



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO**

**HOSPITAL REGIONAL 1° DE OCTUBRE
ISSSTE**

**“EVALUACIÓN DEL CONTROL DEL DOLOR EN EL PACIENTE
ONCOLÓGICO DEL SERVICIO DE ANESTESIA Y CUIDADOS
PALIATIVOS HOSPITAL REGIONAL 1° OCTUBRE”
NÚMERO DE REGISTRO 313.2012**

TESIS DE POSGRADO

**PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALISTA EN ANESTESIOLOGÍA**

PRESENTA

DR. TUCÍDIDES DÍAZ CUEVAS

DIRECTOR

DR. BERNARDO SOTO RIVERA

COASESOR

DRA. CELINA TRUJILLO ESTEVES



ISSSTE

MÉXICO, D. F., ABRIL DE 2013



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

TÍTULO: Evaluación del control del dolor en el paciente oncológico del servicio de anestesia y cuidados paliativos hospital regional 1º octubre.

ALUMNO: Dr. Tucídides Díaz Cuevas.

DIRECTOR: Dr. Bernardo Soto Rivera

COASESOR: Dra. Celina Trujillo Esteves.

Dr. José Ricardo Juárez Ocaña
Coordinador de Capacitación, Desarrollo e Investigación
H.R. 1º de Octubre, ISSSTE

Dr. José Vicente Rosas Barrientos
Jefe de Investigación
H.R. 1º de Octubre, ISSSTE

Dr. Bernardo Soto Rivera
Profesor Titular del Curso de Especialidad en Anestesiología.
H.R. 1º de Octubre, ISSSTE

Dra. Celina Trujillo Esteves
Profesora Adjunta del Curso de Especialidad en Anestesiología.
H.R. 1º de Octubre, ISSSTE

AGRADECIMIENTOS.

Principalmente a mi Madre, ya que todo lo que soy lo he logrado por ella, por su apoyo y esfuerzo para lograr mis metas. A mi Papá que desde el cielo me dio su bendición para lograr todo esto.

A Blanca, mi esposa que siempre me apoyo, en especial en los momentos difíciles de nuestra vida. Eres mi norte. A mis dos luceros Renata y Valentina que son todo en mi vida.

A mi hermano Juan, siempre has sido mi guía en la vida y mi hermana Andrómeda siempre apoyándome en todo, los quiero mucho.

A toda mi familia gracias por apoyarme siempre y creer en mi, en especial a mi papá Miguel y mi papá Adolfo.

A mis maestros y amigos residentes por todo lo vivido, en especial a: Dr. Bernardo Soto, Dra. Celina Trujillo, Dr. Segura, Dr. Zaldívar, Núñez, Ceballos, Jacuinde y mi hermanita Eli Díaz S.

ÍNDICE

RESUMEN.....	5
INTRODUCCION.....	7
ANTECEDENTES.....	8
JUSTIFICACION.....	22
HIPOTESIS.....	23
OBJETIVOS.....	24
MATERIAL Y METODOS.....	24
PLAN DE ANALISIS ESTADISTICO.....	25
RESULTADOS.....	26
DISCUSION.....	32
CONCLUSIONES.....	35
BIBLIOGRAFIA.....	36

EVALUACIÓN DEL CONTROL DEL DOLOR EN EL PACIENTE ONCOLOGICO DEL SERVICIO DE ANESTESIA Y CUIDADOS PALIATIVOS EN EL HOSPITAL REGIONAL 1º. DE OCTUBRE DEL ISSSTE.

INTRODUCCION: El dolor es el síntoma principal en 70% de quienes padecen cáncer avanzado y se maneja en forma inadecuada en más de 80% de los casos, en dos terceras partes de éstos, el dolor es secundario al tumor primario o las metástasis, mientras que la tercera parte padece dolor secundario a la quimioterapia, radioterapia, cirugías, infecciones o por causas ajenas al cáncer. La importancia de controlar el dolor radica en la alteración de actividades, interacción con familiares, y amigos y alteración en la calidad vida del paciente.

El tratamiento farmacológico, produce alivio del dolor hasta en el 90% de los pacientes, mientras las medidas intervencionistas pueden resolver el 10% restante.

OBJETIVO: Evaluar el control del dolor en el paciente oncológico en el servicio de Anestesia y Cuidados paliativos del Hospital Regional 1º de Octubre

MATERIAL Y METODOS: Estudio longitudinal, retrospectivo, observacional, y descriptivo en el Hospital Regional 1º de Octubre. La información se obtuvo de los expedientes clínicos y la hoja de control domiciliaria de los pacientes que estuvieron en control del dolor en el servicio de anestesia y cuidados paliativos de enero a diciembre del 2011.

RESULTADOS: En este estudio se incluyeron un total de 141 expedientes completos y hojas de control domiciliario de pacientes con diagnostico de dolor por cáncer del servicio de anestesia y cuidados paliativos de Enero a Diciembre del 2011. En general, el manejo del dolor en el servicio de anestesia y cuidados paliativos del Hospital Regional 1º de Octubre se puede considerar efectivo, ya que en todos los pacientes se logró disminuir la intensidad inicial del dolor, incluso en la mayoría la intensidad disminuyó a una considerada aceptable para ellos.

CONCLUSIONES: El contar con un equipo multidisciplinario en el servicio de Anestesia y Cuidados paliativos del Hospital Regional 1º de Octubre, además de todo el abanico de analgésicos opioides y adyuvantes disponibles regularmente para hacer rotaciones y buscar el mayor control del dolor con la menor presencia de efectos secundarios adversos para los pacientes, otorgando la facilidad de cita abierta en el servicio de cuidados paliativo obteniendo como resultado la disminución del dolor antes mencionada.

