

# 1 Generalidades

## Recomendaciones

1. Los médicos deben generar confianza en los pacientes y sus familiares informando que en la mayoría de los casos el dolor puede ser aliviado en forma segura y efectiva. (A)
2. Los clínicos deben evaluar al paciente y si hay dolor, proporcionar alivio óptimo a lo largo del transcurso de la enfermedad. (Consenso del Panel)
3. Los programas curriculares en las profesiones de la salud deben incluir formación para una adecuada evaluación y un manejo efectivo del dolor (Consenso del Panel)
4. Se debe incluir en el plan de tratamiento, la educación del paciente y sus familiares acerca del dolor y su manejo y estimular a los pacientes para que sean participantes activos. (A)
5. Las leyes estatales y locales y las autoridades reguladoras no deben obstaculizar la utilización apropiada de los opioides para el tratamiento del dolor por cáncer. (Consenso del Panel).
6. Los clínicos deben colaborar con los pacientes y sus familias, tomando en cuenta los costos de los fármacos y tecnologías para el manejo del dolor (Consenso del Panel)

## Alcances del Problema

Anualmente se diagnostican 1 millón de casos nuevos de cáncer en los Estados Unidos. Actualmente, cerca de 8 millones de norteamericanos tienen cáncer o historia de cáncer; la mitad de éstos diagnósticos fueron durante los últimos 5 años. El cáncer causa 1 de cada 10 muertes en todo el mundo (Stjernsward and Teoh, 1990) y aumentó notablemente su prevalencia en los Estados Unidos, donde causa 1 de cada 5 muertes — cerca de 1,400 muertes por día (American Cancer Society, 1994).

El dolor asociado con cáncer es con frecuencia inadecuadamente tratado en los adultos (Bonica, 1990) y en los niños (Miser, Dothage, Wesley, et al., 1994). Los pacientes con cáncer pueden tener dolor originado por causas múltiples (Coyle, Adelhardt, Foley, et al., 1990). El dolor por cáncer puede ser debido a: (1) progresión tumoral y patología relacionada (p. e., daño del nervio), (2) cirugías u otros procedimientos terapéuticos o diagnósticos invasivos, (3) toxicidad de la quimioterapia y radioterapia, (4) infección o (5) dolor muscular ocasionado por actividad física limitada (Foley, 1979). La incidencia

del dolor en pacientes con cáncer depende de la naturaleza y el estadio de la enfermedad. Al momento del diagnóstico y en estadíos intermedios, el 30 a 45% de los pacientes experimenta dolor moderado a severo (Daut and Cleeland, 1982). En promedio, cerca del 75% de los pacientes con cáncer avanzado presentan dolor. De los pacientes con cáncer, 40 a 50% informan dolor moderado a severo y el otro 25 a 30% dolor muy severo (Bonica, 1990).

En aproximadamente el 90% de los pacientes, el dolor por cáncer puede ser controlado con medidas relativamente sencillas (Gosis, Gorini, Ratti, et al., 1989; Schug, Zech, and Dörr, 1990; Teoh and Stjernsward, 1992; Ventafridda, Caraceni, and Gamba 1990), y aún así un informe del National Cancer Institute Workshop on Cancer Pain (1990), indica que “el tratamiento inadecuado del dolor y de otros síntomas del cáncer es un problema de salud pública serio y descuidado” (National Cancer Institute, 1990). El taller concluyó que “... todos los pacientes con cáncer deben tener la expectativa que el dolor será controlado, como un aspecto integral de su cuidado a lo largo del curso de la enfermedad” (National Cancer Institute, 1990).

Debido a que el control del dolor por cáncer es un problema de alcances internacionales, la OMS insiste en que todas las naciones deben dar alta prioridad para el establecimiento de programas de vigilancia del alivio del dolor por cáncer (Stjernsward and Teoh, 1990). En los Estados Unidos un gran número de organizaciones trabajan para alcanzar esta meta (Ad Hoc Committee of Cancer Pain of the American Society of Clinical Oncology, 1992; American Pain Society, 1986; Health and Public Policy Committee, American College of Physicians, 1983; McGivney and Crooks, 1984; Spross, McGuire, and Schmitt, 1990a, 1990b, 1990c; Weissman, Burchman, Dinndorf, et al., 1988).

## **Importancia del Control del Dolor por Cáncer**

El control del dolor merece prioridad por varias razones: Primero, el dolor no tratado causa sufrimiento innecesario. Dado que el dolor disminuye la actividad, el apetito y el sueño, puede debilitar aún más el estado general del paciente. El impacto psicológico puede ser devastador. Los pacientes con cáncer frecuentemente pierden la esperanza cuando aparece el dolor, asumiendo que este anuncia el progreso inexorable de una enfermedad temida, destructora y fatal.

El dolor crónico puede inducir a los pacientes a rechazar programas de tratamiento activo y cuando el dolor es más severo o los pacientes están deprimidos, puede inducirlos al suicidio. Además de aliviar el sufrimiento, el control del dolor es importante, incluso cuando el proceso de la enfermedad subyacente es estable, ya que el dolor no controlado impide trabajar productivamente, disfrutar de la recreación o desempeñarse familiar y socialmente (Moinpour and Chapman, 1991). El control del dolor debe ser prioritario, no solo en los pacientes con enfermedad avanzada, si no también en aquellos cuya condición es estable y cuya esperanza de vida es prolongada.

