

DOLOR EN EL ANCIANO

Dolor en el Paciente Terminal



Juan Carlos Morales Ruiz

DOLOR EN EL ANCIANO

Dolor en el Paciente Terminal



Título original: Dolor en el anciano: Dolor Oncológico – Dolor en el Paciente Terminal

© 2011 Juan Carlos Morales Ruiz

© 2011 Fundación Santa Sofía para la Atención del Anciano

© 2011 Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales

Diseño y Diagramación: Andrea Kratzer M.

Primera Edición

Mayo 2011

Bogotá, Colombia

ISBN: 978-958-99678-3-6

Las ideas expresadas por el autor son de su exclusiva responsabilidad y en ningún caso corresponden o comprometen a las entidades mencionadas en el texto.

Queda prohibida la reproducción total o parcial de este libro, por cualquier medio o procedimiento, conforme a lo dispuesto en la Ley.

Impreso y hecho en Colombia

Printed and made in Colombia

DOLOR EN EL ANCIANO

Dolor en el Paciente Terminal

Juan Carlos Morales Ruiz

Médico Especialista en Gerontología Social

Investigador Grupo Envejecimiento y Vejez

Facultad de Medicina U.D.C.A

INDICE

	Pág.
ASPECTOS GENERALES	1
EL DOLOR DESDE UN ENFOQUE BIOPSICOSOCIAL	4
Referentes básicos	4
El enfoque biopsicosocial del dolor	6
Referencias	9
CLASIFICACIÓN Y MECANISMOS ETIOLÓGICOS	
Referencias	17
ASPECTOS PSICOLÓGICOS	18
Impacto psicológico del dolor	21
El dolor como factor generador de estrés	25
Factores psicológicos implicados	27
Dolor de origen psicógeno	29
Referencias	32
EVALUACIÓN DEL DOLOR	33
Valoración del paciente con dolor	34
Escalas de Evaluación	36
Referencias	46

DOLOR ONCOLÓGICO	48
Fisiopatología	49
Manejo del dolor oncológico	52
Tratamiento Farmacológico	57
Referencias	63
DOLOR EN EL PACIENTE TERMINAL	64
Fisiopatología del dolor en el paciente terminal	65
Evaluación integral del paciente terminal	66
Cuidado paliativo en el paciente terminal	73
Referencias	83
APÉNDICE	
EL TRATAMIENTO DEL DOLOR COMO UN DERECHO FUNDAMENTAL	84
Consecuencias del tratamiento inadecuado del dolor	86
El punto de vista médico	89
Perspectivas ética y legal del manejo del dolor	90
El manejo del dolor como un derecho fundamental	93
Garantías Constitucionales	94
Regímenes estatutarios	95

ASPECTOS GENERALES

El dolor es el motivo de consulta más frecuente en la práctica médica, siendo considerado en la actualidad como un problema sanitario de magnitud epidémica, que afecta la calidad de vida y representa grandes pérdidas económicas derivadas del costo de la atención médica y de la disminución de la productividad laboral como resultado de la alteración funcional subsecuente.

Estudios recientes, llevados a cabo con el objetivo de alcanzar una mejor comprensión de los mecanismos que subyacen a la experiencia nociceptiva, han revelado la necesidad de establecer un nuevo enfoque diagnóstico y terapéutico basado en la implementación de esquemas de valoración integral, intervención temprana y prevención de los factores de riesgo biológico, psicológico y social que determinan la aparición del dolor.

Algunos avances recientes en el abordaje del paciente con dolor se incluyen la transición del modelo clínico al biopsicosocial y del tratamiento sintomático a la terapia fundamentada en los mecanismos específicos del dolor, la inclusión de instrumentos de valoración del impacto

psicológico y social del mismo, el desarrollo de nuevos fármacos que ejercen su efecto en el nivel molecular, el uso de técnicas activas de control del dolor (analgesia profiláctica, analgesia multimodal) y la consideración del apoyo psicológico y social como elementos claves para alcanzar la rehabilitación funcional completa y la reincorporación a la vida familiar, social y laboral.

La comprensión del dolor desde un modelo que tome en cuenta los aspectos biológicos, psicológicos, sociales y culturales del paciente anciano, mejora el enfoque del tratamiento al centrar la mirada del profesional de la salud en la condición y las necesidades reales del individuo.

En la mayoría de los casos de dolor crónico y/o persistente, la identificación de los factores biológicos que dan origen al cuadro y la prescripción de tratamientos orientados al manejo de la esfera somática, no son suficientes para garantizar el alivio de la sintomatología: pacientes con un mismo diagnóstico médico y una condición clínica equivalente responden en forma muy diferente ante el mismo tratamiento.

Tal variabilidad en la respuesta clínica es explicable si se considera que el dolor es una experiencia personal compleja, influenciada por la atención, la presencia de alteraciones psiquiátricas asociadas, la historia previa, la influencia cultural, las creencias, la comprensión de la situación por parte del individuo y otras variables de orden psicosocial.

Una de las principales limitaciones para establecer los efectos cognitivos, psicológicos, emocionales, familiares, sociales y laborales del dolor es la dificultad para objetivizar la información obtenida en la entrevista con el paciente.

En la actualidad se dispone de escalas numéricas que sirven como base para identificar y clasificar a los pacientes crónicos, reportes de severidad y sufrimiento, percepción de la influencia del dolor en la vida del paciente (trabajo, familia, recreación, actividades sociales), insatisfacción del paciente o su familia con el nivel funcional actual, apreciación del soporte social y/o familiar recibido, percepción de la capacidad de autocontrol, estrés afectivo (incluyendo depresión, irritabilidad y ansiedad), y nivel de actividad.

EL DOLOR DESDE UN ENFOQUE BIOPSIICOSOCIAL

Referentes básicos

El modelo biopsicosocial se deriva de la teoría de "acercar al ser humano y la enfermedad con base en sistemas integrados": el sistema biológico, relacionado con el sustrato estructural y funcional de las patologías y los efectos sobre el funcionamiento biológico del individuo; el sistema psicológico, asociado con los efectos de los factores psicodinámicos (personalidad, motivación, afectividad, cognición) sobre la experiencia individual de la enfermedad y la reacción frente a ella; y el sistema social, fundamentado en las influencias culturales, ambientales, familiares y sociales en la expresión y la evolución de la enfermedad (Engel).

Así las cosas, la atención médica no puede limitarse a la valoración de la dimensión biológica del individuo, sino que tiene que ir más allá, a la caracterización del mismo en los aspectos cognitivos, psicológicos, afectivos, sociales y culturales y a la contextualización de los hechos motivo de consulta en los ámbitos familiar, social, económico, político y ambiental, generando un marco ecosistémico para el

diagnóstico de las enfermedades y para el abordaje integral de los pacientes que las padecen.

A partir de las consideraciones anteriores, el enfoque biopsicosocial de la salud no considera la existencia de individuos aislados sino en referencia a otros, en relación con otros, definiendo la unidad de intervención como el individuo en su contexto: las relaciones, las conexiones y los enlaces existentes entre todos y cada uno de los actores del proceso salud – enfermedad.

En otras palabras, independiente del motivo que lleva al paciente a consultar, el abordaje en la práctica debe partir de una “actitud de escucha con un criterio de simultaneidad”, de tal forma que sea posible integrar la realidad del individuo y su contexto con los elementos biológicos, psicológicos y sociales, como un todo indivisible. Siguiendo a Turabián, se trata de “escuchar la información de tipo psicológico (y social) en la queja del paciente (incluidos los aspectos simbólicos del relato, por ejemplo, los que puedan estar relacionados con la utilización metafórica del síntoma), a la vez que se trabaja con la elaboración de los aspectos orgánicos.”

Desde ese punto de vista, el modelo biopsicosocial concibe a la mente y al cuerpo como dos sistemas independientes pero en conexión permanente, razón por la cual requieren ser abordados en forma conjunta.

A la par que se indaga por las manifestaciones clínicas de la enfermedad, es necesario interrogarse acerca del estado psicológico, la personalidad, los mecanismos de afrontamiento de crisis, los sentimientos, las creencias, las expectativas y necesidades, las relaciones familiares, las redes de apoyo y el contexto en que se desenvuelve la cotidianidad del paciente.

El enfoque biopsicosocial del dolor

De acuerdo con el enfoque biopsicosocial del dolor, propuesto por Gallagher (1999) y validado por el Grupo Interdisciplinario de Expertos (2008), el riesgo de experimentar dolor y la probabilidad de tener éxito en el abordaje del mismo, están relacionados con los siguientes elementos:

1. Factores predisponentes: susceptibilidad genética, trastornos del desarrollo, actitud personal de mala

adaptación, habilidades cognitivas deficientes, limitación en los mecanismos psicológicos de defensa y déficit en las redes de soporte disponibles.

2. Factores precipitantes: estrés físico o psicológico, presencia de alteración psicológica previa y o de condiciones ambientales o sociales adversas.
3. Patrón de enfermedad: trastornos en los biosistemas periféricos, en el procesamiento de información, en el control motor, en el lenguaje y/o en la competencia social.
4. Factores de perpetuación: disminución de la respuesta inmune, condicionamiento mental frente a la evolución de la enfermedad y/o frente al tratamiento.

No obstante la fuerza de los argumentos planteados por aquellos que apoyan la necesidad de implementar un modelo biopsicosocial para la atención del paciente con dolor, existen algunos obstáculos para su implementación en la práctica profesional: ausencia de espacios para el entrenamiento de los futuros médicos durante el proceso de formación universitaria, falta de coherencia entre los

programas de educación médica y las condiciones de prestación de los servicios de salud y excesivo interés comercial por parte de los prestadores de servicios de salud, entre otros.

Referencias

1. Holdcroft A, Power I. Management of pain. Clinical Review. BMJ 2003; 326: 635 – 39.
2. Loeser J, Melzack R. Pain: an overview Lancet. 1999; 353:1607 – 1609.
3. Ashburn M, Staats P. Management of chronic pain. Lancet. 1999; 353: 1865 – 69.
4. Carr D, Goudas L. Acute pain. Lancet 2001; 357: Suppl 1.
5. Ducharme J. Acute pain and pain control : state of art. Annals of Emergency Medicine. 2000; 35 (6).
6. Besson JM. The neurobiology of pain. Lancet 1999; 353: 1610 - 1615.
7. Woolf C, Mannion R. Neuropathic Pain: aetiology, symptoms, mechanisms and management. Lancet 1999; 353: 1959 – 1964.
8. Turk D, Okifuji A. Assessment of patients reporting of pain: an integrated perspective. Lancet 2001; 357: Suppl 1.
9. Gallagher R. Treatment planning in pain medicine. Integrating medical, physical and behavioral therapies. Hahneman School of medicine. Philadelphia. 2000.
10. Hadjistavropoulos T, ; Herr K, Turk D, Fine D; Dworkin R; Helme R, Jackson K; Pharm D; Parmelee P et al. 2007. An interdisciplinary expert consensus statement on

assessment of pain in older persons. Clin J Pain. 23 (1): S1-S43.

11. Turabián JL, Pérez – Franco B. Grandes misterios: ¿Puedes ver el monstruo del lago Ness? El modelo biopsicosocial y las actividades comunitarias. Aten Primaria. 2007; 39 (5): 261 – 4.

CLASIFICACIÓN Y MECANISMOS ETIOLÓGICOS

En términos de duración, el dolor puede clasificarse en agudo y crónico.

El primero, generalmente asociado con un evento traumático, surge como respuesta del organismo frente a una injuria tisular y desaparece una vez resuelto el daño ocasionado por dicha agresión en un plazo inferior a cuatro semanas.

El segundo, más frecuente en ancianos, está relacionado con la progresión de una enfermedad crónica no neoplásica o con el crecimiento primario de un tumor maligno, de las metástasis generadas por este y/o de los efectos adversos de la quimioterapia y la radioterapia, caracterizándose por la persistencia en el tiempo a pesar de haberse cumplido el proceso de resolución del cuadro de base.

La percepción del dolor surge como resultado de la interacción de diversos factores de naturaleza orgánica, psicológica y social. El componente orgánico suele ser la base de los diversos fenómenos que configuran la experiencia dolorosa, estando relacionado, en la mayor

parte de los casos, con una cascada de eventos que se desencadenan como consecuencia de la activación de los receptores periféricos en reacción a un estímulo físico, químico o mecánico que ocasiona daño tisular.

