

¿Se sostiene la Escalera Analgésica de la OMS?

J. Romero¹, R. Gálvez², S. Ruiz³

Cuando fue “construida” la escalera analgésica por la Organización Mundial de la Salud (Ginebra 1984) y publicada su guía en 1986, el equipo de diseñadores (Comité de Expertos Internacionales), en su documento sobre Alivio del Dolor en el Cáncer intentaban introducir, sobre todo en los países más subdesarrollados, unas pautas de actuación encaminadas al control del cáncer. Oscilaban desde medidas eficaces de diagnóstico precoz, tratamientos curativos, medios efectivos de atención sanitaria y de personal entrenado. Una de las prioridades era el control del dolor oncológico, donde bastaba un número “limitado” de medicamentos para aliviar a los pacientes. Los fármacos principales estarían situados en tres peldaños consecutivos: 1º escalón, ácido Acetil Salicílico utilización en el dolor leve; 2º escalón, codeína, “opioide débil” en el dolor moderado; y 3º escalón, morfina “opioide potente”, en dolor severo; permitiendo asociar otros fármacos llamados coadyuvantes en cualquiera de los escalones. La utilización de los fármacos en esta escalera vendría determinada por la intensidad del dolor, siguiendo los peldaños en el tiempo de una forma progresiva y por tanto escalonada (1).

La escalera analgésica: estaba diseñada para el dolor oncológico, no tenía evidencia clínica alguna, se relacionaba principalmente con la intensidad del dolor y destacaba sobre todo, como una excelente herramienta educativa, donde sus resultados se apreciaron muy rápidamente (2).

En estos 21 años la escalera ha ido creciendo y se ha extendido a todos los países, desarrollados y subdesarrollados, sufriendo diferentes modificaciones: ha pretendido abarcar otros tipos de dolor, como el agudo, postoperatorio, irruptivo o el no oncológico. Incluso ha sufrido “obras”: se le ha incrementado un 4º escalón para el dolor intenso, tratándose con técnicas intervencionistas; se han diseñado rampas paralelas, incluso se le ha adjudicado una barandilla donde apoyarse y dar un soporte emocional y de comunicación, como ha sucedido en el marco de los cuidados paliativos. Todo esto junto con la aparición de múltiples, ya no “limitados”, fármacos analgésicos que presentan distintas formas de actuación y sobre todo, con un mayor conocimiento de los mecanismos etiopatológicos del dolor, una mayor formación en dolor, tanto de los especialistas dedicados al dolor (unidades del dolor, unidades de cuidados paliativos), como en el resto de profesionales sanitarios, y un abordaje más efectivo por parte de los médicos de Atención Primaria, (AP). Esto ha hecho, que la escalera, con el paso del tiempo,

sufra unas “fisuras” y tenga la necesidad de ser restaurada, modelada o modificada actualmente.

El alivio del dolor es un derecho adquirido por el paciente, su dolor lo indica el paciente y lo que nos demanda es una actuación eficaz y rápida, la eficacia la tenemos con los fármacos actuales y la rapidez puede que nos la retrase el seguir unos peldaños no muy justificados. Es por tanto el tiempo, el que marca la decisión terapéutica y si para aliviarlo rápidamente hay que suministrar fármacos más potentes, lo correcto son utilizarlos. Puede ser la hora de prescindir de escalones y de tipo de fármacos administrados secuencialmente en el tiempo: antiinflamatorios- opioides “débiles”- opioides “potentes”,... buscando el fármaco de potencia adecuada para aliviar un dolor determinado.

