
Problemática del dolor en pacientes con cáncer

TIBERIO ALVAREZ

En esta revisión se consideran las diferencias entre el dolor agudo y el crónico, con énfasis en el carácter instructivo del primero y el destructivo del último; se describe el enfoque dado a la lucha contra el dolor a través de la historia y se consignan cifras sobre la incidencia del dolor canceroso. A su presencia contribuyen diferentes circunstancias que tienen que ver con el personal de la salud y con las actitudes de los pacientes y sus familias. Entre ellas se destaca el hecho de que, a menudo, el personal de la salud no está bien informado sobre el tema del dolor.

Se hace hincapié en la necesidad de enfocar la destinación de los recursos contra el cáncer según el grado de desarrollo del respectivo país; la OMS propone que en los subdesarrollados una mayor proporción se destine al alivio del dolor y a los tratamientos paliativos. La misma organización introdujo el concepto de la escalera analgésica que cataloga el dolor en leve, moderado e intenso; si se hace su manejo de acuerdo al nivel se logra aliviar el 90% de los pacientes. Las drogas analgésicas deberían complementarse con modalidades terapéuticas no farmacológicas.

PALABRAS CLAVE

DOLOR CANCEROSO

ESCALERA ANALGESICA RECURSOS CONTRA EL CANCER

INTRODUCCION

La esfinge, una figura mitológica, devoraba a quienes no resolvían sus enigmas. El dolor, al igual que la esfinge, propone enigmas que, al no ser resueltos generan sufrimiento, desesperanza, mala calidad de vida y muerte. Muchos síndromes dolorosos no tienen tratamiento. Otros, a pesar de las terapias, siguen vigentes como el dolor de espalda, las neuralgias trigeminal y postherpética, la migraña, la cefalea, el dolor que acompaña a las enfermedades crónicas, el secundario al trauma y a la violencia, el artrítico y el del miembro fantasma. Pero, sobre todo, el dolor producido por el cáncer compromete la vida de los seres humanos. Este artículo explica por qué el dolor, en especial el de origen canceroso, sigue presente y cuáles son algunas de las posibles soluciones.

DOCTOR TIBERIO ALVAREZ, Profesor Titular, Sección de Anestesiología y Reanimación, Departamento de Cirugía, Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia. Médico de la Clínica de Alivio del Dolor y Cuidados Paliativos, Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia y Hospital Universitario San Vicente de Paúl, Medellín, Colombia.

CARACTERISTICAS

Existen el dolor agudo y el crónico. El primero cumple una función biológica e instructiva al indicarle al individuo que algo equivocado pasa en su organismo y lo obliga a buscar alivio. El dolor agudo permite conservar la vida y orienta al médico hacia el diagnóstico de la enfermedad. El dolor crónico, en contraste, tiene una función destructiva que impone al individuo, la familia y la sociedad un severo estrés emocional, físico, sociológico y económico. Es destructivo, cuando llega a ser intratable e insoportable, pues compromete la vida, como cualquiera otra enfermedad (1).

Si no se controla oportunamente el dolor, el paciente entra al círculo vicioso de la ansiedad, el miedo, la desesperanza, la pérdida del sueño, la angustia, la depresión, la desconfianza, el abandono de sus obligaciones y la poca autoestima (2). En muchos pacientes se evidencia un deseo o compulsión de muerte.

LA LUCHA CONTRA EL DOLOR

A través de la historia el hombre ha tratado de explicar y aliviar el dolor. Las civilizaciones antiguas utilizaron, con resultados variables, diferentes terapias. Creían que el dolor y la enfermedad eran causados por los dioses como castigo a sus actos. Galeno concibió la idea que en el cerebro debía existir un área específica que al estimularla aliviaría el dolor (3). Descartes en 1664 escribió que la conducción de las sensaciones, entre ellas el dolor, se hacía por hilos delicados que van al cerebro dentro de los nervios de los tejidos. A comienzos del siglo XIX Humphry Davy creía que el óxido nitroso era capaz de suprimir el dolor físico de las operaciones; esto fue corroborado más tarde cuando, en 1846, se inició la anestesia con dicha sustancia y con el éter. A finales del siglo pasado Erb y Godscheider afirmaron que la intensidad del estímulo y la sumación al nivel central son los determinantes críticos del dolor. Estos conocimientos y las observaciones de Wall y Melzack los llevaron a proponer en 1965 la teoría del *control gate* o de la modulación del dolor en las astas posteriores de la medula (4).

