

# 7 Dolor en Poblaciones Especiales

## Recomendaciones

53. El equipo de cuidado clínico debe prestar particular atención a la evaluación y tratamiento del dolor en poblaciones especiales, incluyendo los niños y los viejos, pacientes con déficit cognitivo, drogadictos conocidos o sospechosos y personas que no hablan la lengua predominante (Consenso del Panel).
54. La observación del comportamiento debe ser el método principal de evaluación en los niños preverbales y es también valiosa para la evaluación de los niños que hablan y los adultos con déficit cognitivo (Consenso del Panel)
55. Los lactantes, especialmente los no ventilados, deberán ser estrechamente monitorizados cuando reciben opioides porque en este grupo la eliminación de los opioides es más prolongada y la barrera hematoencefálica es más permeable, lo que incrementa el riesgo potencial de sedación inducida por opioides y la depresión respiratoria (A).
56. Los ancianos son más vulnerables a la acumulación de fármacos (como consecuencia de los cambios en la farmacocinética relacionados con la edad). Una cuidadosa evaluación y un manejo agresivo del dolor son necesarios tanto en los ancianos como en poblaciones más jóvenes (A).
57. Cuando se presentan nuevos síntomas psiquiátricos en un paciente con cáncer se debe considerar la posibilidad de dolor no controlado. (Consenso del Panel).
58. El dolor no controlado es un factor que condiciona en forma importante solicitudes de suicidio asistido por el médico o eutanasia, por lo tanto deberá ser evaluado y tratado agresivamente (B).
59. Como los pacientes con historia de abuso de sustancias están en riesgo de subtratamiento del dolor por cáncer, deberán ser manejados por clínicos con conocimientos en tratamiento del dolor y abuso de sustancias. (Consenso del Panel).
60. Las modalidades analgésicas no opioides no deben ser sustitutas de los opioides para tratar el dolor severo en el abusador de sustancias. (Consenso del Panel).
61. Cuando se esté evaluando el dolor o desarrollando el plan de tratamiento, el equipo de salud deberá estar consciente de las necesidades particulares y de las circunstancias de los pacientes de los diferentes grupos étnicos y culturales. (Consenso del Panel)
62. Como los pacientes VIH positivos o con SIDA tienen con frecuencia problemas de dolor similares a los pacientes con cáncer, las recomendaciones para evaluación y manejo del dolor de estas Guías son útiles en pacientes con SIDA (B)

## **Dolor en Neonatos, Niños y Adolescentes**

La mayoría de los niños con cáncer experimentan dolor (McGrath, 1990b) que tiene características que lo diferencian del dolor de los adultos. Después del diagnóstico, el común de las enfermedades malignas en la infancia generalmente responden al tratamiento y el dolor relacionado con la enfermedad con frecuencia entra en remisión. Si el tumor recurre y es resistente al tratamiento, la enfermedad progresa rápidamente ocasionando una muerte temprana (Miser, 1993).

El dolor en los niños con cáncer proviene con más frecuencia del tratamiento que de la enfermedad (Miser, Dothage, Wesley, et al., 1987). Los protocolos de tratamiento agresivo multimodal en niños incrementaron marcadamente las tasas de supervivencia en la mayoría de los tipos de cáncer, pero con frecuencia conllevan toxicidad que resulta en condiciones dolorosas, por ejemplo mucositis, neuropatías periféricas e infección.

Los niños con cáncer pueden tener procedimientos que varían desde venopunciones hasta aspiración de médula ósea y biopsias. Estos niños pueden tener una o más venopunciones diarias, punciones lumbares semanales y aspiraciones de médula ósea mensuales. A diferencia de los adultos, los lactantes y los niños no firman autorización para estos procedimientos y con frecuencia no entienden las razones para dichas intervenciones o no conocen su duración. Aunque una preparación apropiada y una analgesia adecuada son cruciales en los niños sometidos a estos procedimientos, con frecuencia ninguna de las dos se cumple o solamente ocurre en forma casual. (Schechter, 1989).

Un manejo óptimo del dolor por cáncer requiere estar consciente de los diferentes aspectos que modulan su dolor, como son: el nivel de desarrollo del niño, su estado cognitivo y emocional, rasgos de personalidad, condición física y experiencias pasadas; el significado del dolor para el niño; el estado de la enfermedad; sus temores y preocupaciones acerca de la enfermedad y la muerte; problemas, actitudes y reacciones de la familia; antecedentes culturales y ambientales (Hester, Foster, y Beyer, 1992). Los clínicos deben estar conscientes que los niños con cáncer experimentan muchos síntomas estresantes como dolor, depresión, ansiedad, pánico, prurito, fatiga, náusea, estreñimiento, insomnio, disnea y temor al abandono y a la muerte.

El conocimiento del niño y de los patrones de desarrollo y de comportamiento son importantes en el manejo del dolor. **Los clínicos deben diseñar estrategias de evaluación y manejo de acuerdo al nivel de desarrollo del niño, su personalidad y estado emocional y físico; este diseño es particularmente necesario para niños con retardo en el desarrollo, dificultad de aprendizaje, trastornos emocionales y barreras del lenguaje.**

La evaluación no solo es diagnóstica sino también terapéutica. La evaluación del significado del dolor para el niño y su familia, el impacto del dolor sobre las actividades diarias y el estado de ánimo y las preocupaciones y los síntomas asociados ayudan a los clínicos a entender el dolor desde la perspec-

tiva del niño y la familia. Preguntar acerca del dolor expresa el deseo del clínico de aliviar el dolor y el sufrimiento y crea una alianza terapéutica con el niño y la familia.

Es más fácil para los clínicos entender la naturaleza subjetiva de experiencias como el dolor, la ansiedad y el desespero cuando el niño puede verbalizar, pero con algunos niños la comunicación verbal es difícil o imposible. Por esto, el clínico debe sospechar la posibilidad que el dolor y la incomodidad existen aún si no hay signos aparentes.

## **Evaluación**

---

Donde quiera se encuentre el niño, en la casa, en una clínica, en un consultorio médico o en el hospital debe recibir evaluación permanente del dolor durante todo el curso de su enfermedad. Es importante para la evaluación del dolor una comunicación abierta entre el niño, la familia y el equipo médico.

Desde el comienzo se debe enfocar la historia en la comprensión del dolor desde la perspectiva del niño y su familia. Muy importante para comunicarse con el niño es determinar el lenguaje que usa para expresar dolor (por ejemplo me duele, ay ay, etc.) y cómo y a quienes el niño comunica su dolor. Otros aspectos a evaluar son: experiencias dolorosas previas, la respuesta del niño al dolor, sus expectativas y preferencias para la evaluación y el tratamiento (ver Anexo B). Los clínicos deberán integrar esta información a las subsecuentes evaluaciones y planes de tratamiento.

La evaluación rutinaria es crítica para el manejo adecuado del dolor. La frecuencia de las evaluaciones deberá ser determinada de acuerdo a la severidad, el contexto y las preferencias del niño y la familia.

Son necesarias evaluaciones frecuentes cuando el dolor está siendo pobremente manejado o no responde al tratamiento. Consignar los puntajes de dolor en la historia o en la hoja de signos vitales en un sitio visible al lado de la cama proporciona un fácil acceso a los examinadores. El uso de entrevistas estructuradas reduce la posibilidad de preguntas redundantes las cuales pueden ser agobiantes para el niño y la familia, y pueden interferir con la capacidad del niño para sobrellevar la situación.

## **Métodos Para Evaluar el Dolor**

---

La evaluación del dolor de los niños implica uno o más de los siguientes enfoques: auto reporte, reporte por otras personas, observaciones y medidas fisiológicas, pero "dado que los indicadores fisiológicos como la frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, presión arterial y sudoración se alteran con variedad de situaciones de estrés no deben ser usados como medida de dolor en ausencia de otros métodos o indicadores clínicos" (McGrath, de Veber y Hearn, 1985). Se dispone de gran variedad de métodos de evaluación pero ninguno refleja un cuadro completo de la experiencia dolorosa. Para la evaluación del dolor se debe emplear en forma regular un método que sea confiable,

válido y acorde con el desarrollo del niño. Como los niños con cáncer pueden necesitar evaluaciones en ambientes diferentes a los hospitales (por ejemplo en sus casas) los métodos deben ser convenientes y fáciles de usar por los padres u otras personas que cuidan del niño.

**Autoevaluación.** Los métodos de autoevaluación proporcionan los estimativos más confiables y validos de la intensidad y localización del dolor. Estos métodos son apropiados para niños mayores de 4 años quienes pueden verbalizar (McGrath, 1990b). Muy raras veces los niños con cáncer fingen dolor (Ross, 1988), pero pueden negarlo o dejar de informarlo si: (1) temen que el reconocimiento de dolor signifique más procedimientos dolorosos tales como "inyecciones para el dolor"; (2) falta de conocimiento que el dolor puede ser tratado; (3) el deseo de proteger a los padres de la realidad del progreso de la enfermedad o (4) el deseo de agradar a los demás.

Los métodos de autoevaluación deben ser fáciles de usar, con instrucciones simples para los niños, deben permitir respuestas verbales y no verbales (por ejemplo señalar). Con frecuencia los niños no responden verbalmente a las preguntas especialmente si están ansiosos o deprimidos o sufren dolor severo.

