



Tratamiento integral del dolor en el enfermo terminal

J. SÁNCHEZ JIMÉNEZ

Centro de Salud Avda. de Daroca. Área 4. Insalud. Madrid.

El dolor es una experiencia personal, multidimensional, subjetiva, compleja y única para cada enfermo.

La IASP (*International Association for the Study of Pain*) define el dolor como una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada a un daño tisular actual o potencial (1).

El dolor es un síntoma frecuente en los enfermos con cáncer y su prevalencia aumenta a medida que progresa la enfermedad; un 60-80% de los enfermos en fase terminal presenta dolor y en el 35% será grave o muy grave en las etapas finales. En varios estudios epidemiológicos se ha indicado que sólo la mitad de los enfermos terminales con dolor recibe tratamiento correcto, de forma que un 25 a un 30% de los pacientes muere con dolor intenso (2).

La prevalencia media de dolor en los enfermos con cáncer es del 51% en todos los estadios evolutivos y alcanza el 74% en los enfermos en situación avanzada.

Las causas del dolor en el paciente con cáncer se pueden dividir en tres categorías:

1) Síndromes dolorosos directamente producidos por el tumor (78%): el dolor es muy frecuente en tumores óseos, cáncer de cabeza y cuello, cáncer gástrico y cáncer genitourinario; es raro en leucemia y linfomas.

2) Síndromes secundarios al tratamiento quirúrgico, radioterápico o quimioterápico (19%).

3) Síndromes dolorosos coincidentes (3%) (3).

El dolor se puede clasificar como agudo o crónico. En el paciente oncológico es fundamentalmente crónico y se pueden distinguir desde el punto de vista fisiopatológico varios tipos de dolor (dolor somático, dolor visceral y dolor por desaferenciación)

que tienen importancia por sus implicaciones terapéuticas (el dolor por desaferenciación no responderá a opiáceos; son más útiles los antidepresivos y los anticonvulsivos; el dolor por metástasis óseas y/o por compresión nerviosa se controla difícilmente sólo con morfínicos y es necesario asociar AINEs y/o corticosteroides).

El empleo de derivados opioides (sustancias que derivadas o no del opio actúan sobre los receptores opioides) en el tratamiento del dolor en enfermos terminales depende en gran medida de aspectos culturales e incluso de la legislación sanitaria de cada país. Un estudio realizado en 143 países reveló que el 75% del consumo mundial de morfina y derivados se realizó en sólo 10 países (1987). Una encuesta realizada en la provincia de Sevilla en 1993, reveló que el 37% de los médicos de Atención Primaria no empleaba nunca morfina (4). El bajo consumo de morfina o derivados en los enfermos terminales no tiene justificación médica.

En nuestro país, la Orden Ministerial del día 25 Abril de 1994 modificó el sistema de prescripción de analgésicos opioides y lo simplificó.

El consumo de morfina, entre otros, es un indicador de la calidad de los cuidados que se suministran a los enfermos terminales. Aunque en España la situación ha mejorado algo con respecto a la encuesta anterior (consumo de morfina en 1995: 350,8 Kg) dista mucho de ser la ideal y está lejos de países de nuestro entorno como Dinamarca o Reino Unido, lo que significa que muchos pacientes con cáncer mueren con dolor y por lo tanto con peor calidad de vida durante las fases avanzadas de su enfermedad (11).



Hay que desmitificar el empleo de la morfina y hacer énfasis en la educación de los profesionales:

- No tener miedo a la dependencia: diversos estudios avalan que la dependencia a opioides inducida médicamente, cuando éstos se emplean de manera adecuada para el alivio del dolor intenso, es insignificante. Al mismo tiempo deberíamos reflexionar sobre las expectativas de vida tan limitadas en el caso de los pacientes con cáncer en fases avanzadas, como para plantearse una posible adicción a narcóticos.

- El paciente usará la morfina para suicidarse: en primer lugar los pacientes con cáncer no se suicidan más que la población general; además es más probable que el enfermo desee morir si tiene dolor que si éste está controlado. La experiencia de todas las unidades de cuidados paliativos consultadas a este respecto es que dicha posibilidad nunca se ha presentado y en el caso de producirse un suicidio nunca ha sido con morfina.

- Debemos perder el miedo a que al paciente le roben la morfina para uso clandestino: primero por el anonimato y segundo porque en dicho mundo es un producto desconocido.

