

MEDICINA AL DIA

TERAPEUTICA DEL DOLOR CRONICO MALIGNO

* Dr. Enrique Sanchez Delgado

* Dr. Cayetano Espinosa

* Dr. Julio Briceño

* Heinz Liechti M. Sc.

* Del Laboratorio Solka S. A. Carretera Masaya Km 16½, Managua, Nicaragua

1.- ELEMENTOS BASICOS DE ANALISIS

a) Los dolores de un paciente con Cáncer no son siempre causados por el Ca. Ej: migraña o cefalea tensional en un paciente con Ca del SNC tratado previamente con éxito (hacer buen diagnostico).

b) Siempre que sea posible deben aclararse con exactitud las causas que desencadenan el dolor (Ej: metástasis óseas, compresión de nervios, consecuencias del tratamiento previo, etc).

c) Se deben agotar las posibilidades del tratamiento causal: operación, radiaciones, quimioterapia, hormonoterapia.

d) Se deben evaluar con detenimiento y precisión , la aplicación de medidas neuroquirúrgicas o anestésicas.

2.- PRINCIPIOS DE TRATAMIENTO

El objetivo básico es la libertad del dolor, y por tanto, la prevención del dolor, tratando de

desactivar la memoria del dolor, pero manteniendo el sensorio y la conducta afectiva. Se deben respetar los principios farmacológicos básicos como: dosificación suficiente y regular, según la duración del efecto y no solamente ocasional o PRN en los dolores de suficiente intensidad y duración... Aplicabilidad sencilla (oral, rectal)... Terapeutica en forma escalonada... Utilizar los narcóticos (opiáceos) cuando sea necesario y no esperar hasta la fase "terminal" (el "peligro de dependencia" en este grupo de pacientes no es un problema)... No usar placebos... Encontrar la dosis adecuada lo mas pronto posible... Anticiparse al dolor.

3.- PLAN ESCALONADO PARA EL TRATAMIENTO DEL DOLOR POR CANCER (BASADO EN LAS RECOMENDACIONES DE LA OMS)

Las siguientes medidas se deben aplicar respetando las contraindicaciones y los posibles efectos secundarios. La dosis debe

eventualmente reducirse en pacientes viejos, caquéticos o con limitaciones de la función renal o hepática.

Escalón I :

Dolores leves a moderados, solo ocasionalmente Usar medicamentos como en el escalón II pero PRN (AINE = NSAID o ANN = Analgésicos No Narcóticos; Anti-Inflamatorios No Esteroides).

Escalón II :

Dolores leves a moderados (casi permanentes)... uso regular de un analgésico de acción periférica (ANN)... anticiparse al dolor : es mejor despertar al paciente para su dosis nocturna que dejar que el dolor lo despierte.

A) Diclofenac 100-200 mg/d (2 x 1 tab 100 mg o supos)

B) Agregar ASA 100 mg/ d si se necesita efecto antiplaquetario, p o masticable o efervescente.

C) Si hay historia de úlcera, Tx corticoide o trombocitopenia: Paracetamol (Acetaminofén) 500-1000 mcg c/ 4 h (tab o supos)... en esta etapa se puede agregar si es necesario antidepresivos, miorrelajantes, etc. (ver adelante).

Escalón III:

Dolores moderados a severos casi constantes o permanentes, o cuando no basta con el escalón II... uso regular de un ANN (acción periférica) como en el escalón II, mas un analgésico opioide suave (acción central), Tramadol caps o gts (50-100 mg T i d-Q i d), o Tilidín 200-400 mg/d (caps o gts /6 h), o Propoxifeno p o (+ / -ANN) o Codeína y derivados p o.

Escalón IV.-

Dolores constantes o cuando no basta con escalón III.

A) Buprenorfina 0.2 mg tab sublingual (s.l.) c 8 h, uso regular, pudiendo aumentar de ser necesario a 6 tab c 8 h s.l.

B) Morfina p o, "slow release tab" (MST 30 c 12 h), uso regular, pudiendo aumentar, adaptando a la intensidad del dolor, hasta un máximo de 26 tab /d (800 mg/d) en el paciente ambulatorio. Si no basta, se usan medidas adicionales (ver adelante) y / o el uso de morfina parenteral. Mientras se usa morfina, se debe prevenir el estreñimiento con laxantes, como lactulosa u otros.

4.- TERAPIA ANALGESICA PARENTERAL

Es practicamente inevitable en la fase terminal. También aquí se aplican los principios de una dosificación suficiente y regular.

El opioide se usa en una infusión/24 h (bomba de infusión o perfusor) de ser necesario, o bien I V , I M, o S C, según su duración. Tramadol 50-100 mg T i d-Q i d (max 400 mg/d), o Nalbufina 10-20 mg c 3-6 h, o Meperidina (Petidina) 25-100 mg c 4 h, o Buprenorfina 0.9 mg (3 amp)/ 24 h continuas, o Morfina 40 mg (4 amp)/ 24 h continuas ... si se necesitan ANN parenterales, además de Diclofenac I M, se pueden usar para aplicación I V/ IM Dipirona (Metamizol/Oxiquinazina o Aspirina I V, o Clonixinato de Lisina, o Tenoxicam (1x en 24 h), a intervalos según dure su efecto.

