



BENEMERITA UNIVERSIDAD AUTONOMA DE PUEBLA
FACULTAD DE MEDICINA
HOSPITAL GENERAL DEL ESTADO DE PUEBLA
“DR. EDUARDO VÁZQUEZ NAVARRO”

**“APEGO A LA GUIA CLINICA PARA MANEJO DEL DOLOR EN PACIENTES
CON CANCER DE MAMA METASTÁSICO”.**

Tesis para obtener el Diploma de Especialidad en:
Anestesiología

Presenta:

Dr. Javier Eduardo Lugo Zumaya
Residente de Anestesiología

Asesor Experto:

Dra. Irais Córdova González
Especialista en Anestesiología y Algología

Asesor Metodológico:

Dra. Sandra Maldonado Castañeda
Especialista en Cirugía General

Puebla, Noviembre 2018

AGRADECIMIENTOS

A mis padres, por su cariño, esfuerzo y sacrificio el cual me ha permitido llegar a cumplir un sueño más, y que han sido ejemplos a seguir. No hay palabras que expresen el orgullo que siento el ser su hijo; de todo corazón, gracias.

A mi hermano, amigo y colega que siempre conté con su apoyo en las buenas y en las malas. Ojalá algún día yo me convierta en su motivación para seguir creciendo.

A mi esposa, mi compañera de vida que, sin importar los obstáculos, me brinda su amor y apoyo incondicional, y que gracias a ella, soy mejor y más feliz cada día.

A Dios, por ponerme en el camino de estos maravillosos seres humanos, y que me sin ello no estaría aquí.

ÍNDICE

	PÁGINA
1. RESUMEN	4
2. INTRODUCCIÓN	6
3. ANTECEDENTES	7
3.1. ANTECEDENTES GENERALES	7
3.2. ANTECEDENTES ESPECÍFICOS	10
4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	23
5. OBJETIVOS	24
6. MATERIAL Y MÉTODOS	25
7. RESULTADOS	29
8. DISCUSIÓN	43
9. CONCLUSIONES	45
10. BIBLIOGRAFÍA	46
11. ANEXOS	49

1.- RESUMEN

Introducción.

El cáncer de mama es una de las neoplasias más frecuente en mujeres. Con respecto a su manejo, el tratamiento ha evolucionado en los últimos años; por ello, el rango de las opciones de tratamientos de primera línea para el cáncer de mama metastásico ha incrementado su complejidad, dependiendo de la interacción entre tumor, paciente y variables médicas.

Objetivo.

Identificar el apego a la guía clínica del manejo del dolor en pacientes con cáncer de mama metastásico, atendidos en el Hospital General de Puebla, en el periodo 2017.

Material y métodos

Se realizó un estudio observacional, transversal retrospectivo analítico de asociación de variables para el apego a la guía clínica del manejo del dolor en pacientes con cáncer de mama metastásico, atendidos en el Hospital General de Puebla, en el periodo 2015 - 2017.

Se formó la población en estudio en función de los criterios de selección y luego se evaluó el apego a la guía clínica del manejo del dolor en pacientes con cáncer de mama metastásico.

Para seleccionar las variables en estudio se recurrió a los expedientes clínicos de las pacientes en estudio en función de los objetivos antes mencionados.

Los criterios de inclusión fueron:

Pacientes con diagnóstico de cáncer de mama

Pacientes con manejo de dolor en la consulta externa de algología

Pacientes con mínimo 2 consultas en consulta de algología.

Los criterios de exclusión fueron:

Pacientes con delirium o alteración en la consciencia.

Pacientes masculinos.

Paciente que no cuenten con expediente.

El muestreo fue no probabilístico.

El tamaño de la muestra fue conveniente.

Se formó la población en estudio con base en los criterios de inclusión y de exclusión, se obtendrán las variables de interés y se ordenaron para su análisis. Se interpretaron los datos para la elaboración del documento preliminar y su revisión para redactar el documento final.

Los datos obtenidos se registraron en una hoja de cálculo en Excel, y el análisis estadístico se realizó con el Paquete estadístico SPSS 22 (IBM).

Se aplicó estadística descriptiva para los datos de las variables en estudio.

Resultados.

El grupo de edad más frecuente fue de 46 a 55 años con el 34.9%

El diagnóstico más prevalente fue carcinoma ductal infiltrante con el 74.6%

El tiempo de diagnóstico preponderante fue 3 años con el 69.8%

Las metástasis se presentaron en el 60.3%

El sitio de metástasis predominante fue hueso en el 60.52%

El puntaje de EVA inicial fue de 7 en el 31.58%

El fármaco mayormente utilizado en pacientes con metástasis fue tramadol con el 81.58%

En el 50.00% de pacientes se utilizó terapia intervencionista de radioterapia

El puntaje de EVA actual fue de 3 y 4 en el 34.21% respectivamente

En el 92.11% se obtuvo una mejora en el dolor

El fármaco predominante en pacientes con mejora del dolor fue tramadol con el 81.58%

Conclusión.

Se aprecia un cambio significativo en la puntuación EVA inicial y la actual con un valor $P < 0.05$.

2.- INTRODUCCIÓN

La incidencia de cáncer en el mundo será cada vez mayor, de acuerdo con el Reporte de Cáncer Mundial publicado por la Organización Mundial de la Salud; a menos que se establezcan medidas efectivas para promover estilos de vida saludables, en 2020 habrá más de 15 millones de pacientes con cáncer a nivel mundial.

El cáncer de mama metastásico es una enfermedad que clínicamente presenta manifestaciones muy variables. Las pacientes con cáncer de mama en las que se detecta la presencia de metástasis en el momento del diagnóstico constituyen un 5 o 6%, y el 30% de las mujeres diagnosticadas en un estadio precoz de la enfermedad experimentarán una recurrencia de la misma con metástasis a distancia.

La enfermedad metastásica es alta debido a que muchas mujeres conviven con la patología durante varios años. Sin embargo, existe una importante carencia de datos precisos sobre la prevalencia en casi todos los países, ya que la mayoría de los registros de cáncer no recogen datos sobre las recaídas.

En este sentido, el Consenso Mexicano de Manejo de Dolor por Cáncer (2016)³⁹ es un conjunto de recomendaciones desarrolladas de forma sistemática para ayudar a profesionales y a pacientes a tomar decisiones sobre la atención sanitaria más apropiada, y a seleccionar las opciones diagnósticas o terapéuticas más adecuadas a la hora de abordar un problema de salud o una condición clínica específica.

El objetivo del Consenso Mexicano de Manejo de Dolor por Cáncer (2016) es servir de instrumento para la mejora del manejo clínico de las mujeres con cáncer de mama metastásico, que en nuestro país habitualmente se decide en atención especializada por los especialistas en Oncología Médica, además de facilitar información relevante sobre esta materia para otros profesionales sanitarios que atienden mujeres con esta enfermedad.

3.- ANTECEDENTES

3.1.- ANTECEDENTES GENERALES:

El cáncer es una de las afecciones médicas que más temen los pacientes. Su diagnóstico inicia una serie de decisiones complejas en un momento cuando los pacientes se sienten vulnerables y angustiados. Además de la ansiedad asociada al cáncer como enfermedad potencialmente mortal, la creencia del paciente y de su familia de que el dolor es inevitable e intratable, los aflige aún más. Se ha demostrado que la presencia del dolor oncológico aumenta el sufrimiento mental, altera la vida social, dificulta el sueño y compromete la capacidad de disfrutar de la vida. ¹

Para los clínicos experimentados, la caracterización del paciente de una queja sobre el dolor, incluida una descripción de su periodicidad e intensidad, puede aclarar la etiología o informar el plan de atención. Las fluctuaciones en el dolor persistente pueden ser clínicamente importantes, y se ha reconocido durante mucho tiempo que los pacientes con dolor que de otro modo estarían bien controlados por un fármaco analgésico pueden experimentar episodios dolorosos agudos que pueden ser altamente angustiosos o comprometer la función. Con la aceptación clínica de la terapia con opioides a largo plazo para el dolor persistente por cáncer, la población de cáncer se convirtió en una fuente de observaciones sobre la frecuencia y la variación de estos dolores agudos episódicos. ²

Para los profesionales de la salud, es difícil controlar el dolor causado por el cáncer, a pesar de la disponibilidad de una amplia gama de opciones de tratamiento. Muchos estudios han informado que el dolor por cáncer a menudo no se trata adecuadamente. Por ejemplo, un estudio retrospectivo realizado en Canadá estudió las historias clínicas de pacientes con cáncer para determinar si el tratamiento del dolor es adecuado. Se encontró que, de los 1,000 pacientes incluidos, el 25% parecía ser tratado inadecuadamente para su dolor. Una revisión reciente de la literatura sobre la adecuación del manejo del dolor, que incluyó 26 estudios realizados en los Estados Unidos, el Reino Unido, Francia, India, China, Japón, Grecia, Alemania, Italia, Israel, Corea, Taiwán, Sudáfrica y los Países Bajos, mostró

que, en promedio, el 43% de los pacientes con cáncer con dolor en estos países no fueron tratados adecuadamente. ³

Considerando que el dolor de origen oncológico lo sufre más de la mitad de la población con cáncer y que concurre con una alta tasa de tratamiento inadecuado del dolor en esta población, en torno al 43%, podemos afirmar que es un gran problema clínico y de salud pública. Así, se ha despertado el interés por el control del dolor de la comunidad científica y de instituciones como el Institute of Medicine o como la Organización Mundial de la Salud, en cuyo documento «WHO Normative Guidelines on Pain Management» describe la necesidad de crear guías de práctica clínica para el manejo del dolor en diferentes poblaciones. ⁴

Décadas después de la publicación de la escala analgésica, en 1986, de la Organización Mundial de la Salud, el dolor por cáncer sigue siendo una de las principales causas de sufrimiento. Afecta a millones de pacientes de cáncer en todo el mundo y debido a la incidencia creciente del cáncer, es un importante problema de salud pública internacional. Un metaanálisis reveló una prevalencia del 50% de dolor en la población de cáncer y más del 90% de los pacientes con cáncer experimentan dolor por cáncer a lo largo de su enfermedad. Desafortunadamente, las opciones disponibles para el tratamiento exitoso del dolor por cáncer todavía están subutilizadas, lo que resulta en sufrimiento innecesario a pesar de las opciones de tratamiento disponibles. Como las principales razones de estos hallazgos, Breuer et al informaron una falta de información de los médicos y una voluntad limitada para integrar los servicios especializados en la trayectoria de la atención del cáncer. ⁵

Las barreras para el manejo adecuado del dolor del cáncer incluyen reglas y regulaciones innecesariamente estrictas, falta de medios económicos y recursos insuficientes, las percepciones negativas de los pacientes, familiares y médicos sobre las drogas controladas que limitan su uso racional. ⁶

Los desafíos de tratar el dolor del cáncer

El dolor crónico por cáncer, no es simplemente un dolor agudo de larga duración, sino una enfermedad neuroanatómica que tiene componentes

nociceptivos, neuropáticos, afectivos, cognitivos y conductuales. Los analgésicos opioides son los mejores medicamentos disponibles cuando el dolor es severo, pero no son ideales. Los opioides proporcionan solo analgesia incompleta para el dolor neuropático (p. Ej., Morfina intravenosa ≥ 100 mg / hora en algunos pacientes). Para estos pacientes, todos sus receptores opioides parecen estar ocupados a esta dosis; el dolor en realidad puede empeorar al aumentar la dosis.

