

DOLOR EN CÁNCER

*María Eugenia Molina Restrepo**

Resumen

Este artículo describe el dolor en el enfermo oncológico como uno de los síntomas predominantes. Hace énfasis en la necesidad de establecer la valoración y de tener en cuenta el componente somático y emocional del dolor con el fin de asistir al enfermo en forma adecuada y oportuna.

Plantea aspectos del tratamiento farmacológico y no farmacológico del paciente que presenta dolor por cáncer.

Palabras claves

*Dolor
Cuidado terminal
Paciente terminal
Neoplasmas*

Introducción

No todos los pacientes con cáncer sufren dolor, pero como éste es un síntoma a menudo predominante es necesario tenerlo en cuenta y el personal de salud debe dedicarse con empeño, para ayudar al enfermo en el control del dolor.

* Facultad de Enfermería, Universidad de Antioquia. Apartado 1226 Medellín Colombia.

Cada año se diagnostican en el mundo seis millones de pacientes nuevos con cáncer y mueren anualmente cuatro millones. La mitad de los casos diagnosticados de cáncer y las dos terceras partes de las defunciones por esa causa se producen en los países en desarrollo.¹

De acuerdo con el doctor Bónica, 70,0% de los pacientes con cáncer avanzado presentan dolor como síntoma importante; según K.M. Foley hasta 50,0% de los niños y adultos sometidos a tratamientos antitumorales experimentan dolor. Los datos disponibles no permiten dar una cifra exacta de la prevalencia del dolor canceroso en el mundo, ya que no se conoce el número total de enfermos de cáncer sometidos a tratamiento.²

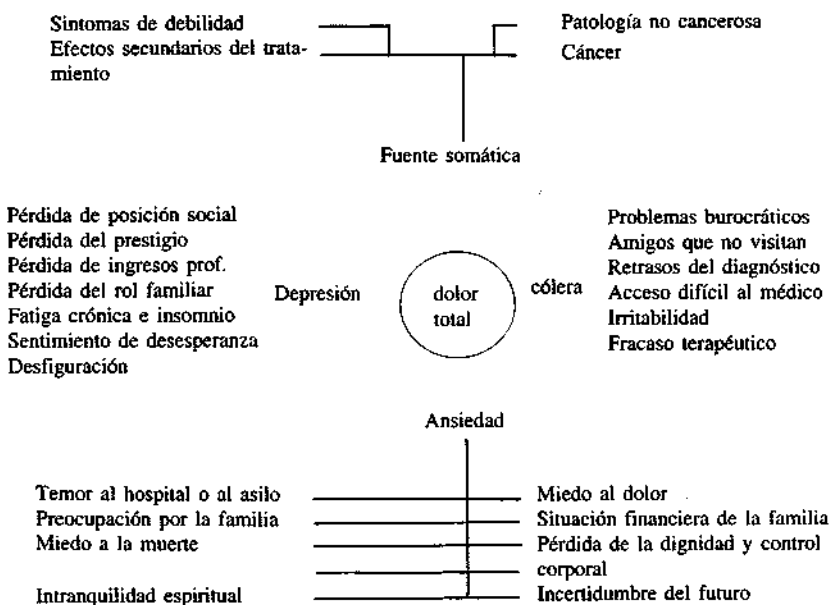
No parece exagerado calcular que cada día sufren dolor por cáncer con tratamiento satisfactorio o sin él, 3,5 millones de personas en el mundo. Según una serie de estudios en los que utilizaron informes verbales y escalas de evaluación, el dolor varía entre moderado e intenso en 50,0% de los enfermos que lo sufren y es extremado o insoportable en 30,0%.³

El dolor

El dolor es una experiencia sensitiva y emocional desagradable, total o individual. Total en la medida que compromete al ser humano como un todo, en sus aspectos biológico, psicológico y social y por tanto requiere para su tratamiento un enfoque holístico, que tenga en cuenta los factores físicos, psicológicos, espirituales, sociales y económicos.

También es necesario hablar del dolor como una experiencia individual. Cada persona responde ante él de una manera diferente dependiendo del umbral, de la patología en sí, y de otras patologías asociadas, de los tratamientos aplicados, de la cultura, de las experiencias previas, de la certeza o la incertidumbre acerca del proceso patológico, de la relación con la familia y con el equipo de salud.

Para el paciente que sufre dolor por cáncer, la Organización Mundial de la Salud en su publicación Alivio del Dolor en el Cáncer, propone el siguiente esquema como una visión de conjunto del gran número de circunstancias que constituyen el dolor total.



Fuente: Organización Mundial de la Salud. Alivio del dolor en el cáncer. Ginebra: O.M.S. 1987. p. 9.

En los enfermos oncológicos las causas del dolor pueden ser muy variadas y es necesario realizar un diagnóstico correcto.

El origen somático del dolor puede deberse a:

Compromiso tumoral directo sobre las estructuras óseas, nerviosas, viscerales, en tejidos blandos y piel.

Trastornos relacionados con el cáncer como son la contractura muscular, la constipación, las úlceras por presión, el linfedema, la infección bacteriana o micótica, la neuralgia herpética y posherpética, y la trombosis venosa.

Efectos secundarios del tratamiento, como ocurre con el dolor agudo posoperatorio, el dolor de miembro fantasma, la fibrosis, la inflamación, la mielopatía posradioterapia, la neuropatía por quimioterapia y la necrosis ósea.

Trastornos no relacionados con el cáncer, ni con su tratamiento, de largos años de evolución o de reciente adquisición, tales como cefaleas, artrosis y trastornos músculo-esqueléticos, entre otros.

Es importante establecer el mecanismo fisiopatológico involucrado en la producción del dolor, saber si se origina en la estimulación de receptores periféricos o si se inicia a nivel de las vías aferentes que llevan la sensación dolorosa o en centros superiores del sistema nervioso central, con participación del sistema somatosensorial únicamente o también del sistema nervioso autónomo. También vale la pena recordar el mecanismo anatómico-fisiológico involucrado en la transmisión de la sensación dolorosa, en la percepción del estímulo doloroso y del componente emocional asociado con el dolor.

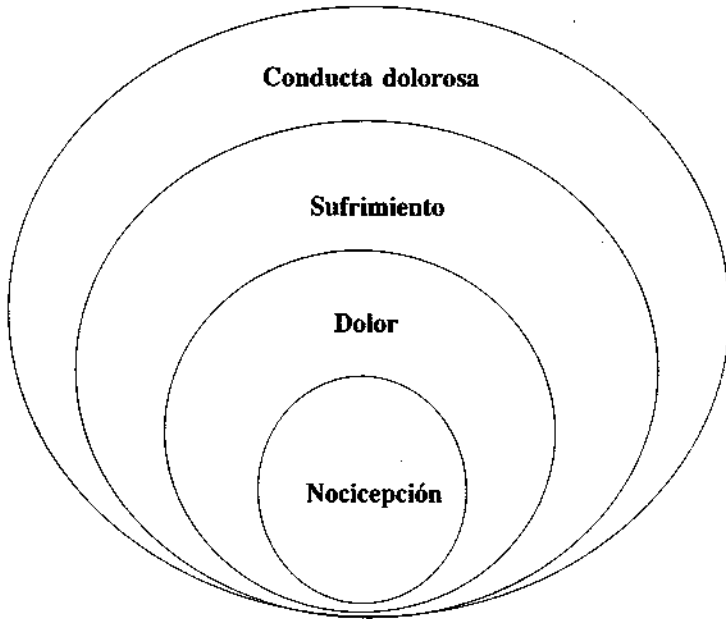
Hasta ahora hemos revisado el comportamiento somático del dolor haciendo énfasis en la importancia del diagnóstico etiológico y del proceso involucrado en la producción del dolor, como elementos necesarios para determinar el tratamiento adecuado.