La agresión inicial induce la producción local de sustancias promotoras de la inflamación (bradiquinina, histamina, prostaglandina E₂ y monofosfato cíclico de adenosina) que actúan sobre los canales de sodio presentes en las fibras nerviosas aferentes, dando lugar a la liberación de glutamato en el ganglio de la raíz dorsal y a la activación subsecuente del AMPA y del NMDA, agentes que activan la vía espinotalámica central, permitiendo la transmisión del estímulo inicial al SNC y el reclutamiento de nuevas fibras nerviosas que potencian la respuesta efectora frente al dolor.

La cronicidad se relaciona con alteraciones estructurales o funcionales que surgen después de la lesión inicial y persisten una vez concluida la reparación de los tejidos.

Entre los fenómenos involucrados en la génesis del dolor crónico se incluyen la sensibilización neuronal (disminución del umbral de descarga asociada con estímulos de gran

intensidad o prolongados en el tiempo), la activación de nociceptores silenciosos (orientada a potenciar la respuesta del sistema nervioso frente al estímulo agresor) y la aparición de brotes axonales (que pueden convertirse en colaterales funcionales que incrementan el área de integración del dolor), aumentando, en los tres casos, la capacidad de percepción de estímulos dolorosos y/o la prolongación temporal de la experiencia nociceptiva.

En algunos pacientes se presenta un tipo especial de dolor crónico, conocido como neuropático y caracterizado por una sensación de descarga eléctrica o quemadura que puede aparecer en relación con la lesión inicial o un tiempo después de la resolución del cuadro, como consecuencia de la descarga persistente de los nociceptores periféricos, la prolongación temporal de las aferencias en el sistema nervioso central y/o la incorporación de grupos neuronales vecinos al área de integración del dolor en la corteza cerebral.

La expresión clínica del dolor neuropático da lugar a la clasificación del cuadro en **hiperalgesia** (aumento en la intensidad de la percepción de estímulos que habitualmente producen dolor) y **alodinia** (percepción nociceptiva

relacionada con estímulos periféricos térmicos, mecánicos y/o táctiles que no generan dolor).

El componente emocional también desempeña un papel fundamental en la fisiopatología del cuadro ya que representa un elemento de gran relevancia en la subjetividad de la experiencia dolorosa. Algunos de los factores psicoemocionales que determinan la individualidad del cuadro incluyen la visión personal de la enfermedad, el estado de ánimo, el tipo de personalidad y los mecanismos psicológicos de adaptación.

La manifestación interna del componente psicoemocional del dolor es el sufrimiento, una respuesta emocional negativa caracterizada por incomodidad y ansiedad, asociada con eventos que afectan la integridad de la persona y que pueden constituirse en un factor de riesgo de limitación funcional y compromiso de la calidad de vida del paciente.

Las conductas de dolor son expresiones externas que permiten comunicar las sensaciones experimentadas por el paciente. Inicialmente, surgen como resultado de una experiencia negativa anterior o de una actitud reflexiva ante

la propia salud e incluyen acciones de tipo verbal y/o motor que en la mayor parte de los casos son breves y automáticas.

En algunos pacientes, dichas conductas perduran en el tiempo como mecanismos psicosociales para la obtención de beneficios derivados de la condición patológica.

El papel de los condicionantes sociales en la fisiopatología del dolor ha sido descrito ampliamente en los modelos biopsicosociales que explican la nocicepción. Los referentes culturales y religiosos, las actitudes y creencias personales, las experiencias previas, el nivel educativo, el estatus económico, la disponibilidad de servicios de salud y la calidad de las redes de apoyo familiar y social son considerados hoy en día como factores de primer orden en la génesis y el mantenimiento del dolor.

En cuanto al origen del dolor, es posible definir tres categorías básicas de dolor:

- **Nociceptivo:** Tiene su origen en la activación de transductores especializados en la detección de daño tisular y están asociados con fibras neurales de tipo C y

A delta. Dichos transductores pueden ser activados por diferentes estímulos, incluyendo cambios inflamatorios y alteraciones de la transmisión neural en los tejidos circundantes (infiltración neoplásica, isquemia, distensión de músculo liso visceral).

- **Neuropático:** Se relaciona con anomalías funcionales del sistema nervioso, usualmente asociadas con trauma o enfermedad, siendo generado por de la activación de los nociceptores tisulares primarios, como consecuencia de la exposición a un estímulo mecánico, físico o químico que supera el umbral eléctrico de la membrana neuronal.
- **Síndromes Álgicos Regionales Persistentes:** Corresponden a cuadros dolorosos que no pueden ser clasificados en las dos categorías anteriores y en los cuales no es posible demostrar la presencia de una enfermedad orgánica de base. Los más frecuentes son los síndromes disautonómicos (Tipo 1 y 2), el dolor de origen psicogénico y el dolor idiopático.

Referencias

1. Holdcroft A, Power I. Management of pain. *Clinical Review. BMJ* 2003; 326: 635 – 39.
2. Loeser J, Melzack R. Pain: an overview *Lancet*. 1999; 353:1607 – 1609.
3. Ashburn M, Staats P. Management of chronic pain. *Lancet*. 1999; 353: 1865 – 69.
4. Carr D, Goudas L. Acute pain. *Lancet* 2001; 357: Suppl 1.
5. Ducharme J. Acute pain and pain control : state of art. *Annals of Emergency Medicine*. 2000; 35 (6).
6. Besson JM. The neurobiology of pain. *Lancet* 1999; 353: 1610 - 1615.
7. Woolf C, Mannion R. Neuropathic Pain: aetiology, symptoms, mechanisms and management. *Lancet* 1999; 353: 1959 – 1964.
8. Whitecar P, Jonas P, Clasen M. Managing pain in the dying patient. *Am Fam Physician* 2000; 61: 755 – 64.
9. Tremblay A, Breitbart W. Psychiatric dimensions of palliative care. *Neurologic Clinics*. 2001: 19 (4): 1 – 19.
10. Miller K, Miller M, Jolley M. Challenges in pain management at the end of life. *Am Fam Physician*. 2001; 64: 1227 – 34.

ASPECTOS PSICOLÓGICOS

Virginia Palacios Expósito¹

Tradicionalmente, el componente psicológico ha sido considerado como un factor de segundo orden en el abordaje del paciente con dolor. Sin embargo, en los últimos años, la tendencia de la comunidad científica respecto a la comprensión del dolor, gira en torno a un modelo fundamentado en la interacción dinámica entre los aspectos biológico, psicológico y social del mismo.¹

Esta perspectiva, ha llevado al replanteamiento del enfoque puramente clínico de la experiencia dolorosa, hacia otro de carácter multidimensional, que incorpora los aspectos psicosociales como variables de gran importancia en la representación de la experiencia individual del dolor.¹

Desde ese punto de vista, el dolor no puede ser concebido únicamente como una sensación que se deriva de los fenómenos biológicos asociados con una agresión tisular,

¹ Psicóloga Universidad del País Vasco. Neuropsicóloga Universidad Complutense. Docente Facultad de Psicología Universidad Católica de Colombia.

sino que tiene que ser considerado como un proceso que integra elementos físicos, mentales, funcionales y sociales, para ser calificado como tal.²

Por otra parte, desde una perspectiva evolucionista, el dolor es un indicador de amenaza contra la integridad del ser humano, hecho que puede ser analizado desde las dimensiones sensorial y emocional.³

La primera, considerada como un elemento clave para la adaptación y la supervivencia de la especie, y la segunda, como la variación individual de la percepción y de la respuesta subsecuente ante una injuria tisular.³

En resumen, alcanzar la comprensión adecuada del fenómeno doloroso, requiere conjugar la triple condición (biológica, psicológica y social) del ser humano con el carácter individual del proceso nociceptivo.³

La condición subjetiva del dolor se ha puesto de presente en diversos estudios, en los cuales se ha intentado establecer una relación directa entre la existencia de una patología orgánica y la aparición de la manifestación clínica del mismo.⁴

Varios grupos de investigadores, han demostrado que no en todos los casos existe una relación causa efecto entre el grado de lesión tisular y la severidad de los síntomas: individuos con algún tipo de alteración orgánica permanecen asintomáticos, mientras que otros, sin evidencia de daño tisular, reportan diversos grados de dolor.⁴

En esa misma vía, estudios realizados con el fin de establecer el comportamiento del dolor en pacientes a quienes se les ha practicado una intervención quirúrgica estandarizada para una patología determinada, arrojaron como resultado diferencias significativas en la evolución postoperatoria: en algunos casos, el dolor desapareció en las horas siguientes al procedimiento, en contraste, algunos pacientes reportaron una mayor intensidad del mismo, con respecto al período anterior a la cirugía.⁴

La apreciación personal del síntoma, el estado de ánimo frente a la entidad de base, las características biológicas y psicológicas individuales, las estrategias de solución y los mecanismos de adaptación, resultaron ser determinantes en la evolución de los pacientes incluidos en los estudios referidos.⁴

Impacto psicológico del dolor

En la concepción moderna, se considera al dolor como un fenómeno perceptual complejo, de naturaleza multidimensional, que se encuentra modulado por factores fisiológicos, cognitivos, emocionales y sociales.¹

Históricamente, la génesis del dolor se encuentra sustentada en los fenómenos de sensación y percepción, sin embargo, en la actualidad existe una tendencia a la integración de las dos funciones en una sola, que tendría lugar en dos fases: una sensorial, de carácter fisiológico, y una perceptiva, netamente psicológica.¹

En ese orden de ideas, lo percibido nunca puede llegar a ser completamente objetivo, ya que cualquier información recibida, se encuentra matizada por factores individuales que hacen de la percepción un fenómeno relativo. La interpretación y el significado de la sensación de dolor, se desarrollan a partir de asociaciones, positivas, negativas y contextuales, con las experiencias vividas por el individuo.¹ Así las cosas y teniendo en cuenta que el significado específico del dolor se va modulando a través de la historia evolutiva de la persona, las experiencias anteriores se

convierten en condicionantes específicos que determinan las características particulares de la experiencia dolorosa actual.¹

Una vez que el dolor es percibido por el individuo, el impacto del fenómeno se extiende simultáneamente en dos direcciones que se superponen entre sí: una que corresponde a la expresión externa del dolor (conductas de dolor) y la otra a la experiencia subjetiva del mismo (sufrimiento emocional).^{1,4}

Las conductas de dolor son expresiones manifiestas del paciente que permiten comunicar sus sentimientos a otros. Inicialmente pueden aparecer como resultado de una experiencia previa o de una actitud reflexiva ante la propia salud, incluyendo acciones de tipo verbal y/o motor, que en la mayor parte de los casos son breves y automáticas, sin embargo, en algunos pacientes se mantienen en forma sostenida como un mecanismo para la obtención de beneficios derivados de su condición patológica (ganancia secundaria).⁴

Por su parte, el sufrimiento emocional, puede ser definido como un estado de dolor y angustia severa, asociado con eventos que amenazan la integridad de la persona. Todo

paciente con dolor se encuentra en riesgo de experimentar sufrimiento ya que el efecto sobre la capacidad funcional pone en riesgo la integridad física, psicológica y social del individuo.⁴

Las consecuencias esperadas del mismo pueden ir más allá del fenómeno perceptivo propiamente dicho, aún mucho tiempo después de la desaparición del estímulo desencadenante.⁴

Para Casell, el sufrimiento es un estado multidimensional asociado con la percepción del dolor, que se encuentra relacionado con daño potencial a la integridad del Yo (constructo psicológico que representa una sensación subjetiva de identidad), en otras palabras, aquello que cada uno de nosotros considera propio de sí o experimenta como suyo, y que, por lo tanto, determina la individualidad en la percepción y en la respuesta ante una injuria tisular.³

Como entidad psicológica, el Yo tiene una estructura compleja que requiere ser analizada desde varias perspectivas para alcanzar una mejor comprensión:

- Yo Neurológico: también denominado neuromatriz corporal (Melzack, 1999), relacionado con la representación del cuerpo en la corteza cerebral. Estudios neurológicos llevados a cabo en pacientes con sensación de miembro fantasma y en personas que nacen con defectos estructurales y/o ausencia de una o varias extremidades, han permitido establecer la existencia de una representación interna del esquema corporal en la corteza cerebral de dichos individuos.³
- Yo Conductual: Puede ser considerado como un “agente psicológico”, orientado hacia objetivos específicos, que interactúa con el medio ambiente y con los otros individuos, con el objetivo de suplir sus necesidades.

