

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO



**MANEJO DEL DOLOR EN PACIENTES
ONCOLÓGICOS**

ROXANDA AMARILIS ESCOBAR SOTO

Tesis

Presentada ante las autoridades de
Escuela de Estudios de Postgrado de la
Facultad de Ciencias Médicas
Maestría en Anestesiología
Para obtener el grado de
Maestra en ciencias en Anestesiología

Enero 2013



Facultad de Ciencias Médicas Universidad de San Carlos de Guatemala

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

HACE CONSTAR QUE:

La Doctora: Roxanda Amarilis Escobar Soto
Carné Universitario No.: 100017983

Ha presentado, para su EXAMEN PÚBLICO DE TESIS, previo a otorgar el grado de Maestra en Ciencias en Anestesiología, el trabajo de tesis: **"Manejo del Dolor en pacientes oncológicos"**

Que fue asesorado: Dr. Erick Solá Velarde
Y revisado por: Dr. Julio Fuentes Mérida MSc.

Quiénes lo avalan y han firmado conformes, por lo que se emite, la ORDEN DE IMPRESIÓN para enero 2013.

Guatemala, 22 de noviembre de 2012



Dr. Carlo Humberto Vargas Reye MSc.
Director
Escuela de Estudios de Postgrado



Dr. Luis Alfredo Ruiz Cruz MSc.
Coordinador General
Programa de Maestrías y Especialidades



/lamo

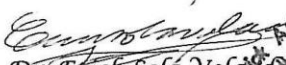
Quetzaltenango, 31 julio 2012.

Dr. Luis Martínez
Docente de posgrado
Maestría en Anestesiología
Hospital Nacional de Quetzaltenango.

Por este medio le envío el Informe Final de Tesis "MANEJO DEL DOLOR EN PACIENTES ONCOLÓGICOS" HOSPITAL NACIONAL DE QUETZALTENANGO 2009-2011, perteneciente a la Doctora Roxanda Amarilis Escobar Soto, el cual ha sido revisado y APROBADO.

Sin otro particular, de usted deferentemente

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"


Dr. Erick Sola Velazquez
Asesor de Tesis
Hospital Nacional de Occidente

(Circular stamp: Erick Sola Velazquez, Deco y C. Uruapan, Colima, Jalisco, No. 271)

Quetzaltenango, 31 de julio de 2012.

Dr. Luis Martínez

Docente de Posgrado

Maestría en Anestesiología

Hospital Nacional de Quetzaltenango.

Por este medio le envío el informe final de Tesis "MANEJO DEL DOLOR EN PACIENTES ONCOLÓGICOS, HOSPITAL NACIONAL DE QUETZALTENANGO 2009-2012". Perteneciente a la Doctora Roxanda Amarilís Escobar Soto, el cual ha sido revisado y APROBADO.

Sin otro particular, de usted deferentemente

"ID Y ENSEÑAR A TODOS"

Dr. Julio Fuentes Mérida

Revisor de Tesis

Hospital Nacional de Quetzaltenango



AGRADECIMIENTOS

A DIOS POR SER EL DUEÑO Y SEÑOR DE TODO LO CREADO, POR HABERNOS DADO EL REGALO DEL ESPÍRITU SANTO CUYOS DONES ME HAN PERMITIDO LLEGAR HASTA ESTE PUNTO ACADÉMICO. EN ESPECIAL POR EL DON DE LA SABIDURÍA, INTELIGENCIA Y LA CIENCIA.

A MIS PADRES Roel Escobar y Sandra Soto POR APOYARME EN TODAS LAS ETAPAS DE MI VIDA Y EN ESPECÍFICO POR SU ACOMPAÑAMIENTO INCONDICIONAL DURANTE EL ENTRENAMIENTO DE MI MAESTRÍA.

A MI ESPOSO Elvis Mérida POR SU INCANSABLE PRESENCIA, AMOR Y ALIENTO DIARIO A LA SUPERACIÓN Y REALIZACIÓN COMO MUJER PROFESIONAL.

A MIS HERMANOS Eddie, Ruth y Juan Carlos por su apoyo emocional, consejos y por todos los favores que he recibido de sus manos. Y A MIS SOBRINAS Amiti y Amane por su alegría y energía que me dan a cada instante.

A MIS suegros, cuñadas, abuelitos, tíos y primos por sus oraciones y por formar parte de mi vida.

A MIS COMPAÑEROS Y AMIGOS por todo el tiempo compartido durante mi entrenamiento en la maestría, por la solidaridad y amistad.

A MIS PROFESORES, DOCTORES y amigos que me ayudaron y enseñaron a ser una mejor profesional durante el entrenamiento de esta maestría en especial a Dr. Erick Solá y Dr. Luis Martínez. Dios los bendiga siempre.

A HOSPITAL NACIONAL DE QUETZALTENANGO, UNICAR, Por haber permitido mi formación, práctica, desempeño y desarrollo en sus instalaciones y por todas las personas maravillosas que pude conocer en estos lugares.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

INDICE DE TABLAS

RESUMEN

I.	INTRODUCCIÓN.....	1
II.	ANTECEDENTES.....	2
	2.1. Contexto.....	2
	2.2. Definición.....	5
	2.3. Fisiopatología.....	6
	2.4. Tratamiento.....	9
	2.5. Cuidados paliativos en paciente con cáncer.....	25
	2.6. Procedimientos intervencionistas.....	26
	2.6.1. Procedimientos menores.....	26
	2.6.2. Procedimientos mayores.....	28
	2.7. Dolor oncológico.....	32
III.	OBJETIVOS.....	34
	3.1. General.....	34
	3.2. Específicos.....	34
IV.	MATERIAL Y MÉTODOS.....	35
	4.1. Tipo de estudio.....	35
	4.2. Población o universo de estudio.....	35
	4.3. Criterios de Inclusión.....	35
	4.4. Criterios de exclusión.....	35
	4.5. Operativización de variables.....	36
	4.6. Proceso de Investigación.....	36
	4.7. Aspectos éticos.....	37
V.	RESULTADOS.....	38
	Tabla 1.....	38
	Tabla 2.....	38
	Tabla 3.....	39

Tabla 4.....	39
Tabla 5.....	40
Tabla 6.....	41
Tabla 7.....	41
Tabla 8.....	42
VI. DISCUSIÓN Y ANÁLISIS.....	43
6.1. Conclusiones.....	45
6.2. Recomendaciones.....	46
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	46
VIII. ANEXOS.....	51

INDICE DE TABLAS

Tabla 1.....	37
Tabla 2.....	37
Tabla 3.....	38
Tabla 4.....	38
Tabla 5.....	39
Tabla 6.....	40
Tabla 7.....	40
Tabla 8.....	41

RESUMEN

Título: “MANEJO DEL DOLOR EN PACIENTES ONCOLÓGICOS”

Hospital Nacional de Quetzaltenango 2009 a 2012.

Autor: Dra. Roxanda Escobar

Estudio realizado en el Hospital Nacional de Occidente, que evaluó el tipo de manejo de dolor que se ofrece en pacientes oncológicos. Y al mismo tiempo se relacionó con la calidad de vida que estos pacientes tienen.

Al conocer la incidencia de la población oncológica en el área sur-occidental de Guatemala, y sabiendo que el Hospital Nacional de Quetzaltenango no cuenta con una clínica del dolor para pacientes con cáncer, Se investigó el tipo de manejo de dolor en estos pacientes y si éste manejo que se da influye en su calidad de vida o no.

Fueron evaluados los pacientes en la consulta externa, usando la Escala Analógica Visual y al mismo tiempo el medicamento que se utilizó para el dolor presentado en ese momento, Se dio seguimiento a estos pacientes, para evaluar su calidad de vida; utilizando la Escala de Calidad de Vida de la Organización Mundial de la Salud.

Resultados: El tipo de dolor que existe en la mayoría de pacientes fue moderado, el medicamento más utilizado fue ketorolaco y tramadol. Por último, Más del 50% de la población total se vio afectada en apetito, sueño y autoestima.

Por lo tanto, con los resultados obtenidos, se propone reabrir la clínica del dolor para brindar a nuestra población un mejor manejo del dolor en los pacientes oncológicos, reforzando su autonomía y reinsertándolos a la sociedad con una mejor calidad de vida.

MANAGEMENT OF PAIN IN ONCOLOGICAL PATIENTS”

National Hospital of Quetzaltenango city.2009-2012.

By: Ph. Roxanda Escobar.

This is a descriptive study done in National Hospital of Quetzaltenango city. This study evaluated the type of management of pain in oncological patients. At the same time related it to the quality of life of such patients.

Knowing the incidence of oncological patients of the south-western area of Guatemala, and also knowing the lackness of a Clinic for the treatment of Pain in the National Hospital of Quetzaltenango city. It was necessary to research the kind of management of the pain in oncological patients and evaluated the influence in their quality of life.

External consult patients were included. The Analogical Visual Scale was used, during that time the treatment for pain presented was also investigated. Then those patients were followed up to get to know the quality of life using the World Health Organization Quality of life Scale.

Results: The majority of patients had a Moderate kind of pain. The pharmacological treatment was ketorolak. And lastly, more of the 50% of the population was seriously affected in the quality of dream, feeding and self-esteem.

For these results, It is proposed to reopen the Pain clinic to offer our population a better management of pain in oncological patients, reinforcing their autonomy and reincorporating them to society with a better quality of life.

I. INTRODUCCIÓN

A nivel mundial más de la mitad de las enfermedades malignas se detectan en pacientes mayores de 65 años y en muchas de ellas no se llega a un diagnóstico en forma precoz, por lo que no se puede establecer un tratamiento adecuado debido al estado avanzado de la enfermedad (25). Esto determina un gran número de pacientes adultos mayores en cuidados paliativos, y Guatemala no escapa a esa realidad.

Actualmente, como es sabido, en Quetzaltenango y el sur-occidente de nuestro país aún no existe un centro especializado en el manejo y tratamiento del dolor como servicio público para pacientes con cáncer de cualquier edad.

Por esto, esta investigación trata de demostrar el tipo de manejo que se les está dando a los pacientes oncológicos tratados por el departamento de Oncología, y residentes de las diferentes especialidades a través de la consulta externa en el Hospital Regional de Occidente.

Con este estudio, se investigó la predominancia del género de los pacientes oncológicos que asisten a este Hospital, el tipo de cáncer, la magnitud del dolor según Escala Analógica Visual, el tratamiento para dolor establecido y la calidad de vida según la escala de La OMS.

Para este fin se utilizó el control de consultas hechas por Oncología desde enero de 2009, así como también los registros clínicos y papeletas de cada paciente sometido a este estudio previo consentimiento informado autorizado, así como entrevistas a los pacientes en la consulta externa, pacientes que pasaron a sala de operaciones, vía telefónica, entre otros.

Entre algunos de los resultados se puede notar la diferencia entre los géneros, siendo el femenino el más afectado, en un 59.09%. El tipo de CA en hombres fue el Gástrico, en mujeres el de cérvix. El tratamiento para dolor más frecuentemente utilizado fue Ketorolaco en hombres como en mujeres. Y el dolor al momento de realizar la entrevista fue elevado El 77.8% de los hombres tuvo dolor, mientras en las mujeres fue un 76.92% de las pacientes.

Con esto se puede conocer la necesidad urgente de ofrecer a la población del sur occidente de Guatemala un mejor manejo del dolor para todos los pacientes con cáncer que consultan el Hospital Regional de Occidente.

II. ANTECEDENTES

2.1. CONTEXTO

El departamento de Quetzaltenango es la segunda ciudad más importante de Guatemala, está ubicada en el suroeste (occidente) de la ciudad Capital de Guatemala, localizada a unos 2,380Mt. de altitud. Tiene 1,953 Km2, equivalentes al 1,8% del territorio nacional.

Es una de las ciudades más frías de todo Centroamérica, sus temperaturas suelen ir de los 4°C a 19°C. Proclamada en 2008 como capital de Centro América por el Parlacen. Los habitantes son de diversas etnias, predominando los indígenas (60.57%) Sus idiomas por ende son variados. El idioma oficial es el español, también existe el quiché, mam, zutuhil y otros. El Hospital Nacional de Quetzaltenango, donde fue realizado este estudio se encuentra en la cabecera departamental.



El departamento de anestesiología se encuentra ubicado en las instalaciones del Hospital Nacional de Quetzaltenango, cuyo perímetro es de aproximadamente una manzana, ubicado en la carretera a San Marcos, en el Barrio Garibaldi zona ocho de la misma ciudad. El hospital es tipo Escuela, cuenta con varios departamentos de servicio de salud pública para toda la población; el personal médico y paramédico está contratado para asistir durante el día. Los residentes y estudiantes y parte del personal paramédico asisten durante el día y la noche.

Infraestructuralmente el Hospital Nacional de Quetzaltenango cuenta con seis niveles, en cada uno sus divisiones y especialidades así:

SEXTO NIVEL: salón de clases para pre- grado.

QUINTO NIVEL Medicina Interna y Cirugía

CUARTO NIVEL: Traumatología, Recién nacidos de alto riesgo. Intensivo de Pediatría, Intensivo de Adultos, Unidad de Gastro-enterología y clínica de Psicología.

TERCER NIVEL: Ginecología, post-parto, Recién nacidos de mínimo riesgo, Cirugía Pediátrica, Pediatría y un patio de entretenimiento para los niños.

SEGUNDO NIVEL: Sala de operaciones, Departamento de Anestesiología, Central de equipos, Emergencias, Rayos X, ultrasonografía, tomografía y departamento de Radiología, Farmacia interna, sección administrativa (Recursos humanos, Sub- dirección, Dirección Ejecutiva, departamento de compras, farmacia para todo público, registro y estadística, admisión de pacientes, y consulta externa de adultos, Unidad de Electro cardiografía y Electroencefalografía.

PRIMER NIVEL: Auditoría interna, bodega médico- quirúrgica, parqueo, Fase IV de la Escuela de Estudios de Post-grado, y Pregrado, Contabilidad, Salón de audiovisuales, salones de clase de pregrado, consulta externa de pediatría, Unidad de Hemodiálisis, y estimulación temprana y auditorio interno.

DEPARTAMENTO DE ANESTESIOLOGÍA: donde se llevó a cabo la presente investigación.

Cuenta con una sala y una mini bodega para uso de anesthesiólogos y secretaria, (aquí se almacena los dispositivos y material para intubación de pacientes, sondas, guantes, bandejas de equipos epidurales descartables, sistemas corrugados y otros). En la sala que es el departamento de anestesiología, donde se hacen las interconsultas de los demás departamentos, también funciona como salón de clases de los residentes de anestesiología.

Cuenta con dos habitaciones para uso de residentes de anestesiología y jefes de servicio.

