



PROGRESOS EN HEPATOLOGÍA

Tratamiento del dolor en el paciente con cirrosis hepática

Antonio Ojeda^{a,b,*} y Luis A. Moreno^{a,b}^a Servicio de Anestesiología y Reanimación, Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona, España^b Unidad del Dolor, Servicio de Anestesiología y Reanimación, Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona, España

Recibido el 16 de mayo de 2013; aceptado el 26 de mayo de 2013

Disponible en Internet el 3 de diciembre de 2013

PALABRAS CLAVE

Manejo del dolor;
Cirrosis hepática;
Reacciones adversas
farmacológicas

Resumen El tratamiento del dolor en el paciente con cirrosis hepática es un verdadero reto, siendo muchas veces inadecuado por falta de eficacia terapéutica o por la gran incidencia de efectos adversos. El enfoque del tratamiento es diferente si el dolor es agudo o crónico e implica conocer el mecanismo fisiopatológico responsable del mismo. El tratamiento farmacológico se ha de iniciar con la dosis mínima efectiva y titular lentamente, evitando la polifarmacia. Se enfatiza el control de los efectos adversos, especialmente la sedación y el estreñimiento que predisponen el desarrollo de la encefalopatía hepática. El paracetamol es el primer eslabón terapéutico siendo seguro a dosis 2-3 g/día. Los antiinflamatorios no esteroideos están contraindicados ya que pueden inducir insuficiencia renal aguda y/o sangrado gastrointestinal. El tramadol es una opción segura en el tratamiento del dolor moderado a severo. Los opioides con mayor seguridad terapéutica son el fentanilo, la hidromorfona y la metadona como segunda opción. El tratamiento tópico puede disminuir el consumo de fármacos por vía oral. En el tratamiento del dolor neuropático la gabapentina es la primera opción terapéutica, mientras que los antidepresivos tricíclicos pueden estar indicados en cierto grupo de pacientes. Las técnicas intervencionistas son una herramienta valiosa a utilizar en el dolor moderado a severo ya que permiten disminuir el tratamiento farmacológico y con ello los efectos adversos. Las intervenciones psicológicas, la terapia física y la rehabilitación deben ser consideradas como parte de la terapia multimodal en el abordaje del dolor crónico.

© 2013 Elsevier España, S.L. y AEEH y AEG. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Pain management;
Hepatic cirrhosis;
Adverse drug events

Pain management in patients with liver cirrhosis

Abstract Pain management in patients with liver cirrhosis is a real challenge and is often inadequate due to a lack of therapeutic efficacy or the high incidence of adverse effects. The focus of treatment differs depending on whether the pain is acute or chronic and involves understanding the causative pathophysiological mechanism. Analgesics should be started with the minimum effective dose and should be titrated slowly with avoidance of polypharmacy. Adverse effects must be monitored, especially sedation and constipation, which predispose the patient to the development of hepatic encephalopathy. The first-line drug is paracetamol, which is safe at doses of 2-3 g/day.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: ojeda@clinic.ub.es (A. Ojeda).

Non-steroidal anti-inflammatory agents are contraindicated because they can cause acute renal failure and/or gastrointestinal bleeding. Tramadol is a safe option for moderate-severe pain. The opioids with the best safety profile are fentanyl and hydromorphone, with methadone as an alternative. Topical treatment can reduce oral drug consumption. In neuropathic pain the first-line therapeutic option is gabapentin. The use of antidepressants such as amitriptyline can be considered in some patients. Interventional techniques are a valuable tool in moderate to severe pain, since they allow a reduction in drug therapy and consequently its adverse effects. Psychological treatment, physical therapy and rehabilitation should be considered as part of multimodality therapy in the management of chronic pain.

© 2013 Elsevier España, S.L. and AEEH y AEG. All rights reserved.

Introducción

La cirrosis hepática (CH) es la consecuencia final de distintas enfermedades hepáticas crónicas que lleva a la pérdida de la arquitectura normal del hígado con disminución progresiva de sus funciones, y se define por la presencia de cambios anatómicos en el parénquima hepático que incluyen la fibrosis y el desarrollo de nódulos de regeneración¹. Es un importante problema de salud pública y conlleva una elevada morbilidad y mortalidad². El dolor, tanto agudo como crónico, es un síntoma que se presenta con mucha frecuencia en estos pacientes³. A pesar de que en los últimos años se han hecho importantes avances en el diagnóstico, seguimiento y tratamiento de la CH¹, el tratamiento del dolor sigue siendo un verdadero reto.

