

XVIII
CURSO



PARA RESIDENTES

EN CONTROL DE SÍNTOMAS Y TERAPIAS DE SOPORTE



VALENCIA

dèl 29 de febrero
al 1 de marzo de 2024

HOTEL MELIÀ VALENCIA

@_seom #mirSEOM24

Dolor crónico oncológico: manejo práctico

María del Mar Muñoz Sánchez. Hospital Gral Virgen de la Luz. Cuenca



Disclosure Information 2024

- Employment: SESCAM
- Consultant or Advisory Role: -
- Stock Ownership: -
- Research Funding: -
- Speaking: -
- Grant support: -
- Other: Conclusiones post-SABCS – Novartis
IBC - Novartis





**E
S
Q
U
E
M
A**

- Introducción
- Etiopatogenia
- Diagnóstico - Evaluación
- Estrategia terapéutica
- Diagrama - Resumen
- Bibliografía



XVIII
CURSO



PARA RESIDENTES

EN CONTROL DE SÍNTOMAS Y TERAPIAS DE SOPORTE



**E
S
Q
U
E
M
A**

-Introducción

- **Definición**
- **Epidemiología**
- **Impacto y barreras**
- **Situación en nuestro medio**

-Etiopatogenia

-Diagnóstico - Evaluación

-Estrategia terapéutica

-Diagrama - Resumen

-Bibliografía



SEOM
Sociedad Española
de Oncología Médica

Departamento
SEOM-SEOM
Cuidados Continuos

Fundación
SEOM

DEFINICIÓN DE DOLOR



F. Zóbel - Saeta

“Una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada o no a una lesión tisular, o que se describe con las manifestaciones propias de tal lesión”

IASP 1994 (International Association Study of Pain).

Visión **multidimensional** del dolor.

El dolor no es exclusivamente una sensación debida a la estimulación de los nociceptores, también implica la existencia de un factor emocional.

DEFINICIÓN DE DOLOR CRÓNICO RELACIONADO CON EL CÁNCER



Guía GADO

El **dolor crónico relacionado con el cáncer** se define como:

- el causado por el tumor 1ario o las MTS (dolor crónico por cáncer) o
- por su tratamiento (dolor crónico 2ario al tratamiento del cáncer)
- \neq del dolor causado por otra enfermedad comórbida.

IASP classification of chronic pain for ICD-11: chronic cancer-related pain - 2019

CIE - International Classification of Diseases

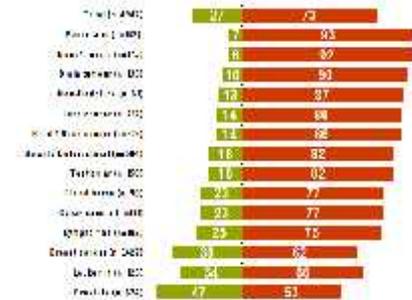
¿CUÁNDO APARECE EL DOLOR?



EPIDEMIOLOGÍA DEL DOLOR EN ONCOLOGÍA

El dolor crónico es uno de los síntomas **más frecuentes y temidos** en los pacientes oncológicos:

- **Prevalencia** entre 33 y 64 %,
 - Según la localización de la neoplasia la prevalencia oscila:
 - tumores de cabeza y cuello (70%), GI (60%),
 - ginecológicos, pulmón, GU, mama (40%-55%)
 - y colorrectales (27%)
- España: prevalencia de dolor crónico en pacientes con cáncer 55%. De ellos, dolor neuropático 20-33% y dolor irruptivo en torno al 40%
- Aprox **33% de los pacientes**, no recibe un tratamiento analgésico adecuado



IMPACTO DEL DOLOR

- 30% de las visitas a urgencias de los pacientes oncológicos son x dolor.
- El dolor oncológico se relaciona con:
 - ✓ estrés emocional,
 - ✓ depresión y
 - ✓ deterioro de la calidad de vida.
- Al menos 30% de los pacientes tiene mal control del dolor x infratto
- Se han identificado **barreras** para un manejo adecuado del dolor

Factores que pueden determinar el infratratamiento del dolor oncológico

| | |
|----------|--|
| Paciente | <ul style="list-style-type: none"> - Resistencia a contar los síntomas - Escaso cumplimiento terapéutico - Alteraciones cognitivas - Estrés afectivo - Temor a adicción o tolerancia - Concepto de “buen paciente” tolerando el dolor - Impresión negativa hacia el entorno - Problemas económicos - Creencia de que si hay dolor implica mal pronóstico - Miedo a la suspensión del tratamiento oncológico activo |
| Familia | <ul style="list-style-type: none"> - Temor a que el dolor conlleve malas noticias - Preocupación por tolerancia o adicción - Falta de comprensión de las instrucciones |
| Sistema | <ul style="list-style-type: none"> - Dificultad comunicación At. Primaria – Hospital - Falta de tiempo en las consultas - Recursos limitados en UCP domiciliarios u hospitalarios - Dificultad de acceso a Unidad del Dolor - Escasez de multidisciplinaridad - Prescripción electrónica con límite de envases |
| Médico | <ul style="list-style-type: none"> - Escasez de tiempo - Preocupación por la toxicidad de los analgésicos - Dificultad en la evaluación y monitorización - Escasa comunicación sobre síntomas - Conocimiento no adecuado |



PERSPECTIVA DE LA SITUACIÓN DEL CONTROL DEL DOLOR EN NUESTRO MEDIO



Professional survey on knowledge and clinical patterns of pain management in Spanish medical oncology

Y. Escobar Álvarez et al PMID: 21156412 Clin Transl Oncol 2010 Dec;12(12):819-24. doi: 10.1007/s12094-010-0603-8

Cancer pain is still not treated adequately. The barriers impeding its appropriate treatment include **lack of knowledge, erroneous beliefs and inappropriate attitudes** with regard to pain, which are sustained by some or all of those involved in the problem [...] The study identified those skills that most need improvement in the treatment of pain (**scientific and technical knowledge and clinical decision-making capacity of professionals**) in order to reduce the unjustified variability in current clinical practice.

El dolor oncológico es un problema complejo y de gran importancia en la práctica clínica diaria, que requiere un tratamiento multidimensional.

El **empleo de la distintas guías clínicas existentes mejora** el manejo del dolor (ESMO, SEOM, NCCN, etc)
De esta forma, el dolor oncológico puede ser aliviado aprox en el 90% de los casos

A survey of perceptions, attitudes, knowledge and practices of medical oncologists about cancer pain management in Spain

J. García-Mata et al PMID: 29721765 Clin Transl Oncol . 2018 Aug;20(8):1061-1071. doi: 10.1007/s12094-017-1826-8. Epub 2018 May 2.

Unlike in previous surveys, medical oncologists reported in **general good knowledge and few perceived limitations and barriers** for pain management. However, **multi-disciplinary management and collaboration with other specialists are still uncommon**. Oncologists' commitment to optimize pain management seems important to improve and maintain good practices.