El departamento de Anestesiología es la antesala de los Quirófanos. Fue aquí donde se realizó la mayoría de las entrevistas a los pacientes incluidos en mi estudio, otra gran parte se suscitó en consulta externa, en las estaciones de enfermería. Y la parte inicial que fue la revisión de las historias clínicas de los registros médicos, en el departamento del mismo nombre (registros médicos).

Así mismo cuenta con una bodega pequeña donde se almacena las soluciones intravenosas y las cajas de fármacos de cada residente para uso diario de los pacientes.

El departamento lamentablemente, carece de algunos fármacos, equipo para dar anestesia, baños exclusivos para personal de anestesiología, y un espacio

físico equipado, iluminado y ventilado exclusivo para el departamento de anestesiología como el resto de los departamentos del hospital.

Recurso humano, como el esencial en todo tipo de empresa en el departamento de anestesiología se conforma de la siguiente manera:

Un jefe de departamento (Dr. Erick Solá)

Cuatro jefes de servicio (Dr. Castillo, Dra. Flores, Dra. Higueros y Dr. Martínez)

Dos jefes de servicio tarde y noche (Dra. Cortéz y Dr. De León) respectivamente.

Un docente (Dr. Martínez)

Residentes de primer año (5) segundo (4) y tercer año (4).

Residentes de cuarto año (5 residentes fuera del departamento de anestesiología del Hospital Nacional de Quetzaltenango, realizando el ejercicio Profesional supervisado en 5 diferentes departamentos de Guatemala)

SERVICIOS Y ACTIVIDADES EN EL DEPARTAMENTO DE ANESTESIOLOGÍA

Es en el departamento de Anestesiología donde se prepara a los residentes durante los tres años del entrenamiento para poder conocer las bases teóricas y técnicas así como farmacológicas del manejo de pacientes en los quirófanos.

Cada día se evalúa a todos los pacientes que ingresan a los diferentes servicios mediante consulta externa o bien por emergencia. Todos los pacientes que son programados en el departamento de Anestesiología son evaluados previo a su ingreso a quirófanos. Se lleva un registro de la programación, diferenciando si el paciente pasa por emergencia o por vía electiva.

Es aquí también donde se da la formación académica a los residentes los días lunes, miércoles y viernes en horarios de catorce horas en adelante (14:00Hr.) con aval y supervisión del docente, Dr. Luis Martínez Popa.

Entre otras actividades principales es brindar los servicios de Anestesiología a cada paciente, como Anestias generales balanceadas, Anestias Totales Intravenosas (TIVA), Bloqueos de diferentes índoles, por ejemplo: Bloqueos Neuroaxiales epidural y espinal. Bloqueos regionales como son los bloqueos supra e infraclaviculares, haciendo uso de neuroestimuladores, bloqueos axilares, bloqueos de Bier, bloqueos peneanos, de pie, y otros. También se

ofrece a los pacientes sedaciones para procedimientos como broncoscopías, Algunas veces también se da anestias: en la unidad de Gastroenterología sedaciones para colonoscopias y gastroscopias. Incluye en la Unidad de Cuidados Intensivos cuando el paciente lo requiere (gastrostomía, traqueostomía y otros).

2.2. DEFINICIÓN

DOLOR: “Dicen que el Dolor, es el hijo del aire y de la tierra, que son elementos indispensables para la vida, dicen que se viste con amplios ropajes blancos y empuña un puñal, y que se hermana con aquella que viste de negro y siempre lleva una guadaña...”

Parece, pues, que el dolor es el compañero inseparable de la Muerte, la constatación y la prueba del sufrimiento último, que paradójicamente es el cese de todas las emociones...”

El dolor es un problema frecuente que afecta a nuestra sociedad, su presencia afecta nuestra capacidad de relacionarnos con quienes nos rodean, nuestras actividades diarias y nuestra economía. Además, afecta a personas de cualquier edad sin importar el sexo, edad, creencias y estado socioeconómico. Así mismo, su ocurrencia repercute en el núcleo familiar y social, ya que en estos se presentan diversos sentimientos ante el sufrimiento en que se encuentra el paciente con dolor(1).



La Asociación Internacional para el Estudio y Tratamiento del Dolor IASP, por sus siglas en inglés) lo ha **definido como una experiencia sensorial y emocional no placentera, la cual se asocia a un daño de los tejidos el cual es real o potencial, o bien descrita en términos de dicho daño.** Lo anterior, nos hace reflexionar en que el dolor es una experiencia, es decir, el hecho de haber sentido, vivido o presenciado algo; lo cuál se encuentra relacionado con los órganos de los sentidos y con las emociones.

De tal forma que el dolor además de los procesos biológicos que lo transmiten, también repercute en nuestros sentimientos y emociones.(3)

2.3. FISIOPATOLOGÍA

El dolor en los pacientes con cáncer puede ser debido a efectos directos del tumor, al tratamiento antitumoral, o bien no tener ninguna relación con el cáncer. Es necesario estudiar las posibles causas porque orientarán hacia el tratamiento más adecuado (19). (Portenoy R, 1989; Bajwa Z, 2007).

Dolor óseo: Es el más frecuente. Las metástasis del cáncer de mama, pulmón, próstata, y el mieloma múltiple son sus principales causas. Las metástasis suelen afectar a la columna vertebral, cráneo, húmeros, costillas, pelvis y fémures.

La gammagrafía ósea es más sensible y precoz que la radiografía simple. Puede ser negativa en lesiones osteolíticas puras.

La resonancia magnética puede ser útil para detectar metástasis vertebrales si la radiografía simple y la tomografía computadorizada fueron normales, y la gammagrafía ósea no fue concluyente.

Dolor de espalda: El desarrollo de dolor de espalda en un paciente con cáncer indica que pueden existir metástasis. El cáncer de mama, pulmón, próstata y tiroides son las principales causas. Las metástasis suelen afectar a la columna dorsal.

Dolor de espalda sin compromiso neurológico: Las radiografías simples detectarán aproximadamente el 70% de las lesiones vertebrales.

La tomografía computadorizada y la resonancia magnética estarán indicadas si la radiografía simple es normal y existe una sospecha alta de lesión.

La gammagrafía ósea es adecuada si la radiografía simple es normal y la sospecha de tumor es baja.

Dolor de espalda rápidamente progresivo o con compromiso neurológico: Es una urgencia porque la médula espinal puede dañarse.

Es necesario iniciar tratamiento con corticoides intravenosos a dosis altas y valorar la necesidad de radioterapia o cirugía urgente.

La tomografía computadorizada y la resonancia magnética son las pruebas complementarias a realizar (17).

Dolor de cabeza

Los pacientes con cáncer que sufren cefalea con más frecuencia de lo habitual, o cambios en las características de su cefalea, deben ser estudiados para descartar la existencia de metástasis cerebrales.

La tomografía computadorizada y la resonancia magnética son las exploraciones complementarias a realizar.

El análisis del líquido cefalorraquídeo está indicado si existe sospecha de enfermedad meníngea y la resonancia magnética no es concluyente.

Dolor abdominal y pélvico

El dolor es de tipo visceral, las náuseas y vómitos son síntomas acompañantes.

El cáncer de recto y del tracto genitourinario suelen causar dolor pélvico.

El cáncer de páncreas produce dolor abdominal, en estadios avanzados, en el 90% de los pacientes. El cáncer de la cabeza del páncreas produce dolor localizado en el lado derecho del epigastrio, el del cuerpo en la zona media, el de la cola en el lado izquierdo del epigastrio y en el espacio intercostal posterior.

Otras causas frecuentes de dolor abdominal son la radioterapia y las adherencias secundarias a cirugía.

Dolor postquirúrgico

Existen cuatro síndromes dolorosos típicos tras cirugía. Tienen características de dolor neuropático y su empeoramiento puede indicar recidiva del cáncer.

Dolor pos mastectomía. Es descrito como quemazón y sensación de opresión en la axila y parte superior del brazo.

Dolor pos amputación de una extremidad. Puede ser dolor del muñón, del miembro fantasma o ambos. Es más frecuente en la amputación de miembros inferiores.

Dolor pos toracotomía. Las causas del dolor son la lesión de nervios intercostales y de las articulaciones costocondrales y costo vertebrales. El dolor en el brazo ipsilateral suele producirse por lesión de los músculos dorsal ancho y serrato anterior.

Dolor pos disección radical del cuello. Es debido a lesión del plexo cervical. Se localiza en la cara antero lateral del cuello y se irradia al hombro. Plexopatía braquial

Las manifestaciones clínicas habituales son dolor de hombro y brazo, síndrome de Horner y/o debilidad y atrofia de los músculos de la mano. Las causas más frecuentes son el síndrome dePancoast, en el contexto de un cáncer de pulmón o de mama, y la radioterapia. Otras causas no relacionadas con cáncer son osteoartritis, bursitis del hombro y radiculopatías cervicales.

Estudio diagnóstico: La resonancia magnética es la exploración complementaria indicada.

Plexopatía lumbosacra

Se caracteriza por dolor, que puede irradiarse, y debilidad de los miembros inferiores. Pueden existir alteraciones en la función de la vejiga urinaria y/o en la defecación.

Los tipos de cáncer que producen este problema son los tumores pélvicos, sarcomas, linfomas y metástasis de cáncer de mama.

Si el dolor es preferentemente radicular, las exploraciones indicadas son la resonancia magnética y la tomografía computadorizada con contraste.

Si el dolor es local, las radiografías simples y la gammagrafía ósea suelen aportar información suficiente.

Plexopatía cervical

El dolor se localiza en el oído y en la cara anterior del cuello. Puede acompañarse de síndrome de Horner y/o parálisis del nervio frénico.

Estudio diagnóstico: resonancia magnética con contraste.

Neuropatía periférica

El cáncer puede afectar directamente a cualquier nervio.

La neuropatía sensorial dolorosa es un síndrome paraneoplásico asociado a cáncer de pulmón de células pequeñas, de mama, ovario y colon.

El mieloma múltiple se asocia con frecuencia a neuropatía dolorosa sensorio-motora.

La quimioterapia con cisplatino, taxanes y alcaloides de la vinca producen con frecuencia neuropatía periférica dolorosa con disestesias, sensación de quemazón en los pies manos y alteraciones en la sensibilidad vibratoria y propioceptiva.

2.4. TRATAMIENTO

La estrategia terapéutica se basa en unos principios (WHO, 2008) Hay que tratar la causa del dolor (Ej.: un absceso ha de ser drenado).

El tratamiento tiene que instaurarse lo antes posible para evitar sufrimiento.

Las diferentes posibilidades terapéuticas existentes (farmacológicas y no farmacológicas.) serán utilizadas para conseguir el control más adecuado del dolor (Lorenz K, 2008). (Tabla 1).

Tabla 1. Tipos de dolor, ejemplos y tratamientos más útiles		
Mecanismo del dolor	Ejemplo	Tratamientos más útiles
Somático	Lumbalgia Herida superficial Quemadura Otitis Abrasiones Traumatismos Dolor postquirúrgico Artritis	Analgésicos no opioides Medidas físicas: frío, estimulación táctil Procedimientos: anestésicos locales tópicos o infiltración de anestésicos
Visceral	Fractura Cólico nefrítico Apendicitis Necrosis/isquemia	Analgésicos no opioides Analgésicos opioides Procedimientos: anestésicos intraespinales locales
Neuropático	Neuralgias Neuropatías Miembro fantasma	Analgésicos opioides (Eisenberg E, 2007) Terapia adyuvante

Tratamiento farmacológico del dolor oncológico (Fallon M, 2006; Colvin, 2006).

Los analgésicos a utilizar vienen determinados fundamentalmente por la intensidad del dolor. Por ejemplo, a un paciente con dolor intenso hay que administrarle opioides potentes, sin necesidad de pasar antes por los escalones anteriores (Tabla 2).

La vía de administración de los analgésicos será la que mejor se adapte a las necesidades del paciente. Los analgésicos se pautarán a intervalos horarios de modo regular. Las agudizaciones del dolor serán tratadas con dosis suplementarias de analgésicos.

Tabla 2. Escalera terapéutica en el dolor oncológico			
Dolor Intenso	Opioides potentes (Morfina, Fontanillo, Oxicodona, Buprenorfina)	Analgésicos no opioides	Coadyuvantes
Dolor moderado	Opioides débiles (Tramadol, Codeína)	Analgésicos no opioides	Coadyuvantes
Dolor leve	Analgésicos no opioides (AINE, Paracetamol)		Coadyuvante

Analgésicos no opioides

Constituyen un grupo amplio de medicamentos, químicamente heterogéneos. Tienen techo terapéutico, es decir, una dosis máxima diaria por encima de la cual no se consigue un mayor efecto analgésico. No existe una evidencia clara que demuestre eficacia superior de un AINE respecto a otro (McNicol E, 2007).

Indicaciones:

Dolor de intensidad leve o moderada con afectación ósea o músculo-tendinosa y en la compresión mecánica de pleura o peritoneo.

Paracetamol

Uso clínico:

Dosis inicial: 650-1000 mg cada 6 horas por vía oral o rectal.

Dosis máxima: 1000 mg/ 6 horas.

Potencia analgésica: similar al Ácido acetilsalicílico.

Efectos secundarios:

Toxicidad hepática: En pacientes caquéticos, alcohólicos o con patología hepática la dosis máxima diaria es de 2 gr.

Tabla 3. AINEs						
Medicamento	Dosis (mg)	Intervalo (horas)	Vía	Dosis máxima diaria (mg)	Potencia (*)	Comentario
Ácido acetilsalicílico	500-1000	4-6	Oral	6.000	--	
Ibuprofeno	400-600	4-6	oral, rectal	2.400	400	Efecto antiinflamatorio más débil.
Naproxeno	250-500	8-12	oral, rectal	1.500	500	
Diclofenaco	50	6-8	oral, rectal	200	25	Baja incidencia de gastrolesividad
Metamizol	500-2000	6-8	oral, rectal, parenteral	8.000		Útil en dolor visceral.

(*) Potencia equialgésica con 650 mg de AAS (mg)

Efectos secundarios:

Gastrointestinales: dispepsia, pirosis, úlcera gastroduodenal, hemorragia. Estos efectos varían en intensidad según el AINE. Los inhibidores selectivos de la COX-2 no tienen estos efectos, al menos durante períodos de tiempo cortos.

Renales: insuficiencia renal, nefritis intersticial, síndrome nefrótico, necrosis papilar.

Pulmonares: bronco espasmo.

Hematológicos: interfieren en la agregación plaquetaria (excepto los inhibidores selectivos de la COX-2).

Reacciones de hipersensibilidad: shock anafiláctico, urticaria. Pueden existir reacciones alérgicas cruzadas entre AINES.

