



Opioides en el manejo del Dolor en Cuidados Paliativos

Autor: Dr. Mauricio Morales Inzunza. Residente Medicina Familiar mención Adultos UCM.

Revisor: Dr. Pablo Guerrero González. Docente Subdepartamento Medicina Familiar UCM

Resumen:

El dolor es un síntoma prevalente en cuidados paliativos y su manejo adecuado es esencial para mejorar la calidad de vida del paciente. Se requiere una evaluación integral que considere tipo, intensidad y características del dolor, utilizando escalas como la ENA o EVA. El tratamiento se guía por la escala analgésica de la OMS: se emplean opioides débiles para dolor moderado y fuertes para dolor severo. Es fundamental individualizar la dosis, considerar comorbilidades (hepática o renal) y elegir la vía adecuada. Se debe educar sobre efectos adversos comunes y estar atentos a los graves, que pueden requerir cambio de fármaco. La rotación de opioides es clave ante efectos secundarios, ineficacia o cambios clínicos del paciente.

Introducción:

El dolor corresponde a una experiencia subjetiva y multidimensional desagradable. Es uno de los síntomas más prevalentes en los pacientes que se encuentran en programas de cuidados paliativos (1). Su adecuado manejo no solo mejoraría la calidad de vida, sino que también permite al paciente mantener su dignidad, autonomía y confort en la fase final de su enfermedad. En este contexto, los fármacos opioides representan una importante alternativa de tratamiento, especialmente en aquellos que presenten dolor moderado o severo.

Desarrollo:

El primer paso consiste en realizar una evaluación integral del dolor. En esta debemos caracterizarlo desde el punto de vista de localización, cronología, curso, agravantes, atenuantes, identificar su tipo (nociceptivo, neuropático, mixto) y objetivar la intensidad, para lo cual podemos utilizar la Escala Numérica Análoga (ENA) o Escala Visual análoga (EVA) (2). Para la elección del tratamiento farmacológico se utiliza como punto de partida la escala analgésica de la OMS, la cual nos permite clasificar la intensidad del dolor en leve (ENA 1-4), moderado (ENA 5-6) y severo (ENA 7-10). Típicamente, en el dolor moderado se indican opioides débiles, mientras que en dolor severo se utilizan opioides fuertes (3).

Para el inicio de opioides debemos tener en consideración prescribir dosis fijas, a intervalos regulares, indicando además siempre dosis de rescate, que corresponderá al 10% del total de la dosis/día del opioide escogido. En caso de requerir más de 3 dosis de rescate al día, debemos recalcular la dosis basal. La titulación siempre debe ser individualizada y cuidadosa, siendo la dosis ideal aquella que nos permita controlar el dolor con la menor cantidad de efectos colaterales (4).

Tampoco podemos dejar de lado las comorbilidades del paciente y alteraciones de la funcionalidad, deglución, etc. En pacientes con insuficiencia hepática, se recomienda comenzar con dosis menores y espaciar los intervalos de administración de opioides, mientras que, en casos de insuficiencia renal, deben evitarse opioides como la Morfina y el Tramadol. En estos contextos, se prefieren medicamentos como el Fentanilo, la Metadona y la Buprenorfina, debido a su metabolismo y eliminación más seguros en dichos escenarios (4).

Opioides débiles

Indicados en el dolor moderado, como característica principal tienen una dosis máxima (efecto techo). Entre ellos tenemos disponibles (Tabla 1):



Fármaco	Dosis	Características principales
Tramadol	50-100 mg cada 6 horas (máximo 400 mg/día) Existe presentación con Paracetamol en comprimido (325/37.5mg, hasta 8 comprimidos día)	-Disminuye el umbral convulsivo. -De elección en dolor neuropático moderado -No utilizar en insuficiencia respiratoria grave. -Eficacia ligeramente superior a Codeína, 10 veces menor que Morfina.
Codeína	30-60 mg cada 4-6 horas (máximo 240 mg/día)	-Acción antitusiva y antidiarreica -No se recomienda su uso en Asma o EPOC.

Tabla 1: Opioides débiles. Referencias (1), (2)

Opioides fuertes

Uso en presencia de dolor severo, no presentan efecto techo. Los más utilizados son (tabla 2):

Fármaco	Dosis	Características principales
Morfina	5 mg cada 4 horas por vía oral o 3 mg cada 4 horas por vía subcutánea	Presentaciones en forma de liberación retardada (comprimido 30 mg), rápida (jarabe, gotas) o inmediata (vía subcutánea)
Fentanilo	25 o 50 mcg/hr en parche transdérmico cambio cada 3 días	-Útil en Dolor neuropático -Inicio lento 12-30 hrs -Acompañar de dosis de rescate en forma de Tramadol, Morfina de liberación rápida
Buprenorfina	10 mcg/hr cambio cada 7 días en parche transdérmico, 35 mcg/hr cada 3.5 días en parche transdérmico	-Mismas condiciones que Fentanilo, pero este se puede fraccionar.
Tapentadol	50 mg cada 12 horas en comprimido	-Útil en dolor neuropático. -Alternativa oral

Tabla 2: Opioides fuertes. Referencias (1), (2)

Efectos adversos de Opioides

Es importante educar correctamente al paciente y su entorno con respecto a los posibles efectos adversos. Se describen de dos tipos, en primer lugar, aquellos esperables, o tratables, como pueden ser náuseas y vómitos, somnolencia, constipación y xerostomía, de estos es importante mencionar que la constipación es el único que no presentará tolerancia en el tiempo, por lo que tenderá a requerir manejo específico. En segundo lugar, existen aquellos no esperables y que requerirán el cambio de opioide, de estos se destaca el delirium, somnolencia severa, mioclonías y la depresión respiratoria (4)

Rotación de opioides

En caso de falta de eficacia analgésica, efectos secundarios intolerables, tolerancia al opioide o cambios clínicos en el paciente (como pérdida de la vía oral), debe considerarse una rotación de opioides o cambiar la vía de administración (por ejemplo, a subcutánea o transdérmica). Debemos utilizar el concepto de dosis equianalgésica, (dosis en la cual dos opioides proveen aproximadamente el mismo efecto analgésico). En general se recomienda reducir dosis de equianalgésia en un 30%, si hacemos cambio de principio activo (5).



Conclusión:

El manejo efectivo del dolor en cuidados paliativos requiere una evaluación integral y el uso cuidadoso de opioides. Su correcta indicación, ajuste y seguimiento permite aliviar el sufrimiento, preservando la dignidad y el confort del paciente en el final de la vida.

Bibliografía

1. Ministerio de Salud. Orientación técnica de Cuidados Paliativos Universales. 2022
2. Total M, Ventoso S. Manejo y tratamiento del dolor en cuidados paliativos. Rev Clin Med Fam. 2020
3. Blanquer J, Lopez L. Dolor crónico somático no controlado en paciente terminal, Resolución. Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria. 2018
4. Pareja D, Leiva O. Opioides en el manejo del dolor moderado a severo en pacientes con cáncer. Programa de Medicina Paliativa. Pontificia Universidad Católica de Chile. 2021
5. Palma A, Taboada P, Nervi F. Medicina Paliativa y Cuidados Continuos, primera edición. Pontificia Universidad Católica de Chile. 2010