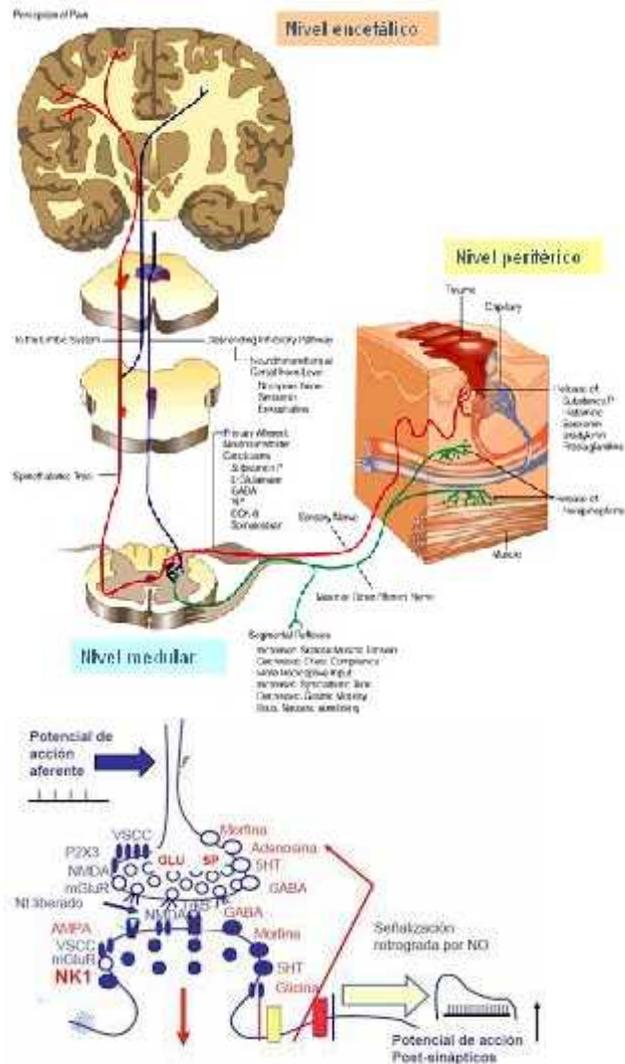


**E
S
Q
U
E
M
A**

- Introducción
- Etiopatogenia**
 - **Etiología**
 - **Fisiopatología**
 - **Clasificación**
- Diagnóstico - Evaluación
- Estrategia terapéutica
- Diagrama - Resumen
- Bibliografía



FISIOPATOLOGÍA



❑ Dolor nociceptivo.

Originado por un daño a un tejido no neural, es consecuencia de la activación de los nociceptores (receptores del SNP capaces de transducir señales de estímulos dolorosos).

▪ Somático:

Causado por el estímulo de nociceptores de piel, músculo, articulaciones, hueso y partes blandas.

Características: localizado, superficial, punzante o pulsátil (p.ej.: lumbalgia).

Estímulos térmicos, barométricos, químicos o mecánicos.

▪ Visceral:

Originado en mucosas y serosas de órganos, músculo liso y vasos.

Características: sordo, profundo, difuso, como presión o tracción (p.ej.: cólico).

Estímulos como isquemia e hipoxia, distensión, inflamación.

Suele acompañarse de síntomas vegetativos, por transmitirse por SNA

❑ Dolor neuropático

Dolor causado por una lesión o disfunción del sistema nervioso.

❑ Dolor psicógeno

DSM-5 lo clasifica como un trastorno de síntomas somáticos con dolor caracterizado por pensamientos, emociones o comportamientos excesivos relacionados con dolor, desproporcionados para el daño físico real, pero con una sensación real de dolor.

No se refiere a los trastornos psicológicos que pueden provocar dolor intenso, ni tampoco a los factores psicológicos del individuo que pueden exacerbar un dolor.

Infrecuente en pacientes con cáncer.

FISIOPATOLOGÍA



❑ **Dolor nociceptivo.**

Originado por un daño a un tejido no neural, es consecuencia de la activación de los nociceptores (receptores del SNP capaces de transducir señales de estímulos dolorosos).



▪ Somático:

Causado por el estímulo de nociceptores de piel, músculo, articulaciones, hueso y partes blandas.

Características: localizado, superficial, punzante o pulsátil (p.ej.: lumbalgia).

Estímulos térmicos, barométricos, químicos o mecánicos.



▪ Visceral:

Originado en mucosas y serosas de órganos, músculo liso y vasos.

Característicamente es sordo, profundo, difuso, usualmente descrito como presión o tracción (p.ej.: cólico).

Estímulos como isquemia e hipoxia, distensión, inflamación.

Suele acompañarse de síntomas vegetativos, por transmitirse por SNA



CLASIFICACIÓN DEL DOLOR ONCOLÓGICO

TEMPORALIDAD

- **Dolor agudo:** inicio repentino y una relación estrecha temporal y causal con la lesión que lo produce. Se le atribuye una función protectora.
- **Dolor crónico:** persiste en el tiempo, a veces más allá de la afectación orgánica con la que inicialmente existió relación y puede producir cambios fisiológicos y psicológicos que le confieren entidad de enfermedad en sí mismo.
 - Además, sus repercusiones sociales, laborales y económicas potencian el sufrimiento del paciente.
 - Fisiopatológicamente, Los fenómenos de sensibilización periférica y central están implicados en la cronificación del dolor
- **Dolor irruptivo (DIO):** Este último merece una mención especial por su elevada prevalencia, lo mucho que impacta en la calidad de vida de los pacientes y lo habitualmente infradiagnosticado e infratratado que se halla⁷. Aunque no hay una definición unánime, los consensos más recientes definen el dolor irruptivo oncológico como un episodio de dolor intenso en un paciente que recibe una dosis estable de opioides por un dolor basal persistente de intensidad suficiente para precisar analgesia moderada.

INTENSIDAD

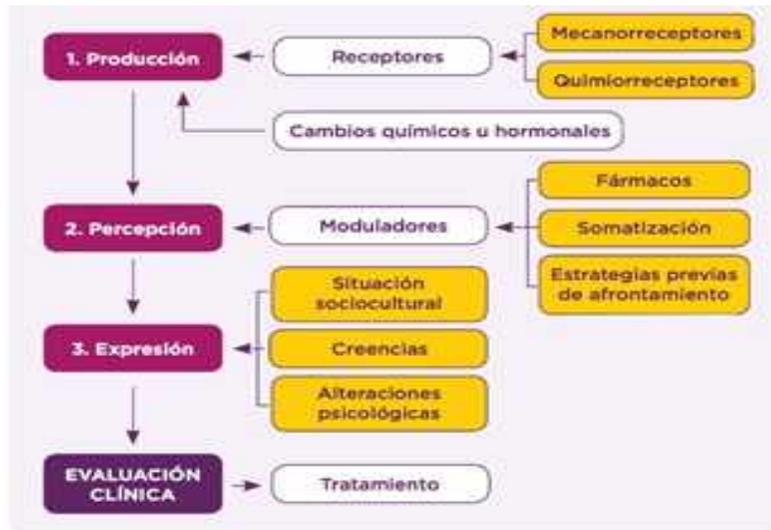
- Leve – EVA < 3 – 1º escalón OMS
 - Moderado – EVA 3-6/10 – 2º escalón ó 3er escalón a dosis <
 - Intenso – EVA > 6/10 – 3er escalón
-



**E
S
Q
U
E
M
A**

- Introducción
- Etiopatogenia
- Diagnóstico – Evaluación**
 - **Diagnóstico clínico**
 - **Escalas de evaluación**
- Estrategia terapéutica
- Diagrama - Resumen
- Bibliografía





Modificado de GADO

| Dimensión | Descripción |
|---------------------------------|--|
| Intensidad | Cantidad de dolor |
| Patrón temporal | Variaciones en intensidad y frecuencia |
| Factores que alivian o empeoran | Farmacológicos y no farmacológicos |
| Localización | Dónde duele |
| Interferencia | Impacto en la calidad de vida |
| Calidad | Sensación específica asociada |
| Efecto | Significado del dolor |
| Duración | Tiempo de evolución |
| Creencias | Actitudes, estrategias de afrontación |
| Historia | Experiencias dolorosas previas |

DIAGNÓSTICO CLÍNICO DEL DOLOR

EVALUACIÓN :

- ✓ Cribado - preguntar por dolor en cada visita,
- ✓ Anamnesis adecuada,
- ✓ Revisar historia clínica,
- ✓ Exploración física completa,
- ✓ Revisión sistemática de características del dolor:
 - Instrumentos – herramientas
 - Dolor es subjetivo, involucrar al paciente en su descripción, evaluación y monitorización.
- ✓ Detallarlo en la historia clínica
- ✓ ¿Se requieren pruebas dgctas complementarias para pautar tratamiento?
- ✓ Decidir con paciente y familia objetivos

El tratamiento individualizado óptimo requiere una evaluación correcta.