Analgésicos opioides débiles

Tramadol

Dosis inicial: 50 mg cada 6-8 horas

Dosis máxima: 400 mg diarios repartidos cada 6-8 horas

Vía: Oral, rectal, subcutánea, intramuscular o intravenosa.

Una vez controlado el dolor con las presentaciones de liberación normal, se pueden utilizar las presentaciones de liberación retardada (Ej.: 50 mg cada 6 horas equivalen a 100 mg cada 12 horas retardada)(16).

Potencia analgésica: 10 mg de Tramadol oral equivalen aproximadamente a 2 mg de Morfina oral.

Precauciones: Es prudente evitar el Tramadol en pacientes predispuestos a sufrir ataques epilépticos porque disminuye el umbral convulsivo (Ej. Pacientes con tumores o metástasis cerebrales). (Hollingshead J, 2007).

En pacientes con insuficiencia renal puede acumularse y aumentar sus efectos secundarios.

Codeína

Dosis inicial: 30 mg cada 4-6 horas. Dosis máxima: 60 mg/4horas

Vía: oral o rectal

Potencia analgésica: 30 mg equivalen a 650 mg de AAS.

Precauciones: en insuficiencia hepática e insuficiencia renal.

Analgésicos opioides potentes

Los opioides administrados en dosis equianalgésicas (tabla 4) son igual de efectivos, sin embargo los efectos secundarios pueden variar; por lo cual, un opioide puede tener un índice terapéutico mayor que otro en un paciente en particular o en un tipo concreto de dolor (Bajwa Z, 2007).

La dosis analgésica eficaz es aquella que controla el dolor con mínimos efectos secundarios.

El cambio de opioide se planteará si los efectos secundarios son intolerables o no se obtiene un alivio adecuado del dolor. Sin embargo, las pruebas para apoyar la práctica del cambio opioide se basan en estudios observacionales y no controlados (Quigley C, 2007).

Si existe insuficiencia renal, los opioides deben ser utilizados con precaución.

Morfina oral (WHO, 1996; Back I, 2008; Wiffen PJ, 2007)

Es el opioide potente de referencia en el dolor oncológico intenso.

No tiene techo analgésico.

Siempre que sea posible, se utilizará por vía oral, porque es igual de eficaz que otras vías.

Presentaciones farmacéuticas:

Morfina de acción rápida: se administra cada cuatro horas. Existen comprimidos de 10 y 20 mg que se puede fraccionar o pulverizar. También hay solución oral en unidosis con concentraciones de 2 mg/ml, 6 mg/ml y 20mg/ml, y solución oral en frasco (20 mg/ml).

Morfina de liberación retardada: Se utiliza cada doce horas. Los comprimidos tienen que tragarse enteros.

No existe diferencia en la potencia analgésica entre las dos presentaciones (Broomhead A, 1997). (Ej. 10 mg cada 4 horas de Morfina rápida equivalen a 30 mg cada 12 horas de Morfina retardada)(2)

Uso clínico:

Inicio de tratamiento: Hay que utilizar Morfina oral rápida ya que las dosis analgésicas se pueden ajustar con mayor rapidez.(8)

Dosis inicial:

Paciente NO tratado previamente con opioides: 5-10 mg cada 4 horas.

Paciente tratado previamente con opioides: calcular la dosis diaria total equianalgésica de morfina (tabla 4) y repartirla en dosis cada 4 horas. Ejemplo: 300 mg diarios de Tramadol oral equivalen a 60 mg diarios de morfina oral (15 mg cada 4 horas).

Transcurridas 24 horas desde el inicio del tratamiento, si el paciente:

No tiene dolor: se mantienen las mismas dosis cada 4 horas.

Continúa con dolor: se aumenta la dosis diaria total en un 30-50% y así cada 24 horas hasta obtener un alivio adecuado del dolor.

¿Cómo pasar de Morfina rápida a retardada?

Una vez que el paciente tiene controlado el dolor con Morfina rápida, se sustituye por Morfina de liberación retardada, utilizando la misma dosis diaria repartida cada 12 horas. Ej.: 120 mg (20 mg/ 4 horas) de Morfina rápida equivalen a 60 mg de Morfina retardada cada 12 horas. La primera dosis de morfina retardada se administrará junto con la última dosis de morfina rápida.
(8)

Agudizaciones del dolor

A lo largo de la evolución clínica el paciente puede sufrir crisis agudas de dolor. El tratamiento consistirá en dosis suplementarias de Morfina rápida (dosis: 10% de la dosis diaria total utilizada), que podrá repetir cada hora hasta lograr un control adecuado de la agudización del dolor [D]. Ejemplo: Un paciente que toma 200 mg diarios de morfina, en las agudizaciones del dolor necesitará dosis suplementarias de 20 mg.

Incremento de dosis

Si el paciente necesita más de tres dosis suplementarias en un día, indica que es necesario aumentar la dosis diaria total de morfina. Esto se hará aumentando un 50 % la dosis diaria total que se repartirá cada 12 horas. Ej.: Paciente que toma 60 mg/ 12 horas, nueva dosis: 90 mg/ 12 horas).

Precauciones: Los efectos secundarios son más intensos si existe insuficiencia renal.

Los pacientes tratados con morfina de liberación retardada no pueden tomar productos que contengan alcohol porque acelera la liberación de morfina.

Morfina subcutánea

Está indicada si el paciente no puede utilizar la vía oral. Existen presentaciones farmacéuticas en ampollas al 1% de 1 ml (10 mg), al 2% de 1 ml (20 mg), al 2% de 2 ml (40 mg).

Uso clínico

Dosis inicial:

Paciente NO tratado previamente con opioides: 2,5- 5 mg cada 4-6 horas.

Paciente tratado previamente con opioides: calcular la dosis diaria total equianalgésica de morfina (tabla 4) y repartirla en dosis cada 4-6 horas. Ejemplo: 450 mg diarios de Tramadol oral equivalen a 30 mg diarios de morfina subcutánea (5 mg cada 4 horas).

Incremento de dosis: si el paciente continúa con dolor transcurridas 24 horas, se aumenta la dosis total diaria en un 30-50% y así cada 24 horas hasta obtener un alivio adecuado del dolor.

Agudizaciones del dolor oncológico: En estas situaciones, se administrarán dosis suplementarias de morfina (10% de la dosis diaria total), que podrá repetir cada hora hasta lograr un control adecuado de la agudización del dolor.

Modo de administración: Se coloca una aguja del calibre 27 G en el tejido subcutáneo del paciente. Las dosis se inyectan a través de la aguja, de este modo no es necesario pinchar al paciente en cada administración. También existe la posibilidad de administrar la morfina mediante infusión continua (11)

¿Cómo pasar de Morfina oral a subcutánea?

La dosis de Morfina subcutánea a administrar en 24 horas se obtiene dividiendo por tres la dosis diaria total de Morfina oral. La dosis obtenida se reparte cada cuatro horas. Ej.: 180 mg de Morfina oral diarios equivalen a 60 mg diarios (10 mg/4 h) de Morfina subcutánea.

¿Cómo pasar de Morfina subcutánea a oral?

Multiplicar por tres la dosis diaria total de Morfina subcutánea, la dosis obtenida se repartirá en dos dosis (cada 12 horas) si se utiliza Morfina retardada, o bien en seis dosis (cada cuatro horas) si se utiliza Morfina rápida.

¿Cómo se disminuye la dosis de morfina?

Si el dolor es controlado con terapia antitumoral, el paciente necesitará menos dosis de morfina o incluso podrá ser suspendida. La disminución de la dosis de Morfina oral o subcutánea se realizará de modo gradual, a razón de un 25% de la dosis diaria total previa de Morfina.

Fentanilo transdérmico (Jeal W, 1997; Zenz M, 1998; Skaer T, 2006)

No tiene techo analgésico. Se administra por vía transdérmica mediante parches. Tras ser aplicado un parche, el efecto analgésico comienza a las 12-14 horas. Al retirar el parche e interrumpir su uso la analgesia continúa durante 16 a 24 horas (26).

Es especialmente útil en:

Pacientes con dificultad o imposibilidad para utilizar la vía oral.

Intolerancia a los efectos secundarios de otros opioides potentes.

Pacientes con cuadro clínico compatible con obstrucción intestinal parcial.

Pacientes con obstrucción del conducto biliar

Pacientes con insuficiencia renal.

Precaución en: Pacientes ancianos, caquéticos o febriles.

No utilizar en: Pacientes con dolor agudo postoperatorio porque en esta situación puede causar depresión respiratoria.

Inicio de tratamiento:

Pacientes NO tratados con opioides potentes: Utilizar parches de 12 ó 25 mcg./h y administrar conjuntamente Morfina oral de liberación rápida (5-10 mg) o subcutánea (5 mg) que podrá repetir cada 2-4 horas si el paciente tiene dolor.

¿Cómo iniciar tratamiento con Fentanilo en pacientes tratados previamente con opioides?: Calcular la dosis equianalgésica de Fentanilo (ver tabla 4).

Si el paciente tomaba morfina oral, dividir por dos la dosis (en mg) diaria total utilizada en las últimas 24 horas. Ej.: Paciente que recibía 100 mg diarios de Morfina oral, el parche de Fentanilo transdérmico que necesita es de 50 microgramos /hora, que cambiará cada tres días.

Junto con el primer parche, al paciente se le administrará la última dosis de opioide retardado. Si recibía Morfina rápida oral o subcutánea se la administrarán las tres dosis siguientes tras colocar el primer parche.

Continuación del tratamiento:

Los parches se cambian cada tres días. Un 25% de los pacientes pueden precisar cambio cada 48 horas.

Si el paciente tiene mal controlado el dolor, se incrementará la dosis previa de Fentanilo transdérmico en un 30-50 %.

Agudizaciones del dolor:

El paciente tomará dosis suplementarias de Morfina oral rápida [D], que podrá repetir cada 2-4 horas, o subcutánea que podrá repetir cada hora hasta lograr un alivio adecuado. Las dosis suplementarias serán las equianalgésicas correspondientes a un 10% de la dosis total de fentanilo transdérmico (Tabla 4). Ejemplo: Paciente tratado con fentanilo transdérmico 25 mcg/h cada 72 horas. Dosis suplementarias de morfina oral (10% de 50 mg). Dosis suplementarias de morfina subcutánea (10% de 20mg).

También se puede utilizar citrato de Fentanilo oral transmucoso.

Interrupción del tratamiento:

Debe realizarse de modo gradual, disminuyendo la dosis previa de Fentanilo transdérmico en 25 mcg/hora. Si el Fentanilo transdérmico es sustituido por otro opioide, se calcula la dosis equianalgésica según la tabla 4.

¿Cómo pasar de Fentanilo transdérmico a Morfina?: Multiplicar por dos la dosis del parche de Fentanilo transdérmico, así se obtiene la dosis (en mg) diaria total correspondiente de Morfina oral. Ej. Paciente con un parche de Fentanilo de 100mcg/h cada 72 horas, sustituir por Morfina oral a razón de 200 mg diarios, que se repartirá cada 12 horas si es retardada y cada 4 horas si es oral de liberación rápida. Si se utiliza Morfina subcutánea se administrará un tercio de la dosis diaria total oral repartida cada 4-6 horas(26).

Citrato de Fentanilo oral transmucosa (Zeppetella G, 2007; Muriel C, 2000)

Indicaciones: Agudizaciones del dolor crónico oncológico tratado con opioides.

Titulación o ajuste de dosis:

La dosis adecuada para cada paciente se determina de modo individual y no puede predecirse sobre la base de la dosis de mantenimiento con opioides.

La dosis inicial es 1 comprimido bucofaríngeo de 200 microgramos, que puede repetirse a los 15 minutos si la respuesta analgésica no es adecuada.

No deben utilizarse más de dos unidades para tratar un solo episodio de agudización del dolor. Si es necesaria más de una unidad de dosificación por agudización, se debe considerar el aumento de la dosis hasta la siguiente concentración disponible.

Mantenimiento:

Determinada la dosis eficaz (aquella que permita tratar con eficacia un episodio con una sola unidad) debe mantenerse dicha dosis y limitar el consumo a un máximo de cuatro unidades al día.

Reajuste de la dosis:

Si se aumenta la dosis del opioide de acción prolongada, es posible que también sea necesario revisar la dosis de citrato de Fentanilo oral transmucoso.

Forma de administración:

El paciente introducirá la unidad en la boca pegada a la mucosa de la mejilla y la desplazará a lo largo de ambas mejillas. No podrá ser utilizada si existe mucositis.

La unidad no se puede masticar. El paciente tragará la menor cantidad de saliva posible. En pacientes con sequedad de boca, se puede utilizar agua para humedecer la mucosa oral.

Oxicodona (Reid CM, 2006; Rischitelli DG, 2002)

Indicaciones: Dolor oncológico intenso.

Inicio de tratamiento: Hay que utilizar Oxicodona oral rápida ya que las dosis analgésicas se pueden ajustar con mayor rapidez(27).

Dosis inicial:

Paciente NO tratado previamente con opioides: 5 mg cada 4-6 horas.

Paciente tratado previamente con opioides: calcular la dosis diaria total equianalgésica (tabla 4) y repartirla en dosis cada 4-6 horas.

Transcurridas 24 horas desde el inicio del tratamiento, si el paciente:

No tiene dolor: se mantienen las mismas dosis cada 4-6 horas.

Continúa con dolor: se aumenta la dosis diaria total en un 30-50% y así cada 24 horas hasta obtener un alivio adecuado del dolor.

¿Cómo pasar de Oxicodona rápida a retardada?

Una vez que el paciente tiene controlado el dolor con Oxicodona rápida, se sustituye por Oxicodona de liberación retardada, utilizando la misma dosis diaria repartida cada 12 horas [D]. La primera dosis de Oxicodona retardada se administrará junto con la última dosis de Oxicodona rápida (27).

Agudizaciones del dolor

El tratamiento consiste en administrar dosis suplementarias de Oxicodona rápida (dosis: 10-15% de la dosis diaria total utilizada), que podrá repetir cada 1-2 horas hasta lograr un control adecuado de la agudización del dolor.

Incremento de dosis

Si el paciente necesita más de 2-3 dosis suplementarias en un día, hay que aumentar la dosis diaria total de Oxiconona. Esto se hará aumentando un 25-50 % la dosis diaria total que se repartirá cada 12 horas(28).

Buprenorfina transdérmica (Evans HC, 2003; Skaer T, 2006)

Tiene techo terapéutico. Es un opioide agonista-antagonista, lo que condiciona su acción analgésica, efectos secundarios y puede originar un cuadro de abstinencia si es administrado a pacientes que toman opioides agonistas puros(12).

Indicaciones:

Dolor moderado o intenso.

Opioide potente de segunda línea.

