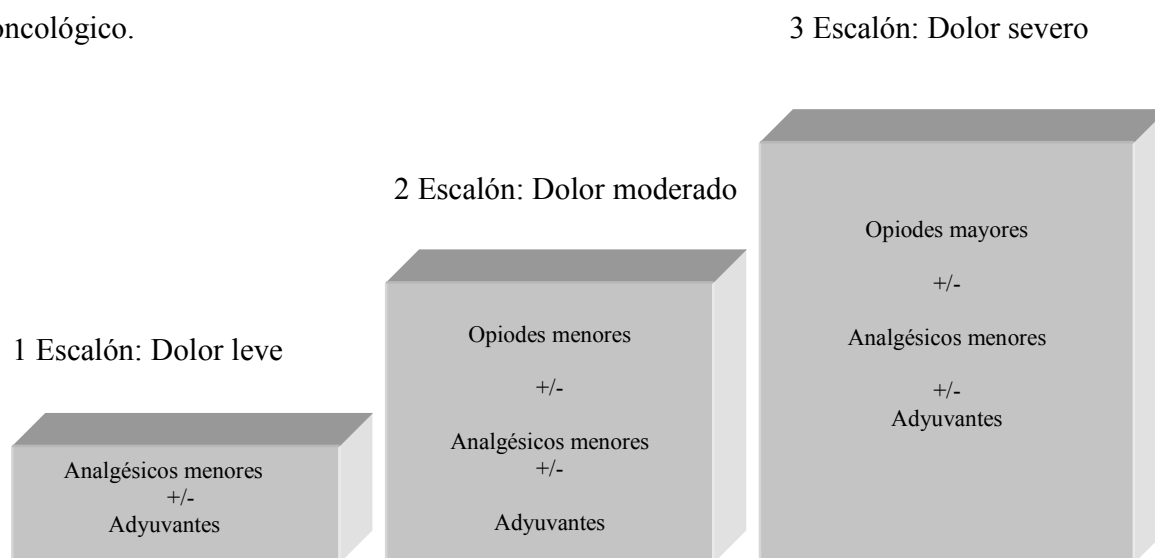


DOLOR EN EL CÁNCER Y DOLOR EN EL SIDA

PROBLEMÁTICA

La escalera analgésica de la OMS, consensuada por expertos a principios de la década de los 80 , y conocida así por establecer tres niveles de tratamiento en función de la intensidad del mismo, se ha demostrado efectiva para controlar a la mayoría de los pacientes con dolor oncológico.



La difusión de la misma a nivel mundial ha sido un objetivo prioritario de la OMS durante dos décadas. No obstante, a pesar de los esfuerzos de la misma la realidad es que:

1.- Estudios recientes demuestran que el dolor en el cáncer sigue infratratado. (Larue et al, 1995; Zenz et al, 1995). La OMS registra que más de 4 millones de pacientes con cáncer en el mundo mueren cada año sin un adecuado control del dolor (Foley, 1995).

2.- Existen varios estudios que muestran que la falta de experiencia por el personal facultativo en la valoración y el manejo del dolor en el cáncer es la causa más importante del pobre control del mismo.. (Elliot et al , 1995; Oneschuk et al 1997)

3. La evaluación de la formación de los residentes sigue realizándose mediante test de elección múltiple apropiados para medir el grado de conocimientos pero no la habilidad clínica ante situaciones reales o simuladas. Sloan en una publicación reciente (Sloan PA et al, 2001) demuestra la persistencia de un inadecuado conocimiento por parte de la mayoría de residentes y médicos generales en un área de EE.UU, perfectamente extrapolable y concluye en la necesidad de estandarizar un test para evaluar y dirigir el aprendizaje en las áreas más deficientes y propone la validación de un test tras un estudio preliminar.