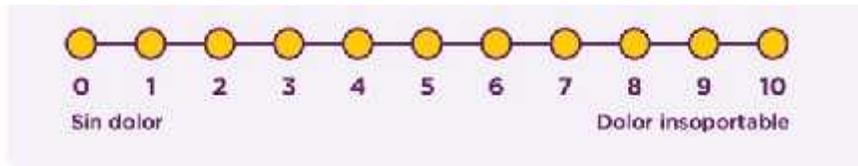
ESCALAS PARA LA EVALUACIÓN DEL DOLOR: UNIDIMENSIONALES

Escala Verbal Simple

Elegir la palabra que mejor cuantifica la intensidad del dolor:

- a) NADA – POCO – BASTANTE – MUCHO;
- b) LIGERO – MODERADO – INTENSO – ATROZ;
- c) NO HAY DOLOR – LEVE – MODERADO – INTENSO – INSOPORTABLE.

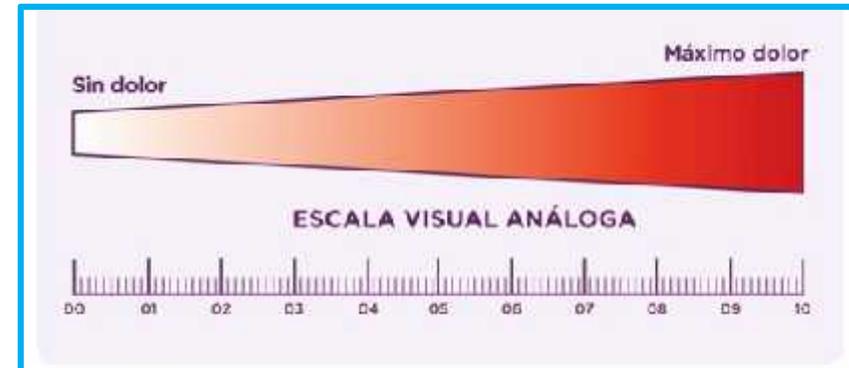
Escala numérica



Caras de Wong-Baker Escala de Expresión Facial para edad pediátrica



Escala luminosa analógica (Nayman)

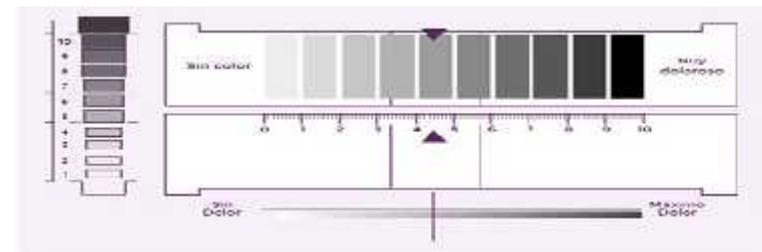


La **EVA** se considera de uso universal para la medida unidimensional del dolor, independiente del idioma y aplicable en diversos ámbitos culturales.

Pros: simple, sensible y reproducible.

Inconveniente: algunos pacientes son incapaces de marcar el punto de intensidad del dolor

Escala grises de Luesher



ESCALAS PARA LA EVALUACIÓN DEL DOLOR: MULTIDIMENSIONALES

Tarjeta de evaluación del dolor del MSKCC



Escala Edmonton ECSCP
Classification System for Cancer Pain

| | | |
|-----------------------------------|------------------------|---|
| Nada de náuseas | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | El peor dolor que se pueda imaginar |
| Nada agotado durante el día | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | Lo más agotado que se pueda imaginar |
| Sin náuseas | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | Las peores náuseas que se pueda imaginar |
| Nada desahogado | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | Lo más desahogado que se pueda imaginar |
| Nada nervioso (temeroso, ansioso) | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | Lo más nervioso que se pueda imaginar |
| Nada somnoliento | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | Lo más somnoliento que se pueda imaginar |
| Ninguna dificultad para respirar | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | La mayor dificultad para respirar que se pueda imaginar |
| El mejor apetito | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | Nada de apetito |
| Duerme perfectamente | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | La mayor dificultad para dormir que se pueda imaginar |
| Sentirse perfectamente | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | Sentirse lo peor que se pueda imaginar |
| Otro problema | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | |

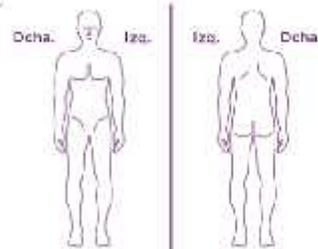
Cuestionario breve para la evaluación del dolor o Brief Pain Inventory (BPI-short form) multidimensional - interferencias

BREVE INVENTARIO DE DOLOR (FORMA ABREVIADA)

1. A lo largo de nuestras vidas, la mayoría de nosotros hemos tenido dolor de vez en cuando (como dolores de cabeza, esguinces y dolores de muelas menores). ¿Ha tenido o tiene un dolor diferente de estos tipos a diario?

Sí No

2. En los diagramas, sombree las áreas donde usted siente dolor. Ponga una X en el área que más le duele.



3. Califique su dolor marcando la casilla junto al número que mejor describe su dolor en su peor momento en las últimas 24 horas.

Sin dolor 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 El peor dolor que puede imaginar

4. Califique su dolor marcando la casilla junto al número que mejor describe su dolor al menos en las últimas 24 horas.

Sin dolor 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 El peor dolor que puede imaginar

5. Califique su dolor marcando la casilla junto al número que mejor describa su dolor en el promedio.

Sin dolor 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 El peor dolor que puede imaginar

6. Califique su dolor marcando la casilla junto al número que le indica cuánto dolor tiene ahora.

Sin dolor 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 El peor dolor que puede imaginar

ESCALA VALIDADA EN CASTELLANO Y Escobar et al

McGill Pain Questionnaire multidimensional - cualidades

The form includes a list of descriptors for pain quality (e.g., burning, throbbing, aching) and a body diagram for marking pain locations. It also includes a section for 'SÍNTOMAS ASOCIADOS' (Associated symptoms).

Escala pronóstica de control del dolor NIPAC

| Mecanismo del dolor | Conducta activa |
|-------------------------------|------------------------------|
| N1 En caso | A0 Sin conducta activa |
| N1 Aliviado y controlado | A1 Conducta activa presente |
| N2 No aliviado | A2 En información suficiente |
| M1 Sin información suficiente | B1 Infrareactivo |
| Dolor ineficaz | C0 Sin sistema cognitivo |
| N3 Sin información | C1 Dolor no percibido |
| N4 Dolor ineficaz presente | C2 Dolor no percibido |
| N5 Sin información suficiente | C3 En información suficiente |
| Dolor psicológico | |
| P0 Sin información suficiente | |
| P1 Dolor psicológico presente | |
| P2 Sin información suficiente | |

