

Anexo 4. Material complementario al capítulo de manejo clínico de síntomas: dolor

Tabla 7. Evaluación y valoración del dolor mediante escalas

Métodos de Evaluación Verbal	
Permiten una evaluación por parte del propio paciente verbalmente o por escrito.	<p>a. Unidimensionales. Valoran una única dimensión (cantidad de dolor). Son la EVA (escala visual analógica), EVN (escala de valoración numérica), donde es el propio paciente el que “puntuá” su dolor. Son las más empleadas en la práctica clínica.</p> <p>b. Multidimensionales. Valoran más de una dimensión, siendo la cuantificación del dolor una de ellas en la mayoría de los casos.</p> <ul style="list-style-type: none"> – McGill Pain Questionnaire (MPQ) (221) – Cuestionario Breve del Dolor (BPI) (222) – Test de Lattinen (223, 224) – Escalas de valoración del dolor neuropático como DN4 (225, 226) y LANSS (227) – Test psicológicos/psicopatológicos como por ejemplo HADS (145)
Métodos conductuales	
Es un evaluador externo, y no el propio paciente quien evalúa el dolor del paciente.	<p>a. Escala facial (escala de expresión facial, FPS) (228)</p> <p>b. Escala de Campbell (229)</p> <p>c. PAINAD (230)</p>

Fuente: elaboración propia.

Tabla 8. Cuidados y medidas no farmacológicas para controlar el dolor en la situación de últimos días

<ul style="list-style-type: none"> – Tener en cuenta las dimensiones psicosocial, espiritual y cultural que puedan acompañar al dolor y dificultar su alivio. – Educar al entorno de cuidado para la prevención de situaciones que provoquen dolor (por ejemplo, movilizaciones). – Utilizar actitudes y herramientas de acompañamiento y apoyo emocional (empatía compasiva, escucha activa, presencia, acogimiento). Incluir a la familia y entorno de cuidado, reforzando positivamente su rol de cuidado. – Procurar un ambiente tranquilo y confortable (temperatura de la habitación, iluminación, ruidos, visitas). – Valorar el uso de medidas que puedan aliviar el dolor como aplicación de calor/frío, masajes, técnicas de relajación y meditación, distracción, musicoterapia, etc. Valorar de forma personalizada el uso de estas medidas antes, después y, si es posible, durante la experiencia dolorosa. – Fomentar o facilitar el descanso. – Valorar la efectividad de las medidas analgésicas tomadas. – Vigilar la aparición de efectos secundarios no deseados y tomar las medidas oportunas. Informar a paciente y familia sobre las causas y las medidas a tomar. – Valorar la factibilidad de usar la vía oral y compartir con el equipo la necesidad de cambiar la vía de administración si es el caso.
--

Fuente: elaboración propia a partir de varias fuentes (20, 231-234).

ASPECTOS PRÁCTICOS EN EL USO DE OPIOIDES: VÍAS DE ADMINISTRACIÓN; TITULACIÓN Y MEDICACIÓN DE RESCATE; CAMBIO y ROTACIÓN

1. Vías de administración

El GEG, por las peculiaridades que presentan las vías de administración en los pacientes en cuidados paliativos, especialmente en la SUD, y por su importante impacto en el manejo del dolor, cree necesario establecer unas recomendaciones específicas:

- a) Frecuentemente en SUD la vía oral no está disponible (incapacidad para tragar, disfagia, deterioro del nivel de conciencia, etc.), por lo que la alternativa será la parenteral (subcutánea o intravenosa) según el medio y disponibilidad.
- b) La necesidad de esta vía debería anticiparse cuando se vea próxima la pérdida de la vía oral o para mejorar la eficacia analgésica (mayor rapidez).
- c) La vía de elección en el domicilio es la vía subcutánea.
- d) Se utilizará la vía iv si:
 - Vía iv disponible antes de entrar en SUD.
 - Anasarca.
 - Riesgo de hemorragia.
 - Discrasia sanguínea con o sin riesgo de hemorragia con capacidad para producir hematomas subcutáneos.
 - Rechazo del paciente o de la familia al uso de la vía sc.
 - Necesidad de fármacos de uso exclusivo iv.
- e) Debe tenerse presente la importancia de evitar procedimientos agresivos y a veces, la canalización dificultosa de una vía venosa puede serlo.
- f) Se puede plantear el empleo del reservorio en pacientes portadores del mismo, pero se debe valorar cuidadosamente en el medio domiciliario por la frecuente necesidad de establecer una infusión continua.
- g) La vía transdérmica puede no ser confiable por la disminución de la perfusión en la SUD, aunque si el síntoma está controlado podrá mantenerse esta opción utilizando la vía sc o iv para el resto de fármacos.
- h) Deben tenerse en cuenta las preferencias del paciente y/o familia en cuanto a la vía de administración.
- i) Para el cambio de vía oral a vía parenteral se tendrán en cuenta las siguientes consideraciones:
 - La dosis equianalgésica por vía sc es la mitad de la dosis oral y un tercio por vía iv aunque algunos autores consideran ambas vías parenterales similares (vo: sc=1/1/2; vo: iv=1/1/3) (235).