La prevalencia del dolor en los pacientes con enfermedad hepática es elevada, oscila entre un 30 y un 40%³. Estos pacientes, además de presentar las mismas causas de dolor que la población general, pueden presentar dolor relacionado con la enfermedad. Es frecuente el dolor abdominal o lumbar asociado a la ascitis y la mastalgia o dolor torácico asociado a ginecomastia^{3,4}. Además, son más propensos a sufrir fracturas por la elevada incidencia de osteoporosis⁵, y la inmunodepresión conlleva que entidades como el herpes zóster y la neuralgia postherpética (NPH) no sean infrecuentes.

En muchas ocasiones, el tratamiento del dolor en los pacientes con CH es inadecuado (tabla 1), bien sea por una terapéutica poco efectiva o por la elevada incidencia de

efectos adversos. La mayoría de los fármacos analgésicos son metabolizados en el hígado por lo que estos pacientes son susceptibles de sufrir complicaciones, que con frecuencia son graves y pueden comprometer la vida del paciente, como la encefalopatía hepática (EH), el sangrado gastrointestinal (GI) o la insuficiencia renal (IR)^{4,6,7}.

Dentro de las múltiples causas del tratamiento inadecuado destacan la falta de asociación que existe entre la clasificación clínica de la severidad de la cirrosis con el grado de afectación en el metabolismo de los fármacos^{3,4,6-10}. Otro punto destacable es que no hay un marcador analítico reproducible en la clínica que pueda utilizarse para medir el metabolismo hepático de los fármacos o un parámetro capaz de medir de manera certera la función residual hepática para poder ajustar la dosis^{3,4,8,10}. La falta de ensayos clínicos, metodológicamente bien elaborados, que analicen el tratamiento analgésico y su correlación con los efectos adversos y de guías de práctica clínica consensuadas no facilita el diseño de tratamiento adecuado^{4,6,7,10,11}. A todo lo anterior se añade el complejo manejo per se de estos pacientes, donde es frecuente tanto la alteración de la función renal (asociada o no a la enfermedad hepática), como la polifarmacia (enfermedades crónicas concomitantes) lo que los hace más vulnerables a la aparición de interacciones farmacológicas. Por último, probablemente la causa más común de tratamiento inadecuado se deba al miedo, inexperiencia o falta de conocimientos por parte del personal médico.

Comportamiento farmacológico de los analgésicos en el paciente con enfermedad hepática avanzada

El metabolismo hepático de los fármacos se inicia con la llegada del fármaco al hígado, para ser captado por los hepatocitos donde se va a metabolizar siguiendo reacciones de oxidación, hidrólisis, hidroxilación, reducción o demetilación (reacción de fase I) y/o reacciones de conjugación a ácido glucurónico, acetato, glicina, etc. (reacción de fase II)⁷. Depende del flujo sanguíneo hepático, de la afinidad a la unión con las proteínas plasmáticas⁷ y de la capacidad de metabolización de las enzimas hepáticas. Otras situaciones como la presencia de cortocircuito portosistémico y/o enfermedad renal asociada (síndrome hepatorenal [SHR]) pueden alterar aún más la función metabólica (tabla 2). Los pacientes con enfermedad hepática crónica compensada

Tabla 1 Causas del tratamiento analgésico inadecuado en el paciente con enfermedad hepática avanzada

1. Falta de asociación entre la clasificación clínica de la severidad de la cirrosis hepática y el grado de afectación del metabolismo del fármaco
2. Ausencia de marcador analítico para valorar el grado de afectación del metabolismo
3. Escasos ensayos clínicos con correcta evidencia científica
4. Falta de guías clínicas basadas en la evidencia
5. Enfermedades asociadas como la enfermedad renal
6. Polifarmacia
7. Reacciones adversas conllevan la escasa adherencia al tratamiento
8. Miedo, inexperiencia o falta de conocimientos del personal sanitario

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3288087>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3288087>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)