HERRAMIENTAS DE SOPORTE PARA LA EVALUACIÓN DEL DOLOR



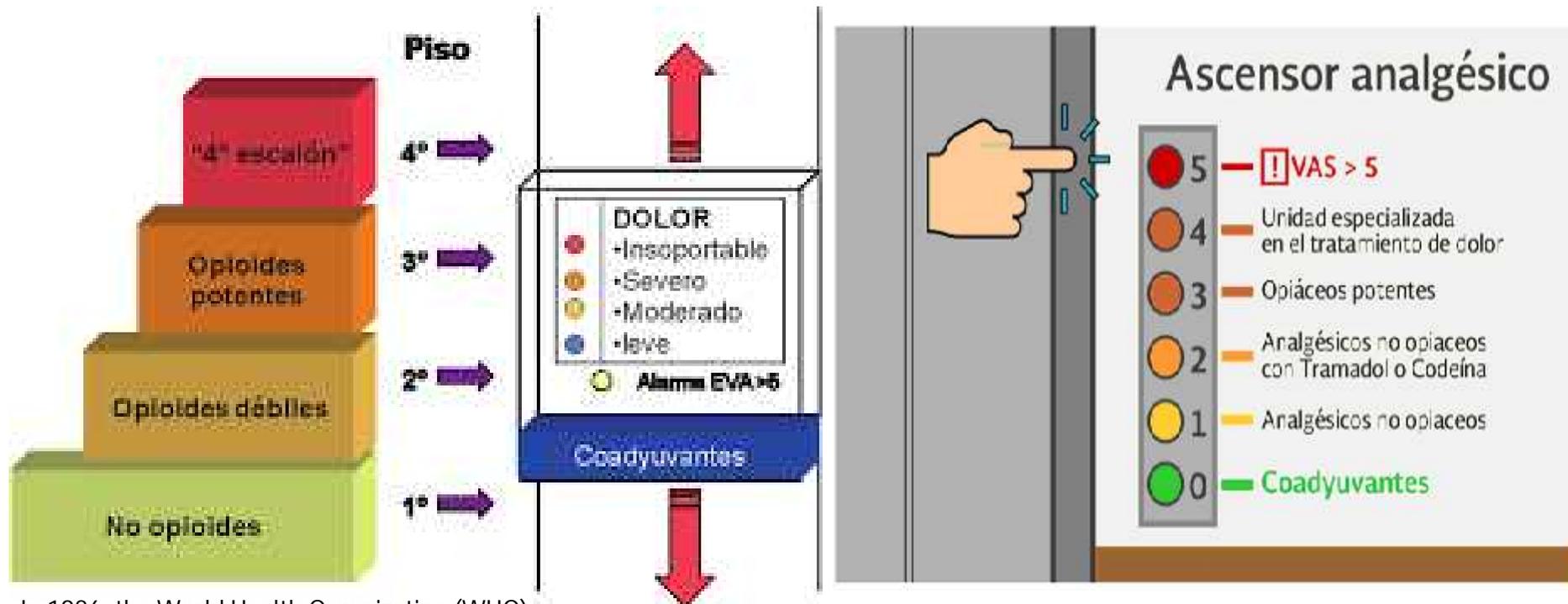


**E
S
Q
U
E
M
A**

- Introducción
- Etiopatogenia
- Diagnóstico - Evaluación
- Estrategia terapéutica**
 - **Dolor crónico**
 - **Otros aspectos**
- Diagrama - Resumen
- Bibliografía



TRATAMIENTO DEL DOLOR CRÓNICO ONCOLÓGICO: CONCEPTO DE ESCALERA VS ASCENSOR



In 1986, the World Health Organization (WHO) proposed the WHO analgesic ladder to provide adequate pain relief for cancer patients.

TRATAMIENTO DEL DOLOR CRÓNICO ONCOLÓGICO

- **Dgtco y evaluación:**
 - posibles causas,
 - tipo de dolor
 - factores desencadenantes o de alivio,
 - estado de ánimo
 - dimensión psico-social,
- **Intensidad del dolor:**

EVA > ó = 7 iniciar de entrada 3º escalón .
- **Vía de administración analgesia:**
 - Recomendada: VO
 - Dificultad deglución: formas transdérmicas
 - Parenteral en algunas circunstancias (SC, IV)
 - Consensuar con paciente y cuidador

1

- Evaluar antes de tratar
- Estrategia gradual planificada
- Tto combinado (no solo farmacológico)

2

- Tto etiológico específico y eficaz.
- Posología fácil y sencilla. Horario pautado
- Vía de administración adecuada
- Prevención y tto de las crisis : tto prn, “extras”
- Prevenir efectos secundarios de los analgésicos
- Seguimiento: Revisar y monitorizar constantemente

3

- Información clara y comprensible., por escrito
- Promover el cumplimiento terapéutico
- Mostrar al enfermo disponibilidad y flexibilidad
- Involucrar al paciente y al cuidador en evaluación, seguimiento, tto (diario, etc)

PRIMER ESCALÓN

Indicaciones: – dolor leve ó – dolor moderado o severo en combinación con 2 ó 3 escalón con opioides.

Muy útiles en dolor somático. Además, ANTIPIRÉTICOS. Admón v.o., i.v., algunos tb s.c. (ketorolaco) ó rectal (paracetamol)

Techo terapéutico. No causan tolerancia. Revisar antecedentes de hipersensibilidad y contraindicaciones (IR, etc)

▪Paracetamol

- Mecanismo de acción central, inhibidor COX-3.
- Se puede combinar con AINE´s tanto como con opioides.
- Dosis: 1 gr/8 horas (VO)
- Hepatotoxicidad.

Metamizol

Pirazolona: Mecanismo de acción en 3 niveles: periférico, medular y central.

Dosis: 575 mg/6 horas (VO)

Efectos adversos: - hipoTA

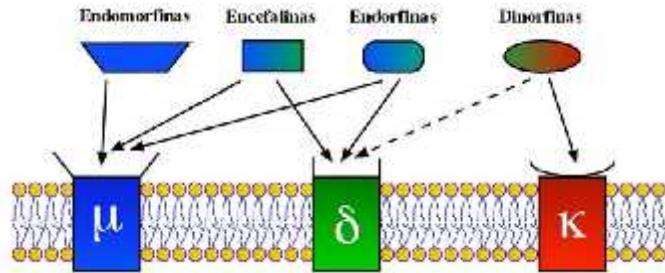
- agranulocitosis, anemia hemolítica

- S. Stevens-Johnson – S. Lyell

AINE´s

- Mecanismo de acción periférico – inhib COX-1 y COX-2.
- No deben combinarse con otro AINE. Sí con paracetamol y/o opioides.
- Selección según: perfil de acción y de efectos secundarios. Mejor a priori usar t1/2 corto.
- P. ej: ibuprofeno 600 mg/8 horas (VO)
- Reacciones adversas:
 - GI – asociar gastroprotección (IBP, etc)
 - Renales: < fx renal, alter hidroelectrolíticas, HTA
 - Reacciones hematológicas raras, mecanismo inmunitario: disfunción plaquetaria

CLASIFICACIÓN DE FÁRMACOS OPIOIDES



Tipos de receptores opioides:

- MOR = μ OR = Mu
- DOR = δ OR = Delta
- KOR = κ OR = Kappa
- NOP = receptor nociceptina

- La activación de cualquiera de los receptores opioides es capaz de producir analgesia, pero también otros efectos distintos en los diferentes tipos de receptores.
- Los distintos opioides tienen diferentes patrones de interacción con cada uno de los receptores. Varían en:
 - ✓ **Afinidad:** capacidad de unión al receptor
 - ✓ **Actividad intrínseca:** efecto producido
 - ✓ **Eficacia:** máxima respuesta inducida por la unión de un fármaco sobre los receptores.
 - ✓ **Potencia:** relación entre las dosis de dos opioides requeridas para producir el mismo efecto analgésico.