Inicio de tratamiento:

Pacientes NO tratados con opioides potentes: Utilizar parches de 35 mcg. /h y administrar conjuntamente un comprimido sublingual de Buprenorfina.

Pacientes tratados previamente con opioides: Calcular la dosis equianalgésica (tabla 4)

Continuación del tratamiento: el parche debe reemplazarse como máximo a las 96 horas. Para facilitar su uso, se puede cambiar el parche dos veces a la semana a intervalos regulares (cada 84 horas, p. ej., siempre los lunes por la mañana y los jueves por la tarde).

Agudizaciones del dolor

Tomará un comprimido (0,2 mg) de Buprenorfina sublingual que podrá repetir a las 6 horas (12).

Si precisa tres o cuatro comprimidos diarios de Buprenorfina sublingual deben utilizar el parche de la siguiente concentración.

Dosis máxima diaria: Dos parches de 70 microgramos/hora.

Precauciones:

No autorizado en menores de 18 años.

En pacientes con insuficiencia hepática.

Pacientes febriles (puede aumentar la absorción) o caquéticos.

Tabla 4. Dosis Equianalgésicas de opioides				
	Opioide: mg/24 h			
Morfina, oral	30-60 mg		90 mg	120-200 mg
Morfina, parenteral	10-20 mg	30 mg	40 mg	80 mg
Fentanilo, transdérmico	25 mcg/h	50 mcg/h	75 mcg/h	100 mcg/h
Oxicodona	20 mg	60 mg	80 mg	160 mg
Buprenorfina transdérmica	35 mcg/h.	52,5 mcg/h.	70 mcg/h.	2x70 mcg/h.
Buprenorfina, sublingual	0,4-0,8 mg	1,2 mg	1,6 mg	3,2 mg
Tramadol, oral	150-300 mg	450 mg	600 mg	
Tramadol, parenteral	100-200 mg	300 mg	400 mg	
* Los datos de la tabla son orientativos. Al realizar el cambio de un opioide por otro se debe evaluar regularmente la eficacia y efectos secundarios.				

Efectos secundarios de los opioides: (Back I, 2008; SECPAL; Gómez Sancho M, 2003; Andersen G, 2003)

Existe una amplia variabilidad interindividual, es debida a factores genéticos, edad, comorbilidad e interacciones con otros medicamentos.

Estreñimiento. Es necesario realizar profilaxis con laxantes de acción osmótica (polietilenglicol, lactilol, lactulosa). Si persiste el estreñimiento son útiles los laxantes estimulantes (bisacodilo). En la impactación fecal se administra enema rectal o desimpactación manual.

Náuseas y vómitos. Hay que descartar la existencia de impactación fecal. Tratamiento: Si son postprandiales están indicados los antieméticos procinéticos (domperidona, metoclopramida). Si ocurren con el movimiento, cinarizina. En ausencia de estas asociaciones pueden ser útiles el haloperidol, los corticoides o los antagonistas de la serotonina (ondansetrón).

Sedación y alteración de las funciones cognitivas: Es obligatorio evaluar y descartar posibles alteraciones metabólicas o patología en el sistema nervioso central. La sedación puede ser tratada con psicoestimulantes. Las alteraciones cognitivas son tratadas con neurolépticos. El cambio de la vía oral a la subcutánea (a dosis equianalgésicas) puede disminuir estos efectos secundarios.

Depresión respiratoria: el riesgo en pacientes con dolor oncológico intenso es mínimo. La depresión respiratoria es tratada con Naloxona, se disuelve una ampolla de 0,4 mg en 10 ml de suero fisiológico y se administran 0,5cc por vía intravenosa o subcutánea cada 2 minutos hasta el restablecimiento de una respiración satisfactoria.

Prurito. Es tratado con antihistamínicos.

Mioclónicas. Pueden revertir con clonazepán (0,5-2 mg cada 8 horas) e hidratación adecuada.

Sudoración, puede responder a corticoides o anticolinérgicos.

Retención urinaria, puede precisar sondaje.

Coadyuvantes analgésicos

Son medicamentos que pertenecen a diferentes grupos farmacéuticos. Se utilizan asociados a los analgésicos en el tratamiento del dolor oncológico. (Back I, 2008; Colvin L 2006)

Corticoides

La analgesia es debida a su acción antiinflamatoria. La dexametasona tiene la mayor potencia antiinflamatoria.

Dosis habituales: 8-40 mg cada 24 horas durante 3-5 días. Vía oral o parenteral. La dosis será reducida a la mínima eficaz para reducir sus efectos secundarios.

El tratamiento prolongado está indicado en dolor oncológico debido a metástasis óseas, hipertensión intracraneal, tumores de cara o cuello, compresión medular o nerviosa y hepatomegalia.

Antidepresivos (Saarto T, 2007; Dworkin R, 2007)

Su indicación principal es el dolor neuropático.

El efecto analgésico suele comenzar a la semana, en otras ocasiones han de transcurrir dos a cuatro semanas de tratamiento continuado.

La Amitriptilina y otros tricíclicos tienen una eficacia similar. Los inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina y noradrenalina (venlafaxina, duloxetina) también son útiles.

Amitriptilina:

Dosis inicial: 25 mg al acostarse. (Ancianos y pacientes debilitados 10 mg).

Incremento de dosis: 10-25 mg cada semana si el paciente tiene dolor.

Dosis máxima: 100-150 mg diarios. No pueden sobrepasarse los niveles plasmáticos máximos.

Precauciones: Está contraindicada en pacientes con ataques epilépticos o alteraciones en la conducción cardíaca.

Anticonvulsivantes (Wiffen P, 2007; Dworkin R, 2007)

Indicación principal: dolor oncológico neuropático.

Son útiles: gabapentina, pregabalina, carbamazepina (neuralgia del trigémino), clonazepam, lamotrigina, fenitoína y valproato

La dosis analgésica adecuada para cada paciente se determina de modo individual, sin sobrepasar los niveles plasmáticos máximos. El efecto analgésico puede tardar cuatro semanas(33).

Gabapentina (Wiffen PJ, 2007)

Dosis inicial. Día 1º: 300 mg a la noche. Día 2º: 300 mg cada 12 horas. Día 3º y siguientes: 300 mg cada 8 horas.

Incremento de dosis: cada 5-7 días, si el paciente tiene dolor, aumentar 300 mg la dosis diaria. Dosis máxima: 3600mg diarios. Precauciones: Las dosis deben ser reducidas en insuficiencia renal (35).

Pregabalina

Dosis inicial: 75 mg cada 12 horas. Incremento de dosis: después de un intervalo de 3-7 días se puede incrementar a 150 mg cada 12 horas.

Dosis máxima: 300 mg cada 12 horas.

Clonazepan:

Dosis inicial: 0,5-1 mg a la noche.

Incremento de dosis: Al 4º día pautar 0,5-1 mg cada 12- 8 horas. Cada semana incrementos progresivos hasta dosis máxima.

Dosis máxima: Habitualmente: 4-8 mg diarios repartidos cada 8 horas.

Debido a su efecto sedante puede ser útil en pacientes con ansiedad(33).

Bifosfonatos (Wong R, 2007)

Indicación: dolor debido a metástasis óseas, si los analgésicos o la radioterapia fueron inefectivos.

Si el bifosfonato es efectivo, la analgesia:

Se manifiesta en el plazo de 14 días.

La duración de la analgesia puede durar 4-6 semanas.

Si no son efectivos:

Puede realizarse un nuevo ciclo de tratamiento después de 2 semanas. Si el 2º ciclo tampoco es eficaz, no deben realizarse más intentos.

Vía intravenosa (uso hospitalario): Zoledrónico: dosis de 4 mg, repetir si es eficaz cada 4 semanas. (Mystakidou k, 2006)

Efectos secundarios: Náuseas y vómitos. Insuficiencia renal. Hipocalcemia. Anemia. Necrosis mandibular con el tratamiento intravenoso.(36)

Tratamiento no farmacológico del dolor oncológico

Existen diferentes tratamientos no farmacológicos que pueden ser útiles en los pacientes con cáncer. (Colvin L, 2006; Bajwa Z, 2007)(31).

Radioterapia. Es especialmente útil en el dolor debido a metástasis óseas (McQuay HJ, 2007). También es aplicable en las metástasis de tejidos blandos y en la compresión del sistema nervioso.

Vertebroplastía. Los pacientes con dolor debido a fracturas vertebrales por compresión neoclásica u osteoporótica, pueden beneficiarse de la realización de vertebroplastía o cifoplastia por balón [D] (Hulme P, 2006).

Ablación con radiofrecuencia. Consiste en la aplicación de energía térmica en lesiones tumorales en las que el tratamiento con radioterapia o cirugía no puede ser aplicado o no ha sido efectivo. Existe gran experiencia en tumores

primarios y metastáticos de hígado. También es utilizada en metástasis óseas y de tejidos blandos.

Técnicas neuroablativas. Existen una serie de procedimientos que se basan en la interrupción de las vías de transmisión del dolor. Están indicadas en pacientes seleccionados que tienen el dolor bien localizado y no ha respondido a otros tratamientos.

Los utilizados más habitualmente son la cordotomía, la rizotomía dorsal, del trigémino o del glossofaríngeo y la mielotomía comisural.

Cirugía paliativa. Es un tratamiento a tener en cuenta en las siguientes situaciones:

Fracturas patológicas, en las que la estabilización alivia el dolor.

Plexopatías metastásicas. La cirugía paliativa consiste en resección del tumor y tejidos circundantes.

Obstrucción intestinal. Los procedimientos empleados son ostomía o bypass intestinal.

Compresión epidural de la médula espinal. La descompresión quirúrgica puede aliviar el dolor.

Terapia con modalidades físicas. Existen una serie de métodos de estimulación física que pueden utilizarse como medidas de ayuda en el tratamiento del dolor oncológico.

El frío se aplica mediante bolsas de hielo o de gel congelado. Puede contribuir al alivio del dolor en zonas dolorosas en las que exista componente inflamatorio.

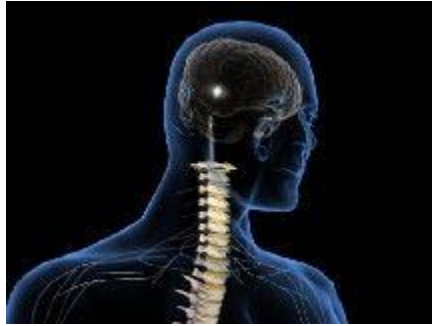
El calor es aplicado con bolsas de agua o gel calientes, baños de agua caliente o métodos diatérmicos. Sería útil en aquellas situaciones en las que existe contractura muscular.

La estimulación eléctrica transcutánea parece ser útil en el tratamiento del dolor existente en los síndromes del miembro fantasma y postoracostomía.

La acupuntura es una modalidad que también se aplica como terapia en el paciente con cáncer y dolor.

La terapia psicológica. Es muy útil en pacientes con cáncer y dolor puesto que es frecuente la afectación psicológica en estos pacientes (31).

2.5. CUIDADOS PALIATIVOS EN PACIENTE CON CÁNCER



Los Cuidados Paliativos ofrecen al paciente y su familia una opción de cuidado al paciente en fase terminal donde en caso necesario se puede hospitalizar al paciente ya sea para control de síntomas, cuidado del paciente por falta de familiar ya sea por viajes o porque sus actividades cotidianas no se lo permiten, sea cualquiera su circunstancia puede dejar a nuestro cuidado a su paciente en el Hospital Ángeles México bajo el régimen de Hospicio o en una de 2 estancias que brindan estos servicios fuera del hospital como es esto:

Los Hospices son un lugar diseñado para dar confort, bienestar, soporte emocional y espiritual, tanto para el paciente como a toda la familia, cuando los enfermos llegan a la fase avanzada de su enfermedad terminal. El objetivo de estos lugares es tratar que el paciente pueda disponer de los meses o días que le restan, con una “Gran calidad de vida”, es mantenerlos libres de dolor, controlando los síntomas que se hacen presentes por la enfermedad, así como también que puedan estar rodeados de sus seres queridos, en un lugar que se asemeje lo más posible a su hogar y así continuar con su vida familiar.

La atención del paciente se realizará con personal especializado, tratando no solo de cubrir las necesidades de salud, sino que no debemos de olvidarnos de las partes psicológicas y espirituales por las que está pasando el paciente y su familia.

Es un espacio con todos los cuidados del hospital, pero con la calidez que este ha perdido y que se asemeje al hogar del paciente (31)

2.6. PROCEDIMIENTOS INTERVENCIONISTAS

El intervencionismo es una serie de técnicas invasivas las cuales son una herramienta útil en la terapéutica del dolor crónico tanto oncológico como no oncológico.

Esta indicado cuando:

No hay respuesta a terapéutica farmacológica
Efectos adversos inaceptables

No acepta el paciente tomar más fármacos
Miedo al uso de morfina y otros analgésicos opioides
Preventivo

Beneficios:

Disminuye el número de fármacos utilizados
Reduce por lo tanto efectos adversos
Mejora el alivio del dolor
En el enfermo terminal mejora la calidad de vida y muerte.

Requerimientos:

Entrenamiento calificado

Ayudante

Equipo de Rayos X

Apoyo Anestésico

Estos procedimientos están encaminados a disminuir el dolor de una forma definitiva o por lo menos un grado de alivio mayor al 50%.

2.6.1. PROCEDIMIENTOS MENORES

Los procedimientos menores se realizan en el consultorio o domicilio del paciente en algunas ocasiones se requiere un ayudante para realizarlos, dentro de esto se encuentran los siguientes:

Terapia de Estimulación Eléctrica Transcutánea:



Dispositivo subcutáneo:



Depósito de Esteroides:



2.6.1. **PROCEDIMIENTOS MAYORES**

Los procedimientos intervencionistas mayores son aquellos en los cuales se requiere el apoyo de equipo de rayos X especializado como son las salas de fluoroscopia o la tomografía axial computarizada así como el apoyo de un anestesiólogo que proporcione una sedación para que dicho procedimiento no cause molestias al paciente durante su realización.

Inhibición de Nervios Espláncnicos:



Inhibición de Plexo Hipogástrico Superior:



Inhibición de Ganglio Impar



Neurolisis Química Lumbar o torácica



Catéter Epidural Tunelizado



Bombas Intratecales Implantables



2.7. DOLOR ONCOLÓGICO

El dolor oncológico es un problema de primera magnitud, hasta un 95% de los pacientes con cáncer en estadios avanzados tienen dolor (WHO, 1996).

El tratamiento adecuado precisa una historia clínica en la que se valore específicamente el dolor y que abarque aspectos físicos, psicológicos y sociales [B]. Las exploraciones complementarias serán seleccionadas con el objetivo de diagnosticar sus posibles causas. La evaluación se hará de modo continuo y las quejas del paciente siempre se tendrán en cuenta.