Existen varios métodos para autoevaluación del dolor en niños (ver Anexo B). Si bien la adecuación psicométrica de estos métodos en niños con cáncer no ha sido determinada, hay estimativos de su confiabilidad y validez en otros síndromes dolorosos como dolor postoperatorio, dolor relacionado con procedimientos y en artritis reumatoidea juvenil. Los métodos más apropiados para niños mayores de cuatro años incluyen el Oucher (Beyer, Villarruel, y Denyes, 1993) y las cartas de pocker (Ester, 1989).

Algunos investigadores utilizan rostros de caricatura como escalas de medición de dolor para los niños pequeños con cáncer en los que se realizan procedimientos, pero el fenómeno medido no es necesariamente el dolor. Unas escalas miden el componente afectivo del dolor (McGrath, de Veber, y Hearn, 1985), mientras otras miden la intensidad del dolor, la ansiedad o el sufrimiento (Adams 1990; LeBaron y Seltzer, 1984). Los niños mayores de siete años que ya entienden los conceptos de orden y número pueden preferir una escala numérica (McGrath y Unruh, 1987), una escala de palabras (Savedra, 1992), o una escala análoga visual (McGrath, 1990b). Un estudio amplio que incluyó niños y adolescentes reportó que la escala análoga visual fue la menos preferida de cinco escalas horizontales de dolor (Tesler, Saavedra, Holzemer, et al., 1991).

Para determinar la localización del dolor se puede indicar a los niños que señalen en su cuerpo o usen un mapa corporal (p.e.: un bosquejo) los niños mayores de cuatro años pueden usar crayolas o marcadores de colores para localizar el dolor en un mapa corporal (Eland, 1989; Savedra, Tesler, Holzemer, et al., 1989 [actualizado 1992]) (ver Anexo B). La precisión de la localización aumentará con la edad del niño. Los niños que están sufriendo pueden hacer regresión y los niños con retardo en el desarrollo o con limitaciones para el aprendizaje pueden necesitar instrumentos de evaluación diseñados para niños más pequeños.

Si un niño es incapaz o no desea proporcionar puntajes de dolor, los padres o los profesionales del equipo de salud pueden aportar información, sin embargo ésta puede ser inexacta.

**Observación del Comportamiento.** La observación del comportamiento es la técnica más importante de evaluación en niños preverbales y no verbales, y es una ayuda para la evaluación de niños verbales. Las observaciones se enfocan en la vocalización (llanto, lloriqueo, gemidos), verbalizaciones, expresiones faciales, tensión muscular y rigidez, la respuesta al consuelo, protección de partes corporales, temperamento, actividad y apariencia general. Hace falta adecuada documentación de la confiabilidad y validez de las observaciones del comportamiento; la mayoría de tales observaciones ofrecen solamente una aproximación a la experiencia del niño, sin embargo los clínicos con frecuencia le atribuyen una importancia mayor a las expresiones no verbales que a la autoevaluación (Craig, 1992). Los cambios en la apariencia y actuación pueden indicar el comienzo del dolor o su aumento (Hester y Foster, 1990) y deben motivar mayor investigación.

Las observaciones de este tipo son de utilidad limitada debido a que no siempre es claro lo que produce el cambio de comportamiento. Por ejemplo, los niños lloran en respuesta al dolor, pero también por temor, soledad y sobre estimulación. Los clínicos pueden mal interpretar como ausencia de dolor conductas como dormir, ver televisión y el buen humor, cuando de hecho el niño está intentando controlar el dolor. Más aún, estas respuestas pueden estar ausentes o atenuadas cuando la vocalización o el movimiento causa “o incrementa” el dolor.

Los lactantes pueden tornarse apáticos después de unos pocos días de dolor severo continuo, el sufrimiento experimentado por niños mayores y adolescentes con cáncer puede afectar la conducta y el ánimo. Otros factores que inhiben el comportamiento incluyen la intubación, el uso de relajantes musculares y sedantes, la enfermedad extrema, la debilidad o la depresión. Por esto la observación del comportamiento como guía de la analgesia requiere una atención cuidadosa del contexto. Si las personas que cuidan al paciente no están seguras de si un comportamiento indica dolor y si se sospecha la presencia de dolor, una prueba con analgésicos puede ser diagnóstica y terapéutica. La mayoría de las escalas desarrolladas para evaluar comportamiento fueron diseñadas para el dolor postoperatorio o el inducido por procedimientos invasivos (LeBaron, 1984). Dada la naturaleza del dolor por cáncer, las escalas de comportamiento para dolor agudo probablemente no son sensibles para evaluar al niño con dolor por cáncer. La “Escala de Dolor del Niño” del Gustave Roussy (Gauvain-Piquard, Rodary, Rezvani, et al., 1987) es el único instrumento de observación desarrollado para niños con dolor por cáncer.

## **Manejo del Dolor**

---

El dolor se maneja en alianza terapéutica entre el niño, sus padres, enfermeras, médicos y otros profesionales del equipo de salud. Las creencias y prefe-

rencias del niño y la familia deben ser averiguadas, cuidadosamente consideradas y respetadas. La obligación primaria del profesional de la salud es asegurar un tratamiento seguro y competente. La presencia de creencias y objetivos divergentes entre los miembros del equipo pueden interferir con un manejo efectivo del dolor y otros síntomas, pero pueden resolverse a través de la discusión y negociación.

**Intervenciones Médicas.** Las intervenciones médicas incluyen analgésicos, agentes adyuvantes (p.e. corticoesteroides, antidepresivos tricíclicos, estimulantes) quimioterapia paliativa, radioterapia, analgesia regional y técnicas neuroquirúrgicas. En la mayoría de los casos los analgésicos solos o suplementados con agentes quimioterapéuticos, radioterapia y adyuvantes proporcionan adecuado alivio del dolor. La analgesia regional también es útil en algunos casos.

**Analgésicos y Adyuvantes.** Los profesionales de la salud que asisten a la población infantil, con frecuencia usan medicamentos que no han sido evaluados en niños y que no están específicamente indicados para uso pediátrico. Esta situación existe porque los niños son un “grupo terapéutico huérfano”; el pequeño número de niños que necesita ciertos medicamentos no incentiva la evaluación en gran escala. La administración de analgésicos en los niños debe seguir la técnica de la escalera de la Organización Mundial de la Salud (ver capítulo 3). Las dosis usuales para los niños aparecen en las tablas 8 y 10.

**Acetaminofén y AINES.** El acetaminofén es un analgésico útil y relativamente seguro que proporciona alivio efectivo del dolor leve y aumenta la efectividad de los opioides (Tobias, 1992). La vía rectal se usa en niños que no pueden tomar la medicación oralmente; sin embargo, a los niños no les gusta esta vía y pueden rehusar la medicación. La administración rectal de analgésicos está contraindicada en niños neutropénicos, trombocitopénicos o con mucositis. Estas contraindicaciones y la absorción irregular de la vía rectal limitan su utilidad para tratar el dolor severo (Miser y Miser, 1989).

Dado que los niños con cáncer frecuentemente son trombocitopénicos, con frecuencia los AINES no pueden ser usados. Sin embargo los AINES proporcionan excelente analgesia al niño que no tiene riesgo de sangrado por trombocitopenia o coagulopatía y que no tiene riesgo alto de gastritis o ulceración (p.e. por el uso simultáneo de corticoesteroides). El efecto de los AINES sobre la inflamación puede ser útil especialmente en presencia de dolor óseo. La evidencia sugiere que AINES como el trisalicilato magnésico de colina y el salsalato tienen poco efecto sobre la función plaquetaria en sujetos normales sin riesgo de sangrado (Cronin, Edmiston, y Griffin, 1991). Aún así el uso de AINES “ahorradores de plaquetas” no se recomienda en niños con riesgo de sangrado.

La administración de acetaminofén y AINES varía de acuerdo a la severidad del dolor (Tabla 9). Para dolor leve o intermitente la administración según necesidad es apropiada. Sin embargo los niños hospitalizados y sus padres deben ser advertidos para solicitar medicación si hay dolor. Una persona que interceda puede ayudar al niño y a los padres a solicitar los medica-

mentos. Para el dolor continuo o más severo la administración por horario es necesaria (tabla 9).

*Analgésicos opioides.* Para el dolor moderado a severo en niños se recomiendan los analgésicos opioides. Algunos profesionales de la salud manifiestan preocupación por el potencial de adicción en los niños, sin embargo este riesgo es raro en pacientes adultos con cáncer (Kanner y Foley, 1981) Aunque se carece de estudios de riesgo en niños, no existe ningún aspecto conocido del desarrollo fisiológico infantil que incremente la vulnerabilidad fisiológica o psicológica a la dependencia química, por esto, no administrar opioides a los niños con cáncer no está éticamente justificado.

*Vías de administración.* Cuando sea posible, los opioides deberán ser administrados oralmente. Algunos están disponibles en forma líquida, en gotas o en suspensión; con frecuencia los que no están disponibles comercialmente en esta forma pueden ser pulverizados (con excepción de los fármacos de liberación controlada) y administrados en una pequeña cantidad de líquido o alimentos blandos. La administración parenteral está indicada solamente cuando:

- El niño no puede tomar la medicación vía oral por razones como obstrucción, náusea, vómito y mucositis.
- La absorción puede estar comprometida (por ejemplo como resultado de estreñimiento severo inducido por quimioterapia).
- El dolor es severo y se requiere manejo regular y rápida titulación analgésica.
- Cuando hay dolor incidental frecuente y severo.
- La vía oral requiere administración muy frecuente de medicamentos o gran número de píldoras o líquido.

