

Manejo perioperatorio del dolor en el paciente oncológico

Dra. Hortensia Ayón-Villanueva*

* Anestesióloga-algóloga, UMAE Hospital de Oncología, Centro Médico Nacional Siglo XXI.
Primer Secretario propietario, Colegio Mexicano de Anestesiología, A.C.

PREVALENCIA

El dolor por cáncer en la actualidad es una entidad conocida pero limitada en registros. No existen reportes concluyentes acerca del número de sujetos que sufren de dolor por esta enfermedad. Aunque la Organización Mundial de la Salud (OMS) considera al dolor severo secundario por cáncer como un problema de salud mundial, no existen políticas claras de salud que aborden este problema y menos aún programas específicos de atención a los pacientes que lo padecen. Según la OMS, del 30 al 50% de los pacientes con cáncer experimentan dolor debido en primer lugar a la falta de disponibilidad de analgésicos opioides o a su mala administración⁽¹⁾.

De acuerdo con datos derivados de investigaciones en varios centros hospitalarios de países desarrollados, el dolor es la causa más importante de hospitalización, y la prevalencia de este síntoma en pacientes con cáncer varía del 47 al 54%^(2,3). Por otro lado, el cáncer es una de las principales causas de muerte en nuestro país, contribuyendo a 12.7% de mortalidad general (11.3% en hombres y 14.5% en mujeres)⁽⁵⁾. En el 2002 Reyes estudió 952 pacientes oncológicos hospitalizados, encontrando que el 37.2% presentaban dolor postoperatorio⁽⁴⁾.

DEFINICIÓN

El dolor agudo perioperatorio se define como el dolor que está presente en un paciente quirúrgico debido a enfermedad preexistente, al procedimiento quirúrgico (asociado a drenajes, tubos torácicos o nasogástrico, o complicaciones) o a la combinación de ambos^(5,8).

Se han llevado a cabo consensos con el objetivo de facilitar que el dolor agudo perioperatorio (DAPO) sea tratado

de manera eficaz y seguro y con el menor riesgo de efectos adversos, asociados a la terapéutica empleada. El dolor que se presenta en el postoperatorio es predecible en un gran número de pacientes, por lo que su manejo puede ser programado, para esto es muy importante realizar dentro de la valoración preanestésica un interrogatorio dirigido a los episodios dolorosos previos del paciente. Dentro de los lineamientos, es opinión de los grupos de trabajo que la indicación «por razón necesaria» (PRN) se evite⁽⁶⁾.

ENTRENAMIENTO AL BINOMIO (PACIENTE-FAMILIA)

El entrenamiento del paciente con dolor y de sus familiares debe formar parte de la valoración preanestésica, el médico deberá proporcionar la información necesaria acerca del derecho a recibir una analgesia eficaz y segura. Deberá incluir el empleo correcto de las escalas de medición del dolor, las opciones del esquema analgésico y dejar claro al binomio que la participación activa es de gran ayuda para el éxito del manejo del dolor⁽⁶⁾.

En el DAPO se recomienda que la evaluación y la propuesta terapéutica incluyan factores como tipo de cirugía, condiciones médicas subyacentes, rango del riesgo-beneficio de las opciones terapéuticas existentes y las referencias del paciente respecto a sus experiencias dolorosas previas. Así mismo, realizar ajustes o continuar con analgésicos previamente prescritos a fin de prevenir la ocurrencia del síndrome de abstinencia, continuar o iniciar el tratamiento del dolor preexistente, e iniciar desde el preoperatorio el manejo del dolor postoperatorio. En el paciente oncológico se sugiere que la evaluación incluya valoración psicosocial y psiquiátrica si así lo requiere⁽⁶⁻⁹⁾.

Este artículo puede ser consultado en versión completa en <http://www.medigraphic.com/rma>

RECOMENDACIONES GENERALES PARA EL TRATAMIENTO DEL DOLOR PERIOPERATORIO

Escalera analgésica de la OMS (nivel de evidencia III-nivel B-suficiente-clase B).

