

SEMINARIO 10

Valoración y tratamiento del dolor.

VALORACIÓN DEL DOLOR:

Neurofisiología del dolor:

Los fenómenos que participan en el proceso nociceptivo pueden esquematizarse en los cuatro aspectos siguientes:

- Transducción: proceso por el cual el estímulo nocivo periférico se transforma en un estímulo eléctrico.
- Transmisión: propagación del impulso nervioso hasta los niveles sensoriales del SNC.
- Modulación: capacidad de los sistemas analgésicos endógenos de modificar la transmisión del impulso nervioso, fundamentalmente inhibición en las astas dorsales de la médula, pero también a otros niveles (por ejemplo periférico).
- Percepción: proceso final en el que los tres primeros, interactuando con una serie de otros fenómenos individuales, crean la experiencia subjetiva y emocional denominada dolor.

Medición del dolor clínico:

Existen tres abordajes básicos para medir el dolor clínico:

- Conseguir información clínica por parte del paciente, verbal o escrita.
- Observación de la conducta de un sujeto con dolor: agitación, intranquilidad, nerviosismo, gestos, lloros, gritos, etc.
- Utilización de instrumentos para medir las respuestas autonómicas generadas por el dolor, tales como el aumento de la tensión arterial, el aumento de la frecuencia del pulso, la taquipnea, etc.

La descripción subjetiva del propio sujeto es probablemente el mejor indicador del dolor. Por regla general, si una persona dice que tiene dolor, lo más probable es que sea cierto. La forma más común para medir el dolor es pedir al paciente que nos indique la intensidad de su dolor. Para esto se han propuesto una serie de escalas con las que el paciente cuantifica la intensidad de su dolor.

Una vez que hemos realizado una medición del dolor clínico, se debe proceder a la evaluación de ese dolor, para lo que hay que considerar:

- Confirmar que el dolor existe
- Evaluar las características del dolor en cuanto a localización, intensidad, calidad (tipo de dolor) y cronología del mismo. Estas características son mejor evaluadas en un sujeto que presenta dolor agudo que en el caso del dolor crónico y debe realizarse mediante preguntas que busquen la información deseada pero sin dirigir al paciente (por ejemplo preguntar donde tiene el dolor en lugar de preguntar si el dolor es en la espalda).
- Evaluar las respuestas fisiológicas y psicológicas del dolor.
- Evaluar la percepción individual del dolor y lo que éste significa para el paciente.
- Evaluar los mecanismos de adaptación que el paciente emplea para hacer frente a ese dolor.

El origen del dolor en ocasiones determina muchos de los aspectos de las características sensoriales del mismo. Hay que tener en cuenta o considerar 3 orígenes generales:

- El dolor cutáneo, que incluye las estructuras localizadas en la piel y el tejido subcutáneo: éste generalmente se presenta a lo largo de uno o varios dermatomas.
- El dolor profundo somático, el cual incluye el hueso, nervios, músculos y otros tejidos que soportan a estas estructuras; dentro de éste, el dolor originado en una raíz o tronco nervioso generalmente se proyecta a lo largo de la fibra aferente, tal como ocurre con el dolor ciático, producido por una hernia discal.
- El dolor visceral incluye todos los órganos internos del cuerpo; éste al presentar una inervación más difusa mediante fibras nociceptivas que acompañan a las fibras simpáticas, puede causar más frecuentemente síntomas autonómicos y dolor referido en una localización cutánea adyacente o remota del órgano dañado.

Todos estos sistemas de medición y definición del dolor nos van a ayudar a orientar más adecuadamente la terapéutica adecuada a cada caso.

TRATAMIENTO DEL DOLOR:

Posibilidades de actuación en el proceso nociceptivo:

Bloqueo nervioso: se consigue la interrupción de los impulsos dolorosos, impidiendo su llegada a los centros receptores del SNC. Impedimos la transmisión. Esto puede conseguirse mediante la aplicación a nivel de los nervios responsables de la transmisión de los impulsos dolorosos o en la periferia de los mismos (en cuyo caso la acción se produce al difundir el agente empleado al interior del nervio) de un agente anestésico o bien de un agente con efecto neurolítico. En el primero de los casos conseguiremos un bloqueo temporal y reversible de la conducción de los impulsos dolorosos (anestesia regional) mientras que en el segundo caso los fármacos empleados producen la destrucción del tejido nervioso, dando lugar a una analgesia prolongada. Este último método se emplea fundamentalmente en dolores crónicos de origen oncológico.

El resto de posibilidades analgésicas van a interferir en mayor o menor medida con los otros tres fenómenos del proceso nociceptivo.