# Sufrimiento, Pérdida del Autocontrol y Calidad de Vida

## Perspectiva de un Paciente

*“Uno de los peores aspectos del dolor por cáncer es que constantemente me recuerda la enfermedad y la muerte. El temor al dolor se vuelve insoportable antes de la muerte y aquellos que participamos en las redes de apoyo confirmamos que estos temores son verdaderos.*

*El dolor parece muy grande cuando lo enfrentamos solos, pero un gran número de nosotros está encontrando consuelo en los grupos de apoyo, allí tratamos temas como el control personal, la comunicación con los médicos y enfermeras, las terapias adyuvantes y otros asuntos.*

*Mi sueño es un tratamiento que pueda aliviar el dolor, que permita estar alerta y sin efectos colaterales”. Jeanne Stover, Miembro del Panel, 1991–1992.*

El dolor por cáncer se puede resolver con la curación del paciente o puede continuar indefinidamente incluso como una complicación de las terapias utilizadas. Aunque frecuentemente el dolor por cáncer se considera como una crisis que aparece en los estados avanzados de la enfermedad, puede presentarse por múltiples razones y causar sufrimiento, pérdida de control y deteriorar la calidad de vida en cualquier etapa de la enfermedad, incluso en los pacientes cuya condición es estable y cuya esperanza de vida es prolongada.

El sufrimiento genera una sensación de amenaza para la autoestima y la vida, ocasiona pérdida de la capacidad de lucha para enfrentar los síntomas o problemas causados por el cáncer, ocasiona sensación de pérdida personal y pérdida de la esperanza. “El sufrimiento puede incluir dolor físico, pero no significa que esté limitado a él... generalmente, el sufrimiento puede ser definido como un estado de aflicción severa relacionado con eventos que amenazan la integridad personal... El sufrimiento de los pacientes con cáncer terminal puede ser aliviado y se puede demostrar que el dolor es controlable” (Cassel, 1982).

El dolor puede aumentar el sufrimiento del individuo empeorando la sensación de abandono, impotencia, ansiedad y depresión. La sorpresa y la incredulidad, seguidas por la ansiedad y depresión (irritabilidad y trastornos del apetito y del sueño, incapacidad para concentrarse o efectuar actividades normales) son expresiones comunes cuando la persona se entera que padece cáncer, o cuando descubre que el tratamiento ha fracasado o la enfermedad recurre (Massie and Holland, 1990). Estos síntomas generalmente se resuelven en pocas semanas con apoyo de la familia y las personas que participan en el equipo de cuidado. En ocasiones en estos periodos de crisis puede ser necesario el tratamiento farmacológico de la ansiedad y el insomnio. “El alivio del sufrimiento y la curación del enfermo deben ser vistas como actividades paralelas cuando la práctica profesional está dedicada al cuidado del enfermo” (Cassel, 1982).

*“La obligación de aliviar el sufrimiento es un componente esencial de la ética médica, es imperativo para los profesionales de la salud mantener la habilidad clínica para conocer el manejo del dolor, incluso cuando los programas curriculares no lo incluyan”.* — Cañ and Hammes, 1994.

El control personal o autocontrol se refiere a la capacidad del individuo para decidir acciones inmediatas y modificar las circunstancias futuras a través de su propio accionar, (Wallston, Wallston, Smith, et al., 1987) el autocontrol incluye:

- Predecir exitosamente eventos y respuestas.
- Escoger entre varias opciones.
- Mantener la capacidad de adaptación.
- Adquirir y emplear información relevante.
- Utilizar los grupos de apoyo social o de otro tipo.

El control personal se disminuye cuando se diagnostica el cáncer y se reduce aún más con el dolor progresivo, los procedimientos invasivos, toxicidad de los tratamientos, hospitalización y cirugía. Cuando el dolor reduce la capacidad del paciente para mantener el control, disminuye el bienestar psicológico y produce sentimientos de desesperanza y vulnerabilidad. Por lo tanto, los médicos deben apoyar activamente la participación del paciente en el manejo del dolor.

La calidad de vida de los pacientes con dolor por cáncer es significativamente menor comparada con la de los pacientes con cáncer que no tienen dolor (Ferrell, Rhiner, Cohen, et al., 1991). La Tabla 1 describe el efecto del dolor en cuatro áreas relacionadas con la calidad de vida (física, psicológica, social y espiritual). Los familiares y las personas cercanas a los pacientes con cáncer comparten el sufrimiento, la pérdida del control y el deterioro de la calidad de vida y experimentan también estrés social y psicológico. Los familiares que cuidan al enfermo necesitan dormir y aliviar la carga emocional y socioeconómica derivada de la enfermedad.

Incluso en ausencia de estrés psicológico, emocional y físico, la familia puede no estar preparada para enfrentar las necesidades del paciente. Ellos con frecuencia deben evaluar el dolor, tomar decisiones acerca de la cantidad y el tipo de medicamentos y determinar cuando administrar la dosis. Las estrategias sofisticadas para el manejo del dolor pueden requerir el manejo de regímenes de medicación complejos que involucran infusiones parenterales o epidurales en casa (Tabla 1).

En otros casos los familiares que cuidan al enfermo vacilan en administrar las dosis adecuadas de analgésicos opioides por temores infundados o mitos sobre la tolerancia, dependencia y riesgo de depresión respiratoria (Ferrell, Cohen, Rhiner, et al., 1991). **Los clínicos deben tranquilizar a los pacientes y a sus familias informando que en la mayoría de los casos el dolor puede ser aliviado con seguridad y eficacia.** La familia puede carecer de preparación adecuada para enfrentar los retos que requiere el alivio del dolor o pueden

**Tabla 1 Efecto del dolor por cáncer en la calidad de vida****Aspectos Físicos**

Disminución de la capacidad funcional.  
 Disminución de la fortaleza y la resistencia.  
 Náusea y pérdida del apetito.  
 Trastornos del sueño.

