

MEDICINA PALIATIVA**MANEJO DEL DOLOR POR CÁNCER**

Daniela Moya Vargas*

SUMMARY

Cancer is one of the main causes of death in Costa Rica, it's vital to provide a multi-disciplinary treatment to the patients, and enfatize in the control of pain, while giving treatment even to those patients in terminal stages.

INTRODUCCIÓN

En muchos casos médicos de pacientes con dolor se brinda un mal manejo del mismo debido a miedos y creencias erróneas por parte de familiares y el mismo paciente sobre el uso de medicamentos y sus efectos adversos. Lo que desconocen

es que se puede obtener mayor beneficio del uso de medicamentos como lo son opéoides y no descartar la posibilidad de uso debido al miedo de una posible dependencia física de su uso. Se brindará información sobre como caracterizar el dolor y clasificarlo adecuadamente, y así conocer cuál sería su posible manejo medicamentoso basado en la escala brindada por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Siempre se ha sabido que los especialistas en el tema del manejo del dolor es por parte de paliativistas pero también es vital que médicos generales conozcan

un poco sobre el manejo no solo del dolor por cáncer sino también de otras causas de dolor que deberían de ser manejados por ellos y en casos de no lograr un control ser remitidos a especialistas del tema. Todo esto buscando una mejor calidad de vida del paciente con dolor. Otro punto importante es conocer que no solo existe manejo del dolor por medicamentos si no también con otras técnicas no medicamentosas y hasta intervencionista. Teniendo presente que el manejo por parte de medicamentos es la primera en ser utilizada y la más común.

* Médico General en área de Salud Barranca Puntarenas, Costa Rica.

DESARROLLO

Para comprender como manejar el dolor es vital conocer las diferentes causas del dolor oncológico. Las cuales son: A) Causado por el propio tumor (como lo es el caso de la compresión por la masa o por compresión de algún nervio). B) Causado por el tratamiento brindado para manejar el cáncer (ya sea por la cirugía, quimioterapia o radiación del cáncer). C) Comorbilidades asociadas al cáncer o los pre existentes al diagnóstico de malignidad. Una vez conocidas las principales causas del dolor oncológico hay que conocer los tipos de dolor los cuales son: 1) Dolor somático que es producido por lesión de piel, pleura, peritoneo, músculo, periostio o hueso, se describe como sordo, mordiente y continuo y localizado en el lugar lesionado escasamente irradiado o referido. 2) Dolor visceral que es producto de lesión de víscera hueca o no, se describe como dolor constante, puede ser cólico, mal localizado e irradiado. 3) Dolor neuropático que se explica como una lesión inicial se encuentra en el sistema nervioso, el dolor puede y suele ser desproporcionado al daño inicial, es descrito por el paciente como un dolor de características diferentes, como urente, continuo o paroxístico, en forma de descarga eléctrica

o lancinante. No dejar de lado que pacientes con cáncer tienden a sufrir de trastornos de ansiedad, discomfort, insomnio, depresión y estas mismas son causas importantes de disminución de la tolerancia al dolor, por ende va a ser personas sensibles al dolor. La caracterización del dolor oncológico: Localización, intensidad, ritmo, cualidad, factores agravantes, factores atenuantes, etiología, medicación previa, parte psicológica. Al referir intensidad, existe una escala del dolor que va del 0 al 10, el ritmo se relaciona con el patrón del dolor si es intermitente o persistente, la cualidad trata de explicar el dolor si es superficial o profundo, quemante, peso, punzada, latente. Existe ciertas barreras que se debe dejar de lado para dar un tratamiento eficaz para el dolor; las barreras más comunes son toma de analgesia opioide ya que familiares les preocupa una dependencia física al medicamento, el fatalismo sobre el dolor, creencias religiosas, temor a los efectos adversos de la medicación y desconocimiento sobre el uso de medicamentos. Según la OMS el manejo del dolor tiene que ser por vía oral, con un horario establecido, escalonado. *Escalon 1*: Dolor leve, intensidad de 1 a 3. Manejado con AINES (anti inflamatorios no esteroideos). *Escalon 2*: Dolor moderado, intensidad de 4 a 6.

Manejado con AINES + Opioide leve. *Escalon 3*: Dolor severo, intensidad 7 al 10. Manejado con AINES + Opioide potente

USO DE OPIOIDES LEVES

Tramadol

- Dosis inicial: 37.5-50 mg cada 6-8 horas.
- Dosis máxima: 400 mg diarios repartidos cada 6-8 horas.
- Vía: Oral, rectal, subcutánea, intramuscular o intravenosa.
- Es especialmente útil en dolor neuropático.
- Precaución en el paciente añoso o polimedicado. Precaución en la asociación con antidepresivos serotoninérgicos.

Codeína

- Dosis inicial: 30 mg cada 4-6 horas.
- Dosis máxima: 60 mg/4horas.
- Vía: oral o rectal.
- Precaución: insuficiencia hepática e insuficiencia renal.

USO DE OPIOIDES POTENTES

Morfina vía oral

- Siempre que sea posible, se utilizará por vía oral
- Morfina de acción rápida: se administra cada cuatro horas.
- Morfina de liberación retardada: cada doce horas.