Aún con dolor severo (una vez que se conoce la dosis requerida de opioides), la vía puede ser cambiada en unos pocos días de intravenosa a oral usando dosis equianalgésicas (tabla 11).

Cuando se necesita la administración parenteral, se puede utilizar la vía intravenosa o la subcutánea (Miser, Moore, Greene, et al., 1986). Algunos niños con cáncer tienen catéteres centrales implantados, los cuales se pueden usar; igualmente los niños que no pueden tomar la medicación por vía oral con frecuencia tienen un catéter intravenoso para la administración de líquidos, quimioterapia o antibióticos. Las inyecciones intramusculares no deben ser utilizadas por que “los pinchazos” son dolorosos y atemorizan al niño.

El fentanilo transdérmico proporciona una vía alternativa para los niños con dolor relativamente constante quienes requieren mayores dosis de analgésicos opioides. La vía transdérmica no es adecuada para una rápida titulación de la dosis o para el dolor de intensidad cambiante. Las presentaciones actualmente disponibles de fentanilo transdérmico no permiten la administración a velocidades de dosificación lo suficientemente bajas para niños pequeños.

*Horario y dosis.* El dolor severo es una emergencia que requiere la rápida titulación de la analgesia para proveer alivio en unas pocas horas. Una rápida

titulación implica frecuentes evaluaciones y ajustes de la dosis. Por ejemplo como el efecto pico de la morfina intravenosa ocurre aproximadamente a los 15 minutos después de la administración, el paciente cuyos requerimientos no se conocen deberá recibir 0.1mg/kg de morfina y ser evaluado cada 15 minutos con incrementos adicionales de 0.05mg/kg administrados hasta que se obtenga alivio.

Los opioides pueden ser administrados por inyección intermitente, infusión o infusiones con dosis de “rescate”. A menos que el dolor sea verdaderamente intermitente e impredecible, la administración “según dolor” no debe ser usada por que la demora entre la solicitud para la medicación y su administración resulta en un pobre manejo del dolor. En los casos aislados en los cuales la administración según dolor está indicada y cuando las dosis de rescate de la medicación se adiciona a la infusión, el niño necesita una persona que colabore (por ejemplo, enfermera, padres) para asegurar una rápida administración.

Las inyecciones intermitentes de morfina (o de su equivalente de otros analgésicos) pueden ser administradas por horario a una dosis inicial de 0.1mg/kg. Los intervalos iniciales de administración son los mismos que los recomendados para los adultos. La infusión continua de morfina, a una dosis inicial de 0.02 a 0.04 mg/kg. por hora para niños mayores de seis meses de edad ha sido bien estudiada en dolor postoperatorio y se utiliza para el dolor relacionado con cáncer (Hendrickson Myre, Johnson, et al., 1990; Miser, Moore, Greene et al., 1986). La infusión continua evita las variaciones extremas que pueden ocurrir con las dosis intravenosas intermitentes, y está indicada cuando las dosis intermitentes:

- Causan somnolencia excesiva en el momento del efecto pico.
- Proporcionan inadecuada analgesia a las dosis iniciales usuales.
- Debe ser administrada más frecuentemente que cada dos o tres horas para proporcionar adecuada analgesia.

A los niños que están recibiendo infusión continua deberá ofrecérseles regularmente una dosis de “rescate” para los picos de dolor incidental o pobremente controlado basándose en su nivel de dolor y en la duración del efecto del opioide prescrito.

En razón a la amplia variabilidad en los requerimientos de las dosis de opioides (Nahata, Miser, Miser, et al., 1984) el dolor y los efectos secundarios deben ser evaluados frecuentemente, ajustando la dosis y el intervalo para un óptimo alivio.

Muchos niños requieren grandes dosis de opioides; el proceso de incremento de la dosis y la titulación del efecto es igual que en los adultos (ver capítulo 3). Para titular el efecto analgésico cuando se usa una infusión continua con dosis de rescate, la cantidad total de opioide administrado (incluyendo las dosis de rescate) es calculada para un período de tiempo específico, usualmente de ocho a doce horas. Esta cantidad es entonces adicionada a la cantidad total de opioide que será infundida en el siguiente período.

do de ocho a doce horas. Como se requieren de cuatro o cinco vidas medias para alcanzar un nuevo estado de equilibrio, incrementar la infusión cuando el dolor es pobremente manejado no será suficiente para proveer un adecuado alivio y podría resultar en la administración de una dosis innecesariamente grande tan pronto como la infusión alcance un nuevo estado de equilibrio.

*Selección del Medicamento.* La morfina es el agente de elección inicial en dolor severo. La codeína y la oxiconona pueden ser usadas para el dolor moderado si bien la morfina e hidromorfona pueden ser mejor tolerados por algunos niños. Opioides tales como la hidromorfona, la metadona (Miser y Miser, 1986) y el fentanilo pueden ser preferibles cuando los efectos colaterales no son fácilmente controlados. El empleo de la metadona requiere una cuidadosa titulación y evaluación del potencial de somnolencia de aparición tardía a causa de su larga vida media. La meperidina deberá ser utilizada solamente en circunstancias excepcionales tales como hipersensibilidad a la morfina e hidromorfona y en dosis única p.e. para un procedimiento o cuando se prevé un uso menor de dos días.

*Analgesia controlada por el paciente (PCA).* La PCA proporciona analgesia segura y efectiva en los niños con capacidad para entender la relación entre un estímulo (dolor), un comportamiento (oprimir un botón) y una respuesta retardada (alivio del dolor). La mayoría de los niños mayores de 7 años entienden este concepto y algunas veces niños aún más pequeños pueden aprender a usar la PCA, pero algunos pueden no tener los recursos cognitivos o emocionales para usarla. Solamente un estudio en dolor postoperatorio evaluó la eficacia de la PCA con y sin infusión basal comparada con morfina intramuscular (Berde, Lehn, Yee, et al., 1991). Un estudio evaluó la eficacia de la PCA en adolescentes (18 años o mayores) con cáncer para tratamiento de la mucositis después de trasplante de médula ósea (Hill, Chapman, Kornell, et al., 1990). La dosis controlada por el paciente y la infusión basal no han sido exploradas sistemáticamente en niños con cáncer.

*Monitorización.* Cuando se usan opioides parenterales es necesaria una evaluación sistemática de los signos vitales del paciente y del nivel de conciencia. A causa de las situaciones clínicas variables y las metas del tratamiento en los niños con dolor por cáncer, se debe usar el juicio profesional para determinar la necesidad, el tipo y frecuencia del monitoreo. A causa de las amplias variaciones intra e inter individuales en la respuesta, un niño puede tener una reacción adversa a pesar de la más cuidadosa titulación de la dosis de opioides y de los intervalos de aplicación.

*Efectos secundarios.* Los niños pequeños pueden tener dificultades en comunicar síntomas subjetivos tales como prurito, náusea, estreñimiento y disforia; el niño que aún no habla puede mostrar solamente incomodidad. Si un lactante o niño que no habla se torna irritable o inquieto a pesar de un incremento en la dosis de los opioides, es importante considerar el tratamiento de presuntos efectos secundarios o cambiar a un opioide alternativo. El enfoque farmacológico para manejar los efectos secundarios en los niños es similar al

de los adultos. La evaluación de los efectos secundarios y el alivio del dolor deben ser simultáneos.

Uno de los efectos secundarios más temidos con el uso de los opioides es la depresión respiratoria. En el paciente moribundo, esto puede deberse a la enfermedad y no necesariamente a los efectos de los opioides. En el paciente no moribundo, la naloxona puede estar indicada. Si se usa naloxona, deberá ser titulada progresivamente (ver capítulo 3) hasta que el paciente respire adecuadamente. La dosis inicial de naloxona en el niño es de 0.5 a 2 g/kg., repitiendo la dosis aproximadamente cada minuto. El estímulo físico, la administración de oxígeno y el soporte ventilatorio pueden ser usados mientras se titula el efecto de la naloxona.

**Adyuvantes.** Los antidepresivos tricíclicos pueden ser usados como se describió para los adultos en el capítulo 3. En general, la dosis inicial debe ser baja, (por ejemplo 0.2mg/kg de amitriptilina), y luego incrementarse a 1 a 2 mg/kg./día. Los antidepresivos tricíclicos deben ser utilizados con cuidado en niños que han recibido grandes dosis de antraciclina cardiotóxicas. Un electrocardiograma basal puede ser útil pero no es requisito necesario.

Estimulantes como la dextroanfetamina y el metilfenidato pueden también utilizarse en niños con el objeto de proporcionar analgesia adicional e incrementar la vigilia. La dosis inicial para ambos estimulantes, es de 0.05 mg/kg. con incrementos graduales de acuerdo al efecto, con un límite superior de más o menos 0.25 mg/kg. por dosis. Los estimulantes son dados en los momentos que se desea que el niño esté alerta como en la mañana y el medio día

**Analgésicos para Neonatos y Lactantes.** El acetaminofén puede ser administrado con seguridad a los neonatos y lactantes sin preocupación de hepatotoxicidad cuando se dan tratamientos cortos a las dosis recomendadas (Berde, 1991). El acetaminofén puede prescribirse para aumentar la analgesia en forma sinérgica con los opioides.

