

GUÍA de consulta RÁPIDA

# MANEJO DEL DOLOR RELACIONADO CON EL CÁNCER



**SÚBETE A LA ESCALERA  
DEL CONTROL DEL DOLOR**

Grupo de Trabajo de  
Cuidados Paliativos

  
**semFYC**  
Sociedad Española de Medicina  
de Familia y Comunitaria

## INTRODUCCIÓN

El dolor relacionado con el cáncer es un síntoma prevalente, estando presente en el 70-80 % de los enfermos, en las fases finales de la enfermedad.

El dolor aparece asociado a otros síntomas físicos, alteraciones emocionales, preocupaciones espirituales, etc. y, por lo tanto, en un contexto de «sufrimiento» del paciente, que requerirá un abordaje integral.

## EVALUACIÓN DEL DOLOR

Deberá ser el propio paciente el que responda a las cuestiones necesarias para evaluar el dolor. Debemos analizar los siguientes aspectos:

### a. Características del dolor:

- Localización, irradiación
- Circunstancias que lo mejoran o empeoran
- Repercusión en la capacidad funcional
- Respuesta previa a analgésicos

### b. Intensidad:

Aunque existen diversos instrumentos específicos para la evaluación del dolor, a nivel de práctica clínica pensamos que se debe utilizar alguno de los siguientes instrumentos:

- Escalas categóricas: dolor ausente, leve, moderado, grave, irresistible.
- Escala numérica verbal: Como puntuaría su dolor de **0 (ningún dolor) a 10 (máximo dolor)**
- Escala analógica visual:

0

SIN dolor

10

Máximo imaginable

### c. Tipo de dolor

La identificación del mecanismo fisiopatológico es importante pues tendrá implicaciones a la hora de seleccionar el tratamiento:

- **SOMÁTICO:** Sensación de peso, opresión. Bien localizado, continuo, aumenta con la presión de la zona afectada, mejora con el reposo y tiene un componente incidental. Ej. Dolor por metástasis ósea.
- **VISCERAL:** Mal localizado, continuo o intermitente, referido a zonas cutáneas. Ej. Dolor por metástasis hepáticas.
- **NEUROPÁTICO:** sensación quemante o lancinante acompañada de alteraciones sensoriales: alodinia, hiperalgesia. Ej. Plexopatía lumbosacra, dolor postoracotomía.

#### d. Identificación de factores de mal pronóstico

- Dolor neuropático, mixto o desconocido
- Dolor incidental
- Distrés psicológico
- Desarrollo de tolerancia
- Antecedentes de abuso de alcohol y/o drogas

## ESCALERA ANALGÉSICA OMS

La utilización de la escalera analgésica ha supuesto un importante avance en el control de dolor, estimándose que en un 80 % de los pacientes se conseguirá un alivio adecuado del mismo. La escalera está hecha para «subirla», se evaluará a los pacientes y en función de la respuesta se «subirá» al siguiente escalón. Primer y segundo escalón lo forman medicamentos que tiene «dosis techo».



### 1er ESCALÓN (tabla 1):

#### ■ PARACETAMOL - AINE

No está demostrado que exista diferencia real en la eficacia de los distintos AINE. Éstos deben seleccionarse en relación a su perfil de seguridad, coste y menor número de administraciones al día.

Deben aplicarse los criterios generales de protección gástrica utilizados en la población general.

Los menos gastrolesivos son ibuprofeno, diclofenaco y aceclofenaco.

## 2º ESCALÓN (tabla 1). Para dolor leve-moderado:

### ■ **CODEÍNA o DIHIDROCODEÍNA (oral)**

Agonistas opioides. Presentan estreñimiento como efecto secundario más relevante por lo que hay que asociar siempre laxantes

### ■ **TRAMADOL (oral, subcutánea)**

Tiene una doble acción agonista opioide y actúa también bloqueando la recaptación de noradrenalina y serotonina a nivel presináptico. Provoca menor estreñimiento que la codeína. Siendo útil titular la dosis eficaz con formas de liberación rápida pasando posteriormente a formas de liberación retardada.