PALABRAS CLAVE: cáncer, dolor oncológico, calidad de vida.

ASSESSMENT OF PAIN IN PATIENTS ANAESTHESIA ONCOLOGY AND PALLIATIVE CARE IN THE REGIONAL HOSPITAL 1. OCTOBER ISSSTE

INTRODUCTION: Pain is the main symptom in 70% of those with advanced cancer and improperly handled over 80% of cases, in two thirds of them, the pain is secondary to the primary tumor or metastases, while the third party suffers pain secondary to chemotherapy, radiotherapy, surgery, infection or for reasons unrelated to cancer. The importance of controlling the pain lies in altering activities, interaction with family and friends and impaired quality of patient life.

Pharmacological treatment, producing pain relief in 90% of patients, while interventional measures can resolve the remaining 10%.

To evaluate pain control in cancer patients in the Anaesthesia and Regional Hospital Palliative Care October 1

MATERIAL AND METHODS: Retrospective longitudinal study. Information was obtained from medical records and home checklist of patients who have been in pain management in the anesthesia service and palliative care from January to December 2011.

RESULTS: This study included a total of 141 complete records and leaves home monitoring of patients with a diagnosis of cancer pain anesthesia service and palliative care from January to December of 2011. In general, pain management in the anesthesia service and palliative care regional hospital 1 October may be effective, since all patients were able to reduce the initial intensity of pain, even in the most intensity decreased to a considered acceptable to them.

CONCLUSIONS: Having a multidisciplinary team in the Anaesthesia and Palliative Care Regional Hospital on October 1, in addition to the full range of drugs available for rotations and seek greater pain control with less presence of adverse events for patients, in addition to open appointment in the emergency department. Results in decreased pain above.

Keywords: cancer, cancer pain, quality of life.

INTRODUCCIÓN

La prevalencia del cáncer es creciente y el dolor asociado es con frecuencia manejado en forma inadecuada. Los pacientes con cáncer presentan generalmente múltiples causas de dolor, pero en la mayoría de los casos, el dolor puede ser controlado de manera efectiva.

La mejor definición de dolor es la respaldada por la IASP (Internacional Association for the Study of Pain): “el dolor es una experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada a una lesión tisular presente o potencial, descrita en términos de tal lesión” Merksey & Bogduk, 1994.¹

Uno de los principales problemas de los pacientes oncológicos en etapa avanzada es el dolor. Su evaluación y control constituyen a nivel internacional uno de los objetivos más importantes debido al aumento progresivo de los casos de cáncer y de pacientes con dolor, ya que provoca en ellos no solo sufrimiento, sino además, un componente psicológico que repercute en la vida total de cada persona.

El tratamiento del cáncer tiene dentro de sus objetivos fundamentales controlar la progresión de la enfermedad para aumentar así el tiempo de sobrevivencia y disminuir tanto la frecuencia del dolor como su intensidad. Asimismo, el tratamiento para el dolor en los pacientes oncológicos debe ser multidisciplinario, para lograr un manejo integral de estos enfermos.²

ANTECEDENTES:

El cáncer a menudo se ha considerado un problema que afecta al mundo desarrollado, en realidad más de la mitad de todos los tumores malignos se producen en los países en desarrollo, el cáncer es actualmente la segunda causa de muerte más frecuente.

Uno de cada 2 hombres, y una de cada 3 mujeres se diagnosticará con cáncer en el transcurso de su vida. El cáncer es la tercera causa de muerte en México, el NCI (National Cancer Institute) estima que alrededor de 12 millones de americanos con historia de cáncer estaban vivos en enero del 2008. En EE.UU. en el 2012 alrededor de 1, 638,910 nuevos casos de cáncer se diagnosticarán. De los cuales alrededor de 577,190 fallecerán por esta enfermedad.

El dolor es el síntoma principal en 70% de quienes padecen cáncer avanzado y se maneja en forma inadecuada en más de 80% de los casos, en dos terceras partes de éstos, el dolor es secundario al tumor primario o las metástasis, mientras que la tercera parte padece dolor secundario a la quimioterapia, radioterapia, cirugías, infecciones o por causas ajenas al cáncer. La importancia de controlar el dolor radica en la alteración de actividades, interacción con familiares y amigos y alteración en la calidad vida del paciente.³

El tratamiento farmacológico, produce alivio del dolor hasta en el 90% de los pacientes, mientras las medidas intervencionistas pueden resolver el 10% restante. El objetivo fundamental de la terapia analgésica es aliviar el dolor en reposo y durante el movimiento con la menor cantidad posible de efectos colaterales, mantener al enfermo lúcido y consciente durante el día y aumentar la calidad y la cantidad de las horas de sueño durante la noche.

El algoritmo para el tratamiento del dolor por cáncer aceptado en la actualidad fue desarrollado por la organización mundial de la salud desarrollado en 1986 para unificar los criterios de tratamiento

A medida que el cáncer va avanzando progresivamente y ya no existe evidencia clínica de curación o mejoría, nos encontramos con una enfermedad oncológica en etapa avanzada, en la que no existen posibilidades de respuesta a un tratamiento específico, asociada a numerosos problemas o síntomas intensos, múltiples y cambiantes.