- Se iniciará la infusión continua de morfina parenteral (iv o sc) entre las 6-8 horas de la última toma de morfina oral de liberación retardada. Puede optarse por la administración en bolus cada 4 h. en lugar de infusión continua, si se prevé escasa supervivencia o si no hay disponibilidad de infusores.

2. Titulación y medicación de rescate:

Si el paciente no tenía un opioide previo, el fármaco de elección en SUD es la morfina. La dosis de inicio de morfina de acción rápida es:

- Si mantiene la vía oral, de 5-10 mg/4 h de morfina oral de liberación rápida (235).
- Si no disponemos de la vía oral: 3-5 mg/4 h iv o sc. O perfusión continua con 15-30 mg/24 h vía subcutánea ó 10-20 mg/24 h vía iv (235).

Siempre se dejará medicación de rescate que será entre un 10 y un 16 % (1/6) de la dosis total diaria.

3. Cambio y rotación de opioides

Se mantendrá, en principio el opioide previo, si bien en SUD puede ser necesario realizar un cambio de opioide cuando se presente la pérdida de la vía oral. Para ello se tendrá en cuenta las dosis equianalgésicas según lo referido en tabla 9.

En algunas ocasiones, si bien poco frecuente en SUD, puede ser necesario realizar el procedimiento conocido como rotación de opioides que consiste en un cambio de un opioide potente por otro con el objetivo de mejorar la analgesia o disminuir los efectos secundarios.

Puede ser útil realizar una rotación opioide en los siguientes casos (235):

- Somnolencia excesiva o enlentecimiento psicomotor sin fallo cognitivo.
- Neurotoxicidad inducida por opioides (delirium, mioclonías, hiperalgesia).
- Náuseas, vómitos, íleo paralítico.
- Fallo primario opioide.

Para realizar una rotación opioide se recomienda seguir los siguientes pasos (236):

1. Calcular la dosis total de opioide utilizada en las últimas 24 horas. Para ello sumaremos la dosis de opioide basal y la dosis de los rescates utilizados.
2. Calcular la dosis equivalente de morfina oral (DEMO). Para ello emplearemos una tabla de equivalencia o factor de conversión (235). La tabla de equivalencia se aplicará con precaución debido a que hay gran variedad en el metabolismo y farmacodinámica de los medicamentos, por lo que muchos pacientes con características similares pueden tener respuestas muy diferentes a los mismos.
3. Elección del nuevo opioide y calcular la dosis equivalente del opioide al que vamos a rotar, en general, morfina parenteral (fentanilo o metadona en casos de dolor difícil a nivel hospitalario).
4. Reducción de dosis entre un 25 y 50 % de la dosis del nuevo opioide:

- Reducción del 50 % si:
 - Dosis altas de opioide basal.
 - No caucasiano.
 - Anciano/fragilidad.
 - Insuficiencia hepática o renal severas.
 - Reducción del 25 % si:
 - No se cumplen las condiciones anteriores.
 - Se cambia la vía de administración, pero no el opioide.
 - Dolor severo sin efectos adversos.
5. Establecer la dosis total diaria del nuevo opioide y dividir por el número de dosis diarias. En el caso más habitual de la SUD, que será la rotación a morfina iv o subcutánea, se podrá utilizar:
- En bolus, cada 4 horas.
 - En perfusión continua, iv o subcutánea en infusores (ISCC).
6. Dejar siempre medicación de rescate:
- Dosis de rescate: 10-15 % de la dosis total diaria (1/6).
 - Tiempo para repetir los rescates:
 - 1 ó 2 horas para la vía oral, excepto los fentanilos ultrarrápidos (sublinguales o nasales), que se podrán repetir entre 15 y 30 minutos (según formulación)
 - 30 minutos para la vía subcutánea o intravenosa.
7. Ajustar en 48-72 h.

Algunas consideraciones especiales

- Respecto al fentanilo: si la rotación es a fentanilo, no se aplicará reducción de dosis. Debe tenerse en cuenta que la disminución de la perfusión periférica en la SUD puede disminuir la efectividad del fentanilo TTS, si bien, si el paciente está bien controlado, puede mantenerse añadiendo las dosis necesarias vía subcutánea.
- En cuanto a la metadona, la rotación debería realizarse por personal experto, dada la dificultad en su uso por su farmacocinética impredecible con posibilidad de acumulación, determinación ratio equianalgésica muy variable y gran cantidad de interacciones farmacológicas.
- Insuficiencia renal: especial precaución con el uso de morfina, oxicodona e hidromorfona por su eliminación vía renal. En estos casos puede considerarse ajuste de dosis. Fentanilo y metadona se consideran seguros en insuficiencia renal.
- Insuficiencia hepática: precaución también con la morfina, oxicodona y metadona siendo el fentanilo el más seguro en este caso.

