

ARTÍCULO DE REVISIÓN

DOLOR EN EL PACIENTE ONCOLÓGICO

PAIN IN THE ONCOLOGICAL PATIENT

Dr. Jose Julio Ojeda González

Resumen

Introducción. El dolor es el síntoma más temido de los enfermos de cáncer. Se manifiesta en un 30% de ellos en el momento del diagnóstico, en el 70 – 80% en las fases finales de la enfermedad, independientemente del tipo de cáncer. El tratamiento farmacológico, combinado con medidas no farmacológicas, destacando la atención psicológica y social contribuyen a controlar el dolor crónico oncológico hasta en un 95% de los casos. El 5% restante debe recurrirse a técnicas intervencionistas. El presente artículo *tiene como objetivo* actualizar sobre los elementos generales y de tratamiento del dolor en el paciente oncológico. Diseño metodológico se realizó una revisión actualizada en las diferentes bases de datos referentes al tema dolor en el paciente oncológico. En el desarrollo de los artículos se parte desde la incidencia del dolor en el curso de la enfermedad, los diferentes síndromes dolorosos y se profundiza en el tratamiento considerando los aspectos relacionados con la percepción del dolor, las acciones básicas y considerando en principio, el mejor sistema para un control adecuado del dolor en pacientes oncológicos será basarse en la escalera analgésica de la OMS.

Palabras claves: Dolor crónico oncológico, paciente oncológico

Introducción

En los últimos años se ha incrementado el número de pacientes diagnosticados y tratados por cáncer, y se ha observado un cambio en la concepción de la enfermedad, ya no como enfermedad terminal, sino como una enfermedad crónica.¹ El dolor es el síntoma más temido de los enfermos de cáncer. Se manifiesta en un 30% de ellos en el momento del diagnóstico, en el 70 – 80% en las fases finales de la enfermedad, independientemente del tipo de cáncer. El tratamiento farmacológico, combinado con medidas no farmacológicas, destacando la atención psicológica y social contribuyen a controlar el dolor crónico oncológico hasta en un 95% de los casos. El 5% restante debe recurrirse a técnicas intervencionistas incluidas en el cuarto escalón de tratamiento intervencionista propuesto por la Organización Mundial de la Salud (OMS).^{1,3}

Síndromes dolorosos

En relación al mecanismo de producción y el órgano afectado se diferencian 3 síndromes dolorosos:^{1,6,7}

Dolor somático producido por la afectación de órganos densos como huesos, músculos y tejido celular subcutáneo. El dolor somático se caracteriza por estar localizado en la zona afectada, por incrementarse con la presión de dicha área y por ser continuo (aunque pueden presentarse exacerbaciones temporales en su intensidad). Como ejemplo, puede presentarse el dolor producido por una metástasis ósea. El dolor somático responde adecuadamente a los analgésicos no opiáceos y opiáceos. La instauración de uno u otro analgésico dependerá de la intensidad del dolor.

Dolor visceral derivado de la afectación de las vísceras huecas. El dolor visceral se expresa como dolor continuo o cólico, referido a una zona cutánea amplia (por la cuantiosa y variada inervación de las vísceras), y la presión sobre la zona referida como dolorosa puede desencadenar o no dolor. Responde adecuadamente a AINE, opiáceos y fármacos espasmolíticos como el butilbromuro de hioscina cuando hay un componente cólico.

Dolor neuropático provocado por la afectación del sistema nervioso. Puede expresarse como la presencia de parestesias continuas, episodios de dolor lancinante, o como ambos. Puede ser espontáneo o evocado por estímulos y afecta a los territorios nerviosos lesionados

Tratamiento del dolor en el paciente oncológico

- Considerando que uno de los pilares del tratamiento en el paciente oncológico es el farmacológico en base al uso de analgésicos administrados por vía oral, lo que permite que el abordaje del dolor pueda realizarse teniendo en cuenta desde el primer hasta el tercer escalón terapéutico de la escalera analgésica de la OMS y las opciones de tratamiento no farmacológicas el tratamiento del dolor
- Estos debe ser atendido en su mayor por ciento en la *Atención Primaria de Salud* por lo que los médicos deben estar preparados para este reto el cual recaba de competencias profesionales y habilidades de tratamiento integral ante esta problemática de salud en la comunidad.

