

Terapia analgésica en el dolor oncológico

Dr. Uria Guevara López*

* Médico anestesiólogo, algólogo. Medicina del dolor y paliativa (CIETD-CP).

Se le define como «el dolor debido a la presencia de alguna neoplasia o como resultado de su tratamiento». Se considera al cáncer un problema de salud pública global, en el 2002 veinticuatro millones de personas en el mundo padecieron neoplasias de diversa naturaleza, que ocasionaron el deceso de 6.7 millones de personas. De igual forma en el 2000 se documentaron 10 millones de nuevos casos a nivel mundial y se calcula que en 2020 habrá cerca de 15 millones de nuevos casos por año.

En México, las neoplasias son consideradas las segunda causa de muerte, durante el período 1999 a 2003, contribuyeron con 12% de mortalidad general, 11.3% de la mortalidad en hombres y 14.6% en mujeres. La clasificación del dolor oncológico dada su etiología multifactorial resulta difícil de clasificarlo; sin embargo, se ha reportado que su presencia se puede deber: a) al cáncer mismo, b) a la terapéutica antineoplásica empleada, c) debido a su poder infiltrativo y/o metastático, a esta última hasta en 80 a 90% de los casos.

Diversos reportes mencionan que hasta 90% puede controlarse con medidas farmacológicas apropiadas; sin embargo, un número considerable de pacientes reportan mal control del dolor, entre los factores que favorecen el fracaso terapéutico antilógico están:

- Deficientes programas educativos y pobres contenidos temáticos en el currículo de pregrado y postgrado en el país, inadecuada capacitación del personal de salud para la evaluación del dolor y empleo racional de analgésicos.
- Insuficiente información al paciente para despejar dudas, preocupaciones y fantasías respecto al empleo de analgésicos potentes y sus efectos adversos.
- Miedo a las adicciones.
- Regulación y normativas gubernamentales desactualizadas o anacrónicas que garanticen la adquisición y disponibilidad de analgésicos opiáceos.

Estos factores dan como resultado que cerca de 40% de los enfermos oncológicos con dolor reciban tardía e inadecuada analgésicos y sólo 60% estén satisfechos con la atención médica y del personal de enfermería responsable de administrarlos.

RECOMENDACIONES ANALGÉSICAS^(1,2)

Diversos autores sugieren que la valoración y documentación del dolor es obligada en cada visita médica, la evidencia sugiere que una valoración acuciosa se relaciona con una adecuada analgesia, por el contrario su omisión condiciona un mal manejo; de igual es conveniente identificar en lo posible la etiología del dolor, si se debe a metástasis óseas, progresión tumoral visceral, dolor neuropático (neuropatías periféricas, neuritis o neuralgia postherpética, plexopatías o por mucositis), o si es secundario a urgencias oncológicas del tipo de la hipercalcemia, compresión medular, síndrome de la vena cava superior, tamponade cardíaco, etc.

La atención analgésica inicia con una historia clínica detallada, exploración física acuciosa valoración psicosocial y afectiva que dan como resultado una impresión diagnóstica que posibilite conocer la etiología del dolor y/o la indicación de estudios complementarios.

La semiología del dolor requiere considerar la temporalidad, causalidad, localización, distribución, características, severidad o intensidad, duración, periodicidad, tipo de dolor, factores concurrentes y tratamientos previos.

Es recomendable que el personal de salud interroge periódicamente al paciente respecto a la presencia de dolor, debido a que con relativa frecuencia no es reportado espontáneamente por diversas razones, en todo caso se debe propiciar que la fuente de información primaria sea el paciente salvo en pacientes con alteraciones cognitivas, puede proporcionarse por el cuidador primario.

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

Documentación de la intensidad del dolor

Se recomienda que la estimación de la intensidad del dolor se realice con escalas específicas de fácil empleo e interpretación, también el empleo de escalas especiales como el índice de dolor de Tong y colaboradores en pacientes con dolor óseo metastásico que reciben radioterapia. Sin embargo, no obstante las numerosas escalas diseñadas para pacientes oncológicos, pocas están validadas en español y en México; por tal razón son ampliamente usadas la escala analógica multimodales como la escala visual análoga (EVA).