Clasificación

Basados en las distintas interacciones del fármaco con los receptores:

- **Agonistas puros:** opioides agonistas muy preferentes y, en ocasiones, selectivos sobre receptores μ , máxima actividad intrínseca.
- **Agonistas-antagonistas Mixtos:** actúan sobre más de un receptor. Sobre MOR se comportan como agonistas parciales o como antagonistas.
- **Agonistas parciales:** actúan sobre receptores μ con actividad intrínseca inferior a la de los agonistas puros.
- **Antagonistas puros:** afinidad sobre receptores pero sin actividad intrínseca.

| Opioides | |
|--|--|
| Agonistas Puros | Agonista-Antagonista |
| <ul style="list-style-type: none"> • Codeína • Dextropropoxifeno • Tramadol • Morfina • Metadona • Petidina • Fentanilo Transdérmico y Transmucoso • Oxycodona • Hidromorfona • Tapentadol | <ul style="list-style-type: none"> • Pentazocina |
| | Agonistas Parciales |
| | <ul style="list-style-type: none"> • Buprenorfina |
| | Antagonistas |
| | <ul style="list-style-type: none"> • Naloxona • Naltrexona • Alvimopan • Naloxegol |

SEGUNDO ESCALÓN

Opioides menores – indicación en dolor moderado: **Techo terapéutico**. Su efecto está **limitado en el tiempo** 30-40 días.

Se puede combinar con 1º escalón. No deben combinarse con 3º escalón: no mejora la eficacia analgésica y sí > toxicidad

Codeína :

Actualmente escaso uso como analgésico, sí como **antitusígeno**

Tramadol:

75-400 mg/día repartidas en 3 ó 4 tomas VO en formulación rápida

Tb disponible VO liberación gradual e iv.

Atención a la toxicidad:

metabolizador ultrarrápido,

Síndrome serotoninérgico y convulsiones

Buprenorfina TD

Clasificada como opioide mayor, pero se utiliza con frecuencia como 2 escalón. Agonista parcial de receptores μ , muy potente (25 a 50 veces > morfina) y altamente lipofílico, vía transdérmica y sublingual. Se ha descrito techo analgésico, puede producir síndromes de abstinencia si se da en pacientes que estén utilizando otros opioides.

Los rescates deben hacerse con buprenorfina sublingual.

Puede utilizarse en insuf renal o hepática

En las diversas guías recomendación II C

naloxona tiene dificultad para antagonizar los efectos de la buprenorfina – ojo en pacs EPOC / insuf respiratoria

CONTROVERSIAS SOBRE EL SEGUNDO ESCALÓN DE LA ESCALERA ANALGÉSICA



- Dudas de la mayor eficacia de opioides débiles sobre AINE´s
- **Metanálisis no demostró su utilidad frente a 1 escalón sólo – Cochrane 2014.**
- **Pac con dolor moderado: Uso temprano de opioides mayores (morfina, fentanilo TTD) a dosis bajas tiene mejores resultados vs 2º escalón y sin mayor toxicidad.**
- Propuesta: prescindir del 2 escalón y utilización sólo de estos escalones analgésicos:
 - ✓ AINE para el dolor leve
 - ✓ Opioides mayores para el dolor que no responde a los AINE.
- **NO demorarse en el paso al tercer escalón.**

TERCER ESCALÓN

- Los opioides mayores son PIEDRA ANGULAR en el tto del dolor crónico oncológico
- Indicación:
 - tras el fracaso escalonado de la analgesia
 - de entrada en dolor severo (EVA > 6).
- No tienen un techo analgésico
- La dosis limitante determinada por efectos secundarios graves (depresión respiratoria, sedación excesiva o síndrome de neurotoxicidad inducida por opioides - NIO)
- **La evidencia indica una eficacia similar entre morfina oral, hidromorfona, oxicodona y metadona.**

☐Morfina

- Gold standard – opioide mayor de referencia
- Versatilidad y disponibilidad de presentaciones
- Puede utilizarse por cualquier vía (VO, SC, IV, rectal, intratecal)
- Metabolización hepática
- **Precaución en insuf renal**



SELECCIÓN ENTRE LOS DISTINTOS OPIOIDES

❑ Oxycodona

- Análogo semisintético de la morfina con acción sobre receptores μ y κ y con una alta biodisponibilidad oral.
- Tiene una potencia analgésica algo superior a la de la morfina.
- Puede utilizarse por vía oral, SC e IV.

❑ Oxycodona/naloxona

- La asociación permite mantener el perfil farmacocinético de la oxycodona **disminuyendo la disfunción intestinal**.

❑ Hidromorfona

- Análogo semisintético de la morfina con acción sobre receptores μ . Biodisponibilidad oral variable (35-80%).
- Se elimina por conjugación hepática y sus metabolitos se eliminan por vía renal. **Ojo en insuf renal.**
- VO y parenteral

❑ Metadona

- Alta biodisponibilidad oral (mayor del 85%).
- **Puede utilizarse en insuf renal o hepática.**
- **Provoca prolongación QT.**
- **Dificultad manejo clínico por farmacodinámica y farmacocinética complejas**

❑ Fentanilo

- Agonista opioide puro sintético. Su bajo peso molecular, alta potencia (entre 80 y 100 veces mayor que la morfina) y solubilidad en lípidos lo hacen ideal para admón TD.
- Inicio de la acción: vía intravenosa: 1-2 minutos; vía intramuscular: 7-5 minutos; vía transmucosa: 5-15 minutos; vía epidural: 4-10 minutos.
- **Puede utilizarse en insuf renal**
- **Cuando vía oral no esté disponible**
- **Evitar en sudoración profusa o pac no titulado con dolor severo**

❑ Tapentadol

- Doble mecanismo de acción central: agonista de receptores μ e inhibidor de la recaptación de noradrenalina.
- **Dolor neuropático**
- **Mejor tolerabilidad gastrointestinal comparada con morfina**
- Relación de potencia alrededor de 3:1. Biodisponibilidad oral del 32%.
- Metabolismo hepático excretándose en orina en forma de metabolitos conjugados. **Puede utilizarse en insuf renal**

SELECCIÓN ENTRE LOS DISTINTOS OPIOIDES:

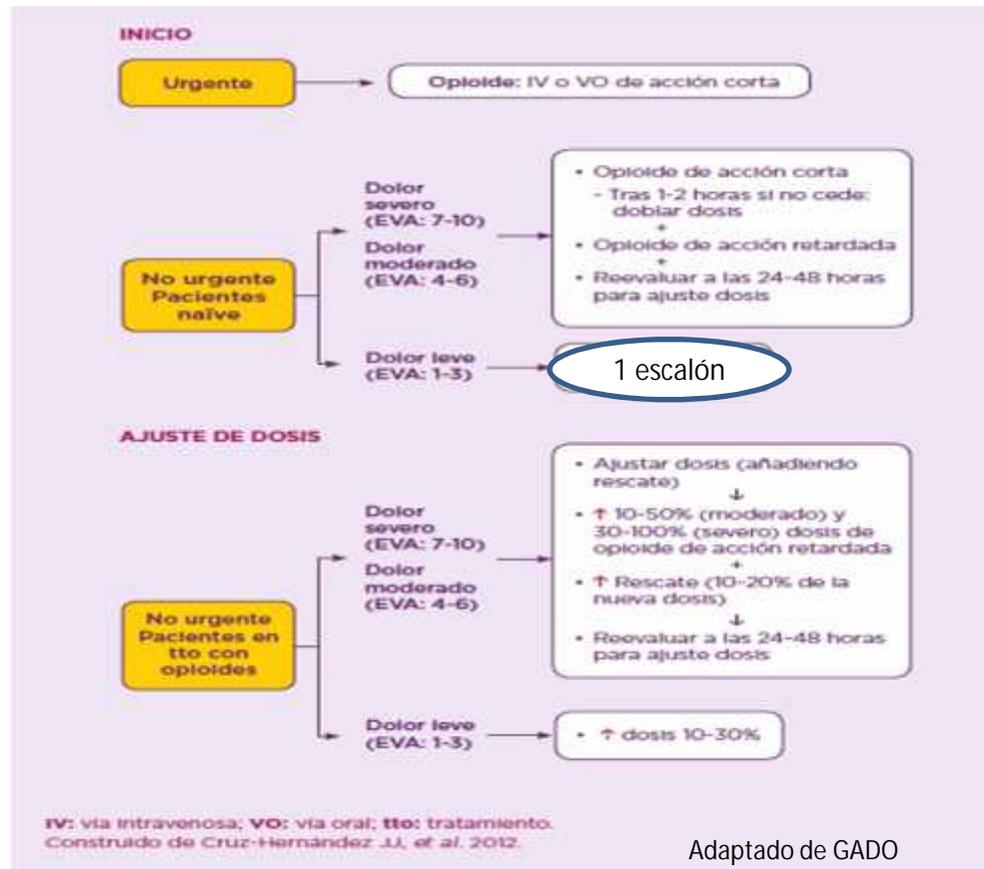
¿Qué opioide es mejor en cada caso? – individualizar

¿Cómo realizar la elección?

