

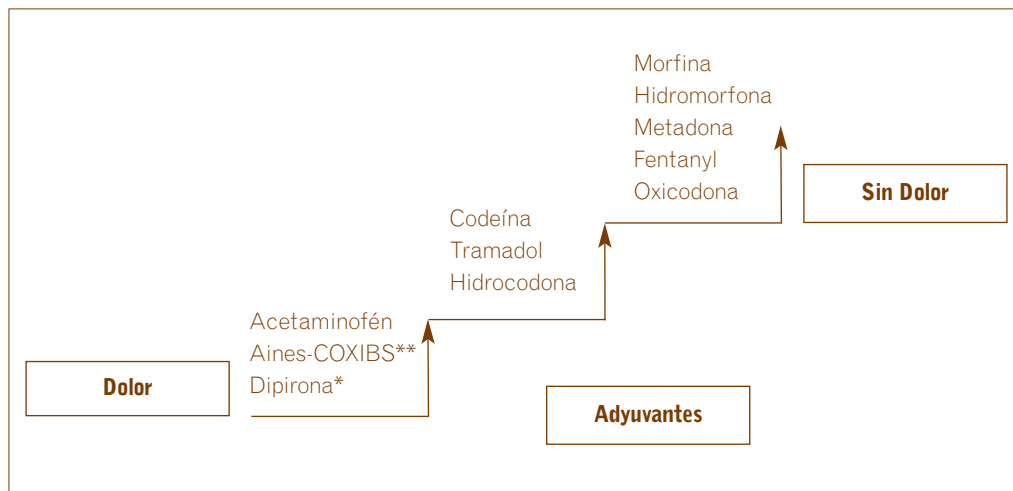
6. ANALGESIA OPIOIDE EN DOLOR POR CÁNCER

Dr. JAIRO MOYANO

INTRODUCCIÓN

La utilización de la escalera analgésica continúa siendo la clave para un adecuado tratamiento del dolor por cáncer. Las principales ventajas de este método son la simplicidad y eficacia. El análisis de los resultados satisfactorios obtenidos en la inmensa mayoría de pacientes se debe a un desarrollo de la escalera analgésica -a cargo de enfermeras y médicos- con especial atención a los detalles. El procedimiento consiste en asociar AINES a opioides por vía oral de acuerdo a un horario determinado para cada paciente y en titular constantemente la dosis versus el efecto.

G1_Escalera analgésica de la Organización Mundial de la Salud



* De amplia utilización en América Latina

** Aprobación FDA para dolor crónico

*1_Comentarios sobre el primer peldaño de la escalera analgésica (antiinflamatorios no esteroideos)_*Se indican preferentemente para el tratamiento del dolor de leve a moderado en el paciente que no ha recibido opioides. Desde un punto de vista práctico, los AINES ven limitada su utilización por la gastropatía y nefropatía asociadas con su uso prolongado (en mayores de 65 años, en historias de úlcera y en uso concomitante de corticoides). Una utilización más racional podría incluir su formulación en el tratamiento del dolor incidental.

*2_Comentarios sobre el segundo peldaño de la escalera analgésica (opioides débiles)_*Los fármacos disponibles son codeína hidrocodona y tramadol. Los opioides de este nivel están indicados en pacientes con dolores de leves a moderados, no tolerantes a los opioides y, en general, por cortos períodos antes de decidir el uso de agonistas puros más potentes.

Desde un punto de vista práctico, se pueden utilizar hasta alcanzar dosis de 400 mg diarios de codeína oral y alrededor de 500 mg diarios de tramadol oral o parenteral.

