

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

Generalidades del dolor oncológico Generalities of the oncological pain

Dra. Sarah María Regueira Betancourt*, Lic. Miguel David Fernández Pérez**, Dr. Manuel de Jesús Díaz Pérez***

*Especialista de Segundo Grado en Medicina Interna y Farmacología. Investigadora Agregada. Profesora Asistente. Policlínico Docente "Manuel Fajardo Rivero", Las Tunas. **Licenciado en Bioquímica. Máster en Farmacología Experimental. Investigador Auxiliar. Profesor Auxiliar. Centro de Bioproductos Marinos (CEBIMAR). La Habana. ***Especialista de Segundo Grado en Medicina Interna. Máster en Enfermedades Infecciosas. Profesor Auxiliar. Hospital General Docente "Dr. Ernesto Guevara de la Serna". Las Tunas, Cuba. **Correspondencia a:** Dra. Sarah María Regueira Betancourt, correo electrónico: regueira@itu.sld.cu.

Recibido: 29 de agosto de 2015

Aprobado: 24 de septiembre de 2015

RESUMEN

El dolor por cáncer puede ser provocado por un tumor maligno, por la terapéutica sobre el mismo, o ambas causas. Éste tiene un debut agudo, que transitará hacia la curación o la cronicidad. En el seno de un cuadro de dolor crónico pueden aparecer, además, episodios agudos. Se realizó una revisión bibliográfica acerca del dolor oncológico, empleando los recursos disponibles en la red Infomed, específicamente, Ebsco, The Cochrane Library, PubMed, Hinari y SciELO, a través de los cuales se accedieron además a las bases de datos: MEDLINE, Academic Search Premier y MedicLatina. La presencia del dolor dentro de un proceso oncológico es variable y depende del tipo y de la extensión de la enfermedad, así como de la propia tolerancia individual de cada persona. El dolor oncológico terminal intenso es una circunstancia tan previsible como necesariamente evitable. Su alivio resulta prioritario en el programa mundial del cáncer de la Organización Mundial de la Salud. Conocer la clasificación del dolor, las causas, las escalas de valoración, la manera en que se puede describir, permite un tratamiento integral del dolor por cáncer, optimizar la atención integral del paciente con esta afección y mejorar su calidad de vida.

Palabras clave: DOLOR ONCOLÓGICO; OPIOIDES; TRATAMIENTO.

Descriptor: NEOPLASIAS; DOLOR; ANALGÉSICOS OPIOIDES.

SUMMARY

Cancer pain can be caused by a malignant tumor, by the therapy used to treat it, or by both causes. It begins with an acute onset that goes towards healing or chronicity. Together with the manifestations of a chronic pain, acute episodes may appear. A bibliographic study was carried out on the oncological pain, using the resources available in the Infomed network, specifically Ebsco, The Cochrane Library, PubMed, Hinari and SciELO, by means of which the following databases were accessed: MEDLINE, AcademicSearch Premier and MedicLatina. The presence of pain in an oncological process is variable and it depends on the type and extension of the disease, as well as on each person's own individual tolerance. The terminal intense oncological pain is a circumstance both foreseeable and necessarily avoidable. Its relief is a priority in the cancer program of the World Health Organization. To know the classification of pain, its causes, the assessment scales and the way in which it may be described provides a comprehensive treatment for cancer pain. It also helps to optimize the comprehensive care to the patients suffering from this condition and improve their quality of life.

Key words: ONCOLOGICAL PAIN; OPIOIDS; TREATMENT.

Descriptors: NEOPLASMS; PAIN; ANALGESICS, OPIOID.

Citar como: Regueira Betancourt S, Fernández Pérez M, Díaz Pérez M. Generalidades del dolor oncológico. Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta. 2015; 40(10). Disponible en: <http://revzoilomarinellosld.cu/index.php/zmv/article/view/343>.



Universidad de Ciencias Médicas de Las Tunas
Centro Provincial de Información de Ciencias Médicas
Ave. de la Juventud s/n. CP 75100, Las Tunas, Cuba

INTRODUCCIÓN

El dolor es un síntoma común, experimentado por los pacientes de cáncer con amplias variaciones, según el diagnóstico primario y la fase de la enfermedad. Se presenta como síntoma principal en un tercio de los cánceres en tratamiento activo y en dos tercios de los enfermos en estadio tumoral avanzado. (1, 2)