**Aspectos Psicológicos**

Disminución de la alegría y la capacidad lúdica.  
 Aumento de la ansiedad y temor.  
 Depresión, sufrimiento.  
 Dificultad para la concentración.  
 Somatización.  
 Pérdida de control.

**Aspectos Sociales**

Disminución de las relaciones sociales.  
 Disminución de la actividad sexual y afectiva.  
 Cambios en la apariencia.  
 Incremento en la necesidad de cuidado.

**Aspectos Espirituales**

Aumento del sufrimiento.  
 Cambio de intereses.  
 Evaluación de creencias religiosas.

---

**Fuente:** Ferrell, Rhiner, Cohen, et al., 1991. Usado con permiso del autor.

hacer negación del dolor que sufre el paciente, para no aceptar la posibilidad que la enfermedad está progresando. Estas situaciones requieren diálogo entre pacientes, familiares y profesionales de la salud experimentados en el manejo del dolor.

## **Generalidades Sobre el Dolor y Modalidades de Manejo**

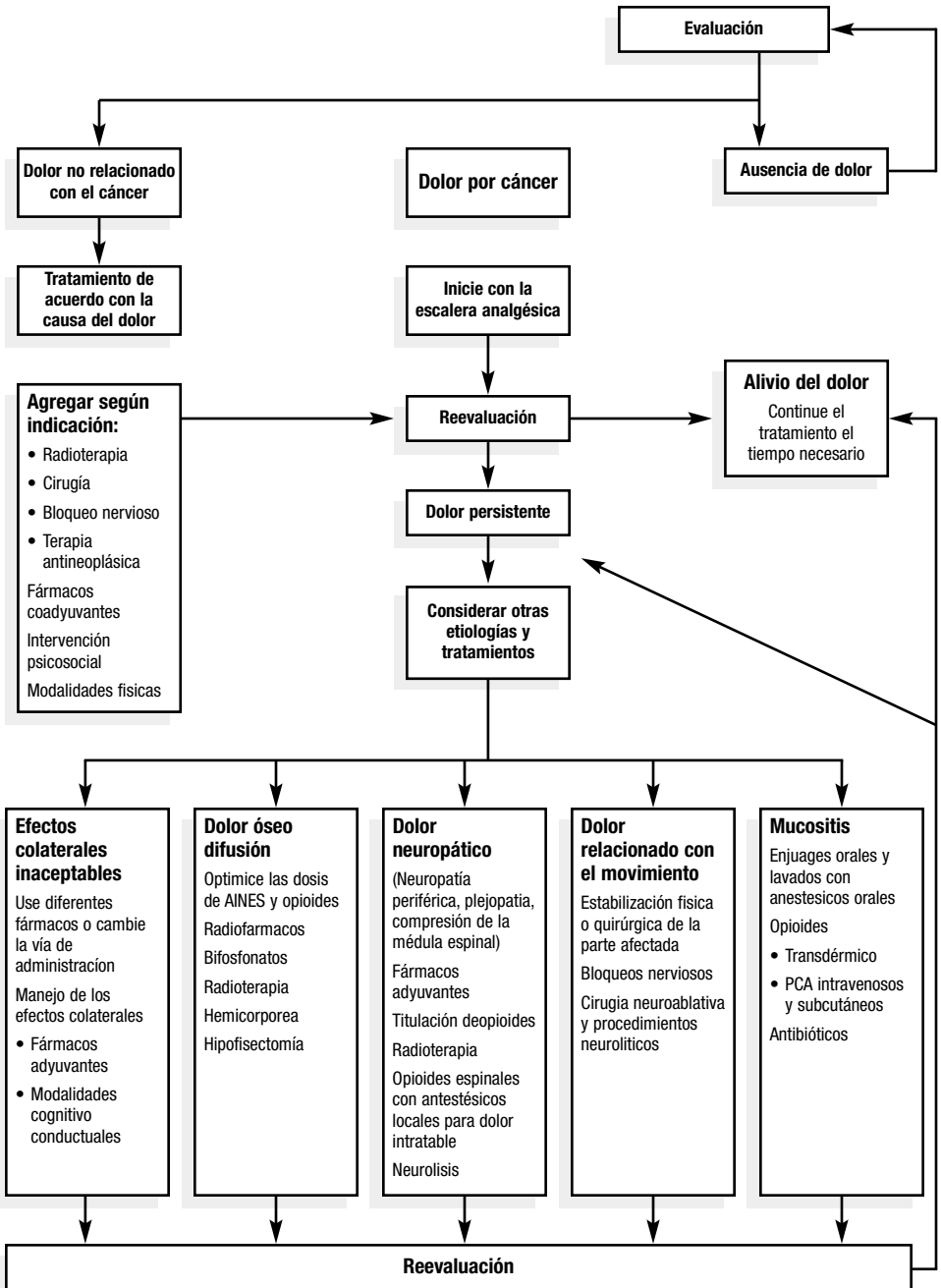
Se ha estudiado ampliamente la anatomía, fisiología y farmacología del dolor. Un gran avance es el descubrimiento de las vías nerviosas inhibitorias descendentes que se originan en el tronco cerebral y bajan por la médula modulando la actividad nociceptiva espinal (Fields and Basbaum, 1978). Estas vías descendentes, al igual que las vías espinales y supraespinales, responden a los opioides y a otros analgésicos, como también a estímulos fisiológicos y experimentales, incluyendo el estrés (Mayer and Liebeskind, 1974). Se ha especulado que la activación de este sistema de control descendente por la acción de opioides endógenos como  $\beta$ -endorfina y encefalinas, podría ser responsable de la analgesia inducida por placebo y de los efectos analgésicos de la acupuntura en algunas circunstancias.