Los eventos adversos del uso de opiáceos son bien conocidos, pero la hiperalgesia inducida por la tolerancia y el potencial de oncogénesis inducido por opioides son preocupaciones recientes. Se cree que esto último es posible a través de la inmunosupresión, la estimulación de la angiogénesis y posiblemente la estimulación opioide directa de las células tumorales, lo que podría promover la proliferación y la migración tumoral. Aunque demostrado en modelos animales, la significación clínica de la oncogénesis inducida por opioides en humanos es incierta.

7

Consecuencias del dolor oncológico sin tratamiento

En los últimos 20 años, la tasa de dolor oncológico subtratado no ha cambiado mucho; fue del 40% en 1994 y del 33% en 2012. Las consecuencias del dolor bajo el tratamiento del cáncer son tanto físicas como psicológicas, causando sufrimiento y una menor calidad de vida. Las consecuencias físicas del dolor bajo tratamiento pueden incluir insomnio y otras alteraciones del sueño, anorexia, cognición reducida, diversas formas de incapacidad y fatiga profunda. El dolor no aliviado puede hacer que los pacientes se retiren de las interacciones sociales y familiares, lo que a su vez puede conducir a sentimientos de aislamiento y angustia psicológica. El dolor persistente puede causar sufrimiento existencial y espiritual, que puede limitar las habilidades de afrontamiento del paciente. ⁸

3.2.- ANTECEDENTES ESPECÍFICOS:

Epidemiología

La presencia del dolor y su inadecuado manejo en enfermos de cáncer se ha documentado de manera extensa. En 2007 se publicó un metaanálisis que incorporó 52 estudios, con una población representativa de enfermos oncológicos en diferentes situaciones clínicas: después de un tratamiento curativo, durante tratamiento antitumoral, pacientes con enfermedad metastásica y enfermos terminales. En el trabajo de López et al. se comprobó que la prevalencia es variable en función de la definición empleada de dolor, pero que en cualquier caso es superior al 50% en todos los tipos de cáncer analizados; destaca por su elevada prevalencia el dolor en pacientes con cáncer de cabeza y cuello (70%). En 2 revisiones sistemáticas recientes, las cifras de dolor se disparan a rangos del 62-86% en estadios avanzados de la enfermedad (prevalencia media del 71%).⁹

La prevalencia de dolor en pacientes con cáncer no hospitalizados oscila entre el 20 y el 60%. El 41% de los pacientes expresan 3 o más dolores diferentes, el 68% 2 o más, y solo el 19% expresan un dolor único. Una revisión sistemática identifica una prevalencia del dolor oncológico que va desde el 64% en pacientes con metástasis, en fase avanzada o terminal, al 59% en pacientes que siguen tratamiento curativo y al 33% en los pacientes tras dichos tratamientos curativos.¹⁰

Origen del dolor oncológico

El dolor por cáncer a menudo es multifactorial y puede involucrar la malignidad misma, los tratamientos oncológicos, así como la angustia psicosocial y espiritual. Un estudio encontró que el 60% -65% del dolor del cáncer está relacionado con la afectación directa del tumor, el 20% -25% está relacionado con el tratamiento contra el cáncer, y 10% -15% no está relacionado con el cáncer real.

Las neoplasias malignas pueden afectar directamente al hueso, los nervios o las vísceras y también pueden producir una respuesta inflamatoria que puede provocar un empeoramiento del dolor. Los mecanismos del dolor se pueden categorizar como neuropáticos o nociceptivos; El dolor nociceptivo se categoriza a

menudo en subtipos somáticos o viscerales. El dolor somático resulta de una lesión en la piel, el tejido subcutáneo, los huesos, los músculos, los vasos sanguíneos y el tejido conectivo; a menudo se describe como localizado, constante, adolorido y aburrido. El dolor visceral surge del daño a los órganos y al revestimiento de las cavidades corporales, y puede describirse como mal localizado, con calambres y profundo. El dolor neuropático surge de una lesión en el tejido nervioso y, a menudo, se describe como ardor, disparos y descargas eléctricas. Frecuentemente, el dolor neuropático persiste en ausencia de lesión neural progresiva del tejido. La alodinia (respuesta al dolor a un estímulo normalmente inofensivo) y la hiperalgesia (aumento de la respuesta al dolor a un estímulo normalmente doloroso) también pueden ocurrir, y el daño nervioso grave puede provocar parestesia, entumecimiento, debilidad y desgaste muscular. ¹¹

El dolor del cáncer puede ser causado por el cáncer mismo o por la terapia contra el cáncer. El daño tisular puede ocurrir en sitios como huesos, vísceras y estructuras nerviosas y, a veces, requieren estrategias de tratamiento específicas. Pueden aparecer picos intermitentes de mayor intensidad de dolor, con mayor frecuencia denominados dolor irruptivo por cáncer. ¹²

Mecanismos del dolor de cáncer

El dolor de cáncer es el resultado de interacciones complejas entre las células cancerosas, el sistema nervioso periférico y central y el sistema inmunitario. Las células cancerosas y las células inmunitarias locales producen una amplia gama de sustancias que median o interactúan con los receptores del dolor (nociceptores). A medida que se comprende más sobre el funcionamiento de estas moléculas en el proceso de transducción de señal de dolor, se han convertido en objetivos importantes para nuevas intervenciones analgésicas. Además, en animales, y probablemente en humanos, los nociceptores periféricos parecen activarse, sensibilizarse o lesionarse en presencia de ciertos cánceres.

Una vez que se estimulan los receptores del dolor, los impulsos se transmiten primero por fibras aferentes A-delta (mielina fina) y luego por fibras C más lentas (no mielinizadas) más lentas. Estas fibras terminan en cuerpos celulares en la raíz

dorsal o el ganglio trigémino, que luego interactúan con las neuronas en las células del sistema nervioso central en la médula espinal. Estas células hacen sinapsis al tálamo contralateral desde el cual los impulsos se transmiten a las regiones de la corteza a través de vías somatosensoriales. Las interacciones a nivel cortical son altamente complejas, involucrando la corteza somatosensorial, la corteza frontal y el sistema límbico. Cada transmisión implica alguna posibilidad de bloquear la señal de dolor en ese punto. ¹³

Tipos de dolor

Junto con la medición de la intensidad dolorosa, es imperativo establecer el (los) tipo(s) de dolor para guiar la terapia:

Dolor Nociceptivo: Causado por la estimulación de nociceptores. Existen dos tipos:

- Somático: Constante, intenso, localizado, opresivo y/o punzante. Se origina en nociceptores de piel, músculo o hueso.
- Visceral: Constante, sordo, mal localizado; causado por daño o presión sobre órganos y vísceras.

Dolor Neuropático: Quemante, punzante, como agujas. Causado por lesión del sistema nervioso periférico o central.

Dolor Mixto: Con características de dolor nociceptivo y neuropático; es el tipo de dolor más frecuente en el paciente oncológico. ¹⁴

Dolor en cáncer de mama

En el cáncer avanzado, puede aparecer la diseminación inoperable del cáncer de mama a otros órganos, más comúnmente a los huesos, y también a los órganos viscerales (comúnmente hígado, pulmones y pleura) y al cerebro, lo que puede acompañar al dolor en estos lugares. Las metástasis óseas son comúnmente causa de dolor y pueden conducir a hipercalcemia y complicaciones más graves como fracturas óseas, compresión de la médula espinal y necesidad de radioterapia paliativa. En el caso de metástasis pulmonares e infiltración pleural, el derrame pleural puede inducir, además del dolor, disnea y tos. En pocos pacientes, puede

aparecer un crecimiento tumoral primario local, que induce daños en la piel, el tejido subcutáneo y la pared torácica. El dolor puede estar presente en aproximadamente 30 a 40% de las pacientes posterior a mastectomía u otros procedimientos quirúrgicos de la mama. Este tipo de dolor neuropático generalmente se asocia con un daño de los nervios en la región axilar, que es difícil de tratar con eficacia. El dolor en pacientes con cáncer de mama es un síntoma frecuente que puede disminuir significativamente la calidad de vida de las pacientes.¹⁵

Escalas de valoración del dolor

Poco utilizadas en la práctica médica. Son métodos clásicos de medición de la intensidad del dolor y con su empleo se puede llegar a cuantificar la percepción subjetiva del dolor por parte del paciente. Con ello, es posible ajustar de una forma más exacta el uso de los fármacos analgésicos. Estas escalas de valoración del dolor oncológico son generalmente de fácil manejo y entendimiento por parte de los pacientes, con lo que se recomienda su utilización en la práctica clínica diaria. Existen diferentes escalas de valoración del dolor:

Escalas verbales o de descriptores verbales. Mediante el uso de estas escalas se evalúan la intensidad del dolor y el grado de mejoría que experimenta el paciente oncológico, a partir de palabras que expresan diversos grados de intensidad, bien sea en orden decreciente o bien creciente. El número de niveles puede variar de 4 a 15.

Escala gráfica: se trata de una escala analógica visual, en la que se indican números o adjetivos a lo largo de una línea, definiendo diversos niveles de intensidad del dolor. Este tipo de escala también puede utilizarse para comprobar el grado de efectividad del tratamiento.