El Yo conductual se esfuerza por definir su relación con los demás, mediante acciones orientadas a la competición o a la cooperación, lo cual determina el acceso a los recursos disponibles para alcanzar sus metas, garantizando una identidad social y una creencia personal en la autogestión, aspectos que juegan un papel determinante en la adaptación a las enfermedades que generan dolor.³

- Yo Cognitivo: Este componente emerge como producto de los procesos cognitivos básicos, dando lugar al despertar del pasado y a la proyección futura del individuo, imponiendo una narrativa coherente de los eventos históricos y de las perspectivas de la persona.³

El dolor y el sufrimiento acarrear diferentes grados de alteración en las esferas mencionadas, generando una disrupción variable del balance psicológico interno, la cual está relacionada con la condición personal y el contexto social y cultural, hechos que refuerzan la calidad individual de la experiencia dolorosa.^{3,4}

El dolor como factor generador de estrés

El dolor es una experiencia de tipo biológico y psicológico que compromete la homeostasis y por lo tanto actúa como un factor que amenaza la integridad del individuo.^{1,4}

La respuesta del organismo frente a este elemento generador de estrés, incluye una serie de reacciones de adaptación, mediadas por las células nerviosas de la vía parvocelular de los núcleos paraventriculares, cuyo objetivo

está plateado en torno a minimizar el riesgo potencial para el individuo y restaurar el equilibrio biopsicosocial.⁴

Entre las manifestaciones fisiológicas del estrés, se destacan la activación del sistema nervioso simpático y la liberación sanguínea de adrenalina, cortisol y otras sustancias neuroendocrinas que preparan al organismo para una reacción de emergencia. La persistencia del estímulo doloroso puede conducir a la liberación prolongada de cantidades excesivas de estas sustancias, dando lugar a daños neuronales irreversibles.³

Los fenómenos psicológicos y conductuales observados con mayor frecuencia en pacientes con dolor crónico son la ansiedad y la depresión.^{5, 6}

Una mala respuesta de adaptación al estrés puede estar ligada a la aparición de este tipo de alteraciones en una proporción significativa de pacientes: cerca de la mitad de los individuos con depresión severa relacionada con dolor y estrés, presenta alteración del ciclo circadiano e hipersecreción de cortisol. Así mismo, un gran porcentaje de pacientes con síndrome de estrés postraumático y

ansiedad, experimenta un aumento sustancial en los niveles de catecolaminas y cortisol circulantes.^{5,6}

Otros estudios, realizados en pacientes con depresión, estrés postraumático, ansiedad y otras patologías similares, sugieren que los marcadores conductuales más comunes de una respuesta sostenida y prolongada frente al estrés son: fatiga, disforia, dolores musculares, alteración en el patrón sueño - vigilia, hiperactividad del sistema nervioso autónomo, disminución del apetito, reducción de la libido y trastornos cognitivos.^{3,5}

Factores psicológicos implicados en la experiencia del dolor

Los factores psicológicos que se encuentran involucrados en la experiencia del dolor son:¹

- **Cognitivos:** Relacionados con la interpretación y la evaluación del dolor, con base en las experiencias personales, los pensamientos, las creencias y las características del contexto cultural. En pacientes con dolor crónico, es frecuente encontrar alteraciones cognitivas similares a las de individuos con diagnóstico

de depresión (ideas de minusvalía, miedo al dolor, pensamientos catastróficos).

▪

Así mismo, las creencias en torno a la existencia, la duración y la evolución de la enfermedad, parecen tener gran influencia sobre la intensidad de la percepción, el nivel de actividad, la funcionalidad, la percepción de la calidad de vida y el adecuado cumplimiento del tratamiento prescrito.

- **Emocionales:** Relacionados con la concepción y la expresión del dolor desde la esfera afectiva. En una gran proporción de casos, existe una relación de doble vía entre los fenómenos orgánicos (síntomas clínicos) y emocionales (sufrimiento, ansiedad, depresión) de la experiencia nociceptiva, dando lugar a la generación de un círculo vicioso capaz de perpetuar el cuadro (dolor – estrés – dolor).
- **Conductuales:** Son particularmente importantes en los casos de dolor crónico. Considerados normales, cuando están asociados a la respuesta fisiológica de adaptación al dolor, y patológicos, en los casos en que el refuerzo ambiental y/o social ha sido persistente o intenso, dando

lugar a la persistencia del síntoma, tiempo después de la desaparición del estímulo inicial.

Este modelo de "dolor aprendido" distingue dos tipos de comportamiento:

- Dolor reactivo, que se desencadena como una conducta refleja ante un estímulo aversivo.
- Dolor operante, cuya frecuencia e intensidad aumentan en relación proporcional con el reforzamiento social y/o cultural del mismo.

Dolor de origen psicógeno

En algunos casos de dolor en los que no parece existir una causa orgánica desencadenante, se ha considerado la génesis del mismo a partir de "la mente" del paciente.^{1,7}

La evaluación de este tipo de dolor, comúnmente denominado *psicógeno*, ha de ser muy cuidadosa, ya que en una gran proporción de pacientes, se ha evidenciado la existencia de trastornos estructurales y/o funcionales, en el nivel microscópico, los cuales son responsables de la generación, transmisión e integración nociceptiva, sin que

pueda demostrarse una alteración visible en la mayoría de estos.⁷

Los cuadros de dolor psicógeno no pueden ser asimilados con las manifestaciones conductuales del dolor agudo o crónico de naturaleza orgánica. El dolor requiere ser comunicado por medio de palabras y acciones que permitan la comprensión del fenómeno por parte de otras personas, sin embargo, en algunos casos un evento nociceptivo que origina una conducta inicial apropiada, puede dar lugar a un estado de dolor psicógeno derivado de un reforzamiento psicosocial excesivo.⁷

En otros individuos, la conducta dolorosa puede persistir como resultado del beneficio secundario que se deriva del cuadro, estos pacientes, incapaces de generar estrategias adecuadas para su integración funcional, social, laboral y/o familiar, desarrollan un "estilo de vida basado en el dolor".⁷

Finalmente, cabe mencionar algunas patologías psiquiátricas caracterizadas por dolor inespecífico, pobremente localizado, cuya distribución anatómica no corresponde con patrones clínicos coherentes y que no puede ser aliviado mediante el uso de las medidas

analgésicas corrientes. En este grupo estarían incluidos los trastornos neuróticos de tipo ansioso, depresivo e hipocondríaco y algunos casos de psicosis.^{6,7}

Referencias

1. Bas Pilar, Fernández Martina, Díaz Mercedes. Aspectos psicológicos del dolor. Segundo Congreso Virtual de Psiquiatría. Interpsiquis 2001. Documento electrónico disponible en: http://www.psiquiatria.com/articulos/psiq_general_y_otros_areas/psicosomatica/2580/ Última consulta: Julio 15 de 2010.
2. Sullivan MD. Finding pain between minds and bodies. Clin J Pain. 2001; 17 (2): 146 - 56.
3. Chapman R. Pain: Suffering. The contributions of persistent pain. The Lancet. 1999; 353 (9171).
4. Turk D. Pain: assessment of patient's reporting of pain. An integrated perspective. The Lancet. 1999; 353 (9166).
5. Haythornthwaite JA. Psychological aspects of neuropathic pain. The Clinical Journal of pain. 2000; 16 (2) 1 - 10.
6. Manchikanti L et al. ¿Do number of pain conditions influence emotional status? Pain Physician. 2002; 5(2): 200 - 205.
7. Murphy MD. Chronic pain. Miller: Anesthesia, 5th edition. Churchill Livingstone Inc. 2000.

EVALUACIÓN DEL DOLOR

El dolor es una experiencia multidimensional, de carácter individual y subjetivo, influenciada por factores biológicos, psicológicos y sociales que determinan la aparición de alteraciones sensoriales, emocionales y conductuales de gran complejidad.^{1, 2, 3}

Desde esa perspectiva, el dolor no puede ser concebido únicamente como el resultado de la transmisión sensorial de una percepción tisular, sino que ha de ser considerado como un proceso dinámico que se caracteriza por múltiples interacciones de las vías aferentes y eferentes del sistema nervioso.¹

Los grandes avances en la comprensión de los aspectos neurofisiológicos y moleculares de la percepción, la modulación y la integración del dolor, han permitido alcanzar un diagnóstico más preciso y un tratamiento más efectivo para el control del mismo y la restauración del bienestar integral del paciente.³

No obstante lo anterior, el modelo médico tradicional no alcanza el éxito esperado en todos los casos, porque se

encuentra circunscrito a la dimensión biológica del dolor, dejando de lado, en una gran proporción de casos, los componentes psicológico, emocional y social del mismo.³

Desde esa perspectiva y con el objeto de alcanzar una aproximación óptima al paciente con dolor, se ha venido trabajando en la construcción de un modelo de abordaje integral que incluya las dimensiones clínica, psicológica, afectiva y social del dolor, con base en el análisis de los factores predisponentes, los elementos precipitantes, los patrones de la enfermedad y los eventos responsables de la perpetuación del cuadro.³

Valoración del paciente con dolor

La valoración integral del paciente con dolor comprende la elaboración de una historia clínica completa, el análisis de los factores involucrados en la génesis del cuadro, la aplicación de escalas de evaluación y la práctica de exámenes complementarios, en los casos en que sea necesario.^{3, 4}

El grupo de manejo del dolor de la Sociedad Americana de Anestesiología (American Society of Anesthesiologists Task

Force on Pain Management), recomienda la utilización de cuatro estrategias para el abordaje del paciente con dolor: ⁴

1. Anamnesis detallada, incluyendo los antecedentes médicos relacionados, la descripción cronológica y la evolución del cuadro, la calidad, la intensidad, el patrón de distribución, la duración, la existencia de fenómenos cognitivos o afectivos asociados con el cuadro y los factores relacionados con la exacerbación y/o el alivio del mismo.

La detección de síntomas adicionales - trastornos motores, sensoriales y/o autonómicos - puede ser útil para determinar el origen de la entidad de base.

2. Examen físico completo, haciendo énfasis en las áreas comprometidas e incluyendo la evaluación detallada de los sistemas muscular y nervioso.
3. Valoración psicosocial, enfocada a la detección de síntomas psicológicos, enfermedades psiquiátricas relacionadas con el cuadro, trastornos de personalidad y a la exploración de la significación individual del dolor.

4. Evaluación complementaria, llevada a cabo con la intención de establecer la etiología potencial y/o definir las alternativas de tratamiento. Los métodos utilizados con mayor frecuencia son: escalas de valoración y caracterización del dolor, imágenes diagnósticas, laboratorio clínico, diagnóstico farmacológico, electrodiagnóstico y bloqueo neural con anestésico local, entre otros.

