



Tratamiento del dolor en México

El dolor agudo tiene una función vital como señal de alarma. No obstante, el dolor crónico se considera una enfermedad en sí misma que afecta las actividades diarias y produce insomnio, alteración del estado de ánimo, frustración, impotencia o trastornos psiquiátricos. Este tipo de dolor tiene una prevalencia alta en México; sin embargo, no hay un tratamiento eficiente para este padecimiento.

Antecedentes

Al llegar al hospital vi a un joven pálido, flaco y con la cabeza muy agachada. Su cuerpo estaba flexionado y sus manos presionaban su muslo derecho. No hablaba y se veía devastado. El adolescente estaba en una silla de ruedas, llevada por su padre, quien mostraba en su rostro desgaste y desesperación extrema. La madre, impaciente por recibir ayuda para su hijo, contestaba rápidamente cada una de las muchas preguntas que le hacía el médico. Eran necesarias para realizar un plan meticuloso que permitiera controlar el dolor tan intenso que ya tenía más de tres meses de evolución.

Me informaron que inicialmente el paciente lloraba desesperado del dolor, pero ahora, consumido por esa sensación, sólo soltaba algunos quejidos de lamento que lo atormentaban día y noche, sin dejarlo dormir ni descansar. El devastador dolor de las piernas no se lograba controlar con los analgésicos convencionales, y esto generaba ideas contradictorias en el paciente y en sus padres. Al final de un interrogatorio de 10 minutos, se resolvió aplicar morfina por vía subcutánea; el dolor cedió de inmediato y el padre preguntó ¿por qué no le habían dado morfina antes?

Este relato es una realidad en México y en otros países. Cada año millones de pacientes con cáncer, diabetes o VIH/sida en etapa terminal sufren innecesariamente de dolor severo porque los medicamentos para mitigarlo están fuera de su alcance.





El dolor

El dolor es una experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada con un daño real o potencial al tejido. Esta definición pone de manifiesto que no solamente se tiene un componente fisiológico, sino que incluye también el aspecto afectivo-emocional, el cual hace del dolor una sensación desagradable que genera angustia e incita al paciente a buscar ayuda médica. Este componente también hace que el dolor sea un fenómeno complejo, personal e intransferible.

El dolor agudo tiene una función vital como señal de alarma por una lesión o infección en el organismo. Sin embargo, si el dolor es crónico, se considera que es una enfermedad *per se* y no un síntoma de otro padecimiento.

Según sea su origen, el dolor se clasifica como dolor nociceptivo (fisiológico), inflamatorio (lesión de tejidos), neuropático (lesión de nervios) y funcional (no hay lesión de tejidos ni nervios). Los dos primeros sirven como señal de alarma y tienen la función de permitir la recuperación de la lesión. En contraste, los dos últimos no tienen la función de alertar al organismo y se consideran patológicos. Esta clasificación es importante porque el tratamiento médico dependerá del tipo de dolor.

Otra clasificación es de acuerdo con su duración; el dolor puede ser agudo (de aparición súbita y que desaparece al controlar la causa) o crónico (que persiste más allá del tiempo de curación previsto, y también se define como el dolor con más de tres meses

de duración). Este último puede ser de origen inflamatorio (como en la artritis reumatoide), neuropático (lesión o compresión de un nervio) o funcional (migraña, fibromialgia, etcétera). En realidad, todas las personas están en riesgo de padecer dolor crónico, que puede surgir con una enfermedad (artritis, migraña), como componente de otro padecimiento crónico (cáncer, diabetes) o a partir de un traumatismo por accidente (dolor lumbar, dolor de cuello), entre otras causas.

De manera particular, el dolor crónico afecta a 25-29% de la población mundial. En México se considera que hay alrededor de 30 millones de personas con este padecimiento; la prevalencia reportada en hombres mayores de 60 años es 41.5%, y en mujeres mayores de 60 años es 48 por ciento.

Este dolor crónico produce alteración de las actividades diarias, insomnio (véase en este número temático, el artículo de Vinicio Granados Soto), cambios del estado de ánimo, enojo, frustración e impotencia, así como trastornos psiquiátricos, por ejemplo, ansiedad y depresión. Por lo tanto, el tratamiento del dolor crónico debe estar encaminado a normalizar la vida del paciente.