Desde un punto de vista fisiopatológico existen tres tipos de dolor (Aliaga L, 2002).

Dolor somático

Producido por lesión de piel, pleura, peritoneo, músculo, periostio o hueso.

Es descrito como sordo, mordiente y continuo.

Localizado en el lugar lesionado.

Dolor visceral

Producido por lesión de víscera hueca o no.

Es descrito como dolor constante, puede ser cólico, mal localizado e irradiado

Dolor neuropático

Producido por lesión del sistema nervioso central o periférico.

Es descrito como urente y continuo o lancinante.

Asociado frecuentemente a cambios sensoriales (disestesias, hiperalgesia...).

El control analgésico suele ser difícil.

La intensidad del dolor puede ser medida con diferentes escalas (Caraceni A, 2002).

Escala numérica verbal, en la que cero significa que el paciente no tiene dolor y diez el peor dolor imaginable. De este modo, el paciente asignará un valor determinado a su dolor.

Escala analógica visual. Es una línea de 10 cm de longitud, uno de los extremos (valor cero) equivale a no tener dolor y el otro (valor 10) al peor dolor

imaginable. El paciente marcará el punto en el que se encuentra su dolor. El dolor es leve de 0 a 3, moderado de 4 a 6 e intenso de 7 a 10.

Para valorar otros aspectos del dolor como son su localización, cualidad, impacto emocional y funcional que produce en el paciente, existen escalas como el McGill Pain Questionnaire. (Melzack, R, 1975).

Si el paciente no puede comunicarse adecuadamente, el dolor será valorado por la expresión facial, postura antiálgica, irritabilidad o manifestaciones del sistema nervioso autónomo como sudoración, taquicardia...

Una de las claves para lograr un alivio adecuado del dolor es visitar regularmente al paciente y determinar la efectividad del tratamiento (19).

III. OBJETIVOS

3.1. **GENERAL**

CONOCER EL MANEJO DEL DOLOR EN PACIENTES ONCOLÓGICOS Y CÓMO INFLUYE EN SU CALIDAD DE VIDA.

3.2. **ESPECÍFICOS**

- 3.2.1. Conocer el tipo de manejo del dolor en pacientes oncológicos.
- 3.2.2. Dar seguimiento de la evolución de los pacientes tratados para evaluar su calidad de vida.
- 3.2.3. Saber si el manejo del dolor oncológico influye en la calidad de vida de los pacientes.

IV. MATERIAL Y MÉTODOS

4.1. TIPO DE ESTUDIO

DESCRIPTIVO

4.2. POBLACIÓN O UNIVERSO DE ESTUDIO

PACIENTES QUE ASISTIERON A LA CONSULTA EXTERNA, SALA DE OPERACIONES Y CONSULTAS A ANESTESIOLOGÍA DEL HOSPITAL REGIONAL DE OCCIDENTE Y QUE NECESITEN TRATAMIENTO DEL DOLOR ONCOLOGICO Y CUIDADOS PALIATIVOS.

4.3. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- PACIENTE MAYOR DE 18 AÑOS DE AMBOS SEXOS CON DOLOR ONCOLOGICO.
- PACIENTE QUE ESTÉ SIENDO O NO, TRATADO POR ONCOLOGIA.
- PACIENTE RESIDENTE EN EL AREA OCCIDENTAL DEL PAÍS.
- PACIENTE DE CUALQUIER EVOLUCIÓN (AGUDO O CRÓNICO O ETAPAS TERMINALES).
- PACIENTE QUE ACEPTE SER INCLUIDO EN EL ESTUDIO.

4.4. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- PACIENTE SIN TRATAMIENTO PREVIO DEL DOLOR DE ORIGEN ONCOLÓGICO.
- PACIENTE QUE NO SEA CONSTANTE CON SU TRATAMIENTO.
- PACIENTE QUE NO ACCEDA A EVALUACION DE LA CALIDAD DE VIDA DURANTE EL SEGUIMIENTO DE SU EVOLUCIÓN.
- PACIENTES MENORES DE 18 AÑOS.
- PACIENTES QUE NO ACEPTEN SER INCLUIDOS EN EL ESTUDIO

4.5. OPERATIVIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	OPERATIVIZACION DE VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICION
Manejo del dolor	Utilización de distintos medicamentos para aliviar el dolor.	Dar a los pacientes en estudio fármacos analgésicos.	CUALITATIVA	CON TX. SIN TX.
Paciente oncológico	Persona que padece cualquier tipo de cáncer.	Paciente diagnosticado con CA sintomático y con dolor crónico.	CUALITATIVA	Tipo de cáncer que padece
Dolor oncológico	Tipo de dolor que es originado por cáncer.	Dolor intenso, crónico causado por cualquier tipo de neoplasia.	CUALITATIVA	Escala analógica visual
Calidad de vida	Status vivendus aceptable socialmente	Estado del paciente oncológico en su diario vivir.	CUALITATIVA	Escala de calidad de vida de la OMS

4.6. PROCESO DE INVESTIGACIÓN

4.6.1. Selección del tema de investigación.

4.6.2. Presentación de anteproyecto de investigación a Jefe de Departamento de Anestesiología, Docente de Anestesiología y Docente de investigación.

4.6.3. Aprobación de anteproyecto.

4.6.4. Elaboración y aprobación del protocolo de Investigación.

4.6.5. Aplicación de la boleta de recolección de datos.

- 4.6.6. Revisión del historial clínico del paciente oncológico en consulta externa, pacientes oncológicos que pasaron por sala de operaciones y pacientes de interconsultas a anestesiología tratados por oncología del Hospital Nacional de Quetzaltenango.
- 4.6.7. Utilización de la Escala analógica Visual a todos los pacientes, para valorar el grado de dolor que cada uno presente.
- 4.6.8. Para valorar la calidad de vida se utilizará la Escala de Calidad de Vida de la OMS, modificada para usos específicos de este estudio.
- 4.6.9. De acuerdo a los datos obtenidos se aplicarán los procesos estadísticos siguientes:
- Tabulación y ordenamiento de datos
 - Frecuencias y porcentajes
 - Cuadros y gráficas
- 4.6.10. Seguidamente se discutirán y analizarán los resultados obtenidos, con lo que se harán las conclusiones correspondientes y se formularán las recomendaciones pertinentes.
- 4.6.11. Elaboración y presentación del informe final.

4.7. **ASPECTOS ÉTICOS**

Previo a incluir a los pacientes en este estudio, se utilizó un consentimiento informado para cada paciente, informando claramente sobre las condiciones y beneficios que se presentarían al participar en el mismo. En anexos se puede encontrar un ejemplo.

V. RESULTADOS

Tabla No. 1

PACIENTES ONCOLÓGICOS CLASIFICADOS POR GÉNERO

HOMBRES	%	MUJERES	%
18	40.90%	26	59.09
TOTAL	100%	44	100%

Fuente: Boleta de recolección de datos

Tabla No. 2

TIPO DE CÁNCER DIAGNOSTICADO

TIPO	HOMBRES	%	MUJERES	%
CA Gástrico	6	33.3%	4	22.2%
CA de colon	4	22.2%	3	16.67%
CA Pulmonar	2	11.1%	1	5.55%
CA De Cérvix	0	0%	9	34.61%
CA Testicular	2	11.1%	0	0%
Sarcoma indiferenciado	1	5.55%	2	11.1%
CA de mama	0	0%	4	22.2%
Otros	3	16.67%	3	16.67%
TOTAL	18	100%	26	100%

Fuente: Boleta de recolección de datos

Tabla No. 3

MANEJO ESTABLECIDO PARA DOLOR SEGÚN GÉNERO

Fuente: Boleta de recolección de datos.

TIPO DE ANALGÉSICO	HOMBRE	%	MUJER	%
KETOROLAC	5	27.77%	6	23%
DESKETOPROFENO	3	16.67%	4	15.38%
TRAMADOL	1	5.55%	3	11.53%
NO TIENE	9	50%	13	50%
TOTAL	18		26	

Tabla No. 4

PACIENTES QUE TUVIERON DOLOR DURANTE LA ENTREVISTA SEGÚN GENERO

GENERO	FC	PORCENTAJE
HOMBRES	14	77.78%
MUJERES	20	76.92%
TOTAL	34	100%

Fuente: boleta de recolección de datos

Tabla No. 5

CLASIFICACIÓN DEL DOLOR SEGÚN ESCALA ANALÓGICA VISUAL

TIPO DE DOLOR	HOMBRE	%	MUJER	%
LEVE	3	21.42%	4	20%
MODERADO	11	78.57%	15	75%
SEVERO	0	0%	1	5%
TOTAL	14	100%	20	100%

Fuente: Boleta de recolección de datos

CALIDAD DE VIDA

La calidad de vida se estudió en los pacientes que presentaron dolor durante la entrevista. Cuyos datos se presentaron en los cuadros anteriores. Siendo 14 hombres y 20 mujeres los afectados. Por lo cual este parámetro evaluado de Calidad de vida fue específico para la muestra de pacientes con dolor.

A continuación presento las tablas de los resultados obtenidos de la boleta de recolección de datos en la segunda parte, como puede comprobar en los anexos, donde se incluye las dos escalas utilizadas, así como las boletas de recolección de datos para hacer válidos los resultados obtenidos.

Se hace la aclaración que la segunda parte de la boleta de recolección de datos, es decir, las preguntas 9, 10 y 11 y sub-divisiones resume para fines prácticos y aplicables a este estudio, los datos que se necesita saber y no los 24 parámetros que la escala completa contiene. En cuyo uso estaría abarcando otros ítems que no aplican en estos pacientes como por ejemplo: reconocimiento, seguridad, finanzas, entretenimiento y otros lo que implicaría más tiempo y menos disposición por parte de los pacientes.

Tabla No. 6
ESTADO FÍSICO DEL PACIENTE ONCOLÓGICO (SUEÑO)

CALIDAD DE SUEÑO	HOMBRES	%	MUJERES	%
DUERME BIEN	8	57.1%	15	75%
DESPIERTA >2 VECES	4	28.57	4	20%
NO DUERME	2	14.28	1	5%
TOTAL	14	100%	20	100%

Fuente: Boleta de recolección de datos

Tabla No. 7
ACTIVIDADES DEL PACIENTE ONCOLÓGICO (APETITO)

PATRON DEL APETITO	HOMBRES	%	MUJERES	%
AFECTADO	6	42.85	14	70%
NO AFECTADO	8	57.14	6	30%
TOTAL	14	100%	20	100%

Fuente: Boleta de recolección de datos

Tabla No. 8
ESTADO PSICOLÓGICO DEL PACIENTE ONCOLÓGICO (AUTOESTIMA)

AUTOESTIMA	HOMBRES	%	MUJERES	%
PENSAMIENTOS NEGATIVOS	11	78.57	13	65%
ESPIRITUALIDAD	3	21.42	7	35%
TOTAL	14	100%	20	100%

Fuente: Boleta de recolección de datos

VI. DISCUSIÓN Y ANÁLISIS

La prevalencia del cáncer es creciente y el dolor asociado es con frecuencia manejado en forma inadecuada. Anualmente se diagnostican más de un millón de nuevos casos de cáncer en los Estados Unidos y una de cada cinco muertes (cerca de 1400 por día) es causada por cáncer (31).

Como se pudo observar, el estudio comprendió un total de 44 pacientes, de los cuales 26 fueron mujeres. Actualmente la población general guatemalteca, según el INE va de aproximadamente un promedio de 52% mujeres y 47% hombres, Se considera que éstas cifras coinciden con la frecuencia encontrada en este estudio.

Los tipos de cáncer más diagnosticados fue el de cérvix en mujeres, y el gástrico en hombres, siendo una situación alarmante, ya que desde hace muchos años es conocido de la alta incidencia y mortalidad de mujeres guatemaltecas a causa del cáncer cervical, y en este estudio no fue la excepción.

La evaluación de dolor en los pacientes con cáncer mediante la escala analógica visual fue esencial, ya que la mayoría de los pacientes sufría de dolor moderado al momento de la entrevista. Siendo las cifras:77% mujeres y 78% hombres. Y el resto de la población en algunas ocasiones refirieron no tener ningún medicamento analgésico entre su tratamiento. Inclusive vía telefónica indicó un paciente, que ya no quería asistir a su chequeo médico oncológico porque no le daban medicamento para el dolor. Entonces es evidente la realidad adversa que está viviendo la población sur-occidental de Guatemala por no haber una clínica del dolor disponible en el Hospital Nacional de Quetzaltenango al servicio de la comunidad.

El manejo del dolor establecido para los pacientes, más utilizado fue ketorolaco tanto en hombres como en mujeres, un 27.7% y 23% respectivamente. Así también evidencia que un 50% de los pacientes no tiene tratamiento para el dolor.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. No obstante, es frecuente el tratamiento inadecuado debido al escaso conocimiento de los profesionales de la salud acerca de la evaluación y el manejo efectivo del dolor, a las actitudes negativas de los pacientes y del personal de salud en cuanto a la utilización de fármacos, además de inconvenientes relacionados con regulaciones gubernamentales para el control de medicamentos y los altos costos generados (13).

En cuanto a la calidad de vida de pacientes oncológicos, se utilizó algunos ítems de la Escala de Calidad de Vida de la OMS. (no en su totalidad, para adecuarla y obtener los aspectos más importantes y relevantes que fueran específicos y sobre todo aplicables en este estudio) se pudo constatar que los pacientes que tienen dolor, definitivamente son perjudicados en su vida entera. El patrón de apetito en los hombres está afectado en un 42% y en las mujeres en un 70%. Por el contrario el sueño de los hombres se ve afectado en un 14.28% y el de las mujeres se ve afectado en un 5%. Hay una diferencia bien marcada, entre estas dos actividades cotidianas de los pacientes oncológicos, y aunque el porcentaje no es muy alto en cuanto a sueño, todos los otros aspectos como el apetito, el autoestima, y sobre todo el dolor; sí fueron bastante altos por lo que se evidencia nuevamente que el manejo del dolor en estos pacientes es no adecuada y lamentablemente todo en conjunto afecta la calidad de vida de cada paciente oncológico.

Sin embargo el estado psicológico de los pacientes hombres en un 78.57% fue negativo y solamente 3 de los 14 pacientes tienen una buena espiritualidad. En cuanto a las mujeres, un 65% de ellas tiene pensamientos negativos, y únicamente un 35% de ellas posee una buena espiritualidad. Reflejando así la necesidad de un mejor acompañamiento y ofrecer a los pacientes **cuidados paliativos** mediante coordinación de redes profesionales para este fin.