- "La morfina produce euforia": generalmente esta expresión se confunde con el bienestar que siente el enfermo cuando se le alivia el dolor.

- Miedo al fenómeno de la tolerancia y que al final el fármaco no sea efectivo: hay que recordar a este respecto que la morfina es el único analgésico de los utilizados actualmente que no tiene "efecto techo"; puede aumentarse la dosis indefinidamente si fuese preciso. Además está demostrado que cuanto más largo es el tiempo de tratamiento con morfina, menor es la tolerancia. La mayoría de las veces los pacientes se controlan con una dosis de morfina oral relativamente baja (dosis media 90 mg); si se precisan grandes aumentos hay que sospechar más que el fenómeno de la tolerancia, un crecimiento rápido del tumor o fenómenos psicológicos acompañantes y no tratados (ansiedad, miedo, depresión...).

- Miedo a provocar depresión respiratoria al usar morfina: no tiene sentido este miedo, ya que el dolor es el mejor antagonista fisiológico de los efectos depresores centrales de la morfina. La presencia de insuficiencia respiratoria previa no contraindica el uso de morfina; simplemente hay que emplear dosis iniciales más bajas y aumentar progresivamente según la respuesta; además disponemos de un antagonista puro de la morfina: la naloxona.

No existe ningún motivo para dilatar el tratamiento del dolor. Cuanto antes se inicie éste, mejores son los resultados y se garantiza la calidad de vida del paciente.

El dolor oncológico no debe ser tratado como un síntoma aislado, sino en el contexto de un plan de cuidados integrales que intenten satisfacer la globalidad de las necesidades físicas y espirituales del paciente.

■ CUIDADOS GENERALES

La Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL) propone unos principios generales para el control de los síntomas:

1. Evaluar las causas de los síntomas; en estos pacientes es muy importante la anamnesis, escuchar y preguntar, evaluar los tratamientos recibidos y los fármacos consumidos, así como la historia de la enfermedad y los factores acompañantes, las condiciones sociales, psicológicas y familiares del entorno del paciente.

2. Explicar las causas de los síntomas al paciente y a la familia que va a asumir el cuidado en el domicilio, así como la estrategia terapéutica.

3. La estrategia terapéutica ha de ser mixta, con medidas farmacológicas y no farmacológicas; fijar un plazo para conseguir los objetivos y contemplar la prevención de nuevos síntomas o situaciones que aparezcan.

4. El tratamiento debe ser siempre individualizado.

5. Monitorizar los síntomas mediante el uso de escalas de medida para evaluar y controlar mejor.

6. Atención a los detalles, pautar las visitas de revisión, estar atento a las demandas del paciente y su cuidador, dejar siempre un teléfono de contacto, dar instrucciones en caso de tener que recurrir a servicios de emergencia (dejar siempre una carpeta informativa de diagnóstico y tratamiento en el domicilio), terapia ocupacional, aumentar la actividad diurna para permitir un mejor descanso nocturno, estar atento a la presencia de insomnio (durante la noche el paciente empeora); a veces es aconsejable una llamada de teléfono o visita antes del fin de semana (el paciente siente miedo si no puede contactar con nosotros).

7. Instrucciones correctas y completas, indicar para qué sirve cada fármaco, dosis e intervalo fijos a los que deben ser administrados, así como los que debe tomar sólo si lo precisa; informar de los posibles efectos secundarios que se pueden presentar, así como de que éstos son infrecuentes en su presentación.

8. Actuar profilácticamente frente a algunos síntomas antes de que éstos aparezcan, como el estreñimiento y las náuseas asociados al uso de opioides.

9. Revisar continuamente el plan de cuidados y farmacológico.

10. Recordar la importancia de la dieta, los masajes y el cuidado de la piel y la cavidad oral, así como la movilización correcta y adecuada de forma frecuente sin que llegue a molestar al enfermo; la terapia ocupacional, la rehabilitación y la relajación con ejercicios sencillos y pautas a realizar en el domicilio. El enfermo debe ver en el equipo que le cuida un interlocutor fiable en quien poder confiar, que le transmita seguridad y amistad y con quien poder establecer una relación honesta y sincera. Saunders dice que "gran parte de los dolores pueden ser aliviados sin recurrir a analgésicos una vez que el médico se sienta, escucha y habla con el paciente" (11).