El dolor agudo se define como de reciente aparición y probable duración limitada, con relación causal, temporal y daño real, desencadenado por estímulos nocivos, nociceptivos y neuropáticos, asociado con daño potencial y función anormal de músculos, tendones, huesos y vísceras, sin producir lesión hística actual. El dolor crónico persiste más allá del tiempo de curación de lesiones o enfermedades, sin identificar una causa para ello, prolongado por más de un mes después del curso habitual de un proceso agudo o del tiempo razonable para sanar una herida, o todo dolor asociado a un proceso patológico crónico, causante de dolor continuo o recurrente. El dolor por cáncer puede ser provocado por un tumor maligno o por la terapéutica sobre el mismo, o ambas causas. Tiene un debut agudo, que transita hacia la curación o la cronicidad y depende de la superficie hística afectada y del estadio de la enfermedad. En el seno de un cuadro de dolor crónico pueden aparecer, además, episodios agudos. (3)

En el 2002 se diagnosticaron en el mundo 11 millones de nuevos casos de cáncer. (4) A escala mundial, no solo constituye un serio problema de salud y una de las principales causas de muerte, sino que también tiene una gran connotación psicológica y social en la población. Se considera la epidemia silenciosa del siglo XXI. El número de fallecidos por esta causa supera el conjunto de muertes por SIDA, malaria y tuberculosis, puesto que cobra más de siete millones de vidas cada año y afecta a más de 20 millones de personas. Se pronostica que para el 2020 la mayoría de los 16 millones de casos nuevos y de 12 millones de muertes ocurrirán en los países en vías de desarrollo, los cuales no cuentan con todos los recursos suficientes para tratar esta afección. (5)

En Norteamérica, en 2007, 11,7 millones de ciudadanos sufrieron algún tipo de cáncer invasivo, de los cuales 8,7 millones padecieron dolor severo que obligó a emplear opioides; 5,7 millones de ellos tenían más de 60 años. Estos pacientes transitaron por etapas agudas, crónicas y en ocasiones del tipo intermitente. (6)

A partir del año 2012 pasa a ser la primera causa de muerte en Cuba, superando a las enfermedades cardiovasculares, con tendencia ascendente. (7) Al cierre del 2014 la tasa de mortalidad fue de 214 por cada 100 mil habitantes, con 18 años de vida potencial perdidos por 1 mil habitantes. (8) De

continuar esta tendencia creciente, hasta el 2030, según el desarrollo demográfico y social en el planeta, habrá anualmente de 25 a 39 millones de nuevos pacientes con tumores malignos. (4)

La presencia del dolor dentro de un proceso oncológico es variable y depende del tipo y de la extensión de la enfermedad, así como de la propia tolerancia individual de cada persona. El dolor oncológico terminal intenso es una circunstancia tan previsible como necesariamente evitable. Por ello, su alivio y los cuidados paliativos son prioritarios en el programa mundial del cáncer de la Organización Mundial de la Salud (OMS), insistiendo en que los sistemas sanitarios pongan en marcha programas de vigilancia del control del dolor. (9)

Los pacientes y, más frecuentemente, los familiares tienen importantes limitaciones a la hora de aceptar un tratamiento con opioides mayores, por las connotaciones sociales de los mismos o por la identificación de la "morfina" con la gravedad extrema. Otra importante limitación a la hora del tratamiento del dolor en pacientes con estados avanzados de su enfermedad lo constituye la posibilidad de que la propia analgesia desencadene la muerte del paciente, cuando el planteamiento debe ser que en esas fases de la enfermedad el dolor posiblemente constituye la única causa del hilo de vida o agonía. En la medida que es el estímulo para la descarga de aminas necesarias para actividad vital mínima, es lógico, por tanto, que al abolir dicho estímulo el paciente cause exitus, pero siempre como consecuencia de su proceso de base. (10)

Se ha observado que, a pesar de existir numerosas guías para su tratamiento, el dolor es el mayor problema de los pacientes con cáncer y la magnitud de los casos subtratados se extiende cada día más. Asimismo, en cerca de 44 estudios realizados, uno de cada dos pacientes con dolor por cáncer no tiene tratamiento adecuado. Esto ocurre fundamentalmente por desconocimientos de dosis, vías y tratamientos no farmacológicos. (11)

Conocer el tratamiento integral del dolor por cáncer permitiría optimizar la atención integral del paciente con esta afección, pues de esta forma mejorarían su nivel de vida, la calidad de la atención primaria de salud, así como la disponibilidad de los opioides cada vez más cerca del afectado y sus familiares. En este mismo sentido se implementarían políticas de educación en dolor, con una adecuada asignación de recursos económicos, principalmente en el campo de la investigación.

DESARROLLO

¿Por qué se produce el dolor? El dolor en el paciente oncológico puede tener distintos orígenes, por lo que su aparición no tiene porqué ser un signo de progresión de la enfermedad.