Se considera necesario realizar un estudio más completo sobre la calidad de vida de los pacientes oncológicos puesto que para fines de este estudio solamente se englobaron ciertos ítems, se sugiere debiera realizarse un estudio específico y únicamente sobre la calidad de vida utilizando otra herramienta, como por ejemplo: EORTC (European Organization for Research and Treatment of Cancer) ya que es el más utilizado internacionalmente.

6.1. CONCLUSIONES

6.1.1. El manejo del dolor con el analgésico más frecuentemente utilizado fue ketorolaco tanto en hombres como en mujeres.

6.1.2. 77% de los pacientes tuvo dolor al momento de la entrevista siendo éste, tipo moderado; según la Escala Analógica Visual.

6.1.3. La calidad de vida de los pacientes con dolor crónico de origen oncológico sí está afectada puesto que más del 50% de la población total tuvo alteraciones en el apetito, sueño y autoestima.

6.2. RECOMENDACIONES

- 6.2.1. Reconocer que en el Hospital Nacional de Quetzaltenango es necesario establecer una clínica del dolor para brindar a nuestra población un mejor manejo del dolor en los pacientes oncológicos.

- 6.2.2. Reforzar mediante cuidados paliativos a los pacientes con dolor tipo oncológico su integridad física, emocional y espiritual y así mejorar su calidad de vida.

- 6.2.3. Seguir utilizando la Escala analógica visual como instrumento diario al evaluar los signos vitales del paciente para materializar y clasificar la intensidad de dolor en los pacientes oncológicos.

- 6.2.4. Unificar esfuerzos de todas las especialidades y autoridades en Hospital Nacional de Quetzaltenango para colaborar con disponibilidad y tiempo para el servicio de los pacientes oncológicos al rehabilitar una clínica del dolor.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 7.1. Aliaga L., Baños J., Barrutell C., Molet J., Rodríguez A. Tratamiento del dolor, teoría y práctica. Barcelona: Permanyer; 2006.
- 7.2. Andersen, G, Christrup, L, Sjogren, P. Relationships among morphine metabolism, pain and side effects during long-term treatment. An update. J Pain Symptom Manage 2007; 25:74. [[Medline](#)]
- 7.3. Astudillo W., Mendinueta C., Astudillo E. Cuidados del enfermo en fase terminal y atención a su familia. 4ª ed. Pamplona: Eunsa; 2006.
- 7.4. Back, I. Palliative Medicine Handbook. On line. [acceso 24 de enero de 2008]. Disponible en: <http://book.pallcare.info/>
- 7.5. Bajwa Z, Warfield C. Cancer pain syndromes. [Monografía en Internet]. Walthman (MA): Uptodate; 2007 [acceso 14 de enero de 2008].Disponible en: <http://www.uptodate.com>
- 7.6. Bajwa Z, Warfield C Pharmacologic therapy of cancer pain. [Monografía en Internet]. Walthman (MA): Uptodate; 2007 [acceso 17 de Enero de 2008].Disponible en: <http://www.uptodate.com/>.
- 7.7. Bajwa Z, Warfield C Nonpharmacologic therapy of cancer pain. [Monografía en Internet]. Walthman (MA): Uptodate; 2007 [acceso 16 de Enero de 2008].Disponible en: <http://www.uptodate.com/>.
- 7.8. [Broomhead A](#), [Kerr R](#), [Tester W](#), [O'Meara P](#), [Maccarrone C](#), [Bowles R](#), [Hodsman P](#). Comparison of a once-a-day sustained-release morphine formulation with standard oral morphine for cancer pain. J Pain Symptom Manage 1997; 14:63. [[Medline](#)]
- 7.9. Caraceni A, Cherny N, Fainsinger R, Kaasa S, Poulain P, De Conno F. Pain measurement tools clinical research in palliative care: recommendations of expert working group of the European Association of Palliative Care. Journal of Pain and Symptom Management 2002; 23; 239-55Colvin L, Forbes K, Fallon M. Difficult pain BMJ. 2006; 332:1081-1083. [[Medline](#)]
- 7.10. Dworkin R, O'Connor A, Backonja M, Farrar J, Finnerup N, Jensen T, Kalso E, Loeser J, Miaskowski C, Nurmiikko T, Portenoy R, Rice A, Stacey B, Treede R, Turk D and Wallace M Pharmacologic management of neuropathic pain: Evidence-based recommendations. Pain 2007; 132: 237-251. [doi:10.1016/j.pain.2007.08.033](https://doi.org/10.1016/j.pain.2007.08.033)
- 7.11. Eisenberg E, McNicol E, Carr DB Opiáceos para el dolor neuropático (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2007 Número 4. (Traducida de The Cochrane Library, 2007 Issue 4. Chichester , UK : John Wiley & Sons, Ltd.).
- 7.12. Evans HC, Easthope SE. Transdermal Buprenorphine. Drugs 2003; 63(19). 1999-2010.[[Medline](#)]
- 7.13. Fallon M, Hanks G, Cherny N. Principles of control of cancer pain. BMJ 2006;332:1022-1024 [[Medline](#)]

- 7.14. Goetz MP, Callstrom MR, Charboneau JW, Farrell MA, Maus TP, Welch TJ et al, Percutaneous image-guided radiofrequency ablation of painful metastases involving bone: a multicenter study. *J Clin Oncol*.2004; 22: 300-306. [[Medline](#)] [Resumen] [Texto completo en la [Biblioteca Cochrane Plus](#)]
- 7.15. Gómez Sancho M. Control de síntomas en el enfermo con cáncer terminal. Madrid : Asta médica; 2008
- 7.16. Hollingshead J, Dühmke RM, Cornblath DR. Tramadol para el dolor neuropático (Revisión Cochrane traducida). Issue 4. Chichester , UK : John Wiley & Sons, Ltd.).
- 7.17. Hulme P, Krebs J, Ferguson S, Berlemann U. Vertebroplasty and kyphoplasty: A systematic review of 69 clinical studies. *Spine* 2006 Aug 1;31(17):1983-2001.
- 7.18. Jeal W, Benfield P. Transdermal fentanyl. A review of ist pharmacological properties and therapeutic in pain control. *Drugs* 1997; 53: 109-138 [[Medline](#)]
- 7.19. Lorenz K, Lynn J, Dy S, Shugarman L, Wilkinson A, Mularski R, Morton S, Hughes R, Hilton L, Maglione M, Rhodes S, Rolon C, Sun V, and Shekelle P. Evidence for Improving Palliative Care at the End of Life: A Systematic Review. *Ann Intern Med*. 2008;148:147-159.
- 7.20. McQuay HJ, Collins SL, Carroll D, Moore RA. Radioterapia paliativa para las metástasis óseas dolorosas (Revisión Cochrane traducida Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2007 Issue 4. Chichester , UK : John Wiley & Sons, Ltd.).
- 7.21. McNicol E, Strassels SA, Goudas L, Lau J, Carr DB. AINE o paracetamol, solos o combinados con opiáceos, para el dolor por cáncer (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, número 4, 2007. Oxford, Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2007 Issue 4. Chichester , UK : John Wiley & Sons, Ltd.).
- 7.22. Melzack, R. The McGill pain questionnaire: Major properties and scoring methods. *Pain* 1975; 1:277-99. [[Medline](#)]
- 7.23. Muriel C, García-Castaño M, Yusta G, Sánchez-Montero F. Citrato de Fentanilo oral transmucosa: revisión. *Rev SocEsp Dolor* 2000; 7: 319-326. [[Texto completo](#)]
- 7.24. Mystakidou k. Et al A prospective randomized controlled clinical trial of zoledronic acid for bone metastases. *Am J HospPalliat Care* 2006 Jan-Feb; 23(1): 41-50 [[Medline](#)]
- 7.25. Portenoy, RK. Cancer pain: Epidemiology and syndromes. *Cancer* 1989; 63:2298-307. [[Medline](#)]
- 7.26. Quigley C. Cambio de opiáceo para mejorar el alivio del dolor y la tolerancia del fármaco (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus , número 4, 2007. Oxford, Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2007 Issue 4. Chichester , UK : John Wiley & Sons, Ltd.).

- 7.27. Reid CM, Martin RM, Sterne JA, Davies AN, Hanks GW, Oxycodone for Cancer-Related Pain: Meta-analysis of Randomized Controlled Trials. Arch Intern Med. 2006 Apr 24; 166(8): 837-843. [[Medline](#)]
- 7.28. Rischitelli DG, Karbowicz SH. Safety and efficacy of controlled-release oxycodone: a systematic literature review. Pharmacotherapy. 2002 Jul; 22(7): 898-904. [[Medline](#)]
- 7.29. Saarto T, Wiffen PJ. Antidepresivos para el dolor neuropático (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, número 4, 2007. Oxford, Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2007 Issue 4. Chichester , UK : John Wiley & Sons, Ltd.).
- 7.30. Skaer T. Transdermal opioids for cancer pain. Health and Quality of Life Outcomes 2006, 4:24. doi:10.1186/1477-7525-4-24 [[Texto completo](#)]
- 7.31. Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Guía de cuidados paliativos [Libro electrónico]. SECPAL. [Acceso 15/1/2008]. Disponible en: <http://www.secpal.com/guiacp/>
- 7.32. Stockler, M, Vardy, J, Pillai, A, Warr, D. Acetaminophen (paracetamol) improves pain and well-being in people with advanced cancer already receiving a strong opioid regimen: a randomized, double-blind, placebo-controlled cross-over trial. J Clin Oncol 2007; 22:3389. [[Medline](#)]
- 7.33. Wiffen P, Collins S, McQuay H, Carroll D, Jadad A, Moore A. Fármacos anticonvulsivantes para el dolor agudo y crónico (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus , número 4, 2007. Oxford, Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2007 Issue 4. Chichester , UK : John Wiley & Sons, Ltd.).
- 7.34. Wiffen PJ, Edwards JE, Barden J, McQuay HJM. Morfina oral para el dolor por cáncer (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus , número 4, 2007. Oxford, Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2007 Issue 4. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
- 7.35. Wiffen PJ, McQuay HJ, Edwards JE, Moore RA. Gabapentina para el dolor agudo y crónico (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus , 2007 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2007 Issue 4. Chichester , UK : John Wiley & Sons, Ltd.).
- 7.36. Wong R, Wiffen PJ. Bifosfonatos para el alivio del dolor provocado por metástasis óseas (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus , número 4, 2007. Oxford, Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2007 Issue 4. Chichester , UK : John Wiley & Sons, Ltd.).

- 7.37. World Health Organization. Cancer pain relief.2nd. ed. Geneva : World Health Organization, 1996.[[Texto completo](#)]
- 7.38. Zenz M, Donner B, Strumpf M. Long-Term. Treatment of cancer pain with transdermal fentanyl. J. Pain Symptom Manag 1998; 15: 168-175 [[Medline](#)]
- 7.39. Zeppetella G, Ribeiro MDC. Opiáceos para el tratamiento del dolor intercurrente (episódico) en pacientes con cáncer (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus , número 4, 2007. Oxford, Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2007 Issue 4. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

VIII. ANEXOS

8.1 ANEXO No. 1 BOLETA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSGRADO
MAESTRÍA EN ANESTESIOLOGÍA- TESIS
HOSPITAL REGIONAL DE OCCIDENTE



BOLETA DE RECOLECCIÓN DE DATOS # 1

“DOLOR EN PACIENTE ONCOLÓGICO”

1. NOMBRE _____
2. EDAD _____ ORIGEN: _____
3. ETAPA O CLASIFICACIÓN DEL CÁNCER _____
4. TIENE TRATAMIENTO ESTABLECIDO SI _____ NO _____
5. TIPO DE ANALGÉSICOS _____
6. VÍA Y DOSIS UTILIZADA _____
7. TUVO DOLOR DURANTE LA ULTIMA CONSULTA SI _____ NO _____
8. INTENSIDAD DEL DOLOR (UTILIZANDO LA ESCALA ANALÓGICA VISUAL)

1) LEVE _____ 2) MODERADO _____ 3) SEVERO _____

CUIDADOS PALIATIVOS

9. CALIDAD DE SUEÑO
 - A) DUERME BIEN _____
 - B) DESPIERTA MAS DE DOS VECES POR DOLOR _____
 - C) NO DUERME TODA LA NOCHE _____
10. PATRÓN DEL APETITO
 - A) AFECTADO SI _____ NO _____
 - B) COME BIEN _____ SOLO LO QUE LE GUSTA _____ NO TIENE GANAS DE COMER _____
11. DEPRESIÓN: ¿CÓMO SE SIENTE?
 - A) CONTENTO TODO EL TIEMPO _____
 - B) CON BUEN HUMOR A VECES _____
 - C) DEPRIMIDO _____

8.2 ANEXO No. 2 CONSENTIMIENTO INFORMADO

UNIVERSIDAD SAN CARLOS DE GUATEMALA

ESCUELA DE ESTUDIOS DE POST-GRADO

MAESTRÍA EN ANESTESIOLOGÍA

HOSPITAL NACIONAL DE QUETZALTENANGO

CONSENTIMIENTO INFORMADO

“MANEJO DEL DOLOR EN PACIENTES ONCOLÓGICOS”



NOMBRE DE LA INSTITUCION: HOSPITAL NACIONAL DE QUETZALTENANGO	SERVICIO EN EL QUE SE REALIZA EL PROCEDIMIENTO: ANESTESIOLOGÍA		
FECHA:			
Día:	Mes:	Año:	Número:

Yo _____ mayor de edad, identificado con Cédula de vecindad o DPI. N° _____ y como paciente; autorizo a la Dra. Roxanda Amarilis Escobar Soto, con especialidad de Anestesiología, para poder incluirme en la investigación titulada “MANEJO DEL DOLOR EN PACIENTES ONCOLÓGICOS” HRO Febrero 2009- Octubre 2011”. Teniendo en cuenta que he sido informado claramente sobre las condiciones y beneficios que se pueden presentar, siendo estos:

1. Ser originario y residente en el área suroccidental de Guatemala
2. Ser paciente tratado por Oncología en el Hospital Regional de Occidente
3. Asistir a la consulta externa constantemente para controles de mi enfermedad.
4. Contestar de forma sincera y clara todas las preguntas relacionadas con mi salud.
5. Colaborar con la doctora Roxanda Escobar para el seguimiento de mi caso con visitas domiciliarias u otros medios.
6. Al finalizar la investigación, podré saber los resultados de la misma.

7. Al conocer resultados, podré ser beneficiario del conocimiento de las nuevas disposiciones en cuanto al manejo del dolor oncológico y sus diferentes tratamientos.

Comprendo y acepto que durante la investigación pueden aparecer circunstancias imprevisibles o inesperadas, que puedan requerir una extensión del proceso original o la realización de otra actividad no mencionada arriba.

