



CATÉTER EPIDURAL TUNELIZADO PARA EL TRATAMIENTO DEL DOLOR CRÓNICO

José Julio Ojeda González, Roberto Travieso Peña, Alexis Guillén Sánchez,
Evangalina Dávila Cabo de Villa, Ángel R Fernández Vidal

Anestesiología y Reanimación. Hospital Universitario "Dr. Gustavo Aldereguía Lima"
y Escuela Medicina Cienfuegos. Cienfuegos. Cuba
zenia@gal.sld.cu

Rev Electron Biomed / Electron J Biomed 2005;3:57-58

Sr. Editor:

El dolor ha sido una causa importante de preocupación de la humanidad desde nuestros inicios y esto ha motivado grandes esfuerzos para entenderlo mejor y controlarlo adecuadamente.

El concepto contemporáneo de dolor lo define no como "otro síntoma" de una enfermedad, sino como un conjunto de problemas deshabilitadores físicos, emocionales y psicosociales. Envuelve aspectos bioquímicos, etnoculturales, cognitivos y ambientales, que requieren el involucramiento multidisciplinario o interdisciplinario para su mejor comprensión y manejo.

En la actualidad existe gran variedad de métodos y técnicas para el control del dolor agudo y crónico, por tanto no es aceptable que los enfermos cursen con dolor^{1,2}. El dolor es un proceso dinámico que abarca interacciones entre sistemas complejos ascendentes y descendentes. Existen dos métodos para la evaluación del dolor: subjetivo y objetivo. El subjetivo es fácil de aplicar, no se necesita metodología compleja el EVA (escala visual análoga) es una escala descriptiva simple y aplicable¹⁻³.

Los pacientes atendidos en la clínica del dolor del Hospital Universitario "Dr. Gustavo Aldereguía Lima" de Cienfuegos Cuba tienen a su total disposición un arsenal significativo de procedimientos y técnicas para este fin, entre los que se destaca el uso de la vía epidural con catéteres tunelizados empleados en pacientes portadores de dolor crónico de causa oncológica fundamentalmente, que aunque no es una técnica novedosa sí representa un arma a tener en cuenta y por la que hacemos votos para su uso en caso de indicación (Figura 1).

Figura 1.- paciente portador de neoplasia de pulmón con catéter epidural tunelizado.



La aplicación de un fármaco por vía epidural para la analgesia postoperatoria fue informada por primera vez en 1949 con el uso de un anestésico local^{1,3-4}.

Tomando estas consideraciones en cuenta nos dimos a la tarea de revisar la aplicación de la técnica de tunelizar los catéteres epidurales con el objetivo de minimizar las complicaciones sépticas y de obtener un manejo más adecuado de esta vía, tan útil para el control del dolor crónico y de ver además sus resultados.

Se realizó un estudio, prospectivo, descriptivo de una serie de casos, en la Clínica del Dolor del Hospital Universitario "Dr. Gustavo Aldereguía Lima" de Cienfuegos, Cuba, en un período de tiempo comprendido de Abril del 2003 a Abril del 2005.

Se incluyeron en el estudio 20 pacientes, los cuales fueron atendidos inicialmente por diferente especialidades, diagnosticándosele un proceso oncoproliferativo y dentro de la sintomatología predominante se encontraba el dolor rebelde al tratamiento convencional.

A todos los pacientes y sus familiares se les explicó en que consistía el proceder y sus ventajas, además se les dio orientaciones sobre el manejo del catéter, la titulación de los fármacos y los intervalos a los que se debían administrar, quedando citados para los siete días posteriores a la implantación del catéter. Se les explicó también a los pacientes en que consiste la EVA (escala visual análoga), empleándose la numérica donde el cero corresponde con el "no dolor", el cinco con el "dolor moderado" y el diez con el "peor dolor".

Método en el cuál nos apoyamos para la evaluación posterior del tratamiento impuesto y su efectividad, y así poder realizar cambios en dosis y frecuencia de los fármacos empleados en el tratamiento si fuese necesario.

Fue interpretado el grado de analgesia alcanzado de la siguiente forma: bueno (no dolor), regular (dolor moderado) y malo (peor dolor).

