



## La atención al paciente con Dolor Oncológico

**Dra. María José Piñero Acín**  
*Medico de Familia – C.S. Los Rosales, Madrid*

# El dolor oncológico

- 📡 El dolor óseo **es el más frecuente**, seguido del dolor de víscera hueca y, en último término, el de origen neurológico.
- 📡 El **cáncer de mama y próstata son los que más se relacionan con dolor** (60-80% de las estadísticas oncológicas relacionadas con el dolor).
- 📡 En la mayoría de las ocasiones el dolor tiene **múltiples fuentes de origen**:
  - ❖ El 80% de los pacientes refiere dos dolores de distintas características.
  - ❖ El 34% hasta tres dolores.
- 📡 La localización más frecuente del dolor oncológico es la **región posterior** (columna dorsal, lumbar, sacro, cóccix), en el 36% de los casos.

# Dolor en paciente oncológico

📶 Dolor **moderado-severo** es referido por:

- ❖ 30% a 40% de pacientes en el momento del diagnóstico.
- ❖ 60% a 100% de pacientes con cáncer avanzado.

📶 Dificultades en **evaluación del dolor**:

- ❖ Dolor es subjetivo.
- ❖ Algunos pacientes ocultan que tienen dolor.
- ❖ Los pacientes describen el dolor de formas muy diferentes.
- ❖ Los ancianos pueden no ser capaces de comunicar que tienen dolor adecuadamente.

# Prevalencia

30-40%

❖ En el momento del diagnóstico

50-60%

❖ Pacientes recibiendo tratamiento

70-90%

❖ Fases avanzadas

25-40%

❖ Pacientes que sobreviven al cáncer

40%

❖ Abandonan el tratamiento en la primera semana

# Causas del dolor oncológico I

## 📶 Relacionadas con **cáncer**:

- ❖ Dolor relacionado directamente con el tumor.
- ❖ Compresión o infiltración de órganos, tejidos blandos, huesos o nervios.
- ❖ En 40%-80% de los pacientes oncológicos.

## 📶 Relacionado con **terapia**:

- ❖ Dolor relacionado con el tratamiento antitumoral.
- ❖ P.e.: dolor crónico en herida quirúrgica o mucositis postradioterapia.
- ❖ En 15%-20% de pacientes oncológicos.

# Causas del dolor oncológico II

## ☺ Relacionadas con **cáncer**:

- ❖ Dolor indirectamente relacionado con cáncer.
- ❖ P.e.: dolor lumbar tras largos periodos encamados, úlceras de decúbito.
- ❖ En 10%-25% de pacientes oncológicos.

## ☺ Relacionado con **terapia**:

- ❖ Dolor causado por otros procesos intercurrentes.
- ❖ En 3%-10% de pacientes oncológicos.

# El dolor oncológico: **incidental e irruptivo.**

- 📶 **Transitorio y más intenso que el basal.**
  - ❖ **65% de los pacientes oncológicos.**
  - ❖ **Suele ser más difícil de controlar que el dolor basal.**
- 📶 **Requiere una mayor dosificación analgésica mayor riesgo de efectos secundarios.**
- 📶 **Fármaco de rescate.**

# El dolor oncológico: dolor refractario.

- ❏ **Ausencia de control** analgésico **con opioides potentes** a una dosis suficiente que provoque efectos secundarios -intolerables a pesar de las mejores medidas para controlarlos.
- ❏ **Tres situaciones:**
  - ❖ **Dolor controlado pero con efectos adversos intolerables de los opioides.**
  - ❖ **Dolor no controlado con imposibilidad de aumento de dosis de opioides debida a la aparición de efectos adversos intolerables de los opioides.**
  - ❖ **Dolor no controlado en rápida titulación de dosis de opioides sin efectos adversos relevantes.**
- ❏ **Factores clínicos predictivos:**
  - ❖ **El dolor incidental.**
  - ❖ **El desarrollo de tolerancia opioide rápida.**
  - ❖ **Adicción al alcohol u otras drogas.**
  - ❖ **El sufrimiento emocional intenso.**
  - ❖ **El fallo cognitivo.**

