

1. ¿Escalera(s) o ascensor?.

Cuello Azcárate JJ
Gómez Fernández M
Lomo Montero FJ

Licenciado Especialista en Anestesiología y Reanimación. Complejo Asistencial de Zamora. Zamora (España).

E-mail: jjcuello@gmail.com

RESUMEN

La escalera analgésica de la Organización Mundial de la Salud (OMS) se desarrolló con el objeto de tratar el dolor de los pacientes con cáncer. A pesar de sustentarse en una evidencia clínica muy débil, enseguida demostró ser una herramienta eficaz para controlar el dolor de la inmensa mayoría de los pacientes. En un principio disponía de tres peldaños; en el primero estaban los antiinflamatorios no esteroideos (AINEs) para tratar el dolor leve, en el segundo se encontraban los opioides débiles para el dolor moderado, y en el tercero disponíamos de los opioides fuertes para manejar el dolor intenso. Posteriormente, se ha añadido un cuarto escalón que reuniría los tratamientos intervencionistas del dolor, y se ha adaptado para el tratamiento de otros tipos de dolor diferentes al oncológico.

PALABRAS CLAVE

Escalera analgésica. Dolor oncológico. Dolor neuropático. Dolor agudo.

ORIGINAL

El dolor afecta a una de cada cinco personas¹, y casi el 90% de los enfermos oncológicos sufrirán dolor a lo largo de su enfermedad².

La escalera analgésica de la OMS se desarrolló en 1986 para el tratamiento del dolor oncológico³. Su

diseño no se sustentaba en la evidencia clínica; sin embargo, con su aplicación se ha conseguido un alivio satisfactorio del dolor en el 70-90% de este tipo de pacientes⁴. La OMS intentaba introducir, sobre todo en países subdesarrollados, unas pautas de actuación encaminadas al control del cáncer, que se extendían desde el diagnóstico precoz, los tratamientos curativos, uso de medios eficaces de atención sanitaria, hasta personal entrenado⁵.

Los fármacos principales estarían situados en tres peldaños, en el primero dispondríamos de analgésicos no opioides para el dolor leve. En el segundo de opioides débiles para el dolor moderado. Y en el tercero encontraríamos los opioides potentes para el dolor intenso. En un principio, los fármacos seleccionados fueron el Acido acetilsalicílico (AAS), la codeína, y la morfina. Su uso vendría definido por la intensidad del dolor y se introducirían de forma progresiva⁶.

En sus inicios, la escalera analgésica de la OMS no incluía los coadyuvantes y estaba pensada exclusivamente para el tratamiento del dolor de origen oncológico, pues en aquellos tiempos se contemplaba con precaución la utilización de los opioides en el tratamiento del dolor no oncológico⁷.

Aunque puede considerarse una herramienta perfectamente útil a la hora de diseñar un protocolo analgésico en dolor crónico, el paso del tiempo ha obligado a realizar ciertas modificaciones en el diseño de dicha escalera analgésica.

En estos años ha ido creciendo y sufriendo diferentes modificaciones, ha pretendido abarcar otro tipo de dolor como el agudo, el postoperatorio, y el

no oncológico. Se ha añadido un cuarto escalón para el dolor intratable. Se han diseñado escaleras paralelas para el dolor neuropático. Y también se le ha adjudicado un barandilla donde apoyarse y dar soporte emocional y de comunicación, como ha sucedido en el marco de los cuidados paliativos⁸.

Los AINEs han sufrido pocas modificaciones, salvo la introducción de los coxibs. Deben usarse con precaución, dosis reducidas durante el menor tiempo posible y en función de los riesgos cardiovasculares y gastrointestinales del paciente.

En el segundo escalón, el tramadol es muy empleado en el tratamiento del dolor moderado y puede retrasar el paso al tercer peldaño.

El tercer escalón ha incorporado gran cantidad de nuevos fármacos compitiendo con la morfina: buprenorfina, fentanilo, hidromorfona, oxicodona, metadona, o tapentadol. Pero, sobre todo se han multiplicado las vías de administración y las presentaciones farmacéuticas: soluciones, comprimidos, cápsulas, parches transdérmicos, transmucosa oral, intranasal⁹.

En el dolor de procedencia oncológica el segundo escalón puede estar anulado por el uso rápido de opioides potentes a dosis bajas, progresando a dosis altas según aumente el dolor¹⁰.

En el dolor neuropático los medicamentos se seleccionarían en función de la etiología del dolor; y serían fundamentalmente antiepilépticos y antidepressivos. Los AINEs actuarían en este caso como coadyuvantes¹¹.