Evaluación del dolor

Antes de iniciar cualquier tratamiento, el médico necesita tener una idea muy clara del tipo de dolor que presenta el paciente. Por lo tanto, se recomienda documentar de forma objetiva, sistemática y periódica los síntomas. El médico debe evaluar la temporalidad, causalidad, localización, distribución, características, tipo de dolor, severidad o intensidad, duración, periodicidad, circunstancias coincidentes y tratamiento previo. En pacientes con dolor crónico también se debe realizar una valoración psicológica o psiquiátrica.

Por otra parte, para conocer la intensidad del dolor se utiliza una escala análoga con al menos dos opciones: la escala verbal análoga (5 puntos) y la escala visual análoga (regla de 0 a 10). En la primera se le pide al paciente que describa la intensidad de su dolor mediante 5 puntos: 1) ausencia de dolor; 2) leve; 3) moderado; 4) fuerte, y 5) muy fuerte. En la



segunda medición, se le pide al paciente que señale en una escala de 0 a 10 su nivel de dolor, donde 0 es ausencia de dolor y 10 es el máximo dolor que una persona puede tolerar (véase la Figura 1).



Figura 1. Ejemplo de la escala análoga visual. Modificado de Wong y Baker (1988).

El tratamiento del dolor

Históricamente, el tratamiento del dolor en México ha sido subóptimo. En un intento por tener al menos una guía, se han realizado consensos de expertos para analizar la literatura y su calidad, así como el grado de evidencia para recomendar tratamientos para el dolor. Actualmente existen guías generales para el tratamiento del dolor agudo y postoperatorio en México.

1. Dolor leve. Se utilizan analgésicos antiinflamatorios (naproxeno, diclofenaco, celecoxib, etoricoxib, etcétera).
2. Dolor moderado. Se utilizan opioides débiles (tramadol, codeína), además de los medicamentos anteriores.
3. Dolor fuerte a muy fuerte. Se utilizan opioides fuertes (buprenorfina, morfina, fentanilo) y se pueden combinar con analgésicos antiinflamatorios.

Asimismo, hay guías para el tratamiento del dolor oncológico (por cáncer) y del dolor neuropático (causado por una lesión al sistema nervioso, como en la neuropatía diabética dolorosa, neuralgia posherpética, síndrome de dolor regional complejo tipo I y II, dolor neuropático central, neuralgia del trigémino, radiculopatía crónica, etcétera). En el caso de los pacientes con cáncer, el dolor puede ser fuerte o muy fuerte y requerirá del uso de opioides fuertes (morfina, fentanilo), sobre todo en la fase avanzada. Para el dolor neuropático, se emplea otro tipo de fármacos conocidos como adyuvantes; en este grupo se encuentran los anticonvulsivos (pregabalina, gabapentina) y antidepresivos (imipramina, amitriptilina). Además, se pueden usar los opioides fuertes (oxicodona, morfina, etcétera).

El cáncer es la tercera causa de mortalidad en México, con alrededor de 84 000 defunciones por año. El dolor por cáncer se genera por diferentes

causas: compresión, invasión a tejidos, fracturas, infecciones, radioterapia, quimioterapia o cirugía. El objetivo principal en estos pacientes es el alivio de los síntomas, incluido el dolor en cualquiera de las fases o causas. Existen diferentes estrategias y opciones de tratamiento, que incluyen medidas físicas (fisioterapia, ejercicio de bajo impacto), psicológicas, farmacológicas (medicamentos) y hasta quirúrgicas. Entre las medidas farmacológicas está el uso de morfina o de otros analgésicos opioides.