# ¿Qué significa el dolor para los pacientes?

- ❏ **Mal pronóstico a corto plazo:**
  - ❖ Especialmente cuando el dolor empeora.
- ❏ **Disminución de la autonomía:**
  - ❖ Empeoramiento de la función física y social.
- ❏ **Disminución del bienestar y la calidad de vida.**
- ❏ **Desafío a la dignidad.**
- ❏ **Amenaza del incremento del sufrimiento físico.**



# Manejo de la enfermedad crónica



# Radioterapia

- ❏ Radiación **destruye las células o sus componentes vitales (ADN)** las células mueren o pierden su capacidad de dividirse.
- ❏ Radiación es más efectiva en **células activas o que se dividen rápidamente.**
- ❏ La radiación causa un **daño mínimo** cuando el tumor está localizado, fácilmente accesible y localizado lejos de otros órganos importantes.
- ❏ La radiación habitualmente se administra en dosis fraccionadas para que las células sanas puedan recuperarse.
- ❏ La radiación puede con frecuencia **aliviar el dolor causado por metástasis óseas.**

# Radioterapia: riesgos y efectos adversos

- 📶 **Fatiga.** Habitualmente aumenta durante el curso del tratamiento.
- 📶 **Náuseas y vómitos.** Especialmente si se trata el abdomen superior o áreas muy extensas.
- 📶 **Depresión leve.**
- 📶 **Pérdida de pelo.** Si se radia la cabeza.
- 📶 **Disfagia, taquipnea.** Si se radia el tórax.
- 📶 **Mielosupresión.** Reducción de células sanguíneas.
- 📶 **Mucositis.** Necesidad de analgesia.
- 📶 **Ocasionalmente se pueden inducir tumores malignos.**

# Quimioterapia

- 📡 **Agentes químicos** se usan para parar la multiplicación del ADN.
  - ❖ Destruyen el material genético de la célula cancerígena (citotóxico) o previenen mitosis (citostático).
- 📡 La quimioterapia se puede administrar por vía **intravenosa** o por vía **oral**. Normalmente se dan combinaciones de fármacos.
- 📡 **Adyuvante, neoadyuvante y uso paliativo.**
- 📡 Usado en cáncer que ha metastatizado, es inoperable u ocurre en múltiples sitios.
- 📡 Para algunos tumores la quimioterapia es el **tratamiento primario** (enfermedad de Hodgkin, leucemia, y otros).

# Quimioterapia: riesgos y efectos adversos

## ☺ Daño en el crecimiento de células normales

### ❖ Médula

- ✓ Anemia fatiga, debilidad.
- ✓ Inmunosupresion infecciones, fiebre, mucositis, estomatitis.
- ✓ Sangrado (< plaquetas).

### ❖ Tracto digestivo

- ✓ Náuseas y vómitos.
- ✓ Estreñimiento.

### ❖ Folículos pilosos

- ✓ Caída de cabello.

## ☺ Cambios en ánimo

- ❖ Depresión, ansiedad, confusión, agitación, enojados.

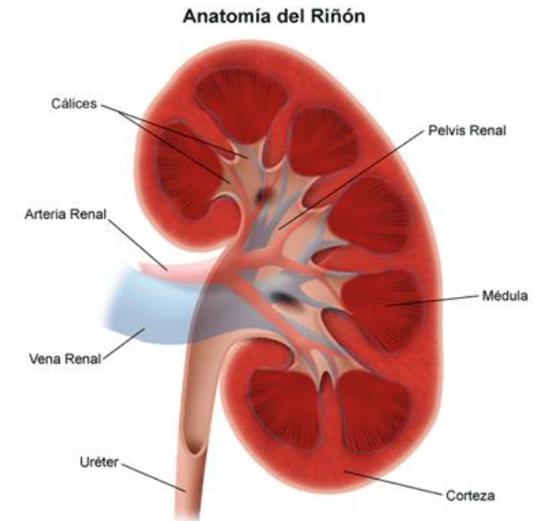
## ☺ Toxicidad pulmonar, cardiaca, renal , sistema nervioso y hepática.