Escala analógica visual (EVA): esta escala de dolor fue ideada por Aitken en 1969 y consiste en una línea horizontal o vertical de diez centímetros de longitud, cuyos extremos están señalados con los términos "no dolor" y "dolor insoportable". En el izquierdo se sitúa la ausencia o menor intensidad, y en el derecho la mayor intensidad. Es el paciente el que colocará la cruz en la línea en función del dolor

que experimente. La EVA también puede ser usada para valorar la respuesta al tratamiento analgésico. ¹⁶

Estrategias de manejo del dolor sin medicamentos

Aunque los medicamentos analgésicos pueden ser necesarios para el dolor del cáncer, a menudo proporcionan un alivio parcial y temporal. Agregar terapias sin medicamentos al plan de tratamiento es más seguro que escalar las dosis de analgésicos, a menos que el paciente se encuentre en una crisis con dolor agudo severo. Aunque no son un sustituto de los analgésicos, los pacientes que no desean o no pueden tomar medicamentos encuentran beneficiosas las terapias contra el dolor sin medicamentos. Las modalidades físicas como el masaje o la estimulación eléctrica aplicada a la piel (p. Ej., Estimulación nerviosa eléctrica transcutánea y terapia de aleatorización) han sido útiles en estudios pequeños que incluyen algunos pacientes con cáncer. La mayoría de los beneficios para aliviar el dolor de las modalidades físicas (que incluyen dieta, ejercicio, sueño, posicionamiento, enfriamiento / calor tópico) se derivan de estudios en pacientes sin cáncer. Por el contrario, muchas formas de terapias basadas en la psicosocial tienen una fuerte evidencia para apoyar su uso en el dolor por cáncer. La terapia conductual cognitiva, la música, la educación y el asesoramiento que pueden brindarse en persona, mediante un folleto, teléfono o Internet, tienen la evidencia más sólida de efectividad en personas con dolor por cáncer. ¹⁷

Guías para el manejo del dolor oncológico

La Organización Mundial de la Salud (OMS) elaboró la escala analgésica como directriz para el tratamiento del dolor oncológico recomendando el uso de antiinflamatorios no esteroideos para el dolor más leve en la primera etapa, opiáceos débiles para el dolor moderado en la segunda y opiáceos potentes para el dolor intenso en la tercera. Se pueden asociar fármacos adyuvantes en todas las etapas. En un estudio retrospectivo de 1,229 pacientes con dolor oncológico, los autores relatan que la escala analgésica es eficaz en un 71%. Muchos pacientes no consiguen el alivio adecuado del dolor. ¹⁸

Ninguna otra guía ha tenido el efecto profundo sobre el dolor del cáncer como las pautas de la OMS. Las directrices de la OMS, aunque no tienen una dirección específica, abarcan un enfoque claro y simple que tiene un valor educativo y se recuerda y difunde fácilmente. Independientemente de la edad de las directrices de la OMS, siguen siendo la piedra angular para el tratamiento del dolor por cáncer en todo el mundo. Desafortunadamente, muchos médicos no están utilizando las directrices de la OMS y algunos no saben lo que implican las directrices de la OMS. El mensaje claro que resuena de la eficacia de las directrices de la OMS es que son un medio eficaz y rentable para proporcionar alivio del dolor causado por el cáncer.

19

En cuanto a la estrategia terapéutica, actualmente se basa en la escalera analgésica de la Organización Mundial de la Salud, aunque cada vez está más extendida la teoría del «ascensor analgésico», según la cual se puede iniciar el tratamiento en el punto en el que el dolor del paciente nos lo indique, obviando el paso por escalones anteriores si sabemos que no nos van a aportar ningún beneficio terapéutico.²⁰

La piedra angular del documento de la OMS se basa en 5 recomendaciones simples para el uso correcto de analgésicos para que los tratamientos prescritos sean efectivos:

- (1) Administración oral de analgésicos: la forma oral de la medicación debe ser privilegiada siempre que sea posible.
- (2) Se deben administrar analgésicos a intervalos regulares: para aliviar el dolor adecuadamente, es necesario respetar la duración de la eficacia de la medicación y prescribir la dosis a tomar en intervalos definidos de acuerdo con el nivel de dolor del paciente. La dosificación de la medicación debe ajustarse hasta que el paciente se sienta cómodo.
- (3) Los analgésicos deben prescribirse de acuerdo con la intensidad del dolor según lo evaluado por una escala de intensidad de dolor.
- (4) La dosificación de analgésicos debe adaptarse a la persona.
- (5) Los analgésicos deben prescribirse con una preocupación constante por los detalles.

Esta guía de práctica simple ha demostrado ser muy efectiva, con estudios iniciales que demuestran una eficacia tan alta como 90% ²¹

El tratamiento del dolor oncológico crónico se basa en el uso de los analgésicos en relación con su eficacia para el control del dolor. Los de mayor eficacia para el dolor visceral y somático serían los opiáceos mayores. Los opiáceos no tienen techo analgésico, por lo que siempre que se incremente la dosis se obtendrá mayor efecto analgésico. El resto de los analgésicos presenta fenómeno de techo farmacológico, pues una vez administrada la dosis máxima, el incremento de dosis no se acompaña de un aumento del efecto. ²²

Primer escalón de la Organización Mundial de la Salud

Primer escalón: analgésicos no opioides. EVA: 1-3, para el alivio del dolor leve. Este grupo constituye la primera fase de tratamiento del dolor leve o moderado en el paciente que no ha recibido opioides. Poseen techo analgésico, son muy útiles en las metástasis óseas, interfieren en la respuesta inflamatoria y disminuyen síntomas asociados, disminuyen la fiebre y no producen tolerancia, dependencia ni depresión respiratoria. Comprende los analgésicos antipiréticos (aspirina, paracetamol y el metamizol) y los antiinflamatorios no esteroideos (AINES). Se debe considerar para prevenir una complicación grave el tratamiento profiláctico con omeprazol o misoprostol en ancianos, pacientes con enfermedad cardiovascular, antecedentes de úlcera péptica o de sangrado gastrointestinal previo. ²³

Segundo escalón de la Organización Mundial de la Salud

En el segundo escalón se utilizan los denominados opioides débiles: codeína, dextropropoxifeno y tramadol. El uso actual de codeína y dextropropoxifeno es muy reducido por sus efectos secundarios y escaso margen terapéutico. El uso fundamental de tramadol se realiza en combinación con otros fármacos tipo paracetamol/tramadol (325/37.5 mg, dosificado a demanda cada 8 horas); la combinación tiene un claro sinergismo desde el punto de vista analgésico, con un efecto antihiperálgico, sin que aumenten los efectos secundarios. Se recomienda, por tanto, el empleo de fármacos de segundo escalón a demanda, o con pauta

estable, combinado con fármacos de primer escalón pautados de forma crónica. En pacientes con toma crónica de opioides menores, puede ser interesante el empleo de formulaciones de liberación prolongada.²⁴

Tercer escalón de la Organización Mundial de la Salud

Los opioides mayores están indicados en el tratamiento del dolor moderado no controlado con opioides menores, y en el dolor crónico severo. Los más utilizados son morfina, fentanilo, oxicodona e hidromorfona.

Su característica principal es que no tienen techo terapéutico, por lo que el límite de dosis se establece, tan sólo, por los efectos secundarios. La intensidad de los efectos secundarios va a variar en función del tipo de opioide, y son principalmente: estreñimiento, náuseas y vómitos, somnolencia, confusión, boca seca, sudoración, mioclonías, retención urinaria e íleo paralítico. Estos síntomas pueden aparecer al iniciar el tratamiento con opioides o durante el curso de la enfermedad, por lo que lo correcto es informar al paciente y a la familia sobre su posible aparición, así como prevenir los más frecuentes y tratarlos cuando se presenten (por ejemplo pautar laxantes al inicio del tratamiento o dar las pautas para su utilización si aparece estreñimiento).²⁵

Consideraciones del uso de opiáceos

Independientemente del uso de opiáceos débiles u opiáceos fuertes a dosis bajas en pacientes sin tratamiento previo con opioides, cuando los pacientes con cáncer experimentan dolor intenso, los opiáceos fuertes son la base de la terapia. Existe una gran variedad de opciones para el suministro de opiáceos en el tratamiento del dolor por cáncer. En algunos casos, hay indicaciones claras para usar una preparación o sistema de administración sobre otra, de acuerdo con la capacidad del paciente para usar un tipo específico de sistema de administración, la eficacia de ese sistema para administrar una analgesia aceptable, la facilidad de uso por parte del paciente, paciente y su familia, y las complicaciones potenciales o reales asociadas con ese sistema. La vía oral es la ruta más común, menos invasiva, menos costosa y más fácil para la administración de opioides para la mayoría de los

pacientes con dolor por cáncer. Como la mayoría de los opiáceos están disponibles en una formulación oral y la biodisponibilidad por esta vía es relativamente buena, en pacientes que pueden tomar medicamentos orales, esta ruta se debe considerar primero.

Todos los opioides administrados por vía oral se absorben a través de la mucosa gástrica y duodenal y luego se transportan al hígado a través del sistema venoso portal. En el hígado, estos medicamentos se someten a un "metabolismo de primer paso" antes de ingresar a la circulación sistémica. Esto tiene un gran impacto en la biodisponibilidad y las concentraciones sistémicas de drogas en plasma. El perfil enzimático genético es responsable de las diferentes dosis de opiáceos necesarios para lograr un efecto, y los medicamentos concomitantes pueden influir en la concentración plasmática mediante reacciones farmacológicas debidas a vías metabólicas similares.²⁶

Manejo de efectos adversos

Si bien los opiáceos y los analgésicos no opioides pueden ofrecer un beneficio significativo en el dolor relacionado con el cáncer, no están exentos de riesgos asociados. Los analgésicos no opioides tienen un potencial de efectos adversos con el uso a largo plazo, particularmente los efectos gastrointestinales con el uso de AINE, y se recomienda monitorear periódicamente estos efectos. Las guías JSPM ofrecen evidencia de una fuerte recomendación de prescripción rutinaria de un análogo de prostaglandina E1, inhibidor de la bomba de protones o bloqueador de los receptores H2. Los opiáceos también pueden causar una serie de efectos adversos, que incluyen náuseas, sedación y estreñimiento. La evidencia de metoclopramida y fármacos antidopaminérgicos para náuseas y vómitos inducidos por opioides es débil, pero las directrices EAPC, ESMO y JSPM recomiendan su uso. La disfunción intestinal inducida por opioides es un efecto adverso esperado de los opioides y abarca no solo el estreñimiento, sino también toda la gama de síntomas gastrointestinales inducidos por opioides, como anorexia, náuseas e incluso fatiga. Las guías reflejan el consenso para la administración rutinaria de un régimen intestinal profiláctico a pesar de la falta de ensayos clínicos

que evalúen la eficacia de este enfoque, aunque los autores reconocen que hay poca evidencia para recomendar un laxante sobre otro. Las directrices EAPC y ESMO sugieren adicionalmente que se considere el uso de metilnaltrexona cuando los laxantes estándar no son efectivos. Si bien el uso de un estimulante o laxante osmótico puede atenuar el efecto de los opiáceos en los intestinos, el metilnaltrexona agonista opioide de acción periférica revierte la causa directa al liberar opioides de los receptores mu opioides en el intestino.²⁷

Coadyuvantes

Antidepresivos: su indicación principal es el dolor neuropático. Los inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina no han demostrado ser útiles. Especialmente útiles son los antidepresivos duales (serotoninérgicos y noradrenérgicos) por su mejor perfil de seguridad. Especialmente indicada en los dolores neuropáticos que se expresan como parestesias continuas y como fármaco de segunda línea en los dolores lancinantes.