Tratamiento farmacológico^(1,2)

Se considera la alternativa de primera línea para el control del dolor oncológico debido a su rapidez, versatilidad, y diversidad de esquemas analgésicos disponibles y variadas vías de administración que apoyados en la escalera analgésica de la Organización Mundial de la Salud (OMS) proporcionan un manejo eficaz en la mayor parte de los casos.

La escalera con tres escalones de la OMS propone la administración secuencial de analgésicos de acuerdo a la intensidad del dolor, analgésicos antiinflamatorios no esteroideos en el dolor leve y analgésicos opioides en el dolor moderado a severo. Se recomienda iniciar la prescripción analgésica por vía oral, horario fijo e individualizado con lo que se logra disminuir el dolor en 90% de los casos.

Analgésicos no opioides

Antiinflamatorios no esteroideos AINEs y paracetamol

Según la escalera analgésica de la OMS en caso de dolor leve en el primer escalón se administran analgésicos no opiáceos denominados analgésicos antiinflamatorios no esteroideos (AINEs) solos o con adyuvantes o acetaminofen (paracetamol). Esta elección frecuentemente empleada aún requiere mayor número de estudios controlados para conocer su utilidad a largo plazo. La evidencia disponible señala que la eficacia analgésica y seguridad entre los diversos tipos de AINEs administrados varía considerablemente.

Estos fármacos pueden administrarse solos o con opiáceos débiles o potentes, su combinación presenta superioridad analgésica comparada con la administración aislada de ambos; su eficacia variará dependiendo del tipo y origen del dolor, si éste es debido a infiltración de estructuras neurales, en estos casos ambas familias inefectivos, respecto al empleo del subgrupo COX-2 se dispone de escasas publicaciones al respecto; sin embargo, sus propiedades antiinflamatorias y analgésicas los coloca como posibles alternativas.

Durante el empleo de AINEs se recomienda: a) evaluar periódicamente la función renal y ajustar las dosis en base a

la depuración de creatinina, b) no emplearlos por más de cinco días, c) no indicar dos o más medicamentos con mecanismos de acción semejante, dos AINEs, un COX-2 y un AINE, AINEs o COX-2 con esteroides y d) sólo se sugiere emplear la combinación de AINEs o COX-2 con paracetamol.

Analgésicos opioides

El esquema de la OMS recomienda para el dolor moderado opioides débiles como la codeína, dextropropoxifeno o tramadol, para el severo opioides potentes del tipo del sulfato de morfina, buprenorfina, hidromorfona, fentanilo o metadona. Independientemente de opioide elegido, es recomendable conocer a profundidad la farmacocinética, farmacodinamia, interacciones, efectos adversos, de lo que dependerá que se asocien a analgésicos no opioides y adyuvantes.

Se ha comentado que la piedra angular para el control del dolor por cáncer son los opiáceos potentes en particular el sulfato de morfina debido a que no presenta efecto «techo» y al incrementar la dosis, aumenta su potencia en forma semilineal hasta obtener la analgesia buscada o presentarse efectos adversos del tipo de la náusea, sedación, confusión, mioclonias o depresión respiratoria, dado que la disfunción intestinal opioide es el efecto adverso más frecuente, se debe prevenir con medidas profilácticas.

En opinión de diversos autores la aplicación de parches de fentanilo debe reservarse para pacientes con dolor controlado, no episódico o irruptivo. La evidencia señala que la analgesia con este método es considerable; sin embargo en pacientes con fiebre, los parches deben ser retirados dado que el incremento de temperatura modifica la tasa de absorción que puede precipitar los efectos adversos. La metadona oral es un fármaco con nivel de evidencia I-A; sin embargo, requiere de un empleo cuidadoso, de preferencia hospitalario debido a su efecto acumulativo, que puede producir efectos indeseables y múltiples interacciones farmacológicas.

Fármacos adyuvantes

Este grupo incluye a los esteroides, anticonvulsivantes, antiepilépticos, antagonistas NMDA, anestésicos locales, agonistas beta-adrenérgicos, alfa dos agonistas, bifosfonatos, radiofármacos, entre otros. Se sugiere emplearlos una vez identificada la etiología y presencia de comorbilidades asociadas al dolor o cuando su utilidad sea superior a la posible presentación de efectos indeseables.