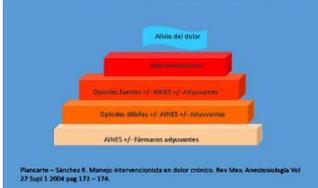
Es preciso valorar de forma exhaustiva una serie de aspectos relacionados con la percepción del dolor por parte del paciente oncológico:

- Intensidad del dolor
- Tipo de dolor
- Patrón del dolor
- Factores desencadenantes
- Factores de alivio
- Síntomas que acompañan al dolor oncológico
- Efectos del dolor sobre las actividades de la vida diaria
- Examen físico del paciente oncológico

Para un correcto control del dolor oncológico hay que tener en cuenta una serie de acciones básicas:

- Apoyo psicosocial óptimo al paciente oncológico.
- Uso adecuado de los fármacos analgésicos y de los coadyuvantes, teniendo presente la escalera analgésica del dolor de la OMS.
- Explicación de las causas del dolor al paciente y a la familia, para que de esta forma puedan afrontarlo de la manera más eficaz posible.

Algoritmo de tratamiento propuesto por la (OMS), incluyendo el cuarto escalón de procedimientos intervencionistas.



Algoritmo sugerido para el uso de terapias para el manejo del dolor, en orden de incremento de *invasividad*.



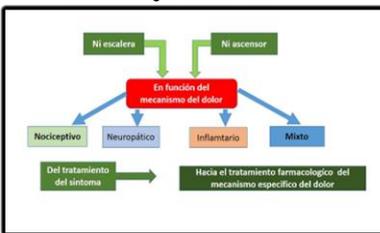
FÁRMACOS Y DOSIS

Escalón Analgésico	Fármaco	Dosificación
Escalón I de la OMS	Paracetamol	Dosis adulto: 0.5-1 g/4-6 h v.o. (máx. 4 g/día) Dosis pediátrica: 10-15 mg/kg/4-6 h v.o. (máx. 60-80 mg/kg/día)
	Ibuprofeno	Dosis adulto: 400-600 mg/4-6 h v.o. (máx. 2400 mg/día) Dosis pediátrica: 5-10 mg/kg/4-6 h v.o. (máx. 40 mg/kg/día)
II Escalón OMS para el tratamiento del dolor:	Codenaína	Dosis adulto: 30-60 mg/4-6 h v.o. (máx. 240 mg/día) Dosis pediátrica: 0.5-1 mg/kg/4-6 h v.o.
	Asociar a paracetamol e ibuprofeno	Tramadol Dosis adulto: 50-100 mg/8 h v.o. (máx. 400 mg/día). Fórmula retard: 180-200 mg/12 h v.o.
III Escalón OMS para el tratamiento del dolor	Morfina	Dosis adulto: inicialmente, 5-10 mg/4 h v.o.; fórmula retard: dosis cada 12 h v.o. en función del dolor (no tiene techo analgésico). Existe una forma unitransitoria que se dosifica cada 24 h. Dosis pediátrica: 0.4-1.6 mg/kg/día v.o.
	Asociar a paracetamol e ibuprofeno	Fentanilo Dosis adulto: inicialmente, 25 µg/h por vía transdérmica cada 3 días; dosis en función del dolor (no tiene techo analgésico). Dosis pediátrica: no se han establecido la seguridad y la eficacia en niños. Uso no recomendado.

FÁRMACOS COADYUVANTE

Condición	Fármacos Coadyuvante	Dosificación
Dolor neuropático	Amitriptilina	Dosis adulto: 25-75 mg/24 h v.
Náusea y vómitos asociados al uso de morfina	Metoclopramida	Dosis adulto: 40-60 mg/día v.o (2-4 dosis) Dosis pediátrica: 0.3 -0.5 mg /kg/día v.o (2 -4 dosis)
Metástasis óseas	Haloperidol	Dosis adulto: 1-3 mg/día v.o
Hipertensión intracraneal; compresión medular	Diclofenaco	Dosis adulto: 50 mg/8 h v.o
	Dexametazona	Dosis adulto: 2 mg/ 8-12 h v.o

Nuevas estrategias de tratamiento



Conclusiones

El dolor en el paciente oncológico tiene una alta prevalencia, En relación al mecanismo de producción y el órgano afectado se diferencian en síndromes dolorosos: nocepiptivo (somático y visceral) y neuropático, en un mismo paciente puede encontrarse diferentes tipos de dolor. Se profundiza en una correcta evaluación clínica del paciente oncológico, una exploración física completa, así como exploraciones complementarias que pueden aportar resultados de utilidad clínica práctica, además se plantean las pautas fundamentales de tratamiento en el paciente oncológico. En principio, el mejor sistema para un control adecuado del dolor en pacientes oncológicos será basarse en la escalera analgésica de la OMS basada en la recomendación de prescribir fármacos básicamente analgésicos en función de su potencia analgésica y del tipo de dolor que acusa el paciente.