

DOLOR

Por Dra. Cecilia Jaschek

"Experiencia sensorial y emocional desagradable asociada a daño real o potencial de los tejidos o descriptos en términos de tales daños. El dolor es siempre subjetivo". I.A.S.P. (Asociación Internacional para el Estudio del Dolor) 1979.

Introducción

El alivio del dolor por cáncer es un problema de Salud Pública. El tratamiento eficaz, especialmente en los casos de enfermedad avanzada, es uno de los temas prioritarios del programa global de la OMS en materia de cáncer. Los conocimientos actuales permiten abordar el problema con una metodología que podría aplicarse en el ámbito mundial. El tratamiento analgésico, utilizado correctamente, permite aliviar el dolor en el 90 % de los enfermos.

Prevalencia

Según una serie de estudios, el dolor varía entre moderado e intenso en el 50 % de los enfermos y es extremado o insoportable en el 30 %.

La prevalencia del dolor aumenta a medida que progresa la enfermedad, llegando según los informes publicados al 80 % en cáncer avanzado.

Dolor Total

El concepto de "Dolor Total" fue introducido por Cicely Saunders, y se refiere al dolor como estímulo físico, emocional, espiritual y social. Físico: daño tisular, síndromes dolorosos, compresión nerviosa.

Emocional: depresión, angustia, enojo, miedo, ansiedad.

Espiritual: culpa, reproches, intranquilidad espiritual.

Social; pérdida de posición social, de ingresos económicos, del rol familiar.

El reconocimiento de la naturaleza compleja del dolor permite comprender por qué el abordaje terapéutico debe ser necesariamente multidisciplinario e interdisciplinario.

Clasificación del dolor:

Según duración:

- Agudo
- Crónico

Según mecanismo fisiopatológico:

- Nociceptivo: producido por estimulación excesiva de nociceptores periféricos somáticos o viscerales.

- somático: lesión directa de músculos, tendones, articulaciones, huesos. Tiene localización precisa.

- visceral: lesión directa de vísceras. Dolor difuso y mal localizado. Se acompaña de fenómenos autonómicos como náuseas, vómitos, palidez.

- No Nociceptivo:

- neuropático: producido por las lesiones directas periférica y/o central del sistema nervioso. Se caracteriza por presentar alodinia, disestesia, parestesias.

Según patrón de recurrencia:

- Intermitente
- Continuo
- Subintrante

Debe ser considerado el 5° signo vital : frecuencia respiratoria, frecuencia cardíaca, tensión arterial, temperatura, y DOLOR

Causas

Por la misma enfermedad

Por el tratamiento instaurado

Asociado a la enfermedad: espasmos musculares, constipación

Por patología concurrente: artrosis, etc

Factores que aumentan el umbral del dolor

Sueño

Reposo

Comprensión

Actividades recreativas

Reducción de la ansiedad

Buen ánimo

Factores que disminuyen el umbral del dolor

Insomnio

Cansancio

Ansiedad

Miedo

Tristeza

Rabia

Depresión
Aislamiento
Abandono social
Momentos difíciles: Noche
Fines de semana
Altas o ingresos
Soledad

Logro progresivo de control del dolor

- 1° alivio durante la noche
- 2° alivio durante el reposo diurno
- 3° alivio durante el movimiento

Medición del dolor

Escalas visual Análoga (EVA): de colores
Numérica
De caras

Tratamiento integral e integrado del dolor

Evaluación

Es de vital importancia una correcta evaluación del dolor. Reconocer los diferentes componentes del "dolor total" nos ayudará a control satisfactorio del síntoma.

- Evaluar la intensidad del dolor: interrogar si es leve, moderado o intenso, causas que lo atenuan y que lo agravan, horas de sueño, medicación previa, comparación con experiencias pasadas.
- Evaluar el estado emocional del paciente
- Realizar una historia clínica detallada
- Efectuar un examen clínico minucioso: determinar las causas que provocan el dolor, identificar síndromes dolorosos, origen nociceptivo o neuropático.
- Utilizar otros métodos de tratamiento del dolor: si bien la farmacología es de suma importancia, otras alternativas, como la radioterapia paliativa resulta de gran utilidad.
- Evaluar la intensidad del dolor luego de iniciado el tratamiento.

Estrategias terapéuticas

- "La potencia del analgésico lo determina el dolor y nunca la supervivencia del paciente"
- Escuchar al paciente
- No existe la ley del "todo o nada"
- Generalmente son necesarios los adyuvantes
- Los psicotropos no deben usarse de rutina
- NO todos los dolores son aliviados por analgésicos
- Deben administrarse a dosis fijas:
- * Evita la aparición del dolor

- * Evita la responsabilidad al paciente de pedirlo
- * Evita el miedo a la dependencia
- * Evita el retraso en el suministro durante la hospitalización

Uso simple

De ser posible usar la vía oral
Tratar el insomnio energicamente

El dolor provoca

Recuerdo de la enfermedad
Pérdida de confianza en el equipo tratante
Se necesitan dosis mayores una vez activado el mecanismo del dolor

Escalera Analgésica de la OMS

En 1984, en Ginebra, en reunión de la OMS, con participación de expertos en tratamiento del dolor por cáncer se elaboraron las normas sobre Tratamiento Completo del Dolor por Cáncer.