Diversos estudios han demostrado que la prevalencia del dolor por cáncer aumenta con la progresión de la enfermedad, y que la intensidad, tipo y localización del dolor varía de acuerdo al sitio primario del cáncer, extensión de la progresión de la enfermedad y los tratamientos empleados.

Entre los pacientes con diagnóstico de cáncer, el 50-70% de ellos cursa con dolor en el transcurso de su enfermedad, no tratándose de forma adecuada en la mitad de ellos, lo que ocasiona sufrimiento del paciente.

El dolor es un complejo fenómeno de respuestas neurofuncionales y subjetivas e individuales a un estímulo nocivo. Para la respuesta a un estímulo nocivo sea químico, térmico, de presión o de cualquier otra característica que pueda producir dolor, existen en la periferia unas estructuras sensibles a dichos estímulos llamados nociceptores. Se tratan de terminaciones nerviosas libres, que presentan una serie de proteínas, muy variadas y especializadas, que actúan como receptores de esa información nociceptiva y la transmiten al Sistema Nervioso Central (SNC) por fibras nerviosas de tipo C, A beta y delta. Una vez estimulados los nociceptores estos inducen cambios en la carga eléctrica de la membrana neuronal, lo que resulta en la propagación del estímulo nervioso al asta dorsal de la médula y de ahí a tálamo y corteza cerebral.⁴

La Asociación Mundial para el Estudio del Dolor propone que el dolor es *“una experiencia sensorial y emocional desagradable que se asocia a una lesión actual o potencial de los tejidos o que se describe en función de dicha lesión”*.¹

El dolor es siempre subjetivo. Indudablemente se trata de una sensación en una o más partes del cuerpo, pero es siempre desagradable y, por consiguiente, supone una experiencia emocional.

Afecta a gran parte de los pacientes en etapa terminal.^{5,6} El dolor es una experiencia psicosomática, e inevitablemente estará modulado por el estado de ánimo, la moral y la percepción de su significado; incluso hace más de 2.000 años, Aristóteles ya describía al dolor como la “pasión del alma”.

Al omitirlo de su lista de los cinco sentidos (vista, oído, olfato, gusto y tacto), hacía hincapié en que el dolor no es solo una sensación física.⁷ Si bien, los efectos fisiológicos y físicos del dolor incluyen aumento del pulso, la presión sanguínea y la frecuencia respiratoria y disminución de la actividad y movilidad; también incluyen un componente psicológico que se asocia a la amenaza y estrés que el cáncer representa para el paciente y que varía de individuo a individuo puesto que produce agotamiento, interrupción del sueño, alteración del afecto y depresión.⁷

Del mismo modo, el dolor conlleva a una serie de efectos sociológicos que incluyen una interacción y participación en las actividades de la vida diaria disminuidas. Hay una menor productividad caracterizada por ausentismo laboral, problemas económicos y deterioro en las relaciones familiares. Los efectos espirituales del dolor se demuestran por la pérdida de la esperanza y sentimientos de aislamiento.³

El dolor neoplásico puede originarse por diversas causas. Así, puede ser causado por el tumor mismo, por las metástasis, por complicaciones relacionadas (por ejemplo, úlceras por decúbito), por algún trastorno concurrente (por ejemplo,

osteoartritis), o puede estar vinculado a los distintos tratamientos (por ejemplo, dolor crónico en la cicatriz postoperatoria).³

Se puede clasificar el dolor primordialmente en 2 tipos:

Según su duración puede ser agudo o crónico.

Según su fisiopatología, somático, visceral o neuropático.⁷

Se clasifica como dolor agudo por ser de duración limitada y generalmente se debe a la aplicación de técnicas diagnósticas y tratamientos.

El dolor crónico, a su vez, es el típico dolor por cáncer, se prolonga en el tiempo³ y por esta razón puede llegar a alterar de forma importante la calidad de vida del enfermo oncológico terminal.⁸

El dolor, especialmente en sus formas crónicas, de difícil tratamiento, no es simplemente un síntoma que el enfermo presenta para el diagnóstico. Es una tonalidad que impregna todas las relaciones sociales y las hace cambiar, aglutina y condensa todos los aspectos de la vida.⁹ Por lo tanto, con el paso del tiempo, el efecto del dolor crónico en el paciente, sea cual sea la causa, tiende a ser más insidioso que el dolor agudo, dado que afecta más profundamente al estado de ánimo del individuo, a sus relaciones con el entorno y a su capacidad para disfrutar de lo que le rodea.

Estudios epidemiológicos hechos en adultos muestran que el dolor crónico representa un importante problema de salud pública. La frecuencia de síndromes dolorosos persistentes aumenta con la edad.

Por otra parte, una característica relevante de este tipo de dolor es que la mayoría de los pacientes pueden sufrir crisis de dolor irruptivo, es decir, exacerbaciones transitorias del dolor, las cuales se asocian a mayor discapacidad. Son de rápida instauración, corta duración y elevada intensidad siendo su tratamiento principal las dosis de rescate ⁵ (dosis adicional equivalente al 50% de la habitual o al 10 % de la total diaria).

Con respecto a la clasificación fisiopatológica el dolor de tipo somático, se produce por activación de los nociceptores cutáneos o tejidos profundos; es bien localizado, sordo y punzante.