Con la finalidad de proporcionar una estrategia que permita el empleo de analgésicos que favorezcan un manejo farmacológico racional del dolor, la OMS en 1986 publicó la «escalera analgésica» de tres escalones. Cada uno propone el empleo secuencial de medicamentos con base en la intensidad del dolor, iniciando con analgésicos no opioides para el dolor leve y con opioides para el moderado a severo⁽⁹⁾.

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO (NIVEL DE EVIDENCIA IV)

Pese a que no se cuenta con evidencia suficiente, de acuerdo con la opinión de los expertos, la terapia farmacológica debe ser individualizada de acuerdo con la intensidad del dolor. Tomando en cuenta la EVA y la EVERA, se proponen las siguientes alternativas:

- Dolor leve (EVA 1 a 4): puede ser tratado satisfactoriamente con analgésicos no opioides del tipo de los antiinflamatorios no esteroideos (AINEs).
- Dolor moderado (EVA 5 a 7): puede ser tratado con analgésicos opioides con efecto techo (tramadol, buprenorfina, nalbuphina), ya sea en bolo o en infusión continua; así mismo, puede utilizarse la combinación de estos analgésicos con AINEs o, de ser necesario, el empleo concomitante de fármacos adyuvantes.
- Dolor severo (EVA 8 a 10): el dolor intenso puede ser manejado con opioides potentes (morfina y citrato de fentanilo), ya sea en infusión continua, con técnicas de analgesia controlada por el paciente o técnicas de anestesia regional. De igual forma, de ser necesario pueden utilizarse en combinación con AINEs o fármacos adyuvantes⁽⁹⁾.

ANALGÉSICOS NO OPIOIDES

Los AINEs son un grupo muy amplio de fármacos que comparten un mismo mecanismo de acción que es bloquear la ciclooxigenasa (COX). Estos fármacos son el primer escalón de la escalera analgésica de la OMS en el tratamiento del dolor de leve a moderado y como fármacos adyuvantes a los opioides en el dolor moderado a severo, esta asociación aumenta la eficacia analgésica de ambos y permite un efecto ahorrador de opioides del 20 al 35%. Es importante recordar que este grupo de fármacos tiene efecto techo. Su indicación es en el dolor postoperatorio de cirugía menor, ambulatoria, en dolor moderado a severo asociados con opioides. Útiles en dolor de origen musculoesquelético, inflamatorio visceral,

necrótico, cólico. Algunos presentan un efecto antiespasmódico que los hace unos adyuvantes adecuados en el dolor visceral secundario a gastrectomías, hemicolectomías, entre otras cirugías abdominales y pélvicas⁽⁷⁻⁹⁾.

ANALGÉSICOS OPIOIDES

La morfina es el prototipo de analgésico opioide y la unidad para la potencia analgésica de los demás opioides, su dosificación intravenosa va de 0.01 a 0.2 mg/kg.

El tramadol es un analgésico con un doble mecanismo de acción, por un lado estimula el receptor opioide μ y por otro disminuye la recaptura de serotonina y noradrenalina, no presenta el peligro de depresión respiratoria de otros opioides ni el aumento de la presión del esfínter de Oddi, se utiliza a una dosis de 1 – 1.5 mg/kg y su dosis máxima es de 600 mg/día. Tiene una potencia relativa con morfina de 1/10.

Buprenorfina es un agonista parcial μ , se utiliza de 0.3 mg cada 6 horas iv o 0.4-0.8 mg sublingual, presenta efecto techo a partir de 1.2 mg/día. Potencia relativa con morfina 30-40 veces.

Fentanyl tiene una alta afinidad por el receptor μ con un inicio de acción a los 1.5 minutos, sus efectos comienzan a disminuir a los 5 minutos de aplicado y desaparece a los 60 minutos totalmente, por lo que requiere administrarse en forma continua, se utiliza en dosis de 25-50 μ g/h. En forma transdérmica se debe aplicar un parche de 2.5-5 mg por lo menos 12 horas antes de la cirugía y utilizarlo por 72 horas, esto con una respuesta adecuada⁽⁷⁻⁹⁾.