El uso de opioides en los niños pequeños requiere consideraciones especiales y experiencia. Los lactantes especialmente los prematuros o con anomalías neurológicas o enfermedad pulmonar, son más susceptibles a la apnea y depresión respiratoria cuando se usan los opioides sistémicos (Purcell-Jones, Dormon, y Summer, 1987). El metabolismo de los lactantes es diferente, de tal forma que la vida media de eliminación es más larga y la barrera hematoencefálica es más permeable (Collins, Koren, Crean, et al., 1985; Lynn y Slattery, 1987). Esto se traduce en concentraciones más altas de opioides en comparación con lactantes maduros o adultos. **Para lactantes no ventilados que están recibiendo opioides, el monitoreo intensivo es razonable durante el primer año de edad debido a que la sedación y la disminución del trabajo respiratorio pueden ser difíciles de evaluar.** Las instituciones donde los neonatos y los lactantes son tratados por cáncer deberán entrenar personal en la administración eficaz y segura de analgésicos y proporcionar la tecnología apropiada para el monitoreo.

La evidencia sugiere que la eliminación de los opioides se incrementa rápidamente después de las primeras semanas de vida y se aproxima a los nive-

les del adulto en el momento en que el infante tiene uno o dos meses de edad (Hertzka, Gauntlett, Fisher et al., 1989; Koren, Butt, Chinyanga, et al., 1985). Debido a que la información disponible está basada en estudios con un número pequeño de lactantes muchos médicos reducen la dosis inicial y usan un monitoreo intensivo hasta los seis meses de edad, esta edad es arbitraria y representa una interpretación cautelosa de la literatura.

Si bien se necesita más investigación sobre el tema, la apnea y la depresión respiratoria parecen estar relacionadas con las dosis (Koren, Butt, Chinyanga, et al., 1985). Para los lactantes no ventilados menores de seis meses de edad la dosis inicial de opioide calculada en miligramos por kilogramos debe ser cerca de un cuarto a un tercio de la dosis recomendada para lactantes mayores y niños. Por ejemplo se deben emplear 0,03 mg/kg. de morfina en cambio del tradicional 0,1 mg/kg. Es necesaria una cuidadosa evaluación de tal manera que la dosis y el intervalo óptimo puedan ser determinados por los parámetros clínicos (p.e. cuando ocurre el dolor y si el lactante parece confortable). Muchos lactantes tienen inadecuado alivio del dolor después de una pequeña dosis inicial y requieren un incremento en la titulación algunas veces equivalente a aquellas dosis usadas para niños mayores. Las infusiones continuas pueden ser usadas comenzando la infusión con dosis conservadoras las cuales son tituladas e incrementadas hasta que el dolor es aliviado.

Cuando sea necesario un monitoreo agresivo, este debe incluir evaluaciones frecuentes y una observación cuidadosa de la frecuencia cardíaca y respiratoria, trabajo respiratorio, presión arterial y el nivel de conciencia determinado por la respuesta a los estímulos. Una evaluación frecuente o continua de la saturación arterial de oxígeno con un oxímetro de pulso es una valiosa ayuda a la observación clínica. A causa de la absorción retardada, los niveles séricos de los opioides pueden incrementarse muchas horas después de una dosis intramuscular o subcutánea en lactantes que previamente no habían recibido opioides; por esto el monitoreo deberá ser continuado por doce horas después de una dosis de opioides (Koehntop, Rodman, Brundage, et al., 1986).

**Analgesia Epidural.** El uso de la analgesia epidural es apropiado cuando los analgésicos administrados sistémicamente (por vía oral o parenteral) no logran un adecuado alivio del dolor por un grado inaceptable de sedación, depresión respiratoria u otros efectos colaterales. La analgesia epidural es ampliamente utilizada en lactantes y niños con dolor postoperatorio, los efectos hemodinámicos y respiratorios de la analgesia regional en lactantes con dolor pos operatorio parecen mínimos (Meignier, Souron y Le Neel, 1983). No se dispone de estudios sistemáticos sobre la analgesia epidural en niños con cáncer, pero la experiencia en unos pocos centros pediátricos sugiere que algunos niños pueden estar confortables con infusiones epidurales o subaracnoideas de opioides y anestésicos locales. La velocidad de infusión de anestésicos epidurales en pediatría es de 0.4 mg/kg. por hora para bupivacaína y 2mg/kg por hora para lidocaína. Las infusiones epidurales que excedan las velocidades recomendadas pueden inducir convulsiones (Berde, 1992). La

morfina epidural ha sido usada exitosamente en niños menores con cáncer (Berde, Fischel, Filardi, et al., 1989).

El uso apropiado de infusiones o dosis intermitentes de opioides epidurales y anestésicos locales requiere entrenamiento y un cuidadoso monitoreo.

## **Métodos No Farmacológicos**

---

Aunque se ha realizado poca investigación acerca del uso de métodos cognitivos y de comportamiento para los niños con cáncer éstos tienen un papel potencialmente importante en el alivio del dolor. Los métodos usados por los adultos pueden ser adaptados para los niños, por ejemplo, las técnicas de distracción podrían incluir lectura o narración de las historias favoritas, conversación acerca de personajes de historietas o juegos de vídeo. La preparación para eventos dolorosos puede implicar el uso de juguetes, el personaje favorito de las caricaturas, animales de juguete sonoros con historias o la música; estas ayudas pueden inducir un estado de relajación. Elementos que son familiares para el niño pueden facilitar la participación en estas estrategias. Cuando un niño tiene dolor la presencia de los padres es usualmente útil. Otros de los métodos de apoyo psicológico incluyen: tomar a alguien de la mano, la cobija o el juguete preferido, formular preguntas, distraerlo, dormir y descansar; relajación o uso de imágenes; cambio de posiciones y contar historias humorísticas, estas intervenciones que parecen muy simples pueden tener efectos poderosos. Facilitar que el niño utilice sus estrategias para disminuir el dolor es importante y aunque no han sido bien investigadas en poblaciones pediátricas, medidas tales como la terapia física, TENS (Eland, 1989), entablillar una extremidad dolorosa, los cambios de posición, la aplicación de calor o hielo, y el masaje pueden ayudar a aliviar el dolor (ver capítulo 4).

## **Evaluando la Aplicabilidad de las Estrategias para el Manejo del Dolor**

---

La consideración más importante en el manejo del dolor en los niños con cáncer es disponer de un ambiente y una actitud centrados en el niño. Los profesionales de la salud deben entender y considerar los problemas del desarrollo y otros problemas que afecten la integridad y la estructura de la familia. El cuidado del cáncer centrado en el niño debe proporcionar los detalles y servicios necesarios para apoyar emocional, social y espiritualmente al niño y la familia, a través de todo el proceso del tratamiento. El dolor y el sufrimiento deben ser continuamente evaluados y se deben introducir las medidas de apoyo apropiadas. De otra forma el tratamiento del dolor con analgésicos y otros agentes será inadecuado.

Para el tratamiento y evaluación óptimos se requiere conocimiento del desarrollo del niño, del comportamiento y de la fisiología. Como es poco probable que los niños hablen de dolor (a diferencia de los adultos), la responsabilidad para averiguar acerca del dolor recae en los profesionales de la salud

(tabla 22). Algunos niños tendrán dolor que es particularmente difícil de manejar. En estas situaciones se recomienda consultar con especialistas en el manejo del dolor en niños.

## **Tabla 22 Listado para la Evaluación adecuada de manejo del dolor en niños**

---

### **Estrategias farmacológicas**

Se le ha preguntado al niño y a los padres acerca de sus experiencias dolorosas previas y sus preferencias sobre el uso de analgésicos ?

Tienen el niño o los padres reservas o prejuicios acerca del uso de opioides para el tratamiento del dolor?

El niño está siendo evaluado adecuadamente a intervalos apropiados?

Hay analgésicos recetados para la prevención y el alivio del dolor?

Es el analgésico lo suficientemente fuerte para el dolor esperado o para el dolor que se está experimentando?

Es el horario de administración del fármaco apropiado para el dolor experimentado o para el dolor que se espera?

Es la vía de administración apropiada para el niño?

Está el niño adecuadamente monitorizado para detectar la aparición de efectos secundarios?

Se manejan adecuadamente los efectos secundarios?

Proporciona el esquema analgésico adecuada comodidad y satisfacción desde la perspectiva del niño o de los padres?

### **Estrategias no farmacológicas**

Se le ha preguntado al niño y a los padres acerca de experiencia y preferencias con una estrategia determinada?

Es apropiada la estrategia analgésica para el nivel de desarrollo del niño, su condición y el tipo de dolor?

Es la frecuencia de la estrategia suficiente para optimizar sus efectos?

Es la estrategia efectiva en prevenir o aliviar el dolor del niño?

Están el niño y los padres satisfechos con la estrategia para la prevención o alivio del dolor?

Son identificadas las fuentes de sufrimiento emocional en el niño?

---

## **Pacientes Ancianos**

El dolor por cáncer en los pacientes ancianos es con frecuencia insuficientemente tratado. Las actitudes de los profesionales de la salud, el público y los pacientes frente al dolor pueden impedir un cuidado apropiado. Mucha gente considera que el dolor agudo y crónico es una parte normal del envejecimiento. En algunos casos, el dolor no es evaluado porque los pacientes ancianos, quienes pueden estar confusos, tienen dificultad en comunicar su dolor a los profesionales de la salud. En otros casos los clínicos tienen pensamientos erró-

neos acerca de una disminución en la sensibilidad al dolor y una tolerancia aumentada al mismo en el anciano. Frecuentemente el anciano recibe analgésicos no opioides o dosis bajas de medicamentos opioides por que sus médicos piensan incorrectamente que no puede tolerar los analgésicos opioides.