Dentro de los componentes emocionales del dolor, están la ansiedad, generada por la incertidumbre frente a la evolución de la enfermedad, a la eficacia de los tratamientos y al apoyo familiar y del equipo de salud. El temor al dolor, generado por la dependencia, la pérdida de control corporal y emocional, la desfiguración, las incomodidades generadas a la familia y frente a la muerte. La ira, generada por los retrasos en el diagnóstico, el difícil acceso al médico, el fracaso terapéutico, los amigos que no visitan, la familia que no responde a sus requerimientos y en general causada por la impotencia, la frustración y la decepción, al igual que por las cargas físicas, emocionales y económicas que debe asumir.

La culpa originada al reconocer las fallas personales en relación a la enfermedad, a la situación económica, a las relaciones con familiares y allegados y frente a la vida misma. La depresión, generada por las pérdidas que ha debido asumir paulatinamente, el cambio de la imagen corporal, la pérdida del trabajo, del papel familiar y de la posición social. El sufrimiento, en el cual se unen los sentimientos enunciados y el dolor de origen somático para dar lugar al dolor total mencionado anteriormente, en el cual confluyen los aspectos físicos, psicológicos, sociales, económicos y espirituales.

Pedro Bejarano,⁴ anota como “un análisis racional acerca del dolor en los humanos sólo se puede concebir en forma funcional al integrar la experiencia dolorosa dentro de los conceptos definidos como nocicepción, dolor, sufrimiento y conducta dolorosa”.

Dimensiones funcionales del dolor



Fuente: BEJARANO, Pedro y SCHMIDT, Robert. “Entendiendo el problema del dolor: Mecanismos y Semiología.” En: *Tribuna Médica*. Bogotá. Vol. 87, No. 6 1993; p. 331.

En primer lugar se produce la nocicepción o sea el estímulo doloroso, el cual al ser percibido en el sistema nervioso central se denomina dolor.

Una vez percibido el dolor se genera una respuesta afectiva que llamamos sufrimiento, generada por el dolor de origen somático y los diversos sentimientos vividos por el enfermo en ese momento.

La conducta dolorosa es generada por el dolor y por el sufrimiento y se constituye en el indicador objetivo del dolor, caracterizado por el cambio

en la expresión de la cara, el llanto, la inmovilidad, el aislamiento y la ingestión de medicinas entre otros.

La percepción del dolor y la conducta dolorosa son modificadas por dos componentes, el *sensorio-discriminativo* y el *afectivo motivacional*. La discriminación de estos elementos en el paciente que tiene dolor por cáncer es mandatorio y se deben evaluar tanto el mecanismo orgánico de la producción del impulso doloroso, como las experiencias previas, motivacionales y afectivas alrededor de la situación dolorosa, pues la diferente proporción en que ellas están presentes determinan la conducta dolorosa y el plan de tratamiento.

Robert Twycross anota:⁵ “Una de las razones más importantes para que no se alivie el dolor es la falla por parte de los médicos y profesional de enfermería para entender que éste no es simplemente una sensación física”.

Valoración del dolor

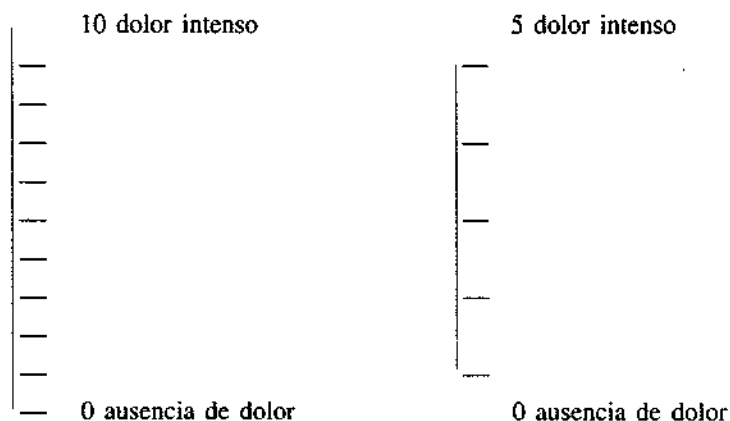
En el proceso de valoración del dolor reunimos información que nos permite comprender la experiencia del enfermo y los efectos sobre su vida. La información obtenida permite hacer el diagnóstico y planificar la atención y evaluar la eficacia de las medidas recomendadas. El dolor es dinámico y por tanto la valoración es un proceso continuo. La valoración del dolor es el primer paso en el proceso de atención al enfermo, ya que permite la comprensión del fenómeno y el establecimiento de acciones acordes al proceso.

Por lo general este paso suele ser omitido y nos limitamos a informar la presencia de dolor, sin la calificación y denominación adecuada. Hay numerosos métodos para la valoración del dolor. El instrumento de valoración y la hoja de evaluación continuada, elaborados por McCaffery en 1982,⁶ se presentan en los anexos 1 y 2.

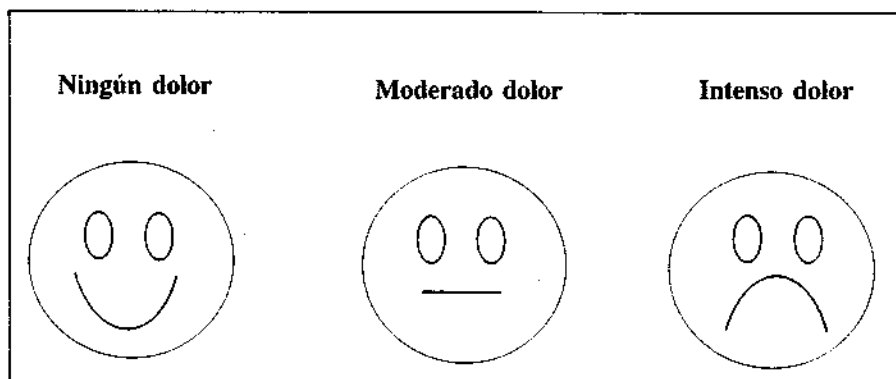
En el instrumento de valoración inicial se tiene en cuenta:

—La localización, utilizando figuras vistas de frente, de espalda y de lado donde el paciente señala el sitio doloroso.

—La intensidad, registrada en una escala de medición preestablecida. Hay escalas numéricas del 0 al 5, del 0 al 10, y del 0 al 100, donde cero es la ausencia de dolor y el número más alto equivale al dolor más intenso.