Por otro lado, la diabetes mellitus es la segunda causa de muerte en México; se estima que cada año fallecen por esta enfermedad alrededor de 100 000 personas, por lo que ya se considera como una epidemia. Este padecimiento produce dolor de tipo neuropático, manifestado como dolor ardoroso, quemante, cortante, punzante, con calambres y sensación de frío; predominantemente, con frecuencia se incrementa en horario nocturno. Si la enfermedad no se diagnostica y atiende de forma oportuna, se genera dolor crónico de intensidad moderada a severa, el cual afecta la realización de las actividades cotidianas y repercute en la calidad de vida. El tratamiento farmacológico de la diabetes mellitus debe estar dirigido tanto al control de la glucosa (azúcar) como al alivio del dolor. Lo primero, junto con el ejercicio, resultará determinante para prevenir o retardar el dolor en estos pacientes; si no se controla el azúcar, será más difícil controlar el dolor y se requerirán más analgésicos, con mayor riesgo de efectos adversos. Actualmente, el tratamiento que se recomienda para este tipo de dolor incluye anticonvulsivos (gabapentina, pregabalina), antidepresivos (imipramina) y opioides (morfina). Lo ideal para el manejo del dolor crónico es un programa terapéutico multidisciplinario individual para cada paciente. Los especialistas involucrados en el tratamiento del dolor lo evalúan según la causa, por lo que entre

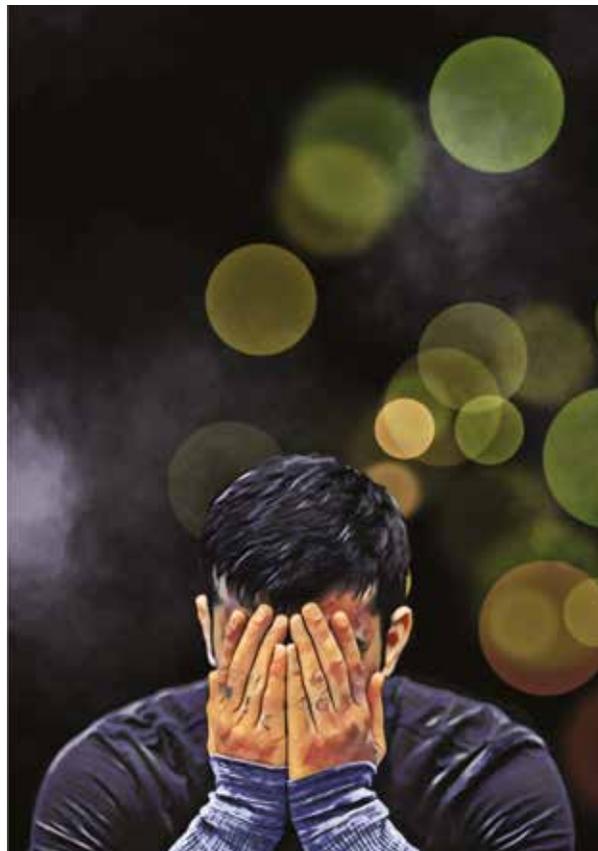


ellos hay expertos en dolor, neurocirujanos, neurólogos, ortopedistas, médicos de rehabilitación, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, psicoterapeutas, etcétera. El grupo multidisciplinario realiza una evaluación y discute las estrategias de tratamiento a corto y largo plazo.

■ Problemas para el tratamiento del dolor en México

■ El tratamiento del dolor, así como su seguimiento, puede verse frustrado por la combinación de varios factores. Por ejemplo, un diagnóstico incierto afectará seriamente la eficacia del tratamiento del dolor. Asimismo, el estigma social –consciente o inconscientemente– repercute en las personas que reportan dolor, sobre todo cuando no responden fácilmente al tratamiento. Cuando el paciente presenta dolor crónico sin un origen determinado (dolor funcional), el médico clasifica al dolor como psicológico o psicogénico, porque no encuentra la causa. En otras ocasiones, el médico califica al paciente como manipulador y no le provee el tratamiento adecuado. Por otra parte, cuando sí se reconoce la causa, pero no se logra controlar el dolor mediante el tratamiento, el médico pide al paciente que aprenda a vivir con el dolor.