11. Recordar la importancia de las formas galénicas en la administración de los fármacos: las formas dispersables se absorben más rápidamente, inician antes la analgesia y son mejor percibidas por el paciente si éste ya tiene que tomar otros fármacos en comprimidos, mientras que las formas de liberación sostenida favorecen la posología al disminuir el número de tomas que han de prescribirse.

No es suficiente ocuparse del dolor; se requiere una aproximación más global al manejo del síntoma.

12. Respetar en todo momento el grado de información que quiere tener el paciente y ser exhaustivo en la información dada al cuidador principal.

13. El equipo debe estar compenetrado para actuar con las mismas pautas.

■ TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

El objetivo del tratamiento farmacológico del dolor debe perseguir el control del síntoma o su alivio, entendiendo por control su desaparición y por alivio la mejoría en la percepción del mismo (un cambio en la escala hasta la categoría más leve).

Existen unas recomendaciones generales importantes a tener en cuenta en el tratamiento farmacológico del dolor:

Preceptos de Twycross para el control del dolor:

- preferentemente por boca: formulaciones simples.
- pautados: evitar tomas a demanda.
- escalonado: desde analgésicos débiles a más potentes.

Utilizar los fármacos según la severidad del dolor, nunca en función de la esperanza de vida del enfermo.

No mezclar nunca opioides débiles con opioides potentes, ni tampoco los débiles entre sí.

No usar preparados de acción muy corta.

No prescribir nunca un narcótico agonista-antagonista con un narcótico agonista, ya que puede precipitar un síndrome de abstinencia.

■ DECÁLOGO PARA EL USO DE ANALGÉSICOS EN EL TRATAMIENTO DEL DOLOR (5)

1. Elegir un fármaco específico para un tipo específico de dolor; identificar el origen del dolor.

2. Conocer la farmacología clínica del medicamento prescrito.

3. Elegir una vía para lograr el máximo efecto analgésico y reducir los efectos secundarios.

4. Administrar de forma regular, iniciando siempre el tratamiento con el fármaco más débil al que pueda responder el dolor.

5. Utilizar combinaciones de fármacos para proporcionar analgesia aditiva y reducir los efectos secundarios.

6. Evitar combinaciones de fármacos que aumenten la sedación sin incrementar la analgesia.

7. Anticipar y tratar los efectos secundarios.

8. Tratar a los pacientes con tolerancia:

- Usar combinaciones de fármacos.
- Usar narcóticos más coadyuvantes y no narcóticos.
- Cambiar a un analgésico narcótico alternativo, comenzando con la mitad de la dosis equianalgésica.
- Reevaluar la naturaleza del dolor.

9. Prevenir y tratar la supresión aguda:

- Disminuir los fármacos lentamente.
- Utilizar dosis diluidas de naloxona (0,4 mg en 10 ml de solución salina) en pacientes con dependencia física y administrarla con precaución.

10. Respetar las diferencias individuales en el dolor y la reacción al tratamiento; tratar al paciente y no sólo al síntoma:

- Ajustar la dosis en pacientes geriátricos.
- Ajustar la dosis en niños.

El empleo de analgésicos debe ser racional. La OMS propone una "escalera analgésica":

OPIOIDES POTENTES

MORFINA
METADONA
+ no opioides
+ coanalgésicos

OPIOIDES DÉBILES

CODEÍNA
DIHIDROCODEÍNA
TRAMADOL
+ no opioides
+ coanalgésicos

NO OPIOIDES

PARACETAMOL
AAS Y SALICILATOS
AINEs
+ coanalgésicos



A esta escalera algunos autores añaden, en forma de barandilla o pasamanos, la atención a la familia + soporte emocional + comunicación, por la importancia que tienen estos factores no farmacológicos en el control de los síntomas.

■ PRIMER ESCALÓN

Se incluyen en este escalón:

- Paracetamol
- Salicilatos:
 - ácido acetil-salicílico (AAS)
 - ASL (acetil-salicilato de lisina)
- AINEs.

Paracetamol

Es un derivado sintético del p-aminofenol con actividad analgésica y antipirética similar al AAS pero sin actividad antiinflamatoria.

Su mecanismo de acción aún no está del todo claro; se le relaciona con la inhibición de la ciclooxigenasa, enzima de la síntesis de prostaglandinas central y periférica. Su mecanismo de acción es diferente del de la aspirina.