Hasta la segunda guerra mundial el tratamiento del dolor fue inadecuado por falta de conocimientos, incomunicación y poca motivación para aliviarlo.

Después de la contienda médicos como Beecher y Bonica iniciaron una campaña para que la medicina prestara atención al problema. Se estableció desde entonces el concepto de asistencia interdisciplinaria y se iniciaron la clasificación de los síndromes dolorosos y la publicación de artículos y textos sobre el tema. En 1973 se fundó la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP) que a través de sus comités diseña estrategias para la educación, la clasificación, los aspectos curriculares, las diferentes terapias, las guías éticas, las características y requisitos de las clínicas de dolor, las publicaciones y la investigación (5).

En 1964 la Doctora Cecily Saunders fundó en Londres el *Saint Christopher Hospice* con el fin de asistir a los pacientes con dolor y sufrimiento en fase terminal. Creó así la paliatología o sea los tratamientos que no buscan curar la enfermedad sino paliar los síntomas para lograr dignidad en la vida y en la muerte.

En 1982 la Organización Mundial de la Salud (OMS) creó la división para el alivio del dolor y el tratamiento paliativo en el cáncer. A través de sus publicaciones, basadas en la opinión de expertos, ha concientizado sobre la importancia de aliviar el dolor y el sufrimiento. También ha propuesto la escalera analgésica para que en forma sencilla se alivie el dolor, y los elementos de asistencia humanizada al paciente terminal y su familia.

En los últimos diez años los grandes avances en el alivio del dolor, especialmente el canceroso, han sido la disponibilidad de la morfina oral, el uso de las distintas vías para los morfínicos, la creación del programa de la OMS y la publicación del libro *Alivio del Dolor y Tratamiento Paliativo en el cáncer*, traducido a varios idiomas (6).

LA INCIDENCIA DEL DOLOR CANCEROSO

Se considera que una de cada 10 muertes en el mundo se debe a cáncer. Cada año se diagnostican 6.35 millones de casos nuevos de esta enfermedad, la mitad en países subdesarrollados. En este momento cuatro millones de personas cancerosas sufren innecesariamente dolor intenso; sólo un pequeño porcentaje recibe tratamiento adecuado. Bonica, en un intento de definir la magnitud del problema en el mundo, analizó 32 informes sobre la prevalencia de dolor ocasionado por el cáncer; con-

cluyó que, a nivel mundial, 19 millones de personas, aproximadamente, sufren cada año los rigores del dolor leve, moderado o intenso (7). De 60-80% de las personas con cáncer sufren dolor innecesariamente. Según los estudios epidemiológicos la perspectiva es sombría: para el año 2015 se diagnosticarán 15 millones de casos nuevos de cáncer y 30 millones de personas sufrirán de dicha enfermedad. Las dos terceras partes de esos cancerosos estarán en los países subdesarrollados (8).

El tratamiento del cáncer es curativo en los tumores de mama, cérvix, boca y faringe si se diagnostican en el estadio inicial de la enfermedad. El alivio del dolor y la asistencia paliativa son necesarios y efectivos en todos los tipos de tumor (9).

En los países menos desarrollados el cáncer por lo general no es curable en el momento del diagnóstico. La única alternativa de tratamiento es aliviar el dolor y dar cuidados paliativos. Para estos pacientes la solución definitiva es la muerte. Dos de cada tres pacientes cancerosos morirán de su enfermedad no importa qué tratamiento se efectúe. En los niños también ha aumentado la frecuencia de cáncer y siguen presentes el dolor y el sufrimiento personal y familiar a pesar de que la sobrevida es mayor (10).

No obstante la necesidad sentida, los objetivos de aliviar el dolor y asistir humanizadamente al paciente no se logran por falta de reconocimiento de los profesionales de la salud de que existen terapias adecuadas y fáciles de llevar a cabo; también por las restricciones legales y de diversa índole que impiden que los analgésicos, especialmente los morfínicos, lleguen oportunamente al paciente que los requiere.

