

ABORDAJE DEL DOLOR EN PACIENTES CON CÁNCER.

Revisión de las principales guías de tratamiento del dolor oncológico.



Autoras : Marta M^a García-Rivera Coloma ; Andrea M^a Gómez Domínguez (Facultad de Farmacia. UCM)

- INTRODUCCIÓN -

Dolor: experiencia sensitiva y emocional desagradable, asociada a una lesión tisular real o potencial, o que se describe con las manifestaciones propias de tal lesión.

Tabla 1. Clasificaciones del dolor.

| Origen | Evolución | Mecanismo |
|---------------|-----------|-------------|
| Oncológico | Agudo | Somático |
| No Oncológico | Crónico | Neuropático |
| | | Psicogénico |

* Las categorías no son excluyentes.

Cáncer: un amplio grupo de enfermedades que pueden afectar a cualquier parte del organismo.

Prevalencia del dolor oncológico: **El 71 % de los pacientes con cáncer presentan dolor.** El 90-95 % del dolor se puede y se debe controlar.

- OBJETIVOS -

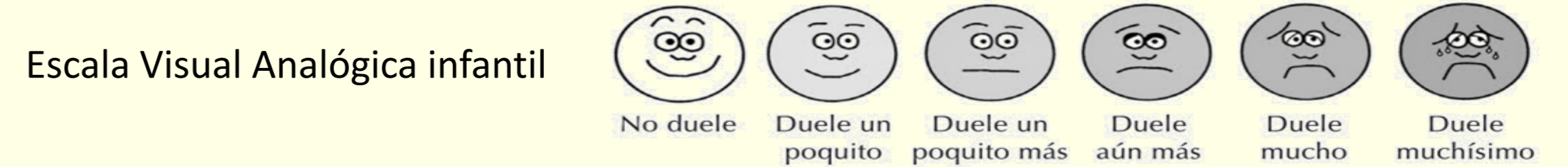
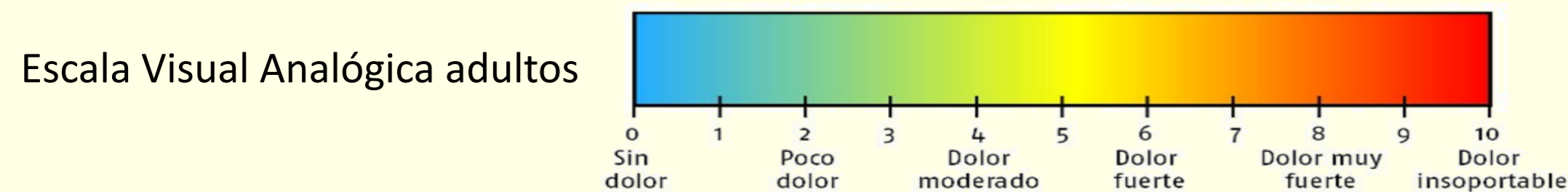
1. Determinar la extensión epidemiológica del problema.
2. Revisar y resumir los protocolos del tratamiento del dolor en pacientes con cáncer.
3. Identificar el papel del farmacéutico en dicha situación.

- MATERIAL Y MÉTODOS -

Revisión bibliográfica de la literatura científica publicada durante los últimos años incluyendo las principales guías y manuales para el manejo del dolor (OMS e IASP) así como diversos recursos web disponibles.

- RESULTADOS Y DISCUSIÓN -

Escala de valoración del dolor: cuantificar la percepción del dolor por parte del paciente. La más usada es la escala analógica visual.



TRATAMIENTO:

1. TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

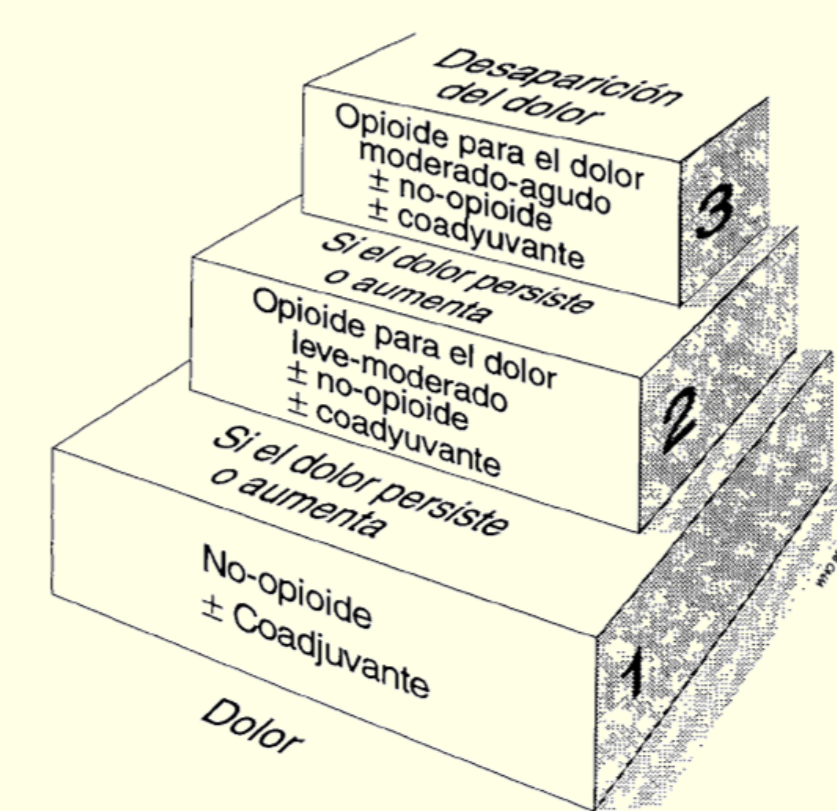
Primer escalón

| AINES | PAUTA | EFECTOS SECUNDARIOS |
|------------------------|--|---|
| Paracetamol y Dipirone | 650 mg a 1 g/4 a 6 h VO o rectal. Máximo 1 g/4 h | Toxicidad hepática dosis dependiente. |
| AAS | 500 mg/4 a 6 h | Todos: lesión gastrointestinal, |
| Ibuprofeno | 400 a 600 mg/4 a 8 h VO | insuficiencia renal, |
| Indometacina | 25 mg/6 h | broncoespasmo, |
| Naproxeno | 250 a 500 mg/8 a 12 h | discrasia sanguínea, hipersensibilidad. |

Escalera analgésica de la OMS

Segundo escalón

| OPIOIDES MENORES | PAUTA | EFECTOS SECUNDARIOS | OBSERVACIONES |
|---------------------|---|---|---|
| Codeína | 30 a 60 mg/4 a 6 h VO o rectal | | Se metaboliza a morfina. Agonista puro. |
| Hidrocodona | 5 a 10 mg/4 h | Todos: Estreñimiento, náuseas, vómitos y somnolencia. | Agonista puro. |
| Tramadol (elección) | Iniciar a dosis bajas 75 a 400 mg/día cada 6 a 8 h VO, rectal, SC, IM, IV | | Agonista puro, inhibidor de la recaptación de serotonina y noradrenalina. |
| Buprenorfina | Máx 3 a 5 mg/día Transdérmica (TD), sublingual o parenteral | | Opioide mayor, de baja eficacia analgésica. |



Tercer escalón

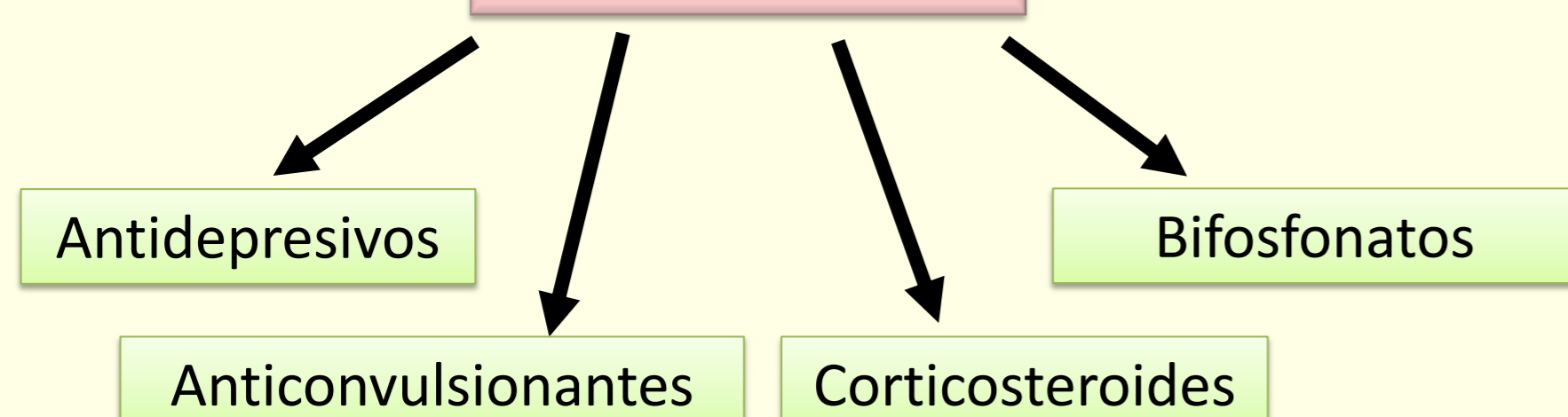
| OPIOIDES MAYORES | PAUTA | EFECTOS SECUNDARIOS |
|--------------------|---|---|
| Morfina (elección) | Iniciar en dosis de 5 a 10 mg/4 h Máx 10 a 30 mg/ml Liberación rápida o sostenida | |
| Hidromorfona | 2.5 mg VO 2 mg ampollas | Depresión respiratoria, estreñimiento (muy frecuente), náuseas, vómitos, sedación, confusión, vértigo, retención urinaria, prurito, sudoración, mioclonias. |
| Fentanilo | Liberación sostenida 25 µg/h (TD) Liberación rápida 200 µg (Transmucosa) | |
| Petidina | 50 mg/mL, 1, 2, ó 12 mL IV | |
| Metadona | 5 a 10 mg VO | |
| Oxicodona | 5 a 80 mg/12 h VO, rectal | |