- ✓ Vía de admón
- ✓ Seguridad
- ✓ Eficacia
- ✓ Comorbilidades



TITULACIÓN DE UN OPIOIDE



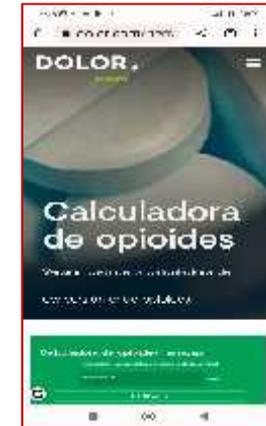
- Profilaxis antiemética
- Prevenir/evitar estreñimiento
- Comprobar fx renal / hepática
- Interacciones farmacológicas
- Explicar y resolver dudas
- Instrucciones por escrito

- Prescribir:
 - ✓ Tto de base
 - ✓ Dosis rescate - extras

| Producto | Conversión | Cálculo |
|--------------|---|---------|
| Morfina | Morfina Oral: Morfina SC | 2:1 |
| | Morfina Oral: Morfina IV | :3:1 |
| Oxicodona | Morfina Oral: Oxicodona Oral | 2:1 |
| Tapentadol | Morfina Oral: Tapentadol Oral | 2,5:1 |
| Hidromorfona | Morfina oral: Hidromorfona oral 1 vez al día | 5:1 |
| Buprenorfina | Morfina Oral: Buprenorfina Transdérmica | 100:1 |
| Codeína | Morfina Oral: Codeína Oral | 16,5 |
| Tramadol | Morfina Oral: Tramadol Oral | 15 |
| Fentanilo | Morfina Oral: Fentanilo TTD | 100:1 |
| | Morfina Oral: Fentanilo IV | 100:1 |

ROTACIÓN OPIOIDE

- Variabilidad interindividual en la sensibilidad a los diferentes opioides
- Diferentes propiedades farmacocinéticas y farmacodinámicas
- Causas más frecuentes para realizar una ROP:
 - dolor refractario
 - toxicidad secundaria
 - situación clínica del paciente



Pasos necesarios para la rotación de opioides

- MME= Calcular la dosis diaria total del opioide (incluyendo rescates administrados).
- Calcular dosis equivalente del nuevo opioide (tablas equianalgésicas).
- Disminuir por tolerancia cruzada incompleta 25-30% la dosis calculada
 - >30% si pac anciano, neurotoxicidad inducida por opioide (NIO) o patología cardiovascular, hepática o IR.
 - <20% si paciente con dolor intenso.
- Establecer dosis de mantenimiento según vida media del fármaco.
- Prescribir dosis de rescate.
- Monitorización estrecha del paciente:
 - eficacia analgésica
 - presencia de efectos secundarios

CALCULADORAS DOSIS

- I-doctus
- Merckmanuals.com
- Semergen
- Anescal.
- Dolor.com
- Ferrerone.com

TOXICIDAD DE LOS OPIOIDES

Durante la titulación

- GI
 - Náuseas
 - Estreñimiento
 - Vómitos
- SNA
 - Xerostomía
 - Retención urinaria
 - Hipotensión postural
- SNC
 - Somnolencia
 - Sedación severa
 - Depresión respiratoria
- Cutáneos
 - Prurito

En el curso del tratamiento

- GI
 - Estreñimiento
- SNA
 - Xerostomía
 - Retención urinaria
 - Hipotensión postural
 - Sudoración
- SNC
 - Deterioro cognitivo
 - Sedación
 - Alucinaciones / delirio
 - Depresión respiratoria
 - Hiperalgnesia, alodinia
 - Mioclonías / convulsiones
- Cutáneos: Prurito

Toxicidad a largo plazo:

- S. inmunológico:
 - Inmunosupresión
- SNC:
 - Dependencia física o mental
 - Tolerancia
 - Hiperalgnesia
- S. Endocrino
 - Hipogonadismo (< testosterona)
 - Osteopenia

10– 20% of cancer patients receiving opioid therapy may need to change treatment due to severity of 2^o effects
American Society of Pain and Neuroscience (ASPN) Best Practices and Guidelines

MANEJO TOXICIDAD OPIOIDES

Informar al paciente y a su cuidador / familiar

Reducir dosis del opioide basal asociando un adyuvante o analgésico de 1 escalón

Abordar la dimensión psico-social del dolor

Estrategias farmacológicas:

- Antieméticos para reducir náuseas (profilaxis)
- Laxantes para evitar estreñimiento (desde el inicio)
- Lubricantes, enemas
- PAMORA (antagonista receptor μ - acción periférica) – naloxegol

ATENCIÓN CON LAS INTERACCIONES

Sobredosis severa de opioide – naloxona (antagonista receptor μ)

ROTACIÓN OPIOIDE

Mitos de los opioides

Una de las razones para la infrautilización de opioides en nuestro medio
Se corrigen con información

Cómo evitar el uso incorrecto / abuso de opioides:

Precauciones universales: educación e información al paciente – CI

Seguimiento - monitorización

Herramientas de cribado: Opioid Risk Tool (ORT) , Current Opioid Misuse Measure (COMM).

Ser especialmente cuidadoso en la prescripción de opioides mayores a pacs largos supervivientes

TRATAMIENTOS ESPECÍFICOS PARA EL DOLOR PRODUCIDO POR LA NEOPLASIA



TTO
SISTÉMICO
(QT, HT, IO, etc)



RT
RT ext
Radiocirugía



Cirugía



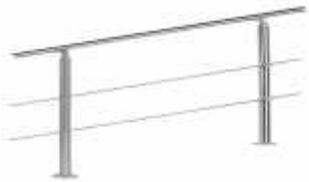
Radioisótopos

Tratamientos
intervencionistas



Ag
modificadores
del metabolismo
óseo





TERAPIAS COADYUVANTES PARA ANALGESIA (dolor nociceptivo)

- COANALGÉSICO: fármaco con acción analgésica propia, aunque su uso primario no es analgésico (Antidepresivos y anticonvulsivantes ...)
- COADYUVANTE ANALGÉSICO: fármaco sin acción analgésica propia, pero que administrado con analgésicos convencionales contribuye a disminuir el dolor por otros mecanismos.
 - **Corticoides** gran utilidad en muchos síndromes dolorosos (componente inflamatorio, dolor visceral con cuadro vegetativo, etc)
- COADYUVANTE: fármaco sin acción analgésica propia, que no contribuye a aumentar la analgesia en sí misma, pero sí mejora la calidad de vida. (Laxantes, ansiolíticos, antidepresivos...)
 - **Benzodiacepinas** –ansiedad, espasmos musculares, insomnio

Se pueden utilizar en cualquiera de los escalones de la Escalera Analgésica

- EJEMPLOS PRÁCTICOS:
 - ✓ Dolor crónico compresivo por crecimiento del tumor o MTS - corticoides (2ª opción: AINE)
 - ✓ Dolor crónico asociado a ansiedad-crisis de pánico- BZD (Diazepam 5mg/noche. Midazolam 5-10mg/iv. Alprazolam 0,25-0,5mg/8h)
 - ✓ Espasmos musculares - Diazepam (2ª opción: Miorrelajantes)