FÁRMACOS ADYUVANTES

Gabapentina y pregabalina: Aunque sus efectos en dolor postoperatorio aún no han sido bien evaluados, los estudios reportados actualmente demuestran que utilizando 1,200 mg de gabapentina o 300 mg de pregabalina vía oral una hora antes de la cirugía presentan un efecto antihiperálgico, disminuyendo la sensibilización central presente en el dolor agudo, disminuyen la alodinia secundaria a inflamación aguda y reducen las zonas de hiperálgia secundaria, con lo que se reduce el dolor postoperatorio, demostrado en una reducción en el consumo de morfina principalmente en cirugía oncológica como mastectomía radical, toracotomía, amputaciones y en aquellas que conlleven lesión de nervios periféricos.

Agonistas α_2 adrenérgicos: Tanto la clonidina como la dexmedetomidina se han administrado por diferentes vías para control del dolor postoperatorio de mantenimiento simpático y el causado por lesión de nervios periféricos.

Ketamina: Utilizándose en dosis subanestésicas presenta una eficacia analgésica debida a la inhibición del receptor NMDA y que disminuye la actividad cerebral de la zona que responde al estímulo doloroso previniendo el dolor crónico

o patológico, por otra parte disminuye el consumo y tolerancia a opioides, y la intensidad del dolor postoperatorio. La dosificación en procedimientos muy dolorosos es de una dosis preincisional de 0.5 mg/kg iv y una infusión continua de 500 µg/kg/h suspendiéndola 60 minutos antes del término de la cirugía.

Dextrometorfán: Es un antagonista no competitivo del receptor NMDA, reduce el desarrollo de tolerancia a los opioides con un consiguiente consumo menor de morfina (hasta 30%), disminuye la taquifilaxia de los anestésicos locales, se administra en dosis de 150 mg vo una hora antes de la cirugía⁽⁶⁻⁸⁾.

TÉCNICAS REGIONALES (NIVEL DE EVIDENCIA II-NIVEL B-SUFICIENTE-CLASE C)

Diversas técnicas de anestesia regional otorgan un adecuado control del dolor postoperatorio moderado o severo. Dependiendo de las características de cada paciente se recomiendan técnicas neuroaxiales (epidural y subaracnoidea), bloqueos de plexos y anestesia locorregional. Este tipo de técnicas se puede utilizar en dosis única o mediante catéteres con técnicas de infusión continua.

Los principales medicamentos recomendados por los expertos reunidos para este Consenso para estas vías son fentanilo, morfina, lidocaína y bupivacaína⁽⁹⁾.

La analgesia regional es con frecuencia una continuación de la técnica anestésica utilizada en el transoperatorio o como analgesia preventiva regional. Las más recomendadas son:

Infiltraciones con anestésico local en incisiones subcostales, laparotomías supra e infraumbilicales, toracotomías, drenajes bilaterales.

Bloqueo del plexo braquial abordaje axilar para amputaciones de antebrazo y mano en resección tumoral de extremidades superiores; abordaje interescaénico para analgesia del hombro y linfedema en mastectomía, postamputación o desarticulación.

Bloqueo interpleural, mastectomía unilateral, toracotomías, nefrectomías, esplenectomías, fracturas costales múltiples y unilaterales debidas a metástasis óseas. Contraindicado en derrame pleural metastásico.

Bloqueo paravertebral torácico, cirugía unilateral torácica, fracturas costales metastásicas, lumbotomías, mastectomías mejoran la expectoración y respiración profunda postoperatoria.

Bloqueo intercostal, fracturas costales unilaterales, cirugía torácica y abdomen superior.