| SISTEMA DE LIBERACIÓN MODIFICADA | PAUTA |
|---|--------------------------|
| Morfina: cápsulas de liberación sostenida | 10, 30 y 60 mg/12 a 24 h |
| Oxicodona | 10, 20 y 40 mg/12 h |
| Fentanilo: parches transdérmicos | 25, 50, 75 y 100 mg/72 h |
| Buprenorfina: parches transdérmicos | Libera 0.8 mg/día |

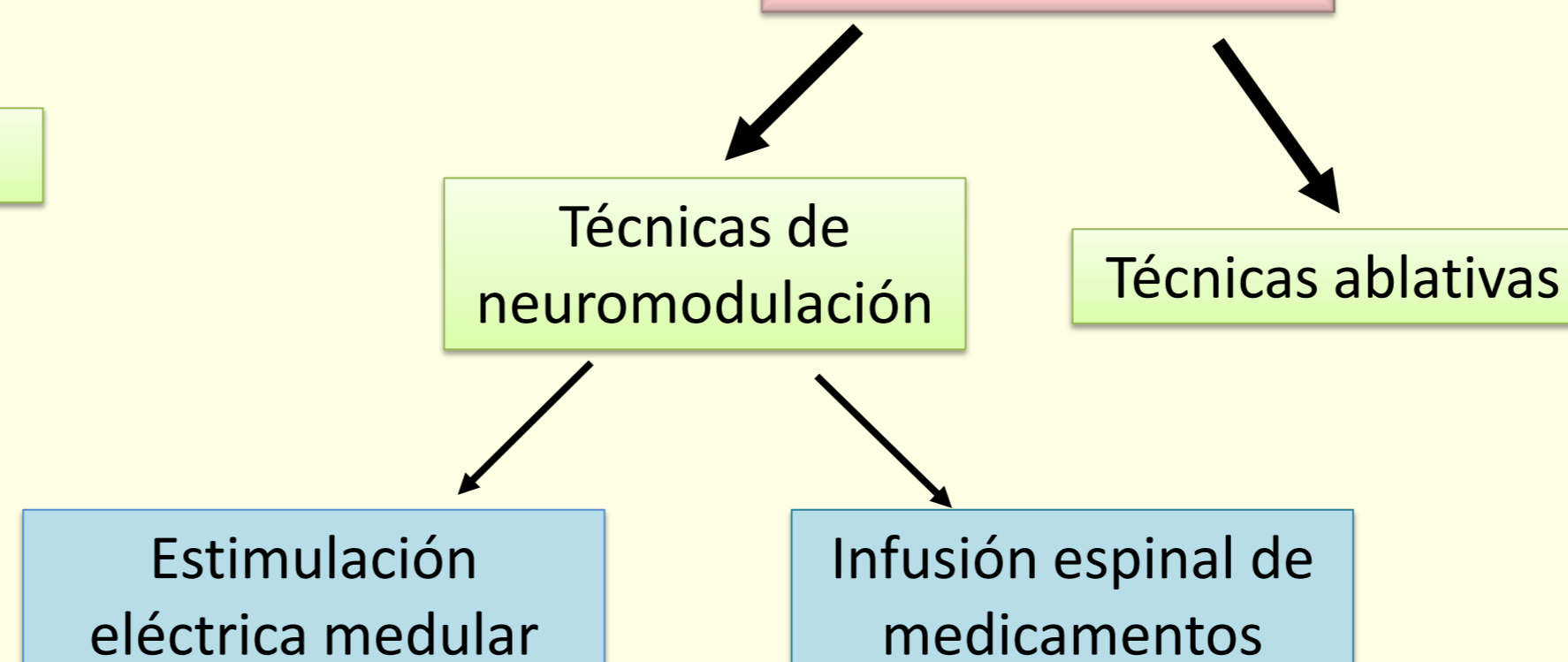
Una vez alcanzado el alivio del dolor con opioides potentes de liberación inmediata, se puede **cambiar** a presentaciones de liberación modificada

ROTACIÓN DE OPIOIDES: consiste en la **sustitución** de un opioide por otro para **conseguir un balance positivo** entre los resultados analgésicos y la aparición de **efectos adversos**, sin tener en cuenta los cambios en la vía de administración o la forma de liberación del fármaco.