En unos casos, el dolor ocurre por la presión que ejerce el crecimiento del tumor sobre tejidos como los huesos, los nervios u otros órganos del cuerpo. No obstante, puede estar causado por el propio tratamiento de la enfermedad. Por ejemplo, el someterse a una cirugía, la radioterapia o el propio tratamiento quimioterápico pueden producir dolor como un efecto secundario. Además, en muchas ocasiones, también existe un dolor previo a la enfermedad, como la artrosis, jaquecas, lumbalgia... En cualquier caso, es importante compartir esa información, para poder afrontar de la forma más adecuada el diagnóstico y tratamiento del dolor. (9)

Principales causas del dolor oncológico

La invasión tumoral de estructuras adyacentes (70 %): puede ser la invasión de estructuras óseas, de elementos vasculares o nerviosos, obstrucción intestinal o la infiltración de vísceras huecas. Además, puede deberse a procedimientos diagnósticos y terapéuticos (20 %): entre los que cabe mencionar las intervenciones quirúrgicas, los efectos secundarios propios de la quimioterapia (mucositis gastrointestinal y bucofaríngea, neurotoxicidad) y/o de la radioterapia (enteritis rádica, cistitis rádica, osteonecrosis rádica). Síndromes inducidos por la neoplasia (<10 %): como son los síndromes paraneoplásicos, también son causas de dolor. Otras causas extraoncológicas: como la artrosis, osteoporosis, cardiopatía isquémica, infarto de miocardio, etc... (12)

Escalas de valoración del dolor

Poco utilizadas en la práctica médica. Son métodos clásicos de medición de la intensidad del dolor y con su empleo se puede llegar a cuantificar la percepción subjetiva del dolor por parte del paciente. Con ello, es posible ajustar de una forma más exacta el uso de los fármacos analgésicos. Puesto que recientemente se recomienda obviar el paso escalonado de los analgésicos, establecido por la OMS, en los casos en los que los pacientes refieran un dolor severo de inicio. Así, se debería de iniciar directamente con el tercer escalón de la analgesia sin necesidad de ensayar los dos escalones previos, con el objetivo de evitar períodos de dolor mal controlado.

Estas escalas de valoración del dolor oncológico son generalmente de fácil manejo y entendimiento por parte de los pacientes, con lo que se recomienda su utilización en la práctica clínica diaria. Existen diferentes escalas de valoración del dolor:

Escalas verbales o de descriptores verbales. Mediante el uso de estas escalas se evalúan la intensidad del dolor y el grado de mejoría que experimenta el paciente oncológico, a partir de palabras que expresan diversos grados de intensidad, bien sea en orden decreciente o bien creciente. El número de niveles puede variar de 4 a 15.

Escala gráfica: se trata de una escala analógica visual, en la que se indican números o adjetivos a lo largo de una línea, definiendo diversos niveles de intensidad del dolor. Este tipo de escala también puede utilizarse para comprobar el grado de efectividad del tratamiento.

Escala analógica visual (EVA): esta escala de dolor fue ideada por Aitken en 1969 y consiste en una línea horizontal o vertical de diez centímetros de longitud, cuyos extremos están señalados con los términos "no dolor" y "dolor insoportable". En el izquierdo se sitúa la ausencia o menor intensidad, y en el derecho la mayor intensidad. Es el paciente el que colocará la cruz en la línea en función del dolor que experimente. La EVA también puede ser usada para valorar la respuesta al tratamiento analgésico. (13)

¿De qué manera se puede describir el dolor?

El dolor oncológico se puede clasificar de distintas maneras, en función de su intensidad, duración o de sus características. Según su intensidad: la intensidad del dolor se mide mediante lo que se denomina Escala Visual Analógica (EVA). (13) De acuerdo con esta escala el dolor se clasifica en: *leve*, EVA de 0-3; *moderado*, EVA de 4-6; *intenso*, EVA de 7-10; *muy intenso*, EVA más de 10. Según su duración: *agudo*, dura menos de 3-6 meses, de comienzo bien definido, con signos y síntomas objetivos; *crónico*, persiste más de seis meses y no suele acompañarse de signos objetivos y para su control es necesario utilizar distintos enfoques de tratamiento.