El dolor de tipo visceral, en cambio, se produce por estimulación de los nociceptores debido a la infiltración, compresión y estiramiento de vísceras; se caracteriza por ser profundo, opresivo y mal localizado. ^{3,10}

El dolor neuropático a su vez, se produce por daño del sistema nervioso central o periférico, después de la compresión o la infiltración tumoral de un nervio periférico o de la médula espinal o como consecuencia de un trauma o una lesión química del nervio, secundarios a daño quirúrgico, a radioterapia o a quimioterapia; se

caracteriza por ser tipo intenso, quemante, o disestésico, y es más frecuente en las áreas de pérdidas sensitivas.⁵

En relación a la incidencia, más de 80% de los pacientes en estado avanzado de la enfermedad tiene dolor mixto,³ es decir, en su mayoría presentan dolor nociocectivo (somático o visceral) y neuropático, siendo sólo el porcentaje menor (20%) el que presenta un dolor más específico.

Desde un punto de vista terapéutico esta clasificación permite definir 2 tipos de dolor: respondedor a opioides, como es el caso del dolor nociocectivo (somático/visceral) y no respondedor a opioides, como es el caso del dolor neuropático, es decir, es aliviado parcialmente por los opioides y que requiere fármacos coadyuvantes para su control.¹¹

Actualmente, en el ámbito de la salud se insiste cada vez más en la importancia del control del dolor. Esta importancia se argumenta en dos hechos fundamentales: Primero, que la repercusión negativa del dolor sobre las funciones básicas del paciente (sueño, apetito, actividad física) debilita su estado general, a la vez disminuye considerablemente su calidad de vida y estado de ánimo y segundo, que los conocimientos médicos actuales y los fármacos disponibles permiten abordar su control con éxito en la mayoría de los casos.⁷

Es en relación a esto que la Organización Mundial de la Salud considera el dolor oncológico un problema de prioridad, por lo que insiste en que todos los sistemas de salud deben establecer programas de vigilancia del control del dolor.

La evaluación continua del dolor es de vital importancia para tomar decisiones respecto a su tratamiento en casos de cáncer, exige un conocimiento no sólo del problema físico, sino también de los componentes psicológicos, sociales y espirituales del sufrimiento del paciente.^{1,4} Del mismo modo, la evaluación semiológica del dolor hace posible la formulación de su causa, así como de los mecanismos fisiopatológicos, estructuras involucradas y vías de conducción empleadas. Por lo tanto resulta fundamental para la selección de intervenciones terapéuticas y para el control de la eficacia y eficiencia del tratamiento implementado.⁷

La evaluación del dolor oncológico debe incluir:

1.- Intensidad del dolor: La cual es, sin lugar a dudas, la dimensión más sobresaliente del dolor y una gran variedad de procedimientos se han desarrollado para su evaluación.^{7,12}

Existen varios instrumentos para medirla, la más utilizada la Escala Visual Análoga (EVA). Según esta escala, se considera que la intensidad es 0, cuando hay ausencia de dolor; intensidad leve (entre 1 y 3), cuando el dolor es tolerable y no precisa iniciar tratamiento farmacológico o cambiar el que se recibe; intensidad moderada (entre 4 y 7), cuando sin ser el dolor el peor imaginable, limita las

actividades, por lo que es necesario iniciar o cambiar el esquema de tratamiento por uno de mayor potencia. Finalmente se considera como dolor de intensidad máxima (entre 8 y 10), al peor dolor imaginable o posible, presente la mayor parte del día, que impide las actividades y que obliga a iniciar o cambiar, a un esquema al igual que en el caso anterior, de mayor potencia.¹²

2.- Características de dolor: Localización, duración, ritmo, irradiación y calidad (por ejemplo, punzante, palpitante.) La localización y distribución del dolor son características que ayudan a comprender su fisiopatología. En este caso, hay formas didácticas para poder representarlo como diagramas corporales en donde el paciente puede marcar las áreas en donde siente dolor.¹³

3.- Factores que alivian el dolor: Como el movimiento, el reposo y lo que cada paciente considera le ayuda a disminuir su dolor.

4.- Efectos del dolor en las actividades cotidianas: El dolor de acuerdo a sus características en muchos pacientes suele ser invalidante, llegando a afectar cualquiera de sus actividades por más pequeña que esta sea y alterando directamente su calidad de vida. Por ejemplo, interfiere en el sueño, apetito, concentración etc.

5.- Preocupaciones que genera el dolor en el paciente: El dolor es una causa frecuente de estrés en los pacientes, ya que si no es bien controlado este siempre presente y afecta su estado anímico y su relación con el medio que lo rodea. Al mismo tiempo le produce inquietud por no poder realizar las actividades como antes, ya que esto trae consigo algunos problemas tales como los económicos, por ejemplo.

En el tratamiento del cáncer en etapa avanzada, el objetivo fundamental de la terapia farmacológica es aliviar el dolor en reposo y durante el movimiento con la menor cantidad posible de efectos colaterales, mantener al enfermo lúcido y consciente durante el día y aumentar la calidad y la cantidad de las horas de sueño durante la noche.⁵

El dolor oncológico casi siempre responde a tratamiento farmacológico utilizando analgésicos y adyuvantes administrados por vía oral. Para esto, se utiliza el modelo de la Organización Mundial de la Salud, basado en una escalera analgésica que propone una estrategia secuencial para el uso de los analgésicos y que constituye básicamente un marco de principios más que un protocolo rígido.¹⁴ Esta estrategia permite una flexibilidad considerable en la elección de fármacos específicos para el manejo del dolor oncológico. Asimismo, el tratamiento farmacológico de los demás síntomas se complementa con un tratamiento dirigido a la propia enfermedad y otras medidas no farmacológicas.³

Los cinco conceptos esenciales de la terapia farmacológica de la OMS para el dolor por cáncer son:

- Por vía oral.
- Por horario.
- Escalonada.
- De manera individual.
- Con atención al detalle.

