

## Manejo y tratamiento del dolor en cuidados paliativos

Marta Torcal Baz<sup>a</sup> y Sagrario Ana Ventoso Mora<sup>b</sup>

<sup>a</sup> Médico de Familia. Máster en Cuidados Paliativos. Unidad de Cuidados Paliativos. Gerencia de Atención Integrada de Valdepeñas / Manzanares (Ciudad Real). España.

<sup>b</sup> Médico de Familia. Centro de Salud de Moral de Calatrava. Gerencia de Atención Integrada de Valdepeñas (Ciudad Real). España.

Correspondencia: Marta Torcal Baz.

Correo electrónico: marta.torcal@gmail.com

Recibido el 10 de diciembre de 2019.

Aceptado para su publicación el 22 de junio 2020.

Este artículo de Revista Clínica de Medicina de Familia se encuentra disponible bajo la licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 4.0 Internacional (by-nc-nd).



### RESUMEN

El dolor es un problema que interfiere de forma importante en la calidad de vida de los pacientes oncológicos y sus familiares, siendo catalogado por los mismos como el síntoma más importante e incapacitante.

A pesar de su alta prevalencia, continúa sin ser adecuadamente tratado, tanto por su infradiagnóstico como por la falta de formación y conocimiento de las herramientas disponibles, para su evaluación y tratamiento, por parte de los profesionales sanitarios.

**PALABRAS CLAVE:** Dolor Oncológico. Dimensión del Dolor. Analgésicos Opioides.

### ABSTRACT

#### Management and treatment of pain in palliative care.

Pain is a problem which significantly affects quality of life of oncology patients and their families. These identify pain as the most important and disabling symptom.

Despite its high prevalence, pain is still not treated adequately, due both to underdiagnosis and to healthcare professionals' lack of training and knowledge about available tools for its evaluation and treatment.

**KEY WORDS:** Cancer Pain. Pain Measurement. Analgesics, Opioids.

### INTRODUCCIÓN

La IASP (*International Association for the Study of Pain*) define el dolor como "una experiencia sensorial o emocional desagradable, asociada a daño tisular real o potencial, o bien descrita en términos de tal daño"<sup>1</sup>.

Es un síntoma subjetivo, único para cada persona y momento, que depende del aprendizaje, modula o puede ser modulado por distintas emociones, comportamientos o fenómenos externos, y afecta a una o varias esferas personales (física, psicológica, social o espiritual).

La prevalencia del dolor oncológico varía en función del estadio de la enfermedad, estimándose una prevalencia del 24-30 % en estadios iniciales, y hasta un 60-90 % en enfermedad avanzada<sup>2</sup>.

### ORIGEN DEL DOLOR

- Dolor producido por la enfermedad: infiltración del tumor en órganos y estructuras nerviosas. El más frecuente (40-80 %).
- Dolor asociado a la enfermedad: por aumento del catabolismo, pérdida muscular, encamamiento...
- Dolor asociado al tratamiento: cirugía, efectos secundarios de tratamientos como quimioterapia, hormonoterapia y radioterapia. Supone un 15-20 %.
- Dolor independiente de la enfermedad: relacionado con comorbilidades previas o de nueva aparición en el paciente. Baja prevalencia (3-15 %), pero a tener en cuenta.

### CLASIFICACIÓN Y EVALUACIÓN

Existen diferentes clasificaciones del dolor en función de su localización, cronología, curso y tipo de dolor<sup>3</sup>:

- Localización: región anatómica donde se localiza del dolor.
- Cronología: Agudo (menos de 6 meses), crónico (más de 6 meses), episódico.
- Curso:
  - o Continuo o basal: aumentando o disminuyendo, sin llegar a desaparecer.
  - o Irruptivo: exacerbación aguda transitoria, con o sin desencadenante, de 15-30 minutos de duración, número variable de crisis diarias, con dolor de base controlado.
- Tipo:
  - o Nociceptivo:
    - ▶ Somático: origen en estructuras somáticas superficiales o profundas. Localizado y producido por estímulos mecánicos, térmicos o químicos.
    - ▶ Visceral: originado en receptores de vísceras. Vago e impreciso, se manifiesta a distancia de la lesión.
  - o Neuropático: lesión directa de estructuras nerviosas. Descrito como sensación desagradable, quemante, punzante.
  - o Mixto: combinación de más de un tipo de dolor.