# Toxicidad Renal

## ☺ Toxicidad renal por quimioterapia:

❖ Sales de platino, metrotexate, ifosfamida, nitrosureas.

- El fármaco que se asocia principalmente a la insuficiencia renal aguda es el cisplatino.
- Cerca del 35% de los pacientes desarrollan una insuficiencia renal leve y reversible tras el primer ciclo de quimioterapia con cisplatino.



# Otros tratamientos curativos

## 📶 **Terapia endocrina:**

- ❖ **Existen tumores hormono-dependientes (por ejemplo mama, próstata)**
- ❖ **La terapia hormonal se usa para retrasar la recurrencia:**
  - ✓ **Hormonas pueden afectar el crecimiento del tumor al alterar el balance hormonal (andrógenos, estrógenos, progesterona y esteroides).**
  - ✓ **Antihormonas interfieren con la unión entre la hormona y su receptor.**
  - ✓ **Extirpación quirúrgica de tejidos productores de hormonas.**

## 📶 **Terapia biológica:**

- ❖ **Utilizan el sistema inmune para luchar contra el cáncer.**
- ❖ **Agentes biológicos se utilizan para reparar estimular o aumentar las respuestas del sistema inmune.**

# Tratamiento de náuseas y vómitos: **antieméticos**

📶 **En pacientes oncológicos, múltiples causas:**

- ❖ **Tratamientos (RT, QT).**
- ❖ **Fármacos asociados (opioides).**
- ❖ **Trastornos electrolíticos.**
- ❖ **Invasión digestiva, hepática o cerebral del tumor.**
- ❖ **Infecciones.**
- ❖ **Ansiedad...**

📶 **Control por el centro emético (del vómito) del cerebro, que puede estimularse mediante señales nerviosas procedentes del intestino, de los centros corticales superiores del cerebro o del vestíbulo del oído interno.**

# Antieméticos

- ❏ **Antagonistas de los receptores serotoninérgicos:** A dosis equivalentes tienen idéntica eficacia y seguridad, y pueden ser empleados indistintamente *ondansetrón, granisetrón, palonosetrón.*

**Zofran**<sup>®</sup>  
ondansetrón HCl  
Inyección/Tablets/Oral Solution



**KYTRIL**  
granisetron HCl

**YATROX** INYECTABLE 4 mg.  
ONDANSETRON  
Amplifis Via Intravenosa



- ❏ **Antagonistas de los receptores de dopamina:** actúan en la zona desencadenante quimiorreceptora. Siendo los más empleados:

- ❖ **Fenotiacinas:** clorpromacina, tietilperazina.
- ❖ **Butirofenonas:** haloperidol.
- ❖ **Benzamidas:** metoclopramida.

**PRIMPERAN** Compresión  
Metoclopramida

**Torecán**  
Sandoz  
Ticloperazina (DC) 6.5 mg  
grageas  
Via oral



**Largactil 100**  
Clorpromacina  
Via oral

# Antieméticos

- 📡 **Corticoesteroides:** En combinación con otros fármacos antieméticos, además producen una sensación subjetiva de bienestar en los pacientes. *Dexametasona.*
- 📡 **Antagonistas de la sustancia P:** Nuevos fármacos de utilidad frente a los quimioterápicos más emetógenos, mayor efectividad en el control de las náuseas y vómitos diferidos. *Aprepitant.*
- 📡 **Benzodiacepinas:** No tienen actividad antiemética intrínseca, útiles en combinación y especialmente como prevención en las náuseas anticipatorias.