El dolor puede ser definido como “una experiencia emocional y sensorial desagradable asociada con daño tisular potencial o real o descrita en estos términos” (International Association for the Study of Pain, Subcommittee on Taxonomy, 1979). Aunque hoy los mecanismos y vías del dolor se comprenden mejor, se debe resaltar que además de la activación de las vías nociceptivas, la percepción individual del dolor y la apreciación de su significado son fenómenos complejos que involucran aspectos psicológicos y emocionales (McGrath, 1990a). La intensidad del dolor no es proporcional al tipo y magnitud del daño tisular y puede ser modulada en muchos sitios del sistema nervioso. La percepción del dolor depende de complejas interacciones entre los impulsos nociceptivos en las vías ascendentes y la activación de sistemas de inhibición descendentes. Este conocimiento proporciona bases para un enfoque más comprensivo y multimodal en la evaluación y tratamiento de los pacientes con dolor y permite ratificar las experiencias clínicas que han observado que un abordaje unidireccional no es muy útil. Por lo tanto el manejo individualizado del dolor debe considerar el estado de la enfermedad, condiciones médicas concurrentes, las características del dolor, y las características psicológicas y culturales del paciente. También se requiere de una evaluación constante del dolor y de la efectividad del tratamiento.

La Figura 1 muestra un flujograma que describe el manejo del dolor por cáncer desde la evaluación inicial de dolor y sus causas, pasando por las diferentes modalidades de tratamiento, incluyendo la escalera analgésica de la OMS y numerosas otras modalidades terapéuticas farmacológicas y no farmacológicas (Organización Mundial de la Salud, 1990). La elección de una modalidad terapéutica puede cambiar cuando se modifican las condiciones del paciente y las características del dolor. Es importante resaltar que la eficacia de las modalidades analgésicas empleadas separadamente o en combinación debe ser cuidadosamente evaluada. El flujograma señala la complejidad tanto de las causas de dolor como de las modalidades disponibles para su manejo. Esta Guía describe las modalidades y hace recomendaciones para su utilización racional. Siempre que haya dolor el personal de salud debe proporcionar un alivio óptimo, evaluándolo rutinariamente y tratándolo con una o varias de las modalidades descritas.

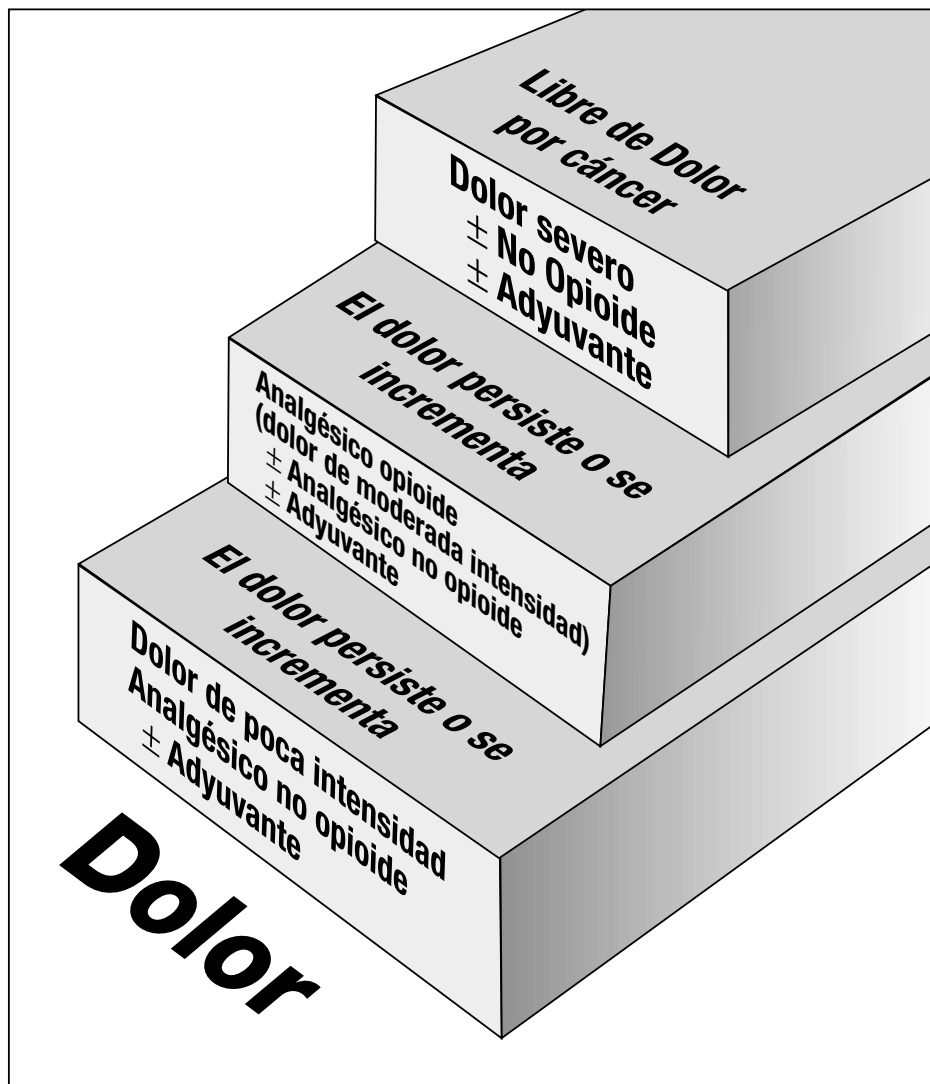
La escala de la OMS (Fig. 2) recomienda el manejo progresivo tanto de las dosis como del tipo de analgésico, para lograr un manejo eficaz del dolor. Cuando este enfoque no invasivo no es efectivo, las alternativas incluyen otras vías de administración de fármacos, bloqueos nerviosos y neurocirugía ablativa. Como indica la figura 3, los pacientes reciben diversos tratamientos que varían en su grado de invasión y simultáneamente pueden también beneficiarse con otras modalidades terapéuticas; el porcentaje de pacientes que reciben estas diferentes modalidades de tratamiento separadamente o en combinación no está bien documentada. El estimativo de la figura 3 hace referencia a varias poblaciones clínicas y no representa todas las situaciones y poblaciones; más aún no refleja qué es lo óptimo, solo presenta la opinión