Clásicamente el dolor se ha clasificado en tres grandes subtipos, en base a la neurofisiología y neuroanatomía del dolor. (14)

Visceral: surge tras la activación de los nociceptores por infiltración y/o compresión de vísceras torácicas, abdominales o pélvicas, típicamente aparece en la carcinomatosis peritoneal, sobre todo en el seno del cáncer pancreático. Se trata de un dolor difuso y mal localizado. En su fisiopatogenia los receptores opioides kappa parecen jugar un papel importante. Es un dolor constante, sordo, mal localizado. (14)

Somático: es el dolor que se produce como consecuencia de la activación de los nociceptores. Se origina en la piel, músculos, tejidos profundos o los huesos. Suele tratarse de un dolor bien localizado, constante, intenso, opresivo y punzante. Algunos ejemplos de este tipo de dolor son: el dolor por metástasis óseas, el dolor músculo-esquelético y miofascial. (14)

Neuropático: es un dolor que se produce por una lesión primaria o por una disfunción en el sistema nervioso central o periférico, con destrucción y/o afectación nerviosa. Se describe como una sensación de ardor, descarga eléctrica, desagradable, quemante, punzante, hormigueo,

acorchamiento, picor, tirantez. Suele referirse como un dolor agudo. (3)

Patrón del dolor: hace referencia al momento del comienzo del dolor, su duración o persistencia.

Dolor basal: dolor continuo, que precisa una medicación pautaada, no a demanda, por lo general progresiva y siempre con la posibilidad de tener que administrar para su control dosis "de rescate", o fármacos coadyuvantes, ante su reactivación.

Crisis de dolor irruptivo: son exacerbaciones transitorias, rápidas, incluso fugaces, sobre el dolor basal, que puede y debe estar controlado con la medicación pautaada. Se pueden clasificar, a su vez, como: dolor incidental o desencadenado. De causa desencadenante conocida (con mayor frecuencia algún movimiento concreto), no es continuo, pero sí muy intenso; se debe "prevenir" con dosis de analgesia extra. El éxito terapéutico radica en la prevención, que es la circunstancia que lo define, hoy día se dispone de medicación que permitirá amortiguar este dolor. Lo padecen hasta un 65 % de los pacientes terminales.

Dolor irruptivo espontáneo o impredecible: la diferencia fundamental es que no tiene desencadenante (sin causa aparente conocida) y no es previsible, al no obedecer a un patrón fijo. Puede durar de minutos a horas y no volverse a repetir. Se trata, una vez iniciados los síntomas, con dosis extra de analgesia, que interesa tengan el mínimo tiempo de latencia entre la toma y el efecto analgésico.

Dolor por fallo final de dosis: cuando se ha pautaado la medicación al paciente después de un tiempo variable, va a referir que el dolor empieza antes de tener la siguiente toma de analgésico. Ante esta circunstancia las opciones son dos: o bien incrementar la dosis de analgésicos, o con más frecuencia acortar el tiempo interdosis.

Dolor neuropático: sus principales características se han comentado en la clasificación anterior.

Dolor iatrogénico: dolor oncológico, originado por los tratamientos a los que se somete el paciente, principalmente radioterápicos (radiodermatitis, mucositis, dolores neuropáticos) y/o quimioterápicos (mucositis, dolor neuropático). (10)

Dolor refractario: hasta un 15 % del dolor oncológico es resistente a mórficos, precisando para su tratamiento técnicas propias de las unidades del dolor. Sin embargo, se debe tener en cuenta, antes de clasificar a un dolor como refractario, que se revise bien la información disponible, que se hayan cumplido las indicaciones terapéuticas y que los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos impuestos sean adecuados. De lo que se infiere que algún dolor clasificado como refractario no lo es y sólo se trata de una mala orientación terapéutica. (15)

Dolor no oncológico en paciente con diagnóstico oncológico: no se debe olvidar que el paciente con cáncer (incluso en su fase terminal) puede sufrir dolor no relacionado con la enfermedad de base, dolor que a menudo es difícil de detectar, puesto que su presentación típica está desvirtuada por el estado del propio paciente o, más frecuentemente, por la analgesia que ya tiene pautaada, que puede atenuar los síntomas o enmascararlos, un ejemplo de consecuencias, incluso fatales, puede ser el dolor asociado a eventos isquémicos miocárdicos. (10)

Dolor total: el dolor del cáncer es un dolor total, que actúa negativamente sobre la salud física y mental, la capacidad funcional, los recursos económicos y la pérdida del ambiente social. Así pues el paciente con dolor total oncológico presenta necesidades que requieren una asistencia continuada; de tipo físico, procedentes del tumor y sus tratamientos, a tratar por el oncólogo: la desfiguración, el dolor, la debilidad, el estreñimiento y la anorexia; emocionales, sociales y espirituales: procedentes de la falta de información, ansiedad, aislamiento, el abandono, los problemas familiares, que deben ser tratadas por el psicólogo y el asistente social, ya que acontecen problemas de rechazo, burocracia y retrasos en las soluciones administrativas. (16)

De forma resumida y orientativa, se exponen a continuación determinadas circunstancias clínicas a tener en cuenta en la valoración del dolor oncológico, debido a su prevalencia y a su importancia en el curso clínico.

