

Tema 18
DOLOR CRÓNICO MALIGNO.
SISTEMATIZACIÓN ANTIALGÍCA EN EL PACIENTE ONCOLÓGICO.
LA UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS DOMICILIARIA Y HOSPITALARIA

1. ESCALA ANALGÉSICA DEL DOLOR ONCOLÓGICO

El dolor oncológico es aquél atribuible al cáncer o secuela del tratamiento utilizado para combatir la enfermedad tumoral. En términos generales 1/3 de los pacientes con cáncer refiere como síntoma el dolor. En el caso de tumores no diseminados esta sintomatología se recoge en menos del 15% de los pacientes afectos, pero llega a describirse en el 60-90% de los que tienen tumores avanzados o metastáticos. Para el tratamiento propiamente farmacológico del dolor, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el *Cancer and Palliative Care Unit* han publicado un programa de alivio del dolor y una guía de actuación que han sido aceptadas de forma general. Existe un consenso internacional para dividir en tres escalones las fases del tratamiento del dolor oncológico, dependiendo de la intensidad del dolor y los fármacos analgésicos empleados (AINEs/Opioides menores-intermedios/Opioides mayores) asociados en cualquier escalón a fármacos coadyuvantes (ATD, ACV, NRL, corticoides) y medicación asociada (hipnóticos, ansiolíticos, laxantes, antiulcerosos, etc). Con ello se obtiene un 70-80% de éxito en el control del dolor. El éxito se sustenta en conocer perfectamente los efectos y dosificación de no más de 9 ó 10 fármacos, y en ir pasando progresivamente de un escalón más bajo a otro superior, según las necesidades analgésicas o la evolución del dolor. Se debe tener en cuenta, además, que en casos de dolor muy intenso se puede empezar por un escalón superior, o bien ascender rápidamente en la intensidad de los analgésicos hasta controlar completamente el síntoma.

2. UTILIZACIÓN DE OPIOÍDES POR VÍA ORAL

Los fármacos opioides administrados por vía oral son los compuestos de elección en el control del dolor crónico maligno o canceroso. Existe una estrategia terapéutica consistente en la administración progresiva de estos compuestos comenzando con los opioides menores y terminando con los mayores a medida que desarrollan efectos adversos severos y/o el dolor se torna incontrolable.

- Dolor moderado:

1. Comenzar el tratamiento con codeína (1 comprimido de 30 mg cada 4 horas) o dihidrocodeína de liberación retardada (un comprimido de 60 mg cada 12 horas).
2. Otra alternativa consiste en utilizar compuestos de acción intermedia tramadol y buprenorfina. La dosis habitual de comienzo es de un comprimido de 50 mg de tramadol oral o de 0,2 mg de buprenorfina sublingual cada 6-8 horas. Existen preparados de tramadol de absorción retardada que facilitan la posología y un preparado de presentación en solución oral.

- dolor intenso:

1. Cuando dolor incrementa y/o se ha alcanzado el techo terapéutico de los compuestos anteriores, se establece el tratamiento con morfina u oxycodona oral, quedando la metadona como fármaco de segunda elección por su facilidad de acumulación en tratamientos crónicos.
2. El tratamiento con morfina oral se suele iniciar con morfina de liberación normal (MLN) 4 horas o morfina de liberación retardada (MLR) cada 12 horas (aunque puede utilizarse cada 8 horas si la demanda analgésica lo requiere). Con ambos compuestos la cantidad total diaria de morfina es la misma, la única diferencia es que se fracciona de diferente forma: seis administraciones para MLN y dos/tres administraciones para MLR.
3. La dosis de inicio dependerá del tratamiento analgésico previo seguido por el paciente. Para su cálculo puede utilizarse:

- Método aproximado:

- a) Tratamiento previo: analgésicos no opioides. Sustituir por 5 mg de MLN cada 4 horas o 10-20 mg de MLR cada 12 horas. (30 mg morfina/día)
- b) Tratamiento previo: analgésicos no opioides + opioides menores. Sustituir por 10 mg de MLN cada 4 horas o 30 mg de MLR cada 12 horas (60 mg morfina/día)
- c) Tratamiento previo: analgésicos no opioides + opioides intermedios. Sustituir por 15 mg de MLN cada 4 horas o 30 mg de MLR cada 8 horas (90 mg morfina/día)

- Método basado en la potencia equianalgésica de los opioides. Con este método es preciso transformar la cantidad diaria del opioide utilizado hasta el momento en mg de morfina (por ejemplo para transformar morfina en oxycodona)
- Esta dosis inicial deberá ser disminuida en un 30-40% si el paciente padece enfermedad hepática o renal grave, hipotiroidismo o edad avanzada.
- La prescripción se realizará mediante pauta horaria establecida.