Bloqueos periféricos de la extremidad inferior: Inguinal femoral con ciático por vía anterior para obtener analgesia de todo el miembro pélvico, en fracturas de la diáfisis o cuello femoral por metástasis óseas, tumores en rodilla, dolor postamputación.

Analgesia epidural, dolor postoperatorio en cirugía torácica, abdomen, caderas, rodillas, inguinales y amputación de extremidades.

Analgesia subaracnoidea, preferible en adultos mayores por baja incidencia de cefalea postpunción dural, con anestésicos locales y opioides. Útil en analgesia espinal continua postoperatoria^(8,9).

RECOMENDACIONES EN EL MANEJO DEL DOLOR PERIOPERATORIO DE LOS PACIENTES EN TRATAMIENTO CRÓNICO DE OPIOIDES

El anestesiólogo está en la situación de enfrentarse con el difícil manejo del dolor agudo perioperatorio en estos pacientes debido a que pueden experimentar un mayor dolor postoperatorio junto con un incremento de los requerimientos de fármacos opioides. Por tanto, debemos adquirir los conocimientos y las habilidades necesarias para proporcionar una analgesia efectiva a este grupo de pacientes^(6,7,9).

MANEJO PERIOPERATORIO

Existen muy pocos estudios científicos rigurosos que aproximen de manera práctica el manejo del paciente consumidor habitual de opioides en el período perioperatorio, limitándose a artículos con casos clínicos, estudios retrospectivos o revisiones que reflejan principalmente la experiencia previa de los autores^(7,9).

PERÍODO PREOPERATORIO

El adecuado manejo perioperatorio debe comenzar con el diseño de un plan analgésico global desde la consulta preanestésica, con el fin de disminuir la ansiedad y aumentar la confianza de estos pacientes, transmitiéndoles que su terapia crónica opioide no será un impedimento para la obtención de un adecuado confort analgésico. La primera recomendación es la administración de su medicación habitual la misma mañana de la intervención quirúrgica, se vaya a someter tanto a una anestesia local como regional o general. Debe ser instruido de cómo ingerir su opioide por vía oral (morfina, oxicodona, metadona), así como mantener la colocación del parche transdérmico (fentanilo, buprenorfina), durante todo el proceso quirúrgico. Estos sistemas de liberación prolongada mantendrán al menos durante 12 h el efecto analgésico durante el intraoperatorio; en caso de no ser posible su mantenimiento, deberán sustituirse por una dosis equivalente iv⁽⁹⁾.

Todos los sistemas implantados de infusión continua de opioides epidurales o intratecales se mantendrán durante el período perioperatorio; la excepción a esta regla es la administración intratecal del relajante muscular antiespasmódico baclofeno, y es prudente su reducción o suspensión debido

a la potenciación del bloqueo neuromuscular y sus efectos centrales, como hipotensión y sedación excesiva. En los tratados habitualmente con el agonista parcial buprenorfina, también se mantendrá su dosis habitual por vía transdérmica o se administrará su dosis diaria total, por vía sublingual, dividida en tomas cada 6-8 h. Si se interrumpe su tratamiento, es necesario complementar una dosis equivalente de morfina o metadona oral preoperatoria, vigilando la posibilidad de depresión respiratoria, debido a la gran afinidad y la lenta disociación del receptor μ de este opioide. Asimismo, en este tipo de pacientes se recomienda la administración de fármacos analgésicos no opioides, como son el paracetamol (4 g/día) y los AINEs no selectivos o preferiblemente selectivos de ciclooxigenasa 2, como el celecoxib, debido a su nula acción antiagregante plaquetaria) desde el día de la intervención, y fármacos neuromoduladores, como la gabapentina o la pregabalina, para disminuir el consumo de opioides en el postoperatorio^(7,9).

PERÍODO INTRAOPERATORIO

En estos pacientes se recomienda un manejo multimodal para evitar dosis elevadas de remifentanilo o fentanilo, pueden producir un fenómeno de rápida tolerancia e hiperalgesia postoperatoria, junto con un aumento del consumo de analgésicos postoperatorios^(7,9).