**Rescate habitual: 50 mg repetir a los 60 min. si no cede.**

**Solución: 4 aplicaciones; dosificación = 50 mg.**

**En personas frágiles titular las dosis de inicio con 25 mg = 2 pulsaciones.**

## 3er ESCALÓN (tabla 1). Para dolor moderado-intenso:

### ■ **MORFINA (oral, subcutánea)**

### ■ **FENTANILO TRANSDÉRMICO - OXICODONA (oral)**

## RECOMENDACIONES PARA LA UTILIZACIÓN DE MORFINA

La morfina por vía oral es en la actualidad el FÁRMACO DE ELECCIÓN para el tratamiento del dolor intenso de origen oncológico.

### Presentaciones:

■ **Liberación rápida: Sevredol® comp. 10, 20 mg**

■ **Liberación controlada:**

▶ **MST continus® comp. 5, 10, 15, 30, 60, 100, 200 mg**

▶ **MST unicontinus® comp. 30, 60, 90, 120, 150, 200 mg**

▶ **Skenan® comp. 10, 30, 60, 100, 200 mg**

▶ **Oglos retard® comp. 10, 30, 60, 100 mg**

### Dosificación:

■ **Paciente sin tratamiento previo con opioides:**

▶ **Morfina liberación rápida 5 mg / 4 horas**

▶ **Morfina liberación retardada 10 mg / 12 horas**

- Paciente en tratamiento previo con opioides:
  - ▶ Morfina liberación rápida 10 mg / 4 horas
  - ▶ Morfina liberación retardada 30 mg / 12 horas

**Ajustes de dosis:** Los incrementos de dosis deben ser significativos, 25-50% de la dosis previa, teniendo en cuenta las dosis de rescate utilizadas.

**TABLA 1: PRINCIPIOS, DOSIS Y PAUTAS**

PRINCIPIO ACTIVO	Dosis diaria	Intervalo (horas)
Ac acetilsalicílico (oral)	2.000-4.000 mg	4-6
Ibuprofeno (oral)	1.800-2.400mg	6-8
Diclofenaco (oral, rectal)	150-200 mg	8
Paracetamol (oral,rectal, lingual)	4.000 mg	6
Metamizol (oral, rectal)	2.000-4.000 mg	6-8
Ketocorolaco (oral, subcutánea)	40-60 mg	4-6
Codeína	60-120 mg	6
Dihidrocodeína (Contugesic®)	120-240 mg	12
Tramadol	200-400 mg	
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Liberación rápida</li> <li>■ Liberación retard</li> </ul>		6 12
Morfina		
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Liberación rápida</li> <li>■ Liberación retard</li> <li>■ Liberación retard</li> </ul>	Sevredol MST; Skenan; Oglos MST Unicontinus®	4 12 24
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Fentanilo transdérmico</li> <li>■ Oxycodona</li> </ul>		72 12



## TRATAMIENTO EFECTOS SECUNDARIOS DE LOS OPIOIDES

### Estreñimiento:

Aparece en todos los pacientes por lo que es obligada la prescripción de un laxante SIEMPRE. Puede ser necesaria la combinación de varios laxantes con diferente mecanismo de acción:

- **Laxantes osmóticos:** lactulosa (Duphalac®), lactitol (Oponaf® Emportal®) 1-2 sobres al día.
- **Laxantes salinos:** lovicol 1- 3 sobres al día
- **Laxantes reblandecedores de las heces:** docusato sódico (Dama-Lax®), parafina líquida (Emuliquen®, Hodernal®).
- **Laxantes estimulantes del peristaltismo:** senosidos (Pursenid® 1-2 cápsulas por la noche), bisacodilo (Dulcolaxo® 1-2 grageas por la noche).

### Náuseas, vómitos:

Aparece en un 10-30% de los pacientes, desarrollándose tolerancia por lo que suele desaparecer con el tiempo.

Se trata con:

- **Haloperidol:** 1-2,5 mg (10-25 gotas) en dosis única.
- **Metoclopramida:** 10-20 mg tres veces al día.

Ante la persistencia de los vómitos se deben plantear alternativas: cloruro mórfico vía subcutánea o fentanilo transdérmico.