Los fármacos analgésicos se clasifican de un modo simple en tres grupos: opiáceos agonistas y antagonistas, analgésicos no opiáceos y fármacos coadyuvantes y coanalgésicos. Los opiáceos agonistas y antagonistas se emplean escasamente en nuestro medio en pacientes ambulatorios, salvo prescripción por Unidades del Dolor.

Analgésicos no opiáceos:

Este grupo de fármacos tienen generalmente tres efectos comunes: analgésico, antiinflamatorio y antipirético aunque cada fármaco en diferentes proporciones. Atendiendo a su mecanismo de acción se pueden clasificar en tres grupos:

- Inhibidores periféricos de las prostaglandinas (antiinflamatorios no esteroideos: AINES). El representante más conocido es la aspirina. Todos realizan su acción mediante la inhibición de la enzima ciclo-oxigenasa que inicia la síntesis de las prostaglandinas. Su efecto analgésico está relacionado con el menor aporte de mediadores que sensibilizan el receptor periférico del dolor, pero no pueden actuar cuando el receptor ya está activado. Dificultan la transducción. En general son más antiinflamatorios que analgésicos.
- Inhibidores centrales de las prostaglandinas. Este grupo lo componen el paracetamol y el metimazol, ya que por su naturaleza química no ácida actúan selectivamente sobre los tejidos nerviosos. Este efecto central explica las importantes propiedades antitérmicas de ambos fármacos ya que aunque no inhiben las prostaglandinas en la periferia si pueden hacerlo en el hipotálamo. Actúan fundamentalmente en la modulación del dolor.

- Inactivadores del receptor sensibilizado. El metimazol, a semejanza de la morfina y además de sus efectos centrales específicos, tiene la propiedad de bloquear la transmisión del impulso doloroso desde el receptor ya sensibilizado por los mediadores, llevándolo a una situación de reposo.

Fármacos coadyuvantes y coanalgésicos: en este grupo se incluyen los fármacos antidepresivos, los ansiolíticos, los corticoides, los anticonvulsivantes y otros como los relajantes musculares, la cafeína, los antihistamínicos y los antieméticos. Todos estos fármacos se probaron inicialmente para el tratamiento de procesos diferentes al dolor y la mayoría se siguen utilizando de este modo, pero también alivian el dolor en situaciones específicas. Los fármacos que no están clasificados como analgésicos, pero se usan solos o en combinación con otros analgésicos para aliviar el dolor, se conocen como coanalgésicos. Otros medicamentos que se utilizan con frecuencia para tratar síntomas que comúnmente acompañan al dolor, por ejemplo los trastornos del sueño, se denominan medicamentos coadyuvantes. Dentro de este grupo la utilidad más importante de cada uno de ellos es:

- Antidepresivos: dado que la depresión puede afectar la capacidad de la persona de controlar el dolor.
- Ansiolíticos: dado que la ansiedad es un síntoma habitual en pacientes con dolor, aunque habitualmente este síntoma suele remitir cuando se controla el dolor con analgésicos.
- Corticoides: útiles en el alivio del dolor de origen neoplásico, particularmente del dolor óseo, del dolor relacionado con compresión nerviosa o de la médula espinal o en la cefalea relacionada con el aumento de la presión intracraneal debido a edema peritumoral.
- Anticonvulsivantes: útiles para el dolor neuropático (resultante de la lesión de un tejido nervioso) como son la neuralgia del trigémino, la neuralgia postherpética, la neuropatía diabética y las neuralgias traumáticas.
- Relajantes musculares: en situaciones en que existe un espasmo muscular que empeora el cuadro doloroso.
- Cafeína: la adición de cafeína al ácido acetilsalicílico o al paracetamol parece aumentar la analgesia en diversas situaciones como los entuertos postparto, el dolor de la episiotomía, el dolor dental y las cefaleas.
- Antihistamínicos: algunos de ellos tienen leve efecto sedante que puede ser eficaz cuando la ansiedad es una dimensión adicional del dolor.
- Antieméticos: dado que las náuseas y los vómitos son síntomas frecuentes en los pacientes afectados de cáncer bien por su propia enfermedad, o por los tratamientos empleados (mórficos y quimioterapia).

Analgesia balanceada:

La combinación de diferentes analgésicos que afectan el proceso nociceptivo a diferentes niveles podría mejorar la calidad de la analgesia, permitiendo disminuir las dosis y eventualmente sus efectos adversos. En la analgesia balanceada se combinan AINES, que alteran la transducción, anestésicos locales que afectan la transmisión y opiáceos que afectan la modulación del dolor.