Finalmente, no hay que olvidar que el dolor es una experiencia privada, hecho que dificulta establecer con claridad la sensación individual de cada paciente. Ninguna persona puede conocer con objetividad lo que siente otra cuando presenta un cólico menstrual o un dolor de parto, ya que las experiencias relacionadas con el dolor se encuentran mediadas por las características biológicas, psicológicas, sociales y culturales; por las creencias y expectativas personales frente a la enfermedad y por las experiencias previas en situaciones similares.¹

Escalas de Evaluación

Hasta hace poco tiempo, los métodos utilizados para la caracterización del dolor, se encontraban limitados a

cuantificar la intensidad del mismo. En los últimos años se ha venido trabajando en el desarrollo de nuevos instrumentos que permitan mejorar la comprensión de la experiencia biológica y sensorial del paciente y garanticen un manejo integral que incluya los elementos de orden psicosocial en que se fundamenta la concepción del proceso salud/enfermedad, en la actualidad.²

Escalas unidimensionales: Son las más utilizadas en la práctica cotidiana por la facilidad de aplicación y el grado de validez diagnóstica, sin embargo se encuentran limitadas a una sola dimensión del dolor, dejando de lado múltiples cualidades de la experiencia dolorosa. ² Entre éstas se incluyen:

- Escalas verbales: Conformadas por una serie de descriptores de intensidad que se encuentran organizados en orden creciente (v.g. no hay dolor, dolor leve, dolor moderado, dolor severo). El paciente lee la lista y selecciona la frase que describe con mayor precisión la intensidad de su dolor. Se asigna un puntaje de cero al descriptor con el rango más bajo, un puntaje de uno al siguiente y así sucesivamente. Las desventajas de dichos instrumentos incluyen la

limitación de las opciones de selección y el hecho que la mayoría de los pacientes tiende a seleccionar términos medios más que extremos.^{1,2}

- Escalas numéricas: Diseñadas con base en una serie de valores numéricos que oscilan entre cero y diez o entre cero y cien, incluyendo puntos extremos que representan los límites de la experiencia dolorosa y que son etiquetados como “no dolor” y “el peor dolor posible”, respectivamente. La mayor desventaja es que no son un buen reflejo de la disfunción física o psicológica ocasionada por un trastorno específico.^{1,2}
- Escala visual análoga (EVA): El instrumento más utilizado en esta categoría es una línea horizontal o vertical cuyos extremos están marcados con los descriptores verbales “no dolor” y “peor dolor”. El paciente marca el punto de la línea que corresponda a su percepción nociceptiva, la distancia en centímetros desde el punto más bajo hasta la marca del sujeto es utilizada como índice numérico de la severidad.

Algunas EVA permiten la evaluación de otras dimensiones diferentes a la intensidad, permitiendo la

caracterización de los aspectos afectivos, emocionales y/o funcionales de la experiencia dolorosa. Las ventajas de las EVA como instrumento de valoración incluyen la gran facilidad y rapidez de administración y la alta correlación con otras escalas de medición.^{1, 2, 5}

La principal desventaja de la mayoría de las Escalas Visuales Análogas (EVA), está relacionada con la limitación de la evaluación a la intensidad del mismo y con la dificultad de obtener información detallada con respecto a otras características de la experiencia dolorosa.

Escalas multidimensionales: Aunque la intensidad es una de las características más importantes del dolor, no puede ser el único elemento de juicio para definir el enfoque terapéutico del paciente. El desarrollo de las escalas multidimensionales ha permitido una mejor aproximación a la comprensión del dolor, sin embargo, la necesidad de disponer de un mayor tiempo para su aplicación limita el uso al área de investigación y a un pequeño grupo de pacientes que requiere asesoría especial.^{1, 2, 5}

Entre las escalas multidimensionales se incluyen:

- Cuestionario breve del dolor: Permite la correlación de la intensidad del dolor con los términos “peor”, “mínimo” y “corriente”, la representación de la localización en un diagrama corporal y la determinación del impacto del mismo en los patrones de actividad, sueño e interacción social.²

- Diario del dolor: Adecuado para evaluar la relación entre dolor y actividad diaria. El paciente establece la asociación del síntoma con actividades cotidianas y evalúa la intensidad en una escala numérica, tiene mayor fiabilidad que otros instrumentos y permite analizar los factores que influyen la percepción del mismo (uso de medicamentos, consumo de alcohol, respuesta emocional y familiar).²

- Cuestionario de manejo del dolor (CQS): Utilizado para valorar las estrategias cognitivas y conductuales utilizadas por el individuo para el manejo del dolor. Permite definir pautas psicológicas y de comportamiento que puedan contribuir o bloquear el manejo y la evolución del cuadro.⁷

- Inventario de manejo del dolor crónico (CPCI): Desarrollado como una variante ampliada y mejorada del anterior. Consta de 64 apartados, distribuidos en ocho sub escalas, construidas sobre la actitud del paciente en relación con el dolor (visión positiva, desánimo, relajación, ejercicio, inactividad, búsqueda de asistencia) y su comportamiento frente al tratamiento. Es de gran utilidad para definir el enfoque terapéutico y puede ser un medio de seguimiento a nivel ambulatorio.⁸

- Cuestionario computarizado del dolor: desarrollado a partir del Cuestionario del Dolor del Hospital de Karolinska, evalúa el impacto biológico, demográfico y administrativo del dolor e incluye la aplicación de una Escala Visual Análoga y dos pruebas de valoración de la calidad de vida. Se recomienda su utilización en pacientes oncológicos y en cuadros de dolor asociados con enfermedades terminales.⁹

- Cuestionario de dolor de McGill (MPQ): Es el test multidimensional utilizado con mayor frecuencia. Las palabras utilizadas en la escala fueron obtenidas de la

literatura médica y clasificadas en tres clases mayores y 16 subclases.

Las clases son descriptores de las características del dolor en términos de las dimensiones sensorial (ubicación espacial, patrón temporal, tipo de percepción), afectiva (ansiedad, miedo, depresión) y evaluativa (intensidad subjetiva del dolor experimentado por el paciente).¹

Las subclases incluyen una serie de términos, similares desde el punto de vista semántico, que facilitan una mejor aproximación a las sensaciones del individuo. La mayoría de estas palabras son sinónimos que representan variaciones respecto a la intensidad y permiten matizar, a pesar de las similitudes existentes entre ellas, la descripción de las quejas que los pacientes intentan comunicar al médico.¹

El listado de descriptores debe ser revisado por el paciente, con la instrucción explícita de seleccionar las palabras que reflejen con mayor exactitud sus sensaciones y sentimientos durante la evaluación del

cuadro. Una vez aplicado se obtienen tres índices mayores:

- PRI (Índice de puntuación del dolor): basado en la calificación de los valores asignados a las palabras. La palabra identificada en cada una de las subclases evaluadas recibe la asignación de un punto, la siguiente palabra relacionada de dos y así sucesivamente. El resultado de la suma de los valores obtenidos al final de la aplicación de la escala, permite valorar por separado cada una de las dimensiones del dolor: sensorial (subclases 1 – 10), afectiva (11 – 15), evaluativa (16) y miscelánea (17 – 20).
- NWC (Número de palabras seleccionadas): basado en la cantidad de descriptores seleccionados por el paciente y en la comparación con referentes poblacionales en casos semejantes.
- PPI: combinación de palabras y números elegidos sobre el indicador de intensidad del dolor en el momento de la aplicación del instrumento.

El MPQ es el instrumento de mayor confiabilidad, validez, consistencia y utilidad para la caracterización del dolor y se constituye en la mejor herramienta, disponible en la actualidad, para alcanzar una aproximación objetiva a la experiencia individual del mismo.^{1,2}

Estudios recientes, han evidenciado que cada tipo de dolor está caracterizado por una constelación de palabras que lo distinguen, encontrándose consistencia en la selección de las palabras utilizadas por pacientes que sufren síndromes dolorosos parecidos o equivalentes.^{1,2}

Adicionalmente, el MPQ ha demostrado una gran sensibilidad para la detección de las variaciones que se presentan en relación con el manejo del dolor. Estudios realizados en pacientes quirúrgicos evaluados con escalas unidimensionales frente al MPQ, han evidenciado una mayor confiabilidad y sensibilidad de esta última en casos de dolor leve a moderado, a través de la mayor precisión del instrumento en la caracterización de las experiencias por una selección más fina de los descriptores adecuados.¹

Finalmente, cabe mencionar que una de las características más especiales del MPQ frente a otras escalas de medición

es la potencialidad de contribuir al diagnóstico diferencial entre varios tipos de síndromes dolorosos (dolor neuropático, dolor fantasma, dolor oncogénico, causalgia, entre otros).¹

Referencias

1. Katz J. Measurement of pain. Pain control in the perioperative period. *Surgical Clinics of North America*. 1999; 79 (2): 15 – 35.
2. Borsook D, LeBel A, McPeck B. The Massachusetts General Hospital handbook of pain management. The General Hospital Corporation. 1999
3. Gallagher R. Treatment Planning in Pain Medicine. Integrating Medical, Physical and Behavioral Therapies. Hahnemann School of Medicine. Philadelphia. 2001
4. Practice Guidelines for Chronic Pain Management. American Society of Anesthesiologists Task Force on Pain Management. 2000
5. Herr K, Garand L. Pain management in the elderly. *Clinics in Geriatric Medicine*. 2001;17 (3): 18 – 36.
6. Mc Grath P. A new analogue scale for assessing children's pain: an initial validation study. *Pain*. 1996; 64: 435 – 443.
7. Berstrong G et al. Reliability and factor structure of the Multidimensional Pain Inventory Swedish Language version 8MPI – S). *Pain*. 1998; 75: 101 – 110.
8. Hadjistavropoulos H et al. Validation of the Chronic Pain Coping Inventory. *Pain*. 1999; 80: 471 – 480.

9. Wincent A et al. Pain questionnaires in the analysis of long lasting (chronic) pain conditions. *European Journal of Pain*. 2003: 311- 321.

DOLOR ONCOLÓGICO

El dolor es uno de los síntomas más frecuentes y amenazadores que se pueden presentar en el cáncer. Estudios recientes han demostrado que más de un tercio de los individuos en que se descubre malignidad sufre algún tipo de dolor en el momento del diagnóstico, y que más de dos tercios de los pacientes con cáncer avanzado experimentan, al menos, dolor moderado a severo.^{1,2}

En la actualidad se acepta entre los especialistas del dolor que éste puede ser tratado y aliviado en una proporción que varía entre el 80 y el 90% de los casos con terapia farmacológica simple.^{1,2}

Tanto el conocimiento como los medios para tratar el dolor en el paciente con cáncer se encuentran disponibles, sin embargo, paradójicamente son subutilizados con frecuencia.

El manejo inadecuado del dolor, se da como resultado de varios factores que incluyen: escaso conocimiento por parte del personal médico acerca de las pautas de valoración y tratamiento del dolor en este grupo de pacientes,

dosificación inadecuada de los medicamentos utilizados, tendencia a dar menor prioridad a la resolución del síntoma que al tratamiento de la enfermedad de base, bajo cumplimiento de la terapia por parte de los pacientes, y, excesivo celo en el manejo de terapias que incluyen fármacos de control especial (opiáceos).^{1,2}

El manejo del dolor asociado con cáncer debe estar orientado de acuerdo con los resultados de una valoración integral del paciente y su enfermedad. Los objetivos de esta evaluación son: alcanzar la comprensión del síntoma a partir de su origen, definir la relación existente entre el dolor y la enfermedad, y clarificar el impacto de la comorbilidad asociada en la calidad de vida del individuo.¹

Fisiopatología

El dolor en pacientes con cáncer es un proceso complejo, y en ocasiones recurrente, que puede tener origen a partir de múltiples focos. En el noventa por ciento de los casos reportados, el dolor proviene del tumor, del proceso de diagnóstico y/o de la terapia utilizada para el control de la enfermedad; en el diez por ciento restante es posible

identificar otras enfermedades no relacionadas con el cuadro neoplásico.³

El reconocimiento de los síndromes dolorosos que se presentan en el paciente con cáncer puede ayudar a establecer el origen y el mecanismo fisiopatológico desencadenante. Aunque la gran mayoría de los síndromes agudos tienen su origen en procedimientos diagnósticos o terapéuticos, dos tercios de los pacientes con dolor crónico bien controlado reportan la aparición de crisis de dolor agudo moderado a severo.

Un 75% de los síndromes dolorosos crónicos, son resultado del efecto directo del tumor, mientras que el 25% restante se debe a alteraciones asociadas con procedimientos terapéuticos y con enfermedades diferentes a la patología de base. Los médicos responsables del manejo del paciente oncológico deben estar en capacidad de reconocer los más frecuentes:

Síndromes dolorosos relacionados con el tumor: La invasión neoplásica del hueso, el músculo, la articulación y/o el tejido conectivo puede generar dolor somático persistente. El dolor ocasionado por las metástasis óseas

es el más frecuente de todos, no obstante, sólo una pequeña proporción de los pacientes con invasión tumoral del hueso desarrolla cuadros dolorosos severos.