Dolor óseo: es el más frecuente. Las metástasis del cáncer de mama, pulmón, próstata y el mieloma múltiple son sus principales causas. Las metástasis suelen afectar a la columna vertebral, cráneo, húmeros, costillas, pelvis y fémures. La gammagrafía suele ser la prueba diagnóstica de elección, seguida de resonancia magnética.

Dolor de espalda: el desarrollo de dolor de espalda en un paciente con cáncer indica que pueden existir metástasis. El cáncer de mama, pulmón, próstata y tiroides son las principales causas. Las metástasis suelen afectar a la columna dorsal. El dolor de espalda sin compromiso neurológico puede ser estudiado mediante una radiografía simple, que detecta aproximadamente el 70 % de las lesiones vertebrales, la TAC o la resonancia magnética estarán indicadas, si la radiografía simple es normal y existe una sospecha alta de lesión. El dolor de espalda rápidamente progresivo, o con compromiso neurológico, es una urgencia por las secuelas que pueden conllevar el retraso diagnóstico. Suele ser necesario iniciar tratamiento con corticoides intravenosos a dosis altas y valorar la necesidad de radioterapia o cirugía urgente. La TAC, la resonancia magnética son las pruebas complementarias a realizar.

Dolor de cabeza: se deben explorar las características de la cefalea, descartando la posible existencia de metástasis. El diagnóstico lo aporta bien la tomografía axial computarizada o la resonancia magnética nuclear.

Dolor abdominal y pélvico: el dolor es de tipo visceral, las náuseas y vómitos son síntomas acompañantes. El cáncer de recto y del tracto genitourinario suelen causar dolor pélvico. El cáncer de páncreas produce dolor abdominal en estadios avanzados en el 90 % de los pacientes. Otras causas frecuentes de dolor abdominal son la radioterapia y las adherencias secundarias a cirugía.

Dolor postquirúrgico: existen cuatro síndromes dolorosos típicos tras cirugía oncológica. Tienen características de dolor neuropático y su empeoramiento puede indicar recidiva del cáncer.

Dolor postmastectomía: es descrito como quemazón y sensación de opresión en la axila y parte superior del brazo.

Dolor postamputación de una extremidad: puede ser dolor del muñón, del miembro fantasma o ambos. Es más frecuente en la amputación de miembros inferiores.

Dolor postoracotomía: las causas del dolor son la lesión de nervios intercostales y de las articulaciones costocondrales y costovertebrales. El dolor en el brazo ipsilateral suele producirse por lesión de los músculos dorsal ancho y serrato anterior.

Dolor postdisección radical del cuello: es debido a lesión del plexo cervical. Se localiza en la cara anterolateral del cuello y se irradia al hombro.

El diagnóstico precoz de las siguientes entidades es la clave para el control del dolor, a mayor demora mayor dificultad en el tratamiento.

Plexopatía braquial: las manifestaciones clínicas habituales son dolor de hombro y brazo, síndrome de Horner y/o debilidad y atrofia de los músculos de la mano. Las causas más frecuentes son el síndrome de Pancoast, en el contexto de un cáncer de pulmón o de mama y la radioterapia. Se deben contemplar otras causas no relacionadas con cáncer, son osteoartritis, bursitis del hombro y radiculopatías cervicales, cuyo abordaje terapéutico es radicalmente diferente.

Plexopatía lumbosacra: se caracteriza por dolor, que puede irradiarse, y debilidad de los miembros inferiores. Pueden existir alteraciones en la función de la vejiga urinaria y/o en la defecación. Los tipos de cáncer que producen este problema son los tumores pélvicos, sarcomas, linfomas y metástasis de cáncer de mama, así como recidivas o localizaciones retroperitoneales, que suelen dar esta sintomatología muy precozmente. La valoración diagnóstica viene dada por la RMN, si existen datos de irritación radicular; si no es así, se

puede iniciar la aproximación diagnóstica con radiología convencional o gammagrafía.

Plexopatía cervical: el dolor se localiza en el oído y en la cara anterior del cuello. Puede acompañarse de síndrome de Horner y/o parálisis del nervio frénico. Estudio diagnóstico: resonancia magnética con contraste.