Principios del tratamiento farmacológico del dolor por cáncer

- + Fármaco de acuerdo al tipo de dolor: *opioides débiles vs. fuertes*
- + Dosis de rescate: *10% de la dosis en 24 horas*
- + Anticipación de efectos secundarios: *sedación inicial, estreñimiento crónico*
- + Aprovechamiento de sinergismo: *aines + opioides + bloqueadores NMDA*
- + Individualización: *titular de "abajo hacia arriba"*
- + Enfermedades generales: *insuficiencia hepática y renal*
- + Evaluación frecuente: *2 veces al día en pacientes hospitalizados*
- + Creer en la evaluación del paciente

3_Comentarios sobre el tercer peldaño de la escalera analgésica _(opioides fuertes)

Frecuentemente se dispone de cuatro fármacos para el dolor de moderado a severo: morfina, hidromorfona, metadona y fentanilo. Tradicionalmente la morfina ha constituido la primera línea de tratamiento por vía oral o subcutánea, por ser un fármaco de fácil titulación debido a sus cuatro horas de promedio de vida activa, prolongables hasta el doble en los pacientes geriátricos.

Durante los primeros dos días de titulación se presentarán los reajustes de dosis más importantes, hasta encontrar los requerimientos analgésicos del paciente. Para esto es importante la evaluación diaria en la intensidad del dolor y la contabilización de las dosis de rescate. Las mismas consideraciones son válidas para la oxicodona e hidromorfona de liberación inmediata. La metadona puede considerarse como primera línea de tratamiento en pacientes con insuficiencia renal o hepática o como alternativa en pacientes con gran tolerancia farmacológica a otros opioides, o en pacientes en quienes el temor a la adicción continúe siendo una barrera a pesar de una adecuada educación. A diferencia de la morfina, el periodo de titulación tiende a ser más prolongado debido a su larga vida de eliminación, requiriendo evaluación y reajustes continuos en el curso de la primera semana. Especial precaución debe prestarse con los pacientes que jamás han recibido opioides, sobre todo en el curso de los primeros tres días de tratamiento por la posibilidad de efectos secundarios (sedación, náusea, vómito). La hidromorfona constituye una alternativa práctica para la administración parenteral de opioides o en los casos de rotación en pacientes con pobre respuesta a la morfina o altos requerimientos de la misma.

Las dosis de rescate utilizan el mismo opioide que se usa regularmente —aun en el caso de la metadona que proporciona niveles séricos altos, adecuados para el dolor incidental— en el curso de los siguientes 20 minutos posteriores a su administración.

	Dosis* Inicial	Número de dosis/día
MORFINA	5-15 mg	X 4
METADONA	5-10 mg	X 2
OXICODONA	5-20 mg	X 4
HIDROMORFONA	1-2 mg	X 4

* *Tres rescates o más en 24 horas implica incremento de dosis*

● CONCLUSIONES

Los agonistas opioides por vía oral continúan siendo la piedra angular para el tratamiento del dolor por cáncer. La combinación con AINES —como los nuevos inhibidores de la ciclooxigenasa 2 puede ser beneficiosa cuando se demuestre un menor perfil de toxicidad, al igual que la utilización de los bloqueadores de los receptores NMDA en pacientes tolerantes y de los nuevos y más selectivos alfa 2 agonistas. La utilización de procedimientos intervencionistas de eficacia comprobada pueden ser una alternativa adecuada frente a una limitada disponibilidad de opioides. El tratamiento oportuno de los efectos secundarios es un prerrequisito para una analgesia opioide exitosa.

Errores y/o efectos secundarios más frecuentes

Náusea y vómito
Estreñimiento
Sedación
Analgesia inadecuada
Mala información

Tratamiento

Antieméticos inicialmente
Laxantes crónicamente
↓ dosis, ↑ intervalo, metilfenidato
Reajuste de dosis / dosis de rescate
Iniciar con educación a la familia

Lecturas recomendadas

- 1_Bruera E, Pereira J, Watanabe S, et al. (1996) Opioid rotation in patients with cancer pain: A retrospective comparison of dose ratios between methadone, hydromorphone, and morphine. *Cancer*; 78:852-857.
- 2_Christrup LL, Sjogren P, Hansen SH, Jensen NH. (2002) Changing M3G|M6G ratios and pharmacodynamics in a cancer patient during long-term morphine treatment. *J Pain Symptom Manage*; 23: 5-7.
- 3_Goudas L, MD, Carr D, MD, et al. Management of Cancer Pain, Vol 1; New England Medical Center EPC, Boston, MA.