La médula espinal es el sitio que con mayor frecuencia se ve comprometido por este tipo de lesiones, razón por la cual, una gran proporción de pacientes con cáncer se ve afectada por dolor de espalda. La extensión de lesión a la médula espinal o a las raíces nerviosas puede dar lugar a dolor neuropático asociado; la infiltración, la obstrucción y/o la compresión de estructuras viscerales pueden originar diferentes tipos de síndromes dolorosos.

Síndromes neuropáticos asociados con el tumor: La infiltración tumoral y la compresión de nervios, plexos o estructuras más complejas del sistema nervioso puede dar origen a la aparición de síndromes dolorosos neuropáticos.

Los pacientes con este tipo de dolor experimentan dolores tipo corrientazo o quemadura, parestesias, y en ocasiones disestesias (sensación anormal de dolor quemante) en cualquier área de las que se encuentran inervadas por la estructura dañada.

Síndromes relacionados con el tratamiento oncológico:

Los síndromes nociceptivos relacionados con quimioterapia, radioterapia o cirugía oncológica son raros. La radiación y los tratamientos de quimioterapia basados en el uso de corticoides se han visto asociados con dolor somático por osteonecrosis, así mismo, algunos regímenes de quimioterapia intraperitoneal y/o radiación abdominal pueden dar lugar a dolor crónico de origen visceral.¹

La identificación de la naturaleza del dolor es un elemento clave en el abordaje del paciente oncológico y en la planificación de un tratamiento óptimo. Las características clínicas del cuadro son útiles para determinar el mecanismo desencadenante y seleccionar la terapia más adecuada para cada paciente.³

Manejo del dolor oncológico

El manejo del dolor en el paciente oncológico debe estar fundamentado en una adecuada valoración de todos los factores que influyen en la percepción del síntoma. Esta evaluación debe proveer al clínico suficiente información para:

- (1) Establecer la posible etiología del dolor.
- (2) Determinar la severidad del síntoma.
- (3) Definir la necesidad de llevar a cabo estudios diagnósticos complementarios.
- (4) Formular un plan de recomendaciones fundamentado en las necesidades y las expectativas del paciente.

Los principios básicos para el abordaje integral del paciente oncológico con dolor incluyen: ^{3, 4}

Crear en las quejas del paciente y su familia acerca del dolor: El dolor es una queja subjetiva que depende de la percepción individual y de las experiencias previas, en tal sentido, la información que proporciona el paciente acerca del síntoma debe ser la base para la caracterización diagnóstica del cuadro nociceptivo.

En ningún caso se debe presumir el origen psicoemocional del dolor hasta demostrar que no existe un evento orgánico responsable del mismo.

Elaborar una historia clínica detallada: La historia debe estar centrada en el estado actual de la problemática oncológica y su relación con la aparición del síntoma. Una

anamnesis adecuada ha de incluir las características del dolor, el patrón temporal, la duración, la intensidad y la calidad del mismo.

Considerar cada dolor por separado: Con frecuencia, los pacientes oncológicos experimentan más de un dolor. La descripción cuidadosa del síntoma puede sugerir diferentes etiologías y por ende diferentes necesidades de tratamiento.

Establecer los antecedentes del uso de analgésicos: Una experiencia negativa con el uso de un medicamento en el pasado (náusea, mareo, alteración del estado mental o alergia) puede condicionar la actitud del paciente frente a un fármaco determinado. En ese mismo sentido, los antecedentes de adicción y/o uso de medicamentos sin prescripción médica han de ser considerados antes de elegir un tratamiento determinado.

Revisar todos los registros médicos pertinentes: Habitualmente el paciente oncológico se presenta a la consulta con una gran cantidad de registros médicos relacionados con la historia de su enfermedad. Una revisión cuidadosa de los mismos puede aportar valiosa información

para establecer el origen y la evolución de la queja del paciente.

Revisar todos los estudios imagenológicos pertinentes:

Con alguna frecuencia la interpretación de los estudios de imágenes diagnósticas no se lleva a cabo sobre la base de suficiente información clínica relacionada con el caso. Una evaluación cuidadosa de los exámenes practicados puede convertirse en un valioso aporte para determinar el origen del dolor.

Definir los objetivos terapéuticos: Se presume que los objetivos del tratamiento son claros para el paciente y para el médico, sin embargo, en la mayoría de los casos no existe discusión, ni definición ni toma de decisiones conjunta acerca de los beneficios y desventajas del tratamiento seleccionado.

Determinar un esquema diagnóstico apropiado: Los estudios diagnósticos no deben ser utilizados para satisfacer la curiosidad del médico. El paciente no debe ser sometido a pruebas con carácter de investigación, a menos que éstas puedan alterar el tratamiento o el pronóstico de la enfermedad.

Implementar un régimen terapéutico de acuerdo con las necesidades individuales del paciente: Un tratamiento adecuado debe surgir como resultado de la valoración integral de las necesidades del paciente y estar definido sobre un delicado balance entre analgesia y efectos colaterales.

Garantizar la continuidad del tratamiento a través del curso de la enfermedad: Una queja frecuente de los pacientes tiene que ver con el escaso interés del médico en el seguimiento del caso una vez se produce el egreso hospitalario. En efecto, el manejo racional del dolor en el paciente oncológico requiere la presencia de un profesional encargado de coordinar el cuidado del paciente durante el curso del tratamiento.

Valorar al paciente durante el curso de la terapia: Es importante llevar a cabo una valoración periódica del paciente frente al manejo del dolor: la percepción acerca del tratamiento, el alivio del síntoma y la aparición de efectos indeseables son algunos de los elementos más importantes en esta fase del proceso terapéutico.

Tratamiento Farmacológico

Como se mencionó antes, cerca del 85% de los pacientes con dolor por cáncer responde adecuadamente a las medicaciones analgésicas utilizadas en la práctica médica cotidiana. Tratamientos más agresivos o invasivos, han de ser utilizados para proporcionar alivio en un 10% adicional, quedando solamente una pequeña fracción de pacientes que no mejoran en forma adecuada con los tratamientos prescritos.³

Existen numerosas opciones disponibles para el manejo del dolor en el paciente oncológico, sin embargo la terapia farmacológica es la más utilizada por ser efectiva, segura y usualmente poco costosa. En la actualidad se utilizan tres tipos de medicamentos para el control del dolor: los analgésicos opiáceos, los no opiáceos y los agentes adyuvantes.^{3,4}

El marco más aceptado para la prescripción de analgésicos se fundamenta en las recomendaciones establecidas por la Organización Mundial de la Salud en su escalera analgésica: la aspirina, el paracetamol y los AINES se recomiendan como terapia de primera línea en pacientes

con dolor leve a moderado; la codeína, la oxicodona, la hidrocona y el tramadol, son útiles para el control del dolor moderado; el dolor severo o persistente requiere del uso de opiáceos fuertes como la codeína y la morfina.^{3, 4}

Entre el segundo y el tercer paso de la escalera es importante considerar la utilidad de adicionar AINES, paracetamol o drogas adyuvantes que puedan potenciar el efecto de los opiáceos sin generar efectos tóxicos adicionales.

En términos generales los medicamentos utilizados en la terapia farmacológica contra el dolor en pacientes oncológicos tienen vida media corta y duración de acción limitada a unas pocas horas.^{5, 6}

La selección de la vía de administración debe estar basada en la eficacia, la seguridad y la menor invasividad posible, por tal razón, la vía oral es la más utilizada en este tipo de pacientes. El inicio de la acción analgésica puede ser lento, sin embargo, se evita el sufrimiento adicional de la aplicación parenteral del fármaco y se desarrolla menor tolerancia frente a los opiáceos.⁴

Las formas posológicas de liberación sostenida o prolongada pueden ser consideradas como una opción válida en pacientes con dificultades para la administración de los medicamentos y/o para el cumplimiento de los horarios establecidos para la terapia farmacológica.⁴

Las combinaciones farmacológicas son consideradas útiles en el manejo del dolor crónico leve a moderado. La sinergia analgésica y la menor incidencia de efectos secundarios relacionados con esta terapia, la convierten en una opción que ha de ser considerada antes de utilizar dosis mayores o medicamentos con posibilidad de generar efectos secundarios que puedan alterar el cumplimiento del tratamiento prescrito.⁷

Los analgésicos no opiáceos (aspirina, paracetamol, AINEs) son un grupo heterogéneo de sustancias con diferentes propiedades químicas y efecto farmacológico similar, que se utilizan en el manejo del dolor leve a moderado.^{1,2}

Todos los medicamentos pertenecientes a este grupo exhiben un efecto máximo o “techo”, por encima del cual no se observan beneficios terapéuticos adicionales, incrementándose en cambio la toxicidad.²

Los opiáceos se utilizan para tratar el dolor canceroso de tipo moderado a severo. La morfina es el fármaco más estudiado de este grupo y, normalmente, el elegido en el manejo del dolor severo de causa oncológica.^{2, 5}

Tradicionalmente, los opiáceos se clasifican en débiles y fuertes, una distinción basada más en el uso habitual que en las diferencias farmacológicas existentes entre ellos. Los opiáceos fuertes están disponibles en preparados no combinados, sin efecto tope y valoración de la mejoría ilimitada; los débiles por su parte, pueden ser usados en forma aislada o en combinación con otros medicamentos capaces de potenciar su efecto farmacológico (p.e. paracetamol).^{2, 5}

La elección del opiáceo apropiado para cada caso está determinada por la afinidad de su receptor, por la duración de su acción farmacológica, por los efectos adversos que puedan llegar a presentarse en el curso de su administración y por la posibilidad de desarrollo de tolerancia y/o adicción.^{2, 5}

Los medicamentos adyuvantes o analgésicos auxiliares son un grupo de agentes cuya acción principal no está orientada

al control del dolor, pero que han demostrado capacidad para potenciar la eficacia de otros analgésicos y/o actuar en forma independiente frente a ciertos tipos de dolor (p.e. dolor neuropático).^{2, 5}

Pueden estar indicados en cada uno de los pasos de la escalera terapéutica de la OMS e incluyen los antidepressivos tricíclicos, los anticomiciales y los corticosteroides.²

Los primeros tienen un efecto directo sobre el dolor neuropático asociado con cáncer; los segundos son particularmente útiles en el tratamiento de neuralgias crónicas o en cualquier tipo de neuropatía caracterizada por dolor paroxístico en descarga; y, los terceros, son considerados de gran valor en el alivio del dolor producido por las metástasis óseas, la compresión radicular y/o la cefalea asociada con aumento en la presión intracraneal.²

Otras técnicas para el control del dolor en el paciente oncológico incluyen los procedimientos anestésicos, los cuales pueden ser destructivos (inyecciones con sustancias líticas en áreas vecinas a nervios y ganglios periféricos) y no destructivos (uso de opiáceos intradural e intratecal); los

bloqueos nerviosos (simpático, celíaco); y los procedimientos neuroquirúrgicos (cordotomía, rizotomía, catéter intraventricular, mielotomía, rizotomía).²

Referencias

1. Portenoy R., Lesage P. Management of cancer pain. The Lancet 2001. 357 (S1): 46 - 57.
2. Eisenberg E., Borsook D., LeBel A. Dolor en el enfermo terminal. Manual de tratamiento del dolor. Massachusets General Hospital. Marbán 1999: 310 - 334
3. Grossman S., Shleider V. Cancer Pain. Abeloff: Clinical Oncology, 2nd ed. Churchill Livingstone 2003. 539 - 563.
4. Hewitt D. The management of pain in the oncology patient. Obstetrics and Gynecology Clinics. 2001; 28 (4): 819 - 46
5. McQuay H. Opioids in pain management. The Lancet 1999;353: 2229 - 32.
6. Mercadante S. Pain treatment and outcomes for patient with advanced cancer who receive follow - up care at home. Cancer 1999; 85 (8): 1849 - 58.
7. Mullican WS. Tramadol / acetaminophen combination tablets and codeine / acetaminophen combination capsules for the management of chronic pain: a comparative trial. Clin Ther 2001;23 (9).