Las dos variables que marcaban la escalera analgésica eran la intensidad álgica y el tiempo escalonado. En esta aparición de nueva farmacología analgésica que ha ido sucediéndose en estos últimos años, se observa que en el primer escalón, los AINEs, no han tenido grandes cambios, salvo la introducción al mercado de los Coxibs. Deben ser usados con la mayor cautela: dosis eficaces y reducidas, durante el menor tiempo posible y en función de los factores de riesgo cardiovascular y gastrointestinal de cada paciente. En el segundo peldaño la codeína continúa, aunque en ocasiones limitadas por sus efectos secundarios, y la gran novedad, el tramadol, fármaco que bien manejado ha sido y es muy utilizado en el dolor moderado y que ha contribuido durante tiempo a “retrasar” el paso al tercer peldaño. Este tercero sí ha tenido una gran avalancha de nuevos fármacos de opioides “potentes” que se han puesto al lado y compitiendo con la morfina. Excelentes fármacos como buprenorfina, fentanilo, hidromorfona, oxicodona, metadona, meperidina, etc. y sobre todo el mecanismo de administración variable de estos fármacos: soluciones, comprimidos, cápsulas, ampollas, parches transdérmicos, transmucosa oral, PCA transdérmico electrónico (de nueva aparición), etc... así como las presentaciones en las que podemos administrar dosis mínimas, equianalgésicas, de forma graduada y exponencial, han determinado que estos fármacos “bajen” de forma natural hacia el segundo escalón, se instauren y alivien dolores moderados, con pequeñas dosis, o algias intensas a dosis más altas.

El tiempo que marcaba la escalera analgésica parece que se ha detenido a consecuencia de las nuevas y distintas presentaciones de fármacos analgésicos que brinda la industria farmacéutica. No hay evidencia clara en los trabajos publicados sobre la rapidez del alivio del dolor al usar la escalera en el dolor oncológico, pero con la bajada al 2º escalón de fármacos opioides “potentes”, se asegura la rápida instauración del alivio ante dolores que se manifiestan inicialmente con una intensidad alta, garantizando por tanto que el paciente no va a sufrir dolor mientras se va progresando en la escalera, según indican diferentes autores en sus trabajos (3,4). El manejo de estos mismos fármacos en el 2º escalón pueden contribuir a no variarlos, producir menos efectos adversos y dar una mayor satisfacción a los pacientes, (5). Este paso puede favorecer el trabajo de los especialistas en dolor o los paliativistas.

En el dolor de procedencia oncológica el segundo escalón puede estar anulado por el manejo rápido de los opioides potentes a dosis bajas, progresando a dosis

más altas según aumento del dolor. Los AINEs, junto al uso condicional de los coadyuvantes continuarían en un primer escalón fijados por la intensidad del dolor leve, y en ambos escalones cabe la posibilidad de utilizar estas técnicas más invasivas (bloqueos nerviosos, utilización de la vía intratecal...) en un intento de aliviar el 10 al 30% de pacientes que no pueden ser controlados según la escalera (6). Si bien queda patente que en el paciente paliativo avanzado la utilización de estas técnicas están restringidas.

Por otra parte, en el dolor agudo y dolor postoperatorio, conocida su etiología, la escalera no sirve, y aquí es la intensidad del dolor la que marca principalmente el tipo de fármaco, precisando un control inmediato y rápido, seguido de una evaluación continua que nos marca el regreso a fármacos de mayor a menor potencia analgésica, así como el cambio de vía de administración e incluso admite el abordaje con infiltraciones o bloqueos nerviosos. El concepto está perfectamente definido como “ascensor analgésico” (7).

En el dolor crónico no oncológico, la escalera puede seguir sirviendo con su segundo escalón y con el tramadol como fármaco estrella, el que retrase la utilización de opioides fuertes que podrán y deberán usarse si la intensidad del dolor aumenta o no es controlado (8), sobre todo en el marco de AP. La intensidad del dolor, así como su etiología y el conocimiento de los aspectos psicológicos y sociales del enfermo, son los pilares básicos en el abordaje del dolor crónico, por lo que la utilización de opioides potentes, debe estar correctamente indicada. Es primordial una evaluación continua del dolor hasta que esté controlado. Los médicos de AP deben conocer el manejo de los fármacos analgésicos y su rapidez en controlar el dolor crónico con los fármacos más adecuados, dentro del contexto global del paciente. El retraso en el alivio de dolor y la derivación a las unidades del dolor incide en que estos pacientes pasen a ser tratados con opioides potentes.