# Estrategia del tratamiento del dolor

## 📡 **Objetivo:**

- ❖ **Control del dolor con los medios menos tóxicos y traumáticos posibles, de fácil empleo y bajo coste.**

## 📡 **Normas:**

- ❖ **Tratamiento multimodal, progresivo, marcando objetivos y considerando condiciones del paciente y entorno.**

## 📡 **Etapas:**

- ❖ **Control del dolor nocturno (aumento de las horas de sueño) → Aumento de las horas libres de dolor estático → Aumento de las horas libres de dolor incidente con deambulación autónoma.**

## 📡 **Dosificación, vías adecuadas y profilaxis :**

- ❖ **Titulación e intervalos (mano que da opiáceo mano que da laxante).**

## 📡 **Criterios de dolor controlado:**

- ❖ **EVA < 3 en reposo**
- ❖ **Dosis de rescate  $\leq 3$  /24 horas, sueño conservado y aumento de la movilidad.**

# Terapia adyuvante

## Corticoides:

- ❖ Múltiples efectos a nivel celular.
- ❖ Rápida reducción de edema en inhibición de inflamación.

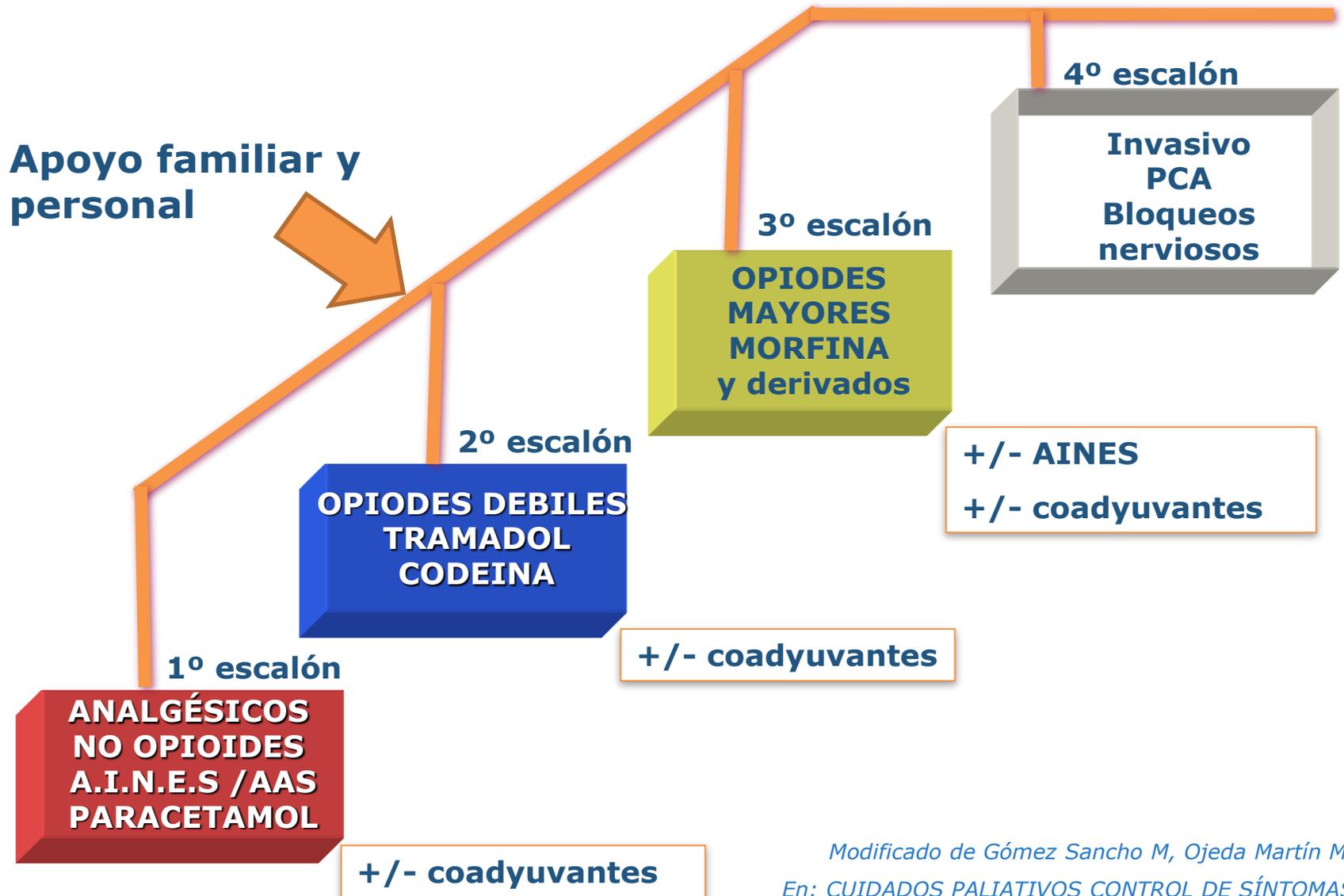
## Anticonvulsivantes:

- ❖ Estabilización bloqueando los canales de Na y K.
- ❖ Para aliviar el dolor neuropático relacionado con cáncer particularmente el lancinante o punzante.

## Bifosfonatos:

- ❖ Inhibición de absorción ósea → efecto analgésico.

# Escalera de la O.M.S



Modificado de Gómez Sancho M, Ojeda Martín M.  
En: CUIDADOS PALIATIVOS CONTROL DE SÍNTOMAS

# Método escalonado de la OMS

📡 Método eficaz para mitigar el dolor por el cáncer en alrededor del 90% de los pacientes.

📡 Síntesis:

- ❖ “Por **vía oral**”.
- ❖ “A la **hora exacta**”.
- ❖ “En forma **escalonada**”.
- ❖ “Para cada persona, el caso **individual**”.
- ❖ “En **forma detallada**”.

📡 Puntos clave:

- ❖ Al aparecer el dolor se administran AINEs, asociado o no adyuvantes.
- ❖ Cuando no son suficientes, se instalan opioides menores, y/o AINEs y/o adyuvantes.
- ❖ Siguiendo el siguiente paso opioides mayores y/o AINEs y/o adyuvantes.

# Analgésicos opioides mayores

## Dolor de fuerte intensidad:

- ❖ **Morfina.**
- ❖ **Meperidina o petidina.**
- ❖ **Fentanilo.**
- ❖ **Remifentanilo.**
- ❖ **Metadona.**

# Analgésicos opioides mayores

## **Morfina:**

- ❖ **EL PROTOTIPO.**
- ❖ **Alcaloide natural más abundante que se obtiene del opio.**
- ❖ **Eficaz, hidrosoluble.**
- ❖ **Biodisponibilidad oral del 20-30%, vida media plasmática 2-3 h.**
- ❖ **Por vía oral:**
  - ✓ **La concentración máxima se alcanza en 1 h.**
  - ✓ **Decae durante las 2-3 h siguientes.**
- ❖ **Comp. Retard:**
  - ✓ **Nivel máximo 3-6 h y se mantienen durante 8-12 h.**
- ❖ **Se acumula en insuficiencia renal.**

# Analgésicos opioides mayores

## Meperidina o petidina:

- ❖ Opioide sintético utilizado en **dolor agudo**.
- ❖ Potencia **10 veces menor a la morfina**.
- ❖ Duración de efecto menor a la morfina.
- ❖ Dosis por vía **parenteral**: 75-100 mg.
- ❖ Precaución en insuficiencia renal.
- ❖ Metabolito: norpetidina (convulsivante).

# Analgésicos opioides mayores

## **Fentanilo:**

- ❖ **Opioide sintético muy potente, de comienzo de acción rápido y vida media corta.**
- ❖ **Parches: ideales para analgesia potente ambulatoria en pacientes que no toleran v.o. Empiezan a las 12 h. y duran 3 días.**
- ❖ **Liberan de forma continua 12-100 mg/h.**
- ❖ **También en presentación nasal y bucal.**
- ❖ **Precauciones: I. Renal y Hepática. Gran variabilidad.**

# Analgésicos opioides mayores

## **Metadona:**

- ❖ **Opioide sintético de vida media larga.**
- ❖ **Potencia similar a la morfina.**
- ❖ **Buena biodisponibilidad por vía oral.**
- ❖ **Muy utilizado en tratamiento de mantenimiento de heroínómanos.**
- ❖ **Puede ser útil en pacientes que toleran mal la morfina.**
- ❖ **Precaución: Se acumula de forma muy variable.**