Independientemente del compuesto opioide utilizado, es preciso seguir unas indicaciones básicas en el tratamiento que permitirá optimizar los resultados analgésicos y minimizar los efectos adversos:

- Se realizará un estrecho control del paciente, evaluando su estado a las 36-48 horas de iniciado el tratamiento al objeto de valorar el efecto analgésico y la aparición de efectos adversos. Si el paciente presenta aún dolor, se realizará un incremento del 50% en la dosis diaria total que se puede repetir cada 24-48 horas hasta el control completo del dolor.
- El paciente deberá respetar escrupulosamente la dosis y la pauta horaria. En caso de que tenga un incremento súbito y transitorio del dolor (dolor irruptivo) puede ser de gran ayuda ofrecer la opción al enfermo de utilizar un analgésico complementario a demanda (analgésico de rescate) mientras dure este episodio. Este método permitirá que el paciente no altere el régimen posológico. Entre los fármacos que se utilizan con esta finalidad se incluyen:
 - a) Ketorolaco im
 - b) Fentanilo transmucoso (Actiq 200 µg)
- Además se suministrarán al paciente recomendaciones escritas sobre su tratamiento. Durante el tratamiento es preciso realizar un control de los efectos adversos que desafortunadamente aparecen en la practica totalidad de los pacientes:
 - Estreñimiento: Es muy frecuente y puede por si solo ser causa de aumento del dolor (por ejemplo la maniobra de la defecación en un paciente con metástasis vertebrales), por lo que es preciso establecer medidas terapéuticas específicas como son dieta rica en fibra y la administración de laxantes tipo lactulosa (Duphalac®) o senosidos (pursenid®).
 - Náuseas y vómitos: administrar antieméticos como haloperidol, metoclopramida (primperan®) u ondasetrona (zofran®).
 - Prurito: administrar antihistamínicos H-1, aunque son poco eficaces.
 - Otros efectos son molestos como la diaforesis profusa o la sequedad de boca que puede combatirse mediante medidas locales (chupar trozos de hielo, caramelos, etc.)
 - Somnolencia excesiva: frecuente y normal durante las primeras 48 horas, después tiende a disminuir. Si persiste puede indicar dosificación excesiva.
 - Confusión o alucinaciones, especialmente en ancianos que requiere la disminución de la dosis y/o tratamiento con antipsicóticos (como por ejemplo haloperidol)
 - La retención urinaria es un problema frecuente y en algunos casos puede requerir incluso sondaje permanente.
 - La depresión respiratoria grave por opioides es excepcional cuando se utiliza la vía oral. No obstante se recomienda la vigilancia de pacientes especialmente predispuestos (EPOC grave) y evitar administrar otros depresores respiratorios (por ejemplo benzodiazepinas) a estos pacientes.
 - Evitar la supresión brusca de la medicación. La retirada gradual minimizará el riesgo de un síndrome de abstinencia.
 - En algunos pacientes concretos se produce una verdadera intolerancia a la morfina, lo que obliga a su sustitución por otro opioide (generalmente oxycodona o metadona) u otro método analgésico alternativo. La intolerancia, incluso a dosis relativamente bajas del compuesto, se manifiesta en forma de molestias digestivas (náuseas, vómitos continuos), intenso prurito, alteración del comportamiento (disforia y alucinaciones) o sedación excesiva.
- Evitar asociaciones no controladas con otros compuestos (especialmente IMAOs). En pacientes concretos puede estar indicada la administración simultánea de opioides con neuroléptico o antidepresivos por las características del dolor y/o para disminuir la dosis de opioides.

2. UTILIZACIÓN DE OPIOIDES POR VÍA TRANSDÉRMICA:

La utilización de opioides por vía transdérmica ha sufrido un importante auge en la última década hasta el punto que muchos autores aconsejan que la vía transdérmica sustituya a la vía oral en el comienzo de la terapia con opioides del dolor neoplásico.

Para la vía transdérmica se utilizan opioides altamente liposolubles que garantiza una buena penetración del producto a través del estrato córneo queratinizado. En la actualidad existen dos compuestos:

- Buprenorfina transdérmica (Transtec®) parche libera buprenorfina a 35, 52, 70 µg/h.
- Fentanilo transdérmica (Durogesic®) parche libera fentanilo a 25, 50 y 100 µg/h.

Se suele comenzar con el compuesto de menor dosis y su efecto dura 72 h. En caso de que el paciente esté previamente en tratamiento con un opioide mayor (morfina u oxycodona) y se quiera sustituir por un parche de fentanilo o buprenorfina existen tablas de equivalencia entre la dosis oral y dérmica.

Para el tratamiento del dolor irruptivo y de los efectos adversos se tienen las mismas consideraciones que en el caso anterior.

3. UTILIZACIÓN DE OPIOÍDES POR VÍA PARENTERAL

La utilización de opioides por vía parenteral está indicada básicamente en dos circunstancias:

- Control del dolor agudo de etiología conocida cuando el dolor es difícilmente controlable con analgésicos no opioides (como por ejemplo, el dolor postoperatorio, infarto de miocardio, etc.). Ver tema 21.
- Control del dolor crónico canceroso cuando no está disponible la vía oral o transdérmica o bien el paciente se encuentra en estado terminal.