La absorción oral es buena y rápida, la solución efervescente tiene mejor absorción que los comprimidos secos, se une poco a proteínas plasmáticas y su metabolismo es principalmente hepático. Vida media 1,25 a 3 horas, mayor en caso de enfermedad hepática. Se elimina por la orina en forma de metabolitos conjugados. Tiene pocos efectos secundarios; precaución en insuficiencia hepatocelular y en pacientes desnutridos o ancianos. Es el analgésico de elección en caso de intolerancia gastro-intestinal, alergia al AAS, alteraciones de la coagulación y tratamientos anticoagulantes.

Es económico y tiene un amplio rango terapéutico. Dosis en adulto: de 500 a 1.000 mg cada 4/6 horas sin sobrepasar los 4 g en 24 horas (en algunos países la dosis tope llega hasta los 6 g/24 horas).

AINEs

Como es un grupo amplio se propone la siguiente lista de la Tabla I con dosis analgésica y eficacia comparada con AAS; en general, conocer bien 4 ó 5 fármacos es suficiente para el manejo de este escalón.

Se han incluido en esta tabla fármacos de vida media corta, larga y media para su uso con el fin de conseguir una mejor analgesia individual y adecuar la posología a cada situación y paciente.

Hay que recordar que, por sus efectos gastroerosivos, no se deben administrar dos AINEs juntos ni con salicilatos o AAS, aunque sí se pueden combinar con paracetamol.

En ocasiones, si no se obtiene respuesta con un AINE, es posible intentarlo con otro y sustituirlo antes de pasar de escalón.

En este primer escalón hay que considerar también como alternativa el metamilzol magnésico, utilizado con precaución por su acción sobre plaquetas y médula ósea, sobre todo en estos pacientes que con frecuencia debido a su enfermedad o al tratamiento se encuentran inmunodeprimidos; en todo caso, si se utiliza, no es recomendable durante más de siete días, a dosis de 2 g IM cada 8 horas o una cápsula de 575 mg cada 6-8 horas.

Hay que tener en consideración que, como todos estos fármacos son potencialmente gastroerosivos, es conveniente la protección gástrica sobre todo en los pacientes con historia de patología gastroduodenal; se recomienda el uso de misoprostol a la dosis de 2 comp/día o el uso de famotidina o ranitidina (20-40 mg en el primer caso, 150-300 en el segundo) más alcalinos.

Si el dolor no se controla a dosis máxima de analgésico, se debe pasar al segundo escalón sin retirar los fármacos del primero.

■ SEGUNDO ESCALÓN

Indicaciones de los opioides:

- Dolor no controlado con las medidas anteriores.
- Disnea.
- Diarrea.
- Tos.

Opiodes débiles: Son fármacos agonistas de la morfina que actúan uniéndose a los receptores opioides esteroespecíficos del sistema nervioso central.

– *Codeína:* es la metilmorfina. Se biotransforma en morfina a nivel hepático y tiene poder analgésico, antitusígeno y antidiarreico. La vida media es de 2,5-3 horas y de forma regular su efecto dura de 4 a 6 horas. La dosis de 30 mg equivale a 650 mg de aspirina. Existen en el mercado preparados de asociación de codeína + paracetamol o codeína + AAS; la dosis para la primera combinación es de 30-130 mg de codeína más 500 mg de paracetamol o 250-500 mg de AAS para la segunda.

El efecto secundario más importante es el estreñimiento, por lo que es conveniente asociar el empleo de laxantes; es recomendable el uso de lactulosa.

Es importante recordar que la dosis ideal analgésica de codeína es de 30 mg.

Si no se obtiene alivio con dosis de 60 mg cada 4 horas, retirarla e iniciar tratamiento con morfina.

– *Dihidrocodeína*: es un derivado semisintético de la codeína. Sólo existe comercializada en España en forma galénica de liberación controlada que reduce el número de dosis, con lo que mejora la calidad de vida del paciente con buenos niveles plasmáticos. La dosis es de 60 mg por vía oral cada 12 horas. Reduce además el reflejo de la tos con mayor capacidad que la morfina. Su potencia analgésica es un tercio de la morfina y el doble que la codeína. Al ser un fármaco de liberación controlada hay que recordar al paciente que debe ser ingerido entero, sin masticar ni fraccionar.

