

El dolor y su manejo en los cuidados paliativos

Hospital Docente Clínico Quirúrgico 10 de Octubre y Centro de Investigaciones sobre Longevidad Envejecimiento y Salud (CITED)

Vivian Zas Tabares¹, José R. Rodríguez Rodríguez², Elena Silva Jiménez³

¹Médico Especialista de 1er. Grado en Medicina General Integral, Especialista de 1er. Grado en Gerontología y Geriátrica, Máster en Ciencias en Longevidad Satisfactoria, Diplomada en Cuidados Paliativos. ²Médico Especialista de 1er. Grado en Medicina Interna, Especialista de 2do. Grado en Gerontología y Geriátrica, Diplomado en Gerencia Hospitalaria, Diplomado en Cuidados Paliativos, Máster en Ciencias en Longevidad Satisfactoria, Profesor Auxiliar. ³Médico Especialista de 1er. Grado en Medicina General Integral, Máster en Longevidad Satisfactoria, Profesora Auxiliar.

RESUMEN

Objetivo: Brindar información sobre la epidemiología, características, tipos y manejo del dolor en los cuidados paliativos destacando la necesidad de una forma de tratamiento oportuna y eficaz para disminuir o evitar el sufrimiento en los enfermos.

Desarrollo: El dolor es el síntoma que más angustia genera al paciente y la familia. Esta situación determina la necesidad de aplicar un enfoque terapéutico diferente, ya que en el paciente terminal el tiempo adquiere una dimensión crucial. Se han desarrollado diferentes escalas de evaluación del dolor para evaluar, reevaluar y comparar el dolor. Su aplicación fundamental es la valoración de la respuesta al tratamiento. La Escalera Analgésica de la Organización Mundial de la Salud, está compuesta por tres escalones en los que aparecen los diferentes fármacos y su forma de empleo; no obstante, presenta limitaciones. Algunos autores proponen la variante del Ascensor Analgésico basado en el concepto de inmediatez en la respuesta y la selección analgésica inmediata facilitada por una continua evaluación del dolor mediante la escala de evaluación analógica la cual se convierte en su botón de alarma.

Conclusiones: Los pacientes bajo cuidados paliativos precisan de un abordaje diferenciado del dolor y el uso de técnicas de tratamiento diferentes a las que se plantean en el dolor crónico. Es más importante cómo, que cuáles analgésicos se usan, y el tratamiento debe ser preventivo. Es necesario realizar una elección adecuada del analgésico dependiendo de la etiología, cuantificación e intensidad del dolor, y la edad del enfermo, consideradas estas de importancia capital a la hora de aplicar un tratamiento correcto.

Palabras clave: DOLOR/quimioterapia; Dolor/epidemiología; Dolor/prevención y control; Dolor/clasificación; Dimensión del Dolor; Cuidados Paliativos.

INTRODUCCIÓN

Los cuidados paliativos han experimentado un desarrollo significativo en los últimos 10 años. Se conoce como el conjunto de medidas médico-sociales destinadas a mejorar la calidad de vida de los pacientes con enfermedades crónicas avanzadas y en fase terminal, así como de apoyo a la familia. Su fortalecimiento ha ejercido una influencia positiva en las instituciones sanitarias y servicios sociales e imprimen fuerza a un movimiento solidario en pro de una mejor terminalidad (1, 2).

El dolor, a pesar de no ser el único síntoma, es el que más angustia genera al paciente y la familia, por ello es prioritario abordarlo de una forma eficaz y precoz. Esta situación determina un enfoque terapéutico diferente, ya que en el paciente terminal el tiempo adquiere una dimensión crucial.

Este hecho implica la necesidad de valorar cuidadosamente la agresividad en las decisiones terapéuticas y el beneficio esperado, comprendiendo que unas horas de dolor en un paciente terminal suponen un gran sufrimiento, añadido a la propia situación de terminalidad (3-5). Al tratarlo se evitan numerosas alteraciones orgánicas y psicológicas como consecuencia de la situación álgida.

El dolor, según la Real Academia Española, es la sensación molesta y aflictiva de una parte del cuerpo por causa interior o exterior, sentimiento de pena y congoja. En 1973, en Seattle (Washington), se celebra el Primer Simposio sobre el dolor y se crea la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP de sus siglas en inglés), definida como: "una experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada con una lesión hística presente o potencial, o descrita en términos de la misma". Es un fenómeno con un

importante componente subjetivo por las emociones que se producen durante su percepción (6, 7).

Numerosos profesionales no consideran los cuidados paliativos y el tratamiento del dolor como un asunto de máximo interés, a pesar de ser múltiples los pacientes que mueren con dolores insoportables, ya sea por ignorancia de los facultativos sobre la variedad de fármacos analgésicos existentes, la preocupación excesiva por la dependencia psicológica que provocan en los pacientes, en especial los opiáceos, escasa educación sobre el tema y la no aplicación de técnicas antiálgicas y paliativas disponibles.

La presente revisión bibliográfica tuvo como objetivo brindar información actualizada sobre el dolor y su manejo en los cuidados paliativos, destacando la necesidad de una forma de tratamiento oportuna y eficaz para disminuir o evitar el sufrimiento en los enfermos.

DESARROLLO

El dolor. Epidemiología

Cuatro millones de personas sufren de dolor por cáncer cada día, su prevalencia oscila entre 52-82%, siendo entre 40-50% de moderada a severa intensidad y de 25-30% insoportable; aumenta con la edad llegando a 42,6% en las personas de más de 65 años (3, 4). Es una de las principales manifestaciones clínicas del paciente con cáncer. La OMS estima que 30% de los pacientes con cáncer presentan dolor mientras reciben tratamiento activo y de 60-90% lo sufren en la etapa avanzada de la enfermedad. Cada año se diagnostican 17 millones de nuevos casos de cáncer y cinco millones de muertes por dicha causa (6, 8).