# Analgésicos opioides menores

📶 **Dolor leve o moderado, antitusígenos.**

- ❖ **Codeína.**
- ❖ **Dihidrocodeína.**
- ❖ **Dextropropoxifeno.**
- ❖ **Tramadol.**

# Analgésicos opioides menores

## 📶 Combinaciones:

- ❖ Paracetamol + codeína.
- ❖ AAS + codeína.
- ❖ Paracetamol + tramadol.

## 📶 Liberación sostenida (Retard).

# Analgésicos opioides menores

## Codeína:

- ❖ **Derivado metílico de la morfina.**
- ❖ **Analgésico, antitusígeno, antigripales.**
- ❖ **Dosis equipotente: 200 mg vía oral.**
  - ✓ **Analgésica: 30-180 mg /4 h.**
  - ✓ **Antitusígena: 15 mg /4-6 h.**
- ❖ **Precaución: náuseas, estreñimiento, mareo. Potencia efecto del alcohol y otros sedantes.**

# Analgésicos opioides menores

## Tramadol:

- ❖ Mezcla racémica, profármaco, metabolitos activos.
- ❖ Componente analgésico de inhibidor de la recaptación de norepinefrina (IRN) e inhibidor de recaptación de serotonina (IRS).
- ❖ Eficacia intermedia entre la codeína y la morfina.
- ❖ Dosis equipotente 120 mg vía oral.
  - ✓ Analgésica: 50-100 mg /4 h.
  - ✓ Máxima: 400 mg diarios.
- ❖ Menos depresión respiratoria y menos estreñimiento, pero sí náuseas, mareo, sedación.

# Agonistas parciales

## **Buprenorfina:**

- ❖ **Escasa disponibilidad por vía oral por elevado efecto de primer paso hepático.**
- ❖ **Los parches de 35, 52,5 y 70 mcg/h contienen en su matriz 20, 30 y 40 mg de buprenorfina.**
- ❖ **Efecto durante 72 horas. Las dosis plasmáticas se estabilizan a las 12-24 h.**
- ❖ **Las dosis diarias liberadas son de 0,8, 1,2 y 1,6 mg de buprenorfina.**

# Analgésicos opioides: reacciones adversas

## 📶 Estreñimiento:

- ❖ La más frecuente: se debe prevenir de forma sistemática en tratamientos prolongados.
- ❖ Inicialmente con laxantes.
- ❖ Si es muy rebelde: naloxona por vía oral.

## 📶 Náuseas y vómitos:

- ❖ En las primeras tomas hasta un 40%.
- ❖ Procinéticos o antivertiginoso/antihistamínico.
- ❖ Antieméticos.

# Opioides: reacciones adversas

📶 **Sedación-deterioro cognitivo.**

📶 **Depresión respiratoria:**

- ❖ **No suele ocurrir si se dosifica bien.**
- ❖ **Aparece con más frecuencia por vía IV.**
- ❖ **Suele aparecer acompañada de otros síntomas de depresión del SNC.**
- ❖ **Antídoto: naloxona (reservar).**

# Opioides: reacciones adversas

## Dependencia física y adicción:

- ❖ **Dependencia física: síndrome de abstinencia cuando se interrumpe o se disminuye la dosificación de un opioide administrado de forma prolongada.**
- ❖ **Evitar la suspensión o disminución brusca.**
- ❖ **Adicción: conducta compulsiva de búsqueda de nuevas dosis.**

# Opioides: reacciones adversas

## Otras:

📶 **Mioclónías:** depende de la dosis.

- ❖ Si no se puede disminuir la dosis y molestan: cambiar de opioide o añadir benzodiacepina.

📶 **Retención urinaria:** infrecuente.

- ❖ Aumenta el tono del esfínter vesical. Sonda.

📶 **Prurito y disestesias:**

- ❖ Más en administración epidural o intratecal.
- ❖ Naloxona o antihistamínicos.