Se emplearon dosis bajas de morfina, comenzando con 2 miligramos cada 12 horas, a diferencia de otros opiodes, es relativamente insoluble en lípidos, con un coeficiente octanol-agua 1.42 por tanto, explica su penetración lenta a través de la duramadre a partir del espacio epidural por lo que su inicio es lento entre 45 a 60 minutos, con un tiempo de duración de 2.5 a 14 horas como promedio⁵, lográndose una analgesia satisfactoria en la mayoría de los casos por periodos relativamente prolongados de tiempo, con una permanencia del catéter de entre 50 y 99 días, mucho mayor que la reportada en otros trabajos, que han señalado permanencia de entre 1 y 43 días con un promedio de 14±9 días⁶. El número de complicaciones observadas fue inferior al descrito por otros autores, este riesgo se disminuyó considerablemente al tunelizar lateralmente el catéter bajo la piel y adaptando a su salida un filtro antimicrobiano de dos micras, se insistió en la correcta manipulación tanto por el personal medico y de enfermería como por los familiares, reportándose solo tres complicaciones y ninguna séptica, dos acodaduras y una extracción accidental del catéter⁶⁻⁷.

En nuestro estudio seguimos los lineamientos y recomendaciones de la OMS, mediante los cuales se simplifica el manejo del dolor del paciente oncológico y últimamente también adoptado para el manejo del dolor crónico de origen no oncológico, enunciando el uso escalonado de los recursos farmacéuticos en razón del grado de dolor de cada paciente y que en los últimos tiempos reconoce un nuevo escalón terapéutico, sustentando de esta manera la terapia implantable⁷.

Los resultados exhibidos son reflejo de la eficacia de este proceder en el manejo del dolor crónico en pacientes portadores de neoplasias, que como todos conocemos en ocasiones no reciben alivio por periodos relativamente prolongados de tiempo y necesitan de continuas dosis de fármacos por vía intravenosa o intramuscular, además de la enteral. Por otra parte constituye una segura vía que no requiere de cuidados excepcionales y que puede ser utilizada en el hogar, garantizando una calidad de vida aceptable según el estado de salud del paciente y el estadio de la enfermedad. Además de constituir una alternativa terapéutica no muy costosa y al alcance de países con limitación de recursos.

Sometemos a su consideración este comentario apoyado en los resultados de nuestra investigación con el objetivo principal de revitalizar un proceder útil y aplicable a nuestros pacientes con control inadecuado del dolor como síntoma cardinal de una enfermedad frecuente en nuestros tiempos "el cáncer", con la meta de apelar a todas las alternativas terapéuticas posibles en la lucha contra ella y para lograr una calidad de vida aceptable en estos pacientes. Que nuestros médicos, enfermeras etc. conozcan este proceder que como se dijo antes no es novedoso pero constituye otro escalón terapéutico efectivo que garantiza bienestar.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Sandler AN, Benumof JI. Conceptos actuales en el control del dolor agudo. Clínica de Anestesiología de Norteamérica; 1992; Vol. 2, 337 - 353.
2. Gregg R. Spinal Analgesia; Management of postoperative pain. Anesthesiol Clin Nort Am 1989 7; 240 - 260.
3. Fugarolas GW, Carballar LA, Prado PF, Cano OF, Odor GA. Control del dolor postoperatorio. Rev. Méx. Anest 1990; 13: 79 - 100.
4. Pierrot M, Blaise M, Dupuy A. Epidural analgesia with high dosage of fentanyl: failure of the method in early postoperative Kinesitherapy after surgery. Can Anesth Soc J 1982; 29:587 - 592.
5. Cohen SE, Subak LL, Brose WG, Halpern J. Analgesia after caesarean delivery: patient evaluations and costs of live opioid techniques. Rev Anaesth 1991; 16: 141 - 149
6. Lopez. G, Toufeilles. S, Blois. F, Ayala. W. Complicaciones vinculadas al catéter peridural en el tratamiento de pacientes con dolor crónico. Rev. Urg. Anest. 1996: 13: 1: 23 - 27.
7. Plancarter- Sánchez R. Manejo intervencionista en el dolor crónico. Rev Mex Vol 27. supl. 1 2004 pag 172-174.

Recibido: 13 de diciembre de 2005
Publicado: 31 de Diciembre de 2005.