Neuropatía periférica: el cáncer puede afectar directamente a cualquier nervio. La neuropatía sensorial dolorosa es un síndrome paraneoplásico, asociado a cáncer de pulmón de células pequeñas, de mama, ovario y colon. El mieloma múltiple se asocia con frecuencia a neuropatía dolorosa sensorio-motora. (10) La quimioterapia con cisplatino, taxanes y alcaloides de la vinca producen con frecuencia neuropatía periférica dolorosa con disestesias, sensación de quemazón en los pies, manos y alteraciones en la sensibilidad vibratoria y propioceptiva. (17)

Es fundamental que se apunte de la forma más específica posible las características, explicándole al médico con detalles y, si se puede, llevar un diario anotando cómo evoluciona el dolor. De ese modo es más fácil elegir el tratamiento adecuado que ayude a aliviarlo.

Barreras habituales frente al control del dolor

Para hacer frente al dolor oncológico es necesario ser capaz de superar una serie de barreras, que dificultan poder controlar el dolor de manera óptima.

No quiere reconocer que siente dolor: en muchas ocasiones no se menciona el dolor cuando se acude a consulta. Por un lado, existe la creencia de que el dolor es un problema poco importante en comparación con el proceso oncológico. Por otra parte, se suele relacionar el dolor con un empeoramiento de la enfermedad. Así, negando el dolor, está negando que la enfermedad vaya evolucionando. Sin embargo, no tiene por qué ser así, ya que el dolor puede estar desencadenado por los tratamientos aplicados para tratar el tumor.

Los medicamentos pueden producir adicción: el miedo a hacerse adicto o de perder el control sobre sí mismo/a es un temor frecuente. Sin embargo, esto no debe suponer un impedimento para tomar analgésicos con la potencia suficiente para aliviar el dolor. La realidad es que rara vez se produce una adicción a los analgésicos, si se toman los medicamentos siguiendo las recomendaciones médicas.

Dejarán de hacer efecto los medicamentos: uno de los temores más frecuentes es la creencia de que hay que tomar los analgésicos solo cuando se siente dolor, para evitar la aparición de tolerancia, es decir, que el analgésico no haga efecto con las dosis que se venían tomando hasta la fecha. Sin embargo, el tratamiento del dolor suele ser más eficaz cuando se toma la medicación a intervalos regulares, haya o no dolor. De esta forma se previene su aparición. Por otra parte, si el dolor no

está bien controlado, a pesar de seguir adecuadamente el tratamiento, puede ser necesario aumentar un poco las dosis o cambiar el medicamento utilizado.

Dan miedo los posibles efectos secundarios: cualquier fármaco puede ocasionar efectos secundarios no deseados y en esto los analgésicos no son una excepción. Sin embargo, casi en su totalidad se pueden prevenir o evitar. (9)

Tratamientos disponibles contra el dolor

La escalera analgésica se describe a modo de rampa ascendente, por aproximarla a la teoría del ascensor analgésico cada vez más vigente, en el que se propone iniciar el tratamiento en el punto que el dolor del paciente lo indique, obviando el paso por escalones anteriores, si por la experiencia clínica es sabido que no va a aportar ningún beneficio terapéutico. La elección del tratamiento depende del médico. Esta se lleva a cabo de manera individualizada, teniendo en cuenta las características del dolor, como son su intensidad y el momento en el que se encuentra la enfermedad. Los resultados suelen ser buenos, ya que un 90-95 % de las personas responden al tratamiento farmacológico, asociado a una buena terapia oncológica. Un 5-10 % de los pacientes requieren unas medidas más agresivas, pero con muy buenos resultados. Se debe informar a los pacientes sobre el dolor y animarlos a que ellos tomen un papel activo en su tratamiento. (18)

El tratamiento analgésico del dolor oncológico debe incidir en los distintos aspectos del dolor, incluyendo las posibles causas, factores desencadenantes o de alivio, el estado de ánimo, la dimensión psicológica, social, espiritual y cultural del paciente. Depende, sobre todo, del tipo de dolor y de la intensidad. De manera que en los dolores, con EVA igual o superior a siete, se debería de iniciar de entrada con el tercer escalón de la analgesia, obviando los dos escalones previos. La vía de administración recomendada es la vía oral y en los pacientes con dificultades para la deglución se puede recurrir a las formas transdérmicas (TD). En determinadas circunstancias la vía parenteral es la preferible. (19)

El primer escalón de la analgesia desarrollada por la OMS está formado por los antiinflamatorios no esteroideos (AINEs). A este grupo pertenecen, entre otros, el aceclofenaco, diclofenaco, ibuprofeno, naproxeno, piroxicam, ketorolaco, ácido acetil salicílico y el paracetamol. El uso del paracetamol y los AINEs está indicado solamente en casos de dolor oncológico leve o moderado y pueden usarse en combinación con los analgésicos opioides y medicamentos adyuvantes en el dolor moderado e

intenso. Este primer escalón, al igual que los otros dos, se puede asociar a los fármacos coadyuvantes. (20) El segundo escalón está formado por los opioides menores. Se utilizan solos o combinados con los analgésicos no opioides para tratar el dolor cuando es de intensidad leve a moderada. Entre ellos, cabe destacar la codeína y el tramadol. (21)