Clasificación del dolor

Según la duración se clasifica como:

-Agudo: indica la existencia de una lesión tisular tras la activación de mecanismos nociceptivos. Se le considera "útil", ya que avisa la existencia de un proceso cuyo diagnóstico se orienta por su naturaleza, extensión, duración e intensidad. Su duración por lo general es inferior a un mes, aunque puede llegar a tres meses, con un comienzo definido y una causa reconocible. Puede acompañarse de ansiedad, el tratamiento suele ser etiológico y de escasa dificultad.

-Crónico: constituye por sí mismo una entidad nosológica, su cronificación disminuye el umbral de excitación y produce modificaciones psíquicas que dan lugar a la "fijación del dolor". Es un dolor "inútil", sin valor semiológico y sin propiedades fisiológicas reparadoras, su tratamiento debe incluir tres vertientes: farmacológica, psicológica y rehabilitadora. Este tipo de dolor persiste tras un periodo razonable después de la resolución del proceso originario, no siendo útil para el sujeto e imponiendo al individuo, así como a su familia a un severo estrés físico, psíquico o económico, siendo además la causa más frecuente de incapacidad, constituye un serio problema para la sociedad. Tiene una duración de tres a seis meses o superior. La causa habitualmente no se identifica, el comienzo es indefinido y no existe relación entre el estímulo y la intensidad algica

y el dolor irruptivo (exacerbaciones transitorias en forma de crisis de elevada intensidad, instauración rápida y corta duración; se produce sobre el dolor crónico) (9, 10).

Tipos de dolor

Por sus características fisiológicas o farmacológicas se distinguen los siguientes tipos (8, 9, 11):

-Dolor nociceptivo que puede ser somático (cuando se estimulan los receptores del dolor específicos en los tejidos cutáneos y conjuntivos profundos; cuanto más superficiales sean esos receptores mejor será la localización del dolor); y visceral (se produce por la lesión, distensión, obstrucción o inflamación de órganos torácicos, abdominales o pélvicos)

-Dolor neuropático: causado por la lesión o la destrucción de los nervios localizados en el sistema nervioso periférico o central, de características lancinantes, "como un latigazo" y de difícil control.

-Dolor mixto: con características de ambos grupos.

La mayoría de los pacientes presentan dos o más tipos de dolor pudiendo ser de distinta patogenia (nociceptivo, neuropático, etc.), diversa patocromia (agudo o crónico) y de distinta etiología (invasión tumoral, tratamiento, infección, etc.).

Escalas e instrumentos de medición

Se han desarrollado escalas de evaluación con el objetivo de evaluar, reevaluar y comparar el dolor, su aplicación fundamental es la valoración de la respuesta al tratamiento, más que el diagnóstico. Los instrumentos diseñados son subjetivos, siendo la base de la intensidad del dolor lo que refiere el propio paciente, los hay que miden una única dimensión y los multidimensionales. Las escalas deben contemplar las deficiencias cognoscitivas del lenguaje y las sensoriales, y las unidimensionales más empleadas en la práctica clínica son (8, 12, 13):

a) Escala numérica de intensidad de dolor. Valora el dolor mediante números que van de mayor a menor en relación con su intensidad, las más empleadas van del 0 al 10, siendo el 0 la ausencia de dolor y el 10 el máximo dolor. Es clave en personas que padecen de trastornos visuales importantes (figura 1). Para algunos enfermos puede no ser comprensible este tipo de escala.

b) Escala descriptiva simple de intensidad de dolor. El paciente expresa la intensidad de su dolor mediante un sistema convencional, unidimensional, donde se valora desde la ausencia del dolor hasta el peor dolor posible (figura 2).

c) Escala visual analógica (EVA). Es el método subjetivo más empleado. Consiste en una línea recta o curva, horizontal o vertical, de 10 cm de longitud, en cuyos extremos se señalan los niveles de dolor mínimo y máximo. El paciente debe marcar con una línea el lugar donde cree que corresponde la intensidad de su dolor. La más empleada es la línea recta horizontal (figura 3).

d) Escala de círculos y colores. Evalúa la intensidad del dolor en correspondencia con la de los colores de los círculos (figura 4).

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

No dolor

Máximo dolor

Figura 1. Escala numérica de intensidad del dolor.

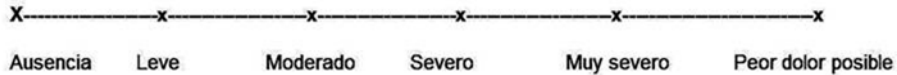


Figura 2. Escala descriptiva simple de intensidad del dolor.

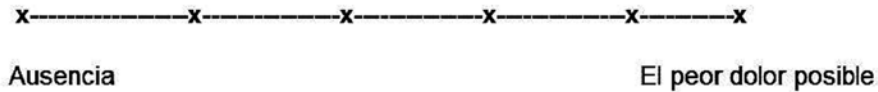


Figura 3. Escala visual analógica.



Figura 4. Escala de círculos y colores.



Figura 5. Escala abreviada de rostros.

e) Escala abreviada de rostros. Es la indicada en niños y pacientes con alteraciones cognoscitivas importantes (demencia) (Figura 5).

f) Escala de Anderson. Se utiliza principalmente en los pacientes con bajo nivel de conciencia, va del 0 al 5 según los siguientes ítems (14): 0: no dolor; 1: no dolor en reposo, ligero dolor en la movilización o con la tos; 2: dolor ligero en reposo, moderado en la movilización o con la tos; 3: dolor moderado en reposo, intenso en la movilización o con la tos; 4: dolor intenso en reposo, extremo en la movilización o con la tos; 5: dolor muy intenso en reposo.