**Como resultado de creencias inapropiadas sobre su sensibilidad, tolerancia al dolor y capacidad para usar opioides, los ancianos deben considerarse como un grupo de alto riesgo para no recibir tratamiento adecuado del dolor por cáncer. Los pacientes ancianos, como otros adultos, requieren de una cuidadosa evaluación del dolor y de un manejo agresivo del dolor.**

El manejo del dolor en el anciano presenta varios desafíos incluyendo la disociación entre la alta prevalencia de dolor y la limitada atención a este grupo en la literatura médica (Ferrell, 1991). De todos los reportes publicados anualmente sobre dolor, menos del 1% está centrado en la experiencia de dolor o síndromes dolorosos en el anciano (Melding, 1991).

La investigación farmacológica actual con frecuencia se limita a estudios de dosis únicas en adultos jóvenes o de mediana edad y no miden las complicaciones y efectos secundarios de los medicamentos en los ancianos. Los pacientes ancianos que participan en las clínicas de dolor o en estudios son probablemente ancianos activos. Todavía peor, los ancianos con frecuencia son excluidos de los programas de rehabilitación y de los tratamientos agresivos de dolor (Middaugh, Levin, Kee, et al., 1988; Sorkin, Rudy, Hanlon, et al., 1990).

A pesar de la falta de investigación, hay evidencia que los ancianos experimentan más dolor que la gente joven. Se estima que la prevalencia de dolor en los mayores de 60 años (250 por mil) es el doble que en los menores de 60 (125 por mil) (Crook, Rideout, y Browne, 1984). Entre los ancianos internados en instituciones la prevalencia de dolor puede ser mayor del 70% (Ferrell, Ferrell y Osterweil, 1990). Los pacientes ancianos con cáncer frecuentemente tienen otras enfermedades crónicas, más de una fuente de dolor y complejos regímenes medicamentosos que los colocan en un alto riesgo de interacciones farmacológicas o interacciones del fármaco con la enfermedad.

El déficit cognitivo, el delirium, (común entre los ancianos agudamente enfermos) y la demencia (que ocurre hasta en un 50% de los ancianos institucionalizados) coloca serias barreras a la evaluación del dolor (Kane, Ouslander, y Abrass, 1989). Las propiedades psicométricas de los instrumentos para evaluar el dolor, como la escala análoga visual, los descriptores verbales y las escalas numéricas no han sido evaluadas en esta población. Más aún, la elevada prevalencia de déficits visuales, auditivos y motores en los ancianos impide el uso de estos instrumentos. La investigación en instituciones para ancianos atendidos por enfermeras muestran que muchos pacientes con déficit cognitivo de moderado a severo son capaces de informar espontáneamente el dolor en forma confiable o reportarlo cuando se les pregunta, aunque su recuerdo del dolor puede ser menos confiable. **Estos hallazgos sugieren que esta población requiere evaluaciones más frecuentes que los pacientes que no tienen déficit cognitivo (Ferrell, 1994).**

Los analgésicos no opioides como el acetaminofén y otros AINES son útiles adyuvantes de los opioides para el dolor relacionado con el cáncer. El riesgo de toxicidad renal y gástrica de los AINES aumenta en los pacientes ancianos. Adicionalmente los ancianos tienen mayor riesgo de presentar algunas reacciones inusuales a los AINES como déficit cognitivo, estreñimiento, y cefalea (Roth, 1989). Los factores que pueden incrementar la incidencia de efectos secundarios en el anciano incluyen: la presencia de múltiples enfermedades, múltiples interacciones farmacológicas y cambios fisiológicos que ocasionan alteraciones farmacocinéticas. Si la úlcera gástrica es una preocupación deberán escogerse AINES con baja toxicidad gástrica (p.e. trisalisilato magnésico de colina). La administración de misoprostol también debería considerarse como una forma de proteger la mucosa gástrica en ancianos con riesgo de gastropatía inducida por AINES.

Los opioides son eficaces en el manejo del dolor por cáncer en la mayoría de los ancianos. En el anciano el patrón respiratorio de Cheynes-Stokes no es infrecuente durante el sueño y no necesitan discontinuar la analgesia opioide. Los ancianos tienden a ser más sensibles a los efectos analgésicos de los opioides, presentando efectos picos más altos y duración más prolongada del alivio (Kaiko, 1980). Los ancianos especialmente aquellos que no han recibido opioides tienden a ser más sensibles a la sedación y a la depresión respiratoria, probablemente como resultado de alteraciones en el metabolismo, en la distribución y excreción de los fármacos. Por esta razón, en ancianos el uso prolongado de opioides de larga duración como la metadona requiere precaución (Ferrell, 1991).

Los ancianos en general tienen incrementada la relación grasa/masa corporal y reducida la tasa de filtración glomerular. Los opioides producen alteración cognitiva y neuropsiquiátrica a través de mecanismos pobremente definidos que incluyen en parte la acumulación de metabolitos biológicamente activos como el glucuronido 6 de morfina o normeperidina (Melzack, 1990). La titulación de la dosis de opioides debe tener en cuenta no solamente los efectos analgésicos, sino también los efectos secundarios como: déficit cognitivo, retención urinaria, (un riesgo en los ancianos con hiperplasia prostática), estreñimiento y obstrucción intestinal o depresión respiratoria.

Las infusiones de anestésicos locales, incluyendo lidocaína u opioides pueden resultar en déficit cognitivo si se alcanzan niveles significativos del medicamento en sangre, puede presentarse hipotensión ortostática y dificultad motora con la administración de antidepresivos tricíclicos y otros medicamentos usados para el manejo del dolor y enfermedades concomitantes. Deberán tomarse precauciones, como ayudas para la deambulación para prevenir caídas y fracturas.

La PCA ha demostrado ser segura y efectiva para el alivio del dolor postoperatorio en pacientes ancianos (Egbert, Parks, Short et al., 1990) sin embargo no ha sido estudiada ampliamente para uso a largo plazo en los ancianos con dolor por cáncer. El uso de cualquier tratamiento del dolor "de alta tecnología" tal como la PCA o la analgesia intraespinal debe ser titulado y moni-

toreado muy de cerca a causa del incremento en la sensibilidad a los efectos de los medicamentos en los pacientes ancianos (Ferrell, Cronin, Nash, y Warfield, 1992).

## **Pacientes con Problemas Psiquiátricos Asociados al Dolor por Cáncer**

Los pacientes con cáncer y dolor por cáncer frecuentemente presentan problemas psicológicos considerables (Capítulo 1), razón por la cual algunos requieren tratamientos adicionales a los proporcionados por el equipo básico de salud. Tres centros de cáncer (Derogatis, Morrow, Fetting et al., 1983), informaron que el 53% de los pacientes se adaptaban al estrés del cáncer sin presentar ningún diagnóstico psiquiátrico, sin embargo el resto tenían alteraciones psiquiátricas clínicamente evidentes. Este estudio también encontró que los pacientes con dolor tenían más probabilidad de desarrollar un problema psiquiátrico; 39% de los pacientes con diagnósticos psiquiátricos se quejaron de dolor importante, mientras solamente el 19 % de los pacientes sin diagnóstico psiquiátrico tuvieron dolor intenso.

La incidencia de dolor, depresión y delirium se incrementa con el aumento en la debilidad física y la progresión de la enfermedad (Burkberg, Penman, y Holland, 1984). Aproximadamente 25 % de todos los pacientes con cáncer presentan síntomas depresivos severos, prevalencia que aumenta hasta de un 77 % en aquellos con enfermedad avanzada (Burkberg, Penman, and Holland, 1984). La prevalencia de desórdenes mentales orgánicos (delirium), entre los pacientes con cáncer que requieren consulta psiquiátrica, varía de 25% a 40 % y aumenta hasta 85 % en los estados terminales de la enfermedad (Massie, Holland y Glass, 1983).

**Los síntomas psiquiátricos en los pacientes con dolor, deben ser inicialmente interpretados como una posible consecuencia del dolor no controlado.** El dolor no controlado puede alterar tanto el estado de ánimo como las características de la personalidad, mientras que el alivio del dolor puede llevar a la desaparición del trastorno psiquiátrico observado (p.e.: ansiedad o depresión) (Ahles, Blanchard, y Ruckdeschel, 1983). Una vez el dolor esté controlado y con la intención de determinar si hay un trastorno psiquiátrico, se debe realizar un nuevo exámen del estado mental. El manejo de desórdenes específicos como la depresión, el delirium y la ansiedad en pacientes con cáncer están revisados en otras fuentes (Breitbart y Holland, 1988; Holland y Rowland, 1989).

## **Depresión en Pacientes con Dolor por Cáncer** \_\_\_\_\_

Los síntomas somáticos de la depresión (por ejemplo anorexia, insomnio, fatiga, y pérdida de peso) son menos confiables y carecen de especificidad en el paciente con cáncer (Endicott, 1984). Tienen mayor valor diagnóstico: los

**Tabla 23 Factores de riesgo que predisponen a los pacientes con cáncer a trastornos depresivos**

---

Aislamiento social  
Pérdidas recientes  
Tendencia al pesimismo  
Presiones socioeconómicas  
Historia previa de trastornos afectivos  
Historia de abuso de alcohol u otras sustancias  
Intentos previos de suicidio  
Mal control del dolor

---

Fuente: Panel sobre Guías para la Depresión, 1993a.

síntomas psicológicos de la depresión, disforia, desesperanza, inutilidad, culpa e ideación suicida (Massie y Holland, 1990). Una historia previa de depresión familiar o de episodios depresivos hace más probable este diagnóstico.