También se utiliza la escala pictórica de las caritas⁷ muy útil para niños mayores de tres años de edad y para adultos. Es una escala universal de fácil aplicación, la cual se compone de varias caras que expresan dolor o alegría para que el niño señale o pinte la carita que más se parece a su dolor.



Algunas personas rechazan la utilización de números para la valoración del dolor y prefieren describir el fenómeno. Se sugiere utilizar en estos casos una selección de palabras como las enunciadas a continuación, con una escala numérica adjunta para su interpretación, así:⁸

Mucho dolor	— 3
Bastante dolor	— 2
Poco dolor	— 1
Ausencia de dolor	— 0

— La calidad, basada en la descripción que el enfermo hace del dolor. El paciente puede referirse a él como: pulsátil, fulgurante, penetrante, agudo, en forma de calambres, como si lo perforaran, lo quemaran o lo partieran, continuo o intermitente, sensación de pesadez, agotador, le convoca náuseas, atemorizador, torturador.

La descripción del dolor es útil para determinar el origen y poner en práctica medidas efectivas para su control.

— El inicio, duración, variaciones y ritmos: aquí se incluyen preguntas acerca de la iniciación y evolución del dolor.

— La manera de expresar el dolor, con medidas que alivia, que lo desencadena o aumenta, son elementos necesarios para valorar, diagnosticar y establecer el tratamiento.

— Los efectos del dolor: se pregunta al paciente sobre la repercusión del dolor en el sueño, el apetito, la actividad física, las relaciones con los demás, las emociones y la concentración. Es importante formarse una idea de la repercusión del dolor en la vida de la persona.

— Otros comentarios y el plan: son espacios reservados en el final del instrumento para registrar el tratamiento del paciente con el fin de controlar el dolor.

El instrumento de evaluación continuada del dolor, permite la actualización continuada de dicha evaluación, se usa con mayor frecuencia para evaluar la seguridad y eficacia de los analgésicos y también se utiliza para conocer el efecto de los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en el control de dolor.

La única forma segura y efectiva de administrar un analgésico es monitorizar la respuesta del paciente a la medicación y efectuar los cambios basándose en esta respuesta.

El tratamiento del dolor en el cáncer debe involucrar estrategias farmacológicas y no farmacológicas con el fin de generar un tratamiento integral basado en la evaluación cuidadosa de los distintos componentes del dolor.

Tratamiento

La asistencia al paciente con dolor canceroso incluye el tratamiento farmacológico y el no farmacológico.

Tratamiento no farmacológico

Utiliza una diversidad de técnicas de amplia aplicabilidad las cuales hacen posible abordar la problemática del dolor y sus múltiples factores contribuyentes.

La relación interpersonal de ayuda puede considerarse como un proceso en el cual se produce una secuencia organizada de actividades o sucesos que conducen hacia un determinado fin u objetivo. La relación interpersonal de ayuda se basa en la convicción de que no es posible ayudar sin conocer al enfermo y su entorno y en la certeza de que para conocer al enfermo y su familia es necesario prestar la máxima atención a los individuos involucrados, a sus quejas, sus sufrimientos e interrogantes.

La relación de ayuda requiere desarrollar determinadas actitudes, veamos.⁹

La atención. Se dirige al reconocimiento y a la valoración del otro, se manifiesta en la presentación de los interlocutores y en el esfuerzo por situar al enfermo en el centro del diálogo, buscando un acercamiento humano y respetuoso.

Unido a la atención se encuentra la observación, información acerca del ambiente del enfermo, las relaciones familiares y el estado de ánimo.

El calor humano. Es la energía afectiva que dirigimos hacia el otro y que recibimos de él. El calor humano no se experimenta en un sitio determina-

do del cuerpo, se percibe. Se expresa de manera especial con el rostro, los ojos, las manos y el tono de la voz.

La escucha. Escuchar significa ofrecer acogida a las vivencias del otro, dar espacio a su individualidad e historia personal.

La empatía. Es la capacidad de ubicarse momentáneamente en el lugar del otro. La empatía permite a quien brinda cuidado ver la verdad desde la perspectiva del otro, porque ha logrado captar su óptica. La empatía es percibida por el enfermo y su familia a través del lenguaje verbal y no verbal.

La discreción. Quien brinda asistencia al enfermo y su familia debe acercarse con delicadeza, debe saber identificar los estados de ánimo del enfermo e intuir acerca de la forma adecuada de aproximarse y brindar ayuda. Debe guardar reserva de las confidencias recibidas y de las situaciones familiares identificadas.

El respeto. Es necesario respetar las creencias y costumbres del enfermo y su familia en relación a la vida, a la enfermedad y a la muerte, sus ideas, sentimientos y experiencias.

La verdad. Es la base de la relación entre el paciente, la familia y los demás integrantes del equipo interdisciplinario. La verdad facilita la comunicación y permite al enfermo ejercer la autonomía, con pleno conocimiento de la enfermedad, de los tratamientos e intervenciones ofrecidas y en última instancia con poder decidir a cerca de su vida y de muchos hechos después de la muerte.

El contacto físico. El contacto físico¹⁰ es una necesidad básica de los seres vivos y en especial de los humanos; además desempeña un importante papel en el desarrollo normal del hombre.

Mediante el contacto físico se logra:

Disminuir el sentimiento de soledad y aislamiento.

Favorecer la comunicación y la expresión de sentimientos.

Hacer sentir la presencia y la disponibilidad para brindar cuidado.

Promover la aceptación del cambio en la imagen corporal.

Establecer una comunicación no verbal, tan efectiva y necesaria en ciertos momentos, cuando una compañía silenciosa y un sostener cálidamente la mano del enfermo puede ser más elocuente que muchas palabras.

Disminuir la ansiedad y la inseguridad que acompañan a quien tiene una enfermedad que amenaza la vida.

Comunicar frases tales como “estoy contigo”, “te entiendo”, “sé lo que sientes”.

Ofrecer serenidad, relajación, seguridad, tranquilidad.

Aliviar la incomodidad y el cansancio.

El contacto físico mediante un apretar el brazo, dar un beso, sostener o asir la mano de una persona entre las nuestras, tomar la mano de otra, realizar un masaje, tocar el hombro, pasar el brazo alrededor de los hombros, secar la frente sudorosa del enfermo, arreglar los cabellos, acariciar el rostro y los brazos de alguien, puede constituirse en algunas de las múltiples formas de comunicación táctil más profundas y sinceras.

Es necesario facilitar las expresiones de afecto y propiciar el contacto físico del enfermo con la familia y allegados en la medida en que sea gratificante y beneficioso para cada uno.

Cada persona y su familia son únicos y tienen un concepto muy propio de la individualidad y de la privacidad. Es necesario mantener el respeto por estos derechos y ser cuidadosos al utilizar el tacto en la atención al enfermo. Se debe iniciar gradualmente de tal forma que permita determinar la receptividad y aceptación al contacto, observar cómo se sienten el enfermo y su familia frente a este acto, evitando que altere la intimidad y la individualidad.