En el dolor de tipo neuropático tampoco es válida la aplicación de la clásica escalera analgésica de la OMS, donde los fármacos antiepilépticos y antidepresivos van a marcar las pautas, los AINEs no son válidos actúan como coadyuvantes (9).

Para finalizar, se podrían proponer las siguientes reflexiones:

- 1º. La escalera analgésica de la OMS no es válida para todos los tipos de dolor. Ha llegado el momento de saber diferenciar los tipos de dolor: nociceptivo y neuropático y adecuar el tipo de fármaco que actúe con más efectividad, por tanto independientemente del marcado por la escalera analgésica. En el dolor neuropático los fármacos estarían empleados en función de la etiología del dolor, pero estarían ligados a los antiepilépticos y antidepresivos, En el dolor agudo y dolor postoperatorio la utilización del fármaco vendría indicada por la intensidad del dolor, “ascensor analgésico”. Intensidad y etiología del dolor va a determinar el fármaco a utilizar.
- 2º. La escalera analgésica de la OMS, se mantiene válida para el dolor crónico, modificando o anulando el 2º escalón para el tratamiento del dolor de carácter oncológico y permitiendo en muchas ocasiones los tres escalones en el dolor crónico no oncológico, pero en cualquier caso, priorizando el

fármaco en función de la intensidad álgica y manejando los opioides fuertes si la intensidad del dolor así lo establece, sin paso previo por AINEs o los opiáceos débiles.

- ¹ MFyC adjunto.
Unidad del Dolor y Cuidados Paliativos.
- ² Anestesiólogo.
Coordinador Unidad del Dolor y Cuidados Paliativos.
- ³ Anestesiólogo adjunto.
Unidad del Dolor y Cuidados Paliativos.

Servicio de Anestesiología.
Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada.

CORRESPONDENCIA

J. Romero
jcotelo@mixmail.com
Financiación: Ninguna
Conflictos de interes: No declarados

BIBLIOGRAFÍA

1. World Health Organization. Cancer Pain Relief. Geneva, Switzerland: World Health Organization. 1986.
2. Ventafridda V, Tamburini M, Caraceni A, De Conno F, Naldi FA. Validation study of the WHO method for cancer pain relief. *Cancer* 1987; 59: 850-856.
3. Eisenberg E, Berkey CS, Carr DB, Reder R. Efficacy and safety of nonsteroidal antiinflammatory drugs for cancer pain: a meta-analysis. *J Clin Oncol*. 1994; 12: 2756-2765.
4. McNicol E, Stassels S, Goudas L. Nonsteroidal Anti-Inflammatory Drugs. Alone or combined with opioids, for cancer pain: a systematic review. *J Clin Oncol* 2004; 22: 1975-1992.
5. Marinangeli F, Ciccozzi A, Leonardis M, Aloisio L, Mazzei A, Paladini A, Porzio G. et al. Use of strong opioids in advanced cancer pain: A randomized trial. *J Pain Symptom Manage* 2004; 27: 409-416.
6. Pain. International Association for the Study of Pain®. Time to Modify the WHO Analgesic Ladder?. Volume XIII, No. 5 December 2005.
7. Torres LM, Calderón E, Pernia A, Martínez-Vázquez J, Micó, JA. De la escalera al ascensor. *Rev. Soc. Esp. Dolor* 9: (2002); 5 : 289-290.
8. Utilización de opioides en dolor crónico no oncológico. Guías clínicas de la SED. Sociedad Española del Dolor.
9. Gálvez R, Ruiz S, Romero J. Propuesta de nueva Escalera Analgésica para el dolor neuropático. *Rev Soc Esp Dolor* 13 (2006); 6: 377-380.