

## **Evaluación y Manejo del Dolor en Cuidados Paliativos**

**Autora:** Dra. Andrea del Valle P. Residente de Medicina Familiar PUC

**Editora:** Dra. Isabel Mora M.

**Fecha:** Abril 2022

**Portada:** La necesidad de Cuidados Paliativos ha ido en aumento tanto en Chile como en el mundo, siendo la enfermedad oncológica una de las causas principales. En este contexto, surge el dolor como un problema clínico relevante. Este artículo, abordará la evaluación y tratamiento farmacológico recomendado para el manejo del dolor en los pacientes en Cuidados Paliativos Oncológicos en APS.

## **Evaluación y Manejo del Dolor en Cuidados Paliativos.**

**Autora:** Dra. Andrea del Valle P. Residente de Medicina Familiar PUC

**Editora:** Dra. Isabel Mora M.

**Fecha:** Abril 2022

### **Introducción**

Los médicos de familia a menudo brindan atención a pacientes con enfermedades crónicas que son estables durante largos períodos de tiempo, y su rol frente a un paciente en Cuidados Paliativos no debiera ser diferente a la atención en cualquier otro momento del ciclo vital.

La expectativa es proporcionar una atención integral, multidimensional e interdisciplinaria coordinada; informando al paciente y su familia (si así él/ella lo desea) sobre las distintas opciones existentes, logrando acompañar, apoyar en las decisiones que se tomen y creando planes que sean consensuados.

Se estima que alrededor de 40 millones de personas al año requerirán de Cuidados Paliativos (CP). De ellas, un 34% son portadores de enfermedad oncológica.<sup>1</sup> A su vez, de los pacientes en tratamiento por cáncer, un 55% experimentan dolor y 66% de los que tienen enfermedad avanzada, metastásica o terminal.<sup>2</sup>

### **El dolor, más que un concepto**

El dolor es una experiencia individual multidimensional y una experiencia familiar. Se asocia a una carga emocional concreta, despierta recuerdos almacenados en la memoria y nos confronta con la sensación de fragilidad. El dolor en dos personas diferentes no es comparable.

Un pre requisito para lograr el control del dolor es comprender el dolor total, el cual se define como “la circunstancia en que la experiencia dolorosa invade todas las áreas de

forma manifiesta y afecta todos los ámbitos de la persona que lo sufre”<sup>3</sup>. El dolor se podría mirar desde 4 dimensiones<sup>4</sup>:

1. Física: Enfermedad, comorbilidades, tratamiento.
2. Social: Pérdida de rol y estatus social, pérdida de trabajo, preocupaciones financieras, dependencia, preocupaciones sobre la familia y el futuro
3. Psicológica: Ansiedad, depresión, miedo a sufrir, experiencias previas
4. Espiritual: Rabia con el destino/Dios, pérdida de fe, encontrar un significado, miedo a lo desconocido

### **Evaluación del Dolor**

Para la evaluación del dolor lo primero que se debe considerar son las necesidades y expectativas de los pacientes. Además, se debe tener en cuenta el nivel actual de comprensión que existe sobre la enfermedad y el pronóstico, cuáles son las redes de apoyo del paciente, si les gustaría que una persona importante para ellos estuviera presente en la toma de decisiones sobre su atención, cuánta información les gustaría tener sobre su pronóstico, evolución de la enfermedad/tratamiento y las necesidades o preferencias culturales, religiosas, sociales o espirituales.

Se recomienda discutir las preferencias de atención médica del paciente con anticipación (idealmente, como paciente ambulatorio) mientras el paciente sea mental y físicamente capaz.

### **Caracterización del Dolor**

Para una correcta caracterización del dolor, se debe indagar mediante la anamnesis sobre las siguientes características:

1. Antigüedad y fecha de inicio
2. Localización: no siempre se puede delimitar la zona con exactitud.
3. Intensidad: leve, moderado, severo.
4. Carácter: opresivo, punzante, urente, cólico, etc.
5. Irradiación
6. Factores atenuantes y exacerbantes: movimientos, posturas, esfuerzos. Comida, micción, defecación, relaciones sexuales, etc.
7. Signos y síntomas asociados

### Informes subjetivos del dolor

En un paciente sin dificultades para comunicarse, la escala más utilizada es la **Escala de Categoría Numérica**, donde la intensidad del dolor es expresada mediante un número, siendo 0 sin dolor, 1-3 dolor leve, 4-6 dolor moderado y 7-10 dolor severo.

