene características de dolor mixto, es decir, neuropático, somático y/o visceral.

El dolor mixto es de difícil manejo y requiere de fármacos de acción dual que permitan un control eficaz, ya que los opioides mayores difícilmente resultan de utilidad. Se deben utilizar asociaciones con coadyuvantes, pero el desarrollo farmacológico ha evidenciado el beneficio de los opioides débiles, cuya selectividad de molécula y sus bondades de amplia acción brindan alivio al paciente que sufre dicho tipo de dolor. De modo que la codeína ha sido valorada como agonista opioide puro, aunque realmente no posee las características clásicas de éstos.

Actualmente la investigación clínica y farmacológica tanto de los padecimientos como de sus posibles tratamientos ha llevado a la medicina a adquirir más eficacia con menores riesgos secundarios para los pacientes, lográndose entablar la relación secuencial entre riesgo-beneficio de manera muy positiva. Sin embargo, falta mucho por hacer, la medicina es una ciencia cambiante que a diario experimenta avances significativos y por consecuencia exige mayor preparación de nosotros los médicos. **DOLOR**