### Somnolencia, confusión:

Suele aparecer tolerancia, para la somnolencia a lo largo de los días. Si persiste o aparece confusión y el dolor está controlado disminuirémos las dosis o rotaremos a otro opioide: fentanilo.



## UTILIZACIÓN DE LA MORFINA POR VÍA SUBCUTÁNEA

### Presentaciones:

- **CLORURO MÓRFICO:** ampollas 1% (Amp. 1 cc = 10 mg)  
ampollas 2% (Amp. 1-2 cc = 20-40 mg)

### Indicaciones:

Situaciones clínicas que impidan la toma de medicación por vía oral: vómitos, disfagia, malabsorción, situación agónica.

### Conversión de Morfina oral a vía subcutánea (tabla 2):

Dividiremos por 2 la dosis de morfina oral administrada en 24 horas, el resultado son los mg de cloruro mórfico que administrar por vía subcutánea (sc) en 24 horas (equivalencia oral/sc: 2:1).

Ej: Paciente en tratamiento oral con morfina de liberación retardada 100 mg/12 h, le corresponderían 100 mg de cloruro mórfico en 24 horas por vía subcutánea.

### Administración:

Si disponemos de infusor se cargará en éste la dosis total, si vamos a utilizar una palomilla la dosis total se dividirá en 6 dosis, administrando éstas cada 4 horas.

## RECOMENDACIONES PARA LA UTILIZACIÓN DE FENTANILO TRANSDÉRMICO (TD)

### Presentaciones:

- **DUROGESIC MATRIX®: 25, 50, 75, 100**

Indicado en pacientes con dolor estable. Es una alternativa a la morfina en situaciones de dificultad para la deglución, cuadros de malabsorción o ante la necesidad de rotación de morfina a otro opioide.

El cambio de parche se realiza cada 72 horas. Produce menos estreñimiento que la morfina. Tras la primera aplicación hay un período de 12 horas hasta que alcanzan niveles terapéuticos, por lo que siempre pautaremos dosis de rescate. Tras su retirada se tardan 16 horas en disminuir sus niveles en sangre al 50 %. Debemos considerar en su manejo su larga vida media.

## Conversión de Fentanilo TD a Morfina Oral (tabla 2):

El fentanilo es un opioide muy potente; existen controversias en cuanto a la equivalencia entre éste y la morfina, siendo la ratio más aceptada 100:1. A nivel práctico, una regla útil para esta conversión es multiplicar por DOS la dosis en mcg del fentanilo, siendo el resultado la dosis en mg de morfina que administrar por vía oral en 24 horas. Cuando se utilizan dosis altas de Fentanilo TD (>100 mcg/h) se recomienda ser más conservadores en la conversión y multiplicar por 1,5.

Ej: Paciente en tratamiento con fentanilo transdérmico 50 mcg/h y decidimos pasar a morfina oral, le corresponderían 100 mg de morfina oral en 24 horas.

## RECOMENDACIONES PARA LA UTILIZACIÓN DE OXICODONA

### Presentaciones:

- **OXYCONTIN®**: 10, 20, 40, 80 mg.

Agonista opioide puro, de eficacia similar a la morfina. Se debe administrar cada 12 horas, los comprimidos no se pueden machacar ni masticar. Dosis inicial 10 mg / 12 horas e incrementar la dosis progresivamente en función de la respuesta.

### Conversión de morfina oral a oxycodona (tabla 2):

Dividiremos la dosis de morfina oral en 24 horas por DOS, siendo el resultado, la dosis de oxycodona a administrar en 24 horas.

## TABLA 2: RECOMENDACIONES DE USO DE OPIOIDES

### CONVERSIÓN ENTRE OPIOIDES

Morfina oral subcutánea	x 0,5	Paciente en tratamiento MST 60 mg/12 horas Cloruro mórfico: 60 mg/24 horas vía sc
Fentanilo TD morfina oral	x 2,0	Paciente Fentanilo TD 100 mcg/h Morfina oral 100 mg/12 h. (200 mg/24 h)
Morfina oral Oxycodona oral	x 0,5	Morfina oral 30 mg / 12 h Oxycodona 15 mg/12 h.