Es importante realizar valoraciones a los enfermos terminales de forma regular, ya que la sintomatología puede cambiar con gran rapidez. Una valoración apropiada exige considerar las múltiples dimensiones de su expresión en un paciente determinado, sobre todo en los casos con respuesta limitada o nula a los analgésicos administrados de una manera regular (15).

En el paciente no oncológico, y fundamentalmente en los ancianos, es importante medir otros parámetros además de la intensidad y las características del dolor como son la funcionalidad física y psíquica, el apoyo social y la calidad

de vida del paciente mediante la evaluación geriátrica, ya que en estos enfermos lo que se pretende es aumentar su capacidad funcional.

Tratamiento farmacológico del dolor

El tratamiento del dolor siempre debe ser una prioridad para el médico, tanto cuando es posible y predecible su desaparición por la resolución del proceso causal (dolor posoperatorio, dolor agudo en general), como cuando la resolución del proceso etiológico no es posible (dolor oncológico, dolor crónico no maligno), o cuando a pesar de la desaparición de la causa desencadenante el síndrome doloroso persiste (dolor crónico neuropático, desaferentativo) (16, 17). El objetivo del tratamiento farmacológico debe perseguir el control del síntoma o su alivio, entendiendo por control su desaparición, y por alivio la mejoría en la percepción del mismo.

Existen recomendaciones generales a tener en cuenta en el tratamiento farmacológico (Preceptos de Twycross para el control del dolor). Son ellas, uso preferente por vía oral con formulaciones simples, pautados, evitando tomas a demanda, de forma escalonada, desde analgésicos débiles

a más potentes. Se deben utilizar los fármacos según la severidad del dolor, nunca en función de la esperanza de vida del enfermo, no mezclar opioides débiles con opioides potentes, ni tampoco los débiles entre sí (situaciones estas que ocurren con frecuencia). No usar preparados de acción muy corta y no prescribir nunca un narcótico agonista-antagonista con un narcótico agonista, ya que puede precipitar un síndrome de abstinencia (12, 17).

El dolor se trata según la escala analgésica habitual. Se comienza con dosis bajas, sostenidas y mantenidas, evaluándose la respuesta, se administran fármacos de vida media corta en dosis más bajas pero eficaces. El esfuerzo debe centrarse en el paciente más que en la enfermedad, el médico debe escuchar, comprender, transmitir confianza, reducir la ansiedad y la necesidad de analgesia (17, 18).

Se deben conocer las peculiaridades fisiológicas del paciente anciano para un correcto manejo y control analgésico de su dolor con los mínimos riesgos, e incrementando paralelamente su capacidad funcional y calidad de vida. Los analgésicos opioides representan un arma terapéutica fundamental en el manejo del dolor moderado-severo. A pesar de la reticencia a su empleo en el dolor crónico del paciente anciano, se ha demostrado su clara eficacia analgésica y su alto perfil de seguridad. Es necesario guiarse por la ecuación riesgo-beneficio a la hora de plantear un tratamiento analgésico al anciano y tener presente sus peculiaridades fisiológicas, farmacocinéticas y farmacodinámicas (19- 24).

El método terapéutico propuesto y más utilizado es La Escalera Analgésica de la Organización Mundial de la Salud (OMS), aceptada como una excelente herramienta educativa. El primer documento se publica en 1984. La Escalera Analgésica de la OMS, también se denomina escalera del dolor, escalera terapéutica del dolor o simplemente escalera analgésica, para describir un método o protocolo de tratamiento y control del dolor en el cáncer. Se considera eficaz en un 90% de los enfermos y en más del 75% de los pacientes terminales de la enfermedad. Además, es sugerido en el tratamiento del sida, enfermedades geriátricas, pediátricas y otras enfermedades crónicas. Este método establece normas básicas para el uso y administración de fármacos como son una adecuada cuantificación del dolor, la administración por vía oral, mediante reloj en mano, usando la escalera analgésica, teniendo en cuenta la administración de fármacos según el sujeto y prestando mucha atención al detalle (25, 26).

En su origen la escalera analgésica consta de tres escalones. Actualmente sufre algunas modificaciones al considerarse que puede alcanzar hasta cinco escaños que integran el uso de vías alternativas y técnicas invasivas y considerando, además, fármacos coanalgésicos, intervención psicológica y de apoyo emocional (26, 27).

La escalera analgésica de tres escalones

La estructura básica de la escalera de tres escalones es la siguiente (12, 25, 26):

-Primer escalón o inferior (dolor leve): no opioides +/- coadyuvantes.

-Segundo escalón o intermedio (dolor moderado): opioides débiles +/- no opioides +/- coadyuvantes.

-Tercer escalón o superior (dolor severo): opioides fuertes +/- no opioides +/- coadyuvantes.

A esta escalera algunos autores añaden en forma de barandilla o pasamanos, la atención a la familia + soporte emocional + comunicación, por la importancia que tienen estos factores no farmacológicos en el control de los síntomas (27).

Se inicia la administración de medicamentos en el primer escalón pero si se considera que el dolor es fuerte o muy fuerte, puede iniciarse en el segundo o tercer escalón. El salto al escalón siguiente lo determina el fallo en el alivio del dolor del escalón anterior. También puede ser necesario no demorarse en el segundo escalón por resultar ineficaz y saltar al tercero inmediatamente. Es clave por parte de los médicos la previsión en la prescripción y las pautas para el escalón superior para su administración inmediata, ya que la demora en el reconocimiento del fallo en el alivio del dolor y la prescripción y administración de una medicación más potente, supone una de las causas de dolor y sufrimiento para el paciente y familiares más comunes, fáciles de evitar (6, 28).