5.- MEDIDAS ADICIONALES.-

Se pueden usar de ser necesario, en cualquiera de las etapas, respetando sus contraindicaciones y efectos secundarios.

A) Depresión.-

Antidepresivos adaptados al paciente... estimulantes como Clomipramina, 2-3 mg, o Mocloemide (I.R.M.A.), 1-3 x 150 mg, o sedantes como Amitriptilina en la noche 1-2 x 25 mg.

B) Ansiedad o excitación.-

Neurolepticos como Levopromazina 12.5-25 mg, o Haloperidol gts 10-30 mg. Estar alertas por posible hipotensión , especialmente en ancianos y deshidratados.

C) Metástasis cerebrales sintomáticas.-

Dexametasona 6 x 4 mg.

D) Dolor óseo.-

Calcitonina 100 U I, subcutanea / dia, por 2-3 semanas.

E) Linfedema.-

Elevación de la extremidad, vendaje, masaje linfático, diuréticos, Prednisolona 10-30 mg/d.

F) Tensión muscular.-

Miorrelajantes como Orfenadrina (también con efecto antiparkinsoniano), 2 x 1 tab 100 mg, o un supositorio 75 mg, también disponible en amp, o Diazepán p o , 10 mg B i d-T i d.

G) Compresión de nervios.-

Predni(so)lona p o , 10-30 mg/dia... Carbamazepina en dolores neuropáticos.

H) Estreñimiento.-

Laxantes como lactulosa jarabe u otros.

I) Insomnio.-

Neurolépticos o antidepresivos sedantes

como Amitriptilina, 1-2 x 25 mg en la noche.

J) Náuseas, vómitos.-

Metoclopramida p o, supositorios, I V, (+/- Dexametasona Ej: 50 mg, MCP + 20 mg DXM en D-5-500 ml/ 3h, en vómitos por citotóxicos, sistema "high dose"), o bien Haloperidol 10-20 gts B i d-T i d, o bien Ondastrón I V/p o, amp y tab de 4 y 8 mg.

K) Dolores viscerales, Ej Cólicos.-

Espasmolíticos mas analgésicos como Butilescopolamina (+/-Dipirona), 3 x ½ a 1 amp I V, lenta o 3-5 x 1 tab o supos... en caso necesario evaluar un bloqueo neurolítico de las vías aferentes del dolor en el ganglio celiac (para los organos abdominales superiores), o del tronco simpático lumbar (para los órganos abdominales inferiores).

TABLA No. 1

COMPLICACIONES POR A I N E (NSAID)
(x millón de recetas en G.B. 1979-84)

MEDICAMENTO	MUERTES	COMPL HEMATOL	ULCERA
Ibuprofén	1.5	0.4	0.7
Naprofén	4.6	0.8	2.9
Oxifenbutazona	6.2	3.7	0.6
Piroxicam	7.0	0.9	4.7
Benoxaprofén (este producto fue retirado del mercado)	50.0	8.0	11.4
Ketoprofén	3.0	0.2	2.3
Diclofenac	5.3	0.5	2.8
Fenilbutazona	6.7	3.7	1.5
Indometacina	7.1	0.8	4.8
Aspirina: Gastritis/Ulcera, Hemorragias, Reye*s (buena tolerancia en dosis bajas, antiplaquetarias)			
Acetaminofén: (Paracetamol) Hígado (sobredosis)			
Dipirona/Metamizol/Oxiquinazina: ver Pirazolonas (Oxifenbutazona y Fenilbutazona)			

TODOS LOS AINE:

Pueden afectar en algún grado la función renal, interferir con la acción de los inhibidores de la ECA, provocar reacciones alérgicas y aumentar la toxicidad del Metotrexato, entre otras cosas.

Su gran utilidad debe sopesarse con la situación y necesidad particular del paciente, y con el análisis beneficio/riesgo, para su mejor escogencia en cada caso específico.

6.- MEDIDAS PARA CASOS DE CONTROL INADECUADO DEL DOLOR.-

A) Aplicación de opioides por vía peridural (+/- Bupivacaina)

B) Destrucción neurolítica de las raíces posteriores por medio de bloqueo intraespinal o rizolisis química extratecal, en dolores que están limitados a 3 segmentos nerviosos.

C) Cordotomía percutánea todas estas son medidas altamente especializadas que deben ser cuidadosamente evaluadas.

REFERENCIAS

- 1.- Bowdler I, Sanchez Delgado E, et al (modificado). Tratamiento del dolor crónico maligno. Conferencia Interdisciplinaria del dolor. Universidad de Ulm Alemania, 1986.
- 2.- DIE ROTE LISTE 1993. Editio Cantor Verlag, Aulendorf, Alemania.
- 3.- TRANSPARENZ-TELEGRAM 1988, A . V . I . Arzneimittel-Verlags-Gmbf. Berlin, p 719
- 4.- Melzack R. La tragedia del dolor innecesario. Investigación y Ciencia (Sc. Am. esp.). Abril 1990; 163:11-18
- 5.- Porzsolt F, Heimpel H, et al. Objetivos del tratamiento paliativo en el Cáncer. International Workshop 1992, Tumorzentrum, Universidad de Ulm, Alemania (60 expertos de 11 países y cuatro continentes, con patrocinio de la OMS. Dt. Aertzblatt 89, Heft 37, 11. September 1992: C-1667-68