

# TRATAMIENTO DEL DOLOR

## INTRODUCCION

La mayoría de las personas con cáncer padecen dolor en alguna de sus etapas. Actualmente se aconseja que independientemente de los tratamientos oncológicos realizados o a realizarse, se logre un adecuado control del dolor.

En esta sección enfocaremos el tratamiento farmacológico del dolor.

## DEFINICION

(IASP) "El dolor es una experiencia sensorial y emocional displacentera que puede estar relacionada con daño real o potencial de tejidos".

"El dolor es la conciencia de la existencia de una falencia del cuerpo".

## EPIDEMIOLOGÍA DEL DOLOR

Su incidencia es cercana al 90% durante la vida de una persona con cáncer. Algunas variedades de neoplasias evolucionan más frecuentemente con dolor que otras.

**Cuadro Nº 1: Incidencia del dolor de acuerdo con el primer sitio del cáncer**

% de pacientes con dolor	sitio
>80	Óseo, páncreas, esófago.
72-80	Pulmón, estómago, hepatobiliar, próstata, mama, cérvix, ovario.
61-70	Orofaringe, colon, cerebro, riñón, vejiga.
51-60	Linfoma, leucemia, tejidos blandos.

El dolor puede ser:

- *Agudo*: inicio no mayor de tres semanas, se acompaña de ansiedad, taquicardia, sudoración, palidez, taquipnea, midriasis, acorde a la intensidad que este adquiera.
- *Crónico*: duración mayor de tres semanas, con cambios en el comportamiento, insomnio, depresión, apatía, irritabilidad o labilidad emocional.

También el dolor puede ser de acuerdo con las estructuras anatómicas involucradas y su fisiopatología:

- *Somático*: originados en estructuras somáticas que poseen receptores sensitivos, que llamamos nociceptores, por ende bien localizados, definidos, involucrando la zona afectada. Ejemplo dolor óseo.
- *Visceral*: involucra estructuras viscerales, toracoabdominales, mal localizado, de definición vaga, siempre referido (duele donde no está la lesión). Ejemplo: omalgia, en tumor de base pulmonar.
- *Neuropática* la lesión involucra al tejido nervioso periférico o central (irradiado) sigue el trayecto de un nervio o raíz nerviosa, manifestado por una sensación anormal que llamamos disestesia (electricidad, hormigueo, cuchillada, adormecimiento, anestesia dolorosa, etc.) bien localizado.

A su vez, también podemos distinguir por su patrón temporoespacial:

- *Neuralgias*: dolores bruscos, intensos, que duran poco tiempo, y describen un trayecto nervioso, cuya modalidad puede ser punzante, fulgurante, lancinante, etc. Ejemplo paradigmáticos, la ciatalgia.

- *Neuritis*: dolor insidioso referido como molestia permanente, constante disestésico con manifestación de afección simpática o motora. Ejemplo paradigmático en el caso de tumor de vértice pulmonar que produce anestesia de los dedos meñique y anular con hipotrofia hipotenar y lumbricales por compresión del tronco secundario posteroinferior el plexo cervical.

- *Causalgia*: es un combinación de dolor brusco con molestia permanente que es desencadenado por un estímulo mínimo y que tiene un expresión dolorosa intensa, que generalmente compromete estructuras del sistema nervioso simpático. Ejemplo: olaralgia de Chaufart en cáncer de páncreas que involucra el plexo solar, con dolor en barra en abdomen superior.

- El origen del dolor puede estar dado por:

- *Tumor*, en el 70 % de los casos, como ocurren con las metástasis óseas, la compresión de estructuras neurales o de vísceras huecas.

- *Tratamiento oncológico* (20%) como ocurre en la toxicidad por algunos quimioterápicos, o post-actínicos o por deaferentación quirúrgica.

- *No relacionados con el tratamiento ni la enfermedad oncológica* (10%) por otras enfermedades concurrentes, como artrosis, artritis, diabetes, etc.

#### EVALUACIÓN DEL DOLOR

Es muy importante para un adecuado tratamiento, la descripción del paciente acerca del síntoma, que orientará hacia la causa o etiología del dolor. Semiológicamente conviene observar:

1. Localización.
2. Característica.
3. Intensidad.
4. Tiempo de evolución.
5. Factores que lo agravan y alivian.
6. Análisis complementarios como Rx o hemáticos en caso de considerarse necesarios.