CARACTERISTICAS DEL DOLOR ONCOLÓGICO

Etiología

El dolor en el cáncer puede ser debido a:

1. Propia neoplasia. En las últimas revisiones se han descrito hasta 51 síndromes dolorosos relacionados con la neoplasia (Caraceni A, Portenoy R, 1999)
2. Provocado por la misma terapéutica antineoplásica habiéndose listado hasta la fecha 18 síndromes algidos diferentes
3. Procesos no relacionado con el cáncer

Patofisiología o tipos de dolor

Según las características el dolor puede ser:

- 1) **Nociceptivo** si se debe a la activación de los nociceptores situados en la piel y en los tejidos profundos ya sea por infiltración tumoral o por cambios inflamatorios. A su vez el dolor nociceptivo puede ser somático o visceral
- 2) **Neuropático** si se debe a la disfunción del sistema nervioso central o periférico. El concepto de dolor neuropático, neurogénico, desaferentivo, disestésico o no nociceptivo han sido utilizados en la literatura de forma sinónima.

En el cáncer la coexistencia de ambos dolores incrementa con la progresión de la enfermedad.

Prevalencia del dolor como síntoma

El dolor aumenta con la progresión de la enfermedad, oscilando entre un 20 a un 50% de los pacientes en el momento de ser diagnosticados y entre un 55 a un 95% cuando la enfermedad ya esta avanzada o en estadio terminal con una cifra media del 75%.

Intensidad

Si se tiene en cuenta la intensidad del dolor, que es la que determina la necesidad de tratamiento:

- Entre el 40 al 50% de los mismos el dolor es de moderado a intenso
- Entre el 25 al 30% es de muy intenso a insoportable

El último estudio publicado en la literatura (Caraceni A, Portenoy R, 1999) sobre las características del dolor oncológico, liderado por el grupo de interés en dolor por cáncer dentro de la Asociación Internacional para el estudio del dolor, evaluó 1095 pacientes por 58 especialistas en dolor miembros de la IASP de a su vez 24 países diferentes. Los resultados fueron:

25% de los pacientes experimentaron dos o más dolores

92.5% tuvo uno o más dolores causados directamente por el cáncer

20.8% tuvo uno o mas dolores causados por la terapia antineoplásica

El promedio de duración del dolor fue de 5.9 meses

66.7% registró como el peor dolor el día antes del estudio con puntuaciones por encima de 7 en la escala numérica del 0 al 10

La presencia de dolor irruptivo, dolor somático o neuropático, edad por debajo de 60 años y Karnofsky por debajo de 70 fueron los factores predictivos más importantes para el dolor intenso.

El dolor somático fue el más prevalente (71.6%), el visceral en un 34.7% y el neuropático en un 39.7%.

Estos datos recientes, absolutamente extrapolables vienen a resumir que el dolor en el cáncer es PLURIETIOLOGICO , MIXTO, E INTENSO habiéndose encontrado tras este estudio los predictores sobre el dolor intenso

EVALUACIÓN

Las propuestas establecidas por Foley a principio de lo 90 siguen vigentes a la hora de evaluar al paciente con dolor en el cáncer.

Creer en la queja de dolor

Mientras existe un alto porcentaje de pacientes con dolor crónico no oncológico en donde un trasfondo psicológico o emocional son la base de la demanda de dolor, rara vez el incremento de intensidad de dolor dentro del dolor crónico oncológico se debe a dicha causa. El dolor oncológico, aunque no siempre, está ligado al avance de la enfermedad. Por ejemplo, un paciente que se ha mantenido clínicamente bien con una dosis estable de opiodes durante un largo periodo de tratamiento, la presencia de recidiva o progresión de la enfermedad suele ir asociada a un incremento en la intensidad del dolor. A pesar de que las exploraciones iniciales sean negativas deberá vigilarse estrechamente a dicho paciente. El paciente con dolor oncológico habitualmente siempre tiene una razón objetivable en su demanda de dolor en comparación con el paciente con dolor crónico no oncológico.

Historia clínica y del dolor detallada.