El tratamiento correcto del dolor debe comenzar por una evaluación integral del dolor y de las consecuencias que tiene sobre el estado funcional del paciente.^{6,15}

Para esto existen 4 objetivos básicos:

1. Modificar la causa del dolor.
2. Alterar la percepción central del dolor.
3. Modular la transmisión del dolor al sistema nervioso central (SNC).
4. Bloquear la transmisión del dolor al SNC.

Esto se puede conseguir con un método simple que diseñó la OMS validado y efectivo para asegurar una terapia razonable para el dolor por cáncer, basado en el concepto de la escalera analgésica.

Los mecanismos del dolor asociado a la neoplasia son los siguientes:

- Lesión directa causada por la infiltración tumoral o por cambios inflamatorios
- Compresión de estructuras adyacentes producida por el crecimiento tumoral, el edema peri tumoral, la infección o la necrosis.
- Oclusión vascular.
- Obstrucción de las vísceras huecas.
- Invasión de estructuras nerviosas.

Por último, los tratamientos oncológicos también pueden ser causa de dolor en el paciente con cáncer:

- a) Cirugía: Síndromes post- cirugía, toracotomía, mastectomía y otros.
- b) Post-radioterapia: Radiodermatitis, proctitis, cistitis, enteritis, necrosis ósea, plexopatías.
- c) Post-quimioterapia: mucositis, polineuritis tóxica.

ANALGESICOS ORALES:

- Son útiles en amplia variedad de síndromes dolorosos cuando el dolor es de intensidad leve o moderada
- Fácilmente disponibles
- Proveen analgesia adicional cuando se combinan con los opioides y con otras técnicas analgésicas
- Pueden ser administrados por el paciente y por la familia
- Bajo costo.

OPIOIDES ORALES:

- Son efectivos tanto en dolor localizado como en dolor generalizado.
- Existen amplias opciones terapéuticas, se pueden prescribir incluso en dosis altas.
- Poseen propiedades ansiolíticas y sedantes que pueden ser útiles.
- Pueden ser administrados por el paciente y por la familia.
- Generalmente son poco costosos
- Algunas presentaciones están en forma de liberación controlada.

OPIOIDES TRANSDERMICOS:

- Larga duración de acción con un solo parche (48-72h)
- Permite el empleo de un opioide potente en pacientes que no toleran morfina o sus análogos.

- Fácil de usar, permitiendo la administración continua de un opioide sin requerir de bombas o agujas.
- Puede ser administrado por el paciente y su familia.

INFUSION EPIDURAL, INTRATECAL E INTRAVENTRICULAR:

- Es útil cuando el dolor no responde a terapias menos invasivas
- Se pueden agregar anestésicos locales a los opioides espinales logrando así analgesia adicional.

BLOQUEOS NEUROLITICOS REGIONALES:

- Efectivos para dolor en casos específicos.
- Puede ser útil en casos de dolor relacionado con el movimiento y en dolor visceral abdominal refractario a otras terapias.
- Puede disminuir los requerimientos de analgésicos en casos de dolor localizado.

ANTIDEPRESIVOS:

- Útiles en síndromes dolorosos asociados al dolor neuropático y en dolor causado por cirugía, quimioterapia o infiltración nerviosa
- Pueden estimular el sueño cuando son tomados al momento de acostarse.

En cuanto a la terapia coadyuvante, esta puede ser usada para potenciar la acción de los analgésicos, disminuir los efectos indeseables de los mismos o bien para tratar otros síntomas que con frecuencia acompañan al dolor crónico. Los coadyuvantes más utilizados son los psicotrópicos tales como los antidepresivos tricíclicos (amitriptilina, imipramina) anticonvulsivantes (carbamazepina, clonazepam) y glucocorticoides (prednisona, dexametasona), usados para el manejo el dolor por compresión medular y en algunos casos de dolor de difícil manejo secundario a metástasis Óseas. (5)

JUSTIFICACIÓN

Se pretende conocer el control del dolor en pacientes oncológicos atendidos en el servicio de anestesia y cuidados paliativos del hospital 1ro de Octubre, identificar los síndromes dolorosos más frecuentes, así como los requerimientos de medicamentos opioides y adyuvantes para optimizar los recursos del manejo del mismo. Además de mejorar el tratamiento actual para el manejo del dolor ya que esto es la piedra angular en Cuidados Paliativos.

Los enfermos en situación avanzada y etapa terminal por cáncer presentan una alta necesidad y demanda asistencial con implicación de todos los niveles de salud. El 25% de todas las hospitalizaciones corresponde a enfermos en su último año de vida, presentando además costos muy elevados.

Por diversas razones, entre las que destaca una orientación predominantemente curativa de la medicina actual y una limitada formación en cuidados paliativos, la atención estándar recibida por los enfermos en fase terminal no alcanza el grado de desarrollo necesario.

Las prioridades de los pacientes son: tener los síntomas aliviados, evitar una prolongación inapropiada de su situación, tener una sensación de control en la toma de decisiones.

El término cuidados paliativos hace referencia a toda una filosofía cálida y humanista de atención a enfermos y familias. Además, una concepción moderna de los cuidados paliativos implica sólidas bases organizativas, docentes e investigadoras.