El tacto debe ser utilizado con la mayor discreción y sensibilidad posibles, en el momento adecuado, en la forma indicada, y de acuerdo con la receptividad y aceptación de cada persona y familia en particular; además es fundamental que quien da el cuidado se sienta cómodo al utilizar el tacto y en el contacto físico con los demás.

Aunque la persona muy enferma no sea capaz de dar respuesta al contacto de quien lo cuida, todavía es capaz de sentirlo y obtener alivio.

El masaje es una técnica que consiste en la fricción y el movimiento de los músculos e inserciones musculares. Ayuda a la relajación de los músculos, activa la circulación de la sangre, reduce el dolor producido por la tensión, produce sensación de confianza en el contacto con la otra persona, lo cual hace que quien recibe el masaje, se dedique en ese tiempo a sentir más que a pensar, por lo que se habla del masaje como una hermosa forma de acariciar y de hacer que el enfermo se sienta más cómodo y relajado.

El masaje puede llevarse a cabo en las manos, el cuello, los pies y la espalda o en el cuerpo entero. Se habla de que tanto las manos como los pies tienen la proyección de todos los órganos del cuerpo, por lo cual, al darles masaje, es como si se trabajara con todo el organismo.

La relajación. Puede definirse como un estado de relativa libertad tanto de la ansiedad como de la tensión muscular esquelética; una tranquilidad o calma de la mente y de los músculos. Fisiológicamente la respuesta de relajación es opuesta a la respuesta de lucha o huida, característica de la actividad del sistema nervioso autónomo.¹¹

Para la persona con dolor, los beneficios potenciales del uso de la relajación están relacionados con la interacción entre dolor, tensión muscular y ansiedad. El estado de ansiedad, el dolor y la tensión muscular tienden a intensificarse entre sí y la situación empeora. La relajación de la musculatura esquelética interrumpe este proceso en especial y a la vez la relajación corporal con frecuencia lleva a la relajación mental.

Las personas que aprenden a evocar la respuesta de relajación a través de los ejercicios de relajación, parecen experimentar un aumento en los sentimientos de bienestar y esperanza. En los ambientes oncológicos, las técnicas de relajación se muestran como útiles para disminuir la anorexia, el temor a las inyecciones, el dolor y la ansiedad relacionadas con la hospitalización y el diagnóstico. La relajación ayuda en el control de las náuseas y el vómito anticipatorios a la quimioterapia y permite algún control en las náuseas y el vómito posquimioterapia. El enfoque estrecho entre la relaja-

ción y la imaginación pueden distraer al sujeto de estímulos condicionantes y desagradables.¹²

La relajación se consigue mediante diferentes técnicas:

1. La respiración diafragmática. Suave y profunda, buscando desplazar el diafragma hacia la cavidad abdominal, mediante la inspiración nasal y la espiración a través de la boca con los labios entreabiertos.

2. La relajación muscular progresiva mediante las siguientes técnicas. Contracción-relajación: Consiste en tensionar grupos musculares y sentir luego el efecto de la relajación. Esta técnica no se recomienda en personas hipertensas, con cefalea vascular y con dolor de origen músculo-esquelético.

Aflojamiento directo o llamado también relajación muscular pasiva, la cual consiste en destensionar consciente y cada vez más, los músculos o grupos musculares; no se realiza previamente la contracción.

3. Imaginación guiada y la imaginación libre. La cual consiste en la formación de imágenes mentales agradables, placenteras, motivantes a la tranquilidad, al cambio y a la superación.

En la relajación es necesario tener en cuenta un ambiente apacible, una posición confortable, los ojos cerrados, una actitud pasiva y receptiva y algún elemento mental como la respiración, frase o palabra repetida una y otra vez.

La distracción. Se define como la ubicación de la atención en estímulos distintos a la sensación dolorosa. Es un tipo de protección sensorial, mediante el cual el paciente se protege a sí mismo de la sensación dolorosa aumentando otros estímulos sensoriales, especialmente auditivos, visuales, táctiles y sociales.

La distracción aumenta la tolerancia al dolor, incrementa el autocontrol y disminuye la intensidad del dolor.

La asistencia continua y la seguridad en la continuidad de los cuidados tranquilizan al enfermo y su familia lo cual ayuda a disminuir el umbral del dolor. En este sentido es de gran valor facilitar un número telefónico al cual puedan llamar en caso necesario.

Es necesario incluir muchos otros aspectos en el cuidado del enfermo como es el de involucrar en dichos cuidados a la familia, favorecer la comunicación y la expresión de sentimientos; realizar intervenciones psicológicas por personal especializado cuando la situación lo exija; brindar con la ayuda de la familia las medidas de higiene corporal y de confort que proporcionen descanso y tranquilidad.

Además se incluyen entre otros, las inmovilizaciones, la cirugía y la radioterapia que modifican el estado patológico. La interrupción de las vías del dolor — los cordotomías— como último método en el caso de dolores severos e intratables, teniendo en cuenta que pueden presentar complicaciones bastante complejas.

Tratamiento farmacológico

La responsabilidad en el control farmacológico del dolor descansa en todo el equipo de salud. Cada miembro posee un cuerpo único de información. Pero parte del conocimiento es compartido por todos. Las personas claves implicadas en el control farmacológico del dolor son el paciente, la familia, el médico y el profesional de enfermería.

El profesional de enfermería debe:

1. Realizar la valoración inicial del dolor en cuanto a localización, intensidad, calidad, inicio, duración, variaciones, factores que alivian o incrementan el dolor, efecto sobre las actividades laborales y de la vida diaria. La valoración debe llevarse a acabo mediante un formato preestablecido e incluido en la historia clínica.
2. Poner siempre en práctica un programa de evaluación, diseñado para anotar a intervalos regulares, la respuesta analgésica, basada en la escala de medición definida previamente, en los signos vitales y en las actividades que realiza el enfermo; con el fin de evaluar la eficacia del fármaco en el control del dolor y hacer los ajustes en cuanto a dosis y frecuencia de administración.
3. Poseer conocimientos amplios y actualizados en farmacología. Es necesario que el profesional de enfermería conozca las indicaciones de los fármacos, la duración de acción de las drogas y los efectos secundarios.

Todavía está presente la costumbre médica de prescribir analgésicos a/n o PRN (a necesidad); si es así, el profesional de enfermería es responsable de organizar un programa analgésico suficiente y adecuado para lograr el control del dolor, basado en un conocimiento claro de la farmacología, de la patología del paciente, de la valoración del dolor y de la evaluación del programa analgésico realizado a intervalos regulares.

Cuando los analgésicos son prescritos por el médico, el profesional de enfermería, basado en la evaluación de la respuesta analgésica, realizada en forma sistemática y en el conocimiento claro y actualizado sobre analgésicos, debe, si es el caso, proponer cambios en el programa analgésico en cuanto al medicamento, vía, dosis y frecuencia de administración.

4. Estar alerta ante la posible presencia de efectos secundarios de los medicamentos y buscar la forma de contrarrestarlos o de prevenir su aparición.