Se requiere una evaluación de posibles factores orgánicos ocasionados por el tratamiento y que pueden interpretarse como depresión. Tales factores incluyen los corticoesteroides (Steiefel, Breitbart and Holland, 1989), agentes quimioterapéuticos (Adams, Quesada, y Gutterman, 1984), irradiación cerebral (DeAngelis, Delattre, y Posner, 1989) complicaciones endocrino-metabólicas del sistema nervioso central (Breitbart, 1989) y síndromes paraneoplásicos (Patchell, y Posner, 1989).

Los pacientes con cáncer y depresión son usualmente tratados con psicoterapia de apoyo, técnicas cognitivo-conductuales y medicamentos antidepressivos (Massie y Holland, 1990). La eficacia de los tricíclicos y otros antidepressivos en el paciente con cáncer está demostrada (Popkin, Callies, y Mackenzie, 1985). Los psicoestimulantes son de mayor utilidad en el tratamiento de la depresión en pacientes con enfermedad avanzada y en aquellos con disforia asociada a disminución en la actividad psicomotora y déficit cognitivo. Para una mayor información sobre esta materia se deben consultar las Guías para el tratamiento de la depresión (Guías del Panel para Depresión, 1993a, 1993b).

El uso de meperidina mientras se está tomando un inhibidor de la monoaminoxidasa está contraindicado, porque puede llevar a hiperpirexia y colapso cardiovascular. En general se debe ser muy cuidadoso cuando se utiliza cualquier analgésico opioide en pacientes que simultáneamente reciben inhibidores de la monoamino oxidasa (IMAO), porque se han reportado mioclonias y delirium (Breitbart y Holland, 1988). Los fármacos simpaticomiméticos y otros IMAO menos conocidos como el agente quimioterapéutico procarbazona, pueden causar una crisis hipertensiva en pacientes que están tomando un IMAO. Si en el pasado la depresión de un paciente respondió bien a un IMAO, se justifica continuar su uso, pero con precaución.

## **Suicidio y Dolor por Cáncer**

---

Pocos pacientes con cáncer se suicidan, sin embargo el dolor no controlado establece un mayor riesgo. En las tablas 23 y 24 aparecen los factores que predisponen a los pacientes con cáncer a la depresión y aumentan el riesgo de suicidio.

Aunque las personas con enfermedad avanzada pueden tener ideas recurrentes de suicidio, estas no son frecuentes en ausencia de depresión o de síntomas físicos no controlados tales como el dolor (Breitbart, 1990a). El paciente con frecuencia considera el suicidio como una opción para conservar la sensación de control. El temor al dolor intolerable fue el componente principal en las solicitudes de muerte asistida hechas a los médicos (Helig, 1988) y es tan importante para los pacientes con cáncer que el 69 % informó que ellos considerarían el suicidio si su dolor no fuese adecuadamente tratado (Levin, Cleeland, y Dar, 1985). En otro estudio, la mayoría de los pacientes que se suicidaron tenían dolor severo inadecuadamente controlado (Bolund, 1985). Los médicos de un programa clínico de dolor informaron acerca de muchos pacientes que consideraron el suicidio pero cambiaron de opinión una vez recibieron adecuado alivio del dolor (Foley, 1991). En pacientes de alto riesgo, los clínicos deben ser agresivos con el uso de analgésicos y otros medicamentos apropiados, como también con las intervenciones psicoterapéuticas que movilizan los sistemas de apoyo del paciente.

Si bien es apropiado intervenir cuando los factores médicos o psiquiátricos son claramente la fuerza que impulsa al paciente con cáncer al suicidio, una intervención agresiva puede ser menos útil en pacientes con enfermedad avanzada cuando el bienestar y manejo de síntomas son las principal preocupación. La meta de la intervención como alternativa al suicidio, debe ser establecer empatía, desarrollar comunicación armónica de alianza y proporcionar un manejo efectivo de los síntomas.

## **Ansiedad**

---

Aunque la ansiedad es una respuesta normal cuando la persona comprende que tiene cáncer o cuando hay recurrencia o falla en el tratamiento, los pacientes que continúan experimentando altos niveles de ansiedad por semanas o meses deben ser enviados al médico psiquiatra, psicólogo, enfermera psiquiátrica o trabajadora social psiquiátrica para evaluación y tratamiento. Algunos pacientes con cáncer tienen trastornos crónicos de ansiedad de larga duración, como fobias y desórdenes de pánico, que pueden ser exacerbados por el estrés ocasionado por el cáncer o su tratamiento. Los pacientes claustrofóbicos pueden presentar ansiedad aguda cuando se encuentran en salones con aparatos de diagnóstico escanográfico o de radioterapia (Brennan, Redd, Jacobsen, et al., 1988). Los pacientes que presentan ansiedad aguda o exacerbación de desórdenes crónicos de ansiedad pueden requerir el uso de medicamentos como benzodiacepinas o terapia cognitivo- conductual para ayudarlos a tolerar los procedimientos.

**Tabla 24 Factores de riesgo de suicidio en pacientes con dolor por cáncer**

---

Depresión  
Mal control del dolor  
Intentos previos de suicidio  
Historia familiar de suicidio  
Delirium  
Abuso de sustancias  
Diagnóstico psiquiátrico previo (depresión)  
Enfermedad avanzada  
Edad avanzada  
Enfermedad o cirugía desfigurantes  
Apoyo social deficiente.

---

Fuente: Panel sobre Guías para la Depresión, 1993a.

## **Delirium y Sus Efectos en el Tratamiento del Dolor**

---

La falla cognitiva (delirium) tan común en los pacientes con enfermedad avanzada (Fleishman y Lesko, 1989) es una disfunción cerebral global sin especificar etiología, caracterizada por varios trastornos simultáneos del nivel de conciencia, atención, pensamiento, percepción, memoria, comportamiento psicomotor, emoción y ciclo sueño-vigilia. Otras características críticas del delirium son desorientación, fluctuación, altibajos e iniciación súbita de los síntomas descritos. El delirium es reversible aún en la enfermedad avanzada. Pero puede ser irreversible en las últimas 24 a 48 horas de vida, probablemente debido a falla orgánica múltiple (Massie y Holland, 1990).

A veces es difícil diferenciar el delirium de la demencia, porque pueden compartir características clínicas como desorientación, trastornos de la memoria, del pensamiento y del juicio. Una diferencia es que el comienzo de los síntomas es más subagudo o crónicamente progresivo en la demencia que en el delirium. Ocasionalmente el delirium se superpone a una demencia previa, como en el caso de un paciente anciano, un paciente con SIDA o un paciente con síndrome paraneoplásico.

El delirium puede deberse a efectos directos del cáncer sobre el SNC, o por efectos indirectos sobre el SNC por la enfermedad o el tratamiento (medicamentos, trastornos electrolíticos, falla de sistemas u órganos vitales, infección, complicaciones vasculares) y a trastornos cognitivos preexistentes o por demencia.

En ocasiones el equipo médico y de enfermería considera que un nuevo síntoma tiene base psíquica sin descartar primero todas las posibles causas orgánicas. Debido a los múltiples fármacos que requieren los pacientes con

cáncer y a su estado de fragilidad, los hipnóticos usados rutinariamente pueden ser suficientes para precipitar el delirium. Los analgésicos opioides incluyendo levorfanol, sulfato de morfina, metadona y meperidina (Bruera, Macmillan, Hanson, et al., 1989) pueden causar estados confusionales, particularmente en los ancianos y enfermos terminales. Los clínicos deben corregir las causas subyacentes del delirium (Adams, Fernandez, y Andersson, 1986; Fainsinger y Bruera, 1992; Fish, 1991; Lesko y Fleishman, 1991; Lipowski, 1987).

## **Abusadores de Drogas**

El riesgo de adicción iatrogénica en pacientes con cáncer es bajo (Kanner y Foley, 1981). En pacientes con doble diagnóstico de cáncer y abuso de fármacos, el complejo fenómeno fisiológico conductual y psicológico asociado con la drogadicción no excluye la capacidad de percibir estímulos dolorosos. Cuando se requieren los opioides para el manejo del dolor, la presencia de trastornos de abuso de fármacos y cáncer produce una situación difícil y estresante aún para el clínico más experimentado. Sin embargo, ciertos principios pueden seguirse para asegurar una cuidadosa y adecuada evaluación de la queja de dolor y para proporcionar un alivio satisfactorio en estas circunstancias (Portenoy y Payne, 1992). Estos principios son complementarios a otros discutidos en esta Guía.

La tolerancia y la dependencia física son consecuencias predecibles del uso crónico de opioides, pero no son sinónimos de adicción (Newman, 1983). Numerosos estudios clínicos, epidemiológicos y farmacológicos sugieren que los pacientes con cáncer pueden desarrollar tolerancia y dependencia física a los opioides, aún si se prescriben en dosis terapéuticas por varias semanas. Muy pocos pacientes desarrollan los patrones de pérdida de control y uso compulsivo que caracteriza la adicción a los opioides (y otros medicamentos de prescripción o sustancias ilícitas). Esta clase de conducta, más que la tolerancia y dependencia física, es la que caracteriza y define la adicción (Portenoy y Payne, 1992).