## DOLOR EPISÓDICO: DOSIS DE RESCATES

Sevredol®: Comp: 10, 20 mg	1/ 6 dosis en 24 h de morfina oral	Tratamiento base: morfina oral 60 mg/12 h Dosis rescate Sevredol 20 mg
Cloruro mórfico: 1 %, 1 cc = 10 mg 2 %, 1 cc = 20 mg	1/10 dosis en 24 h de morfina sc	Tratamiento base: Cl. Mórfico, 60 mg/ 24 horas, vía sc Dosis rescate: Cloruro Mórfico 6 mg vía sc.
Citrato fentanilo oral transmucosa Actiq®		Iniciar con 200 mcg y ajustar

## ANALGÉSICOS COADYUVANTES

Son fármacos cuya indicación primaria no es el dolor pero tienen efecto analgésico en determinadas situaciones.

### Antidepresivos tricíclicos:

- **AMITRIPTILINA** (Tryptizol® comp. 10, 25, 50, 75 mg)  
Indicados en dolor neuropático. La acción analgésica es independiente de la antidepresiva. Pueden administrarse en dosis única nocturna. Debemos tener precaución sobre todo en ancianos por sus efectos secundarios: sedación, retención urinaria, hipotensión ortostática y sequedad de boca.  
Dosis: inicial 12,5-25 mg, incrementando 25 mg cada 3-5 días hasta dosis de 75-100 mg / día

### Anticonvulsivos:

Indicados en dolor neuropático. Para mejorar la tolerancia se recomienda realizar incrementos progresivos de la dosis.

Efectos secundarios: intolerancia digestiva (náuseas, vómitos), sedación, ataxia, somnolencia y confusión.

- **CARBAMAZEPINA**: (Tegretol® comp. 200, 400 mg)  
Dosis: inicial 200 mg/día; final 400-800 mg/día.
- **GABAPENTINA**: (Neurontin® comp. 300, 400, 600, 800 mg)  
Dosis: inicial 300 mg/día; final habitual 900-1.800 mg/día (máxima 2.400 mg/día).

## Corticoides:

Indicaciones: dolor óseo intenso, hipertensión endocraneal, compresión medular, compresión nervios periféricos, dolor por distensión de la cápsula hepática. El más utilizado en cuidados paliativos debido a su mayor vida media y menor efecto mineral corticoide es la DEXAMETASONA.

- DEXAMETASONA. Dosis: 8 -16 mg/día.

## DOLOR EPISÓDICO

Es la exacerbación transitoria del dolor añadida a un dolor persistente. Se divide en: a) incidental (previsible); b) irruptivo (espontáneo, aparece sin desencadenantes). Para considerarlo como tal es necesario que el dolor basal esté controlado adecuadamente.

### Tratamiento dosis de rescate (tabla 2):

#### ■ MORFINA LIBERACIÓN RÁPIDA (Sevredol® Comp. 10, 20 mg)

Las dosis de «rescate» se pautarán en función de la dosis de opioide utilizada para el control del dolor basal, y pueden repetirse a las 2-3 horas.

##### a. Pacientes en tratamiento con morfina de liberación retardada:

1/6 de la dosis total de morfina en 24 horas.

Ej: Paciente en tratamiento con morfina de liberación retardada de 60 mg/12 h, le corresponde rescate con 20 mg de morfina de liberación rápida.

##### b. Paciente en tratamiento con fentanilo de liberación transdérmica:

Calculamos la dosis equivalente entre fentanilo y morfina de liberación lenta, y posteriormente calculamos 1/6 de esa dosis.

Ej: Paciente en tratamiento con fentanilo transdérmico 50 mcg/h, equivalencia con morfina de liberación retardada 100 mg/24 horas, dosis de rescate con morfina liberación rápida 15 mg.

#### ■ CITRATO FENTANILO ORAL TRANSMUCOSA CFOT (Actiq® 200, 400,600,800 1.200 mcg)

Fármaco específicamente comercializado para el dolor episódico.

Dosis: No existe equivalencia entre la dosis de opioide utilizada para el dolor basal por lo que hay que ajustarla individualmente para cada paciente.