5. Recomendar al paciente y a su familia realizar el ajuste en la vía e intervalo de administración del fármaco, previa valoración de la respuesta analgésica y de los efectos secundarios, y basado en conocimientos farmacológicos claros, mientras el médico pueda ser consultado. El dolor es una urgencia para el enfermo y debe ser intervenido como tal.

En el paciente ambulatorio con dolor por cáncer, que recibe cuidados en el hogar, la consulta telefónica es una herramienta necesaria y según la organización de los servicios de salud, es el profesional de enfermería quien responde las llamadas debido a su mayor permanencia y disponibilidad en el servicio y por tanto debe dar respuesta a las demandas inminentes del enfermo y su familia.

El profesional de enfermería debe estar preparado para ajustar la dosis y la frecuencia de administración, adicionar analgésicos y coadyuvantes de venta libre que puedan reforzar el tratamiento del dolor y de los síntomas asociados e intervenir los efectos secundarios del tratamiento farmacológico o del tratamiento supresor, mientras el médico puede ser consultado.

Para que se pueda llevar a cabo el programa de la consulta telefónica, es necesario trabajar en un equipo interdisciplinario, conformado mínimamente por el profesional de enfermería, la familia, el paciente y el médico,

donde se discutan a profundidad los aspectos farmacológicos, se conozca la idoneidad de los integrantes al respecto y exista un acuerdo en relación al mecanismo de la consulta telefónica. La asesoría telefónica es una función del profesional de enfermería que debe ser discutida, analizada y precisada muy cuidadosamente a nivel del equipo interdisciplinario.

6. Reconocer y poner en práctica una serie de recomendaciones, en cuanto al control farmacológico del dolor³

— Es más importante prevenir el dolor que combatirlo. Con una dosis precisa del analgésico adecuado, suministrado a intervalos preestablecidos, es posible mantener el control sobre el dolor. Se necesitan dosis mucho mayores para intervenir el dolor cuando éste ya ha hecho su aparición.

Las dosis de analgésicos para el control del dolor pueden ser menores si se evita que el dolor aumente o se vuelva intenso y por tanto disminuyen los efectos secundarios y la ansiedad del enfermo por el retorno del dolor.

— Los analgésicos deben aplicarse “reloj en mano”, es decir, según horario preestablecido de acuerdo con la acción, la duración, la caracterización farmacológica de cada droga y las necesidades propias de cada persona.

Deben eliminarse de la historia clínica y del kárdex, utilizados en los puestos de enfermería, los “analgésicos a necesidad” o “P.R.N” (Pro-Re-Nata: a medida que los problemas se van presentando); esta forma rutinaria de utilización indica desconocimiento del mecanismo fisiopatológico del dolor.

— Formular los analgésicos teniendo en cuenta la duración de la acción del medicamento y la situación particular del paciente.

Siendo el dolor una experiencia individual, no pueden existir esquemas rígidos en cuanto a dosis y frecuencia de administración.

Ajustar la dosis y el intervalo del analgésico; hallar la dosis más baja y el intervalo más largo de un fármaco que alivie el dolor a satisfacción del paciente, con los mínimos efectos secundarios, se constituye en una meta.

La dependencia y la tolerancia asociada al uso de narcóticos no constituye un problema cuando la medicación se administra regularmente y cuando la dosis se establece con base en el dolor.

— Utilizar hasta donde sea posible la vía oral, la cual garantiza menores molestias para el paciente y facilita el autocuidado.

— No hay razones para sentir temor a provocar drogadicción en pacientes con dolor de origen maligno que reciben narcóticos, pues se ha comprobado que estas personas tienen agotada la producción de endorfinas y, por tanto, la administración de los morfínicos sólo busca corregir una falta orgánica.

— El insomnio debe tratarse enérgicamente. El dolor suele empeorar en la noche y no permite dormir suficientemente al enfermo, que se debilita así todavía más.

— Hay que tratar sistemáticamente los efectos secundarios. Los efectos secundarios usuales de los opiáceos potentes, es decir, estreñimiento, náuseas y vómito, deben ser objeto de vigilancia y tratados con antieméticos y laxantes.

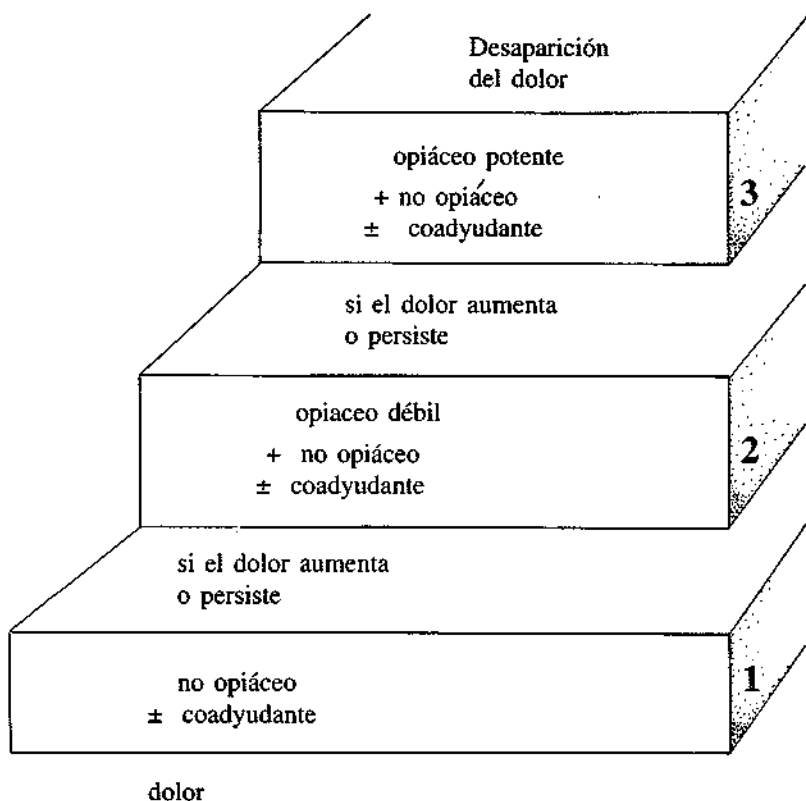
— La cobertura analgésica debe ser de 24 horas, se deben indicar refuerzos analgésicos en horarios de incremento de la sintomatología. La dosis de la madrugada puede obviarse si el paciente duerme toda la noche sin ser despertado por el dolor. También se puede incrementar la última dosis de la noche de un 50,0%-100,0% con el fin de contribuir en el control del insomnio y del dolor.

— Inicialmente valore el dolor según el cuestionario diseñado y evalúe la respuesta analgésica mediante un formato diseñado con anterioridad, los cuales deben ser incluidos en la historia clínica del paciente.

— El dolor es real no lo ponga en duda. El dolor es una experiencia subjetiva sensitiva y emocional desagradable, total, individual e intransferible. No existen dos personas que manifiesten el dolor del mismo modo.

La escalera analgésica

La Organización Mundial de la Salud propone la utilización de la “escalera analgésica” de tres peldaños, constituida por tres analgésicos de uso común: aspirina, codeína y morfina, combinadas con medicamentos coadyuvantes, según las necesidades de cada paciente.