Para el cálculo de dosis/día de morfina parenteral es preciso tener en cuenta la equivalencia entre la morfina oral/parenteral que es:

- Si el paciente ha sido tratado con morfina oral de forma reglada (pauta horaria) y durante largo tiempo, la equivalencia es 3:1, es decir, por cada 3 mg de morfina oral que tome el paciente se administra 1 mg de morfina parenteral. De esta forma, un paciente en tratamiento correcto con 200 mg/día de morfina de liberación retardada necesitaría $200/3=$ aproximadamente 65 mg/día de morfina parenteral repartida en 6 inyecciones (cada 4 horas) de 10 mg cada una.
- Si, por el contrario, el paciente ha tenido un tratamiento intermitente o esporádico, la equivalencia es de 6:1

Con la vía parenteral es preciso tener las mismas consideraciones que con la vía oral aunque la posibilidad de depresión respiratoria con la vía parenteral es mayor.

4. UTILIZACIÓN DE OPIDES POR VÍA ESPINAL

La duración del efecto analgésico de los opioides por vía espinal (tanto epidural como intradural) es muy superior por esta vía en comparación con la conseguida por la administración oral, transdérmica, intramuscular o intravenosa. Esta vía de utilización tiene dos indicaciones básicas: la analgesia postoperatoria (ver tema 21) y el alivio del dolor crónico secundario a cáncer.

- Vía epidural:

La infusión epidural de opiáceos se puede realizar de una forma continua mediante una bomba externa o mediante la inyección de bolos. Por esta vía se consigue un efecto analgésico más intenso, de mayor duración y mayor calidad que la conseguida por otra vía. Así mismo, los efectos adversos son también menores.

Está especialmente indicado en:

- Enfermos con cáncer que no obtienen alivio con medicación convencional,
- Que precisan altas dosis de opioides por otras vías (oral, parenteral).
- Los que desarrollan efectos secundarios exagerados con opioides por vía oral o parenteral o presentan claros signos de intolerancia.

El compuesto más indicado es el cloruro o sulfato de morfina sin conservante. Las dosis a administrar son variables, así, un enfermo que no ha consumido opioides previamente puede obtener una analgesia excelente con 3-4 mg al día de morfina epidural.

- Vía intradural

Se utiliza exclusivamente para el tratamiento del dolor neoplásico. El método consiste en la colocación de un microcatéter intradural unido a un reservorio subcostal al que se conecta una bomba de infusión externa.

En este caso el opioide entra en contacto directamente con el LCR por lo que la dosis requerida es mucho menor que con la vía epidural (0.25 a 0.5 mg de morfina/día).

5. UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS

En 1967 se abrió en Londres el *Saint Christopher Hospice*. La principal impulsora del proyecto fue Cicely Saunders, una médica que había sido enfermera durante la Segunda Guerra Mundial. La palabra *Hospice* dice mucho de la historia y el carácter de los cuidados paliativos. *Hospice* es una palabra que, en inglés, está a mitad de camino entre home (hogar) y hospital (hospital). Eso reflejaba perfectamente lo que Cicely Saunders quería conseguir del Saint Christopher: un lugar para los enfermos y sus familias que contara con la capacidad científica de un hospital y el ambiente cálido de un hogar. En 1977 nace la denominada "Medicina Paliativa", que viene a sustituir a cuidados tipo HOSPICE. En España, el primer hospital que se incorpora a esta modalidad de asistencia clínica es la Sección de Oncología Médica del Hospital Universitario Valdecilla de Santander en 1984.

Los Cuidados Paliativos, o cuidados tipo Hospice como se denominaron en muchos países anglosajones en sus orígenes, son un tipo especial de cuidados diseñados para proporcionar bienestar o confort y soporte a los pacientes y sus familias en las fases finales de una enfermedad terminal. En este tipo de situación se asocian problemas de índole cultural, familiar, religioso/moral e incluso legal. El principal objetivo es conseguir el bienestar del paciente con los menores efectos secundarios posibles originados por la analgesia utilizada. Exige la máxima compenetración entre el paciente, la familia y su médico.

Los Cuidados Paliativos procuran conseguir que los pacientes dispongan de los días que les resten conscientes y libres de dolor, con los síntomas bajo control, de tal modo que los últimos días puedan discurrir con dignidad, en su casa o en un lugar lo más parecido posible, rodeados de la gente que les quiere.

Los Cuidados Paliativos ni aceleran ni detienen el proceso de morir. No prolongan la vida y tampoco aceleran la muerte. Solamente intentan estar presentes y aportar los conocimientos especializados de cuidados médicos y psicológicos, y el soporte emocional y espiritual durante la fase terminal en un entorno que incluye el hogar, la familia y los amigos.