Tabla 9. Tabla de rotación de opioides (ROP-ICO): equivalencias entre diferentes dosis de opioides y ratios de conversión*

Opioide	Posología/vía	Dosis										Ratio de conversión morfina vo: opioide
		5	10	15	20	30	45	60	90	120	160	
Morfina (mg)	c/4 h vo	5	10	15	20	30	45	60	90	120	160	2:1 (÷2)
	c/24 h vo	30	60	90	120	180	270	360	540	740	960	
	DE vo	5	10	15	20	30	45	60	90	120	160	
	c/24 h sc	15	30	45	60	90	135	180	270	370	480	
	DE sc	3	5	8	10	15	23	30	45	62	80	
	c/24 h iv	10	20	30	40	60	90	120	180	247	320	
	DE iv	2	3	5	7	10	15	20	30	41	53	3:1 (÷3)
Oxicodona (mg)	c/24 h vo	20	40	60	80	120	180	240	360	490	640	1,5:1 (÷1,5)
	DE vo	3	6	10	13	20	30	40	60	80	100	
Hidromorfona ** (mg)	c/24 h vo	6	12	18	24	36	54	72	108	148	192	5:1 (÷5)
	DE morfina vo	5	10	15	20	30	45	60	90	120	160	
Tapentadol *** (mg)	c/24 h vo	100	200	300	400	600	900	1.200	1.800	2.400	3.150	1:3,3 (x3,3)
	DE morfina vo	5	10	15	20	30	45	60	90	120	160	
Metadona (mg)	c/8 h vo	3	5	7	5	7	12	10	15	20	26	< 90 mg →4:1 90-300 mg →8:1 >300 mg →12:1
	DE vo	1,5	3	4	3	4	6	5	8	10	13	
	c/24 h iciv/icsc	7	12	17	12	17	28	24	36	48	60	
	DE iv/sc	1	2	3	2	3	5	4	6	8	10	
Fentanilo (µg/h)***	Dosis/h c/72 h TTS	12,5	25	37,5	50	75	112,5	150	225	308	400	1 mg morfina: 10 µg fentanilo (x10) (x 10/24 h si parche)
	Dosis del parche	1 de 12	1 de 25	1 de 25 + 1 de 12	1 de 50	1 de 75	1 de 100 + 1 de 12	2 de 75	3 de 75	3 de 100	4 de 100	
Fentanilo (µg)***	c/24 h iv o sc	300	600	900	1.200	1.800	2.700	3.600	5.400	7.400	9.600	
Buprenorfina (µg/h)	c/72 h TTS	17,5	35	52	70	105	157	No administrar dosis superiores de buprenorfina				1 mg morfina: 14 µg buprenorfina (x 14/24 h → Fc = 0,583)
	Dosis del parche	½ de 35	1 de 35	1 de 52,5	1 de 70	1 de 70 + 1 de 35	2 de 70					

*Las ratios de conversión expuestas en esta tabla corresponden al paso de morfina oral a otras vías de administración u otros opioides. Para realizar la conversión inversa se deberían aplicar los factores multiplicadores inversos, excepto en el caso de pasar de hidromorfona oral a morfina oral (ratio 3,7:1) y para pasar de metadona oral a morfina no existe una conversión específica, pero se propone la ratio metadona oral: morfina oral 1:5.
 ** En estos momentos, no existen formulaciones de acción rápida que puedan ser utilizadas como medicación de rescate.
 *** Puede rescatar con la dosis extra de los correspondientes opioides potentes o con la dosis efectiva de fentanilo transmucoso. En el caso de administrar fentanilo parenteral: rescate inicial con 50 µg iv y ajustar posteriormente según respuesta analgésica y duración.
 ≠ En el caso de tapentadol, la conversión a morfina se realiza a partir de las equivalencias entre tapentadol y oxicodona. Las dosis máximas recomendadas en la ficha técnica son 500 mg/24 h. A partir de estas dosis se debe evaluar de forma muy precisa la indicación y vigilar la posible aparición de efectos secundarios.
 DE: dosis extra; vo: oral; sc: subcutánea; iv: intravenosa; iciv: infusión continua intravenosa; icsc: infusión continua subcutánea; TTS: parche transdérmico; Fc: factor de conversión.

Fuente: tomado de Alvaro Pardo et al. (2019) (235).