En el área metropolitana de Medellín, Colombia, se ha incrementado la incidencia de cáncer, en especial del de mama y cérvix en mujeres jóvenes. Se calcula que la de cáncer de cérvix aumentará 30% entre 1982 y 2000 (11).

FACTORES QUE CONTRIBUYEN A LA PRESENCIA DE DOLOR

Estos factores están relacionados con el personal de la salud, los pacientes y sus familias y el sistema encargado de dar alivio (11).

Desde el punto de vista de los médicos y demás profesionales de la salud la presencia de dolor puede explicarse por desconocimiento de la fisiopatología, los aspectos farmacológicos, los nuevos métodos

analgésicos, las drogas adyuvantes y los procedimientos neurolíticos o neuroquirúrgicos; la no enseñanza de estos temas en las facultades de la salud, la no comprensión de la diferencia entre dependencia física y adicción, el temor exagerado a los efectos secundarios de los narcóticos, la creencia en que los pacientes son incapaces de evaluar su dolencia, la poca prioridad que tiene el dolor, la no reevaluación de los resultados del tratamiento, la dificultad de manejo y la frustración que generan muchos pacientes con dolor en quienes no se obtienen buenos resultados.

Desde el punto de vista de los pacientes y sus familiares se explica que el dolor siga presente porque desconocen la posibilidad de aliviarlo y temen a la adicción, la confusión, la desorientación y los cambios de personalidad. En muchos casos el enfermo esconde su dolor para que el médico centre su atención en curar la enfermedad o porque teme manifestar el dolor, signo inequívoco de que el cáncer sigue su marcha.

Finalmente, no se controla bien el dolor por ignorancia, desinterés, incoordinación y fragmentación en la atención médica; por dificultad para conseguir, almacenar y distribuir los morfínicos; por imposibilidad de realizar procedimientos especializados como bloqueos nerviosos e intervenciones quirúrgicas.

¿COMO RESOLVER LA SITUACION?

Es necesario, para resolver la situación planteada, tomar las siguientes medidas (12):

Establecer programas de educación al paciente, la familia y la comunidad; incluir los temas de alivio del dolor y cuidados paliativos en los currículos médicos; implementar y facilitar los servicios de administración, ubicación y atención médica; disminuir las barreras burocráticas para adquirir, almacenar y distribuir los analgésicos morfínicos; establecer comunicación entre los pacientes, la comunidad y los profesionales de la salud; incrementar la investigación y la evaluación acerca de las múltiples dimensiones del dolor.

LA MULTIDIMENSIONALIDAD EN EL DOLOR

El dolor tiene las dimensiones fisiológica, sensorial (intensidad, calidad, localización), afectiva (ansiedad, depresión, cambios en el modo de ser), cognoscitiva (interpretación, significado, sentido),

conductual (comunicación, uso de fármacos, nivel de actividad) y sociocultural (edad, raza, sexo, religión) (13). Estas dimensiones llevan al concepto de dolor total que requiere asistencia total.



FIGURA N° 1
ESQUEMA DE DOLOR TOTAL
 (modificado de Twycross y Lack, ref. 14)

CAUSAS Y SITIOS DEL DOLOR CANCEROSO

El cáncer es una enfermedad sistémica y dolorosa que compromete todo el organismo. En la mayoría de los casos el dolor se debe al cáncer mismo por compromiso de los tejidos óseo, nervioso, visceral o cerebral pero también pueden originarlo el tratamiento anticanceroso y las complicaciones de este último. También hay dolores asociados como la capsulitis del hombro, la neuralgia postherpética, la constipación y dolores incidentales como la migraña y la osteoartritis (15).

El dolor canceroso puede ser agudo o crónico, asociarse a otras dolencias o a historia de drogadicción. Existe además el dolor de la fase terminal (16).

EL ALIVIO DEL DOLOR Y LOS CUIDADOS PALIATIVOS

La mayoría de los cancerosos morirán de su enfermedad a través de un proceso doloroso y colmado de sufrimiento. Según la OMS sólo el 10% de los recursos disponibles para controlar el cáncer se destinan a los países subdesarrollados donde está la mitad de los enfermos. Es además preocupante que esos exigüos fondos se dediquen a tratamientos curativos costo-

sos de limitada eficacia. En esta situación hay que tener en cuenta los cuidados paliativos.