En todos los escalones se debe (28, 29):

-Considerar otras modalidades de tratamiento siempre que sea posible y adecuado (radioterapia, terapia hormonal, quimioterapia, cirugía).

-Contemplar modalidades no farmacológicas (fisioterapia, psicoterapia, Medicina Natural y Tradicional).

-Tratar el sufrimiento físico, psicosocial, cultural y/o espiritual.

La utilización simultánea de dos medicamentos del mismo escalón no reporta ningún beneficio por lo cual se debe evitar con algunas excepciones, como la codeína cuando se administra como rescate en tratamientos con dihidrocodeína de acción sostenida y la morfina de acción inmediata como rescate en tratamientos con parches de fentanilo. No se recomienda la combinación de fármacos del segundo y tercer escalón, pero a estos sí se pueden añadir los analgésicos del primero ya que actúan por mecanismos diferentes.

Escalera analgésica de la OMS (12, 29, 30, 31)

Primer escalón: analgésicos no opioides. EVA: 1-3, para el alivio del dolor leve. Este grupo constituye la primera fase de tratamiento del dolor leve o moderado en el paciente que no ha recibido opioides. Poseen techo analgésico, son muy útiles en las metástasis óseas, interfieren en la respuesta inflamatoria y disminuyen síntomas asociados, disminuyen la fiebre y no producen tolerancia, dependencia ni depresión respiratoria. Comprende los analgésicos antipiréticos (aspirina, paracetamol y el metamizol) y los antiinflamatorios no esteroideos (AINES). Se debe considerar para prevenir

una complicación grave el tratamiento profiláctico con omeprazol o misoprostol en ancianos, pacientes con enfermedad cardiovascular, antecedentes de úlcera péptica o de sangrado gastrointestinal previo.

-Aspirina: dosis usual: 650 mg/4 h; dosis máxima: 1 000 mg/4 h.

-Paracetamol: de elección en el dolor leve-moderado por su bajo riesgo de efectos secundarios. Dosis usual: 500 mg/6-8 h.

-Metamizol y todo el grupo de las dipironas: no se utilizan en muchos países por la posibilidad de que produzcan discrasias sanguíneas, son efectivos en dolores viscerales. Dosis usual: 500-1000 mg/4-6 h.

-Antiinflamatorios no esteroideos (AINES): Grupo con propiedades analgésicas, antipiréticas, antiagregantes y antiinflamatorias. Indicados en el dolor leve o moderado de tipo nociceptivo somático o visceral, solos o asociados con opioides, sobre todo en el dolor moderado o severo. Presentan dos limitaciones importantes, su techo analgésico y los efectos secundarios indeseables por lo cual se debe ser cuidadoso en su empleo en los ancianos. En este grupo se incluyen: ibuprofeno (buena analgesia en picos dolorosos; dosis: 400-600mg /6-8h vía oral); naproxeno (dosis usual 250-500mg /12h vía oral); diclofenaco (dosis usual 50mg /8h vía oral); ketocoralaco (dosis usual 30mg /6h vía oral, endovenosa y subcutánea. Usar por no más de cuatro semanas por riesgo de insuficiencia renal.

Segundo escalón: analgésicos opioides débiles. EVA: 4-6, para el alivio del dolor moderado.

Los opioides de este nivel son la principal clase de analgésicos utilizados para manejar el dolor leve a moderado, por cortos períodos, antes de decidir el uso de agonistas puros más potentes. Los fármacos de este escalón, al igual que los del primero, presentan techo analgésico. Son útiles en el manejo del dolor agudo y crónico moderado, oncológico y no oncológico. Se usan en el dolor crónico no maligno cuando han fallado los tratamientos alternativos o han provocado secundarismos importantes y el dolor es de origen especialmente nociceptivo (óseo, articular, isquémico). Han mostrado ser eficaces en el dolor neuropático severo con una intensidad moderada severa y se acompaña de incapacidad funcional marcada. Siempre se deben evaluar las dosis a emplear en los ancianos (30, 32).

-Codeína: más eficaz por vía oral. Es un opioide con menor techo antiálgico, menor acción depresora sobre el sistema nervioso central y no induce farmacodependencia; dosis usual: 30 mg/4-6-8 h. vía oral.

-Dihidrocodeína: tiene propiedades analgésicas y efectos secundarios similares a la codeína pero es más potente que esta. Es utilizado para dolores moderados-intensos. Dosis habitual: 60 mg/12 h. (noche).

-Tramadol: tiene más potencia analgésica que la codeína; probable acumulación en caso de insuficiencia renal (33). Dosis usual: 50-100 mg/6-8 h.

-Tramadol retard: dosis inicial: 100 mg/24 h (noche).

-Dextropropoxifeno: tiene utilidad limitada en el dolor oncológico porque se metaboliza a otro compuesto de vida media muy larga capaz de producir efectos indeseables. Su uso es prohibido en muchos países por existir alto riesgo de muerte por sobredosis. Dosis usual 150 mg/6 h.