HIPOTESIS

El tratamiento farmacológico para el dolor en el paciente oncológico disminuye 80 a 90% en los pacientes tratados en el servicio de anestesiología y cuidados paliativos del Hospital Regional 1º de Octubre

OBJETIVOS

General:

Evaluar el control del dolor en el paciente oncológico en el servicio de Anestesia y Cuidados paliativos del Hospital Regional 1° de Octubre

Específicos:

- Identificar los síndromes dolorosos más frecuentes de dolor de los pacientes tratados en el servicio.
- Identificar los principales diagnósticos oncológicos asociados a dolor en el servicio.
- Conocer la capacidad funcional del paciente Mediante escala de Karnofsky.
- Determinar los requerimientos de opioides.
- Determinar los requerimientos de adyuvantes.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio retrospectivo observacional, descriptivo, en el Hospital Regional 1° de Octubre del ISSSTE.

Se revisaron todos los expedientes y hojas de control domiciliario de pacientes con diagnóstico de dolor por cáncer del servicio de anestesia y cuidados paliativos de Enero a Diciembre del 2011.

CRITERIOS DE SELECCIÓN

CRITERIOS DE INCLUSION:

- Se revisaron todos los expedientes y hojas de control domiciliario de pacientes con diagnóstico de dolor por cáncer del servicio de anestesia y cuidados paliativos de Enero a Diciembre del 2011.

CRITERIOS DE EXCLUSION

- Expedientes incompletos

CRITERIOS DE ELIMINACION

- Paciente los cuales dejaron de acudir al servicio para consulta subsecuente.

VARIABLES E INSTRUMENTOS DE MEDICION

Se estudiaron las variables de Edad, Género, Diagnostico Oncológico, Dolor, Karnofsky, Requerimiento de Opioides y de Adyuvantes.

PLAN DE ANALISIS ESTADISTICO

Para la descripción estadística de los resultados se utilizo media y desviación estándar. Para el análisis estadístico se utilizará prueba de T de student, U-Mann-Whitney o chi-cuadrada, de acuerdo a la naturaleza y distribución de cada variable. Se considerará una significancia estadística cuando $p \leq 0.05$.

RESULTADOS

En este estudio se incluyeron un total de 141 expedientes completos y hojas de control domiciliario de pacientes con diagnostico de dolor por cáncer del servicio de anestesia y cuidados paliativos de Enero a Diciembre del 2011

	Total	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
Edad	141	17	90	61.57	13.047
Diagnostico algologico	141	1	3	1.18	.401
Karnofsky	141	60	100	81.77	7.954
EVA inicial	141	6	10	8.35	.645
EVA intermedio	141	2	7	5.04	1.262
EVA Final	141	0	4	2.27	.726
Dosis adyuvantes	141	0	150	98.97	56.374
Total valido	141				

Cuadro 1 Características Generales.

Resultados expresados como media \pm desviación estándar. Las variables cuantitativas se analizaron con T student y U-Mann-Whitney,



Grafica 1. Frecuencia de casos de acuerdo al Diagnóstico Oncológico.

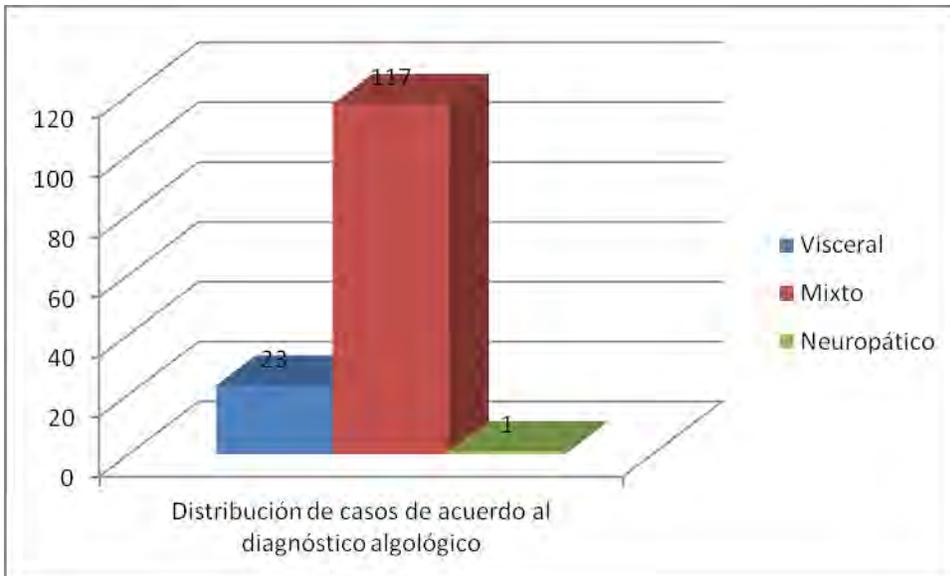
Aquí observamos los principales diagnósticos oncológicos.

La distribución de la población estudiada en función de las diferentes variables de interés es como sigue:

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Valido
Valido	Femenino	93	66.0	66.0
	Masculino	48	34.0	34.0
	Total	141	100.0	100.0

Cuadro 2. Distribución de expedientes de acuerdo al género.

Se observa una predominancia del sexo femenino en un 66%.



Grafica 2. Distribucion de pacientes de acuerdo al diagnostico algologico.

Se observa un predominio significativo del dolor tipo mixto, como se reporta en la literatura mundial.

	Frecuencia	Porcentaje
Fentanyl TD	6	4.3
Tramadol	84	59.6
Buprenorfina TD	30	21.3
Morfina	13	9.2
Oxicodona	6	4.3
Metadona	2	1.4

Cuadro 3. Esquema de medicamentos utilizados en el tratamiento inicial.