Aparte de estos factores, en México tenemos un fenómeno conocido como opiofobia, que es el miedo irracional al uso o a la prescripción de opioides, con base en factores de riesgo clínicos, regulatorios y médico-legales potenciales que impiden la administración apropiada en el tratamiento del dolor. Ésta es una de las principales causas de que haya un control inadecuado del dolor. Además, se ha adoptado de Estados Unidos de América el temor a la adicción por el uso de opioides. En dicho país, las muertes por sobredosis de opioides ya se considera una epidemia (véase en este número el artículo de Silvia Cruz Martín del Campo y colaboradores). Sin embargo, en México el consumo de opioides para el tratamiento del dolor por cáncer está muy por debajo de lo necesario. Esto repercute en un tratamiento inadecuado de los pacientes con dolor crónico (sobre todo oncológico) que requieren de estos fármacos.



La Organización Mundial de la Salud (OMS) clasifica las principales barreras y los factores que condicionan el uso de opioides en la población con dolor aun cuando sea necesario:

1. Políticas sociosanitarias. Se da poca importancia al manejo del dolor y hay un temor exagerado a la adicción a los opioides.
2. Industria farmacéutica. Los altos costos de los opioides predisponen al abandono del tratamiento y a un mal control del dolor.
3. Profesionales de la salud (médicos, enfermeros y farmacéuticos). La falta de formación respecto al tratamiento del dolor en escuelas y universidades, así como el conocimiento inadecuado de la farmacología analgésica y terapia del dolor llevan a la prescripción inadecuada de opioides.
4. Pacientes. En este caso, influyen la negación del dolor, la falta de conocimiento sobre cómo interpretar y reportar el dolor, el temor a la adicción o dependencia a los opioides (derivados del opio,

como tramadol, oxiconona, morfina, fentanilo, etcétera), ya sea por parte del paciente o de sus familiares, así como el miedo a otros efectos adversos.

Desafortunadamente, en México enfrentamos todas estas barreras juntas. Además, las instituciones de salud no cuentan con suficientes analgésicos ni con el personal médico capacitado para el uso correcto de terapias que incluyan opioides (morfina o fentanilo). Las aseguradoras, por lo general, no consideran los tratamientos para el control del dolor en sus pólizas; asimismo, piensan que los anticonvulsivos y antidepresivos (fármacos que se utilizan en el tratamiento del dolor neuropático) sólo son para los tratamientos psiquiátricos y no los incluyen en su cobertura. Lo mismo sucede con los procedimientos invasivos y de tecnología avanzada (estimuladores espinales y radiofrecuencia) para controlar el dolor.

■ ¿Cómo se pueden superar estas barreras?

■ En México se requiere una transformación cultural de la forma en que los médicos y pacientes ven el dolor y su tratamiento. Se necesita incluir la enseñanza del dolor y su terapéutica en todos los programas de educación para profesionales de la salud en todas las universidades del país. El dolor crónico debe ser reconocido como un problema grave que requiere ser atendido por parte de la familia, los médicos, los

empleadores y las compañías de seguros. El médico debe hacer una evaluación riesgo-beneficio del uso y abuso de opioides y explicarle al paciente las ventajas y desventajas del tratamiento. Por último, el uso de opioides en pacientes con cáncer terminal debe ser un derecho, no una opción.

Rocío Torres Méndez

Clínica del Dolor, Hospital Ángeles Lomas
 rociotorresmendez@hotmail.com

Lecturas recomendadas

- Covarrubias-Gómez, A. *et al.* (2010), "Epidemiología del dolor crónico en México", *Revista Mexicana de Anestesiología*, 33(4):207-213.
- Guevara-López, U. *et al.* (2007), "Parámetros de práctica para el manejo del dolor en México", *Cirugía y Cirujanos*, 75:385-407.
- IOM (Institute of Medicine) (2011), *Relieving pain in America: A blueprint for transforming prevention, care, education, and research*, Washington D. C., The National Academies Press.
- Miró, J. *et al.* (2005), "Assessment of the faces pain scale-revised for measuring pain severity in children", *Rev Soc Esp Dolor*, 12:407-416.
- Shaygan, M. *et al.* (2018), "Predicting factors of outcome in multidisciplinary treatment of chronic neuropathic pain", *Journal of Pain Research*, 11:2433-2443.
- Wong, D. L. y C. M. Baker (1988), "Pain in children: Comparison of assessment scales", *Pediatric Nursing*, 14(1):9-17.