Corticoides: la analgesia es debida a su acción antiinflamatoria. Presentan actividad analgésica en el dolor neuropático (por reducción de la compresión originada por la masa tumoral) y otros dolores, como el óseo, por infiltración hepática, el tenesmo rectal, la afección muscular o las cefaleas por hipertensión intracraneal. En estos casos se utilizan dosis variables sin que esté adecuadamente definida la dosis mínima eficaz, la cual debe indicarse 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.²⁸

Entrega de medicamentos intratecales

El suministro intratecal de medicamentos implica la administración de medicamentos, generalmente opioides con o sin medicamentos complementarios, directamente al líquido cefalorraquídeo y a los sitios receptores del sistema nervioso central a través de un catéter subaracnoideo. El agente analgésico se administra desde un dispositivo implantado o, con menos frecuencia, una bomba externa.

Debido a que el suministro intratecal permite que el fármaco evite en gran medida la circulación sistémica, da como resultado efectos secundarios sistémicos mínimos, aunque una analgesia superior, a una fracción de la dosis sistémica comparable. Además, el suministro intratecal permite el acceso directo a receptores del sistema nervioso central, evitando problemas de absorción del fármaco del tracto gastrointestinal y metabolismo de primer paso, permitiendo la eficacia analgésica de fármacos que de otro modo serían tóxicos, como anestésicos locales y péptidos novedosos como ziconotida.²⁹

Neurolisis y agentes quimiotácticos

La neurolisis con agentes quimiotácticos también se ha descrito a lo largo de los años como eficaz en el tratamiento del dolor refractario por cáncer durante períodos de tiempo, pero en ciertas regiones anatómicas existe riesgo de déficit motor o parálisis si hay demasiada difusión de la medicación. La ablación por radiofrecuencia es otra opción para destruir o desnaturalizar los nervios. Los cánceres de páncreas y abdominales son extremadamente dolorosos. Si el cáncer de páncreas se diagnostica con la suficiente antelación, algunos pacientes se someterán a una resección quirúrgica. Sin embargo, aquellos que tienen etapas avanzadas de cáncer de páncreas sufrirán una invasión directa al plexo celíaco. Existen múltiples formas de bloquear el plexo celíaco, pero estas técnicas conllevan riesgos debido a la proximidad de la aorta. Incluso si se obtiene el bloqueo para el alivio a corto plazo, la realización de bloqueo neurolítico con fenol se ha asociado con el infarto y la parálisis de la médula espinal. Se han descrito diversas técnicas para bloquear los nervios espláncnicos. Los pacientes que reciben una reducción de más del 50% del dolor después de los bloqueos nerviosos espláncnicos se consideran para la lesión por radiofrecuencia. Los bloqueos nerviosos espláncnicos se realizan bajo guía fluoroscópica con una combinación de 2 ml de xilocaína al 2%, 3 ml de marcaína al 0.5% y 40 mg de fosfato de dexametasona. El paciente se evalúa con un diagrama de dolor durante las primeras 24 horas y la eficacia del procedimiento se registra mediante una llamada de seguimiento. El paciente es

seguido después de 1 semana. Si el procedimiento es efectivo, se considera que el paciente es candidato para la rizotomía.³⁰

Bloqueos neurolíticos del nervio

La neurólisis (rizólisis, rizotomía) implica una destrucción deliberada de las vías neuronales lograda por medios químicos (alcohol absoluto, fenol), térmicos o criogénicos. El bloqueo neurolítico se ha utilizado para aliviar el dolor simpático mediado por una enfermedad neoplásica mediante la inyección de solución de fenol o alcohol en las proximidades de los ganglios simpáticos, bloqueando así los impulsos de dolor producidos por las fibras nerviosas viscerales aferentes en un sistema anatómico. La neurólisis proporciona una analgesia sostenida a los candidatos cuidadosamente seleccionados que no obtuvieron beneficios sustanciales y de largo plazo de las modalidades de tratamiento convencionales, pero que respondieron positivamente a los bloqueos pronósticos de la(s) estructura(s) diana(s) con soluciones anestésicas locales. Debido a la irreversibilidad (generalmente considerada) de los bloqueos, es imprescindible una discusión en profundidad con el paciente para establecer expectativas realistas y educarlos sobre los métodos alternativos de analgesia, los posibles efectos secundarios debilitantes y las posibles complicaciones que pueden surgir incluso después de una realizó con éxito la neurólisis.³¹

Radioterapia

La radioterapia es la modalidad de tratamiento oncológico más establecida para el tratamiento del dolor provocado por el cáncer, especialmente en lo que respecta a las metástasis de los tejidos blandos óseos / viscerales, cerebrales y de la médula espinal. La radioterapia paliativa proporciona la muerte de células tumorales y la reducción del volumen tumoral, y los estudios en modelos animales han sugerido una disminución resultante de los estímulos nociceptivos y neuropáticos. Además, la radioterapia, cuando se aplica al hueso, puede mejorar la recalcificación de las lesiones osteolíticas que pueden contribuir a un efecto duradero. Sin embargo, se desconoce el mecanismo exacto que subyace al efecto

analgésico de la radiación de dosis baja. La radioterapia paliativa se administra utilizando dosis totales más bajas, tamaños de fracciones diarias más grandes y tiempos de tratamiento más cortos en comparación con la radioterapia radical. Los programas de fraccionamiento se basan en el estado funcional del paciente, el sitio anatómico afectado y la radiosensibilidad del tumor. ³²

4.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El dolor en el paciente con cáncer es un problema que involucra a muchos protagonistas: el paciente y su familia, médicos, enfermeros, autoridades sanitarias y autoridades de la enseñanza médica, dado que en alguna medida todos lo "sufren" si no es tratado correctamente.

El dolor no tratado es un determinante clave del deterioro de la calidad de vida ya que disminuye la actividad del enfermo, interfiere con el apetito, el sueño, el estado de ánimo y conlleva a la pérdida del autocontrol. Los pacientes con cáncer frecuentemente pierden la esperanza cuando aparece dolor y presumen el progreso inexorable de una enfermedad temida, destructora y fatal. La calidad de vida de los pacientes con dolor por cáncer es significativamente menor si se compara con los pacientes con cáncer que no lo padecen.

En la situación actual, 50% de los pacientes con cáncer presenta dolor a lo largo de su enfermedad independientemente del estadio y en la etapa terminal el dolor está presente en 74% de los casos.

Numerosos estudios reafirman que el dolor en el paciente con cáncer no es tratado adecuadamente. Bonica, sobre un total de 2.000 pacientes con cáncer, refiere que 50% a 80% de estos enfermos no recibieron alivio satisfactorio para el dolor que padecían.

Pregunta:

¿Se apega a la guía clínica el manejo del dolor en pacientes con cáncer de mama metastásico, atendidos en el Hospital General de Puebla, en el periodo 2015 - 2017?

5.- OBJETIVOS

5.1.- OBJETIVO GENERAL:

Identificar el apego a la guía clínica del manejo del dolor en pacientes con cáncer de mama metastásico, atendidos en el Hospital General de Puebla, en el periodo 2015 - 2017.

5.2.- OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Describir las siguientes variables socio-demográficas:
 - Edad
 - Tipo histopatológico
- Identificar que grupo farmacológico presenta mejor resultado en manejo del dolor.
- Identificar el principal sitio de metástasis en pacientes con cáncer de mama.
- Establecer qué porcentaje de pacientes requieren manejo intervencionista para control del dolor.

6.- MATERIAL Y MÉTODOS

6.1. TIPO DE ESTUDIO: Descriptivo, correlacional.

6.1.1.- CARACTERÍSTICAS DEL ESTUDIO:

Por el número de poblaciones: es de una sola población.

Por la participación del investigador: el estudio es observacional.

Por la direccionalidad: el estudio es transversal.

Por la temporalidad: el estudio es retrospectivo.

Por el propósito del estudio: es descriptivo.

6.2. UBICACIÓN ESPACIO-TEMPORAL: El estudio se llevó a cabo en el Hospital General de Puebla, en el periodo 2017 Unidad de Oncología

6.3. ESTRATEGIA DE TRABAJO:

Se valoro la población en estudio en función de los criterios de selección y posterior se evaluó el apego a la guía clínica del manejo del dolor en pacientes con cáncer de mama metastásico en el periodo mencionado.

Para seleccionar las variables en estudio se recurrió a los expedientes clínicos de las pacientes en estudio en función de los objetivos antes mencionados.

6.4. MUESTREO:

6.4.1. DEFINICIÓN DE LA UNIDAD DE POBLACIÓN.

La unidad de población del presente estudio estuvo conformada por cada paciente con cáncer metastásico.

6.4.2. SELECCIÓN DE LA MUESTRA.

Se seleccionará de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión.

6.4.3. CRITERIOS DE SELECCIÓN DE LAS UNIDADES DE MUESTREO.

6.4.3.1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN.

Pacientes diagnóstico documentado de cáncer mama

Pacientes con manejo de dolor en la consulta externa de algología

Pacientes con mínimo 2 consultas en consulta de algología

6.4.3.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.

Pacientes con delirium o alteración en la consciencia

Pacientes masculinos

Paciente que no cuenten con expediente

6.4.3.3. CRITERIOS DE ELIMINACIÓN.

Pacientes que no continuaron con el manejo farmacológico establecido

6.4.4. DISEÑO Y TIPO DE MUESTREO.

El muestreo fue no probabilístico, conformado con todos los adultos mayores que reunieron los criterios de selección.

El tamaño de la muestra fue conveniente.

6.5.- DEFINICIÓN DE VARIABLES Y ESCALAS DE MEDICIÓN:

La definición de las variables se encuentra en el apartado anexos.

CUADRO DE VARIABLES

Variable Independiente

<i>Nombre y tipo de variable</i>	<i>Definición Conceptual</i>	<i>Definición Operacional</i>	<i>Tipo de variable</i>	<i>de Escala</i>	<i>Unidad</i>
Cáncer de mama	Permite evaluar la presencia de dolor neuropático	Se realiza mediante la entrevista y una exploración de signos de dolor	Cuantitativa	Nominal	Puntaje

Variable Dependiente

<i>Nombre y tipo de variable</i>	<i>Definición Conceptual</i>	<i>Definición Operacional</i>	<i>Tipo de variable</i>	<i>de Escala</i>	<i>Unidad</i>
EDAD	Tiempo que ha vivido una persona u otro ser vivo contando desde su nacimiento	Se suele expresar en años contando a partir del día de nacimiento	Cuantitativa	Razón	Años
SEXO	Condición orgánica que distingue a los hombres de las mujeres	Se valora su condición orgánica según sus caracteres sexuales	Cualitativa	Nominal	Identidad sexual
EVA	Permite medir la intensidad del dolor que describe el paciente con la máxima reproducibilidad entre los observadores	Permite medir la intensidad del dolor que describe el paciente	Cualitativa	Nominal	Grados

6.6. MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Se encuentra en el apartado ANEXOS. .

6.7. TÉCNICA Y PROCEDIMIENTOS:

Se formó la población en estudio con base en los criterios de inclusión y de exclusión, se obtendrán las variables de interés y se ordenaron para su análisis. Se interpretaron los datos para la elaboración del documento preliminar y su revisión para redactar el documento final.