## DIAGNÓSTICO

Un 40 % de los pacientes oncológicos no tiene correctamente tratado el dolor. La infraevaluación e infratratamiento es recogida desde 2003 por organizaciones internacionales. La OMS insta a mejorar la asistencia sanitaria que se realiza en este problema. La IASP realizó una declaración en 2010 en Montreal, y las Federaciones Europeas de la IASP desarrollaron en Bruselas, en 2011, una hoja de ruta para marcar a los países europeos el camino a recorrer para reconocer y abordar el problema de forma adecuada<sup>4</sup>.

Es la severidad del dolor, y no el pronóstico, lo que debe indicar el grado de analgesia a alcanzar en cada etapa de la enfermedad.

La evaluación del dolor incluye:

- Anamnesis: antecedentes, comorbilidades, tratamientos actuales, síntomas que acompañan al dolor (desencadenantes, agravantes y atenuantes). Dolor total: explorar no solo síntomas físicos, también psicológicos, sociales y espirituales.
- Exploración física completa.
- Pruebas complementarias diagnósticas (si fueran necesarias).

## ESCALAS PARA LA EVALUACIÓN DEL DOLOR<sup>5</sup>

Son los métodos más usados en la evaluación del dolor. Es un informe subjetivo que el paciente reali-

za, generalmente de la intensidad del dolor, y pueden ser de diferentes tipos:

- Unidimensionales:
  - o Escala descriptiva simple: escala verbal; clasifica el dolor en cuatro, cinco o más categorías (insoportable, intenso, moderado, leve o ausente). Permite confrontar el alivio producido por el tratamiento. Fácil de usar y de comprender por los pacientes.
  - o Escala analógica visual (EVA): El paciente anota en la línea el grado de dolor. Uso universal, simple, rápido, aun cuando requiere cierto grado de comprensión y colaboración por el paciente. Buena correlación con escalas descriptivas, buena sensibilidad y fácilmente reproducible.
  - o Expresiones faciales.
  - o Escala de grises de Luesher.
  - o Escala luminosa analógica (Nayman).
  - o Termómetro de dolor de Iowa.
- Multidimensionales<sup>4</sup>:
  - o *Edmonton Symptom Assessment System (ESAS)*<sup>5</sup>: explora dolor, astenia, anorexia, ansiedad, depresión, náuseas, bienestar global, somnolencia y disnea.
  - o *Support Team Assessment Schedule (STAS)*: explora síntomas físicos, psicológicos, espirituales y sociales.
  - o *Palliative Outcome Scale*: buena correlación con escalas de evaluación funcional y calidad de vida. Validada en castellano.
  - o Cuestionario de dolor de McGill: mide la capacidad afectiva, sensitiva y cognitiva.
  - o *Brief Pain Inventory*: mide parámetros de dolor que interfieren con la capacidad funcional.

## TRATAMIENTO DEL DOLOR

La OMS publicó en 1986 en Ginebra una estrategia terapéutica para el control del dolor oncológico, documento denominado "Alivio del dolor en el cáncer" (*Cancer Pain Relief*), conocido como Escalera analgésica de la OMS<sup>4,5</sup>. Se han producido modificaciones, aunque la estructura básica no ha variado, llevándose a cabo su segunda edición en 1996. Con motivo del 20º aniversario, en 2006 se evaluó (debatiendo su origen, su vigencia, sus éxitos y limitaciones), reconociéndose que su difusión ha mejorado de forma sustancial el tratamiento del dolor.

Los aspectos a tener en cuenta en su uso son los siguientes:

- Es necesario cuantificar la intensidad del dolor. Normalmente utilizamos escalas unidimensio-

nales (EVA): 1-4 primer escalón; 5-6 segundo escalón; 7-10 tercer escalón.

- La subida de escalón es debida a fallo terapéutico con dosis plenas de un fármaco<sup>6</sup>.
- No implica que, ante un dolor difícil, no se pueda subir directamente al tercer escalón.
- No asociar analgésicos del mismo escalón, excepto cuando asociamos fármacos de tercer escalón para dolor irruptivo. No utilizar analgésicos de segundo escalón en combinación con otros del tercer escalón.
- Los coadyuvantes se prescriben según la causa del dolor, siendo independientes de los posibles cambios de escalón terapéutico.

- Los pacientes con buen control analgésico con opioides pueden necesitar dosis de rescate, que se estima entre 1/10 y 1/6 parte de la dosis total diaria.
- Si se producen efectos secundarios severos o intolerables, se deberá cambiar el opioide. Es lo que se conoce como rotación de opioides.