# Tapentadol

- 📡 **Mecanismo de acción dual: agonismo  $\mu$  e inhibición de la recaptación de la noradrenalina en una sola molécula.**
  - ❖ **Actividad analgésica sobre vía ascendente y vía descendente del dolor, implicadas en la transmisión del dolor nociceptivo y neuropático.**
  - ❖ **Sinergia MOR-NRI: menor incidencia de efectos adversos asociados a los agonistas opioides  $\mu$  que los opioides clásicos (efecto “ $\mu$ -ahorrador”).**
- 📡 **No es un profármaco: tiene actividad analgésica por sí mismo.**
  - ❖ **Ventaja a la hora del cálculo de dosis o la duración del efecto.**

# Antidepresivos

- ❏ **El grupo más utilizado.**
- ❏ **Acción analgésica independiente de su efecto antidepresivo.**
- ❏ **Mecanismo de acción: Alteración de la recaptación de serotonina y noradrenalina.**
- ❏ **Efecto a largo plazo.**

# Antidepresivos

- ❏ **Analgésicos de acción central**, afectan transmisión del dolor en SNC.
  - ❖ **Antidepresivos tricíclicos** (ADT: amitriptilina, nortriptilina, doxepina).
  - ❖ **Inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina** (IRSN: duloxetina, venlafaxina, nefazodona).
  - ❖ **Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina 5-HT** (ISRS: escitalopram, citalopram, fluoxetina, paroxetina, sertralina, fluvoxamina).
- ❏ **Terapia de referencia durante más de dos décadas.**
- ❏ **Los ADT, en particular amitriptilina, suelen utilizarse para el tratamiento del dolor neuropático, a pesar de no haber sido aprobados para esta indicación por la EMEA.**

# Corticoides

- 📶 **Potentes antiinflamatorios.**
- 📶 **Indicados cuando la inflamación sea la causa del dolor o contribuya a su mantenimiento.**
- 📶 **¿Efecto analgésico intrínseco?**
- 📶 **Administración local.**
  - ❖ **Infiltración articular.**
  - ❖ **De forma tópica en el herpes zóster.**
  - ❖ **Por vía epidural.**

## Indicaciones específicas

Hipercalcemia  
Neuropatía carcinomatosa  
Compresión medular  
Síndrome de vena cava superior  
Obstrucción vía respiratoria  
Linfangitis carcinomatosa  
Hemoptisis  
Derrame pleural tumoral  
Edema post-radioterapia

## Utilización como coanalgésico

Aumento de presión intracraneal  
Tumores de cara, cuello, pelvis  
Hepatomegalia  
Compresión medular y neural  
Metástasis óseas

## Otros usos

Mejora del apetito  
Mejora del ánimo  
Aumento de peso  
Reduce la fiebre y diaforesis

# Consideraciones finales

- 📡 **Al iniciar el uso de fármacos de acción sostenida (intervalos de 12 ó 72 horas) considerar que durante las primeras horas puede necesitarse el *uso simultáneo* de analgésicos de acción corta.**
- 📡 **El mismo principio se usa para aumentar dosis de analgésicos de acción retardada. En realidad el analgésico de acción sostenida solo debería usarse tras encontrar la dosis adecuada de analgésicos titulando con analgésicos de acción corta.**
- 📡 **Conocer las reacciones adversas y prevenirlas.**
- 📡 **Adaptar la vía de administración y la presentación a las particularidades del paciente y de su tratamiento, (respetar la individualidad).**

# Consideraciones finales

- ❏ **La medicina paliativa es el tratamiento de pacientes con enfermedades avanzadas, incurables, progresivas con expectativa de vida limitada.**
- ❏ **Objetivos:**
  - ❖ **Aliviar síntomas físicos y emocionales en lo posible en la fase final de la vida.**
  - ❖ **Acompañar pacientes y familiares.**
  - ❖ **Centrarse en el alivio de síntomas y en el mantenimiento de la calidad de vida, no en la curación.**