

Revista Mexicana de Anestesiología

Volumen
Volume **28**

Suplemento
Supplement **1**

2005

Artículo:

Dolor agudo en el paciente con cáncer

Derechos reservados, Copyright © 2005:
Colegio Mexicano de Anestesiología, AC

Otras secciones de
este sitio:

- ☞ Índice de este número
- ☞ Más revistas
- ☞ Búsqueda

*Others sections in
this web site:*

- ☞ *Contents of this number*
- ☞ *More journals*
- ☞ *Search*



Medigraphic.com

Dolor agudo en el paciente con cáncer

Dr. David Reyes-Chiquete*

* Médico Adscrito Unidad de Medicina y Cuidados Paliativos,
Instituto Nacional de Cancerología.

El cáncer es sin duda uno de los principales problemas de salud que afecta tanto a las poblaciones con mayor desarrollo económico y humano, como a las que presentan rezagos. El avance tecnológico y la modernización hicieron posible el desarrollo industrial y la urbanización a nivel mundial, con lo que México registró el siglo pasado cambios sustanciales en su estructura y dinámica poblacional que lo han llevado a una transición demográfica y epidemiológica. Entre los cambios más importantes destacan la reducción progresiva y continua de la mortalidad, particularmente de la infantil, el abatimiento de la fecundidad y el incremento de la esperanza de vida al nacimiento. Así, la pirámide de población se ha modificado presentando un estrechamiento relativo en su base y un mayor crecimiento de los grupos de adolescentes y de mujeres en la etapa post-reproductiva. Es innegable la transferencia epidemiológica de las enfermedades infecto-contagiosas a una alta y progresiva incidencia de patologías crónico-degenerativas, como el cáncer, que ocupa el segundo lugar como causa de mortalidad general en nuestro país, acompañado frecuentemente de dolor.

El cáncer se caracteriza por su progresión espontánea, lo que causa varios síntomas, entre ellos el dolor. Así, en el área oncológica, se han hecho importantes esfuerzos en la investigación de oncogénesis y de proliferación tumoral. Asimismo, se ha avanzado en el estudio y alivio del dolor de origen oncológico. Se estima que el 30% de los pacientes con cáncer se diagnostican en etapa temprana y el 70% en etapa tardía. De los pacientes con cáncer, el 58% presenta dolor, y de éstos, el 33% refiere un solo tipo de dolor, otro 33% dos tipos de dolor y el restante 33% presenta tres o más tipos de dolor.

Es fundamental conocer las características del dolor como tipo, localización, intensidad, periodicidad, proceso evolutivo en el tiempo, así como la situación ante la función en la que se encuentra el paciente, para así seleccionar el fármaco, dosis, intervalos y vía de administración adecuados, para

conseguir buenos resultados terapéuticos con mínimos efectos secundarios.

El paciente con cáncer puede presentar dolor debido a infiltración, compresión, distensión, metástasis o necrosis por el tumor, o bien, por el tratamiento de tipo quirúrgico, radioterapia o quimioterapia, otra causa puede ser relacionada al proceso de diagnóstico como toma de biopsia, o a no relacionada con la patología neoplásica como sería el caso de la artritis. Aproximadamente el 10% de los pacientes con dolor crónico por cáncer presentan dolor agudizado en forma espontánea ocasionado al avance de la enfermedad con afectación directa al tejido sano adyacente al tumor o a distancia por medio de metástasis, principalmente óseas.

Existen múltiples eventos que debemos tomar en cuenta en el paciente con cáncer y que presenta dolor agudo, pero en esta ocasión nos ocuparemos principalmente en el dolor definido como irruptivo y el dolor quirúrgico en el paciente que toma opiáceos en forma crónica.

El dolor de tipo irruptivo se define como una exacerbación transitoria del dolor que aparece sobre la base de un dolor persistente estable, o bien, es un dolor agudizado dentro de un dolor crónico. Caracterizado por una alta intensidad, rápida instalación y corta duración. El dolor irruptivo puede clasificarse de acuerdo a su etiología en 3 tipos: a) El incidental en el que existe una causa desencadenante determinada como cambios de posición, esfuerzo, tos. b) Espontáneo en donde no encontramos la causa desencadenante o por la progresión propia de la enfermedad. c) Por falla de cobertura final de la dosis, en donde es deficiente el intervalo de la administración de medicamentos.