6.8. ANÁLISIS DE DATOS:

Los datos obtenidos se registraron en una hoja de cálculo en Excel, y el análisis estadístico se realizó con el Paquete estadístico SPSS 22 (IBM).

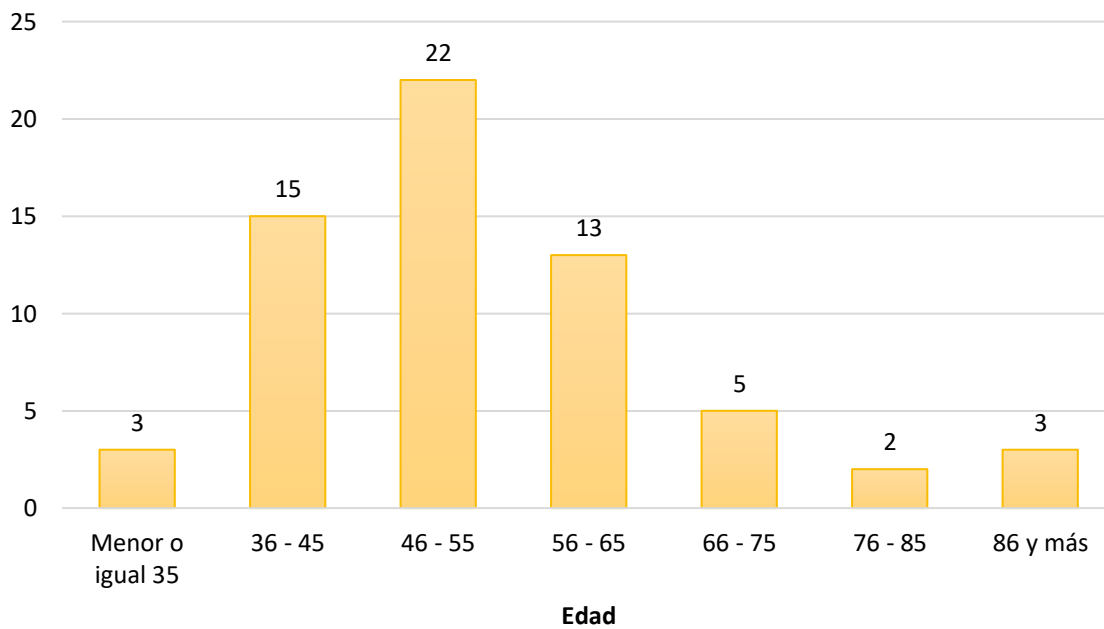
Se aplicará estadística descriptiva para los datos de las variables en estudio.

7.- RESULTADOS

Cuadro 1: Distribución por edad

Edad en años	Frecuencia	Porcentaje
Menor o igual 35	3	4.8%
36 - 45	15	23.8%
46 - 55	22	34.9%
56 - 65	13	20.6%
66 - 75	5	7.9%
76 - 85	2	3.2%
86 y más	3	4.8%
Total	63	100.0%

Gráfico 1: Distribución por edad

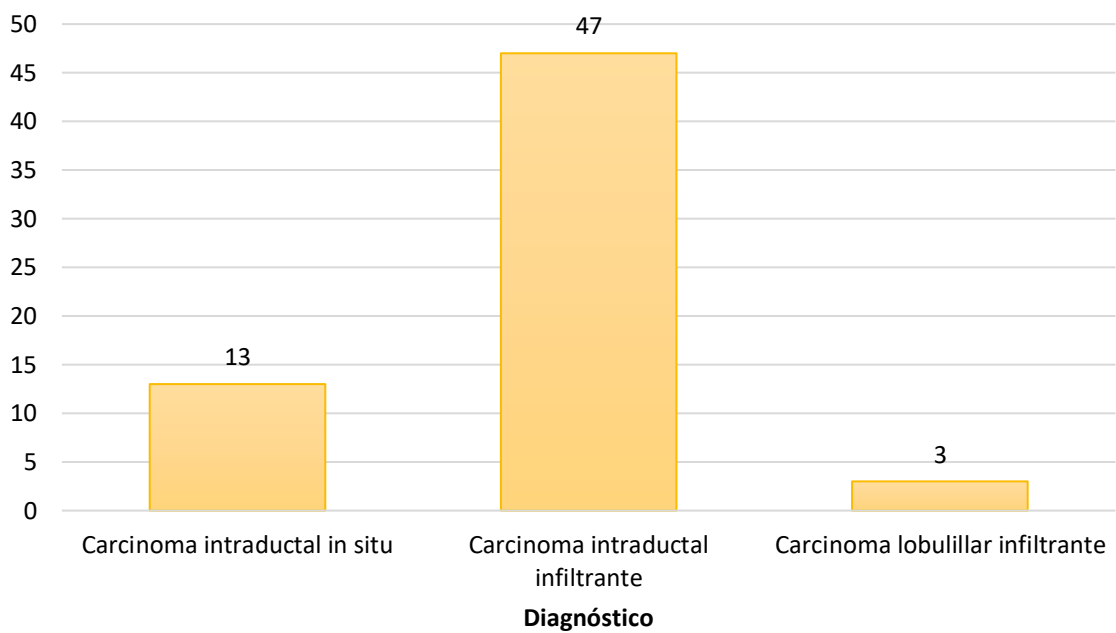


Fuente: Hospital General de Puebla, periodo 2017.

Cuadro 2: Distribución por diagnóstico

Diagnóstico	Frecuencia	Porcentaje
Carcinoma intraductal in situ	13	20.6%
Carcinoma intraductal infiltrante	47	74.6%
Carcinoma lobulillar infiltrante	3	4.8%
Total	63	100.0%

Gráfico 2: Distribución por diagnóstico

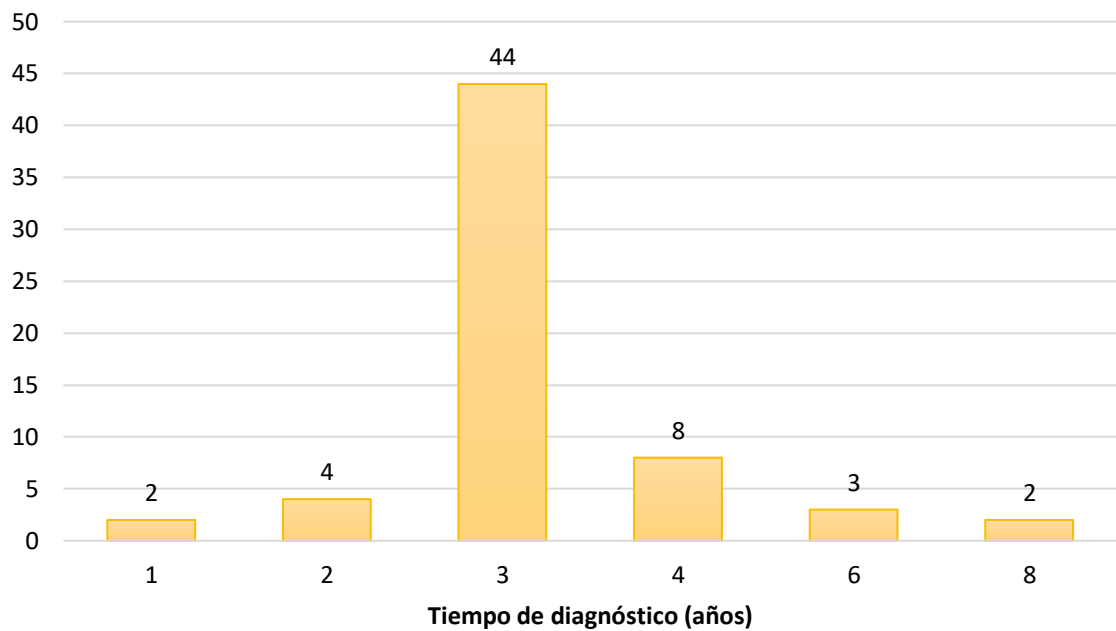


Fuente: Hospital General de Puebla, periodo 2017.

Cuadro 3: Distribución por tiempo de diagnóstico

Tiempo de diagnóstico (años)	Frecuencia	Porcentaje
1	2	3.2%
2	4	6.3%
3	44	69.8%
4	8	12.7%
6	3	4.8%
8	2	3.2%
Total	63	100.0%

Gráfico 3: Distribución por tiempo de diagnóstico

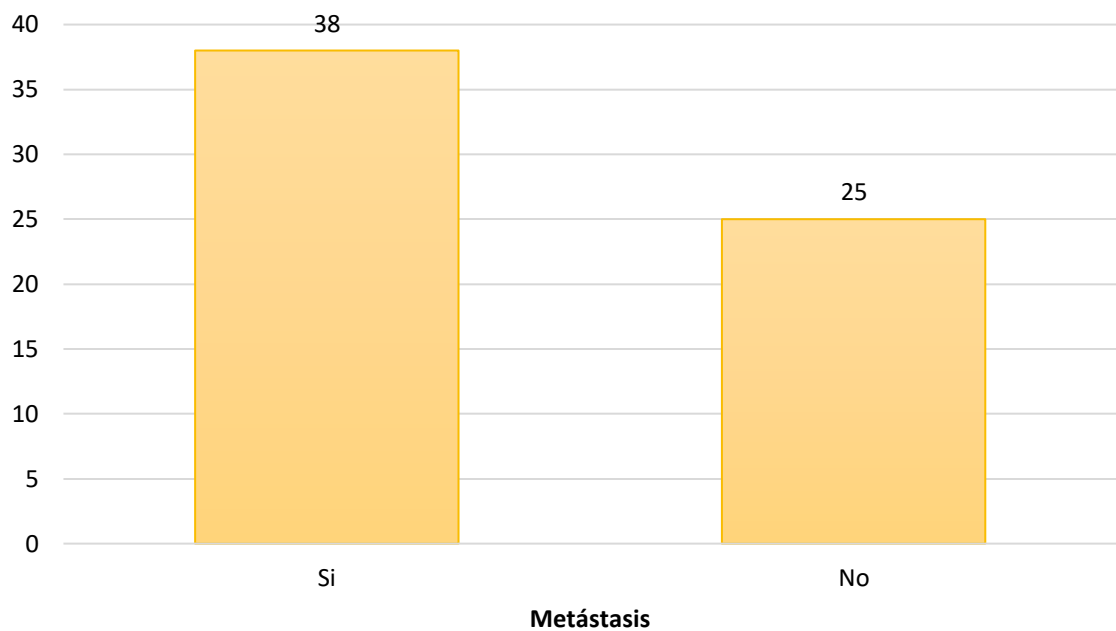


Fuente: Hospital General de Puebla, periodo 2017.