Tercer escalón: analgésicos opioides fuertes. EVA: 7-10, para el alivio del dolor intenso. Se dispone de:

-Morfina: de elección en el dolor por cáncer, no tiene techo analgésico. Morfina oral: Inicia la acción a los 30 minutos y dura entre 3 y 5 horas. Puede ser: A) Forma oral sólida de liberación inmediata en el alivio del dolor severo, se administra 5-10mg/4 horas y se puede doblar la dosis nocturna; B) Forma oral sólida, de liberación retardada en el tratamiento prolongado del dolor crónico severo que requiera opioides. Se administra cada 12 horas. La primera dosis de acción retardada debe coincidir con la última de acción inmediata. Dosis inicial más alta si hay dolor intenso o incapacitante y dosis previas tope de otros opioides menos potentes, y más baja, si hay debilidad o desnutrición extremas y ancianos valorando función renal, entre otras situaciones; C) Morfina parenteral: por vía subcutánea, intramuscular y endovenosa. Dosificación inicial, comenzar con 5 mg subcutáneos cada 4 horas, dependiendo si tomó antes opioides o no, de la función renal y la intensidad del síntoma (29, 32, 34). La equivalencia según vía de administración de la morfina se muestra en la tabla 1 (12).

-Fentanilo: acciones de analgesia y sedación en el control del dolor crónico oncológico y no oncológico intenso, en pacientes sintomáticamente estables y geriátricos. Indicado cuando se pretende su alivio rápido (35, 36). Puede ser: a) Fentanilo transdérmico: los parches lo liberan de forma continuada durante tres días. Emplear con precaución en personas que pesen menos de 50 Kg y en caquéticos. Indicado en dolor crónico tratado con dosis estables de opioides por vía oral, alteraciones severas de deglución, intolerancia a la morfina y con efectos adversos intensos con opioides orales (35, 36). Dosis individual según: 1) Pacientes sin tratamiento previo con opioides potentes. Iniciar con parche de 25 y administrar morfina de liberación inmediata cada cuatro horas hasta conseguir el nivel de analgesia (1-2 días) o bien fentanilo oral transmucoso, luego mantener el parche y dar morfina de

Tabla 1. Equivalencia de la morfina según vía de administración

Vías de administración	Factor de conversión	Dosis
Oral rápida a retardada	1:1	30 mg/12h = 10 mg/4h
Oral a Rectal	1:1	30 mg = 30 mg
Oral a SC	2:1	30 mg = 15 mg
Oral a IV	3:1	30 mg = 10 mg
Oral a epidural	10:1	30 mg = 3 mg

Fuente: Méndez Reyes MaC, Abalo Grau JA, Roger Chacón M. Cuidados paliativos en pacientes con cáncer avanzado: 120 preguntas y respuestas. Ed. Ciencias Médicas, La Habana. 2009. (12)

liberación inmediata en caso de crisis de dolor. Si a los tres días no alivia, incrementar la dosis del parche en 25 µg/h; 2) Paciente tratado con opiáceos: calcular las necesidades analgésicas de las 24 horas previas y convertirlas a la dosis de morfina equianalgésicas. Cambiar el parche cada 72 horas. b) Fentanilo transmucoso: comienza la acción en 5 minutos, corta duración (2,5 – 5 horas) y de fácil utilización. Indicado en crisis de dolor irruptivo en pacientes con dolor crónico que ya estén tomando opioides.

-Otros opioides: A) Metadona: opioide sintético más potente que la morfina. Indicado en el dolor neuropático, la rotación de opioides, pacientes con fallo renal y hepático que desarrollan graves efectos adversos por morfina. La dosis inicial en pacientes que vienen del segundo escalón, es de 3-5 mg/8 horas, vía oral (37). B) Buprenorfina: agonista parcial, más potente que la morfina. Se usa en dolor crónico benigno. Tiene techo analgésico a 3,2 mg al día por lo que solo se usa a dosis bajas. Puede ser: 1) Buprenorfina transdérmica: se indica en dolor crónico moderado-intenso. El parche se cambia cada 72 h; 2) Buprenorfina sublingual: duración analgésica de 6-9 horas. El efecto techo se alcanza a dosis de 16-22 mg, pero no superar la dosis de 3 mg. Se indica en dolor moderado-intenso e incidental. C) Meperidina: no se aconseja su uso en dolor crónico por acumulo de metabolitos tóxicos, dosis 100 mg/6-8 horas. D) Oxiconona: mayor efectividad en el dolor neuropático, no tiene techo terapéutico. Se comienza con 5 o 10 mg/12 horas, según analgesia anterior del paciente.

-Coadyuvantes o coanalgésicos (29): fármacos que se emplean en los tres escalones, eficaces cuando fracasan los analgésicos tradicionales, son usados para potenciar la acción de analgésicos, AINES y opioides, para disminuir los efectos secundarios de estos y para el tratamiento de síntomas que acompañan al dolor crónico. Importantes en el tratamiento del dolor neuropático. Los más utilizados son: A) Antidepresivos: los tricíclicos son los más eficaces. Su efecto analgésico aparece más rápido (2-3 días) (38). Entre ellos: 1) Amitriptilina: útil en el dolor por desaferentación. Dosis: 25-150 mg/noche. Se inicia con dosis bajas y se suben semanalmente hasta 300mg/d, para evitar o minimizar los efectos secundarios. B) Anticonvulsivos: usados en el dolor neuropático, lacinante, fijo y paroxismal que no responde a antidepresivos. Entre ellos: 1) Carbamazepina, dosis inicial: 100 mg/12 h, se incrementa 100 mg/3-4 días hasta alcanzar analgesia o toxicidad; 2) Gabapentina: no precisa monitorización periódica, dosis: 300-1 200 mg (39); 3) Clonacepán. C) Neurolépticos: aumentan la potencia analgésica de los opioides. Indicados en dolores crónicos. Tipos: fenotiacinas (clorpromacina la más utilizada) y butiroferonas (haloperidol). D) Corticoides: útiles en el dolor nociceptivo somático, neuropático por compresión o infiltración del tejido nervioso (40); E) Benzodiacepinas: usados en la ansiedad asociada al dolor (9). F) Bisfosfonatos: se usan en el dolor óseo y prevención de complicaciones en las

metástasis óseas (41, 42). Entre ellos: 1) Pamidronato: 90 mg endovenoso cada cuatro semanas; 2) Zoledronato: 4 mg cada cuatro semanas. G) Misceláneas: se incluyen: 1) Psicoestimulantes: mejoran los efectos analgésicos de los opioides o disminuyen sus efectos sedantes si no es posible disminuir la dosis; 2) Relajantes musculares: usados en el dolor músculo esquelético, espasmos musculares y en el dolor neuropático; 3) Otros: antihistamínicos, baclofen, calcitonina, antagonista de N-metil-D aspartico (NMDA) y estimulantes del SNC (metilfenidato).