IMPORTANCIA DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINAR EN EL ABORDAJE DEL DOLOR

1.-ABORDAJE PSICOLÓGICO

Dimensión psico-social del dolor



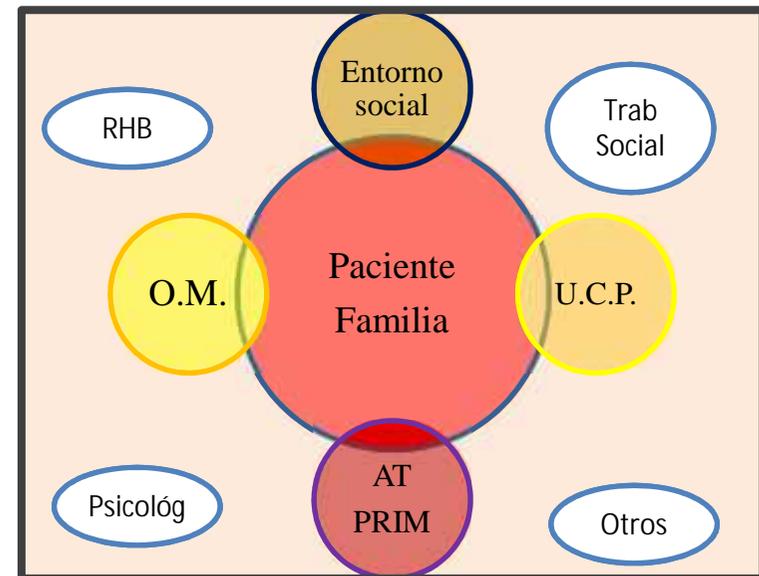
2.-RHB, trabajo social, evaluación por distintos servicios

3.-Comunicación entre niveles: At. Primaria - Hospital

4.-Paciente- familia:

- Información: Explicar causas del dolor
- Hacerles partícipes en la evaluación,
- seguimiento y tto

5.-Coordinación dentro del equipo asistencial
(DUE's, TCAE's, MIR's, FEA's...)

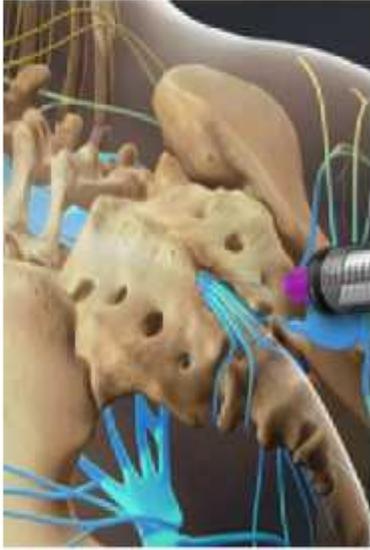


SI EL DOLOR NO SE CONTROLA: 4º ESCALÓN



CATÁLOGO DE PRESTACIONES EN DOLOR ONCOLÓGICO UNIDADES DEL DOLOR

| | | |
|---|--|---------------------------------|
|  | BLOQUEOS NERVIOSOS | NO NEUROLÍTICOS NEUROLÍTICOS |
|  | INFUSION ESPINAL | |
|  | TÉCNICAS DE CEMENTACIÓN VERTEBRAL / NO VERTEBRAL | |
|  | NEUROMODULACION | |
|  | RADIOFRECUENCIA | |
|  | INFUSION SISTÉMICA | |



Adaptado César Margarit

SÍNDROMES DE DOLOR ONCOLÓGICO

La fisiopatología suele ser mixta y puede llevar otros síntomas asociados, además del dolor (disnea, etc).

Requieren abordaje más complejo, tratamientos farmacológicos y no farmacológicos y manejo multidisciplinar.

- **Dolor óseo por cáncer** Habitualmente provocado por metástasis óseas, que además, son la causa más frecuente de dolor por cáncer.
 - Etiología: dolor provocado por el propio tumor, aunque puede ser debido a invasión directa o secundario a fractura o daño de estructuras adyacentes.
 - Fisiopatología: dolor somático, aunque suele asociar un componente neuropático por lesión directa de nervios adyacentes.
- Dolor por cáncer de páncreas - Síndrome de la línea media retroperitoneal
- Mucositis: síndrome doloroso agudo más frecuente en el paciente oncológico en tratamiento activo
- Obstrucción intestinal.
- Síndrome por distensión hepática
- Obstrucción ureteral
- Dolor torácico
- Dolor pélvico y perineal
- Linfedema
- Compresión medular

SITUACIONES ESPECIALES

- Paciente con comorbilidades
 - IR
 - Insuficiencia hepática
 - Deterioro cognitivo
- Largos supervivientes
- Final de la vida - delirium



DOLOR TOTAL

En el paciente terminal con dolor, la influencia negativa de factores como el miedo, la angustia, el aislamiento, los conflictos familiares, espirituales, sociales o económicos conforman un complejo síndrome doloroso de difícil manejo denominado dolor psicosocial o "dolor total" y que precisa una actuación terapéutica multidisciplinar (tratamiento farmacológico del dolor y otros síntomas, junto con medidas de apoyo emocional, psicológico y/o espiritual)