Escalera analgésica

- 1° escalón: AINES + COADYUVANTES Dolor leve a moderado
- 2° escalón: AINES+ OPIOIDE DEBIL+COADYUVANTES. Dolor moderado a fuerte
- 3° escalón: AINES+OPIOIDE FUERTE+COADYUVANTES. Dolor fuerte.

AINES:

La OMS recomienda el uso de Aspirina y Paracetamol.

- Aspirina: 250 - 1000 mg c/ 4 a 6 hs. Dosis máxima: 4 gr /día. Por encima de esa dosis sólo aumentan los efectos secundarios. Efectos secundarios: gastrointestinales, hemostasia y coagulación, hipersensibilidad.
- Paracetamol: 500-1000 mg c/ 4 a 6 hs. Dosis máxima: 2-6 gr /día.
- E.S: toxicidad hepática.

OPIOIDE DEBIL:

- Codeína, Dextropropoxifeno, Tramadol.
- Codeína: 30 - 130 mg c/ 4 a 6 hs.
- Dextropropoxifeno: 50-100 mg c/ 4 a 6 hs. Alcanza estado de equilibrio a los 2 o 3 días de administración.
- Tramadol: 50 mg cada 4 a 6 hs.

OPIOIDE FUERTE:

- Morfina: en solución acuosa de sulfato o clorhidrato.
- La dosificación es individual, pero generalmente se comienza con 5 mg c/4 hs. Comenzar con

Clorhidrato, para luego de estabilizada la dosis, pasarlo a Sulfato cada 8 a 12 horas.

Para aumentar la dosis, debe hacerse al 50 % de la dosis previa. Si hay dolor, deben usarse los rescates hasta encontrar la nueva dosis, que se trasladará a la dosis de base.

Efectos secundarios

Náuseas y vómitos: debe indicarse un antiemético durante los primeros 3 a 5 días de comenzar con un opioide. Puede utilizarse Metoclopramida de elección o Haloperidol (1-2 mg/día)

Embotamiento: advertirle al paciente y familia. Tolerancia: 3 a 5 días de recibir dosis constante.

Confusión: ídem anterior

Vértigos/Inestabilidad: ídem.

Estreñimiento: deben adoptarse de rutina medidas para el estreñimiento. No se genera tolerancia nunca.

Intolerancia a la morfina: vómitos persistentes, sedación persistente. Raros: cuadros psicóticos, prurito, broncoconstricción. Se debe cambiar por otro opioide fuerte.

Coadyuvantes

Compuestos de diferente estructura química que se utilizan para tratar el dolor con dos finalidades:

* Suprimir ciertos tipos de dolor: anticonvulsivantes, antidepresivos y corticoides.

* Mejorar otros síntomas que suelen aparecer en los enfermos por cáncer: neurolépticos, ansiolíticos y antidepresivos.

Anticonvulsivantes: Suprimen las descargas neuronales espontáneas

- Carbamazepina: dolor neurálgico (dolor lancinante, de lanzada o puñalada).

- Fenitoína: dolor neurálgico o dolor disestésico (quemazón superficial).

Neurolépticos: No aportan analgesia suplementaria cuando se combinan con un opiáceo. Sirve para la ansiedad, como antiemético y antipsicótico.

- Haloperidol: para la agitación psicomotriz,

estados confusionales y psicosis aguda.

- Clorpromazina: ansiolítico y antiemético.

Ansiolíticos: no aporta analgesia suplementaria.

- Diazepam: útil en los dolores causados por espasmos musculares.

Antidepresivos: Como adyuvante del dolor, se utilizan a dosis inferiores a las usadas para la depresión. Utilizado en dolor disestésico de desorientación.

- Amitriptilina: Se administran en una sola toma antes de acostarse. Dosis: entre 10 y 25 mg.

Corticoides: Usado como adyuvante para mejorar el estado de ánimo y el apetito. En dolor, resulta útil por su efecto antiinflamatorio, en la compresión nerviosa o medular, cefalea de la hipertensión endocraneal, y dolores óseos.

- Dexametasona y Prednisona: 1mg/ 7 mg. Dosis individualizadas: entre 1-4 mg de dexametasona o 10-40 de prednisona.

TRATAMIENTO NO FARMACOLOGICO

Radioterapia

Quimioterapia

Anestesiología:

* Bloqueos Nerviosos

* Neuroestimulación

* Oxido Nitroso

Terapia psicológica

Técnicas de relajación e imaginación

Musicoterapia

Hipnoterapia

Fisioterapia

Estimulación cutánea:

* Crioterapia

* Termoterapia

Masajes

Ejercicios

Inmovilización

Acupuntura

Tens

Cirugía

Neuroablación

* Neurectomía periférica

* Rizotomía.

Bibliografía:

- *Alivio del dolor y cuidados paliativos en pacientes con cáncer*, Dr. Ricardo Plancarte Sanchez, Dr. Mayer Rivera y Mc. Grawhill, Interamericana, 2003.

- *Therapeutics in Terminal cancer*. New York: Churchill Livingstone, Twycross R, Lack SA 1990.

- Sociedad Española de Dolor.

- *Uso de morfina*. Gomez Sancho M, Reig E. Madrid, 1997. Ortiz y col.

- Sociedad Española de Cuidados Paliativos. (SECPAL)

- *Uso apropiado de opioides y neurotoxicidad*. Centeno C, Bruera E. Med Pal, 1999.

- Organización Mundial de la Salud (OMS). *Alivio del Dolor en el Cáncer*. Ginebra, 1987