Cuadro 4: Distribución por metástasis

Metástasis	Frecuencia	Porcentaje
Si	38	60.3%
No	25	39.7%
Total	63	100.0%

Gráfico 4: Distribución por metástasis



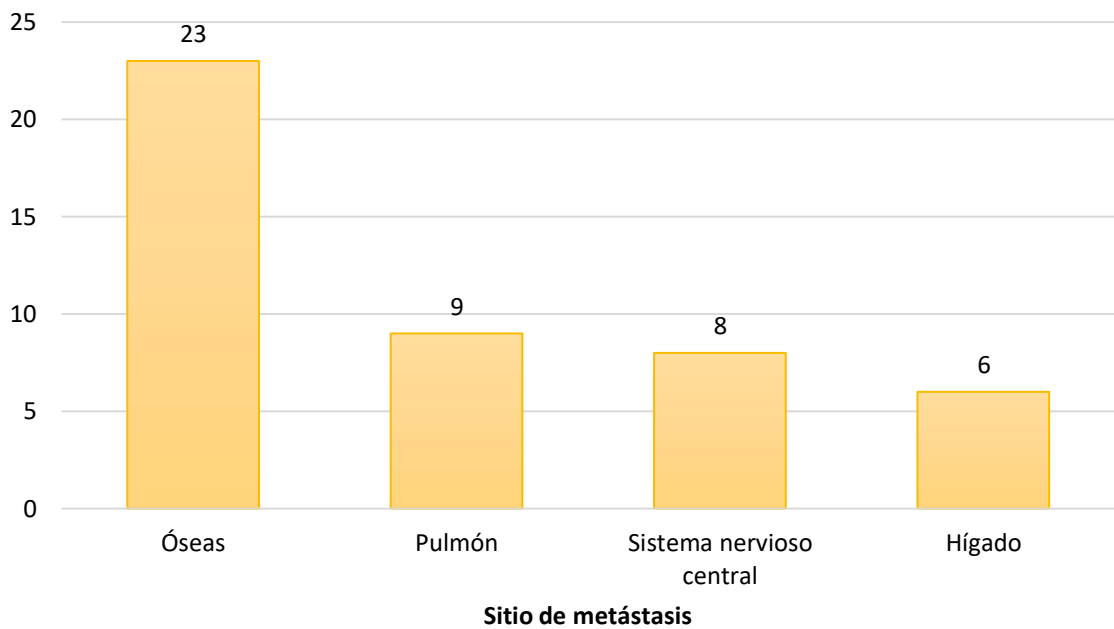
Dado que el objetivo del estudio es estudiar pacientes con metástasis, de ahora en adelante solo se mostrarán resultados de las 38 pacientes con metástasis.

Fuente: Hospital General de Puebla, periodo 2017.

Cuadro 5: Distribución por sitio de metástasis

Sitio de metástasis	Frecuencia	Porcentaje
Óseas	23	60.52%
Pulmón	9	23.68%
Sistema nervioso central	8	21.05%
Hígado	6	15.78%

Gráfico 5: Distribución por sitio de metástasis

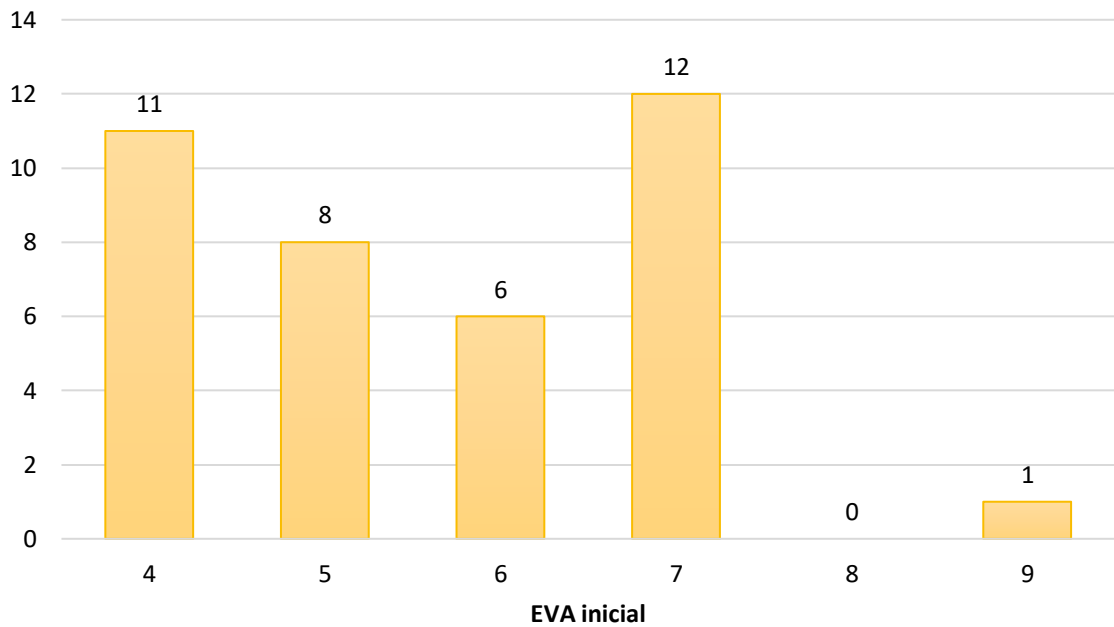


Fuente: Hospital General de Puebla, periodo 2017.

Cuadro 6: Distribución por EVA inicial

EVA inicial	Frecuencia	Porcentaje
4	11	28.95%
5	8	21.05%
6	6	15.79%
7	12	31.58%
8	0	0.00%
9	1	2.63%
Total	38	100%

Gráfico 6: Distribución por EVA inicial



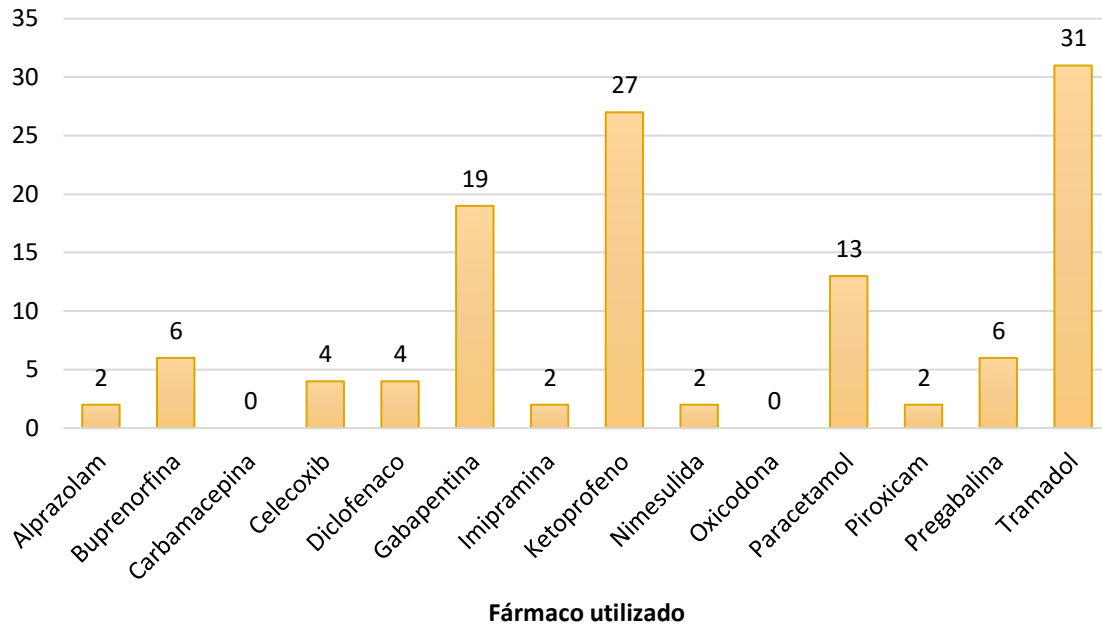
Fuente: Hospital General de Puebla, periodo 2017.

Cuadro 7: Distribución por fármaco utilizado

Fármaco	Frecuencia	Porcentaje
Alprazolam	2	5.26%
Buprenorfina	6	15.79%
Carbamacepina	0	0.00%
Celecoxib	4	10.53%
Diclofenaco	4	10.53%
Gabapentina	19	50.00%
Imipramina	2	5.26%
Ketoprofeno	27	71.05%
Nimesulida	2	5.26%
Oxicodona	0	0.00%
Paracetamol	13	34.21%
Piroxicam	2	5.26%
Pregabalina	6	15.79%
Tramadol	31	81.58%

Fuente: Hospital General de Puebla, periodo 2017.

Gráfico 7: Distribución por fármaco utilizado

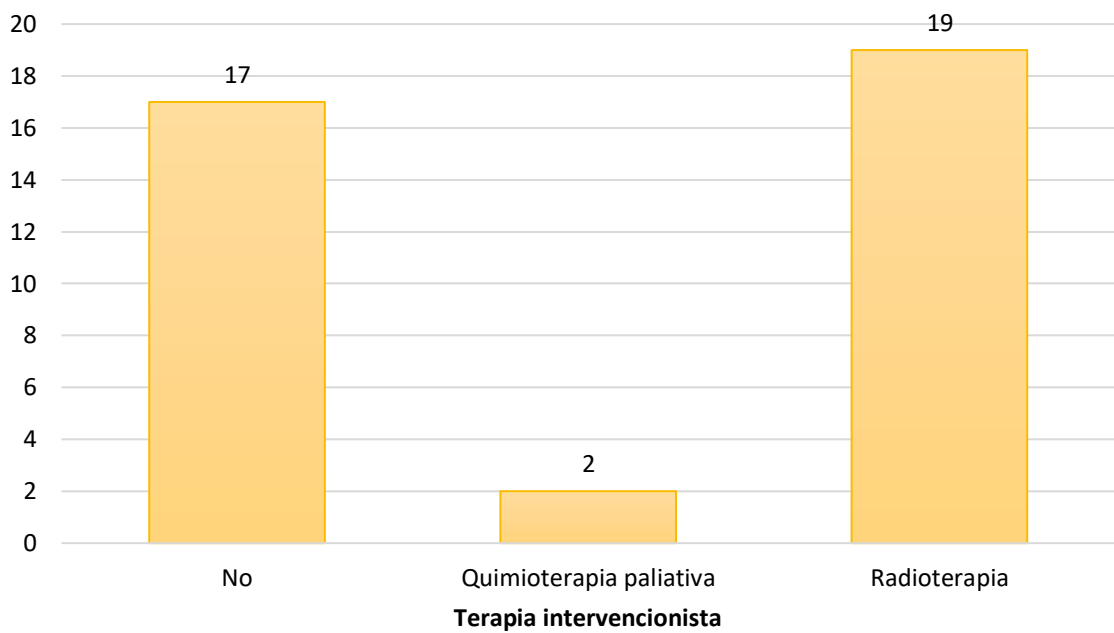


Fuente: Hospital General de Puebla, periodo 2017.