Donde predomina el Tramadol y la Buprenorfina transdermica.

	Frecuencia	Porcentaje
Fentanyl TD	11	7.8
Tramadol	49	34.8
Buprenorfina TD	51	36.2
Morfina	17	12.1
Oxicodona	9	6.4
Metadona	3	2.1
Hidromorfona	1	.7

Cuadro 4. Esquema de tratamiento utilizado en las consultas subsecuentes.

Donde se observa en un 36.2% de predominio de la Buprenorfina transdermica y 34% de Tramadol.

	Frecuencia	Porcentaje
Fentanyl TD	13	9.2
Tramadol	39	27.7
Buprenorfina TD	53	37.6
Morfina	19	13.5
Oxicodona	12	8.5
Metadona	4	2.8
Hidromorfona	1	.7

Cuadro 4. Esquema utilizado en las últimas consulta del tratamiento de dolor.

La Buprenorfina transdermica, continua siendo de los mas opioides mas utilizados para control del dolor en pacientes oncológicos.

	Frecuencia	Porcentaje
No fármacos	15	10.6
Amitriptilina	14	9.9
Haloperidol	2	1.4
Pregabalina	110	78.0
Total	141	100.0

Cuadro 5. Esquema de adyuvantes.

Encontramos un predominio de Pregabalina de un 78%.

	Frecuencia	Porcentaje
Dolor severo	140	99.3
Dolor moderado	1	.7
Total	141	100.0

Cuadro 6 Clasificación del EVA inicial.

	Frecuencia	Porcentaje
Dolor severo	21	14.9
Dolor moderado	103	73.0
Dolor leve	17	12.1
Total	141	100.0

Cuadro 7 Clasificación del EVA intermedio.

	Frecuencia	Porcentaje
Dolor moderado	6	4.3
Dolor leve	135	95.7
Total	141	100.0

Cuadro 8 Clasificación del EVA final.

	Valores	
Pearson Chi-Square	7.346 ^a	.025
Likelihood Ratio	4.284	.117
Linear-by-Linear Association	3.936	.047
N of Valid Cases	141	

Cuadro 9 Prueba de Chi cuadrado.

Donde apreciamos una significancia estadística entre los valores de los distintos EVAS que nos demuestran una disminución significativa del dolor.

DISCUSION

De acuerdo a lo reportado en la literatura, la prevalencia del cáncer es creciente, anualmente se diagnostican más de un millón de nuevos casos en estados unidos. El dolor es uno de los síntomas de mayor incidencia en pacientes oncológicos, se presenta hasta en un 50 a 70% y por desgracia este no se maneja de forma adecuada lo que causa un sufrimiento innecesario.

El cáncer es la tercera causa de muerte en México, el NCI (National Cancer Institute) estima que alrededor de 12 millones de americanos con historia de cáncer estaban vivos en enero del 2008. Uno de cada 2 hombres, y una de cada 3 mujeres se diagnosticara con cáncer en el transcurso de su vida. En EE.UU. en el 2012 alrededor de 1, 638,910 nuevos casos de cáncer se diagnosticaran. De los cuales alrededor de 577,190 fallecerán por esta enfermedad.

A medida que el cáncer va avanzando progresivamente y ya no existe evidencia clínica de curación o mejoría, nos encontramos con una enfermedad oncológica en etapa avanzada, en la que no existen posibilidades de respuesta a un tratamiento específico, asociada a numerosos problemas o síntomas intensos, múltiples y cambiantes.

Diversos estudios han demostrado que la prevalencia del dolor por cáncer aumenta con la progresión de la enfermedad, y que la intensidad, tipo y localización del dolor varía de acuerdo al sitio primario del cáncer, extensión de la progresión de la enfermedad y los tratamientos empleados.

Entre los pacientes con diagnostico de cáncer, el 50-70% de ellos cursa con dolor en el transcurso de su enfermedad, no tratándose de forma adecuada en la mitad de ellos, lo que ocasiona sufrimiento del paciente.

El dolor es un complejo fenómeno de respuestas neurofuncionales y subjetivas e individuales a un estímulo nocivo.

El tratamiento farmacológico y otras medidas simples producen alivio en 90% de los pacientes, mientras las medidas intervencionistas resuelven el problema en los casos restantes.

El seguimiento y manejo del dolor en los pacientes oncológicos es de gran importancia, ya que el dolor no sólo es uno de los síntomas de mayor frecuencia, sino que también interfiere en diversos ámbitos de la vida del paciente, impidiendo que éste tenga una calidad de vida aceptable y, por tanto, debe combatirse de modo enérgico.

La evaluación del dolor oncológico debe incluir: Intensidad del dolor, Características de dolor, Factores que alivian el dolor, Efectos del dolor en las actividades cotidianas y Preocupaciones que genera el dolor en el paciente.

Existen varios instrumentos para medirlo, el más utilizado es la Escala Visual Análoga (EVA). Según esta escala, se considera que la intensidad es 0, cuando hay ausencia de dolor; intensidad leve (entre 1 y 3), cuando el dolor es tolerable y no precisa iniciar tratamiento farmacológico o cambiar el que se recibe; intensidad moderada (entre 4 y 7), cuando sin ser el dolor el peor imaginable, limita las actividades, por lo que es necesario iniciar o cambiar el esquema de tratamiento por uno de mayor potencia. Finalmente se considera como dolor de intensidad máxima (entre 8 y 10), al peor dolor imaginable o posible, presente la mayor parte del día, que impide las actividades y que obliga a iniciar o cambiar, a un esquema al igual que en el caso anterior, de mayor potencia.