Conseguir el efecto analgésico en ocasiones nos lleva a la sobredosis con la consecuente aparición de efectos secundarios, tradicionalmente se han aplicado las “dosis de rescate”, que consiste en añadir por lo general el 10% de la dosis total diaria del opioide agonista puro de base por vía

oral, subcutánea o intravenosa cuantas veces sean necesarias hasta conseguir el control del dolor, debido a que no hay dosis techo o máxima con este tipo de medicamentos, pero puede ser elevada, apareciendo efectos adversos.

Ante tal problemática, ha sido necesario encontrar medicamentos con rápida acción, corta duración, por vía cómoda e incruenta y con metabolitos inactivos, como es el citrato de fentanyl transmucoso oral o nasal, ya que por sus características farmacológicas se considera un medicamento potente, lipofílico, con una biodisponibilidad del 50%, pK 8.4 que al administrarlo por la mucosa oral con una temperatura uniforme, de superficie extensa y permeabilidad alta, muy vascularizada, libre de la vía hepática, rápido inicio y no invasiva es propia para el manejo de este tipo de pacientes.

El control del dolor agudo quirúrgico en pacientes con consumo crónico de opioides es un reto para todo médico relacionado con este proceso, no existen reportes relacionados a la prevalencia del consumo en pacientes sometidos a cirugía, pero es bien conocido que se prescriben después de la aplicación de AINES, del 20 al 30% de los pacientes experimentan dolor postoperatorio de moderado a severo debido al inadecuado manejo del mismo, con lo que las complicaciones pulmonares y cardiovasculares se incrementan, aumentando el retraso del alta y se prolonga la convalecencia, incrementándose los riesgos de presentar dolor crónico por lo que se debe tratar en forma agresiva y multimodal. Existen estudios en donde se reporta que se incrementó 3

veces más el requerimiento de opioides en este tipo de pacientes, ya que existen posibles mecanismos que inducen hiperalgesia secundaria a la administración de opioides como es el incremento de neurotransmisores a nivel central con aumento de la sensibilidad espinal a neurotransmisores nociceptivos, así como activación de receptores NMDA, de la proteína cinasa C y citokinas.

Por lo anterior, es necesario instituir una guía de manejo multimodal perioperatorio, con un manejo óptimo de opioides, combinada con una técnica regional de apoyo y administración de AINES o COX2 y otros medicamentos adyuvantes, siempre con el monitoreo de la función ventilatoria, oximetría y sedación.

Es necesario realizar investigación epidemiológica y clínica para encontrar y/o actualizar tratamientos farmacológicos e intervencionistas idóneos para manejo del dolor en pacientes con enfermedad oncológica y proyectar la atención médica a un futuro próximo. Insistir para que reconozca y registre el “Quinto Signo Vital” en todo documento médico relacionado con el ingreso y evolución de los pacientes, fundamentalmente en el que presenta patología neoplásica y/o quirúrgica. El requerimiento de opioides perioperatorios puede aumentar, por lo que es necesario identificar a los consumidores crónicos de este tipo de fármaco para un manejo óptimo multimodal y con colaboración del paciente retornar a la dosis del período preoperatorio e inclusiva disminuirla.

REFERENCIAS

1. Programa de acción “Cáncer de mama”, Secretaría de Salud, México. 2002.
2. Programa de acción “Cáncer cervicouterino”, Secretaría de Salud, México. 2002.
3. Registro Histopatológico de Neoplasias Malignas: Compendio de mortalidad y morbilidad. Dirección General de Epidemiología. Secretaría de Salud. México. 2001.
4. Caraceni A, Martini C, Zecca E. Breakthrough pain characteristics and syndromes in patients with cancer pain: An international survey. *Palliative Medicine* 2004;18:177-183.
5. Ian R, Angst M, Clark D. Management of perioperative pain in patients chronically consuming opioids. *Regional Anesthesia and Pain Medicine* 2004;29(6):576-591.