En un paciente con dificultades para comunicarse, puede utilizarse la **Escala PAINAD**, que actualmente está validada para pacientes con demencia<sup>5,6</sup>.

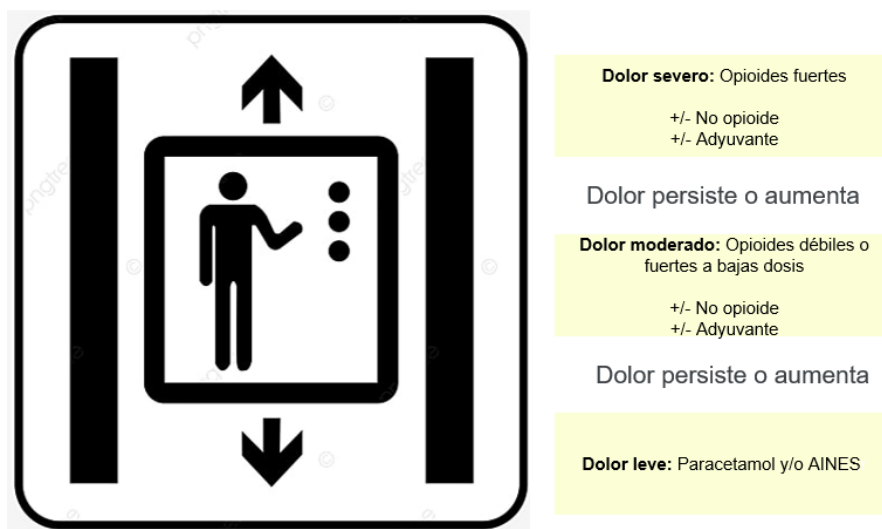
Existen los llamados **Principios elementales sobre el tratamiento del dolor**<sup>(1)</sup> que se deben tener en cuenta la momento de hablar con el paciente y su familia:

- Preguntar y observar, no esperar la queja.
- Identificar la causa del dolor o de los dolores, si son varios.
- Evaluar impacto emocional / funcional y repercusión en la autonomía.
- Asegurar una analgesia regular, con intervalos fijos ajustados a la vida media de los fármacos
- Ajustar dosis individualmente
- Utilizar co-analgésicos
- Tener en cuenta factores emocionales, sociales y espirituales.
- Establecer objetivos realistas: reducir el dolor a niveles que permitan una calidad de vida aceptable.

### Cómo iniciar el tratamiento

El concepto de “escalera analgésica” de la Organización Mundial de la Salud proporciona un punto de partida útil para lograr un control efectivo del dolor. Sin embargo, este concepto ha evolucionado en el tiempo, hablándose hoy en día del “ascensor analgésico” (Figura 1), debido a que el manejo del dolor es dinámico y debe ir ajustándose a las necesidades del paciente, las cuales pueden ir cambiando.

Figura 1. Ascensor analgésico OMS<sup>6</sup>



Fuente: Elaboración propia de la referencia citada.

La analgesia debe ser acorde a la severidad del dolor manifestada por el paciente, siendo los opioides la piedra angular en el manejo del dolor moderado a severo<sup>1,7</sup>

## Consideraciones previo al inicio de opioides

Existen algunos elementos de importancia que deben considerarse al momento de decidir iniciar opioides para el manejo del dolor. Entre ellos se encuentran la edad del paciente, presencia de comorbilidades, medicamentos que esté utilizando, si hay antecedentes de uso previo de opioides (y si es así, cómo los toleró), cuál es su función renal/hepática y si existen miedos en relación con el uso de estos fármacos.

## Tipos de Opioides

Los opioides pueden clasificarse en débiles o fuertes (Figura 2); y pueden utilizarse junto a adyuvantes para mejorar su efecto, dependiendo de cada caso.

Figura 2: Tipos de Opioides<sup>3</sup>

Opioides Débiles	Opioides Fuertes	Analgésicos Adyuvantes
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Codeína</li> <li>• Tramadol</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Buprenorfina</li> <li>• Morfina</li> <li>• Oxycodona</li> <li>• Fentanilo</li> <li>• Metadona</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anticonvulsivantes</li> <li>• Antidepresivos</li> <li>• Anestésicos locales</li> <li>• Agonistas GABA</li> <li>• Antagonistas NMDA</li> <li>• Relajantes musculares</li> </ul>
Con dosis máxima de uso	Sin dosis máxima de uso Efectos adversos	

Fuente: Elaboración propia de la referencia citada.