Cuanto más sepamos sobre las características del dolor, inicio, duración, localización, evolución a lo largo del día, factores que lo incrementan o que lo disminuyen, mejor será la eficacia de la pauta analgésica que, dentro de las líneas básicas de tratamiento de la OMS, intentaremos ajustarla a las necesidades clínicas del paciente. Por ejemplo no podemos comparar el tratamiento de un paciente con un proceso oncológico que quiere llevar todo el tiempo máximo que pueda una vida laboral activa al paciente mayor con limitaciones físicas no relacionadas con el cáncer que tiene de por sí poca movilidad.

Exámen físico

El exámen físico ha de ser detallado especialmente a nivel neurológico ya que el cáncer no es una enfermedad estática

Exploraciones complementarias

Solicitar las exploraciones más pertinentes pensando siempre en la rentabilidad de las mismas en cuanto a cambios de tratamiento que de ellas pueden derivarse , más que en un afán simplemente iconográfico

Tratamiento

Tratar el dolor siempre, aunque no sepamos aun la causa que lo genera.

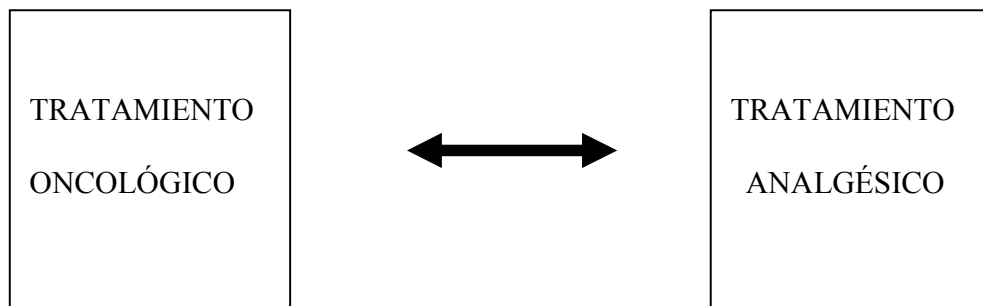
Relación y control

A falta de un control domiciliario, facilitar el contacto del paciente o de los cuidadores especialmente en las fases de titulación de opiodes mayores o cuando se precisa instrumentalización en los medios analgésicos.

Hemos de recordar que deben plantearse también objetivos realistas y una comunicación llana con el paciente.

TRATAMIENTO

El tratamiento del dolor en el cáncer supera un único abordaje terapéutico .
Simultáneamente al tratamiento farmacológico propuesto por la OMS, debe hacerse una evaluación individualizada sobre el estadio del cáncer y la posibilidad de tratar la causa etiológica del dolor.



Por mucho que tratemos el dolor de una metástasis ósea, este no se entendería sin la posibilidad de irradiar dicha metástasis única, o en el caso de que fueran múltiples, tratarlas mediante quimioterapia asociada a bifosfonatos endovenosos.

Otro ejemplo claro sería el dolor visceral por distensión de la cápsula de Glisson en una metástasis única hepática sin intentar realizar una metastasectomía buscando la radicalidad de la recidiva en el contexto de la enfermedad. En todo caso el tratamiento analgésico debe ir parejo al tratamiento oncológico ya sea radical o paliativo, junto con el soporte integral de los síntomas que presentan estos pacientes.

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO BASADO EN EL ESQUEMA TERAPEÚTICO DE LA OMS

Los principios fundamentales que rigen el tratamiento farmacológico son :

- a) Mantener siempre que sea posible la vía oral por lo que supone de comfortable y bajo coste tanto para el cuidador como al propio paciente
- b) La prescripción debe hacerse de forma regular
- c) Administrar medicación rescate siempre
- d) Anticiparnos a los efectos secundarios
- c) Consensuar con el paciente balance entre grado de analgesia, efectos secundarios y estilo de vida

PRIMER ESCALON

Dolor leve ya sea nociceptivo o neuropático Administración regular de fármacos no opioides acompañado o no de fármacos coadyuvantes (antidepresivos, antiepilépticos, corticosteroides)