Cuando el dolor no se controla con 120 mg cada 12 horas, hacemos igual que en el caso de la codeína: retirarla e iniciar tratamiento con morfina.

– *Dextropropoxifeno*: no es de elección, sólo como alternativa. Las dosis repetidas se acumulan y puede originar convulsiones. Se biotransforma a un metabolito potencialmente tóxico.

– En este escalón habría que considerar el uso de un nuevo fármaco: el tramadol. Se comporta como un agonista puro y la analgesia inducida se debe a dos mecanismos distintos, uno opioide (receptores mu) y otro no opioide (inhibición de la recaptación de monoaminas), lo que explica la ausencia de algu-

nos de los efectos colaterales típicamente opioides, sobre todo depresión respiratoria, hipotensión o dependencia. Su acción es similar a la del dextropropoxifeno y la codeína y superior al metamizol. La dosis por vía oral es de 50-100 mg cada 6 horas con dosis máxima de 400 mg/día (9, 10).

Si a pesar de estas medidas el paciente continúa con dolor, retirar el segundo escalón y añadir al primero el tercer escalón.

■ TERCER ESCALÓN

Opiodes potentes

Morfina:

Actúa sobre el SNC a través de su fijación a receptores específicos encargados de la transmisión de mensajes nociceptivos.

Tiene buena absorción oral, relación oral/parenteral 1/3,1/6, tiene metabolismo hepático y eliminación renal.

Vías de administración: oral, subcutánea, rectal, parenteral, transdérmica (en experimentación). Las más recomendadas por su sencillez y eficacia son la oral y la subcutánea, pero hay que recordar que en casos excepcionales pueden usarse las otras vías.

Relaciones de potencia para la morfina dependiendo de la vía de administración:

- Vía oral a vía rectal 1:1
- Vía oral a vía subcutánea 2:1
- Vía oral a vía endovenosa 3:1

No existe techo analgésico para la morfina.

■ TABLA I

	Dosis oral (mg ³)	Intervalo	Dosis máx./día	Eficacia vs 650 mgAAS	Vida media
Paracetamol	500-1.000	4-6	4.000	=	2-3
AAS	500-1.000	4-6	4.000	=	0,25
Diflunisal	1000 inicio 500 cont	8-12	1.500	Superior	8-12
ASL	900-1.800	4-8	6.000-10.000	Superior	6-8
IBUPROFENO	200-400	4-6	2.400	Superior	2-2,5
NAPROXENO	500-250	6-8	1.250	Superior	12-15
KETOPROFENO	25-50	6-8	300	Superior	1,5
INDOMETACINA	25	8-12	100	=	2
AC. MEFENÁMICO	500	6	1.500	=	2
KETOROLACO	10-30	4-6	40	Superior	4
PIROXICAM	20	24h	40	Superior	



Existen pocas enfermedades en las que los opioides estén contraindicados; la EPOC y las enfermedades psiquiátricas graves (depresión, hipocondría, conversión) son los cuadros que limitan su uso, aunque no de forma absoluta. Requieren una evaluación cuidadosa y un inicio con dosis menores de las habituales.

El factor más limitante del empleo de la morfina es la intolerancia a los efectos secundarios a pesar de dosis reducidas.

Por ello es importante asociar laxantes (lactulosa $\pm$ senósidos) al iniciar el tratamiento con morfina y tomar medidas contra los vómitos o náuseas (metoclopramida o haloperidol) (ver apartado de fármacos coadyuvantes).

Inicio de tratamiento y presentaciones farmacológicas:

a) Morfina oral:

– *Solución oral de morfina:* se prepara en concentraciones desde 1 mg/ml hasta 20 mg/ml en glucosa al 5%. Se inicia el tratamiento con 10 mg/4 horas y se va aumentando un 50% cada dosis si no existe alivio. Duplicar siempre la dosis nocturna. Se debe conservar en lugar fresco y protegida de la luz; tiempo de validez: 15 días. Tener precaución en pacientes ancianos (comenzar con la mitad de dosis) y en enfermos con hepatopatía previa no olvidar que tiene metabolismo hepático; no así en la insuficiencia renal, ya que su eliminación por esta vía es pequeña. Una alternativa a la solución oral de morfina son las cápsulas de morfina de liberación inmediata, con administración cada 4 horas.