Los opioides débiles (Tabla 1) son fármacos recomendados en caso de dolor moderado. Dentro de estos, el fármaco con mayor acceso en APS es el Tramadol el cual es eficaz para el dolor neuropático; sin embargo, debe considerarse que es 10 veces menos potente que la morfina.

Tabla 1: Opioides Débiles<sup>3</sup>

Dolor MODERADO	Codeína	Tramadol
	Analgésico <b>natural</b> extraído del opio (metilmorfina)	Analgésico <b>sintético</b> de doble acción (opioide débil más inhibidor recaptación serotonina)
<b>Ventajas</b>	Buena absorción vía oral Actividad antitusígena y antidiarreica	Eficaz en dolor neuropático
<b>Desventajas</b>	10 veces menos potente que la morfina	10 veces menos potente que la morfina
<b>Inicio de acción</b>	30-60 min post administración oral 10-30 min post administración IM	15-45 min post administración oral
<b>Peak de acción</b>	60-90 min post administración oral 30-60 min post administración IM	2 horas post administración oral
<b>Vida media</b>	2,5-3 horas	5-7 horas
<b>Efecto analgésico</b>	4 - 6 horas	4-6 horas
<b>Metabolización/ Excreción</b>	Hepática/renal	Hepática/renal
<b>Dosis máxima</b>	60 mg c/4h (360 mg/día)	400 mg/día

Fuente: Elaboración propia de la referencia citada.

## Opioides Fuertes

### Morfina

Medicamento de primera línea en dolor oncológico moderado - intenso. En Chile solo hay de liberación inmediata

- Vida media 1,5-2 horas
- Efecto analgésico de 4 horas.
- Inicio de acción: a los 60 min (oral) / 15 min (subcutánea)

En caso de falla renal o hepática no se recomienda el uso de morfina (sobre todo con clearance < 30ml/min). En esos casos es posible utilizar metadona, fentanilo o buprenorfina<sup>6,8</sup>.

#### ¿Cómo iniciar la morfina?

Preferir siempre la vía oral, excepto:

1. Cuando el paciente no puede tragar o absorber medicamentos orales.
2. Cuando el paciente tiene un dolor muy intenso que debe controlarse lo antes posible.

#### ¿Cómo iniciar la morfina vía oral?<sup>8</sup>

**Paso 1 – Dosis de inicio:** Comenzar con 5 mg c/4h

**Paso 2 – Dosis de rescate:** Debe ser un **10%** de la dosis total en 24 horas, que se puede repetir cada **45 minutos** de ser necesario. Si se usan más de 3-4 dosis de opioide de rescate en 24 horas, se debe aumentar en **20-30%** del total de la dosis utilizada en las últimas 24 horas.

**Paso 3:** Dejar antieméticos los primeros 4 días y laxantes permanentes para disminuir efectos adversos. Algunos disponibles son:

- Metoclopramida
- Domperidona
- Lactulosa
- Picosulfato de sodio
- PEG 3350

#### ¿Cómo iniciar la morfina vía subcutánea?<sup>8</sup>

**Paso 1 – Dosis de inicio:** Comenzar con 3 mg c/4h

**Paso 2 – Dosis de rescate:** Debe ser un **10%** de la dosis total en 24 horas. Se puede repetir en intervalos de **30 minutos** de ser necesario.

Si se usan más de 3-4 dosis de opioide de rescate en 24 horas, se debe aumentar en **20-30%** del total de la dosis utilizada en las últimas 24 horas.

Cuando la vía oral no es posible para la administración de opioides, la vía subcutánea es preferible, ya que esta vía es menos dolorosa para el paciente y más fácil de manipular para la familia.

### **Oxicodona**<sup>7</sup>

Opioide semisintético con un efecto analgésico similar a la morfina. Tiene una vida media 3-4 horas. Sus ventajas son:

- Mayor efectividad en dolor neuropático.
- Comprimidos de liberación inmediata y liberación prolongada

### **Metadona**<sup>7</sup>

Agonista opioide sintético y antagonista receptor NMDA con un efecto analgésico mayor a la morfina. Tiene una farmacocinética compleja con riesgo de acumulación. El tiempo que se demora en desaparecer del cuerpo es de 5-7 días.