Dolor nociceptivo

Ante un dolor NOCICEPTIVO ya sea somático (infiltración de tejido muscular, articular o óseo) o visceral (infiltración o lesión de cualquier visceral) iniciaremos un tratamiento con AINES pautados de forma regular

Hay que tener en cuenta que:

- a) no existe un AINE específico para cada proceso y que existe una gran variabilidad interindividual en la respuesta analgésica.
- b) La tendencia es ha administrar los que presentan un perfil mejor en cuanto a efectos secundarios
- c) Si el dolor es óseo por metástasis mejor AINES con potencia antiinflamatoria (no paracetamol ni metamizol) a la espera de evaluar tratamiento oncológico complementario
- d) Administrar siempre protectores
- e) Evaluar en función de la patología subyacente riesgo beneficio

Si a dosis plenas los AINES no son eficaces NUNCA deberemos sumar otro AINE por el mero hecho de no dar opiodes. Habrá que pasar inexorablemente al segundo escalón

Dolor neuropático

La administración de coadyuvantes , actualmente llamados analgésicos secundarios. como los antidepresivos, anticonvulsivantes o corticosteroides para tratar el dolor neuropático pueden administrarse en cada escalón de la escalera analgésica de la OMS. Habitualmente son la primera opción terapéutica si el dolor es neuropático puro o bien pueden administrarse cuando el dolor es mixto nociceptivo y neuropático y no cede con analgésicos solos.

a) Si el dolor es disestésico especialmente quemazón se administrarán antidepresivos tricíclicos . El más estudiado y con mayor documentación científica es la amitriptilina Se iniciarán dosis bajas por la noche Hay que tener en cuenta que la dosis analgésica es muy inferior a la antidepresiva. Habitualmente no se superan los 50mg / día.

b) Si el dolor es lancinante se administran antiepilépticos iniciando terapéutica nocturna hasta llegar a pauta cada 8h. Dentro de los antiepilépticos estan los de primera

generación o clásicos con un perfil de tolerancia , seguridad y interacciones medicamentosas mucho menor que los más recientes o de segunda generación . Entre los clásicos el clonazepan ha sido y es muy utilizado especialmente en pacientes mayores por su formulación en gotas y facilidad de titulación a pesar de que paradójicamente existen muy pocos estudios correctamente bien hechos. Actualmente y hasta la fecha de hoy dentro de los antidepresivos de segunda generación, la documentación científica con mayor rigor metodológico se ha realizado con la gabapentina.

c)Corticosteroides se administran si el dolor neuropático es por compresión. El fármaco más utilizado es la dexametasona debido a su selectividad glucocorticoide. Suelen darse dosis altas iniciales hasta llegar a una dosis de mantenimiento de 2 a 4 mg/ día por al mañana

Es imprescindible evaluar la eficacia y la severidad de los efectos secundarios para decidir la continuidad o no de los mismos

SEGUNDO ESCALON

Dolor de leve a moderado

Tanto si el dolor es nociceptivo y o neuropático se iniciara la administración de opiodes menores. En este pais disponemos de muy pocos opiodes entre ellos tenemos a la codeína, dihidrocodeina y tramadol

a)Una de las formulaciones más estudiadas en este escalon son el paracetamol 500mg asociado a 30 mg de codeína pautados cada 6-8h

b)Otra opción terapéutica es la administración de tramadol .Actualmente disponemos en el mercado español múltiples formulaciones desde gotas y pulverizaciones hasta formulaciones retard de 12 a 24h facilitando el consumo y la titulación

c) A partir de ese momento hemos de explicar los efectos secundarios de los opiáceos . Prescribir laxantes de forma sistemática y aconsejar pauta de antieméticos si aparecen nauseas

Los coadyuvantes se instaurarán en función de la aparición de dolor neuropático o se continuaran en función del balance entre la eficacia analgésica y los efectos secundarios. En ocasiones la administración de los mismos sigue una estrategia de potenciación de la analgesia opioide sobre todo en los casos donde los opiodes son mal tolerados buscando una analgesia multimodal para disminuir la dosis de todos los fármacos .

