

EDITORIAL

MANEJO DEL DOLOR EN PACIENTE ONCOLÓGICO

Alberto Villalobos Prieto
Centro Médico ABC

UNA DE LAS FUNCIONES VITALES del sistema nervioso es proveer información del daño tisular creando la sensación del dolor. La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP) define este síntoma como “una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada con una lesión tisular real o potencial, o como consecuencia de dicha lesión”; dicha definición considera en primer lugar que el dolor no es una experiencia puramente nociceptiva (sensorial), sino que incluye además componentes emocionales y subjetivos inseparables de la sensación dolorosa. En muchas ocasiones, el dolor se convierte en una entidad patológica propia, independientemente de la resolución del agente que le dio origen, convirtiéndose así en un síndrome doloroso crónico, que por otro lado se comporta clínicamente como un dolor inútil, generando sufrimiento innecesario. De tal forma, esta entidad con frecuencia se traduce en un problema de salud.

Existe en la literatura médica información precisa, puntual y práctica en materia oncológica, por lo que en este número se compila la puesta al día de experiencias y conocimientos científicamente validados por un grupo de médicos especialistas en la materia, apegados al marco normativo de la medicina basada en evidencias.

Por otra parte, el cáncer humano en muchas de sus manifestaciones se asocia con el estilo de vida, aunque se han identificado neoplasias malignas relacio-

nadas con antecedentes infecciosos, exposición a radiaciones y la actividad tumoral, siendo un problema creciente que afecta nuestros tiempos por mayor incidencia y mejor sobrevida al contar con terapias innovadoras como quimioterapias, hormonoterapias, inmunoterapias, nuevos equipos de radioterapia, terapias dirigidas a blancos específicos, entre otras.

Desafortunadamente, los nuevos esquemas de quimioterapia se asocian con neurotoxicidad, que condicionan al paciente dolor neuropático periférico y central, entorpeciendo la calidad de vida del enfermo oncológico que ya de por sí cursa con dolor.

En México, desde 1990 los tumores malignos representan la segunda causa de muerte en la población general; en mujeres por arriba de los 25 años, la primera.

El dolor es el síntoma más frecuente de consulta y hospitalización en pacientes con cáncer, y se presenta en la mayor parte de los casos en los estadios avanzados de la enfermedad.

Se ha postulado que 25 a 30% de los pacientes con cáncer en el mundo muere sin haber experimentado un alivio adecuado de su dolor. En los Estados Unidos de América, se menciona que 54% de los pacientes con enfermedad en estadios intermedios presenta dolor y en estadios avanzados el porcentaje se eleva hasta 72%. La prevalencia del dolor por cáncer en una población de pacientes de nuevo ingreso en el Instituto Nacional de Cancerología en México, es en promedio de 47% y sólo 14% de este porcentaje es dolor crónico de origen no oncológico y 33% está asociado al cáncer; si consideramos que esta población de pacientes es virgen a tratamientos oncológicos, el porcentaje es considerablemente alto. Ya en la fase terminal de la enfermedad, aproximadamente 75% de los pacientes presenta dolor de difícil control.

Correspondencia a:
Alberto Villalobos Prieto
Centro Médico ABC.
Sur 136 No. 112. Int 2-C
Col. Las Américas. C.P. 01120
Del. Álvaro Obregón. México, D.F.
Correo electrónico:
avillalobosabc@yahoo.com.mx



El manejo integral del dolor inicia en un profundo conocimiento del enfermo, su entorno familiar, integridad física, mental, factores ambientales, laborales, ansiedad e insomnio.

Los avances recientes en relación con el manejo del dolor por cáncer se fundamentan en una mejor evaluación de éste, en reconocer y tratar la neurotoxicidad inducida por opioides y en las ventajas derivadas de una adecuada rotación de opioides. Uno de los desarrollos biofarmacológicos en el tratamiento del dolor en cáncer es la terapia transdérmica para la administración de opioides potentes, siendo la más reciente validada en nuestro medio la administración de buprenorfina a través de este método.

Existen muchas patologías que pueden condicionar dolor en la región de la columna vertebral, dividiéndose así, para fines de estudio, en patologías de origen benigno y síndromes dolorosos de origen oncológico o maligno.

El dolor de columna baja corresponde al 25 % de todas las incapacidades laborales en países desarrollados. El manejo integral y la rehabilitación ocupa un lugar prioritario en salud laboral.

Cerca de 50 millones de personas en los Estados Unidos de América tienen osteoporosis, y ésta es una causa frecuente de dolor axial.

La mayoría de las fracturas de la columna se tratan con reposo en cama hasta que el dolor desaparece. También pueden usarse corsés para la espalda, fisioterapia y calmantes para el dolor. En algunos casos, se puede administrar un medicamento llamado Calcitonina. Tal parece que ayuda a fortalecer el hueso y a controlar el dolor. Algunas veces, los pacientes pueden necesitar cirugía para asegurar la espalda usando un implante óseo o un dispositivo interno de metal, así como también con el uso de bisfosfonatos. (1)

La vertebroplastia percutánea es una técnica utilizada para el tratamiento del dolor raquídeo ocasionado por fracturas de los cuerpos vertebrales como consecuencia de diferentes procesos.

Se trata de un procedimiento mínimamente invasivo, guiado por métodos de imagen, ya sea mediante fluoroscopia o tomografía computarizada, por el cual se introduce cemento en el cuerpo vertebral.

Las principales indicaciones son: colapso vertebral osteoporótico, metástasis osteolíticas o condensantes, mielomas, linfomas y hemangiomas vertebrales. También ha demostrado efectividad en el tratamiento de los quistes óseos aneurismáticos, plasmocitomas y osteonecrosis.

En la casuística internacional se reporta que entre un 75% y un 90% de las personas tratadas con vertebroplastia tendrán alivio completo o disminución significativa del dolor.

Debido a la progresión del padecimiento oncológico, es muy importante resaltar el abordaje terapéutico multimodal del paciente con cáncer en el área de cuidados paliativos, siendo necesario en algún momento que un equipo interdisciplinario de trabajo integrado por un médico, enfermera, psicólogo, trabajadora social y tanatóloga realicen visitas domiciliarias a pacientes con imposibilidad para su valoración en consulta externa.

En muchos casos, cuando el paciente no tiene opciones terapéuticas de cura, el abordaje paliativo es indispensable, y los modelos de hospicios son otra opción para el manejo de este grupo de enfermos, en donde la atención está encaminada a la resolución de los síntomas y la paliación de la enfermedad hasta que el curso natural de la misma conlleve al fallecimiento de la persona, brindándole durante todo este tiempo confort físico, emocional y espiritual así como también a su familia.

Así pues, al entrar al siglo XXI y al optimizar el diagnóstico y tratamiento del dolor mediante el conocimiento y mejoramiento de los recursos humanos para la salud, llegaremos a un tratamiento temprano, efectivo y multidisciplinario que se traduzca en el mejoramiento en la calidad de vida del enfermo oncológico de forma ambulatoria recibiendo soporte psicológico, médico, de enfermería y en su domicilio, con el confort que ninguna unidad hospitalaria puede ofrecer.

Este tipo de revisiones nos acerca a contar con una información de actualidad para el control del dolor y cuidados paliativos en pacientes oncológicos.

REFERENCIA •

1. Gatti DandAdamiS, "New Bisphosphonates in Treatment of Bone Diseases". *Drugs Aging*, 1999;15: 285-296 •