**Figura 1** Flujograma: Manejo Continuo del Dolor en Pacientes con Cáncer



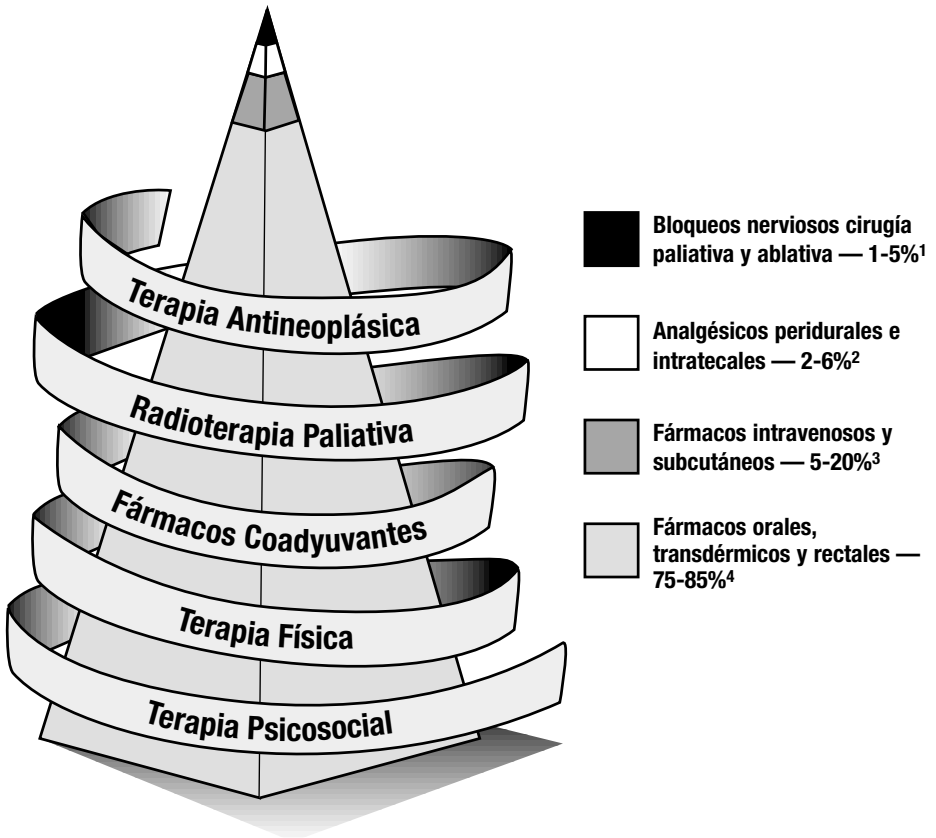
actual. Es necesario investigar la efectividad de estas modalidades empleadas como medidas únicas o combinadas, en diferentes poblaciones y diversas situaciones clínicas.

**Figura 2 Escalera analgésica de la OMS**



**Fuente:** Organización Mundial de la Salud, 1990. Utilizado con autorización.

**Figura 3 Estrategias en el manejo del dolor: Jerarquización**



<sup>1</sup> Hiraga, Mizugichi, and Takeda, 1991; Portenoy, 1993; Ventafridda, Caraceni, and Gamba, 1990.

<sup>2</sup> Hiraga, Mizugichi, and Takeda, 1991; Ventafridda, Caraceni, and Gamba, 1990.

<sup>3</sup> Keller, 1984; Paice, 1993; Portenoy, 1993.

<sup>4</sup> Goisis, Gorini, Ratti, et al., 1989; Hiraga, Mizugichi, and Takeda, 1991; Scug, Zech, and Dör, 1990; Takeda, 1986; Ventafridda, Caraceni, and Gamba, 1990; Walker, Hoskin, Hanks, et al., 1988.

**Nota:** La pirámide muestra una jerarquía de estrategias para el manejo del dolor desde menos invasivas (en la base) hasta mas invasivas (en el extremo). Las terapias descritas en la cinta pueden beneficiar muchos pacientes que reciben tratamientos concomitantes en cualquier nivel de invasividad. Los estimados de la barra lateral están basados en datos publicados y estimativos de consultores de distintos ámbitos clínicos en países industrializados, pueden no representar todos los que existen y no necesariamente reflejan lo que es óptimo.

## **Obstáculos para el Manejo Efectivo del Dolor**

El manejo del dolor es con frecuencia y sin justificación poco óptimo (Tabla 2). Los profesionales de la salud raramente son entrenados en su manejo, no son conscientes de su importancia ni reconocen cuando un paciente lo padece y temen prescribir opioides.