Al firmar este documento reconozco que lo he leído o que me ha sido leído y explicado y que comprendo perfectamente su contenido. Se me han dado amplias oportunidades de formular preguntas y que todas las preguntas que he formulado han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria.

Acepto que la medicina no es una ciencia exacta y que no se me han garantizado los resultados que se esperan de la investigación. En ningún momento seré sometido a tratamientos quirúrgicos o terapéuticos, esta compromete una actividad de medio, pero no de resultados.

Comprendiendo estas limitaciones, doy mi consentimiento para la realización de la investigación y firmo a continuación:

FIRMA DEL PACIENTE: _____

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

CÉDULA, _____ DPI _____ O _____

HUELLA: _____

FIRMA DEL TESTIGO O RESPONSABLE DEL PACIENTE: _____

NOMBRE DEL TESTIGO RESPONSABLE DEL PACIENTE: _____

CÉDULA _____ DPI _____ O _____ HUELLA: _____

RELACIÓN CON EL PACIENTE: _____

FIRMA DEL MÉDICO O PROFESIONAL DE LA SALUD: _____

NOMBRE DEL PROFESIONAL: DRA. ROXANDA AMARILIS ESCOBAR SOTO

CÉDULA: I-9Nº DEL REGISTRO: 9,060

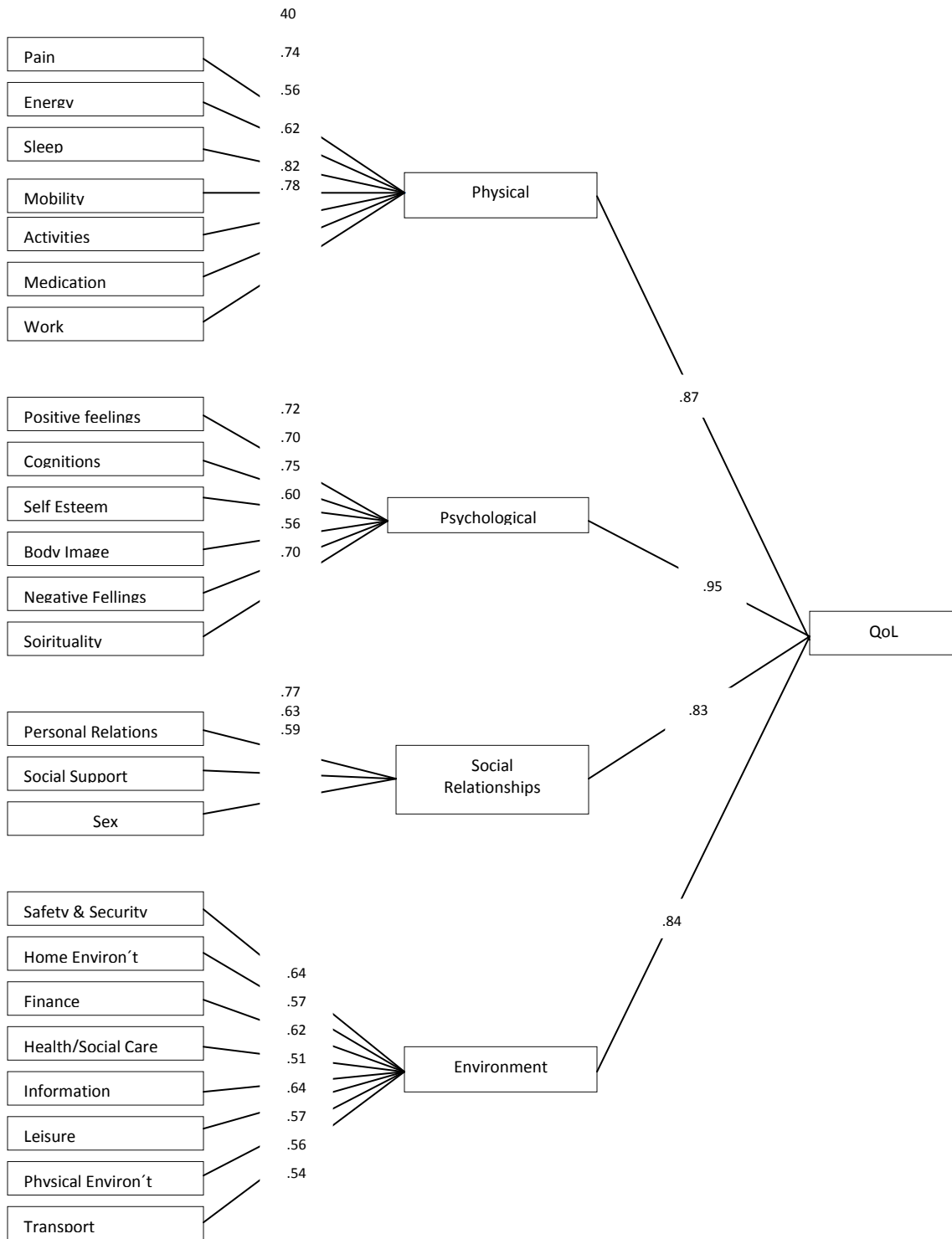
8.3 ANEXO No. 3 ESCALA ANALÓGICA VISUAL

ESCALA ANALÓGICA VISUAL



8.4 ANEXO No. 4 ESCALA DE CALIDAD DE VIDA

ESCALA DE CALIDAD DE VIDA POR LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD



World Health Organization Quality of Life- Bref: 4-domain confirmatory factor model.

8.5 ANEXO No. 5 PROPUESTA

PROPUESTA

Al finalizar esta investigación, las conclusiones indican que el manejo del dolor en pacientes oncológicos en el Hospital Nacional de Occidente influye en la calidad de vida de los mismos.

Durante el desarrollo de esta investigación resalta la gran necesidad que los pacientes oncológicos tienen de aliviar su dolor. Muchos dejaron de asistir a sus citas a consulta externa de oncología para su seguimiento por no haber aliviado el dolor, muchos otros siguen hoy día sin poder dormir, comer, o simplemente llevar una vida normal por continuar con el dolor crónico que no se aparta de ellos.

Por lo que se propone a las autoridades del departamento de anestesiología y del Hospital nacional de occidente que se reapertura una clínica del dolor y cuidados paliativos. En el transcurso de esta investigación se constató que la mayoría de estos pacientes oncológicos viven en situaciones precarias económicamente de manera que no les es posible costear los gastos que les demandaría una clínica privada para aliviar su dolor.

Los pacientes oncológicos no tienen a dónde acudir para aliviar este tipo de dolor por lo tanto se hace necesario y urgente abrir nuevamente la clínica del manejo del dolor y cuidados paliativos en este hospital puesto que siendo un hospital de referencia existen muchos pacientes oncológicos del departamento de Quetzaltenango así como de todo el suroccidente del país.

Sin lugar a dudas, sería un beneficio de gran magnitud para todo el país, por las razones mencionadas. A continuación se describe a grandes rasgos la clínica del dolor según expertos en Madrid. Luego podrá conocer propuesta de la clínica del dolor y cuidados paliativos del Hospital Nacional de Quetzaltenango.

¿Qué es una Clínica del Dolor?

MISIÓN DE UNA CLINICA DEL DOLOR.

Brindar alivio no solamente del dolor, sino también del manejo adecuado de síntomas que conlleva una enfermedad, basándose en una atención integral para mejorar la calidad de vida del paciente, cubriendo sus principales necesidades como un ser bio-psico-social.

¿Qué hace una Clínica del Dolor?

En una clínica del dolor los pacientes son tratados por profesionales de la salud, expertos en problemas de dolor crónico severo.

Una Clínica del Dolor está compuesta por Algólogos, Psicólogos, Trabajadoras Sociales y otros especialistas, según se requiera.

¿Qué Tratamientos ofrece una Clínica del Dolor?

Existe una gama de tratamientos disponibles para el manejo del dolor, los cuales comprenden:

MANEJO FARMACOLOGICO.

MANEJO INTERVENCIONISTA.

Infiltración.

Bloqueo de nervioso.

MANEJO NO FARMACOLOGICO.

Estimulación eléctrica transcutánea.

Apoyo psicológico.

Rehabilitación.



Clínicas del dolor, generalidades...

Las unidades del dolor son un servicio de atención sanitaria que proporciona alivio a dolores agudos y crónicos, y permite el aumento de la calidad de vida del paciente

¿Cuándo se acude a la consulta del médico? Generalmente, cuando se tiene dolor, ya que éste suele ser una advertencia de nuestro cuerpo avisando de que algo no funciona correctamente. Si se trata de un dolor leve y pasajero, no durará más que unas horas, días o, en los casos más graves, pocos meses. Cuando este margen se alarga por encima de los seis meses, se considera que se trata de dolor crónico, un problema que afecta en España a cuatro millones y medio de personas y perjudica su calidad de vida. Aunque no siempre recibe el tratamiento adecuado, tanto este tipo de dolor como el agudo encuentran alivio en un servicio interdisciplinar, las Unidades del Dolor. Estas se dedican en exclusiva no a derrotarlo del todo -misión imposible según los expertos-, pero sí a minimizar las molestias de los pacientes.

El alivio del dolor



No se hacen milagros, pero casi. Terribles dolores de espalda o punzadas provocadas por la artrosis en fase avanzada son graves molestias que incapacitan a una persona y le afectan en todas las esferas de su vida, pero que tienen sus días contados gracias a las unidades del dolor, servicio médico que trata de combatir esta 'maldición divina'. El remedio nunca es definitivo porque como señala Concepción Pérez, anestesióloga y jefa de la Unidad del Dolor del Hospital de la Princesa, de Madrid, «esto no es el santuario de Lourdes, que nadie se engañe. El dolor crónico no desaparece, pero sí se puede reducir, y mucho». Este servicio, conocido también como clínicas del dolor, tiene su origen en la idea de un médico anestesiólogo, John Bonica, que tras observar los problemas derivados de los heridos en la Segunda Guerra Mundial, impulsó este servicio en 1953.

En 1960, al ser nombrado jefe del servicio de Anestesiología de la Universidad de Washington, en Seattle, creó la primera clínica multidisciplinaria del dolor. En España el tratamiento del dolor como unidad independiente se inició a partir de 1966 de la mano del doctor Madrid Arias, en el servicio de Anestesiología y Reanimación de la Clínica de la Concepción de Madrid. Años más tarde, en 1976, se creó la primera clínica del dolor en Cataluña, en el Hospital Valle de Hebrón de Barcelona, y en 1982 una unidad piloto para el Estudio y Tratamiento del Dolor en el Hospital 12 de Octubre, en Madrid.

Cada persona experimenta y expresa el dolor de un modo distinto ya que depende de la experiencia individual vital

¿Pero qué es el dolor? Todos lo hemos experimentado alguna vez, por lo que en opinión de José María Muñoz, anestesiólogo y jefe de la Unidad del Dolor del Hospital Universitario La Paz, de Madrid, es innecesario definirlo. No obstante, desde el punto de vista sanitario se suele utilizar una definición de la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor que lo describe como «una experiencia individual sensorial y emocional como consecuencia de un daño potencial o real». El dolor es una sensación muy difícil de medir y no hay ningún dato objetivo que permita conocer su intensidad. Como señala Muñoz, la cuestión se hace más complicada aún si se tiene en cuenta que, además, cada persona siente dolor de un modo distinto, por lo que hay tantos dolores como pacientes ya que la experiencia individual vital marca el modo en que se experimenta y se expresa el dolor. Al margen del aspecto sensorial, los dolores son diferentes en función de qué circunstancia lo provoque. Así, como señala Concepción Pérez, existen dolores somáticos, como el que se nota en articulaciones y músculos; dolores de vísceras, el que se siente cuando se padece gastritis; o dolores neuropáticos, los que se producen por alguna lesión en un nervio. Además, el dolor también puede dividirse en agudo o crónico (cuando excede un período de seis meses). Sean de uno u otro tipo, la lucha contra el dolor existe desde el mismo momento en que existe la Medicina, y cualquier médico tiene la obligación de intentar terminar con él. Pero en las Unidades del Dolor, el combate contra el dolor va más allá porque «la función de estas clínicas es el tratamiento del dolor que ya ha sido tratado en otros servicios, pero que por su dificultad o rebeldía necesita un tratamiento más específico», según señala el responsable de la Unidad del Dolor del Hospital Universitario La Paz. ¿Cómo funciona este recurso?

Las unidades del dolor son un servicio de atención sanitaria que proporciona alivio a dolores agudos y crónicos, y permite el aumento de la calidad de vida del paciente.

Servicio interdisciplinar



No hay dos Unidades del Dolor iguales, señalan los expertos, aunque todas siguen los mismos parámetros. Lo ideal, según señala Concepción Pérez y confirma José María Muñoz, es que una unidad especializada como es una Clínica del Dolor, sea interdisciplinar y esté integrada por médicos de distintas especialidades, a cuyo frente está, generalmente, un anestesiólogo.

Psiquiatras o neurocirujanos participan también de manera muy activa en el tratamiento del dolor junto a enfermeros, rehabilitadores, farmacéuticos y psicólogos. El protagonismo de los anestesiólogos -asegura Muñoz- está justificado porque al tratarse del control de dolor rebelde hay que recurrir a técnicas específicamente anestésicas, como el uso de los bloqueos epidurales, infiltraciones o radiofrecuencia. Además, según afirma la especialista del Hospital de La Princesa, estos expertos tienen más experiencia en el manejo de fármacos y en sus posibles combinaciones para mitigar un dolor determinado.

La presencia de personal especializado no es el único requisito necesario para que un servicio asistencial se considere Unidad del Dolor. Así, las Unidades técnicas específicas en Tratamiento del Dolor deben desarrollar una jornada laboral completa a la semana y poseer un espacio físico propio definido. Un segundo nivel son las Unidades Unidisciplinares de Tratamiento del Dolor, que tienen la obligación de contar con dos médicos especialistas y un coordinador médico especialista, además de tener un espacio físico propio. En ellas se deben realizar historias clínicas de los pacientes. Las Unidades Multidisciplinares de Tratamiento del Dolor suponen un paso más, y deben tener dos especialistas médicos distintos, uno de ellos obligatoriamente anestesiólogo o neurocirujano.

Además, tienen que contar con un psicólogo o psiquiatra integrado en la unidad y con colaboradores de tres especialidades diferentes. Estas unidades deben ofrecer posibilidades diagnósticas y terapéuticas, y tener protocolos clínicos propios, además de contar con un mínimo de 300 pacientes nuevos al año. Por último existen las Unidades Multidisciplinares para el Estudio y Tratamiento del Dolor, que deben cumplir los requisitos anteriores y además, realizar labores docentes y de investigación.

Sólo se deriva un paciente a esta unidad especializada cuando se constata que se le ha aplicado un tratamiento correcto y se evidencia que no es suficiente.