PERÍODO POSTOPERATORIO

Debemos recordar que el hecho de administrar opioides en un paciente habituado a su consumo no está exento de riesgos de sobredosificación y sedación, por lo que es indispensable una correcta monitorización, así como una valoración periódica, para obtener una adecuada pauta analgésica. Como en el resto de la población general, la recomendación en este subgrupo

de pacientes, al carecer de estudios específicos, es el abordaje multimodal para el manejo del dolor postoperatorio, que debe incluir una técnica regional continua, en sus múltiples variantes (preincisional, bloqueo nervioso periférico o central) junto con la asociación de antiinflamatorios de acción periférica, analgésicos no opioides de acción central y una titulación adecuada de fármacos opioides, según el grado de evidencia clínica referida a cada proceso. Un reciente metaanálisis ha demostrado la ventaja de la analgesia peridural periférica continua frente a los opioides parenterales en términos de una mejor analgesia postoperatoria, con menores efectos secundarios^(7,9).

CONCLUSIONES

El control del DAPO se puede considerar como uno de los derechos de los pacientes. Aquéllos en tratamiento habitual con opioides están predispuestos a presentarlo con una mayor intensidad debido a la complejidad de su manejo global en el período perioperatorio y al estigma sanitario que en ocasiones conlleva su tratamiento. Debemos utilizar un abordaje multimodal del tratamiento del dolor que implique la asociación de antiinflamatorios, analgésicos opioides y no opioides, junto con la utilización de técnicas regionales continuas. La elección del tipo de combinación farmacológica, la dosis adecuada y la duración del tratamiento deberán evaluarse de manera individual para optimizar su eficacia y minimizar los efectos adversos.

Los anestesiólogos debemos ser la piedra angular sobre la que se base el abordaje multidisciplinario y los encargados de instruir al resto del personal sanitario para que se cumpla la pauta analgésica prevista, así como el protocolo de vigilancia necesario para el correcto manejo de estos pacientes que siempre suponen un reto en nuestra práctica clínica asistencial.

REFERENCIAS

1. Plancarte SR, Torres MLM, et al. Epidemiología del dolor por cáncer. En: Medicina perioperatoria en el paciente con cáncer. Manual Moderno 2006;397-405.
2. Zyllicz Z. The Netherlands status of cancer and palliative care. J Pain Sym Man 1996;12:136-138.
3. Moris JN, More V, Gilberg RJ. The effect of treatment setting and patient characteristics on pain in terminal cancer patient: a report from the national hospice study. J Chron Dis 1986;39:27-35.
4. Reyes D, Plancarte R, Mayer J, et al. Prevalencia del dolor en pacientes hospitalizados en un Centro Médico Nacional de atención oncológica. Poster presentado en la XIX Reunión Nacional Médica del Instituto Nacional de Cancerología de México. 2002 Febrero 19-23.
5. American Society of Anesthesiologists. Practice Guidelines for Acute Pain Management in the Perioperative Setting. An Updated Report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Acute Pain Management. Anesthesiology 2004;100:1573-81.
6. Guevara LU, Covarrubias GA, Hernández A. Desarrollo de los parámetros de práctica para el manejo del dolor agudo. Rev Mex Anest 2004;27:200-204.
7. Mugabure BB, González SS, Tranque BI, et al. Manejo del dolor perioperatorio de los pacientes en tratamiento crónico de opioides. Rev Soc Esp Dolor 2009;16:288-297.
8. Mejía-Terrazas GE, Baranda-Escalona R. Tratamiento del dolor postoperatorio oncológico. Acta Médica Grupo Ángeles 2006;4:165-174.
9. Guevara-López U, Covarrubias-Gómez A, Rodríguez-Cabrera R, et al. Parámetros de práctica para el manejo del dolor en México. Cir Ciruj 2007;75:385-407.