Al igual que el personal de la salud, los pacientes y familiares evitan el uso de opioides por temor a la adicción y la preocupación por la tolerancia, además no comunican sus quejas de dolor o se abstienen de informar acerca del inadecuado alivio del dolor. **Por lo tanto el panel recomienda que los profesionales de la salud incluyan en el plan de tratamiento la educación del paciente y de la familia**

Otra barrera para el manejo del dolor radica en que históricamente no ha sido una prioridad en los sistemas de salud. Los gastos generados por el tratamiento del dolor pueden no ser reembolsados o el tratamiento no es fácilmente accesible y las instituciones están más preocupadas por la posible adicción a los opioides y sustancias controladas, que en la optimización del alivio del dolor. Los médicos deben tranquilizar a los pacientes poco dispuestos a comunicar el dolor y a quienes temen a la adicción o a los efectos colaterales, informarles que existen muchas formas diferentes para lograr un alivio seguro y efectivo del dolor. El diálogo con los clínicos especialistas en el manejo del dolor y la lectura de la guía del paciente desarrollada conjuntamente con esta guía (Jacox, Carr, Payne, et al., 1994) pueden ayudar a pacientes y familiares a derrotar los temores y obstáculos que interfieren con el alivio efectivo del dolor.

Los problemas relacionados con los sistemas y políticas de salud y las sugerencias para resolverlos se discuten extensivamente en los siguientes documentos (Angarola and Wray, 1989; Cain y Hammes, 1994; Cleeland, Cleeland, Dar et al., 1986; Cleeland, 1987; Ferrell and Griffith, 1994; Hill, 1993; Joranson, 1994, Kolassa, 1994; Shapiro, 1994a, 1994b). Dos de los problemas, regulación restrictiva de las sustancias controladas y cubrimiento de los costos se discuten a continuación.

### **Aspectos Legales de la Regulación de Opioides**

---

Los gobiernos pretenden garantizar la disponibilidad de los analgésicos opioides para propósitos médicos y científicos, mientras que controlan el abuso y la distribución ilegal de estas sustancias (Shapiro, 1994,). El Acta de Sustancias Controladas (CSA) es la principal ley en USA sobre la utilización y la disponibilidad de las sustancias controladas, incluyendo los analgésicos opioides. El Acta proporciona información sobre el registro y fabricación de sustancias controladas, como también sobre su etiquetado, formulación e información de su utilización. Estas actividades permiten a las agencias estatales identificar a los fabricantes, distribuidores, médicos y farmacéutas que desvíen las sustancias para usos ilícitos. El Acta no restringe la decisión médi-

## Tabla 2 Barreras en el manejo del dolor por cáncer

---

### Problemas con los profesionales de la salud

- Conocimiento inadecuado del manejo del dolor.<sup>1</sup>
- Evaluación inadecuada del dolor.<sup>2</sup>
- Desconocimiento de las regulaciones sobre sustancias controladas.<sup>3</sup>
- Temor a la adicción.<sup>4</sup>
- Desconocimiento de los efectos colaterales de los analgésicos.<sup>5</sup>
- Desconocimiento del fenómeno de tolerancia.<sup>6</sup>

### Problemas relacionados con el paciente

- Rechazo a informar el dolor.<sup>7</sup>
  - Por temor que quejas sobre el dolor distraigan la atención de los médicos del tratamiento de la enfermedad subyacente.
  - Temor al considerar que el dolor significa empeoramiento de la enfermedad.
  - Temor a no ser considerado “un buen” paciente.
- Rechazo de los analgésicos.<sup>8</sup>
  - Temor a la adicción o a que lo consideren un adicto.
  - Preocupación sobre de los efectos colaterales.
  - Temor acerca de la tolerancia a los medicamentos.

### Problemas relacionados con los sistemas y políticas de salud

- Asignación de una baja prioridad a los tratamientos del dolor por cáncer.<sup>9</sup>
- Inadecuado reintegro de los gastos generados por el dolor.<sup>10</sup>
  - La mayoría de los tratamientos pueden no ser reembolsados y pueden resultar demasiado costosos para los pacientes y familias.
- Regulación restrictiva de las sustancias controladas.<sup>11</sup>
- Problemas de disponibilidad o acceso al tratamiento.<sup>12</sup>

---

<sup>1</sup> Bonica, 1985; Cleeland, Cleeland, and Dar, et al., 1986; Ferrell, Cronin Nash, and Warfield, 1992; Von Roenn, Cleeland, Gonin, et al. 1993.

<sup>2</sup> Grossman, Scheidler, Swedeen, et al., 1992; Von Roenn, Cleeland, Gonin, et al. 1993.

<sup>3</sup> Joranson, Cleeland, Weissman et al., 1992; Shapiro, 1994a, 1994b; Von Roenn, Cleeland, Gonin, et al, 1993; Weissman, Joranson, and Hopwood, 1991.

<sup>4</sup> Bonica, 1985, Ferrell, Cronin Nash, and Warfield, 1992, Marks and Sachar, 1973.

<sup>5</sup> Cleeland, Cleeland, and Dar, et al., 1986; Von Roenn, Cleeland, Gonin, et al. 1993.

<sup>6</sup> Cleeland, Cleeland, and Dar, et al., 1986; Shapiro, 1994a, 1994b.

<sup>7</sup> Dar, Beach, Barden, et al., 1992; Levin, Cleeland, and Dar, 1985; Von Roenn, Cleeland, Gonin, et al, 1993; Ward, Goldberg, Miller-McCauley, et al., 1993.