El tratamiento paliativo respeta la vida y considera la muerte como un proceso normal pero no lo acelera ni lo pospone; alivia el dolor, los síntomas asociados y el sufrimiento; ayuda a llevar una vida lo más activa posible y asiste a la familia cuando afronta el proceso de morir del ser querido y en la elaboración del duelo (12).

En las figuras 2, 3 y 4 se presentan la distribución actual de los recursos contra el cáncer, de acuerdo a la OMS, y las propuestas que al respecto hace esta entidad, según que se trate de países desarrollados o en desarrollo.

FIGURA N° 2
DISTRIBUCION ACTUAL DE LOS RECURSOS
CONTRA EL CANCER

Tratamiento anticáncer	Alivio del dolor en el cáncer y tratamiento paliativo
------------------------	---

Momento del diagnóstico

Muerte

FIGURA N° 3
PROPUESTA DE DISTRIBUCION DE LOS RECURSOS
CONTRA EL CANCER EN LOS PAISES DESARROLLADOS

Tratamiento anticáncer	Alivio del dolor en el cáncer y tratamiento paliativo
------------------------	---

Momento del diagnóstico

Muerte

FIGURA N° 4
PROPUESTA DE DISTRIBUCION DE LOS RECURSOS
CONTRA EL CANCER EN LOS PAISES EN DESARROLLO

Tratamiento anticáncer	Alivio del dolor en el cáncer y tratamiento paliativo
------------------------	---

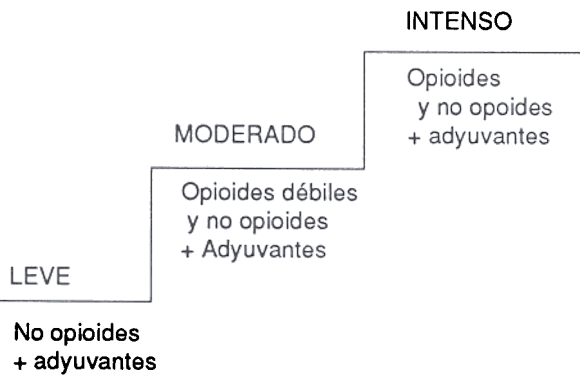
Momento del diagnóstico

Muerte

EL TRATAMIENTO DEL DOLOR Y LA ESCALERA ANALGESICA

En un intento por dar pautas generales sobre la terapia farmacológica del dolor la OMS introdujo, a través del Comité de Expertos, la llamada escalera analgésica; se trata de una serie de tres pasos según que el dolor sea leve, moderado o intenso. Está demostrado que este enfoque da alivio al 90% de los pacientes. Los restantes pueden obtenerlo con métodos complementarios como los bloqueos neurolíticos, los opioides epidurales y parenterales y otros (Figura N° 5).

FIGURA N° 5
ESCALERA ANALGESICA



La terapia farmacológica debe complementarse con la no farmacológica de acuerdo a las características de cada paciente. Terapias como la meditación, la imaginación, la relajación muscular, la sugestión, la distracción, el *biofeedback* y otras, propias de la psicología, dan como resultado un control del dolor en sus dimensiones física, emocional, psicológica y espiritual.

OTROS ASPECTOS EN EL ALIVIO DEL DOLOR

Además del dolor es necesario prevenir y tratar los síntomas físicos asociados como náuseas, vómito, constipación, tos, disnea, diarrea, anorexia y otros; también los síntomas psiquiátricos como la ansiedad, la depresión y los cambios de personalidad. Por eso es importante la asistencia interdisciplinaria con profesionales dedicados a aspectos específicos de la enfermedad.

Es igualmente importante atender las necesidades psicológicas del paciente y su familia; el primero necesita sentirse seguro, acompañado, necesario, querido, comprendido, aceptado y tenido en cuenta en sus opiniones.

Parte esencial del alivio del dolor y el sufrimiento en la fase terminal, y del mantenimiento de la dignidad, lo constituye la asistencia espiritual acorde con las creencias y expectativas de cada persona.