La OMS ha definido un cuarto escalón en la escalera analgésica ubicando las técnicas intervencionistas (7, 41). Se utilizan en los casos de dolor difícil cuando se puede prever la ineficacia del tratamiento farmacológico convencional o cuando los efectos secundarios son intolerables a pesar de una analgesia adecuada. Entre estas técnicas se encuentran: la infusión espinal de fármacos, bloqueos nerviosos (neurolysis, bloqueos por radiofrecuencia y técnicas de neuromodulación (43-45).

La escalera analgésica no se adapta a dolores como el posoperatorio, agudo y neuropático, tratados inicialmente con opiáceos y luego con fármacos menos potentes, por lo que Torres y Collado (46), proponen sustituir el término "escalera" por el de "ascensor". Se debe aliviar el dolor cuanto antes, procurando administrar la primera dosis por la vía intravenosa o subcutánea. Si el paciente aprieta el botón de leve, se bajará en el piso de analgésicos no opiáceos a dosis bajas. Si pulsa el de moderado, subirá donde está el tramadol o codeína, habitualmente combinado con paracetamol o AINES. Si toca el de grave, dispondrá de opiáceos potentes, y si el dolor es insoportable irá al piso de las unidades del tratamiento del dolor, tratándose con bloqueos nerviosos u opioides por vía intratecal (24, 46, 47).

El ascensor analgésico nos traslada al concepto de inmediatez en la respuesta y la selección analgésica inmediata, facilitada por la evaluación continuada del dolor mediante la EVA, la cual se convierte en su botón de alarma. La práctica clínica de evaluación y medición continua del dolor, así como un modelo de clasificación y uso de los analgésicos respecto al grado del dolor y su etiología, ofrecerían una respuesta válida tanto para el dolor agudo como crónico, y para el oncológico y no oncológico, más satisfactoria que la Escalera Analgésica de la OMS que puede ser una barrera y un retraso para el adecuado tratamiento de muchos cuadros dolorosos, al tener que transitar por escalones farmacológicos hasta encontrar el fármaco más adecuado (45, 47).

No es ético ni adecuado mantener a un paciente sufriendo durante días o semanas mientras se recorren los escalones hasta llegar al fármaco adecuado. Se debe racionalizar la prescripción, evaluar la individualidad de cada paciente e intentar ajustar de inicio los medicamentos que precisa y elegirlos en función de los receptores implicados en la transmisión del dolor. Los defensores del ascensor analgésico lo consideran más adecuado e intuitivamente

más correcto que la Escalera Analgésica de la OMS. El objetivo de lograr que el paciente esté libre de dolor se consigue más eficientemente con el modelo del ascensor ya que erradica la necesidad de una toma de decisión que aparece como cualitativa, en el paso de un escalón a otro, con la dilación temporal y el perjuicio que supone para el paciente, además, evita que una aplicación dogmática de la Escalera de la OMS obligue a muchos pacientes con dolor severo a tener que pasar por los dos primeros escalones cuando requieren un tratamiento más potente.

Entre las limitaciones de la Escalera Analgésica de la OMS, se señalan la no integración de los procedimientos invasivos para el alivio del dolor en 10-30% de los pacientes; la no existencia de datos relacionados con la rapidez con que se logra la analgesia (sigue recomendando en el segundo paso los opioides débiles, a pesar que existen datos que cuestionan su utilidad clínica) y no toma en cuenta las pruebas científicas que respaldan mejores resultados con

el empleo de opioides mayores en pacientes terminales con dolor moderado (46, 48).