<sup>8</sup> Cleeland, 1989, Dar, Beach, Barden, et al., 1992; Joranson, 1994; Levin, Cleeland, and Dar, 1985; Rimer, Levy, Keintz, et al., 1987; Von Roenn, Cleeland, Gonin, et al, 1993; Goldberg, Miller-McCauley, et al., 1993.

<sup>9</sup> Bonica, 1985; Max 1990.

<sup>10</sup> Ferrell and Griffith, 1994; Joranson, 1994.

<sup>11</sup> Foley, 1985a; Joranson, Cleeland, Weissman et al., 1992; Shapiro, 1994a, 1994b; Weissman, Joranson, and Hopwood, 1991.

<sup>12</sup> Foley, 1985a.

ca sobre el fármaco prescrito, en lo referente a cantidades o duración del tratamiento, aunque prohíbe a los médicos prescribir opioides a los adictos hasta tanto el médico registre su propósito de tratar la adicción. El “adicto” está definido en el Acta como un individuo que habitualmente usa un opioide y pone en peligro la salud pública o la seguridad o un individuo que ha perdido el control del uso de un opioide. Esta definición no es aplicable a los pacientes que son tratados con opioides para el dolor por cáncer (Kanner and Foley, 1981). Además, los organismos que regulan las sustancias controladas aclaran que no intentan imponer limitaciones a los médicos para prescribir analgésicos opioides a personas con dolor intratable en situaciones donde no es posible el alivio o la cura del dolor o el alivio no se ha alcanzado a pesar de esfuerzos razonable.

Las leyes estatales varían ampliamente y muchas restricciones o regulaciones en la prescripción para el tratamiento del dolor son diferentes en cada país. Por ejemplo, muchas leyes estatales de distribución de fármacos contienen definiciones erradas que restringen la prescripción de opioides (Joranson, 1990). Otras leyes estatales también regulan el tratamiento del dolor restringiendo las prescripciones de medicamentos a un número específico de dosis unitarias o suministro para un mes o con vigilancia de las prescripciones de sustancias controladas a través de copias de la prescripción. La OMS anota que aunque los programas de control que utilizan copias de las prescripciones intentan reducir el descuido en la formulación, “los trabajadores de los servicios de salud están poco dispuestos a prescribir, almacenar o distribuir opioides ya que sienten el temor a que se suspenda o revoque su licencia profesional, en casos donde grandes cantidades de opioides son proporcionadas a un individuo, aunque la necesidades así lo determinen” (World Health Organization, 1990). En estados con iniciativas formales para el manejo del dolor por cáncer, los profesionales de la salud trabajan con las agencias estatales para identificar y eliminar impedimentos para el uso de las sustancias controladas para tratar el dolor por cáncer (Dahl, Joranson, Engber, et al., 1988).

En 1990 se hizo una revisión para armonizar el Acta de Sustancias Controladas dirigida a legitimar el uso de las sustancias controladas reconociendo que la prescripción, administración y distribución de analgésicos opioides para el dolor intratable es parte de un acto médico profesional. Se puntualizó que términos como adicto, consumidor habitual y fármaco-dependiente empleados en los estatutos no son aplicables a pacientes que reciben sustancias controladas de acuerdo con órdenes médicas. ( Uniform Controlled Substances Act, 1990). La legislación de cada estado ha sido revisada por la Comisión de Leyes.

**El Panel recomienda que las leyes y políticas reguladoras encaminadas a controlar la diversificación no limiten el uso apropiado de los analgésicos opioides.** Los médicos deben conocer y estudiar las regulaciones de cada región y/o país Tal información puede ser obtenida en las fuentes estatales o en los servicios farmacéuticos (Angarola, 1990; Joranson, 1990; Shapiro, 1994a, para informes adicionales en regulación de drogas analgésicas).

## Costos y Reembolso en el Manejo del Dolor

---

La cuantificación de los costos generales del manejo del dolor es difícil debido a que no se separa de otros costos del tratamiento, y se incluyen como parte de la estancia del paciente en el hospital o en la visita ambulatoria. Los componentes de los costos del manejo del dolor y una comparación entre los costos de analgésicos los discuten Ferrell and Griffith, 1994 y Kolassa, 1994.

Para el manejo adecuado del dolor es indispensable el acceso a los servicios profesionales, a los fármacos prescritos y a los equipos médicos, (Joranson, 1994) por lo tanto la disponibilidad de recursos económicos o la carencia de estos determinan la forma como y donde el dolor será tratado y los apoyos disponibles para el cuidado (Yasco and Verfurth, 1992). Algunas modalidades impuestas por las compañías encargadas de proveer seguridad social como los reembolsos parciales de los pagos, el sistema de co-pagos, cuotas moderadoras, planes adicionales, la exclusión del cáncer en los programas de salud determinan que un gran número de personas con cáncer esté sin seguro o mal asegurados. De acuerdo a un reporte (American Cancer Society, 1989), las personas de bajos ingresos experimentan más dolor y sufrimiento por cáncer que personas con mayores recursos y existe un desproporcionado porcentaje de personas de grupos minoritarios pobremente aseguradas o sin ningún tipo de seguro. Para aquellas personas con pólizas para el cáncer, el reembolso de los gastos podría favorecer la utilización de tecnologías más costosas. Por ejemplo el sistema Medicare de USA, no reembolsa gastos de analgésicos orales a pacientes ambulatorios pero reembolsa gastos de manejo hospitalario del dolor. Por ejemplo, “una persona puede tener reembolso de U\$ 4.000 por analgesia (PCA) con morfina pero no tendrá reembolso de U\$ 100 para una solución de morfina oral” (Ferrell and Griffith, 1994). Joranson (1994), informa la variación en las políticas de pagos de las aseguradoras privadas y las organizaciones oficiales de salud, diferencias que evidencian que aún no es clara una oferta de cobertura mínima para el manejo del dolor. El cubrimiento económico del manejo del dolor debe ser estudiado para estimular aquellas prácticas que aportan el mejor balance costo/eficacia.