En el dolor agudo y del postoperatorio la escalera no sirve, y aquí es la intensidad del dolor la que marca el tipo de fármaco a emplear; necesitándose un control inmediato y rápido, seguido de evaluaciones continuas que modifiquen la pauta analgésica, admitiéndose incluso los bloqueos nerviosos.

Todo esto ha movido a algunos autores a desarrollar un concepto nuevo definido como "ascensor analgésico". Teniendo en cuenta los avances en tecnología y farmacología actual el objetivo sería el control adecuado e inmediato del dolor, contemplando su intensidad así como su etiología. Este concepto considera al enfermo dentro de un ascensor con el suelo formado por los fármacos coadyuvantes, y que dispondría de cuatro botones que el paciente apretaría según su dolor fuera leve, moderado, intenso o insoportable. También contaría con un botón de alarma que se usaría cuando la

escala de valoración analgésica (EVA) fuera superior a 5.

Este concepto introduce tanto la bidireccionalidad del tratamiento del dolor, como la importancia que tiene la evaluación continua del dolor y asimismo la existencia de una llamada de atención cuando la EVA suba de 5¹².

En el dolor crónico no oncológico, la escalera puede seguir sirviendo con segundo escalón, con el tramadol como fármaco estrella, que retrase la utilización de opioides fuertes (que podrían y deberían usarse si la intensidad del dolor aumenta o no es controlado, sobre todo en el marco de la Atención Primaria)¹³.

En resumen, a pesar de la falta de evidencia sólida, el empleo correcto de la escalera analgésica de la OMS puede llevar a un control adecuado del dolor a largo plazo; pero siempre diferenciando los subtipos nociceptivo y neuropático, y adecuando el fármaco a la intensidad sintomática, así como a su etiología.

BIBLIOGRAFÍA

1. Breivik H, Collett B, Ventafridda V, Cohen R, Gallacher D. Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life, and treatment. *Eur J Pain*. 2006 May; 10 (4): 287-333.
2. Benítez Del Rosario MA, Pérez Suárez MC, Fernández Díaz R, Cabrejas Sánchez A. Cuidados Paliativos. Tratamiento del dolor oncológico crónico (II): el uso de los opiáceos. *Aten Primaria*. 2002 May 15; 29 (8): 513-6.
3. World Health Organization. *Cancer Pain Relief*. Geneva: World Health Organization, 1986.
4. Ventafridda V, Tamburini M, Caraceni A, De Conno F, Naldi F. A validation study of the WHO method for cancer pain relief. *Cancer*. 1987 Feb 15; 59 (4): 850-6.
5. Ruiz S, Gálvez R, Romero J. ¿Se sostiene la Escalera Analgésica de la OMS?. *Rev Soc Esp Dolor*. 2008; 15 (1): 1-4.
6. Mercadante S, Fulfaro F. World Health Organization guidelines for cancer pain: a reappraisal. *Ann Oncol*. 2005 May; 16 Suppl 4: iv 132-5.
7. Saenz de Buruaga JA. Validez de la escalera analgésica de la OMS en reumatología. *Semin Fund Esp Reumatol*. 2006; 7: 121-7.

La escalera analgésica de la OMS ¿El dolor paso a paso?

8. Vargas-Schaffer G. Is the WHO analgesic ladder still valid?. Twenty-four years of experience. *Can Fam Physician*. 2010 Jun; 56 (6): 514-7.
9. Rodríguez-Huertas F, Gómez-Cortés MD. Revaluación del segundo escalón de la escalera analgésica de la OMS. *Rev Soc Esp Dolor*. 2000; 7 (6): 343-4.
10. Eisenberg E, Marinangeli F, Birkhahn J, Paladini A, Varrassi G. Time to Modify the WHO Analgesic Ladder? *Pain: Clinical Updates* [internet]. 2005 [acceso 13 de diciembre de 2013]; 13(5): 1-4. Disponible en : http://iasp.files.cms-plus.com/Content/ContentFolders/Publications2/PainClinicalUpdates/Archives/PCU05-5_1390263972695_23.pdf
11. Romero J, Ruiz S, Gálvez R. Propuesta de nueva Escalera Analgésica para el dolor neuropático. *Rev Soc Esp Dolor*. 2006; 13 (6): 377-80.
12. Martínez-Vázquez J, Pernia A, Calderón E, Torres LM. De la escalera al ascensor. *Rev Soc Esp Dolor*. 2002; 9 (5): 289-90.
13. Tedeschi M. Chronic nonmalignant pain - the rational use of opioid medication. *Aust Fam Physician*. 2006 Jul; 35 (7): 509-12.