DOLOR EN EL PACIENTE TERMINAL

La atención del paciente terminal representa un desafío muy importante para el equipo responsable de la prestación del cuidado paliativo, dada la gran diversidad de factores que determinan la calidad de la etapa final de la vida y la complejidad de las situaciones que rodean al individuo y su familia durante esta fase de la enfermedad.¹

La Organización Mundial de la Salud define el cuidado paliativo como el proceso de atención que se presta a un individuo cuya enfermedad no responde al tratamiento curativo. De acuerdo con Billings (2000), este tipo de atención debe estar enfocada a proveer los recursos para garantizar que el paciente y su familia obtengan la mejor calidad de vida posible y afronten con éxito la crisis desencadenada por una enfermedad terminal.²

Según el mismo autor, los aspectos que deben ser tenidos en cuenta para el manejo integral del paciente en estado terminal incluyen el control de los síntomas (el manejo del dolor es la piedra angular de cualquier tratamiento paliativo); el soporte necesario para el mantenimiento de la calidad de vida; el apoyo psicológico, social y espiritual al

paciente y la familia; el manejo interdisciplinario del caso; la orientación de la familia y la preparación del paciente y sus allegados para afrontar el duelo.

A diferencia del cuidado médico convencional, la prioridad de la atención en el paciente terminal se debe enfocar hacia la caracterización de las necesidades y la satisfacción de las expectativas del individuo y su familia.³

Fisiopatología del dolor en el paciente terminal

El dolor es uno de los síntomas más frecuentes y con mayor impacto negativo sobre la calidad de vida del paciente en la etapa final de la vida.

En términos generales, los síndromes dolorosos que se presentan en el paciente terminal, pueden clasificarse, desde el punto de vista clínico, como nociceptivos o neuropáticos.

De acuerdo con un estudio reciente el 52% de los cuadros corresponden a dolor nociceptivo (35% de origen somático y 17% visceral), el 9% a dolor de tipo neuropático y el porcentaje restante a cuadros de origen multifactorial.⁴

El dolor nociceptivo aparece como consecuencia de una lesión tisular y puede ser clasificado como somático o visceral. El primero tiene su origen en piel, músculo, hueso y/o tejidos blandos y es descrito por el paciente como una sensación de tipo picada, punzada o presión en el área comprometida, mientras que el segundo proviene de órganos internos y se caracteriza por la presencia de calambres, retortijones o punzadas.⁴

El dolor neuropático puede tener su origen en una agresión directa contra la estructura nerviosa o aparecer como resultado de sensibilización del sistema nervioso central, en cualquiera de los dos casos, las características del dolor están determinadas por la calidad de la respuesta originada en el nivel central. Clínicamente se pueden diferenciar dos tipos básicos de dolor neuropático: disestesias continuas (reportadas por el paciente como una sensación de quemadura o corrientazo), y dolor paroxístico (de tipo lancinante, punzante o cortante).⁴

Evaluación integral del paciente terminal

La calidad de vida del paciente en estado terminal se encuentra definida por diversos factores de orden biológico,

psicológico, familiar, cultural, económico y social. El éxito del manejo depende de una buena evaluación del caso y de la asignación individual de valores a cada una de las variables que influyen la percepción del paciente y su familia frente a la situación en que se encuentran.^{1, 2, 5}

En la esfera biológica se han de tener en cuenta los síntomas clínicos resultantes del compromiso de los órganos afectados, las alteraciones derivadas del compromiso funcional y la presencia de dolor; en la psicoemocional, los estados afectivos y/o las patologías psiquiátricas que puedan influenciar en forma negativa la percepción de la enfermedad o magnificar la intensidad de los síntomas; y en la ambiental, todos aquellos factores que determinan el contexto en el que tiene lugar el desarrollo del cuadro.^{2, 5}

Los síntomas orgánicos se relacionan con la patología de base y deben ser evaluados de acuerdo con los protocolos clínicos definidos por el grupo interdisciplinario. La gravedad de las alteraciones del estado funcional determina el impacto sobre la autonomía del paciente. La pérdida de la movilidad constituye uno de los principales factores de riesgo en los individuos con enfermedades en fase terminal.

Entre los efectos adversos más comunes del síndrome de inmovilidad se encuentran la disminución del tono, el trofismo y la elasticidad de los músculos esqueléticos; la reducción de la flexibilidad y la aparición de contracturas articulares; la osteopenia, la osteoporosis y las fracturas espontáneas; la disminución de la fracción de eyección ventricular, la presencia de taquicardia, hipotensión ortostática o trombosis venosas profundas.

Otras manifestaciones colaterales incluyen desarrollo de atelectasias, tromboembolismo pulmonar o infección pulmonar; la pérdida de apetito, las alteraciones en la motilidad intestinal y el estreñimiento; el aumento en la incidencia de infecciones renales y urolitiasis; la formación de úlceras de presión en piel; la disminución de la producción de endorfinas, el aumento en la sensibilidad a la insulina y la disminución de la masa corporal.⁶

Las recomendaciones de la AHCP (Agency for Health Care Policy and Research) para la evaluación y el seguimiento del dolor en el paciente terminal incluyen: (1) la realización de una historia médica completa que recoja elementos de la esfera clínica, psicológica y social del paciente y sus allegados; (2) el uso de parámetros de

valoración para definir el estado inicial y alcanzar un mejor seguimiento y un control óptimo del tratamiento; (3) la capacitación de la familia en relación con la utilización de las herramientas de evaluación como estrategia para garantizar la continuidad y la efectividad del tratamiento prescrito en todos los escenarios posibles; y (4) El reconocimiento temprano y el inicio precoz del tratamiento de los síndromes dolorosos más frecuentes. ⁵

La evaluación clínica del dolor ha de incluir información precisa y detallada acerca de la localización, las características, la intensidad, el patrón temporal y los factores que exacerbaban o alivian el dolor. Los pacientes terminales deben ser animados a verbalizar la experiencia nociceptiva como una estrategia para hacer más objetiva la percepción del síntoma frente al equipo responsable del cuidado de la salud. Los instrumentos más utilizados para la medición del dolor son las escalas análoga, numérica, visual y el diario del dolor. ^{4, 5}

La identificación y el manejo oportuno de los trastornos psicoemocionales se considera uno de los pilares más importantes del cuidado paliativo. La valoración psicológica debe hacer énfasis en la identificación del tipo de

personalidad, en la búsqueda de síntomas sugestivos de ansiedad, depresión o estados confusionales agudos y en el reconocimiento de las estrategias individuales de respuesta frente al dolor.^{2, 5}

Existe una prevalencia elevada de depresión entre los individuos con enfermedades en estado terminal. Los síntomas depresivos disminuyen en forma significativa la calidad de vida y dificultan el control del cuadro, siendo responsables de una gran proporción de los ingresos hospitalarios en este grupo de pacientes.²

El diagnóstico de depresión se lleva a cabo con base en los criterios del DSM – IV, que incluyen disminución o pérdida del interés por las actividades cotidianas, pérdida de apetito, insomnio o hipersomnia, bradiquinesia o agitación psicomotora, astenia, adinamia, sentimientos de minusvalía, disminución de la capacidad cognitiva e ideación suicida.²

La incidencia de depresión mayor en pacientes terminales con cáncer varía entre el 1% y el 40%, en una gran proporción de casos el diagnóstico se ve enmascarado por los síntomas orgánicos que caracterizan la enfermedad primaria. Los tumores cerebrales, las alteraciones

metabólicas y el uso de ciertos agentes farmacológicos utilizados en la terapia oncológica (corticosteroides, vincristina, vinblastina, interferón, interleucina, entre otros) se han visto asociados con depresión.²

La presunción de que el paciente en estado terminal maneja un alto nivel de estrés no puede ser considerada como un obstáculo para el diagnóstico de ansiedad, síntoma que puede hacer parte del complejo sintomático de algún tipo de neurosis, trastorno de pánico, depresión mixta o cualquier otra condición patológica derivada de la enfermedad primaria o del tratamiento prescrito.

Las manifestaciones clínicas de ansiedad incluyen astenia, adinamia, hiperactividad, insomnio, alteraciones en el patrón ventilatorio, hipoxia, parestesias y alteraciones en los parámetros vitales del individuo. De acuerdo con Brandemberg y colegas, la incidencia de ansiedad en pacientes en estado terminal puede alcanzar el doble de la proporción detectada en grupos de control.^{2,5}

Las fallas cognitivas (desorientación, disminución de la atención, fallas de memoria) son detectadas con frecuencia en pacientes con enfermedades en estado terminal. Algunos investigadores han reportado una incidencia de

síndrome mental orgánico (delirium), en una proporción variable entre el 24% y el 40% de los pacientes terminales con dolor catastrófico.

La etiología del cuadro puede ser identificada con precisión en el 43% de los casos, siendo, en la mayoría de los pacientes multifactorial. Las causas médicas que se relacionan con la aparición de delirium incluyen anomalías metabólicas (hiperglicemia, hipercalcemia, uremia), deshidratación severa, desnutrición avanzada, fiebre, infección y neoplasias del sistema nervioso central. ^{2,}

4

El objetivo de la valoración del ámbito social está orientado hacia la definición de la disponibilidad y la calidad de las redes de apoyo con que cuenta el individuo para hacer frente a la enfermedad y a la muerte. En tal sentido, el abordaje integral del paciente con enfermedad en estado terminal debe incluir la caracterización del contexto cultural, del ambiente físico, de la situación económica del individuo, de las características funcionales del grupo familiar y de los recursos sociales disponibles para (amigos, voluntarios, instituciones comunitarias).⁴

Cuidado paliativo en el paciente terminal

El manejo exitoso de los pacientes con enfermedades en fase terminal requiere de un enfoque holístico capaz de dar respuesta a los diferentes problemas que pueden llegar a presentarse en la etapa final de la vida. En tal sentido, se considera necesario desarrollar estrategias terapéuticas orientadas en cuatro dimensiones básicas: biológica, psicológica, social y espiritual.

Dimensión biológica

Las acciones terapéuticas dirigidas al control de los síntomas orgánicos y al soporte de los parámetros vitales se clasifican en dos categorías: farmacológicas y no farmacológicas. Los objetivos del equipo multidisciplinario de cuidado paliativo deben ser formulados teniendo en cuenta la realidad individual del paciente y estar focalizados hacia el mantenimiento de la mejor calidad de vida posible y hacia la prevención de las complicaciones agudas que puedan presentarse durante el curso de la enfermedad.

Entre las acciones no farmacológicas para el manejo de la dimensión clínica del paciente terminal se encuentran la

estimulación térmica y/o eléctrica, el masaje terapéutico, la acupuntura, la terapia neural, el ejercicio físico, la restauración de patrones de autocuidado, el uso de prótesis, la adecuación de la dieta a las demandas metabólicas, el soporte necesario para el mantenimiento de la salud respiratoria y los cambios frecuentes de posición y el cuidado de la piel para prevenir la aparición de úlceras de decúbito.^{5,6}

El uso de medicamentos responde a la necesidad de aliviar la sintomatología derivada de la condición clínica de base. El control del dolor es una de las principales metas del cuidado paliativo, cerca del 90% de los pacientes pueden alcanzar un nivel satisfactorio de analgesia con el uso de fármacos vía oral o transdérmica. La sedación, hasta la inconsciencia, puede ser considerada una opción terapéutica en los pacientes con dolor de difícil manejo o refractario.⁵

Los fármacos deben ser prescritos a la dosis necesaria para alcanzar el alivio total del dolor y administrados a la hora fijada con base en la duración de la acción sin esperar la reaparición del síntoma, en algunos pacientes se requiere el uso de dosis de “rescate” entre las tomas habituales.