Un servicio de tamaña especialización supone un elevado coste para el centro que lo ofrece, ya que es necesario contar con medios técnicos de primer orden. Sin embargo, Concepción Pérez señala que a pesar de ser caras, las Unidades del Dolor 'salen rentables cuando se utilizan bien', aludiendo a la necesidad de que sólo accedan a las mismas los pacientes que realmente padezcan un dolor que deba ser tratado por especialistas. Es decir, como añade el anestesiólogo del hospital de La Paz, cumplir la máxima de que sólo se derivará un paciente a esta unidad especializada cuando se constate que el especialista que lo trata ha aplicado un tratamiento correcto y se evidencie que no es suficiente. Las derivaciones a estas unidades hospitalarias pueden ser de pacientes con dolores agudos, como enfermos quirúrgicos (postoperatorios) y un elevado número de enfermos oncológicos. Pero, de manera mayoritaria, se atienden dolores crónicos como cefaleas y migrañas, dolor de espalda asociado con el paso de la edad, dolor artrítico, y muchas enfermedades específicas que están asociadas con el dolor como diabetes, herpes y algunos tipos de cáncer. José María Muñoz asegura que para los pacientes crónicos, cuyo dolor es estructural y no va a desaparecer, el único remedio posible es el alivio que les proporciona la terapia más adecuada a su molestia, un tratamiento individualizado que produce una mejora significativa de su calidad de vida.

Un recurso poco conocido



Cuatro millones y medio de afectados sólo en España. Son muchos los pacientes con dolor crónico, y muy numerosos también los que desconocen la existencia de estas unidades hospitalarias especializadas en tratar su problema ya que existe un gran vacío de información sobre el tema, según indica Joana Gabriele, investigadora de la Fundación Biblioteca Josep Laporte y responsable de web pacientes.

Para mejorar la atención a las personas que padecen dolor es necesario divulgar la existencia de las Unidades de Dolor e invertir en la formación de especialistas.

Además de condenar al enfermo a convivir durante más tiempo con el sufrimiento, la falta de información puede ser una fuente potencial de problemas. ¿Por qué? Joana Gabriele señala que un paciente se deja llevar, de manera habitual, por la gradación del dolor y cuando considera que su dolor es llevadero. Cree también que puede gestionar su dolor él mismo, lo que conduce a los pacientes a la automedicación no responsable. Gabriele asegura que gran parte de quienes sienten dolor acude a su farmacia a 'prescribirse a sí mismos' el alivio para su dolencia. Esta automedicación puede tener consecuencias de envergadura para la salud, según asegura la experta, ya que los fármacos adquiridos, asociados con los prescritos por un especialista para combatir una enfermedad o dolor determinados, pueden generar combinaciones explosivas, nocivas para la salud.

Pero para mejorar la atención a las personas que padecen dolor no sólo es necesario divulgar la existencia de las Unidades de Dolor (más de 7.000 en todo el mundo), sino invertir en la formación de especialistas y médicos de atención primaria, ya que son muchos los pacientes que reciben tratamientos inadecuados o acuden tarde a la Unidad, lo que complica su rehabilitación. Asimismo, según lamenta Concepción Pérez, cada vez son más numerosas las ocasiones en que las Unidades del Dolor atienden pacientes que podrían ser tratados adecuadamente por los médicos de atención primaria, lo que retrasa la atención a quienes realmente lo necesitan.

CLÍNICA DEL DOLOR EN HOSPITAL NACIONAL DE QUETZALTENANGO

Debe ser una clínica con espacio físico propio, Debe tener las siguientes características:

Buena ventilación, iluminación y principalmente un ambiente adecuado y agradable (ambiente con música suave, un lugar limpio y ordenado)

Infraestructura:

La clínica del dolor y cuidados paliativos debe ser de aproximadamente 40 metros cuadrados.

Fácil acceso a los servicios, sin barreras arquitectónicas, con entrada a los baños sencillos, comidas saludables, limpieza adecuada.

Tres habitaciones como mínimo.

Una para la evaluación del paciente, hacer la historia clínica del dolor, dar las recomendaciones a él y su familia, consulta y terapia psicológica.

La segunda para procedimientos analgésicos invasivos (Bloqueos epidurales, colocación de parches, Neurólisis, bloqueos regionales según el área afectada por dolor y otros)

La tercera sería para los cuidados paliativos exclusivos para los pacientes que lo ameriten.

También debe tener acceso e inmediatez al servicio de Rayos X, para aprovechar y poder utilizar ultrasonografía u otros medios para facilitar la colocación de algunos métodos invasivos para tratamiento del dolor.

Baños.



PERSONAL

Para que la clínica de manejo del dolor pueda funcionar se necesitaría el siguiente personal médico y paramédico:

Director: Un anestesiólogo o bien un Neurocirujano.

Por ser un hospital escuela se necesitaría la ayuda de algún residente o dos de anestesiología para asistir al médico algólogo o anestesiólogo para la administración directa del tratamiento del dolor, así también para asistir al algólogo o neurocirujano en los procedimientos invasivos del tratamiento del dolor, así como también llevar el control de las consultas de los pacientes, atender a las interconsultas de los diferentes departamentos, realizar el seguimiento y dar indicaciones post- consulta diaria, e inclusive visitas domiciliarias a los pacientes que lo requieran.

Enfermeras: 2 como mínimo, según la demanda de pacientes que consulten a diario.

Una enfermera para la toma de signos vitales, pasar la primera encuesta para determinar el grado de dolor que tiene en ese momento, conocer los medicamentos que ha estado tomando, y ver la disponibilidad y viabilidad del paciente para uso de la clínica del dolor

La segunda enfermera, para los cuidados paliativos del paciente, que se describirán más adelante.

Un ginecoobstetra disponible al servicio de la clínica del dolor cuando sea necesario, en caso de tratarse de pacientes embarazadas, o con cualquier tipo de problema ginecológico.

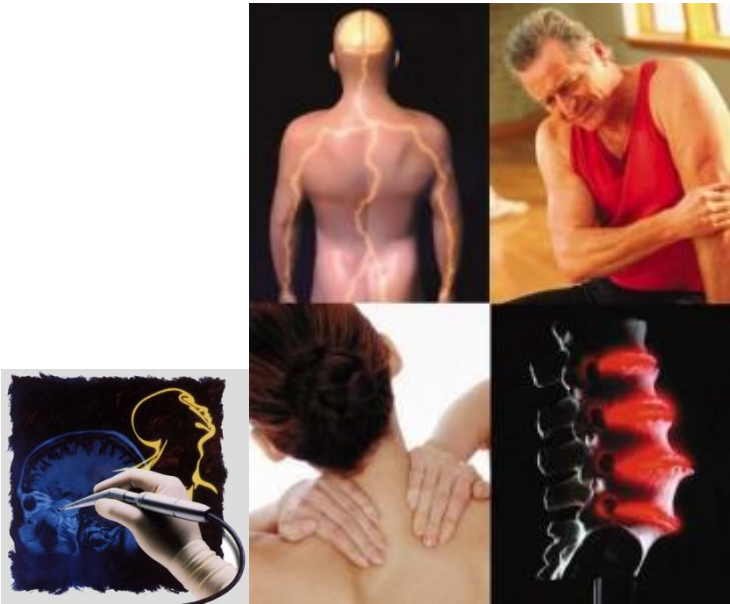
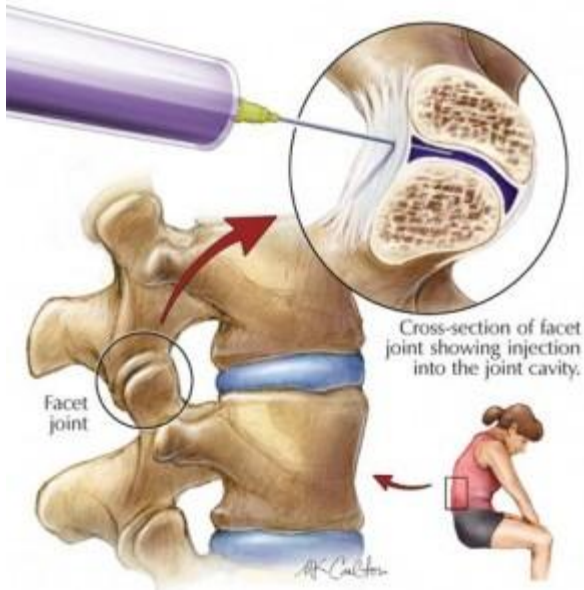
Un Psicólogo para el diagnóstico y tratamiento psicológico del paciente respecto al dolor y cómo manejarlo, disminuir el estrés causado por el dolor y otros aspectos emocionales, espirituales y psicológicos en general para mejor servicio y apoyo a los pacientes con dolor.

Un trabajador social, para gestionar las necesidades propias de los pacientes como vigilancia del soporte social, como proximidad de los servicios del tratamiento del dolor y cuidados paliativos, menor tiempo de espera, controles de calidad, auditorías, rediseño de los servicios, implicación del paciente en su propio tratamiento, También debe tener capacidad de planificación, información, comunicación y coordinación entre niveles dando continuidad al cuidado de cada paciente.

MEDICAMENTOS NECESARIOS: los que el algólogo considere, basados principalmente en la escalera analgésica de la Organización Mundial de la salud, hasta hoy vigente. Y otros no incluidos aquí.

Escalones	Tratamiento
Primer escalón: Dolor leve a moderado	AINES (Analgésicos antiinflamatorios y derivados: paracetamol, metamizol, ibuprofeno, diclofenac, ketorolaco). Estas drogas presentan un "techo analgésico": no aumenta la analgesia al aumentar la dosis, ni se potencian con la asociación de dos AINES.
Segundo escalón: Dolor leve a intenso	AINES + opioides menores (codeína, dihidrocodeína o tramadol)
Tercer escalón: Dolor intenso no controlable con tratamientos anteriores	Opioides mayores, especialmente morfina. La vía de administración, la titulación y la dosis son absolutamente individuales y, por lo tanto, muy variables. Se indica realizar rotación opioide en caso de: toxicidad, fracaso en el control del dolor, sospecha de desarrollo de tolerancia y dolor difícil o refractario.
Cuarto escalón: Dolor muy intenso	Medidas analgésicas invasivas (administración de morfina por vía intratecal o epidural, infiltraciones de anestésicos locales, etc.).

MÉTODOS INTERVENCIONISTAS como los ya descritos en el marco teórico de la presente tesis.



Cuidados Paliativos

Si queremos establecer unos cuidados continuos de calidad, debemos conocer cuáles son las demandas básicas de los pacientes.

Necesitamos brindar terapias de apoyo y soporte mediante buenos cuidados profesionales, es decir que el tratamiento administrado sea de calidad.

Cuidado centrado en la persona, el tratamiento debe estar organizado en función de las necesidades y deseos del paciente, más que basado en la conveniencia del hospital o del personal sanitario.

Cuidado holístico, se extiende más allá del fundamento y aspecto clínico de tratamiento para dirigirse de forma más amplia a las necesidades se observa que hay ciertos puntos de relevancia:

1. Soporte práctico, que consiste en el conocimiento personal de cómo la enfermedad afecta a su vida diaria y cómo puede superarlo.
2. Soporte emocional, administrado de forma sistemática y reglada.
3. Necesidad de ser tratados como personas, no como enfermos o números.
4. Implicación en la decisión del tratamiento.
5. Proximidad al domicilio, que los servicios estén próximos sin que ello implique una pérdida de calidad en los tratamientos administrados.
6. Menor tiempo de espera, en el diagnóstico y tratamiento, tanto para enfermos ambulantes como los ingresados.
7. Seguimiento, centrado y planificado para cada paciente, de la misma manera que han sido planificados los tratamientos iniciales,
8. Terapias complementarias, fácil acceso a las terapias alternativas.
9. Continuidad de cuidados, buena coordinación entre niveles, personal competente y especializado.

Si en la actuación general de un servicio de Clínica del dolor y Cuidados paliativos, estos datos tienen mucho impacto, se debe implicar a la gerencia del Hospital Nacional de Quetzaltenango, intentando conseguir una asignación presupuestaria específica.

¿Qué son los cuidados paliativos?

Conjunto de acciones destinadas a mantener o mejorar las condiciones de vida de los pacientes, cuya enfermedad avanzada y progresiva no responden a tratamientos curativos y donde el control del dolor y otros síntomas es el objetivo principal.

Como: Cáncer, SIDA, Insuficiencia Renal, Insuficiencia Hepática, Esclerosis Múltiple, Esclerosis Lateral amiotrófica entre otras.

Nuestros objetivos en el paciente con una enfermedad terminal tienen que ver con el **Cuidado Total** es decir:

Control de Síntomas, Control del Dolor, Atención y Apoyo al Paciente y su Familia por personal altamente capacitado

Cómo lograrlo: Atención Integral del Enfermo

Participación Activa de la Familia

Promoción del Principio de Autonomía y Dignidad del Enfermo

Promoción de la Atención Individualizada y Continua

Equipo Interdisciplinario de Atención



Resultado de la clínica del dolor y cuidados paliativos

Control del Dolor y Síntomas

Apoyo y Soporte Emocional Adecuados para el Paciente y su Familia

Asesoría Profesional Necesaria

Trabajo en Equipo Coordinado

Soporte Emocional en el Duelo

Calidad de Vida y de Muerte

Control de Síntomas por ejemplo:

Dolor	Estreñimiento	Cefalea
Tos	Hipo	Anorexia
Xerostomía	Ascitis	Ansiedad
Disnea	Delirium	Depresión
Nausea y Vómito	Convulsiones	Insomnio, etc...

Tipo de Atención a ofrecer

Consulta en clínica del dolor y cuidados paliativos del Hospital Nacional de Quetzaltenango.

Atención al Paciente en cualquiera de las fases de Cáncer (Fase inicial, media y terminal)

Enseñanza a la Familia en el Manejo de los Pacientes

Atención en domicilio previa cita (si así lo requiriera el paciente).

Hospitalización dentro de las instalaciones del Hospital Nacional de Quetzaltenango

Interconsulta con Psicólogo, Tanatólogo y otros especialistas de acuerdo a las necesidades de cada caso.



PERMISO DEL AUTOR PARA COPIAR EL TRABAJO

El autor concede permiso para reproducir total y parcialmente y por cualquier medio la tesis titulada: "MANEJO DEL DOLOR EN PACIENTES ONCOLÓGICOS EN EL HOSPITAL NACIONAL DE QUETZALTENANGO DE 2009-2012" para propósitos de consulta académica. Sin embargo, quedan reservados los derechos de autor que confiere la ley, cuando sea cualquier otro motivo diferente al que se señala lo que conduzca a su reproducción o comercialización total o parcial.