En la evaluación del dolor resulta útil para objetivar la eficacia del tratamiento algún método descriptivo del propio paciente, como puede ser:

- Escala visual analógica: "Marque sobre la línea cuanto dolor tiene":  
Sin dolor—————intolerable.
- Escala verbal: en palabras "mucho, intolerable, poco, muy poco, moderado, ninguno".
- Escala numérica del 0 (cero = nada de dolor) al 10 (intolerable).
- Otras escalas como la frutal, caras o cromáticas.

#### Tratamiento

El comité de expertos de la OMS para estudio y tratamiento del dolor en cáncer, propuso el modelo de la escalera analgésica. Este se basa en el incremento de potencia analgésica gradual, cuyo primer peldaño son los analgésicos no esteroideos y esteroideos, y el último peldaño son los opioides fuertes (ver cuadro al pie).

Para interpretar correctamente el uso de la escalera analgésica conviene tener presente que:

1. Según la intensidad del dolor se comenzará por el peldaño que convenga; en caso que no recibiera anteriormente tratamiento, el primer peldaño corresponde a los AINE. Dar las dosis máximas que se conocen para cada una de estas drogas, pero sólo una de ellas. Se recomienda proteger con protectores de la mucosa gástrica siempre.

2. Si el dolor no alivia, agregar un opioide débil, que en nuestro país contamos con el dextropropoxifeno (cada 12-8-4 hs.) o la codeína (60 mg cada 4 hs.) o tramadol (50 a 100 mg cada 12-8-4 hs.) o Hidrocodona desde 5 mg/ cada 4 hs hasta 10 mg cada 4 hs. No olvidar de incluir el AINE, y agregar además laxantes.

3. Si el dolor no alivia, sustituir los opioides débiles por opioides fuertes y continuar con los AINE. Disponemos de morfina (dosis 2,5 mg cada 4 hs., incremento no menores del 30% dosis día hasta dosis que alivie dolor, sin límite), metadona (cada 8 hs. equivalencia a morfina 10 veces más potente); oxycodona (cada 4 hs. equivalencia a morfina 1/3 , más potente). Hidromorfona cada 4 hs. Equivalencia a la morfina 10 veces más potente. Fentanilo parches cada 76 hs. Equivalencia a morfina 80-100 veces más potente. Se debe agregar laxantes y durante la primera y segunda semana conviene indicar antieméticos.

La medicación analgésica conviene administrarla por vía oral.

Se debe titular el efecto analgésico y apropiar la dosis para la frecuencia conveniente a cada fármaco.

Conviene ser claros en la explicación y consignar en una hoja el esquema indicado, con los horarios y el efecto o propósito de cada fármaco.

Se aconseja administrar la siguiente dosis antes que termine el efecto de la dosis anterior.

Conviene aclarar lo mitos de la morfina y drogas afines a saber:

- La morfina no produce adicción cuando una persona la recibe para aliviar el dolor, la disnea, la diarrea y la tos.

- La morfina no produce depresión respiratoria cuando hay dolor.

- La morfina se indica porque el dolor que la persona tienes es intenso y no porque esté pronta a morir.

- La morfina no tiene límite de dosis para calmar el dolor.

- El fenómeno de tolerancia en dolor por cáncer se debe a que existe mayor número de estímulos dolorosos, generalmente por progresión de la enfermedad oncológica.

- La morfina es muy versátil en cuanto que se puede administrar por vía oral, subcutánea y endovenosa. Otras vías alternativa son la vía rectal e inhalatoria.

No todos lo dolores se alivian con morfina. Los dolores neuropáticos suelen aliviarse mayormente con otro fármacos, o medidas que por si no tienen efecto analgésico y que se suelen denominar coanalgésicos (ver cuadro).

- Los esteroides se usan para desinflamar, sobre todo cuando hay compromiso neural, por ejemplo la compresión medular.

- Capsular, por ejemplo hepática o renal

- Infiltración tumoral de víscera hueca, ejemplo intestino, vejiga

- Infiltración tumoral de serosas, por ejemplo peritoneal o pleural

- Infiltración tumoral de meninges

- Infiltración tumoral de tejido subcutáneo y muscular

- Efecto tóxico por quimioterápicos

- Efecto tóxico infecciosos .

Los relajantes musculares, cuando existe contractura antálgica.

Los anticonvulsivantes y antidepressivos se indican para el dolor neuropático.

La radioterapia e isótopos (sammario o estroncio) cuando hay compromiso óseo.