Una adecuada evaluación de la causa del dolor es esencial para un tratamiento óptimo del adicto a los opioides que padece cáncer. Como en otras poblaciones con cáncer, los tratamientos antitumorales específicos son el mejor método para el alivio del dolor. Sin embargo, antes del inicio de los estudios diagnósticos y los tratamientos médicos o quirúrgicos, debe ofrecerse una analgesia adecuada. El manejo apropiado del estado médico subyacente con frecuencia disminuye los requerimientos de opioides. El tratamiento del dolor en forma óptima es esencial para prevenir el síndrome de “pseudoadicción” (Weissman y Haddox, 1989); mientras que un manejo inadecuado del dolor invariablemente conduce a un comportamiento manipulador que el clínico quiere evitar.

Aunque no está claramente apoyado por estudios clínicos prospectivos, es una práctica común hacer distinciones entre: (1) adictos que abusan activamente de los opioides y narcóticos ilícitos en el momento de su tratamiento para dolor agudo, (2) antiguos adictos que ya no abusan de drogas y (3) adictos en mantenimiento con metadona (Fultz y Sonay, 1975). En los pacientes que abusan activamente de la heroína u opioides de prescripción (y aquellos en mantenimiento con metadona) debe asumirse que tienen algún grado de tolerancia farmacológica la cual se refleja en dosis iniciales más altas que las usuales e intervalos más cortos que los generalmente recomendados en poblaciones de no adictos. Todavía más, como los pacientes que abusan activamente de las drogas manifiestan con frecuencia desórdenes psicológicos que influyen la percepción del dolor (p.e. ansiedad y depresión), el tratamiento de los trastornos psiquiátricos asociados es con frecuencia necesario y usualmente requiere la consulta de psiquiatras experimentados. Los pacientes con cáncer que han abusado de drogas en el pasado (pero que actualmente no son drogadictos) o quienes están participando en programas de mantenimiento con metadona pueden tener un grado más alto de tolerancia a los opioides que la población general. Con estos pacientes, es útil prever que una ansiedad significativa puede acompañar el estrés de las enfermedades médicas y el dolor agudo y puede manifestarse en una reaparición de las conductas de abuso de drogas.

El uso de opioides agonistas- antagonistas (nalbufina, butorfanol) en adictos conocidos o sospechosos a los opioides está absolutamente contraindicado. Estos fármacos no solamente tienen efecto techo para su eficacia analgésica y por esto son inapropiados para el manejo del dolor severo sino por que también pueden precipitar un síndrome de abstinencia con incremento del dolor en los pacientes físicamente dependientes. **Las modalidades analgésicas no opioides no deben ser sustitutas de los opioides para tratar el dolor severo en pacientes conocidos o sospechosos de abusar sustancias ilícitas.** La tolerancia a los analgésicos opioides disminuye la duración de la analgesia efectiva (Houde, 1979); por esto, los pacientes "tolerantes" requieren dosificaciones más frecuentes que los pacientes no tolerantes. Por ejemplo la morfina que tiene un promedio de duración analgésica de tres a cuatro horas puede producir solamente una o dos horas de alivio del dolor en un adicto a los opioides con un grado de tolerancia alto.

Paradójicamente, cuando se requiere una rápida titulación de opioides administrados intravenosamente las PCA son utilizadas con mayor frecuencia. Aunque pareciera que la administración de opioides no puede ser confiada a un adicto, de hecho tiene sus ventajas: con una prescripción apropiada de dosis, intervalos de seguridad e instrucción al paciente, este método puede reducir la confrontación y el conflicto inherentes a la analgesia administrada por el clínico. Los adictos a los opioides pueden referir euforia que coincide con la inyección intravenosa de un bolo de opioide, el cual presumiblemente refuerza la necesidad de autoadministración de drogas (Jaffe, 1985). Aun en

estos casos, los opioides intravenosos pueden ser usados efectivamente (ver abajo).

Se debe determinar la dosis apropiada de cada bolo de PCA y los tiempos de espera (el tiempo que debe pasar entre la administración de una dosis y la siguiente). Si el grado de tolerancia del paciente no es evaluado apropiadamente, el adicto a los opioides puede fácilmente ser subdosificado y no tener suficiente alivio del dolor. Los tiempos de espera conocidos y las dosis iniciales son inapropiadas para la mayoría de los adictos y sin duda para muchos pacientes que presentan tolerancia por tener experiencia previa con opioides; de hecho los parámetros publicados se aplican típicamente a pacientes postoperatorios que en general no han recibido opioides. En pacientes con cáncer con dolor agudo recurrente causado por mucositis oral después de trasplante de médula ósea la autoadministración prolongada de morfina no incrementó el riesgo de sobremedicación o adicción (Chapman y Hill, 1989), y la PCA, comparada con la infusión intravenosa estándar, disminuye los requerimientos de morfina en un 53% (Hill, Chapman, Kornell, et al., 1990). Aunque los pacientes de este estudio no eran adictos, los datos sustentan sin embargo el argumento que la PCA con morfina intravenosa, no necesariamente conduce a un incremento escalonado de las dosis.

El dolor de los pacientes que reciben metadona para el tratamiento de la adicción también puede ser tratado con este agente, si se administra con la suficiente frecuencia. En estas circunstancias la metadona es útil por que la dosis del paciente puede ser fácilmente disminuida al nivel de la dosis de mantenimiento después de controlarse el episodio doloroso. Sin embargo, la mayoría de los programas de mantenimiento con metadona no tienen la flexibilidad para cambiar las reglas para cada paciente y permitir incrementos en la dosis diaria de metadona o incrementar la frecuencia de dosificación más allá de una o dos veces al día. Infortunadamente, el tratamiento del dolor con metadona en esta forma tiene que realizarse fuera del programa clásico de mantenimiento.

Para los síndromes dolorosos agudos localizados se deben considerar las técnicas de anestesia regional tales como los bloqueos nerviosos somáticos y simpáticos, a menos que estén contraindicados. Estas técnicas generalmente no son seguras en pacientes sépticos, con coagulopatía, o quienes están confusos o no cooperan. En esta población los métodos no farmacológicos pueden ser adyuvantes útiles en el tratamiento del dolor.

Una característica común de los pacientes que abusan activamente de los opioides es la falla para fijar límites a su conducta de búsqueda de droga, aún en presencia del uso liberal de opioides para el manejo del dolor. Los clínicos deben definir con el paciente las expectativas y los límites de los comportamientos aceptables e inaceptables. El uso de bombas de infusión con intervalos de seguridad (disponible en casi todas las bombas de PCA) debe prevenir el incremento de la dosis más allá de lo que el clínico prescribe. Si se están administrando analgésicos opioides por vía oral, los pacientes deben ser advertidos que la ingestión será observada por un testigo y que se tomarán las

precauciones para prevenir el ocultar píldoras o acumulación secreta de las mismas.

En pacientes ambulatorios, se deben establecer claramente y por escrito las reglas de prescripción, el procedimiento a seguir con las prescripciones o medicaciones perdidas o robadas y los procedimientos para asegurar que solamente un clínico está prescribiendo analgésicos opioides al paciente. El robo o la falsificación de prescripciones deben conducir a la admisión del paciente al hospital para continuar la terapia opioide en caso de necesitarla; o en caso contrario a la suspensión del tratamiento con remisión a un programa apropiado para el tratamiento. El paciente debe ser visto con frecuencia, si es el caso diariamente, y debe prescribirse una cantidad limitada de opioides. En algunos casos la prescripción de opioides a un paciente "usuario habitual" o "adicto" debe ser reportada a las agencias reguladoras del estado (sobre este aspecto se debe consultar la legislación de cada país).

Estas guías generales le permiten al clínico y al paciente establecer normas que pueden ser la única forma de ofrecer un manejo humanizado. **Los pacientes con dolor y abuso de sustancias requieren evaluación y cuidado interdisciplinario.** Estos pacientes generalmente no son bien manejados con los modelos médicos tradicionales de cuidado oncológico, porque los problemas de manejo del dolor y el tratamiento del abuso de las sustancias están casi siempre más allá de la competencia de un solo clínico o servicio clínico y pueden con frecuencia producir conflictos en las metas del tratamiento. Por un lado, los métodos tradicionales de tratamiento de la adicción a opioides son desintoxicar al paciente y proporcionar terapias psicológicas y farmacológicas para mantener la abstinencia. Por otro lado en el tratamiento del adicto con dolor por cáncer evitar el uso de opioides es inaceptable dado que hay pocas alternativas para un tratamiento efectivo del dolor. Además, el especialista en dolor usualmente tiene poca habilidad o entrenamiento para evaluar y manejar las conductas de los adictos, particularmente aquellos que abusan activamente de las drogas. No hay una solución obvia a esta paradoja, y claramente se necesita investigación clínica para desarrollar un modelo para el cuidado del adicto con dolor, que permita mayor flexibilidad en los conceptos tradicionales de abuso de sustancias y manejo del dolor, y proporcione un mecanismo que integre efectivamente ambas disciplinas.