La selección de la mejor opción terapéutica se lleva a cabo de acuerdo con las características del paciente, el tipo de dolor, el mecanismo de acción y la facilidad de administración, teniendo en cuenta los parámetros establecidos en la escalera analgésica de la Organización Mundial de la Salud.⁵

Los no opiáceos comprenden los AINEs y el paracetamol. Los primeros son utilizados durante las etapas iniciales del manejo del dolor o como terapia complementaria en fases más avanzadas, su principal limitación está relacionada con el poder analgésico y con los efectos adversos asociados.⁵

El paracetamol posee un mayor efecto analgésico y una menor proporción de reacciones secundarias, habitualmente es utilizado como alternativa terapéutica en pacientes con dolor leve y antecedente de gastropatía y/o en combinación con opiáceos en casos de dolor moderado a severo.⁵

Los opiáceos son considerados como la mejor opción en los pacientes con dolor catastrófico, no obstante, dadas sus características farmacológicas, los efectos adversos

relacionados con su mecanismo de acción y la posibilidad de desarrollar tolerancia y/o adicción, el uso de estos medicamentos debe llevarse a cabo teniendo en cuenta las siguientes recomendaciones: prescribir la dosis necesaria para el alivio del dolor y administrarla con suficiente frecuencia para prevenir las recaídas; iniciar con la administración de dosis bajas e incrementar en forma progresiva siguiendo la escalera analgésica de la OMS y proveer dosis de rescate como estrategia de control de las exacerbaciones inesperadas del cuadro.⁵

La asociación de tramadol (un medicamento con acción débil sobre los receptores opioides mu) con paracetamol (un analgésico de acción mixta cuyo mecanismo farmacológico aún no ha sido aclarado por completo) es segura y bien tolerada en pacientes terminales con dolor moderado a severo. La titulación lenta de la dosis (incrementos de 50 mg cada tres días) minimiza la sensación de vértigo, las náuseas y el vómito que se presentan en algunos pacientes como resultado de la actividad opioidoérgica.⁵

Los fármacos coadyuvantes son utilizados en pacientes con dolor de difícil manejo o dolor refractario (hiperalgesia,

alodinia, dolor catastrófico) para potenciar el efecto terapéutico de los analgésicos de primera línea o como alternativa única de tratamiento en algunos pacientes con dolor neuropático. Entre los más utilizados se encuentran los antidepresivos (tricíclicos, inhibidores de la recaptación de serotonina), los antiepilépticos (carbamazepina, gabapentina, topiramato) y en algunos casos los corticosteroides.⁷ (Tabla 3)

Dimensión Psiquiátrica

El manejo óptimo de la depresión en el paciente terminal debe combinar el uso de medicamentos antidepresivos, la práctica de psicoterapia de apoyo y la implementación de técnicas cognitivas de modificación conductual. El reconocimiento temprano y el tratamiento oportuno del cuadro ayudan a mantener la calidad de vida durante la fase final de la enfermedad y a enfrentar la muerte con el menor sufrimiento posible.²

El nivel de estrés del paciente es el elemento clave para determinar la necesidad y el tipo de intervención terapéutica en los casos de ansiedad. El tratamiento para este tipo de alteraciones psiquiátricas debe ser individualizado e incluye

la psicoterapia, el uso de técnicas de relajación, la modificación conductual y el uso de ansiolíticos. La aparición de síntomas de ansiedad relacionados con condiciones médicas como hipoxia, delirium o dolor insoportable, hace necesario el uso de medidas adicionales como la oxigenoterapia, la administración de opiáceos, antihistamínicos, antidepresivos e incluso neurolépticos.²

El tratamiento del delirium constituye un reto para el equipo responsable de la atención del paciente terminal ya que en la mayor parte de los casos aparece como consecuencia de la combinación de factores orgánicos reversibles e irreversibles.²

El manejo adecuado del paciente en estado confusional agudo debe incluir la identificación de los mecanismos fisiopatológicos subyacentes, el alivio de los síntomas y el soporte vital del paciente. Entre el 10% y el 20% de los individuos con enfermedades incurables experimentan delirium que sólo puede ser controlado mediante la sedación profunda con benzodiazepinas y/o neurolépticos.²

Algunos pacientes con cáncer avanzado, enfermedad metastásica y otras patologías en fase terminal refieren

ideas ocasionales de suicidio, sin embargo, estudios recientes han demostrado que la prevalencia relativa de este tipo de eventos es baja.

Entre los factores que determinan una mayor vulnerabilidad frente al suicidio se pueden mencionar los estados depresivos severos, la fase aguda del delirium, el dolor intratable, la pérdida del control y la sensación de aislamiento social.²

Dimensión social

Desde la perspectiva de la dimensión social es importante promover el fortalecimiento de las redes de apoyo (familia, amigos, instituciones de voluntarios, iglesia); preparar al paciente y su familia para el manejo de los eventos que puedan llegar a presentarse durante la fase terminal del cuadro y para afrontar el momento de la muerte, así mismo, identificar los recursos necesarios (sanitarios, económicos, institucionales y/o de seguridad social) para garantizar la atención del paciente hasta que se presente el desenlace fatal.^{2, 4}

Dimensión espiritual

La aparición de crisis existenciales relacionadas con el dolor y/o con la cercanía de la muerte, hacen que la asesoría espiritual se convierta en un elemento clave para garantizar el bienestar integral del paciente en estado terminal.⁵

En algunos individuos el dolor se convierte en una forma de expiación de la culpa, hecho que puede generar una actitud de rechazo frente al tratamiento prescrito. En otros casos, el sufrimiento moral es un factor que contribuye a potenciar los trastornos homeostáticos derivados del dolor y/o magnifica la percepción del síntoma.⁵

La etapa final

El paciente en estado terminal y su familia han de estar preparados en las mejores condiciones posibles para asumir la llegada de la muerte. Algunas situaciones médicas inesperadas pueden presentarse en la etapa final de la enfermedad dando lugar a un mayor sufrimiento y a una muerte poco digna. Las decisiones que se asumen frente a estas eventualidades son difíciles y pueden representar la diferencia en la calidad del desenlace final.⁸

Según Saunders, Ross y Riley (2003), la calidad de vida en el paciente con una enfermedad en estado terminal es tan importante como la de la muerte, razón por la cual es importante tener en cuenta algunos factores que resultan determinantes a la hora de enfrentarse a este momento de la existencia: control adecuado de los síntomas, preparación para el momento de la muerte, oportunidad para dejar en orden sus asuntos y confianza en los profesionales responsables del cuidado de su salud.⁸

Existe una gran controversia frente al límite de la intervención médica en casos agudos y frente a quien debe hacerse responsable de juzgar la utilidad o no de dichas acciones. En términos generales, se debe llevar a cabo una evaluación individual del caso de acuerdo con los objetivos que se pretenden alcanzar y con las implicaciones médicas, psicológicas, sociales, familiares, económicas, religiosas y legales para el paciente y sus allegados.⁸

La definición del plan de tratamiento y de las medidas que deban ser llevadas a cabo en situaciones de urgencia, ha de estar fundamentada en el punto de vista de todos los actores involucrados en el proceso y debe contar con la autorización expresa del paciente, de la familia o del

responsable legal del mismo, frente a la institución de servicios de salud.⁸

El tratamiento conservador de los eventos agudos es habitualmente la mejor opción en aquellos pacientes que han aceptado la llegada de la muerte, en aquellos otros que no se encuentran preparados para afrontar la crisis de la etapa final de la existencia se deben llevar a cabo todas las acciones posibles para mantener la vida, aunque éstas puedan parecer innecesarias.⁸

Referencias

1. Whitecar P, Jonas P, Clasen M. Managing pain in the dying patient. *Am Fam Physician* 2000; 61: 755 – 64.
2. Tremblay A, Breitbart W. Psychiatric dimensions of palliative care. *Neurologic Clinics*. 2001; 19 (4): 1 – 19.
3. Billings J. Palliative care. *BMJ*. 2000; 321: 555 – 558.
4. Miller K, Miller M, Jolley M. Challenges in pain management at the end of life. *Am Fam Physician*. 2001; 64: 1227 – 34.
5. Abraham J, Snyder L.. Palliative care. Pain assessment and management. *Prim Care: Clinics in office practice*. 2001; 28 (2): 269 – 97.
6. Thomas D, Kreizman I, Melchiorre P, Ragnarsson K. Rehabilitation of the patient with chronic critical illness. *Critical Care Clinics*. 2002; 18 (3): 695 – 715.
7. Eisenberg E., Borsook D., LeBel A. Dolor en el enfermo terminal. *Manual de tratamiento del dolor*. Massachusetts General Hospital. Marbán 1999: 310 – 334.
8. Saunders Y, Ross J, Riley J. Planning for a good death: responding to unexpected events. *BMJ*. 2003; 327: 204 – 206.

APÉNDICE

EL TRATAMIENTO DEL DOLOR COMO UN DERECHO FUNDAMENTAL

El dolor es una de las afecciones más comunes en la consulta médica en todos los niveles sanitarios. Millones de personas se ven afectadas por dolor crónico en todo el planeta, ocasionando un marcado deterioro del estado de salud y de la calidad de vida.¹

Datos del National Center for Health Statistics (NCHS) indican que 32.8% de la población estadounidense sufre dolor crónico y aproximadamente cien millones de personas asisten cada año a consulta médica por diferentes tipos de dolor episódico o persistente, siendo más común en los ancianos y en los pacientes con enfermedades terminales: más de tres cuartas partes de la población mayor de 75 años refiere algún tipo de dolor y alrededor de dos terceras partes de los mayores de 65 años institucionalizados, sufre de dolor crónico.^{1,2}

Desafortunadamente, los esquemas de tratamiento empleados en el manejo de los pacientes con dolor crónico

no alcanzan el alivio total del síntoma ni la recuperación funcional completa en una gran proporción de casos. Algunos investigadores han reportado la persistencia del síntoma dos años después del inicio del tratamiento hasta en dos terceras partes de los pacientes tratados medicamente, hecho difícil de explicar si se tienen en cuenta los grandes avances alcanzados en la comprensión de los fenómenos fisiopatológicos subyacentes al dolor.^{2,3}

Entre las razones planteadas por Brennan y colegas (2007) para explicar las deficiencias detectadas en el manejo del dolor se incluyen determinantes culturales, condicionamientos sociales, posturas políticas, tendencias religiosas y actitudes individuales frente al mismo.

Otras barreras para alcanzar el control óptimo del dolor y la rehabilitación funcional del paciente incluyen la complejidad del mecanismo etiológico de base, la falta de conocimiento acerca del tema por parte del personal médico, el abordaje inadecuado del paciente, el temor a utilizar esquemas de tratamiento que incluyan medicamentos de control especial y la preocupación por la posibilidad de aparición de efectos secundarios adversos, tolerancia o adicción frente al tratamiento prescrito.

Consecuencias del tratamiento inadecuado del dolor

El tratamiento inadecuado del dolor tiene impacto en las esferas biológica, psicológica y social. Respecto a la primera, los efectos incluyen aumento de la frecuencia cardíaca, incremento de la resistencia vascular periférica, mayor frecuencia de eventos isquémicos y sensibilización central, entre otros.

Los referentes culturales también influyen el comportamiento humano, a nivel individual y colectivo, especialmente en lo referente a los conceptos de salud y enfermedad, así, de acuerdo con Brennan “todas las culturas tienen una postura clara frente al dolor y al tratamiento del dolor”, hecho que genera una visión particular acerca del fenómeno.

Las concepciones históricas en torno al dolor han evolucionado a través del tiempo, desde una tendencia claramente influenciada por los determinantes sociales del contexto hacia una que privilegia la percepción subjetiva del síntoma y el bienestar individual, en una actitud humanitaria que permita garantizar el alivio del dolor y el mejoramiento de la calidad de vida del paciente.

Por otra parte, la religión, la filosofía y el folklore han contribuido a “cargar de significado” el concepto del dolor en torno a la perspectiva espiritual y a la trascendencia del individuo como resultado del sufrimiento derivado de la experiencia nociceptiva.

Los cambios más importantes en relación con el manejo del dolor (especialmente en lo concerniente al dolor oncológico), se han dado como resultado de la iniciativa de la Organización Mundial de la Salud, durante las dos últimas décadas. No obstante, a pesar del interés creciente de los líderes de la salud en la búsqueda de soluciones concretas al problema del dolor, aún persisten numerosos mitos acerca del dolor entre pacientes y profesionales responsables de la atención de su salud.

Algunos de estos mitos incluyen los conceptos que el dolor es “necesario, natural y en algunas ocasiones beneficioso” para el sujeto; que el dolor es esencial para alcanzar el diagnóstico y que no debe ser eliminado por completo mientras no se haya identificado la causa del mismo; que la palabra “paciente”, derivada etimológicamente del latín *patiens*, que significa “alguien que sufre” ha de ser tomada en sentido literal; que el dolor severo, relacionado con una

intervención quirúrgica, con una enfermedad crónica y/o con el desarrollo de una neoplasia es inevitable y que muchos pacientes con dolor crónico de naturaleza no oncológica son simuladores.