Finalmente, es importante tener en cuenta las consideraciones éticas en el control del dolor. Decisiones como la de suspender las terapias que prolongan la agonía, no realizar las maniobras de resucitación, practicar la eutanasia, colaborar con el paciente para que se suicide o sedarlo profundamente mientras llega la muerte, deben ser analizadas con sentido científico humanizado.

CONCLUSION

El alivio del dolor es un derecho del hombre y una obligación del personal de la salud. Los recursos disponibles para tal fin deben distribuirse racional y equitativamente dando prelación al alivio del dolor y el sufrimiento y a los cuidados paliativos.

SUMMARY

THE PROBLEM OF PAIN IN CANCER PATIENTS

The differences between acute and chronic pain are considered, with emphasis on the instructive function of the former and the destructive nature of the latter; the approach given through history to the control of pain is described and information on the incidence of cancer pain is presented. Different circumstances contribute to the presence of pain; some of them have to do with the fact that health personnel is not well informed concerning pain; others derive from negative or wrong attitudes of the patient or the family.

The importance of allocating cancer control resources according to the development level of the country is dealt with in detail; the WHO has proposed that in developing countries a larger proportion be used for pain control and palliative care. This organization also introduced the concept of the analgesic ladder that

establishes three categories of pain and their respective treatment: mild, moderate and intense; if management is made according to the category relief is obtained in 90% of cases. Analgesic drugs should be supplemented with non-pharmacological modalities of treatment.

BIBLIOGRAFIA

1. BONICA JJ. Preface. In: LEROY PL, ed. Current concepts in the management of chronic pain. Miami: Medical books, 1977: 11-13.
2. CARR DD. Pain control: the new "whys" and "hows". *Pain Clin Updates* 1993; 1: 1-4.
3. ALVAREZ-ECHEVERRI T. Dolor: problemática y tratamiento. Medellín: Por Hacer Ltda, 1988; 174.
4. BONICA JJ. Evolution of pain concepts and pain clinics. *Clin Anaesthesiol* 1985; 3: 1-16.
5. Directory of members 1992. International Association for the study of pain. Seattle: IASP Publications, 1992; 183.
6. VENTAFRIDDA VA. A historical perspective on the treatment of cancer pain. In: FOLEY KM, BONICA JJ, VENTAFRIDDA V, eds. *Advances in pain research and therapy*. New York: Raven Press, 1990: 1-5.

7. BONICA JJ. Treatment of cancer pain: current status and future needs. In: FIELDS HL, DUBNER R, CERVERO F, eds. *Advances in pain research and therapy*. New York: Raven Press, 1985: 589-599.
8. FOLEY KM. World Health Organization Cancer Pain Relief Program. In: *Abstracts 7th World Congress on pain*. Seattle: IASP Publications, 1993; 3.
9. STJERNESWARD JT. The scope of the cancer pain problem. In: FOLEY KM, BONICA JJ, VENTAFRIDDA V, eds. *Advances in pain research and therapy*. New York: Raven Press, 1990: 7-12.
10. HAMMOND GD, HAASE GM, KRAWIEC V, et al. Patterns of care. *Cancer* 1993; 71: 3202-3205.
11. CANO E, CASTRILLON MT. La salud en el área metropolitana de Medellín 1982-2000. Tendencias. Medellín: Fundación Hospitalaria San Vicente de Paúl. 1992.
12. The cancer pain problem: Wisconsin response. *J Pain Symp Manag* 1988; 3: S2-S5.
13. ASHLES TA, BLANCHARD EB, RUCKDESHEL JC. The multidimensional nature of cancer-related pain. *Pain* 1983; 17: 277-288.
14. TWYGCROSS RG, LACK SA. Therapeutics in terminal cancer. 2d ed. London: Churchill Livingstone, 1990; 207 p.
15. TWYGCROSS RG, FAIRFIELD S. Pain in far advanced cancer. *Pain* 1982; 14: 303-310.
16. COYLE N, FOLEY K. Prevalence and profile of pain syndromes in cancer patients. In: McGUIRE DB, YABRO CH, eds. *Cancer pain management*. Orlando: Grune Stratton, 1987: 21-46.



ITALMEX

**PRODUCTOS
CIENTIFICOS**