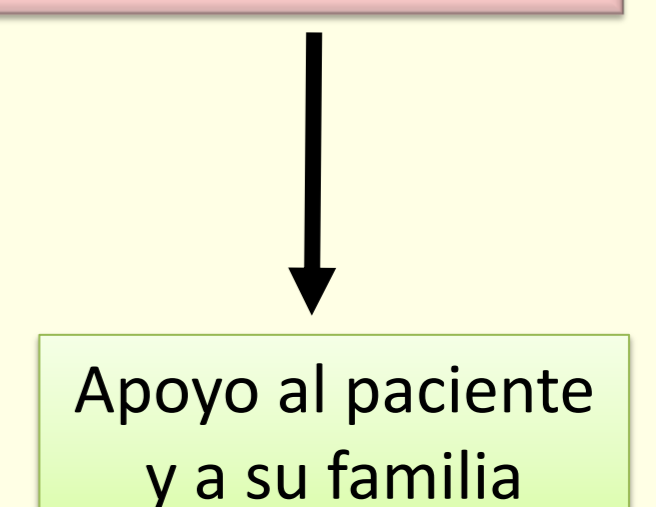
2. COADYUVANTES



3. TRATAMIENTO INVASIVO



4. TRATAMIENTO PSICOLÓGICO



DISCUSIÓN: el farmacéutico debe estar integrado en el equipo multidisciplinar encargado de optimizar el estado de salud del paciente, mejorando su calidad de vida. Es importante la **labor del farmacéutico** comunitario para asesorar sobre su medicación y educar al paciente en cuanto a su enfermedad.

- CONCLUSIONES -

1. Se estima que la prevalencia del dolor es de un 71 % en pacientes con cáncer. Según la OMS, con la correcta aplicación de la escalera analgésica, **entre el 90-95% del dolor se puede y se debe controlar.**
2. En la actualidad se aplica la **guía** para el manejo del dolor oncológico de la OMS.
3. El **farmacéutico** es responsable de **integrarse** en un **equipo multidisciplinar**, en el que ayude a mejorar la calidad de vida del paciente.

- BIBLIOGRAFÍA -

- * WHO Cancer Pain Relief, with a Guide to Opioid Availability. Geneva: World Health Organization, 1996.
- * Vademecum [Internet]. Madrid, España: [Visitado 17/05/2015]. Disponible desde: <http://vademecum.es/>
- * Rodríguez RF, Daza P, Rodríguez MF. Pharmacological treatment of patients with cancer pain. Colomb Med [Internet]. 2006;37(3):242-6.
- * Bruera E, K. H. (2003). Cancer pain. *Department of Palliative Care and Rehabilitation Medicine, University of Texas M. D. Anderson Cancer Center, Houston, Tex 77030, USA.
- * Araujo A, Gómez M, Pascual J. Tratamiento del dolor en el paciente oncológico Treatment of pain in the oncology patient. An Sist Sanit ... [Internet]. 2004;27:63-75
- * Witte W, Stein C. Historia, definiciones y puntos de vista contemporáneos. Guía para el manejo del Dolor en condiciones bajas Recur. 2010;3-7.
- * González-Barboto, M.J., Alentorn, MD, PhD XG-B, Manuel, MD, PhD F. a. C. Candel, MD VA, Eito, MD MAP, Sánchez-Magro, MD, PhD I, et al. Effectiveness of opioid rotation in the control of cancer pain: The ROTODOL Study. J Opioid Manag [Internet]. 2014;10(6):395-403.
- * Organización Mundial de la Salud [Internet]. Ginebra, Suiza: [Visitado 19/04/2015; Fecha de última modificación febrero de 2015] prevalencia del cáncer. Disponible desde: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es>
- * Robaina Padrón FJ. Tratamiento del dolor mediante técnicas de neuromodulación. Neurocirugía. 2008; 19:35-44.
- * Arango GJ, Espinosa JA. Neuromodulación. Acta Neurológica Colombiana. 2011; 7:211-220.