Una vez lograda la analgesia pasar a la presentación de comprimidos de liberación sostenida; la dosis total es la misma, se administra en dos tomas con intervalo de 12 horas y si hay que incrementar la dosis se debe hacer de 30 en 30%.

– *Morfina de liberación controlada:* Los comprimidos deben de ser ingeridos enteros sin mastigar, romper ni triturar. Se presenta en comprimidos de liberación sostenida de 10, 30, 60, 100 mg, y en cápsulas de microgránulos de liberación sostenida, lo que permite su administración por sonda nasogástrica y en alimentos.

Es necesario insistir a los pacientes y a los familiares en la importancia que tiene administrar regularmente (dosis en intervalos fijos) este tipo de medicamentos. Es preciso dar instrucciones detalladas por escrito con el nombre del medicamento, la dosis y el número de tomas al día.

b) Morfina inyectable:

Ampollas de cloruro mórfico: 1mg/2 ml, 2 mg/2 ml, 10 mg/1 ml. Se puede usar por vía intramuscular o subcutánea o intravenosa administrado lentamente diluido en solución de cloruro sódico; la vía de elección es la subcutánea por ser la mejor tolerada y con menores riesgos.

Tratamiento de la sobredosis: administración de Naloxona 0,01 mg/Kg de peso o 0,4 mg a 2 mg por cualquier vía, preferiblemente intravenosa; puede repetirse la dosis a los 2 ó 3 minutos.

Equivalencia de los opioides: 10 mg de morfina equivalen a 130 mg de codeína, 120 mg de dihidrocodeína, y 10 mg de metadona.

Metadona

Es un opioide sintético de efectos analgésicos similares a los de morfina. Tiene un efecto más prolongado, vida media plasmática de 15 horas y la analgesia dura de 6 a 8 horas; los efectos secundarios no se observan hasta pasados 4-14 días. Parece ser muy útil en niños y por su riesgo de acumulación debe ser desaconsejada en principio en ancianos y personas muy debilitadas o con alteraciones psíquicas o síntomas confusionales. Se alcanza rápidamente tolerancia. Es el analgésico potente alternativo a la morfina.

Buprenorfina

Es un agonista-antagonista. Se desaconseja su uso por acción irregular, techo analgésico, no poderse combinar con otros opiáceos y no existir antídoto.

Pentazocina

Agonista-antagonista. Desaconsejada por poder producir alucinaciones y analgesia moderada.

Efectos secundarios de la morfina

**Iniciales:*

- Náuseas, vómitos.
- Somnolencia, confusión, inestabilidad.

**Continuos:*

- Estreñimiento.
- Sequedad de boca.

**Ocasionales:*

- Sudoración, mioclonias, retención urinaria, íleo paralítico, intolerancia a la morfina.

En primer lugar informaremos al paciente de la posibilidad de presentación de estos síntomas; hay que prevenir desde el inicio los más frecuentes (náuseas, vómitos, estreñimiento y sequedad de boca) con

medidas farmacológicas (ver fármacos coadyuvantes) y no farmacológicas (cuidados generales).

Hay síntomas como la somnolencia que se resuelven paulatinamente; basta informar al paciente y explicarle que desaparecerá a las pocas semanas; si no fuera así y constituye un problema se puede iniciar tratamiento con metilfenidato (10 mg en toma única por la mañana) y descartar siempre que no esté producida por la administración conjunta de otros fármacos de acción central.

Medicamentos coadyuvantes

El enfermo con cáncer, sobre todo en fase terminal, es un paciente plurisintomático y multicambiante; a veces presenta una media de hasta 10 síntomas por enfermo. Esto hace que, en ocasiones, para el control precise de la combinación de varios fármacos.

1. Anticonvulsiantes:

Uso en el dolor por desaferenciación o en neuralgias.

Los más utilizados son la carbamazepina y la fenitoína.

La dosis habitual de carbamazepina es de 200 mg/8 horas, con un máximo de 400 mg a las dos semanas.

Dosis de fenitoína: 0,1-0,2 g cada 8 horas por vía oral.

2. Neurolépticos:

Para prevenir las náuseas producidas por los opiáceos.

Haloperidol, dosis 1,5-3 mg vía oral o subcutánea.

Clorpromacina, dosis de 10-100 mg cada 8 horas vía oral o IM. Útil también en el tratamiento del tenesmo rectal.

