

De la escalera al ascensor

En 1982, la Organización Mundial de la Salud (OMS), propuso un programa mundial con el objetivo de mejorar el tratamiento del dolor oncológico. Un grupo multidisciplinar de expertos internacionales, presentó una guía clínica preliminar en 1984 y la versión final fue publicada en 1986 (1).

La base de esta guía clínica (no soportada por ninguna evidencia), consistía en una escalera analgésica de 3 peldaños que, dependiendo de la intensidad individual del dolor (y no de su etiología), progresa desde los analgésicos no opioides, a los opioides “debiles” y luego a los opioides potentes. La terapia paliativa oncológica y los fármacos coadyuvantes así como otros tratamientos sintomáticos podían ser integrados en cualquiera de los escalones.

Actualmente la escalera analgésica de la OMS, ha continuado su consideración como una excelente herramienta educativa en los esfuerzos de la OMS en colaboración con la Federación Mundial de Sociedades de Anestesia (WFSA) y la Asociación Internacional para el Estudio y Tratamiento del Dolor (IASP), para incrementar los conocimientos farmacológicos y la disponibilidad de opioides esenciales en todo el mundo.

Este concepto que fue propuesto hace ya casi 20 años exclusivamente para el tratamiento del dolor oncológico, con el propósito fundamental de mejorar el uso de los opioides sobre todo en países donde no estaban disponibles, ha sido finalmente extendido a todos los fármacos, a todo tipo de dolor y a todos los países. En nuestra opinión lo que era una idea loable, con su extensión y simplificación, se ha convertido más que en una ayuda, en un obstáculo para el adecuado tratamiento del dolor hoy en día.

El concepto de la escalera analgésica no se adapta a algunos tipos de dolor, como el dolor postoperatorio y muchos cuadros de dolor agudo, que son tratados inicialmente con opiáceos y posteriormente con analgésicos menos potentes.

La situación actual del tratamiento del dolor, los avances en el conocimiento de su fisiopatología, su evaluación continuada y la aparición de nuevos fármacos y nueva tecnología, hacen que el seguimiento de la escalera analgésica de la OMS se convierta en una barrera y en un retraso para el adecuado tratamiento de muchos cuadros dolorosos, al obligar al paciente a recorrer unos escalones farmacológicos hasta llegar a encontrar el fármaco más adecuado para su dolor.

Al implantarse la práctica clínica de evaluación y medición continua del dolor, así como la disponibilidad tecnológica y farmacológica actual, nosotros proponemos las ventajas del adecuado e inmediato control del dolor, para lo que utilizamos un modelo de clasificación y uso de los analgésicos respecto al grado de dolor y a su etiología, que es válido tanto para el dolor agudo como crónico y para el oncológico y no oncológico.

Proponemos por tanto sustituir el concepto de “escalera analgésica” por el de “ascensor analgésico”, el cual simula al paciente dentro de un ascensor cuyo suelo son los coadyuvantes analgésicos y que dispone de 4 botones para pulsar según el grado de dolor sea: leve, moderado, severo o insoportable. Existe así mismo, como en los ascensores convencionales un botón de alarma en el caso de que el VAS sea >5. Si el paciente aprieta el botón de leve, el paciente bajará en un piso donde dispone de analgésicos no opiáceos (paracetamol, metamizol o ibuprofeno a dosis bajas) como prototipos. Si el paciente pulsa el botón moderado, se bajará en un piso donde encontrará tramadol, o codeína habitualmente combinado con paracetamol o AINEs. Si el paciente toca el botón grave, dispondrá de opiáceos potentes y si pulsa el botón insoportable se bajará en un piso de unidades especializadas de tratamiento del dolor, donde será tratado con bloqueos nerviosos u opioides por vía intratecal.

Este sistema nos traslada a diferencia del de la escalera al concepto de inmediatez en la respuesta y en la ida y vuelta de los analgésicos de un ascensor, así como de la importancia de la evaluación continuada mediante el VAS y la alerta de que debe producirnos cualquier paciente con VAS mayor a 5.

Este concepto viene siendo aplicado por nosotros de forma sistematizada desde hace mas de 5 años, adaptándose perfectamente al tratamiento agudo postoperatorio donde muchos pacientes son inicialmente tratados con morfina y a las 24 horas siguientes lo son con metamizol o paracetamol. También se adapta a la parturienta, que según la intensidad y especificidad de su dolor, será tratada con analgesia epidural con anestésicos locales durante 6-8 horas y posteriormente o no recibirá ningún analgésico o son tratadas con paracetamol.

En el tratamiento del dolor crónico, nosotros no empezamos por el primer escalón de la OMS sino que dependiendo del grado de dolor muchos pacientes se inician con tramadol más AINEs o incluso si el dolor es severo directamente con morfina. No consideramos adecuado ni ético tener a un paciente sufriendo durante días o incluso semanas mientras recorre los escalones hasta llegar al fármaco adecuado.

Esta esquema de tratamiento nos ha permitido tratar mas 10.000 pacientes de dolor agudo y 5.000 de dolor crónico (datos personales no publicados), con mejores puntuaciones de alivio del dolor que cuando lo hacíamos siguiendo el concepto de la Escalera Analgésica de la OMS.

Creemos que ha llegado el momento de la madurez en el tratamiento del dolor y de adaptar nuestros conceptos a las posibilidades que el presente nos brinda sustituyendo los resbaladizos escalones por la seguridad e inmediatez del ascensor.

L. M. Torres*, E. Calderón, A. Pernia**, J. Martínez-Vázquez**
y J. A. Micó*****

*Jefe Servicio Anestesia, Reanimación y Unidad del Dolor.

**Servicio Anestesia, Reanimación y Unidad del Dolor.

Hospital U. Puerta del Mar de Cádiz

***Depto. Neuropsicofarmacología. Facultad de Medicina.

Universidad de Cádiz

BIBLIOGRAFÍA

1. Ventafrida V. Strategies in the use of analgesic drugs for cancer pain. Abstracts of the joint meeting of the European chapters of the International Association for the Study of Pain. Abano Terme, 1983.