Para lograr el control del dolor, se evalúa el EVA no solo con la respuesta farmacológica, si no con un manejo integral, desde un punto de vista físico, psicológico, social y espiritual.

En el tratamiento del cáncer en etapa avanzada, el objetivo fundamental de la terapia farmacológica es aliviar el dolor en reposo y durante el movimiento con la menor cantidad posible de efectos colaterales, mantener al enfermo lúcido y consciente durante el día y aumentar la calidad y la cantidad de las horas de sueño durante la noche.

En el servicio de anestesiología y cuidados paliativos del Hospital Regional 1° de Octubre ISSSTE, se dispone una amplia gama de opioides fuertes, con lo cual en caso de ser necesario se hace la rotación de estos mismos para disminuir los efectos colaterales, cabe señalar que la mayoría de nuestros pacientes llegan sin antecedentes de manejo con analgésicos opioides, por lo cual para disminuir los efectos colaterales indeseables iniciamos manejo con un opioide débil y se da la oportunidad de una cita temprana para ajustar la dosis o se cambia a un opioide fuerte. Manejando los ajustes de acuerdo a la norma de control del dolor con cita abierta al servicio de cuidados paliativos.

En cuanto a la terapia coadyuvante, esta puede ser usada para potenciar la acción de los analgésicos, disminuir los efectos indeseables de los mismos o bien para tratar otros síntomas que con frecuencia acompañan al dolor crónico.

Los coadyuvantes más utilizados son los psicotrópicos tales como los antidepresivos tricíclicos, anticonvulsivantes y glucocorticoides

CONCLUSIONES

En general, el manejo del dolor en el servicio de anestesia y cuidados paliativos del Hospital Regional 1º Octubre se puede considerar efectivo, ya que en todos los pacientes se logró disminuir la intensidad inicial del dolor, incluso en la mayoría la intensidad disminuyó a una considerada aceptable para ellos. Esta efectividad permitió una mejoría de la calidad de vida en todos los pacientes.

Es clave recordar que los pacientes oncológicos requieren de un tratamiento integral del dolor, ya que el origen de éste es multifactorial.

Para lograrlo, se cuenta con un servicio de profesionales en manejo de dolor: Médicos Allogologos, Médicos Paliativistas, Enfermeras, Tanatologos y Psicólogos. Además de contar con todo el abanico de medicamentos opioides y adyuvantes los cuales se administran hasta encontrar la disminución y control de dolor y la menor presencia de efectos secundarios desagradables para el paciente siempre en una forma individualizada y con la opción de cita abierta al servicio de paliativos.

De esta forma, se está contribuyendo a que los pacientes se sientan más acogidos y comprendidos, con un tratamiento del dolor más especializado e integral, cuyo fin último es lograr el bienestar del paciente.

BIBLIOGRAFIA

1. - IASP-subcommittee on Taxonomía. Classification of chronic pain.
Descriptions of Chronic pain syndromes and definitions of pain terms.
2002; 1-36.
2. Plancarte SR, Mille LJ, Mayer RF. Manejo del dolor en cáncer. Cir Ciruj
2002; 70: 356-368.
3. Waldman SA, Borsook D. Cuidados paliativos del dolor canceroso. En:
Borsook D, LeBel A & Mc-Peek B. Massachusetts General Hospital
Tratamiento del Dolor. España, Marban. 2000; 354-360.
4. González BS, Rodríguez LM. El dolor: fisiopatología, clínica, sistemas de
medición. En: González BM, Ordóñez GA (eds): Dolor y cáncer, hacia
una oncología sin dolor. Madrid: Panamericana 2003:7-33
5. <http://www.medscape.com/viewarticle/408972>.
6. Amescua GC. Tipos de dolor por modalidad sensorial y sitio de afección.
En: Plancarte SR, Mayer RF (eds): Alivio del dolor y cuidados paliativos
en pacientes con cáncer. México: McGraw-Hill 2003:91-102.
7. Cervero F, Laird JM. Visceral pain. Lancet 1999; 353: 2145-2148. Cherny N.
The pharmacologic management of cancer pain. Oncology2004;
18:1499-1515.
8. Organización Mundial de la Salud. Alivio del dolor en cáncer. Ginebra
1987:19-21
9. Bonica JJ. Cancer Pain. En: Bonica JJ. The management of pain. 2nd
edition. Philadelphia: Lea and Phebiger, 1990: 400-460.

10. Catalá E et al. Tratamiento del dolor en el paciente oncológico: visión integral. 2ª edición. Ed Saned SL, 1994.
11. Miguel R. Interventional treatment of cancer Pain: The fourth step in the world health organization analgesic ladder? JMCC 2000; 7: 149-156.
12. Flores J, Reig E. Terapéutica farmacológica del dolor. Pamplona: Eunsa; 2003
13. Evans HC, Easthope SE. Transdermal Buprenorphine. Drugs 2003; 63. 1999-2010.
14. Bruera E, Belzile M, Pituskin E, Fainsinger R, Darke A, Harzanyi Z et al. Randomized, double-blind, cross-over trial comparing safety and efficacy of oral controlled-release oxycodone with controlled release morphine in patients with cancer pain. J Clin Oncol 2008; 16: 2008: 3222-3229.
15. Gómez SM, Ojeda MM. El dolor: Analgésicos opiáceos. En: González MB (ed.). *Tratado de medicina paliativa y tratamiento de soporte en el enfermo con cáncer*. Madrid: Panamericana; 2006.p. 467-481.