El haloperidol es más antiemético y menos sedante; por ello es de elección si aparece somnolencia. tiene menos efectos anticolinérgicos y cardiovasculares, pero produce más reacciones extrapiramidales.

También es el tratamiento específico si aparece confusión grave con delirio (dosis de 5 mg de haloperidol vía IM o 50-100 mg de clorpromazina); disminuir la dosis de opioides y suspender los psicofármacos que no sean estrictamente necesarios.

3. Ansiolíticos:

Derogatis comprobó en un estudio que los enfermos con cáncer que sufren dolor tienen el doble de posibilidades de desarrollar una complicación psiquiátrica.

Tratar la ansiedad del paciente y en dolores por espasmo muscular:

Diazepam: 5, 10 mg por vía oral, parenteral o rectal; útil también en convulsiones.

Lorazepam: 0,5-1 mg dos o tres veces por día.

Bromazepam: a dosis bajas ansiolítico; a dosis altas miorrelajante y sedante. Se presenta en cápsulas de 1,5, 3 y 6 mg.

Clonazepam: 1-2 mg vía oral en dosis nocturna, en caso de mioclonias.

Midazolam: anticonvulsivo, ansiolítico, miorrelajante. Dosis por vía oral (comp 7,5 mg) o ampollas vía IM o subcutánea.

4. Antidepresivos:

A dosis menores que las usadas en la depresión presentan poder analgésico, sobre todo en dolores disestésicos de desaferenciación y en el tratamiento de la neuropatía y la neuralgia.

También tienen efectos hipnóticos.

Su efecto está bien documentado y no depende de su acción antidepresiva. Algunos antidepresivos tricíclicos actúan directamente sobre receptores opiáceos (13). El más utilizado es la amitriptilina a dosis de 50-150 mg. Por la noche, vía oral, en ancianos comenzar con dosis de 10 a 25 mg.

Si hay pánico o síntomas fóbicos se puede utilizar la clomipramina, 10 mg vía oral y por la mañana.

No utilizar los nuevos antidepresivos (ISRS) ya que pueden tener un efecto antagonista con la morfina (descrito para fluoxetina) (13).

5. Corticosteroides:

Útiles en la compresión nerviosa o medular, cefalea por hipertensión craneal y dolor óseo. Uso específico en el síndrome de vena cava superior. En pacientes con cáncer estimulan el apetito, la fuerza y la sensación de bienestar.

Corticoides más utilizados en la práctica habitual: prednisolona y dexametasona.

Equivalencia de los corticoides:

0,75mg de dexametasona equivalen a:

- 4 mg metil-prednisolona.
- 5 mg prednisolona
- 20 mg hidrocortisona
- 25 mg cortisona.

Efectos secundarios a tener en cuenta: digestivos (hemorragias: aunque en las revisiones realizadas no se ha evidenciado que su uso las provoque, está muy extendida la práctica de asociarlos siempre a un protector gástrico; sí se debe usar en el caso de que se utilicen conjuntamente con AINEs), insomnio (se recomienda darlos por la mañana, respetar el ritmo circadiano del cortisol), candidiasis oral (más frecuente si el paciente está inmunodeprimido; pensar en ella si aparece disfagia y odinofagia intensa con enrojeci-



miento de la mucosa; asociar en ese momento miconazol gel oral, o fluconazol comp).

6. Laxantes:

Inicio simultáneo del tratamiento laxante al iniciar analgesia con opioides.

Los más utilizados son: lactulosa (15-30 ml/día), senósidos (8 a 32 gotas/día), enemas de limpieza (1.000 ml de agua a 38°C, más 10% lactulosa, más 10% de aceite de oliva más dos canuletas de Micralax).

Generalmente a la mayoría de los pacientes se les controla el estreñimiento asociado a opioides con la combinación de varios de los laxantes citados.

No olvidar las medidas generales: ingerir abundantes líquidos, dieta rica en fibra, siempre que sea posible mantener una actividad física, defecar en postura en cuclillas o en sedestación con los pies encima de un taburete.

7. Antieméticos:

Se darán profilácticamente siempre que se administren opioides, preferentemente por vía oral.

De acción central: Butirofenonas-Haloperidol (dosis habitual 15 gotas en dosis nocturna; si no actúa pasar a 30-35 gotas); a partir de 5 mg por día se producen reacciones extrapiramidales.