## **Poblaciones Minoritarias**

En general los pacientes pertenecientes a grupos minoritarios es probable que reciban un tratamiento para cáncer menos adecuado (Blendon, Aiken, Freeman, et al., 1989; Freeman y Wasfie, 1989). Un estudio multicéntrico reciente al calificar el tratamiento del dolor por cáncer bajo los estándares de la OMS mostró que los pacientes de las minorías (afroamericanos e hispanos) con dolor debido a cáncer metastásico tuvieron tres veces más probabilidad de

tratamiento inadecuado que los vistos en ambientes de grupos no minoritarios (Cleeland, Gonin, Hatfield, et al., 1994).

Las barreras que limitan el control del dolor en pacientes de grupos no minoritarios tienen aún más impacto en pacientes de grupos minoritarios. Diferencias lingüísticas y culturales pueden impedir una adecuada evaluación. El seguimiento menos frecuente también puede llevar a identificación y monitoreo inadecuados del dolor. Los profesionales de la salud pueden estar más preocupados acerca del potencial de adicción de los pacientes de las minorías que necesitan opioides en forma crónica y muchos de estos pacientes pueden ser más renuentes al uso de analgésicos considerados por ellos como potencialmente adictivos. Las farmacias en los vecindarios donde viven las minorías pueden rehusar almacenar analgésicos opioides a causa de las preocupaciones sobre el robo y la violencia (Kanner y Portenoy, 1986). Los pacientes de las minorías con frecuencia están en desventaja económica que puede conllevar a inadecuado control del dolor. Los pacientes y las familias pueden encarar el dilema de escoger entre pagar los medicamentos o cubrir necesidades básicas.

Los pacientes de poblaciones especiales a causa de su conducta dolorosa pueden parecer que necesitan un tratamiento menos agresivo. Los profesionales de la salud frecuentemente reportan que estos pacientes con daño tisular igualmente severo parecen tener menos dolor, todo porque en estos pacientes el dolor es inadecuadamente evaluado. Los pacientes con diversos antecedentes culturales y lingüísticos reportarán puntajes de dolor de un nivel de severidad similar cuando se aplican las escalas apropiadas (Cleeland, 1989a). La evaluación del dolor basado solamente en la observación del comportamiento del paciente puede llevar a subestimar su severidad (Grossman, Sheidler, Sweeden, et al., 1991). **Por esto, los clínicos al desarrollar un plan de tratamiento, deben estar conscientes de las necesidades y circunstancias particulares de los pacientes de diferentes grupos étnicos y culturales.**

## **Dolor en Pacientes con SIDA**

El dolor es un síntoma común en pacientes con infección por VIH aún en ausencia de un cáncer oportunista como el sarcoma de Kaposi (O'Neill y Sherrard, 1993). Los principios de evaluación y tratamiento del dolor en el paciente VIH positivo o con SIDA no son fundamentalmente diferentes de los del paciente con cáncer y deben ser utilizados de la misma manera.

La prevalencia de dolor en individuos con VIH varía dependiendo del estadio de la enfermedad, del lugar de tratamiento y de los métodos de estudio. Los estimativos de la prevalencia de dolor en individuos infectados de SIDA varían generalmente del 40 al 60 % con un incremento en la prevalencia ligado al progreso de la enfermedad (Breitbart, Passik, Bronaugh, et al., 1991; Lebovits, Lefkowitz, McCarthy, et al., 1989; Schofferman y Brody, 1990; Singer, Zorilla, Fahy-Chandon et al., 1993). El 38% de los pacientes ambulatorios infectados con VIH refirieron dolor significativo en un estudio prospec-

tivo sobre prevalencia de dolor (Breitbart, Passik, Bronaugh, et al., 1991). Cincuenta por ciento de los pacientes con SIDA refirieron dolor, mientras que 25% de aquellos en estados tempranos de la infección con VIH sintieron dolor. Los pacientes tuvieron un promedio de dos o más sitios con dolor al mismo tiempo. Una revisión de hombres ambulatorios infectados con VIH (Singer, Zorilla, Fahy-Chandon, et al., 1993) demostró que el 28 % de los seropositivos asintomáticos, 55.6 % de aquellos con complejo relacionado con SIDA y 80 % de los pacientes con SIDA informaron uno o más síntomas dolorosos en un período de seis meses. Un estudio en pacientes hospitalizados con SIDA reveló que más del 50% requirió tratamiento del dolor, con quejas de dolor en un 30% (Lebovits, Lefkowitz, McCarthy et al., 1989). Schofferman y Brody (1990) refirieron que el 53 % de los pacientes con SIDA avanzado tratados en un hospicio tenían dolor. Los síndromes dolorosos más comunes informados en estudios a la fecha incluyen neuropatía periférica sensorial, dolor por invasión del sarcoma de Kaposi, cefaleas, dolor abdominal y faringeo, artralgias, mialgias y estados dermatológicos dolorosos (Breitbart, Passik, Bronaugh, et al., 1991; Lebovits, Lefkowitz, McCarthy et al., 1989; Schofferman y Brody, 1990; Singer, Zorilla, Fahy-Chandon, et al., 1993).

La neuropatía periférica relacionada con el VIH es con frecuencia una situación dolorosa que afecta hasta un 30 % de pacientes con SIDA (Cornblath y McArthur, 1988), y se caracteriza por una sensación de quemadura, adormecimiento o anestesia en la extremidad afectada. Varios fármacos antivirales como la didanosina o zalcitabina y agentes quimioterapéuticos utilizados para tratar el sarcoma de Kaposi (vincristina) así como la fenitoína y la isoniazida pueden causar neuropatía periférica dolorosa.

El síndrome de Reiter, la artritis reactiva, y la polimiositis son estados dolorosos reportados en la infección temprana por VIH (Kaye, 1989). Otras manifestaciones reumatológicas dolorosas de la infección por VIH incluyen varias formas de artritis (síndrome articular doloroso, artritis séptica, artritis psoriásica), vasculitis, síndrome de Sjogren, polimiositis, miopatía por zidovudina (AZT) y dermatomiositis (Espinoza, Aguilar, Berman, et al., 1989).

Dentro de los estados asociados al dolor crónico o intermitente se incluyen infecciones intestinales por *Mycobacterium avium*-intracelular y *cryptosporidium* que causan cólico y dolor abdominal intermitente; hepatoesplenomegalia que resulta en distensión y dolor abdominal y candidiasis oral y esofágica que causa dolor con la deglución; la espasticidad severa asociada con encefalopatía causa espasmos musculares dolorosos.

Los estados relacionados con el VIH que causan dolor agudo en los niños incluyen meningitis y sinusitis las cuales se acompañan de cefalea severa; otitis media; varicela; celulitis y abscesos; dermatitis severa por *Candida* y caries dentales.

Los enfermos de SIDA encaran muchas situaciones de estrés durante el curso de la enfermedad, incluyendo dependencia, incapacidad, temor al dolor y a la muerte dolorosa. Aunque tales preocupaciones son universales, el nivel de estrés psicológico es sin embargo, variable y depende del apoyo social, del

estilo de adaptación individual, de la personalidad y de factores médicos como la gravedad de la enfermedad. En un estudio de dolor en pacientes ambulatorios infectados con VIH (Breitbart, 1993) la depresión se correlacionó significativamente con la presencia de dolor. Además de estar significativamente más estresados y deprimidos, los pacientes con dolor (40%) tuvieron doble posibilidad de ideación suicida comparados con aquellos sin dolor (20%). Los pacientes infectados con VIH y con dolor estuvieron más limitados funcionalmente, más deprimidos y tuvieron más probabilidad de estar desempleados o incapacitados e informaron menos apoyo social.

Los niños con infección por VIH con frecuencia provienen de familias con múltiples problemas (Boland, Mahan-Rudolph, y Evans, 1989). Muchas familias tienen más de un miembro infectado y las pérdidas múltiples por SIDA en una misma familia son comunes. Estos problemas afectan la forma como la familia maneja la enfermedad y el dolor que les causa. El sentimiento de culpa de los padres, que con frecuencia lleva a negación de la enfermedad, también puede causar la negación del dolor en un niño y la resistencia a un adecuado manejo.

Los temores a la adicción y las preocupaciones con relación al abuso de sustancias afectan tanto la aceptación del paciente como el manejo de los analgésicos opioides por parte del clínico y con frecuencia llevan a subdosificación de los pacientes con dolor infectados con VIH. El manejo del dolor en el creciente segmento de población con SIDA que usa activamente drogas ilícitas también es problemático.

El problema del abuso de las drogas también se ve en la población pediátrica infectada con VIH. Muchos niños con infección de VIH viven en familias donde el abuso de las drogas intravenosas es o fue un problema. Tienen padres que usan activamente drogas o se están recuperando de drogadicción, o viven con familias que han tenido experiencias con parientes drogadictos. En estos ambientes surgen preguntas acerca de la seguridad de prescribir opioides a los niños. Algunos miembros de la familia están ansiosos por el uso de opioides en un niño cuyo padre fue drogadicto, temiendo que el niño también llegue a ser adicto. Estos temores y preocupaciones deben ser discutidos por anticipado y se deben adoptar planes explícitos como los discutidos anteriormente para disminuir el riesgo del mal uso de los medicamentos.

El manejo del dolor en los niños con VIH es igual que en los niños con cáncer. La evaluación del dolor en los niños infectados con VIH puede verse complicada por la asociación entre encefalopatía y retardo en el desarrollo. Con frecuencia es difícil determinar si hay dolor en un niño que no puede hablar o padece encefalopatía.

La observación de la respuesta a un analgésico puede ser la mejor manera de evaluar el dolor en estos niños (ver Capítulo 6).