#### Fármacos del primer escalón

Son analgésicos no opioides. Constituyen un grupo de medicamentos químicamente heterogéneos. Existe una dosis máxima diaria por encima de la cual no aportan mayor efecto analgésico (techo terapéutico).

Medicamento	Dosis	Dosis máxima / día	Vías de administración
Paracetamol	500-1000 mg / 4-6 h	4000 mg	v.o., i.v., rectal
Ácido acetilsalicílico	500-1000 mg / 4-6 h	4000 mg	v.o.
Metamizol	575-2000 mg / 6-8 h	6000 mg	v.o., i.v., i.m.
Ibuprofeno	400-600 mg / 6-8 h	2400 mg	v.o.
Dexketoprofeno	25-50 mg / 8-12 h	150 mg	v.o., i.v., i.m.
Naproxeno	250-500 mg / 8-12 h	1500 mg	v.o.
Diclofenaco	50 mg / 8-12 h	150 mg	v.o., i.m., rectal
Meloxicam	7,5 mg / 12 h	15 mg	v.o., i.m., rectal
Lornoxicam	8 mg / 12 h	16 mg	v.o.
Celecoxib	200 mg / 12 h	400 mg	v.o.
Etoricoxib	60 mg / 24 h	120 mg	v.o.

v.o.: Vía oral. i.v.: Intravenosa. i.m.: Intramuscular.

No existe evidencia que demuestre superioridad de un antiinflamatorio no esteroideo (AINE) respecto a otro. Están indicados en el dolor leve-moderado nociceptivo. Potencian la acción analgésica de los opioides en el dolor moderado-intenso<sup>7</sup>.

Los efectos adversos de los AINEs incluyen ma-

nifestaciones gastrointestinales (dispepsia, pirosis, úlcus gastroduodenal, hemorragia), renales (insuficiencia renal, nefritis intersticial, síndrome nefrótico y necrosis papilar), pulmonares (broncoespasmo), hematológicas (interfieren en la agregación plaquetaria) y reacciones de hipersensibilidad (shock anafiláctico, urticaria).

**Fármacos del segundo escalón**

Son los opioides débiles: codeína, dihidrocodeína, dextropropoxifeno y tramadol. Existen preparados

de formulación única y simple, o en combinación fija con analgésicos antipiréticos o antiinflamatorios, y preparados de liberación retardada.

Medicamento	Dosis	Dosis máxima / día	Vías de administración	Observaciones
Codeína	30-60 mg / 4-6 h	240 mg	v.o.	Acción antitusiva. Ocasiona estreñimiento importante. Disminuir la dosis 25-50 % en insuficiencia hepática y renal. No utilizar en EPOC, asma o depresión respiratoria.
Tramadol	50-100 mg / 6 h	400 mg	v.o., s.c., i.v., i.m.	Eficacia ligeramente superior a la codeína y 5-10 veces menor que la morfina. Disminuye el umbral convulsivo. Disminuir la dosis un 50 % en ancianos. No utilizar en insuficiencia respiratoria grave
Equivalencia: 60 mg de codeína = 30 mg de codeína + 650 mg de paracetamol = 50 mg de tramadol				
Dihidrocodeína	60-120 mg / 12 h			

v.o.: Vía oral. s.c.: Subcutánea. i.v.: Intravenosa. i.m.: Intramuscular. EPOC: Enfermedad pulmonar obstructiva crónica