Cicely Saunders



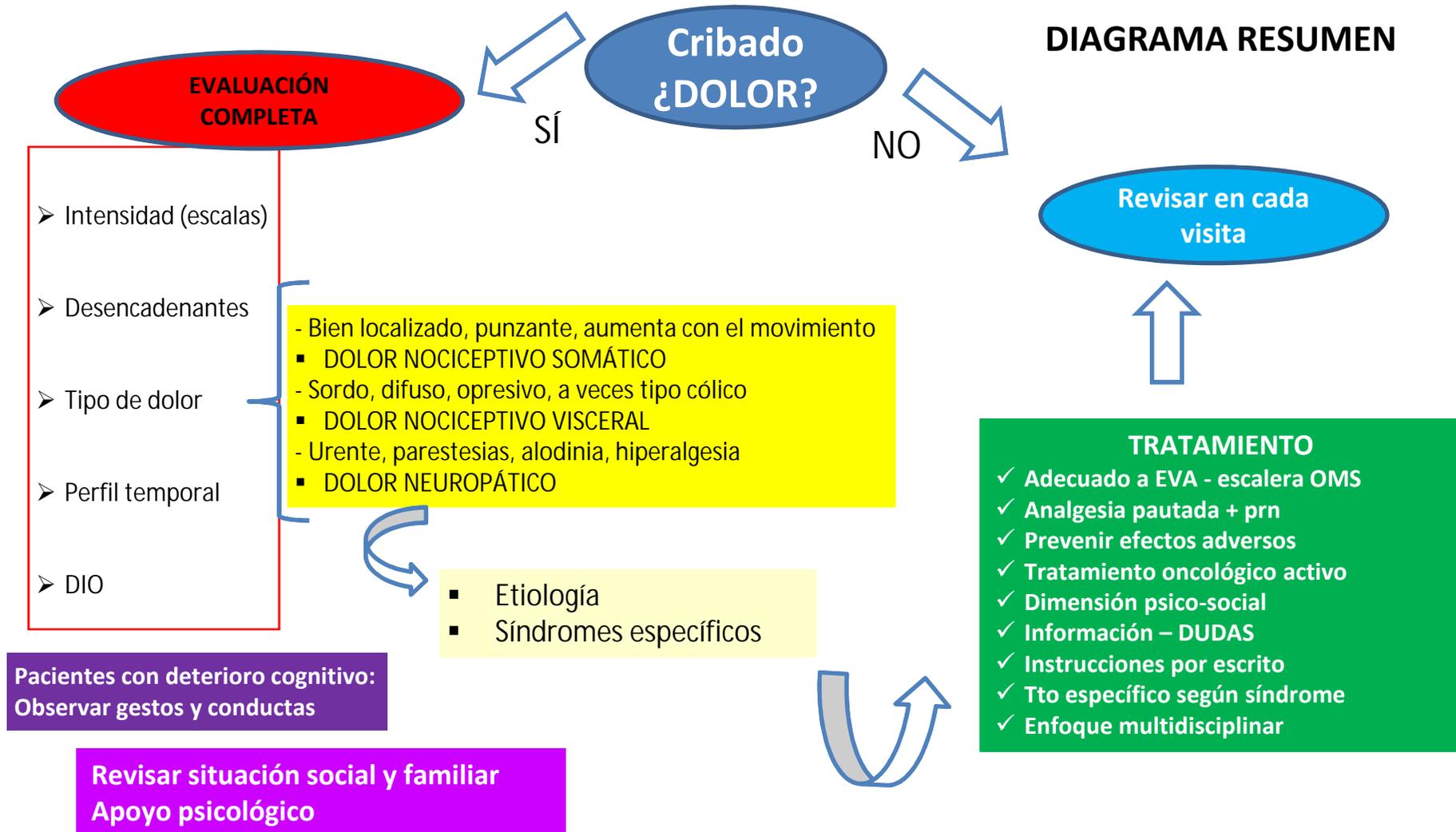


**E
S
Q
U
E
M
A**

- Introducción
- Etiopatogenia
- Diagnóstico - Evaluación
- Estrategia terapéutica
- Diagrama - Resumen**
- Bibliografía



DIAGRAMA RESUMEN





Received 26 June 2018 | Revised 14 November 2018 | Accepted 11 November 2018
 DOI: 10.1002/ejcp.1244

WILEY **EJP**
 European Journal of Pain

REVIEW ARTICLE

Standards for the management of cancer-related pain across Europe—A position paper from the EFIC Task Force on Cancer Pain

TABLE 1 Proposed ICD-11 classification of cancer-related pain

| Level 1 | Level 2 | Level 3 | Level 4 |
|---------------------|---------------------------|--------------------------|---|
| Cancer-related pain | Cancer pain | Visceral cancer pain | |
| | | Bone cancer pain | |
| | | Neuropathic cancer pain | |
| | Postcancer treatment pain | Postcancer medicine pain | Painful chemotherapy-induced polyneuropathy |
| | | Postradiotherapy pain | Painful radiation induced neuropathy |
| | | Postcancer surgery pain | |

ICD-11:

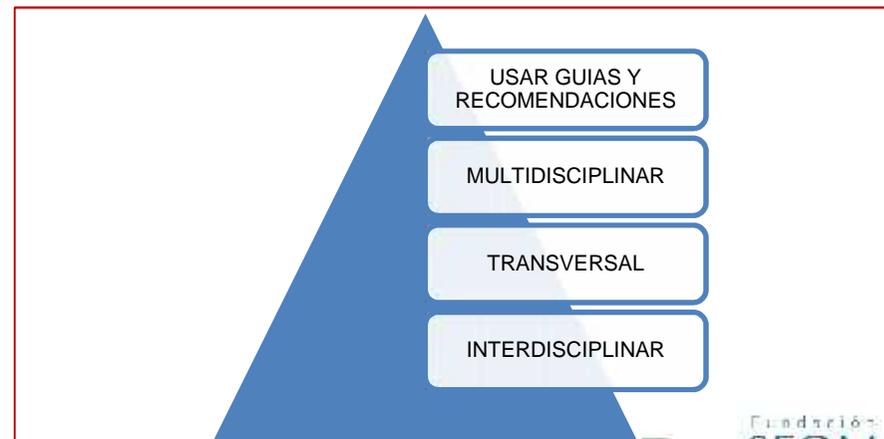
ESMO European Society for Medical Oncology
 www.esmo.org

Journal of Clinical Oncology | Volume 36, Number 14 | April 15, 2018
 ISSN 0732-183X/DOI:10.1200/JCO.2017.74412

CLINICAL PRACTICE GUIDELINES

Management of cancer pain in adult patients: ESMO Clinical Practice Guidelines[†]

M. Fallon¹, R. Glaser², E. Mellè³, P. Hoskin⁴, B. Balkr⁵, M. Sharma⁶ & C. L. Hippenmatt⁷ on behalf of the ESMO Guidelines Committee⁸





**E
S
Q
U
E
M
A**

- Introducción
- Etiopatogenia
- Diagnóstico - Evaluación
- Estrategia terapéutica
- Diagrama - Resumen
- Bibliografía**





BIBLIOGRAFÍA

- The IASP classification of chronic pain for ICD-11: chronic cancer-related pain. 2019 Jan;160(1):38-44. doi: 10.1097/j.pain.0000000000001363.
- NCCN: adult cancer pain. 2023.
- The American Society of Pain and Neuroscience (ASPAN) Best Practices and Guidelines for the Interventional Management of Cancer-Associated Pain. Journal of Pain Research 2021.
- Management of Cancer Pain in Adult Patients: ESMO Clinical Practice Guidelines. 2018 - Ann Oncol (2018) 29 (Suppl 4): iv166–iv191. Fallon M et al. *ESMO Guidelines Committee*
- SEOM clinical guideline for treatment of cancer pain (2017) Jara C et al. . 2018 Jan;20(1):97-107. doi: 10.1007/s12094-017-1791-2. Epub 2017 Nov 10.
- 3ª Edición del Manual SEOM de Cuidados Continuos. 2019.
- GADO: guía para el abordaje multidisciplinar del dolor oncológico. Curso y guía (2º edición)
Perez C, Alonso A, Ramos A, Villegas F, Virizuela JA. (coords.) et al. Guía para el abordaje interdisciplinar del dolor oncológico. 1ª edición. Enfoque Editorial; 2017

FUTURO PRÓXIMO ... YA PRESENTE

A randomized controlled trial of a novel artificial intelligence-based smartphone application to optimize the management of cancer-related pain

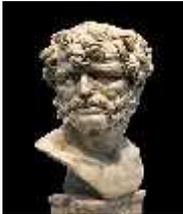
Mihir Kamdar, Stephen Agbooko, Amanda Centi, Nils Fischer, and Kamal Jethwani

PARTNERS HEALTHCARE PIVOT LABS
EMORY UNIVERSITY
MICHIGAN STATE UNIVERSITY

MASSACHUSETTS GENERAL HOSPITAL
PALLIATIVE CARE

- ASCO Meeting Library Video: A randomized controlled trial of a novel artificial-intelligence based smartphone application to optimize the management of cancer-related pain.

<https://player.vimeo.com/video/501680473>
#PallOnc18. ASCO



Visión filosófica sobre el dolor a lo largo de la historia

Edad Antigua

“No os espante el dolor; o tendrá fin o acabará con vosotros”.

L. A. Séneca

Edad Media

El dolor exige dos cosas: *“alcanzar un mal – que es mal porque nos priva de un bien- y la percepción de este logro”.* Tomás de Aquino.



Edad Moderna

“Toda ciencia viene del dolor. El dolor busca siempre la causa de las cosas, mientras que el bienestar se inclina a estar quieto”. S. Zweig.



Edad Contemporánea

“El sufrimiento empeora a las gentes y a los pueblos”. Fernando Savater.





"Las palabras son,
en mi no tan humilde opinión,
nuestra más inagotable
fuente de magia,
capaces de infringir daño
y de remediarlo"
A. Dumbledore
J.K. Rowling.

Muchas gracias por vuestra atención



SEOM
Sociedad Española
de Oncología Médica

Departamento
SEOM-SEOM
Cuidados Continuos

Fundación
SEOM