Los referentes políticos y legales también representan un obstáculo significativo para el tratamiento adecuado del dolor en algunos países. Los opioides, fármacos de elección en el tratamiento del dolor moderado a severo de cualquier etiología, son objeto de múltiples controversias (temor frente al uso ilegal de las sustancias, abuso y adicción) en relación con la importación, fabricación, distribución y prescripción de estas sustancias por parte de agencias nacionales e internacionales.

Adicional a lo anterior, en algunas regiones se presentan situaciones particulares en torno a la prescripción, distribución y utilización de los opiáceos en la práctica médica: prohibición del uso de opioides en dolor crónico de origen oncológico y autorización para el manejo del dolor postoperatorio, restricción de la prescripción en los niños y permisividad plena en los adultos, disponibilidad de presentaciones de liberación sostenida y ausencia de otras formas posológicas, entre otras.

El punto de vista médico

La principal barrera para el manejo adecuado del dolor por parte de los responsables del cuidado de la salud es la concepción errada, especialmente en relación con los opioides, acerca de los efectos farmacológicos de dichos medicamentos y de las indicaciones de los mismos en torno a diferentes condiciones clínicas.

De acuerdo con Brennan y colegas, el temor de los médicos frente al uso de opiáceos para el control del dolor estaría determinado por la falta de conocimiento en relación con el tema y por una cierta “fobia” a dichas sustancias, la cual estaría en consonancia con la falta de solidez de la formación profesional.

Diferentes encuestas llevadas a cabo en profesionales de la salud respecto a la competencia en el manejo del dolor, sugieren que el entrenamiento y la exposición a experiencias académicas en torno al manejo del paciente con dolor son insuficientes. Por otra parte, en relación con los pacientes y sus familias, el temor frente a la administración de opioides con fines terapéuticos se ha

visto asociado con edad avanzada, bajo nivel cultural y escasa información al respecto.

Perspectivas ética y legal del manejo del dolor

Durante muchos siglos, el énfasis de los tratamientos médicos y quirúrgicos estuvo planteado en torno a la preservación de la vida, dejando en un segundo plano el alivio del dolor. Desde hace unos cuarenta años, con la introducción del modelo biopsicosocial, han tomado fuerza otros elementos no biológicos como referentes de la atención médica, incluyendo la percepción individual de la calidad de vida y la subjetividad del paciente respecto a la evolución de su condición patológica.

Desde ese enfoque, el modelo biomédico tradicional se hace insuficiente frente a la necesidad de un abordaje integral del paciente con dolor y de la sociedad en que vive, razón por la cual es necesario introducir consideraciones de orden ético y legal en este ámbito. Los códigos éticos que determinan el marco para la actuación profesional de quienes están a cargo del cuidado de la salud de la población incluyen referencias específicas acerca de la

obligación de “aliviar el dolor y el sufrimiento” (Asociación Médica Americana, Asociación Americana de Enfermeras).

La importancia del alivio del dolor como núcleo de la atención médica es incontrovertible en el marco de los principios bioéticos universales, particularmente en lo referente a los principios de beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia. De acuerdo con Post y colegas, “el cumplimiento del principio ético de beneficencia es una justificación suficiente para que los proveedores de salud busquen el alivio del dolor en aquellos que se encuentran a su cuidado...”.

En lo que respecta al principio de no maleficencia, relacionado con la prohibición de causar perjuicio, también existe un referente claro respecto al manejo adecuado del dolor: la persistencia del síntoma y de sus connotaciones biológicas, psicológicas y sociales por un tratamiento inadecuado, por falta de interés en las quejas del paciente y/o por el bloqueo al acceso de terapias analgésicas efectivas representan circunstancias en que se ocasiona un detrimento evitable en la calidad de vida de quienes ponen el cuidado de su salud en manos del médico.

Este hecho puede convertirse a la vez en una contravención a los principios de autonomía y autodeterminación en la búsqueda de atención sanitaria por parte de los pacientes con dolor.

De hecho, en palabras de Brennan "... la falta de alivio del dolor *per se* puede afectar, y en algunas ocasiones bloquear por completo, el ejercicio de la autonomía del individuo", dado el impacto que puede tener en la capacidad del paciente para tomar decisiones frente a los cuidados que han de ser prodigados por los prestadores de servicios de salud.

Finalmente, el cumplimiento del principio bioético de justicia, el cual propugna por la distribución equitativa del cuidado de la salud, es uno de los mayores retos en relación con el manejo del dolor alrededor del mundo, dadas las diferencias existentes en cuanto al manejo del mismo con respecto al acceso al sistema sanitario, a la calidad de los servicios ofertados, al estatus socioeconómico y a las dificultades que enfrentan grupos vulnerables de la población (ancianos, mujeres, grupos étnicos, minorías raciales).

Con base en las consideraciones anteriores, el “derecho moral” al manejo adecuado del dolor, se encuentra soportado en la premisa que las actuaciones de los responsables del cuidado de la salud se basan en los principios éticos de la profesión, hecho que las constituye en una obligación, individual e institucional, frente a la atención del paciente y en forma concomitante en un derecho de este último a recibir el cuidado apropiado frente a las alteraciones de su estado de salud: *“el manejo del dolor es una iniciativa moral que nace del corazón mismo de la bioética”*.

El manejo del dolor como un derecho fundamental

Con base en las consideraciones expuestas anteriormente y en la lentitud con que se vienen dando los cambios en el manejo del dolor en los ámbitos médico, cultural, legal y político, Brennan y colegas plantean la necesidad de promover la obligatoriedad de un manejo adecuado del dolor a niveles que trasciendan la práctica clínica y los referentes éticos de la medicina, transformando el enfoque con que se analiza el tema desde el cumplimiento de una buena práctica médica hacia la obligación social e

institucional basada en un derecho fundamental del ser humano.

Según los autores, el uso del término “derecho” es conveniente para la promoción de un ideal y para el reforzamiento de la obligatoriedad del cumplimiento del mismo, sin embargo, la falta de claridad en la definición de la naturaleza del mismo (fundamentación ética vs fundamentación legal) genera dificultades para su aplicación universal.

Garantías Constitucionales

La constitución de la mayor parte de los países del mundo consagra el cuidado de la salud como un derecho fundamental de los ciudadanos, sin embargo, cuando se analizan las implicaciones del dolor en la vida del individuo y las repercusiones sociales y políticas del fenómeno, existen diferentes interpretaciones frente al cumplimiento cabal del mismo, particularmente en lo relacionado con el manejo paliativo del dolor mediante el uso de opioides u otros fármacos restringidos por leyes y políticas estatales en pacientes con enfermedades terminales dada la estrecha relación existente entre el alivio del dolor y el sufrimiento y

la probabilidad de eventos adversos, adicción e incluso la ambientación de un suicidio asistido.

Los argumentos esbozados frente a las medidas restrictivas asumidas en estos casos están planteados alrededor de la consideración que se da “un manejo inadecuado y despectivo” a la evidencia científica que sustenta una buena relación costo beneficio entre el uso de dosis elevadas de opioides para el tratamiento del dolor y otros síntomas asociados en los pacientes con neoplasias malignas.

Hacia el futuro se plantean grandes retos en relación con el manejo del dolor en otros contextos, incluyendo el dolor crónico no oncológico, el cual está siendo objeto de atención especial por parte de profesionales de la salud, grupos de usuarios y legisladores, como una condición patológica que se encuentra en franco aumento y frente a la cual existen aún más restricciones que respecto al ocasionado por cáncer.

Regimenes estatutarios

La consideración del manejo del dolor en regimenes estatutarios específicos está planteada en tres escenarios:

el derecho del paciente al manejo del dolor, la protección legal de los profesionales y el papel de la educación en el manejo del síntoma.

Existen varios marcos de referencia acerca del derecho a un manejo adecuado del dolor, sin embargo, en todos ellos existe coincidencia en torno al hecho que cualquier paciente que se encuentra bajo el cuidado de un profesional de la salud tiene derecho a recibir el máximo alivio del dolor y el sufrimiento dentro de los límites razonables y que las medidas terapéuticas asumidas en cada caso han de estar en concordancia con el nivel de intensidad del dolor y el sufrimiento.

En un segundo escenario, se ha venido trabajando en la definición de medidas de protección civil y legal frente a la actuación profesional en casos de difícil manejo, especialmente en el cuidado de pacientes con enfermedades en estado terminal.

En tal sentido, se hace referencia a la intencionalidad del profesional cuando prescribe un tratamiento determinado (alivio del dolor), a la obtención del consentimiento previo del paciente y su familia y a la adherencia de éste a los

estándares planteados universalmente en relación con el cuidado paliativo de los pacientes.

El tercer ámbito que ha de ser considerado en los regimenes estatutarios en torno al manejo del dolor es el del papel del médico en la transmisión de información y el de la educación del paciente y su familia en tópicos relacionados con el alivio del dolor y el sufrimiento derivados de la enfermedad que padezca.

Algunos elementos que vienen siendo manejados en los regimenes estatutarios incluyen la remisión del caso a profesionales especializados en el manejo del dolor, el desarrollo de proyectos de investigación tendientes a cualificar la atención integral del paciente y el ofrecimiento de información clara y precisa de la enfermedad y sus consecuencias.

Según Brennan y colegas, los componentes esenciales de cualquier legislación regulatoria respecto al tema deberían incluir: el manejo razonable del dolor como un derecho del paciente; la obligación del profesional responsable del cuidado de la salud de escuchar y responder en forma oportuna y adecuada a las quejas del mismo; la definición

clara de los lineamientos médicos, éticos, legales y penales en torno al manejo del dolor; la existencia de un sistema de referencia a niveles especializados en el tratamiento de estos pacientes y la organización de programas y actividades de educación continuada para médicos y pacientes en relación con los aspectos mencionados.

Conclusiones

- El dolor es uno de los motivos de consulta más frecuentes alrededor del mundo.
- A pesar de los avances alcanzados en los últimos años en la comprensión de los mecanismos fisiopatológicos que sustentan la aparición del dolor, persisten grandes vacíos en el manejo del mismo.
- Las principales barreras para el manejo óptimo del dolor incluyen falta de preparación por parte de los profesionales de la salud, temor a la utilización de medicamentos de control, ausencia de comprensión acerca de la subjetividad de la experiencia dolorosa y fallas en la comunicación entre médico y paciente.
- Los opiáceos representan la piedra angular del tratamiento en dolor crónico moderado a severo de cualquier naturaleza, sin embargo, existen numerosas limitaciones de orden social, cultural, político y social

que impiden su uso efectivo en estas condiciones patológicas.

- El control inadecuado del dolor genera importantes consecuencias biológicas, psicoafectivas, sociales y económicas y va en contra de los principios éticos y de los referentes profesionales de la ciencia médica.
- Existen consideraciones de orden filosófico, ético y legal para considerar el manejo del dolor como un derecho fundamental del individuo, no obstante, la aplicación de los mismos en la práctica cotidiana depende por completo de la postura de los profesionales de la salud responsables del cuidado del paciente y de su interpretación del concepto de “buena práctica médica”.

Referencias.

1. Ashburn M., Staats P. Management of chronic pain. *The Lancet* 1999; 353:1865 - 69.
2. Marcus D. Managing chronic pain in the primary care setting. *American Family Physician* 2002; 66:1.
3. Brennan F, Carr D, Cousins M. Pain management: A fundamental Human Right. *Anesth Analg* 2007;105: 205 – 21.

Edición Digital
Primera impresión
Bogotá D.C. 2011

Para comunicarse con el autor:
juancarlosmoralesruiz@gmail.com

DOLOR EN EL PACIENTE TERMINAL

ISBN 978 – 958 -99855 – 1 – 9



Este documento se encuentra bajo licencia Creative Commons, atribución no comercial, permitiéndose el uso, distribución y reproducción en cualquier medio, siempre y cuando se otorgue el crédito respectivo a los autores y a los grupos grupo de investigación Calidad de Vida Relacionada con la Salud y Envejecimiento y Vejez de la Facultad de Medicina de la Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales.

Para comunicarse con nosotros, escribanos a:

medicinaudca@gmail.com