CONCLUSIONES

Los pacientes bajo cuidados paliativos precisan de un abordaje del dolor diferenciado, su situación clínica condicionará el uso de técnicas de tratamiento diferentes a las que se plantean en la situación de dolor crónico. Es más importante cómo, que cuáles analgésicos se usen, y el tratamiento debe ser preventivo. La complejidad del dolor requiere de premisas claras antes de enfrentarlo, la adecuada elección de un analgésico depende de características tales como la etiología, cuantificación e intensidad del dolor, y la edad del enfermo, consideradas de importancia capital a la hora de aplicar un tratamiento correcto.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Astudillo W, Mendinueta C, Orbeago A. Presente y futuro de los cuidados paliativos. Disponible en: <http://www.cuidadospaliativos.org/archives/biblioteca/Presente%20y%20futuro%20de%20los%20Cuidados%20Paliativos.pdf>. [Consultado: diciembre 13 de 2012].
2. Astudillo Alarcón W, Díaz-Albo E, García Calleja JM, Mendinueta C, Granja P, de la Fuente Hontañón C, et al. Cuidados paliativos y tratamiento del dolor en la solidaridad internacional. *Rev Soc Esp Dolor*. 2009;16(4):246-55.
3. Morrison LJ, Morrison RS. Cuidados paliativos y tratamiento del dolor. *Med Clin N Am*. 2006;90:983-1004.
4. Urgelles LA. Dolor vs inflamación: nuevas ideas sobre su evaluación y control. *Revista Dolor*. [Internet] 2010 [Consultado: diciembre 13 de 2012]; Año 7, Vol. V. Disponible en: <http://www.intramed.net/UserFiles/pdf/68545.pdf>
5. Gómez M, López-Ibor JJ, Gutiérrez JA. Aspectos médicos y jurídicos del dolor. *La enfermedad terminal y la eutanasia*. Unión Editorial. Fundación Lilly, Madrid, 2008.
6. Historia de los orígenes de la escalera analgésica de la OMS. En: Meldrum M. *La escalera y el reloj: dolor por cáncer y directivas públicas a finales del siglo XX*. *J Pain Symptom Manage*. 2005; 29(1):41-54.
7. Grupo de trabajo de la guía de práctica clínica sobre cuidados paliativos. *Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos*. Madrid: Plan nacional para el SNS del MSC. Agencia de evaluación de tecnologías sanitarias del País Vasco. 2008. *Guías de Práctica Clínica en el SNS: OSTEBA Nº 2006/08*. Disponible en: http://www2.gencat.cat/docs/.../Temes.../e_06_08_Cuidados_Paliat.pdf [Consultado: enero 20 de 2011].
8. Badia X, Muriel C, Gracia A, Núñez-Olarte JM, Perulero N, Gálvez R, et al. Validación española del cuestionario de Brief Pain. Disponible en: <http://www.elsevier.es> [Consultado: enero 20 de 2011].
9. Ariz JM, Meléndez A. Actualización en el manejo del dolor crónico. Uso racional de la escalera analgésica de la OMS. *Boletín de Información Farmacoterapéutica de Navarra*. 2004;12(4). Disponible en: <http://www.navarra.es/salud/publicaciones> [Consultado: enero 10 de 2012].
10. Attal N. *Traitements medicaux des douleurs neuropathiques*. En: J.Wrobel (Ed). *Les douleurs neuropathiques*. Chapter 6; p:125-178. Disponible en: <http://www.institut-upsadouleurs.org> [Consultado: febrero 20 de 2013].
11. Urgelles LA. Dolor nociceptivo vs neuropático: Medicina fisiológica de regulación (FMR) nuevo enfoque para su control. *Rev Mexicana de Algología*. 2008;5(10):17-22.
12. Méndez Reyes MC, Abalo Grau JA, Roger Chacón M. *Cuidados paliativos en pacientes con cáncer avanzado*. 120 preguntas y respuestas. Ed. Ciencias Médicas, La Habana. 2009.
13. Montero Ibáñez R, Manzanares Briega A. Escalas de valoración del dolor. *Rev Jano*. 2005;68(1553):41-44.
14. Aubrun F, Marmion F. *The elderly patient and postoperative pain treatment*. *Best Pract Res Clin Anesthesiol*. 2007;21(1):109-127.
15. Pérez JR, Ortiz JR, Abejón D, Pérez J. El dolor y su tratamiento a través de la historia. *Rev Soc Esp Dolor*. 2008;12(6):373-84.
16. Ramos M, Arbesu MA, Rodríguez K. *Pesquisaje sobre el conocimiento del tratamiento farmacológico del dolor asociado al cáncer en el INOR*. III Jornada de Medios Diagnóstico. INOR, 2007.
17. Ribera Casado JM. *El dolor en el anciano*. *Rev Clin Esp*. 2007;207(4):155-7.
18. Christo JP, Mazloomdoost D. *Cancer pain and analgesia*. *Acad Sci*. 2008;1138:278-298. doi: 10.1196/annals.1414.033.
19. Rodríguez Rodríguez JR, Zas Tabares V, Leyva Salerno B, Hierrezuelo S. *Valoración geriátrica integral como componente básico en la aplicación del método clínico en adultos mayores*. *GEROINFO*. *Publicación Periódica de Gerontología y Geriatria*. [Internet] 2011 [Consultado: febrero 2 de 2013];6(2). Disponible en: <http://www.sld.cu/sitios/gericuba> [Consultado: enero 26 de 2013].
20. Mencías AB, Rodríguez JL. *Consideraciones sobre el empleo de opioides en el dolor crónico del paciente geriátrico* *Rev Soc Esp Dolor*. 2008;7:463-474.
21. Borquez P, Romero C. *El paciente oncológico geriátrico*. *Rev Chilena de Cirugía*. 2007;59(6):46771.
22. Hernández Castro JJ, Moreno Benavides C. *Dolor en el adulto mayor*. *Avances en Psiquiatría Biológica*. 2008;9:124-42.
23. Ruiz F, Cifuentes FL. *Analgésicos en el adulto mayor*. Ed. Asociación Colombiana para el estudio del Dolor, ACED, Bogotá, Colombia, 2008, p: 55-67.
24. Lapid MI, Rummans TA, Brown PD. *Improving the quality of life of geriatric cancer patients with a structured multidisciplinary intervention: a randomized controlled trial*. *Palliat Support Care*. 2007;5:107-14.