TERCER ESCALON

Dolor de moderado a severo

Si a dosis llenas de los analgésicos anteriores no se controla el dolor se iniciará pauta con opiodes mayores

Hoy por hoy la morfina sigue siendo el fármaco estándar

- a) se recomienda titular con morfina de liberación rápida ya sea en comprimidos o en solución durante 48horas. Pautada cada 4hora. Si la dosis inicial no es efectiva aumentar al doble la dosis siguiente
- b) Posteriormente cuando sepamos la dosis efectiva diaria pasamos a formulaciones retard cada 8 o 12horas facilitando el consumo al paciente
- c) Administración siempre de laxantes , hablar de la importancia vital del ritmo regular de la morfina y explicar los efectos secundarios mas comunes

La presencia de:

1. Efectos secundarios propios de los opiodes que lleguen a dificultar el consumo de los mismos incluso a dosis bajas y las diferentes opciones de las que disponemos como el de cambiar la ruta de administración de los mismos (Anderson et al 2001)

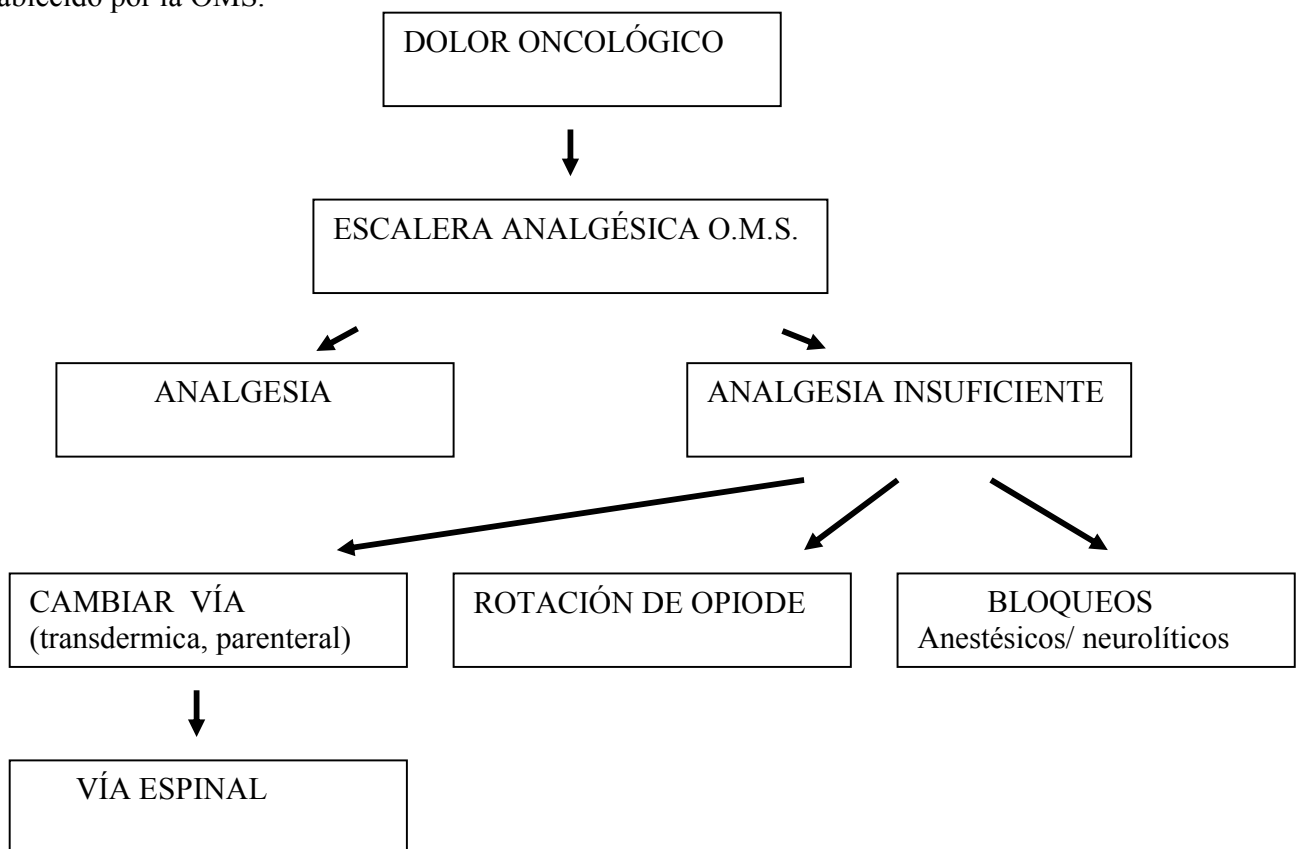
2 Las consideraciones clínicas y terapéuticas ante los pacientes poco respondedores a los opiodes ampliamente revisada en la literatura recientemente (Mercadante and Portenoy, 2001)