- Inicio de acción: 30-60 min (oral) / 10-20 min (parenteral)
- Ventaja: se puede usar en pacientes con falla renal.

### **Fentanilo – Parche transdérmico**<sup>7</sup>

Opioide sintético, que tiene un efecto analgésico inicial a las 8-16 horas, logrando el equilibrio a las 72 horas. Una vez aplicado, tiene duración de 3 días. Si se retira el parche hay liberación del medicamento durante 17 horas más.

- Ventaja: permite un adecuado control basal del dolor, mas no se recomienda en dolor agudo

### **Buprenorfina – Parche transdérmico**<sup>7</sup>

Opioide semisintético con un efecto analgésico inicial entre 12-24 horas. Una vez aplicado tiene duración de 3 días

- Ventajas: se puede usar en falla renal y se puede comprar sin receta cheque.

Si bien existen diversos medicamentos, se debe elegir un opioide de base y no usar combinaciones. Adicionalmente, siempre dejar algún fármaco de rescate.

## Efectos Adversos de estos medicamentos

Es importante que previo al inicio de los opioides se converse junto al paciente y su familia los posibles efectos adversos que pueden presentarse debido a estos fármacos. Existen algunos que son frecuentes, esperables y prevenibles con medicación profiláctica (Tabla 2), así como otros que pueden ser más severos y que son indicación de realizar modificaciones en el tratamiento (Tabla3).

Tabla 2: Efectos adversos esperables y prevenibles<sup>7,8</sup>

<b>Náuseas y vómitos</b>	40% de los pacientes (transitorio) Se puede utilizar profilaxis antiemética (Metoclopramida o Domperidona)
<b>Somnolencia</b>	Frecuente y generalmente leve (transitorio)
<b>Constipación</b>	Sensación de evacuación incompleta o heces más duras. Iniciar laxantes si se presenta.
<b>Xerostomía</b>	Se puede utilizar hidratación frecuente y bálsamos labiales

Fuente: Elaboración propia de las referencias citadas.

Tabla 3: Efectos adversos no esperables/intolerables<sup>8,9</sup>

<b>Delirium</b>	Buscar otras posibles causas. Se debe reducir la dosis de opioide o rotarlo.
<b>Somnolencia severa</b>	Infrecuente. Se deben reducir las dosis. Responde a naloxona.
<b>Mioclónías</b>	Movimientos repentinos rápidos, breves e involuntarios de uno o varios miembros. Se debe disminuir dosis de opioide o rotarlo.
<b>Depresión respiratoria</b>	Raro y nunca debería suceder si las dosis se administran adecuada y progresivamente. Responde a naloxona.

Fuente: Elaboración propia de las referencias citadas.

## Rotación de Opioides<sup>8</sup>

Corresponde al cambio de un opioide “A” por “B”. Esto se recomienda cuando se presentan efectos adversos intolerables, falta de control del dolor a pesar de aumento de las dosis (tolerancia), y cambios en la vía de administración por condición clínica del paciente (pérdida de ingesta oral en el transcurso de la enfermedad) o por disponibilidad de medicamento.

Para poder realizar una rotación de medicamentos opioides, es necesario conocer el concepto de **Dosis equianalgésica**<sup>8</sup>. Esto se refiere a la dosis en la cual dos opioides proveen aproximadamente el mismo efecto analgésico.

Se recomienda:

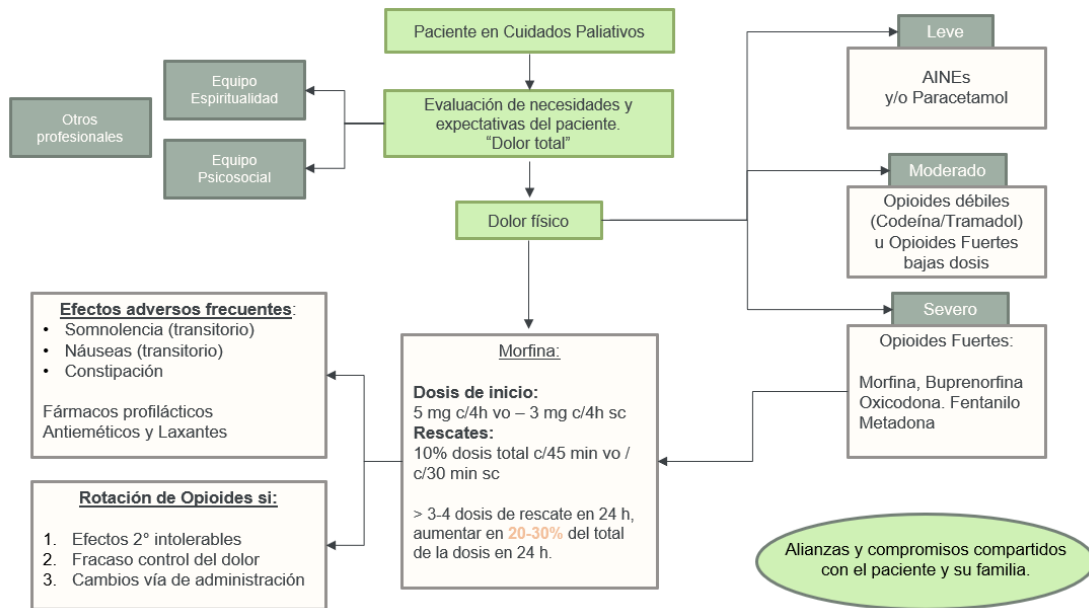
- Reducir la dosis equianalgésica entre un 25% y un 50%.

- Reducir menos si el dolor es intenso o más si es un paciente frágil o la conversión es grande.

### Conclusiones

- Los cuidados paliativos son una necesidad que ha ido aumentando en la población, siendo el manejo del dolor uno de sus pilares.
- El tratamiento debe ser guiado según la valoración global del paciente y de carácter individualizado, estableciendo alianzas y compromisos compartidos con el paciente y su familia, y planteando objetivos realistas, idealmente de forma precoz.
- Los opioides constituyen la piedra angular en el manejo del dolor moderado a severo y se debe aumentar la dosis hasta que el alivio del dolor sea adecuado o se produzcan efectos secundarios intolerables e inmanejables.
- La dosis "correcta" puede variar según cada paciente, la naturaleza del dolor y el contexto clínico.
- Cuando la vía oral no es posible para la administración de opioides, la vía subcutánea es preferible.
- 

Figura 3: Flujograma



Flujograma de manejo del dolor en pacientes en Cuidados Paliativos.  
Fuente: Elaboración propia.



## Referencias:

1. Who guidelines for the pharmacological and radiotherapeutic management of cancer pain in adults and adolescents. World Health Organization 2018.
2. Ministerio de Salud C. Política Nacional de Cáncer 2016 – 2025. Santiago; 2018.
3. Centeno C. Gómez M. Nabal M. Pascual A. Manual de Medicina Paliativa. Ediciones Universidad de Navarra, S.A (EUNSA). Primera edición. Septiembre 2009.
4. Abigail E. Franklin and Melanie R. Lovell. Pain and Pain Management. Textbook Palliative Care (2019).
5. García-Soler A; Sánchez-Iglesias i; Buiza C; Alaba J; Navarro AB; Arriola E; Zulaica A ; Vaca R; Hernández C. Adaptación y validación de la versión española de la escala de evaluación de dolor en personas con demencia avanzada: PAINAD-Sp. Rev. esp. geriatr. gerontol. (Ed. impr.) ; 49(1): 10-14, ene.-feb. 2014.
6. HUNTER GRONINGER, MD, Clinical Center, National Institutes of Health, Bethesda, Maryland JAYA VIJAYAN, MD, Holy Cross Hospital, Silver Spring, Maryland. Pharmacologic Management of Pain at the End of Life. American Academy of Family Physicians. 2014.
7. Bertolino M, Bunge S, Daud ML, De Simone G, Díaz N, Dulitzky S, D'Urbano E, Garrigue N, Jacob G, Jury G, Mammana G, Minatel M, Pérez M, Saurí A, Solmesky A, Tripodoro V, VegaF, Vidal M. Manual de cuidados paliativos para la atención primaria de la salud. - 1a ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Instituto Nacional del Cáncer, 2014.
8. D Pareja, O Leiva. Opioides en el manejo del dolor moderado a severo en pacientes con cáncer. Programa de Medicina Paliativa. Pontificia Universidad Católica de Chile. 2021.
9. Uso de Opioides en tratamiento del DOLOR. Manual para Latinoamérica. Primera Edición 2011.