25. Meldrum M. *The ladder and the clock: cancer pain and public policy at the end of the twentieth century.* *J Pain Symptom Manage.* 2009;29(1):41-54.
26. Marinangeli F, Ciccozzi A, Leonardi M. *Use of strong opioids in advanced cancer pain: a randomized trial.* *J Pain Symptom Manage.* 2009;27(5):409-16.
27. *Assessment, evaluation, and management of suicidal patients.* PDQ® Cancer Information Summaries: Supportive Care. Depression (PDQ®). National Cancer Institute. 2007. Disponible en: <http://www.cancer.gov/cancertopics/pdq/supportivecare/depression/HealthProfessional/page5> [Consultado octubre 26 de 2012].
28. Adeline XY, Ryan ME, Giaccone G, Hughes MS, Pavletic SZ. *Acupuncture treatment for persistent hiccups in patients with cancer.* *The Journal of Alternative and Complementary Medicine.* 2010;16(7):811-16.
29. Chaparro-Gómez LE, Calvache-España JA, Arbeláez-León LM. *Coadyuvantes analgésicos en dolor por cáncer. Utilización de la herramienta de preguntas clínicas de PubMed.* *Cir Cir* 2010;78:189-94.
30. Salazar R. *Opioides en el adulto mayor.* Ed. Asociación colombiana para el estudio del dolor, ACED. Bogotá Colombia © 2009:37-45.
31. *Med Watch Safety Information.* US FDA, 13 January 2011. Disponible en: <http://www.fda.gov> [Consultado: noviembre 29 de 2012].
32. Wiffen PJ, McQuay HJ. *Oral morphine for cancer pain.* *Cochrane Database Syst Rev.* 2007;17(4):CD003868.
33. Cepeda MS, Camargo F, Zea C, Valencia L. *Tramadol for osteoarthritis.* *Cochrane Database Syst Rev.* 2006;(1):CD005117.
34. Wiffen Q. *Morfina oral para dolor por cáncer.* En: *La Biblioteca Cochrane Plus Oxford: Update Software Ltd., 2008.*
35. Calle Egusquiza A, Planas Domingo J, Farriols Danés C. *Dependencia al fentanilo transdérmico en el tratamiento del dolor crónico del paciente anciano: a propósito de un caso.* *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2011. doi:10.1016/j.regg.2011.01.006. Disponible en: <http://www.elsevier.es/.../dependencia-fentanilo-transdermico-tratamiento-dolor-cronico-paciente-90020850-cartas-cientificas-2011> [Consultado: enero 29 de 2012].
36. García del Pozo J, Carvajal A, Vitoria 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.
37. Nicholson AB. *Methadone for cancer pain.* *Cochrane Database Syst Rev.* 2004;(2):CD003971.
38. Saarto T, Wiffen PJ. *Antidepressants for neuropathic pain.* *Cochrane Database Syst Rev.* 2005;(3):CD005454.
39. Keskinbora K, Pekel AF, Aydinli I. *Gabapentin and an opioid combination versus opioid alone for the management of neuropathic cancer pain: a randomized open trial.* *J Pain Symptom Manage.* 2007;34:183-89.
40. Mercadante SL, Berchovich M, Casuccio A, Fulfaro F, Mangione SA. *Prospective randomized study of corticosteroids as adjuvant drugs to opioids in advanced cancer patients.* *Am J Hosp Palliat Care.* 2007;24(1):13-9.
41. Yuen KK, Shelley M, Sze WM, Wilt T, Mason MD. *Bisphosphonates for advanced prostate cancer.* *Cochrane Database Syst Rev.* 2006;(4):CD006250.
42. *Bisphosphonates for the relief of pain secondary to bone metastases (Review).* *The Cochrane collaboration.* 2009;13(6):701-10.
43. Romero J, Gálvez R, Ruiz S. *¿Se sostiene la escalera analgésica de la OMS? Editorial.* *Rev Soc Esp Dolor.* 2008;1:1-4.
44. Centro colaborador OMS. *Evaluación de la escalera analgésica de la OMS en su 20 aniversario.* *Cancer Pain Release.* 2006;19:2-4.
45. Villafaña JJ, Pérez Carranco ML, Gómez Cordero AC, Delgado Álvarez JL. *Crioterapia: tratamiento alternativo para el control del dolor.* *Dol Foro Nal Invest Clín Méd.* 2009;6(VIII):10-16.
46. Chow E, Harris K, Fan G, Tsao M, Sze WM. *Palliative radiotherapy trials for bone metastases: a systematic review.* *J Clin Oncol.* 2007;25(11):1423-36.
47. Sierra R, Muñoz E, Rubio A. *Anular o acortar los primeros peldaños de la escalera analgésica de la OMS.* *Rev Soc Esp Dolor.* 2008;15(1):0-0.

The pain and their handling in the palliative cares

SUMMARY

Objective: To offer information about the epidemiology, characteristic, types and handling of the pain in the palliative cares, highlighting the necessity in an opportune and effective treatment way to diminish or to avoid the suffering in the sick persons.

Development: The pain is the symptom that more anguish generates to the patient and the family. This situation determines the necessity to apply a different therapeutic focus, since the time acquires a crucial dimension in the terminal patient. Different scales of evaluation of the pain have been developed to evaluate, to re-evaluate and to compare the pain. Their fundamental application is the valuation from the answer to the treatment. The Analgesic Stairway of the World Organization of the Health, it is composed by three steps in those that the different medications and their employment form appear; nevertheless, it presents limitations. Some authors propose the variant of the Analgesic Elevator based on the concept of speed in the answer and the immediate analgesic selection, facilitated by a continuous evaluation of the pain by means of the scale of analogical evaluation which becomes their alarm button.

Conclusions: The patients under palliative cares need a differentiated handling of the pain and the use of technical of treatment different to those used in the chronic pain. It is more important how that which analgesic are used, and the treatment should be preventive. It is necessary to carry out an appropriate election of the analgesic one depending on the etiology, quantification and intensity of the pain, and the age of the sick person, considered those of capital importance when applying a correct treatment.

Key words: Pain/drug therapy; Pain/epidemiology; Pain/prevention & control; Pain/classification; Pain Measurement; Hospice Care.

Dirección para la correspondencia: Dra. Vivian Zas Tabares. Calle Mayor No.11, e/n Calzada de Güines y Fernanda. San Miguel del Padrón, La Habana, Cuba.
Correo electrónico: vivianzast@infomed.sld.cu