3. La rotación de opiodes y el papel actual de la metadona cuando existe una escalada rápida en el consumo de opiodes (Ripamonti C, Bruera E, 1997)

4 Las indicaciones para la utilización de técnicas neuromoduladoras o neurofarmacológicas como la administración espinal de opiodes así como los problemas a largo plazo de estos sistemas implantables (Mercadante S 1999)

Superan claramente el objetivo de esta clase ya que formaría parte de los problemas que deben resolver un equipo con experiencia como son los integrantes de las Unidades del Dolor.

Lo que sí es totalmente inexcusable es que un residente en formación de una especialidad que tiene al dolor, sea de del tipo que sea, como algo inherente a su especialidad no sepa tratar ni seguir los principios básicos del tratamiento farmacológico perfectamente establecido por la OMS.



DOLOR EN EL SIDA

PROBLEMÁTICA

La explosión de los casos de SIDA en este país tuvo lugar a final de la década de los 80 de forma que la progresión en el número de casos ha situado a España en el primer país Europa Occidental. No afecta por igual a todo el país. El número de infectados se concentra en las principales zonas urbanas y costeras especialmente la comunidad de Cataluña. Si tenemos en cuenta que los enfermos de SIDA solo constituyen la punta del iceberg de lo que representa la infección por VIH, todos nosotros como especialistas nos enfrentaremos cada vez con más frecuencia al planteamiento terapéutico de estos pacientes.

CARACTERÍSTICAS DEL DOLOR EN EL SIDA

Etiología

El dolor en el SIDA al igual que en el cáncer puede ser debido a:

1 . La propia enfermedad y dentro de esta puede ser por:

- los efectos directos del mismo virus VIH sobre el sistema nervioso central:
mielopatía por VIH
- los efectos directos sobre el sistema nervioso periférico : polineuropatía por VIH
- la misma inmunosupresión que produce infecciones oportunistas o neoplasias como por ejemplo la neuralgia postherpética, el sarcoma invasivo de Kaposi, etc

2. La terapéutica contra el VIH contando en primer lugar con la toxicidad de los agentes retrovirales, y con menos frecuencia a las terapias para las infecciones oportunistas y a las terapias frente al alto índice de neoplasias que sufren este tipo de pacientes

4. La patología preexistente o no, pero en todo caso no relacionada con el SIDA. Muchos de los problemas álgicos de estos pacientes se deben a las propias prácticas de riesgo que ejercitan un alto porcentaje de este colectivo.

Patofisiología

Al igual que en el cáncer el dolor puede ser nociceptivo y o neuropático. La coexistencia de ambos de tipos de dolor también aumenta con la progresión de la enfermedad

Prevalencia

La prevalencia del dolor en el SIDA oscila entre un 30% en los infectados aparentemente sanos hasta un 97% en las fases avanzadas de la enfermedad

Intensidad

El dolor en el SIDA suele ser de carácter moderado a severo en más del 50% de los enfermos, particularmente en aquellos con mayor incapacidad funcional.