Fuente: Organización Mundial de la Salud. Alivio del dolor en el cáncer. Ginebra: O.M.S. 1987, p. 7.

La elección de la potencia del analgésico dependerá únicamente de la intensidad del dolor. El paso a un grado superior será motivado por el fracaso del fármaco del escalón precedente, cuando éste haya sido correctamente prescrito, administrado y absorbido. Es inútil asociar fármacos de un mismo grado entre sí. Por el contrario, la asociación de fármacos de escalas diferentes puede ser sinérgica y potenciadora.

El tratamiento analgésico se lleva a cabo mediante tres grupos de analgésicos y los coadyuvantes.

Analgésicos no narcóticos-no opiáceos

Actúan principalmente en el sistema nervioso periférico. Ayudan a controlar el dolor leve o moderado, así como en la inflamación. Asociados a narcóticos fuertes en el control del dolor severo e intenso.

Se utiliza el paracetamol o acetaminofen y los antiinflamatorios no esteroides (AINE). Cada uno de ellos posee ventajas y desventajas en relación a los demás y se ubican en el primer escalón de la escalera analgésica.

Los no narcóticos poseen efecto techo o sea que si se aumenta la administración por encima de la dosis máxima recomendada, se incrementa la posibilidad de mayores efectos secundarios y no se consigue aumentar el efecto analgésico.

La vía de administración es limitada, puesto que la mayoría de los no narcóticos sólo están disponibles por vía oral, hay muy pocos disponibles por vía parenteral o rectal.

Los no narcóticos se administran unidos a coadyuvantes según los problemas que presente el enfermo y con el fin de controlar síntomas asociados.

Los no narcóticos se utilizan con un narcótico en el caso de dolores severos, ya que la acción se dirige al sistema nervioso periférico y al sistema nervioso central, tienen un efecto aditivo y se reduce la dosis de narcótico, disminuyendo por lo tanto los efectos secundarios de éste (Véase anexo 3).

Narcóticos débiles-opiáceos débiles

Indicados en dolor moderado: Se recomienda la utilización asociada a un no narcótico y a coadyuvantes en caso necesario (Véase anexo 4).

Narcóticos fuertes-opiáceos fuertes

Indicados cuando el dolor es severo, si es posible se debe asociar con un analgésico no narcótico. Nunca se debe asociar la morfina con narcóticos débiles, ni con agentes de acción mixta tipo bupremorfina o malbufina.

Se utilizan asociados con coadyuvantes según las necesidades del enfermo.

Las dosis se ajustan aumentando el 50,0% de la dosis precedente cada ocho horas o sea a intervalos de dos vidas medias hasta obtener la analgesia correcta,¹⁴ si hay alivio del dolor pero intensa somnolencia las dosis se deben reducir en un 25,0% a 50,0%.¹⁵

Los narcóticos alivian el dolor al unirse en el sistema nervioso central a los receptores opiáceos a nivel del cerebro y de la médula espinal.

El tratamiento del dolor con narcóticos es limitado, bien, porque los médicos prescriben dosis insuficientes de narcóticos, los profesionales de enfermería administran menos de lo que el paciente debe recibir según las ordenes del médico o los pacientes y sus familias tienen temor a los narcóticos y toman menos cantidad de la prescrita, a intervalos más largos o prefieren no tomar el medicamento.

El temor al uso de los narcóticos se basa en el temor a la adicción, a la dependencia física y a la tolerancia.

La adicción. Se refiere a la necesidad de consumir un fármaco por sus efectos psíquicos, no por razones fisiológicas. En el paciente que tiene dolor por cáncer, hay una indicación médico legal para consumir narcóticos.

Con las dosis establecidas de narcóticos a intervalos

regulares, el enfermo logra controlar el dolor pero no alcanza a llegar a la euforia, por tanto no va a desarrollar la dependencia psicológica.

La dependencia física. Se refiere a un comportamiento involuntario basado en cambios fisiológicos que se manifiestan en el síndrome de abstinencia al suspender bruscamente los narcóticos y sin una relación directa con la adicción.

El desarrollo de la dependencia física es algo impredecible y probablemente empieza a desarrollarse con la primera dosis de narcótico. Las observaciones clínicas han demostrado que los pacientes cancerosos que han tomado narcóticos durante largo tiempo no muestran síntomas clínicos reconocibles de abstinencia al interrumpir su administración.¹⁶

Los síntomas de abstinencia de narcóticos varían entre leves e intensos y son menos problemáticos de tratar de lo que la mayoría de los profesiona-

les de salud creen. Una fórmula usada habitualmente para prevenir los síntomas de abstinencia es disminuir la dosis diaria total en un 10,0% diario durante un periodo de 10 días, o un 5,0% diario en un periodo de 20 días.

La tolerancia. Es un comportamiento involuntario basado en cambios fisiológicos y se presenta tras la administración repetida de un narcótico; se manifiesta cuando una dosis dada empieza a perder su eficacia, lo que exige la necesidad de dosis mayores.

La primera indicación de tolerancia es la disminución de la duración de acción de la droga y luego la disminución en la analgesia.

Si aparece la tolerancia, es tratada segura y eficazmente aumentando la dosis de narcóticos. La dosis de analgesia en un paciente que ha desarrollado tolerancia a los narcóticos no es letal porque también ha desarrollado tolerancia a los efectos secundarios peligrosos para la vida, tanto la depresión respiratoria como la sedación. No hay techo para el efecto analgésico de los narcóticos potentes como la morfina, la metadona, el levorfanol y la hidromorfina.¹⁷

Se recomienda mantener la vía oral el mayor tiempo posible, puesto que la tolerancia se desarrolla más lentamente que con las vías IM o IV, al igual que aumentar la dosis o disminuir el intervalo entre dosis (Véase anexo 5).

Coadyuvantes

Son fármacos que ayudan, mejoran o potencializan la acción de los analgésicos no narcóticos o narcóticos. Se emplean para tratar los síntomas asociados al dolor o efectos secundarios de otros tratamientos. Pueden agruparse en antieméticos, antidepresivos, tranquilizantes mayores o menores, antiepilépticos y esteroides.

La hidroxicina posee propiedades sedantes y es de gran utilidad en el control del insomnio. En casos de ansiedad, intranquilidad o espasmo muscular, es de ayuda el diazepam, así mismo puede utilizarse el dormicum (midazolam). Para los estados depresivos, se utiliza con excelente resultado el tryptanol, que además de su propiedad antidepresiva también mejora el insomnio, el apetito y el estado anímico.

La carbamazepina y la fenitoína están indicados en pacientes con dolor neuropático. En estados de agitación y de gran excitación y en casos de hiperemesis. La clorpromacina proporciona gran ayuda. Los esteroides son antiinflamatorios, ayudan a la recuperación del apetito y del estado de ánimo (Véase anexo 6).

Otros métodos farmacológicos

Los bloqueos nerviosos. Pueden ser periféricos o de grandes troncos nerviosos. Se utilizan anestésicos locales y esteroides.

Las infiltraciones. Se practican en sitios específicos de dolor, bien sea en articulaciones, ligamentos y en cursos o trayectos nerviosos. Para ello se usan anestésicos locales asociados o no con esteroides.