- Se empieza por Morfina oral rápida ya que las dosis analgésicas se pueden ajustar con mayor rapidez

Fentanilo transdérmico

- El efecto analgésico comienza a las 12-14 horas. Al retirarlos e interrumpir su uso, la analgesia continúa durante 16 a 24 horas.
- Especialmente útil en: Pacientes con dificultad o imposibilidad para utilizar la vía oral, intolerancia a los efectos secundarios de otros opioides potentes, cuadro clínico compatible con obstrucción intestinal parcial, con insuficiencia renal.

Oxicodona

Utilizar oxicodona oral rápida para ajustar con mayor rapidez. Útil en dolores severos

EFFECTOS ADVERSOS DE OPIOIDES

1. Estreñimiento. Realizar profilaxis y tratamiento energético si se presenta.
2. Náuseas y vómitos. Evaluar una causa orgánica. Se tratan con metoclopramida. En las fases terminales es muy útil el haloperidol.
3. Sedación y alteración de las funciones cognitivas: Evaluar causas orgánicas. Tratamiento: psicoestimulantes o

neurolépticos

4. Prurito. Tratarlo con antihistamínicos.
5. Mioclonias. Pueden revertir con clonazepán (0,5-2 mg cada 8 horas) e hidratación adecuada.
6. Retención urinaria. Puede precisar sondaje.

USO DE LOS AINES

Evidencia recalca en el uso de aquellos que son COX 2, siempre respetar la dosis máxima de dicho fármaco. El COX 2 más empleado es el Celecoxib.

USO DE ANTIDEPRESIVOS

Su principal función es para el manejo del dolor neuropático. Se han utilizado con eficacia la amitriptilina y otros tricíclicos.

USO DE ESTEROIDES

Útiles en el manejo del dolor por cáncer asociados a incremento de la presión intracraneal, distensión visceral, compresión medular, dolor óseo, obstrucción intestinal.

USO DE BIFOSFONATOS

Útiles para el manejo del dolor por metástasis óseas curables. Pero aquellas metástasis óseas no tratables se utilizan la pregabalina

asociada a opioide.

MEDIDAS INTERVENCIONISTAS

Son empleadas en aquellos casos de dolor severo que no responde a tratamiento farmacológico y podemos emplear la neuroestimulación que consiste en la aplicación de medicamentos a través de la médula espinal como lo es el caso de opioides y analgésicos locales, la estimulación eléctrica medular, bloqueos nerviosos.

CONCLUSIONES

Existen múltiples medidas para manejar el dolor causado por cáncer, las cuales se extienden desde medicación farmacológica, terapias psicológicas y medidas quirúrgicas como opciones para cada paciente, ya que siempre tiene que ser evaluado de manera individual y saber a qué tipo de dolor se enfrenta y por ende brindar la mejor opción terapéutica.

Lograr eliminar el miedo tanto de pacientes, familiares y médicos de brindar un manejo ideal, transmitiendo la información adecuada sobre efectos adversos medicamentosos y como hacerle frente a estos para dar un confort al paciente oncológico.

RESUMEN

Siendo el cáncer una de las principales causas de mortalidad en Costa Rica es vital darle un manejo multidisciplinario a dichos pacientes y enfatizando en el control del dolor mientras se brinda un tratamiento hasta los casos en fases terminales.

BIBLIOGRAFÍA

1. Argoff, Charles E.; McCleane, Gary; Secretos del tratamiento del dolor, 3ra edición, Elsevier Mosby, 2011, Sección VII, Capítulo 34
2. Arguedas Quesada, Jose A. Actualización en farmacoterapia - Tramadol. www.ampmd.com 2002 Setiembre; Numero 9: 1-5
3. Arguedas Quesada, Jose A. Actualización en farmacoterapia - Analgesicos opioides. www.ampmd.com 2002 Noviembre; 42-45
4. Basters, Susan M.; Katzung, Bertram G, Trevor, Arthur J; Katzung & Trevor's Pharmacology; 10ma Edición, McGraw- Hill Profesional, Sección V, Capítulo 31
5. Blumenthal, Keith; Brunton, Laurence; Buxton Lain; Goodman & Gilman's Manual of Pharmacology and Therapeutics, 11va Edición, McGraw- Hill Profesional, 2008, Sección III, Capítulo 21, pag. 351 a 371.
6. Dove, Beth; Webster Lynn; Avoiding opioid Abuse While Managing Pain, 3rd Edition, Sunrise River Press, 2011, Chapters I- VIII
7. Harris, Carson; Manual de toxicología para médicos, 1ra edición, Elsevier Masson, 2009, Capítulo 9
8. Nueva guía sobre cuidados paliativos sobre personas que viven con cáncer; <http://www.who.int/mediacentre/news/notes/2007/np31/es/>; 15 octubre 2007; Accesada 13 diciembre 2014
9. Parikh, Ravi B; Kirch, Rebecca A; Smith, Thomas J; Temel, Jennifer S; Early Specialty Palliative Care - Translating Data in Oncology into Practice. The new england journal of medicine 2013 December; 369 (24): 2347-2351
10. Pernia, Antonio; Torres, Luis Miguel. Manejo del Cancer en atención primaria. Tratamiento del dolor oncológico intenso. SOUPAL. Pag. 179-200.