Desgraciadamente a diferencia del dolor oncológico, el conocimiento sobre los síndromes dolorosos que afectan a los pacientes con SIDA es muy rudimentario. Hasta hace muy poco los síndromes de dolor neuropático especialmente la polineuropatía periférica en estos pacientes había sido un foco de gran atención de forma que casi hablar de dolor en el SIDA era hablar de dolor neuropático.

No obstante, el estudio multicéntrico realizado en la ciudad de Nueva York sobre la etiología y los síndromes dolorosos más frecuentes en pacientes ambulatorios con SIDA puso en evidencia que el dolor neuropático no es el más frecuente en estos pacientes. (Hewitt et al , 1997).

Después de la cefalea cuyo diagnóstico patofisiológico es más difícil de llevar a cabo, se ha objetivado que el dolor somático es el más frecuente y dentro de él, la artralgia, el dolor de piel y la mialgia son los más prevalentes en los pacientes ambulatorios

Probablemente los síndromes de dolor neuropático aumentan con la progresión de la enfermedad.

Por último lo que nunca debemos olvidar del dolor del SIDA es que al contrario que el dolor en el cáncer, casi siempre tiene una causa subyacente potencialmente corregible

TRATAMIENTO

El tratamiento del dolor debe basarse en los mismos principios que los del tratamiento del dolor relacionado con el cáncer que por tanto ya se han expuesto previamente.

BIBLIOGRAFIA

Anderson R H S, Sayers RJ, Abram S, Schlicht Ch. Accuracy in equianalgesic dosing. Conversion dilemmas. *J Pain Symptom Manag* 2001, 21; 397-406.

Caraceni A, Portenoy R, a working group of the IASP Task Force on Cancer Pain. An international survey of cancer pain characteristics and syndromes. *Pain* 1999 82;263-274.

Elliot TE, Murray DM, Elliot BA et al. Physician knowledge and attitudes about cancer pain management: a survey from the Minnesota Cancer Pain Project. *J Pain Symptom Manag* 1995;10:495-504

Hewitt D, Donald M, Portenoy R et al. Pain syndromes and etiologies in ambulatory AIDS patients. *Pain* 1997, 70;117-123.

Larue F, Colleau SM, Brasseur L, and Cleeland CS. Multicentre study of cancer pain and its treatment in France. *Br Med J* 1995;310:1034-1037.

Mercadante S, Portenoy R. Opioid poorly-responsive cancer pain. Part 1: Clinical considerations. *J Pain Symptom Manag* 2001 21 ;144-150.

Mercadante S, Portenoy R. Opioid poorly-responsive cancer pain. Part 2. Mechanisms that could shift dose response analgesia. *J Pain Symptom Manag* 2001 21; 255-264.

Mercadante S, Portenoy R. Opioid poorly-responsive cancer pain. Part 3. Clinical strategies to improve opioid responsiveness. 2001, 21; 338-354.

Mercadante S. Problems of long-term spinal opioid treatment in advanced cancer patients
Pain 1999, 79; 1-13.

Oneschuck D, Faisinger R, Hanson J, Bruera E. Assesment and knowledge about cancer pain manegement in palliative care in second year family medicine resident. J Pain Syptom Manag 1997; 14:21-28

RipamontiC, Zecca E, Bruera E. An update on the clinical use of methadone for cancer pain. Pain 1997, 70; 109-115.

Sloan PA. Cancer pain managment skills among medical student: the development of cancer pain objetive structured clinical examination. J Pain Syptom Manag. 2001, 12; 298-306.

Zenz et al. Severe undertreatment of cancer pain: a 3-year survey of the German situation. J Pain Syptom Manag 1995, 10;187-191