Cuadro 8: Distribución por terapia intervencionista

Terapia intervencionista	Frecuencia	Porcentaje
No	17	44.74%
Quimioterapia paliativa	2	5.26%
Radioterapia	19	50.00%
Total	38	100.0%

Gráfico 8: Distribución por terapia intervencionista

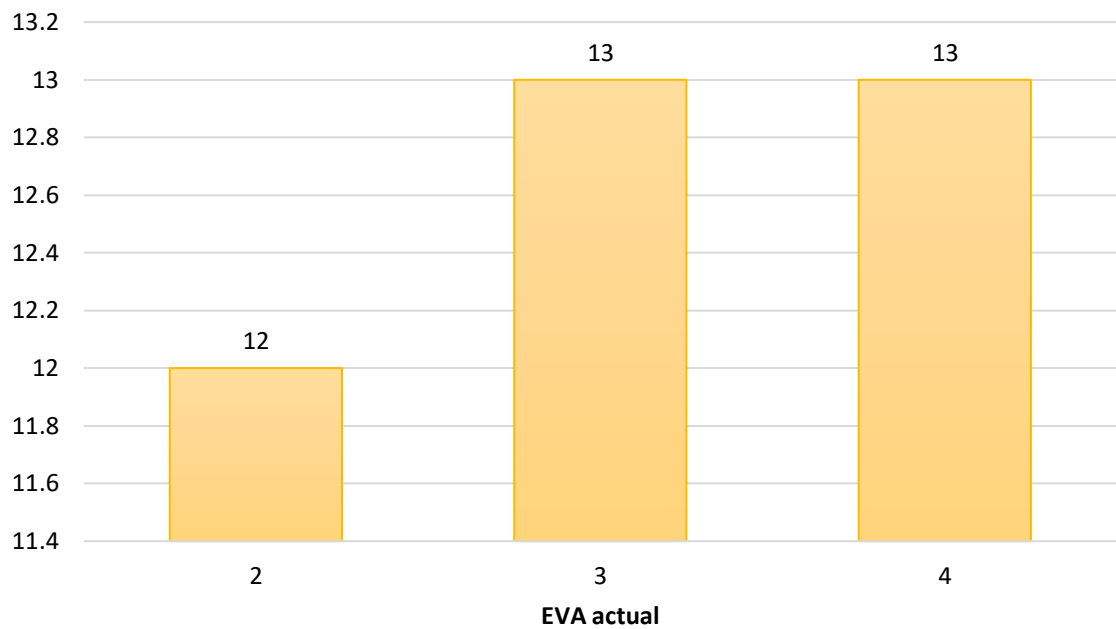


Fuente: Hospital General de Puebla, periodo 2017.

Cuadro 9: Distribución por EVA actual

EVA actual	Frecuencia	Porcentaje
2	12	31.58%
3	13	34.21%
4	13	34.21%
Total	38	100.0%

Gráfico 9: Distribución por EVA actual

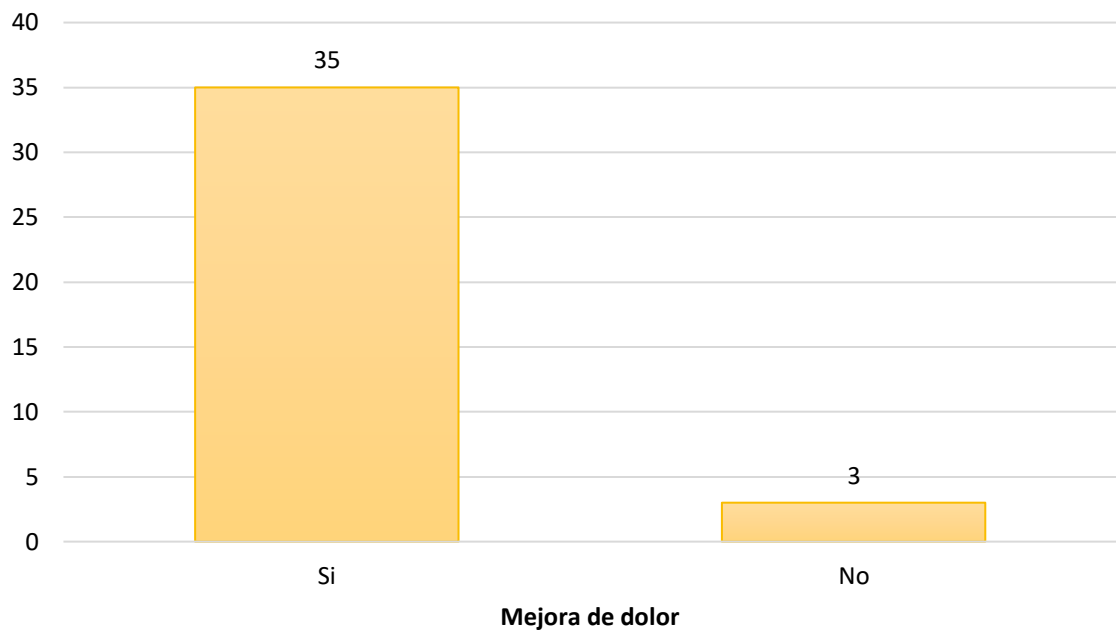


Fuente: Hospital General de Puebla, periodo 2017.

Cuadro 10: Distribución por mejora de dolor

Mejora de dolor	Frecuencia	Porcentaje
Si	35	92.11%
No	3	7.89%
Total	38	100.0%

Gráfico 10: Distribución por mejora de dolor



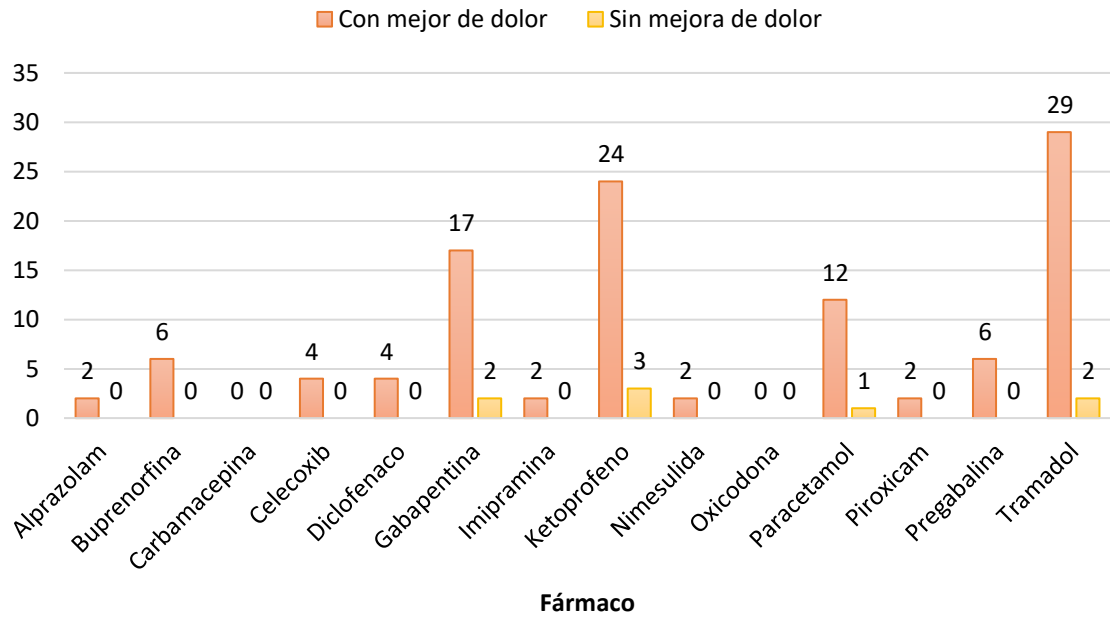
Fuente: Hospital General de Puebla, periodo 2017.

Cuadro 11: Comparativo de fármaco por mejora de dolor

	Mejora de EVA			
	Si		No	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Alprazolam	2	5.71%	0	0.00%
Buprenorfina	6	17.14%	0	0.00%
Carbamacepina	0	0.00%	0	0.00%
Celecoxib	4	11.43%	0	0.00%
Diclofenaco	4	11.43%	0	0.00%
Gabapentina	17	48.57%	2	66.67%
Imipramina	2	5.71%	0	0.00%
Ketoprofeno	24	68.57%	3	100.00%
Nimesulida	2	5.71%	0	0.00%
Oxicodona	0	0.00%	0	0.00%
Paracetamol	12	34.29%	1	33.33%
Piroxicam	2	5.71%	0	0.00%
Pregabalina	6	17.14%	0	0.00%
Tramadol	29	82.86%	2	66.67%

Fuente: Hospital General de Puebla, periodo 2017.

Gráfico 11: Comparativo de fármaco por mejora de dolor



Fuente: Hospital General de Puebla, periodo 2017.