Al seleccionar un tratamiento los clínicos deben siempre considerar la capacidad de pago de las instituciones y de los pacientes. Los costos pueden sobrecargar al paciente o a las instituciones dando como resultado que se afecten la adherencia a un régimen y la responsabilidad financiera (Brand, Smith, and Grand, 1977). Así por ejemplo, en referencia a los costos de los analgésicos, muchos de ellos son igualmente efectivos para el manejo del dolor, pero varían dramáticamente en precio (Kolassa, 1994). Un análisis de los costos de los AINES incluido en las tablas de la guía muestran que el precio de venta al por menor de un AINE (fuera del acetaminofén y la aspirina) en 1992 osciló entre U\$ 10.50 a U\$ 127.80 para un suministro de 30 días. Aunque lo fundamental para los médicos es el manejo efectivo del dolor, la capacidad para alcanzar esta meta se determina en buena medida por el estado económico del paciente y de las instituciones. **Por lo tanto, los médicos**

deben colaborar con los pacientes, las familias y las instituciones, tomando en cuenta los costos al seleccionar medicamentos y tecnologías.

## Métodos Utilizados para Desarrollar esta Guía

Esta Guía fue desarrollada por un Panel interdisciplinario de especialistas comisionados por la AHCPR que involucró profesionales en enfermería, medicina, farmacia, psicología, terapia física; usuarios de los servicios de salud y especialistas en ética.

El Panel empleó cuatro procesos para desarrollar la Guía. Primero, se hizo una investigación clínica amplia e interdisciplinaria de las necesidades más corrientes para la aplicación de los principios terapéuticos y de las nuevas tecnologías para el control del dolor por cáncer. Este proceso incluyó una revisión de todas las guías disponibles y de los estándares pertinentes, solicitud de información y opiniones de consultores externos y un foro abierto (anunciado en el Registro Federal llevado a cabo en Washington, DC, el 5 de Septiembre de 1991) para recibir la mayor información posible de las partes interesadas.

Segundo, el Panel hizo una investigación de campo para definir el conocimiento básico existente y evaluar críticamente las presunciones y conocimientos comunes. Aunque el enfoque principal fue el dolor por cáncer, también se revisó literatura sobre dolor en pacientes VIH positivos o con SIDA. Cuando eran escasos los estudios disponibles sobre la evaluación de intervenciones en diferentes poblaciones de pacientes con cáncer, se emplearon como evidencia complementaria los estudios conducidos en otras poblaciones clínicas. Se examinaron estudios con pacientes de todas las edades. Se realizó una síntesis de la evidencia científica, incluyendo meta-análisis cuando había un número suficiente de estudios experimentales en la literatura. Diecinueve bases de datos fueron examinadas y aproximadamente 9.600 citas fueron seleccionadas. Se discutieron 625 estudios por sus méritos científicos y se incluyeron 550 en las tablas de evidencia de las modalidades de intervención.

El anexo A clasifica la *fortaleza científica* de cada una de las intervenciones, de acuerdo con los tipos de evidencia que las sustentan. En resumen, la *fortaleza de la evidencia* para cada recomendación describe que tan consistente es la información que avala la recomendación. La *fortaleza de la evidencia* oscila desde A (muy fuerte) hasta D (poca consistencia o ausencia de evidencia empírica sistemática).

Cuando la fortaleza es calificada como A o B la recomendación del Panel se basa principalmente en la evidencia científica. Cuando la fortaleza es C o D, el Panel utiliza la evidencia empírica disponible orientada principalmente por el criterio de los expertos. Cuando la recomendación es una declaración del Panel con respecto a una práctica deseable pero que no es aceptada comúnmente se emplea el término "Consenso del Panel".

Tercero, la redacción de la Guía fue desarrollada por los miembros del Panel y los consultores. En total se escribieron 17 borradores. El Panel revisó los bosquejos de la Guía e hizo pruebas de campo en el medio clínico. Los comentarios fueron revisados e incorporados. Se desarrolló un folleto para el paciente evaluado en pruebas de campo con 69 pacientes y 6 médicos.

En total 468 consultores, revisores y evaluadores hicieron contribuciones para el desarrollo de la guía. El proceso total fue depurado por el Panel, en 6 reuniones durante un periodo de 2 años.

## **Organización de la Guía**

Los usuarios de la Guía pueden fácilmente remitirse a las secciones de interés particular. Comienza con una discusión sobre la evaluación del dolor y luego presenta los métodos para su control. Estos métodos aparecen en secciones sobre el manejo farmacológico, la utilización de modalidades psicosociales y físicas, el empleo de técnicas anestésicas e intervenciones quirúrgicas y radioterapia. Un capítulo discute los procedimientos dolorosos en adultos y niños. Otro se enfoca a poblaciones especiales, incluyendo niños, ancianos, abusadores de sustancias, minorías étnicas, pacientes VIH positivos o con SIDA y personas con trastornos psiquiátricos. La sección final discute la responsabilidad institucional en el manejo efectivo del dolor. El anexo A contiene las tablas de evidencia científica que avalan las intervenciones. El anexo B contiene escalas para la evaluación del dolor para adultos y niños. El anexo C incluye una muestra de ejercicios de relajación y un glosario. Para obtener máximos beneficios, se recomienda leer la Guía en su totalidad.