El tercer escalón analgésico es la "estrella" en el manejo habitual del dolor oncológico y su empleo está indicado tras el fracaso escalonado de la analgesia con opioides débiles o bien de inicio ante la presencia de dolores muy severos (EVA > 6). Como norma general, nunca debe de asociarse fármacos de segundo y tercer escalón, ya que su combinación no aumenta la eficacia analgésica y, sin embargo, supone un aumento de la toxicidad. La principal diferencia de los opioides mayores es que no tienen límite de dosis, por lo que ésta se puede ir aumentando en función de las necesidades y tolerabilidad de cada persona. (22)

Todos los médicos están envueltos en la valoración y tratamiento del dolor por cáncer, porque este síntoma puede tratarse en cualquier escena de cuidado. (14)

CONCLUSIONES

El dolor es muy frecuente en pacientes con cáncer, apareciendo hasta en el 75-90 % de los casos. A pesar de las diferentes opciones terapéuticas, según el tipo de dolor, en más del 50 % de los casos no se consigue un control aceptable, y el 25-30 % de los pacientes morirán con dolor intenso. El tratamiento debe ser pautado, evitando en la medida de lo posible la toma a demanda y los placebos. El tratamiento farmacológico continúa siendo la piedra angular del tratamiento. La vía oral es de elección, reservando otras como alternativa. La escalera analgésica de la OMS debe continuar como pauta de referencia. Incluye tres escalones: en el primer escalón se usa un AINE, y cuando éste no controle el dolor se añade un opiáceo débil, pasando al segundo escalón. Si esta combinación deja de ser efectiva, el opiáceo débil es reemplazado por uno potente, ascendiendo al tercer escalón. No se recomienda utilizar dos analgésicos del mismo grupo simultáneamente. Los analgésicos adyuvantes son medicamentos que alivian el dolor, pero no se consideran analgésicos en sentido estricto; pueden ser útiles en cualquier escalón, si el tipo de dolor lo precisa. Es necesario individualizar el tratamiento y el seguimiento. Todos los apartados anteriores deberían, a su vez, interpretarse en clave de medicina basada en la evidencia y uso racional de los medicamentos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Mercadante S, Guccione C, Di Fatta S, Alaimo V, Prestia G, Casuccio A, et al. Cancer pain management in an oncological ward in a comprehensive cancer center with an established palliative care unit. *Supportive Care In Cancer* [revista en internet]. 2013 [citado 28 de septiembre 2015]; 21(12): 3287-3292.

Disponible en: [Academic Search Premier](#).