Fenotiacinas-Clorpromacina: dosis habitual 10 mg cada 8 horas vía IM o 25 mg/8 horas vía oral.

El haloperidol es más antiemético, pero produce más reacciones extrapiramidales; es menos sedante,

pero tiene menos efectos anticolinérgicos y cardiovasculares que la clorpromacina.

De acción periférica: Ortropamidas-Metoclopramida y Domperidona.

Dosis habitual: 10 mg/4-6 horas Metoclopramida vía oral o parenteral; 10 mg/6 horas vía oral.

Tienen también efecto antiemético los corticoides (dexametasona) en vómitos por aumento de presión intracraneal; antihistamínicos y anticolinérgicos (hioscina) se puede usar por vía subcutánea.

Medidas no farmacológicas

Radioterapia: muy útil en las compresiones epidurales, radicales y nerviosas, así como en las metástasis cerebrales; altamente eficaz en el tratamiento del dolor por afectación tumoral vertebral con o sin aplastamiento.

Cirugía: una esperanza de vida corta no contraindica la cirugía paliativa, sobre todo en los casos en que previene complicaciones (evitar obstrucción intestinal) y para mejorar la calidad de vida o tratar el dolor (cordotomía percutánea anterolateral en casos de cáncer pélvico o mesotelioma maligno).

Acupuntura: es atóxica; se debe intentar siempre que el paciente sugiera su empleo.

Técnicas psicológicas: condicionamiento operativo, relajación, etc, ayudan a controlar los síntomas y a disminuir la angustia que produce la enfermedad terminal (12).

BIBLIOGRAFÍA

1. Carnevalli Ruiz D, Cubedo Cervera R. Dolor y analgesia cap. 75 en Manual de Diagnóstico y Terapéutica Médica. 3ª edición, Madrid 1994.

2. Sacristán Rodea A, Prieto Yerro C, Terol García E. Estudio de un programa de Cuidados Paliativos en domicilio. Área 4 del Insalud, Atención Primaria de Madrid 1994.

3. González Barón M, Barón Saura JM, García de Paredes ML, Berrocal A, Ordóñez A. Tratamiento paliativo del paciente terminal en Revisiones en Cáncer Vol.5 nº 3 pp 88-94. Madrid 1991.

4. Aliaga L. Editor. Opioides orales en Actualizaciones en el tratamiento del dolor. Barcelona 1993.

5. Gómez Sancho M, et al. Control de síntomas en el enfermo de cáncer terminal. 2ª Edición revisada y ampliada. Uni-

dad de Medicina Paliativa. El Sabinal. Las Palmas de Gran Canaria. Edita: ASTA Médica, S.A. Madrid 1992.

6. Sanz Ortiz J, Gómez Batiste X, Gómez Sancho M, Nuñez Olarte JM. Cuidados paliativos. Edita: Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid 1993.

7. Doyle D, Hanks WCG, MacDonal N. Oxford text book of palliative medicine. Edita Oxford University Press 1993.

8. Twycross RG, Lack S. Therapeutics in terminal cancer. Edinburgh: Churchill Livingstone, 1990.

9. Raffa R, et al. Componentes opioides y no opioides contribuyen independientemente al mecanismo de acción de tramadol, un analgésico opioide atípico. The Journal of Pharmacology and Experimental Therapeutics 1992; (260).

10. Alfonso Megido J, Arbesú Prieto J, Velasco L, Rodríguez Junquera M, Cárcaba V. Tratamiento del dolor crónico (II). Opioides y otros analgésicos. Formación continuada. Semer 1994; 10: 631-635.

11. Gómez Sancho M, Reig, E. Uso de la morfina. ENE Publicidad. Madrid 1997.

12. Carnevalli Ruiz D, Medina Iglesias P, Pastor Valverde C, Sánchez Manzano D, Satué Bartolomé JA. Manual de diagnóstico y terapéutica médica. Hospital 12 de Octubre. Madrid 1994.

13. Gordon NC, et al. Interactions between fluoxetine and opiate analgesia for postoperative dental pain. Pain 1994; 58: 85-88.

14. Fernández Camacho A, Diago Bozal F. Utilización de antidepresivos en el tratamiento del dolor crónico. Posibles mecanismos de acción. Dolor & Inflamación 1988; 1: 73-78.