Cuadro 12: Estadísticas de muestras emparejadas

	Media	N	Desviación estándar	Media de error estándar
EVA inicial	5.61	38	1.346	0.218
EVA actual	3.03	38	0.822	0.133

Cuadro 13: Prueba de muestras emparejadas

	Diferencias emparejadas					t	gl	Sig. (bilateral)
	Media	Desviación estándar	Media de error estándar	95% de intervalo de confianza de la diferencia				
				Inferior	Superior			
EVA inicial - EVA actual	2.579	1.518	0.246	2.080	3.078	10.473	37	0.000

8.- DISCUSIÓN

Posterior al análisis de los resultados hallamos que el puntaje de EVA inicial fue de 7 en el 31.58% de pacientes con metástasis. Puntaje que representa un dolor moderado a intenso; el cual no coincide con el reporte de Bruce et al. quien describe que la mayoría de las mujeres informaron dolor crónico de intensidad leve (EVA 1-3). La incidencia de dolor crónico moderado a intenso (EVA 4-7) / insoportable (EVA 8-10) fue del 23% (47 de 202) y el 27% (49 de 183) entre los que informaron dolor crónico a los 4 y 9 meses, respectivamente.³³

Belfer et al refiere que una proporción significativa de pacientes calificó su dolor como 5 o más, pero solo el 2.9% calificó su dolor como 8 o más alto.³⁴

El puntaje de EVA actual fue de 3 y 4 en el 34.21% respectivamente. El cual es diferente al reporte de Morales et al. quien describió que el 79.4% de los pacientes (n=2939) egresaron sin dolor.³⁵

El fármaco mayormente utilizado en pacientes con metástasis fue tramadol con el 81.58%. Del mismo modo, el fármaco predominante en pacientes con mejora del dolor fue tramadol con el 82.86%

Los datos reportados por Cleeland et al. ilustran la alta carga de dolor entre los pacientes con metástasis óseas secundarias al cáncer de mama e indican que los niveles de dolor informados por el paciente no se corresponden necesariamente con los niveles coincidentes de uso de analgésicos. Al inicio del estudio, el 50% de los pacientes en cada grupo de tratamiento informaron dolor moderado a intenso, pero <20% informaron que usaron analgésicos opioides fuertes. Cleeland et al observó una discrepancia entre el dolor informado por el paciente y el uso documentado de analgésicos. Esta se ejemplifica en el hecho que entre los pacientes que no tenían dolor o tenían un dolor leve al inicio del estudio, entre el 57% y el 66% informaron progresión hacia dolor moderado o intenso al final del estudio; sin embargo, entre aquellos que tenían un bajo o nulo uso de analgésicos al inicio del estudio, solo del 26 al 29% informaron uso de opioides fuertes en el estudio. Esta observación ha sido reportada consistentemente en otros estudios. Investigaciones adicionales pueden ayudar a determinar si el uso de opiáceos

fuertes es bajo en estos pacientes debido al bajo tratamiento médico del dolor, la falta de notificación del dolor por parte de los pacientes a los médicos, el miedo del paciente o del médico a los efectos secundarios relacionados con los opioides o una combinación de estos factores.³⁶

En 1986, la OMS (Organización Mundial de la Salud) propuso un modelo reduccionista del abordaje del dolor por cáncer que consistía en tres pasos consecutivos, la llamada Escalera Analgésica de la OMS. Este modelo ayudó a legitimar el uso terapéutico de los opioides. El método de la OMS para el control del dolor oncológico define el empleo de los analgésicos no opioides (paracetamol y AINE) por periodos cortos, en caso de no estar contraindicados, para el tratamiento del dolor leve (primer escalón), y el avance hacia el escalón de los opioides leves (como codeína o hidrocodona) y los opioides fuertes (como morfina y oxycodona) en caso de dolor de moderado a intenso.³⁷

En el estudio de Larramendi et al. se confirmó que solo el 23.52% pacientes utilizaban opioides en su tratamiento, mientras que el 90.49% empleaban otros analgésicos.³⁸

9.- CONCLUSIONES

El grupo de edad más frecuente fue de 46 a 55 años con el 34.9%

El diagnóstico más prevalente fue carcinoma ductal infiltrante con el 74.6%

El tiempo de diagnóstico preponderante fue 3 años con el 69.8%

Las metástasis se presentaron en el 60.3%

El sitio de metástasis predominante fue hueso en el 60.52%

El puntaje de EVA inicial fue de 7 en el 31.58%

El fármaco mayormente utilizado en pacientes con metástasis fue tramadol con el 81.58%

En el 50.00% de pacientes se utilizó terapia intervencionista de radioterapia

El puntaje de EVA actual fue de 3 y 4 en el 34.21% respectivamente

En el 92.11% se obtuvo una mejora en el dolor

El fármaco predominante en pacientes con mejora del dolor fue tramadol con el 81.48

En la prueba T de Student se aprecia un cambio significativo en la puntuación EVA inicial y la actual con un valor $P < 0.05$.

10.- BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Vargas A. Manejo no adecuado del dolor por cáncer en Costa Rica: ¿un problema de formación académica? *Acta méd costarric* 2014; 56(2):59-64
- 2.- Mercadante S, Portenoy R. Breakthrough cancer pain: twenty-five years of study. *PAIN* 2016; 157:2657–2663
- 3.- Al Qadire M, Tubaishat A, et al. Cancer pain in Jordan: prevalence and adequacy of treatment. *International Journal of Palliative Nursing* 2013; 19(3):125-130
- 4.- Martínez I, Ángel D, et al. Manejo del dolor oncológico: revisión sistemática y valoración crítica de las guías de práctica clínica. *Rev Calid Asist.* 2016; 31(1):55-63
- 5.- Gaertner J, Schiessl C. Cancer Pain Management: What's New? *Curr Pain Headache Rep* 2013; 17:328
- 6.- Mercadante S, Guccione C, et al. Cancer pain management in an oncological ward in a comprehensive cancer center with an established palliative care unit. *Support Care Cancer* 2013; 21(12):3287-3292
- 7.- Swarm R. The Management of Pain in Patients With Cancer. *JNCCN* 2013; 11:702–704
- 8.- Pergolizzi J, Gharibo C, et al. Treatment Considerations for Cancer Pain: A Global Perspective. *Pain Pract.* 2015; 15(8):778-792
- 9.- López R. Prevalencia del dolor en enfermos oncológicos. *Dolor irruptivo. Med Paliat.* 2015; 22(Supl.1):2-9
- 10.- Cabezón L, Gómez J, et al. Actualización del dolor oncológico en el anciano. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2015; 50:289-297
- 11.- Cipta A, Pietras C, et al. Cancer-related pain management in clinical oncology. *JCSO* 2015; 13:347-355
- 12.- Løhre E, Klepstad P, et al. From “Breakthrough” to “Episodic” Cancer Pain? A European Association for Palliative Care Research Network. *J Pain Symptom Manage* 2016; 51(6):1013-1019
- 13.- Smith T, Saiki C. Cancer Pain Management. *Mayo Clin Proc.* 2015; 90(10):1428-1439

- 14.- Hernán R. Manejo del dolor en cáncer. Rev. Med. Clin. Condes 2013; 24(4):661-666
- 15.- Leppert W, Zajackowska R, et al. Pathophysiology and clinical characteristics of pain in most common locations in cancer patients. Journal of physiology and pharmacology 2016; 67(6):787-799
- 16.- Regueira S, Fernández M, et al. Generalidades del dolor oncológico. Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta 2015; 40(10)
- 17.- Arnstein P. Adult Cancer Pain: An Evidence-Based Update. Journal of Radiology Nursing 2018; 37:15-20
- 18.- Nunes B, dos Santos J, et al. Morfina como primer medicamento para el tratamiento del dolor de cáncer. Rev Bras Anesthesiol. 2014; 64(4):236-240
- 19.- Carlson C. Effectiveness of the World Health Organization cancer pain relief guidelines: an integrative review. Journal of Pain Research 2016; 9:515–534
- 20.- Pérez R, García P, et al. Protocolo terapéutico del dolor oncológico. Medicine 2017; 12(31):1862-1867
- 21.- Sayed D. The interdisciplinary management of cancer pain. Techniques in Regional Anesthesia and Pain Management. 2013; 17(4):163–167
- 22.- Escofet M, Sagristà I, et al. Opiáceos: algunas consideraciones para el control del dolor oncológico. FMC. 2017; 24(2):108-112
- 23.- Zas V, Rodríguez J, et al. El dolor y su manejo en los cuidados paliativos. Panorama Cuba y Salud 2013; 8(2):41-48
- 24.- López P, Freijeiro M, et al. Avances en el tratamiento del dolor. Aplicaciones clínicas. Medicine 2016; 12(23):1350-1358
- 25.- Navarro F, López J, et al. Protocolo de tratamiento del dolor oncológico. Medicine 2013; 11(27):1686-1691
- 26.- Mercadante S. The use of opioids for treatment of cancer pain. Expert Opin. Pharmacother 2014; 16(3):1-6
- 27.- Fielding F, Sanford T, et al. Achieving effective control in cáncer pain: a review of current guidelines. International Journal of Palliative Nursing 2013; 19(12):584-591

- 28.- Regueira S, Fernández M, et al. Escalera analgésica en el tratamiento del dolor oncológico. *Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta* 2015; 40(12)
- 29.- Sindt J, Brogan S. Interventional Treatments of Cancer Pain. *Anesthesiology Clin* 2016; 34:317–339
- 30.- Kahan B. Cancer Pain and Current Theory for Pain Control. *Phys Med Rehabil Clin N Am* 2014; 25:439–456
- 31.- Candido K, Kusper T, et al. New Cancer Pain Treatment Options. *Curr Pain Headache Rep* 2017; 21(12)
- 32.- Gough N, Miah A, et al. Nonsurgical oncological management of cancer pain. *Curr Opin Support Palliat Care* 2014; 8:102–111
- 33.- Bruce J, Thornton A, Powell R, et al. Psychological, surgical, and sociodemographic predictors of pain outcomes after breast cancer surgery: A population-based cohort study. *Pain* 2014; 155:232–243
- 34.- Belfer I, Schreiber K, Shaffer J, et al. Persistent Postmastectomy Pain in Breast Cancer Survivors: Analysis of Clinical, Demographic, and Psychosocial Factors. *The Journal of Pain* 2013; 14(10):1185-1195
- 35.- Morales A, Cavada G, Miranda J, et al. Eficacia del Programa Alivio del Dolor por Cáncer Avanzado y Cuidados Paliativos de Chile. *Revista El Dolor* 2013; 59:18-25
- 36.- Cleeland C, Body J, Stopeck A, et al. Pain Outcomes in Patients With Advanced Breast Cancer and Bone Metastases. *Cancer*. 2013;119(4):832-838
- 37.- Allende S, Acosta A, Aguilar S, et al. Consenso Mexicano de Manejo de Dolor por Cáncer. *Gaceta Mexicana de Oncología*. 2016; 15(Supl 1):3-34
- 38.- Larramendi J, Gutiérrez D, Futiel N, et al. Intensidad del dolor en pacientes con cáncer según etapas clínicas en el municipio de Manzanillo. *MEDISAN* 2013; 17(8):3023-3028.
- 39.- Consenso Mexicano de Manejo de Dolor por Cancer. *Gaceta Mexicana de Oncología*. 2016;15(Supl 1):3-34

11.- HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Iniciales paciente:

No. Expediente:

Edad:

Sexo:

Diagnóstico:

.....

Tiempo de Diagnóstico:

.....

Metástasis:

.....

Cirugía realizada:

.....

Inicio de manejo del dolor:

.....

EVA inicial:

.....

Terapia farmacológica:

.....

Terapia intervencionismo:

.....

EVA Actual:

.....

Observaciones:

.....

.....

.....