2. Hernández Ochoa J, Fuentes Vega Z, Cruz Portelles A. Comportamiento del síndrome de compresión medular tumoral en los pacientes del Hospital Vladimir Ilich Lenin. CCM [revista en internet]. 2013 [citado 28 de septiembre 2015]; 17(3): 257-265. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812013000300002&lng=es.
3. Yera Nadal JL. Dolor agudo o episódico por cáncer. Rev cuba anestesiología y reanimación [revista en internet]. 2012 [citado 28 de septiembre 2015]; 11(1): 66-76. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-67182012000100009&lng=es.
4. Cavalli Franco. Cáncer el gran desafío. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2012. p. 12.
5. Romero Pérez T, Abreu Ruiz G, Luna Morales C, Sierra Pérez D, Gandul Salabarría L, Planas Labrada R. Programa integral para el control del cáncer en Cuba. Control del cáncer en la Atención Primaria de Salud. Experiencias cubanas. La Habana: MINSAP; 2010. P. 19-22.
6. Plante G, VanItallie T. Opioids for cancer pain: the challenge of optimizing treatment. Metabolism: Clinical And Experimental [revista en internet]. 2010, Oct [citado 28 de septiembre 2015]; 59 (Suppl 1S47-S52). Disponible en: [MEDLINE Complete](#).
7. Fernández-Pérez M, Hernández-Balmaseda I, Regueira-Betancourt S. Bioactivos marinos en el tratamiento del cáncer. Rev. Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta [revista en internet]. 2015 [citado 28 de septiembre 2015]; 40(7). Disponible en: <http://www.ltu.sld.cu/revista/index.php/revista/article/view/343>.
8. República de Cuba. Ministerio de Salud Pública. Oficina nacional de estadística e información. Anuario Estadístico del 2014 [en línea]. La Habana, Cuba [citado 28 de septiembre 2015]. Disponible en: <http://www.seom.org/seomcms/images/stories/recursos/infopublico/publicaciones/F Oncovida 17 BAJA.pdf>.
9. Pernia A, Torres LM. Tratamiento del dolor oncológico terminal intenso. Rev. Soc. Esp. Dolor [revista en internet]. 2008, Jul [citado 28 de septiembre 2015]; 15(5): 308-324. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462008000500005&lng=es.
10. Larramendi Balva J, Gutiérrez Zamora D, Futiel O'Farril N, Frías Tamayo JA, Peña Anglín M. Intensidad del dolor en pacientes con cáncer según etapas clínicas en el municipio de Manzanillo. MEDISAN [revista en internet]. 2013 [citado 28 de septiembre 2015]; 17(8): 3023-3028. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192013000800006&lng=es.
11. Alexopoulos EC, Koutsogiannou P, Moratis E, Mestousi A, Jelastopulu E. Pain in cancer patients: The Greek experience. European Journal of Oncology Nursing xxx [revista en internet]. 2011 [citado 28 de septiembre 2015]; 15(5):442-6. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21093370>.
12. Khosravi Shahi P, Castillo Rueda A, del Pérez Manga G. Manejo del dolor oncológico. An. Med. Interna (Madrid) [revista en internet]. 2007 [citado 28 de septiembre 2015]; 24(11): 554-557. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-71992007001100010&lng=es.
13. Ripamonti C. Pain management. Annals Of Oncology: Official Journal Of The European Society For Medical Oncology /ESMO [revista en internet]. 2012 [citado 28 de septiembre 2015]; 23(Suppl). Disponible en: [MEDLINE Complete](#).
14. Haugen D, Hjermstad M, Hagen N, Caraceni A, Kaasa S. Assessment and classification of cancer breakthrough pain: a systematic literature review. Pain [revista en internet]. 2010, Jun [citado 28 de septiembre 2015]; 149(3): 476-482. Disponible en: [MEDLINE Complete](#).
15. Bajwa Z, Warfield C. Cancer pain syndromes. [Monografía en internet]. Waltham (MA): Uptodate; 2006 [citado 23 de Junio 2006]. Disponible en: <http://www.uptodate.com>.
16. Fallon M. Neuropathic pain in cancer. BJA: The British Journal Of Anaesthesia [revista en internet]. 2013 [citado 28 de septiembre 2015]; 111(1): 105-111. Disponible en: [Academic Search Premier](#).
17. Vignaroli E, Bennett M, Nikolaichuk C, De Lima L, Wenk R, Bruera E, et al. Strategic pain management: the identification and development of the IAHP opioid essential prescription package. Journal Of Palliative Medicine [revista en internet]. 2012, Feb [citado 28 de septiembre 2015]; 15(2): 186-191. Disponible en: [MEDLINE Complete](#).
18. Ripamonti C, Pessi MA, Boldini S, Ida R, Adelaide P, Stefania B. Supportive care in cancer unit at the National Cancer Institute of Milan: a new integrated model of medicine in oncology. Current Opinion In Oncology [revista en internet]. 2012, Jul [citado 28 de septiembre 2015]; 24(4): 391-396. Disponible en: [MEDLINE Complete](#).
19. Fallon M, Loprinzi C. Presentation at Multinational Association of Supportive Care in Cancer (MASCC) June

2013 (in press).

20. Tassinari D, Drudi F, Rosati M, Tombesi P, Sartori S, Maltoni M. The second step of the analgesic ladder and oral tramadol in the treatment of mild to moderate cancer pain: A systematic review. *Palliative Medicine* [revista en internet]. 2011, Jul [citado 28 de septiembre 2015]; 25(5): 410-423. Disponible en: [Academic Search Premier](#).
21. Caraceni A, Hanks G, Kaasa S, Bennett M, Brunelli C, Zeppetella G, et al. Use of opioid analgesics in the treatment of cancer pain: evidence-based recommendations from the EAPC. *The Lancet. Oncology* [revista en internet]. 2012, Feb [citado 28 de septiembre 2015]; 13(2): e58-e68. Disponible en: [MEDLINE Complete](#).

Copyright Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta. Este artículo está bajo una licencia de Creative Commons Reconocimiento – No Comercial – Sin Obra Derivada 4.0 Internacional, los lectores pueden realizar copias y distribución de los contenidos por cualquier medio, siempre que se mantenga el reconocimiento de sus autores, no se haga uso comercial de las obras, ni se realice modificación de sus contenidos.