En el dolor por cáncer el tratamiento farmacológico es una herramienta fundamental pero hay que recordar como anota el doctor Robert Twycross, "Siempre hay más en la analgesia que los analgésicos".¹⁸

Conclusiones

El dolor es real no lo ponga en duda. Cada persona lo manifiesta de una manera diferente.

Para establecer, en cada persona, el plan de tratamiento del dolor, hay que valorar el comparante sensorio-discriminativo y afectivo-motivacional.

Hay que hacer sensible el dolor mediante los registros y evaluarlo adecuadamente.

El dolor se puede aliviar y es deber del médico y el profesional de enfermería prepararse para llevarlo a cabo adecuadamente.

La escalera analgésica y las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud ayudan en el control del dolor.

En el control del dolor se deben integrar el tratamiento farmacológico y el no farmacológico.

Anexo 1

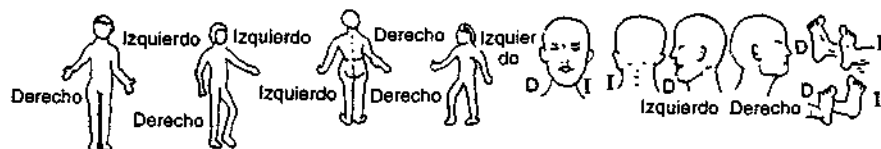
Fecha: _____

INSTRUMENTO PARA VALORACIÓN INICIAL DEL DOLOR

Nombre del paciente: _____ Edad: _____

Habitación: _____ Diagnóstico: _____ Médico: _____

I. LOCALIZACIÓN: El paciente o el profesional de enfermería señala los sitios



II. INTENSIDAD: Puntuación que el paciente hace del dolor. Escala usada: _____

Dolor en este momento: _____

El mayor dolor que sufre: _____

El menor dolor que sufre: _____

Nivel aceptable del dolor: _____

III. CALIDAD: (Use las palabras del paciente, ej. punzada, quemazón, pulsátil, opresivo, penetrante): _____

IV. INICIO, DURACIÓN, VARIACIONES, RITMOS: _____

V. MANERA DE EXPRESAR EL DOLOR: _____

VI. QUE ALIVIA EL DOLOR: _____

VII. QUE DESENCADENA O AUMENTA EL DOLOR: _____

VIII. EFECTOS DEL DOLOR: (Anótese la disminución de la función, la disminución de la calidad de vida)

Síntomas acompañantes (ej. náuseas): _____

Sueño: _____

Apetito: _____

Actividad física: _____

Relaciones con los demás (ej. irritabilidad): _____

Emociones (cólera, tendencias suicidas, llanto): _____

Concentración: _____

Otros: _____

IX. OTROS COMENTARIOS: _____

X PLAN _____

Fuente: MCCAFFERY, Margo y BEEBE, Alexandra. Dolor Manual Clínico para la práctica de enfermería. Barcelona: Salvat, 1992, p. 23

Anexo 2

Evaluación continua del dolor

Paciente: _____ Fecha: _____

Escala usada para clasificación del dolor*: _____

Propósito**: Evaluar la eficacia y la seguridad analgésica _____

Analgésico (s) prescrito (s): _____

<i>Hora</i>	<i>Clasificación dolor</i>	<i>Analgésico</i>	<i>R</i>	<i>P</i>	<i>TA</i>	<i>Nivel conciencia</i>	<i>Otro</i>	<i>Plan y comentarios</i>

* Clasificación del dolor. Pueden usarse diversas escalas. Indicar cuál se usa y utilizar la misma cada vez. Por ej. 0-10 (0 = sin dolor 10 = dolor muy intenso).

** Posibilidades para otros: Eliminación intestinal, actividades, náuseas y vómitos, otras medidas de alivio del dolor. Identificar los posibles efectos secundarios que más preocupan al paciente, la familia, el médico y el profesional de enfermería.

Fuente: McCaffery, Margo y Beebe, Alexandra. *Dolor Manual Clínico para la práctica de Enfermería*. Barcelona: Salvat, 1992, p. 23.

Anexo 3

No narcóticos

<i>Fármaco</i>	<i>Vía</i>	<i>Dosis analgésica media (mg)</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Dosis diaria (mg)</i>	<i>Efectos secundarios</i>
1. Acetaminofén	V.O.	10-15 mg/kg	C/4-6 H	Adultos 4.000 Niños 2.000	En general buena tolerancia Hepatotóxico con dosis superiores a 4 gr día Rara vez produce erupción cutánea
2. Ácido acetyl salicílico	V.O.	10-15 mg/kg	C/4-6h	Adultos 4.000 Niños 2.000	Trastornos: —Hem atológicos —Gastrointestinales Reacciones alérgicas nefrotóxico
3. Neosaldina Dipirona 300 mg Isometilamina clorhidrato 50 mg Cafeína anhidra 30 mg Gotas adultos Niños Grageas Adultos Niños	V.O. V.O. V.O.	40 10-30 1-2 1	Cada 6 h. Cada 6 h. Cada 6 h. Cada 6 h.		Agranulocitosis

Anexo 4

Narcóticos débiles

<i>Fármaco</i>	<i>Vía</i>	<i>Dosis</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Efectos secundarios</i>
1. Codeína	V.O LM	0,5-1.0 mg/kg	Cada 4 h.	Estreñimiento
2. Winadefne Acetaminofén 500 mg Codeína 8 mg adultos Niños	V.O	1-2 tabletas 1/2 a 1 tableta	Cada 6-8 horas Cada 6-8 horas	Estreñimiento
3. Winadefne f. Acetaminofén 500 mg Fosfato de co- deína 30 mg Adultos Niños	V.O.	1-2 tabletas 1/2-1 tableta	Cada 6-8 horas Cada 6-8 horas	Estreñimiento
4. Percodan compuesto Oxicodona 2,42 m Ácido acetil salicílico 325 mg adultos Niños mayo- res de 12 años Niños de 6 a 12 años	V.O.	1 tableta 1/2 tableta 1/4 de tableta	Cada 6 ho- ras Cada 6 ho- ras Cada 6 ho- ras	Cefalea ligera sedación vértigo náu- seas y vómito Las del ácido acetil salicílico