Tal es caso de los bifosfonatos que en pacientes con enfermedad ósea metastásica pueden disminuir la morbilidad esquelética. Se recomiendan al detectar metástasis y continuarlos hasta que su utilidad disminuya, recientemente se ha reportado que pueden disminuir la intensidad del dolor *per se*.

Los datos obtenidos en revisiones sistemáticas sugieren que los radioisótopos tienen un efecto favorable a corto y a mediano plazo en el control del dolor. Estudios aislados describen que el estroncio 89 y samario 153 disminuyen el dolor causado por enfermedad ósea metastásica por cáncer de próstata y mama.

Técnicas invasivas

Las técnicas invasivas más empleadas son: a) administración neuroaxial de fármacos por vías epidural, subaracnoidea e intracerebroventricular y mediante bombas externas de infusión continua elastoméricas, de presión o bolos directos.

Radioterapia

Las modalidades de la radioterapia externa, que incluye el campo afectado, la radiación hemicorporal e isótopos radiactivos, son empleadas con cierta frecuencia para el control del dolor en pacientes oncológicos con enfermedad ósea metastásica, cefalea por actividad tumoral del sistema nervioso central, plexopatías por compresión tumoral, dolor visceral, dolor torácico derrame pleural o pericárdico y dolor por obstrucción ureteral o esofágica.

Quimioterapia

Estos fármacos son proporcionados exclusivamente por médicos oncólogos, hasta el momento no existe evidencia clara de su utilidad analgésica administrada por vía oral, endovenosa o intratecal; sin embargo, son ampliamente empleados en diversas etapas de la enfermedad oncológica.

Cirugía para el control del dolor

De igual forma no existe suficiente experiencia respecto al efecto analgésico de la cirugía; sin embargo, se propone que

algunos procedimientos quirúrgicos son de gran utilidad para el control del dolor oncológico con enfoque paliativo.

Terapéutica no farmacológica: medicina física

No se dispone de suficiente evidencia respecto al empleo de técnicas como estimulación eléctrica tras cutánea, calor, frío, ultrasonido, masajes o ejercicio en pacientes con dolor por cáncer, inclusive se ha comentado que en ciertos casos podrían estar contraindicados. Sin embargo, su posible utilidad deberá evaluar acuciosamente por el algólogo, oncólogo, rehabilitador y reservarse para los casos de dolor crónico leve o moderado con etiología identificada y condiciones que no pongan en peligro la vida.

Terapias alternativas

Estas medidas son ampliamente utilizadas, incluyen la acupuntura, reflexología, música, autocuidado y herbolaria. Si bien no existen estudios que fundamenten su empleo, podrían aceptarse siempre y cuando no interfieran con la terapia indicada por el equipo transdisciplinario, dado que la herbolaria puede producir múltiples interacciones farmacológicas con los fármacos de patente su empleo quedará reservado para casos en que el paciente y familia considere que obtendrá mayores beneficios que perjuicios.

CONCLUSIONES

Pese a los avances logrados para aliviar el dolor en este grupo de pacientes, consideramos que falta mucho para lograr un tratamiento eficaz que libre de este penoso mal a los enfermos oncológicos; sin embargo, apoyados en la opinión de expertos en el área, las guías y parámetros de prácticas disponibles se puede lograr una mejor práctica clínica.

Sin duda al apoyar nuestra práctica clínica en una medicina basada en evidencias y valores podremos acercarnos al objetivo fundamental de reducir el sufrimiento innecesario en miles de pacientes que padecen dolor oncológico.

REFERENCIAS

1. Guevara-López U, Covarrubias-Gómez A, Rodríguez-Cabrera R, Carrasco-Rojas A, Aragón G, Ayón-Villanueva H. Parámetros de práctica para el manejo del dolor en México. *Cir Ciruj.* 2007;75:385-407.
2. Guevara-López U, Covarrubias-Gómez A, Ochoa-Carrillo JF, Fernández-Orozco F, Bernal-Sahagún. Practice guidelines for cancer pain management. Task force for cancer pain management. *Cir Ciruj.* 2006;74:379-394.

www.medigraphic.org.mx