Se recomienda comenzar con la mínima dosis comercializada 200 mcg y valorar la respuesta a los 30 minutos; si persiste el dolor el paciente tomará una nueva dosis de 200 mcg, si esta segunda dosis es eficaz ante un nuevo episodio de dolor episódico, deberá utilizar la dosis de 400 mcg.

## TABLA 3: EFECTOS SECUNDARIOS DE LOS OPIOIDES

### EFECTOS SECUNDARIOS DE LOS OPIOIDES

Gastrointestinales	Sequedad de boca; estreñimiento; náuseas-vómitos.
Neuropsiquiátricos	Somnolencia, sedación; disforia; síndrome de neurotoxicidad (somnolencia, síndrome confusional, alucinaciones, mioclonías, hiperalgesia-alodinia).
Respiratorios	Depresión respiratoria.
Otros	Sudoración, retención urinaria, prurito.

### PRESCRIPCIÓN DE FÁRMACOS DE TERCER ESCALÓN

Morfina y fentanilo requieren receta oficial de estupefacientes, que debe acompañarse de la receta ordinaria de la entidad aseguradora correspondiente. Se pueden prescribir hasta cuatro envases del mismo opioide con una sola receta de estupefacientes, adjuntando las cuatro recetas ordinarias.



## BIBLIOGRAFÍA:

1. Benitez MA, Pérez MC, Fernández R, Cabrejas A. Diagnóstico y tratamiento del dolor oncológico crónico. *Aten Primaria* 2002; 29(6):374-377.
2. Benitez MA, Pérez MC, Fernandez R, Cabrejas A. Tratamiento del dolor oncológico crónico (II): el uso de los opiáceos. *Aten Primaria* 2002; 29(8): 513-516.
3. Bruera E, Schoeller T, Wenk R, MacEachern T, Marcelino S, Hanson J. A prospective multicenter assessment of the Edmonton Staging System for cancer pain. *J Pain Symptom Manage* 1995; 10(5):348-355.
4. Cherny N, Ripamonti C, Pereira J, Davis C, Fallon M, McQuay H et al. Strategies for manage the adverse effects of oral morphine: an evidence-based reports. *J Clin Oncol* 2004; 19(9):2542-2554.
5. Doyle D, Woodruff R. *Manual of Palliative care*. IAHPC. 2003.
6. Doyle D, Hanks G, MacDonald N. *Oxford textbook of palliative medicine*. 3 ed. Oxford: Oxford University Press, 2004.
7. Hanks GW, De Conno F, Ripamonti C, Ventafridda V, Hanna M, McQuay HJ et al. Morfina en el dolor canceroso: formas de administración. *Med Pal ( Madrid)* 1997; 4(4):5-13.
8. Hanks GW, Conno F, Cherny N, Hanna M, Kalso E, McQuay HJ et al. Morphine and alternative opioids in cancer pain: the EAPC recommendations. *Br J Cancer* 2001; 84(5):587-593.
9. Laporte J, Ibañez L, Vidal X, Vendrell L, Leone R. Hemorragia digestiva alta asociada a la utilización de AINE. *Fármacos nuevos en comparación con los clásicos*. *Drug Safety* 2004; 27(6):411-420.
10. Pascual L. Novedades terapéuticas en el tratamiento del dolor relacionado con el cáncer. *FMC* 2005; 11(7):407-413.
11. SIGN. *Control of pain in patients with cancer*. 2000.
12. WHO. *Cancer pain relief*. 2ª ed. Geneva: 1996.

## CRÉDITOS:

Grupo de trabajo de Cuidados Paliativos  
Coordinador: Lorenzo Pascual López, GdT Cuidados Paliativos

© 2006 Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC).  
Portaferrisa, 8, pral. 08002 Barcelona

[www.semfyec.es](http://www.semfyec.es)

Reservados todos los derechos. Queda prohibida la reproducción parcial o total de esta obra por cualquier medio o procedimiento, comprendidas la reprografía y el tratamiento informático, sin autorización o por escrito del titular del copyright.

Diseño y maquetación: ALEHOP · Ilustración: Víctor Escandell

ISBN: 84-96216-81-0