<p>5. Neoperco- dan</p> <p>Acetaminofén 500 mg</p> <p>Propoxifeno 64 mg</p> <p>No debe admi- nistrarse en ni- ños</p>	<p>V.O</p>	<p>1 tableta</p>	<p>Cada 6-8 horas</p>	<p>Potencializa los efectos sedantes de los antihistamínicos</p> <p>Sedante</p>
<p>6. Tramal</p> <p>Clohidrato de tramadol Go- tas 1 ml 40 gotas = 100 mg</p> <p>-Cápsulas 50 y 100 mg</p> <p>-Ampollas 50 y 100 mg</p> <p>-Supositorios 100 mg</p>	<p>V.O</p> <p>V.O</p> <p>I.M</p> <p>I.V S.C</p> <p>Rect al</p>	<p>1-2 mg/kg</p> <p>20-40 gotas (50-100 mg)</p> <p>50-100 mg</p> <p>50 mg</p> <p>100 mg</p> <p>100 mg</p>	<p>Cada 4-6 horas</p> <p>Cada 6 h.</p> <p>Cada 6 h.</p> <p>Cada 3 h.</p> <p>Cada 6 h.</p> <p>Cada 6 h.</p>	<p>Somnolencia</p>
<p>7. Algafan destropoxifeno 65 mg</p> <p>Destropoxife no 75 mg</p>	<p>V.O</p> <p>I.M I.V</p>	<p>1-2 tabletas</p> <p>1 ampolla</p>	<p>Cada 6 h.</p> <p>Cada 6 h.</p>	<p>Potencializa la acción depresora de otras sustancias en el S.N.C.</p> <p>La sobredosis lleva a Depresión res- piratoria</p>

Anexo 5

Narcóticos fuertes

<i>Fármaco</i>	<i>Vía</i>	<i>Dosis</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Efectos secundarios</i>
Morfina	V.O gotas de Gallard 2% 1 gota = 1 mg	02-04 mg/kg la dosis inicial se ajusta aumentando cada 8 horas el 50% de la dosis presente hasta obtener la analgesia correcta.	Cada 4 horas 6-10 a.m. 2-6 p.m. 10 p.m. y se despierta en la noche.	Estreñimiento, náuseas y vómito al comienzo, sedación.
	I.M	0,1-0,15 mg/kg.	Cada 4 horas	
	I.V	0,05-0,1 mg/kg.	Cada 4 horas	
	S.C	0,1-0,2 mg/kg.	Cada 4 horas	
	Rectal supositorios de 5 y 10 mg	5-10 mg	Cada 4 horas	
Hidromorfona clorhidrato ampollas 2,0 mg/ml	I.M	0,02-0,10 mg/kg	Cada 4 horas	Menos intensos que la morfina
	S.C			
Comprimido 2,5 mg	V.O	0,04-0,10 mg/kg	Cada 4 horas	
MST continuos	V.O	10 mg	cada 12 horas	Náuseas y vómito al comienzo.
		30 mg		Sedación estreñimiento
Sulfato de morfina		60 mg		Depresión de centros respiratorios según la dosis
Oral de liberación prolongada		100 mg		

Anexo 6

Coadyuvantes

<i>Clase</i>	<i>Fármaco</i>	<i>Vía</i>	<i>Dosis</i>	<i>Frecuencia</i>
Tranquilizantes mayores	Clorpromazina (largactil)	V.O	10-25 mg	Cada 6-8 horas
	Haloperidol (halopidol)	V.O	10-40 mg	Diarias
Tranquilizantes menores	Diazepam (valium)	V.O	5 mg	Cada 8 horas
Antihistamínico tranquilizante menor	Clorhidrato de hidroxicina (hidexax)	V.O	25 mg	Cada 4-6 horas
Antidepresivo	Amitriptilina (triptanol)	V.O	10-25 mg	Dosis única en la noche
Antiepilépticos	Carbamazepina (tegredol)	V.O	200 mg	Cada 12 horas
	Fenitoína (epamin)	V.O	200 mg	Cada 12 horas
Esteroides	Prednisona	V.O	10 mg	Cada 8 horas
	Dexametasona (Decadrón)	V.O	4 mg	Cada día
			4 mg	Cada 6 horas

Referencias bibliográficas


1. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. *Alivio del dolor en el cáncer*. Ginebra: O.M.S. 1987, p. 7.
2. "Guía Clínico-Terapéutica para alivio del dolor en el cáncer." En: *Revista Latinoamericana de Oncología Clínica*. Buenos Aires. Vol. 23, No. 1 junio 1991; p. 27
3. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. *Op. cit.* p. 8.
4. BEJARANO, Pedro y SCHMIDT, Robert. "Entendiendo el problema del dolor: Mecanismos y Semiología." En: *Tribuna Médica*. Santafé de Bogotá. Vol. 87, No. 6 1993; p. 331.
5. TWYXCROSS, Robert. Citado por. O'BIEN, Tony. "Principios sintomáticos del dolor." En: *Simposio internacional sobre el cuidado integral de pacientes terminales*. Santafé de Bogotá: 1991. Memorias, p. 5.
6. McCAFFERY, Margo y BEEBE, Alexandra. *Dolor: Manual clínico para la práctica de enfermería*. Barcelona: Salvat, 1992, p. 23.
7. ÁLVAREZ, Tiberio. *Dolor agudo en el niño, asistencia y tratamiento*. Medellín: 1993. p. 6.
8. McCAFFERY, Margo y BEEBE, Alexandra. *Op. cit.* p. 25.
9. Equipo de profesionales sanitarios cristianos. *Asistencia a domicilio de enfermos terminales*. Madrid: PPC, 1992. p. 98-102.
10. APONTE, Amalia; MOLINA, María Eugenia y ZULUAGA, Silvia. *Lecciones de Vida*. Medellín: Taller de Publicaciones del Politécnico Colombiano. 1993, p. 62-65.
11. McCAFFERY, Margo y BEEBE, Alexandra. *Op. cit.* p. 201.
12. MAST, Deborah; MEYERS, Judy y URBANSKI, Ann. *Relaxation. A Self Learning module for nurse: Unit I*. En: *Cancer Nursing*. New York. Vol. 10, No. 3 1987; p. 143.
13. MOLINA, María Eugenia. "Asistencia de enfermería al paciente con dolor." En: *Investigación y Educación en Enfermería*. Medellín. Vol. 7, No. 1 marzo 1990; p. 38-39.
14. PICHARD-LEANDRI, Evelyn y GAUVAIN-PIQUARD A. "Manejo del dolor en el paciente pediátrico en fase terminal." En: *Tribuna Médica*. Santafé de Bogotá. Vol. 87, No. 6 1993; p. 364.

15. Guía clínico-terapéutica para alivio del dolor en cáncer. *Op. cit.* p. 30.
16. McCAFFERY, Margo y BEEBE, Alexandra. *Op. cit.* p. 77.
17. McCAFFERY, Margo y BEEBE, Alexandra. *Op. cit.* p. 78.
18. TWYXCROSS. *Op. cit.* p. 4.

División Hospitalaria

prepodyne scrub	Jabón desinfectante a base de Yodo Controlado
sanikleen	Limpiador desinfectante a base de "Amónico Cuaternario" para uso general
prepodyne solution	Solución antiséptica yodada para uso externo
wescodyne	Desinfectante para Piel Física de doble acción Detergente y Germicida
microcide gl	Esterilizante - Desinfectante a base del Glutaraldehído para instrumental quirúrgico, médico y odontológico

FABRICA: Autopista Sur Km. 12
 Computador: 372 0003
 FAX: 372 0017
 A.A.: 53178
 TELEX: 65250
 MEDELLIN - COLOMBIA
 BOGOTÁ: Cra. 26 Nº 47 A 57
 TELS: 269 8712 - 269 6083
 A.A.: 055706



ELECTROWEST
ELECTROQUÍMICA WEST S.A.