**Fármacos del tercer escalón<sup>8</sup>**

Medicamento	Presentaciones	Pauta
Morfina	<ol style="list-style-type: none"> <li>Retardada o controlada (MLC): v.o. (cápsulas o comprimidos) Inicio de acción: 1 h. Pico: 3-6 h. Vida media: 12-24 h.</li> <li>Normal o rápida (NLM): v.o. (comprimidos, solución o unidosis). Inicio de acción: 30-45 min. Vida media: 4-6 h.</li> <li>Inmediata: i.v. / s.c. (ampollas).</li> </ol> <p>Equivalencias: Morfina oral – subcutánea: 2:1 (40 - 20 mg). Morfina oral – intravenosa: 3:1 (40mg-13'3 mg). Morfina intravenosa – subcutánea: 1:1'5 (40mg-60mg).</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Inicio: <ul style="list-style-type: none"> <li>Pacientes sin exposición previa a opiáceos, ancianos o insuficiencia renal: comenzar con MLN 5 mg / 4 h o MLC 15 mg / 12 h.</li> <li>Pacientes tratados previamente con opioides de segundo escalón: comenzar con MLN 10 mg / 4 h o MLC 30 mg / 12 h.</li> <li>Rescates: 1/6 o 1/10 de la dosis diaria, a demanda (si es preciso, cada 1-2 h).</li> <li>Evaluar en 24 h y ajustar dosis sumando la dosis diaria y los rescates. Si se ha iniciado con MLN se puede pasar la dosis total diaria a MLC.</li> </ul> </li> <li>Titulación: <ul style="list-style-type: none"> <li>Reevaluar tras 48-72 h. Si se han precisado más de 3 rescates, aumentar la dosis de MLC un 30-50 %, o bien se sumará a la dosis total diaria las dosis de rescate de las 24 h previas, hasta tener controlado el dolor basal.</li> <li>Dejar siempre dosis de rescate (10 % de la dosis total).</li> </ul> </li> </ol>

Oxicodona	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Liberación prolongada (OLC): v.o. Vida media: 4 h.</li> <li>2. Liberación normal (OLN): v.o., i.v., s.c. Vida media: 12 h.</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Comenzar con OLC 10-20 mg / 12 h. Se recomienda usarlo asociado a naloxona, u OLN 5 mg / 4 h.</li> <li>- Rescates de OLN o su equivalente en morfina. 1/6 de la dosis total diaria.</li> <li>- En insuficiencia renal o hepática, ajustar la dosis a 1/2 o 1/3</li> </ul>
Fentanilo	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Liberación prolongada: Vía transdérmica (parches). Inicio de acción: 12-14 h. Vida media: 72 h.</li> <li>2. Liberación rápida: transmucosa, intranasal, sublingual.</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Comenzar con 12-25 µg si no están tratados con opioides mayores.</li> <li>- Cubrir analgesia las primeras 24 horas con MLN, haciendo coincidir la colocación del parche con la dosis de MLC.</li> <li>- Cambiar el parche cada 72 h (un 25 % de los pacientes necesita cambiar el parche cada 48 h).</li> <li>- Reevaluar periódicamente y ajustar la dosis basal en función de los rescates.</li> <li>- Asociar dosis de rescate de morfina de liberación normal si presenta dolor. El rescate es posible con fentanilo de liberación rápida. Iniciar con 200 µg; si tras 15 min la analgesia no es adecuada, repetir la dosis. Si no experimenta alivio, pasar a una dosis superior.</li> <li>- Se pueden usar hasta 4 rescates al día. Si tras ello el dolor no está controlado, aumentar la dosis basal.</li> </ul>
Buprenorfina	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Liberación controlada: transdérmico (parche).</li> <li>2. Liberación rápida: i.v., i.m., s.l.</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Iniciar con la dosis más baja. Si previamente tomaba opioides, usar según equivalencia.</li> <li>- Precisa control adicional de la analgesia las primeras 24-48 h.</li> <li>- Pautar dosis de rescate con buprenorfina s.l. 0,2 mg; si uso mayor de 0,6 mg, aumentar la dosis basal.</li> </ul>
Tapentadol	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Liberación controlada: v.o. Vida media: 12 h. Comprimidos de 25, 50, 100, 150, 200, 250 mg.</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Iniciar con dosis de 25-50 mg / 12 h. Si previamente tomaba opioides, usar según equivalencia.</li> <li>- Ajustar en insuficiencia hepática moderada; no existen estudios en insuficiencia renal grave.</li> </ul>
Hidromorfona	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Liberación prolongada: v.o. Vida media: 24 h. Comprimidos de 4, 8, 16, 32 y 64 mg.</li> <li>2. Liberación rápida: v.o., i.v.</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Iniciar con dosis de 4-8 mg / 12 h. Si previamente tomaba opioides, usar según equivalencia y valorar ajuste cada 96 h.</li> <li>- Ajustar en insuficiencia hepática y renal moderada.</li> </ul>
Metadona	Vía oral (comprimidos) y parenteral	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Iniciar con 5 mg / 4-6 h. Si previamente tomaba opioides, ajustar según equivalencia.</li> <li>- Precaución en pacientes con enfermedad cardíaca grave y síndrome del QT largo.</li> </ul>

v.o.: Vía oral. s.c.: Subcutánea. i.v.: Intravenosa. i.m.: Intramuscular. s.l.: sublingual.

**Tabla de equivalencia entre opioides\***

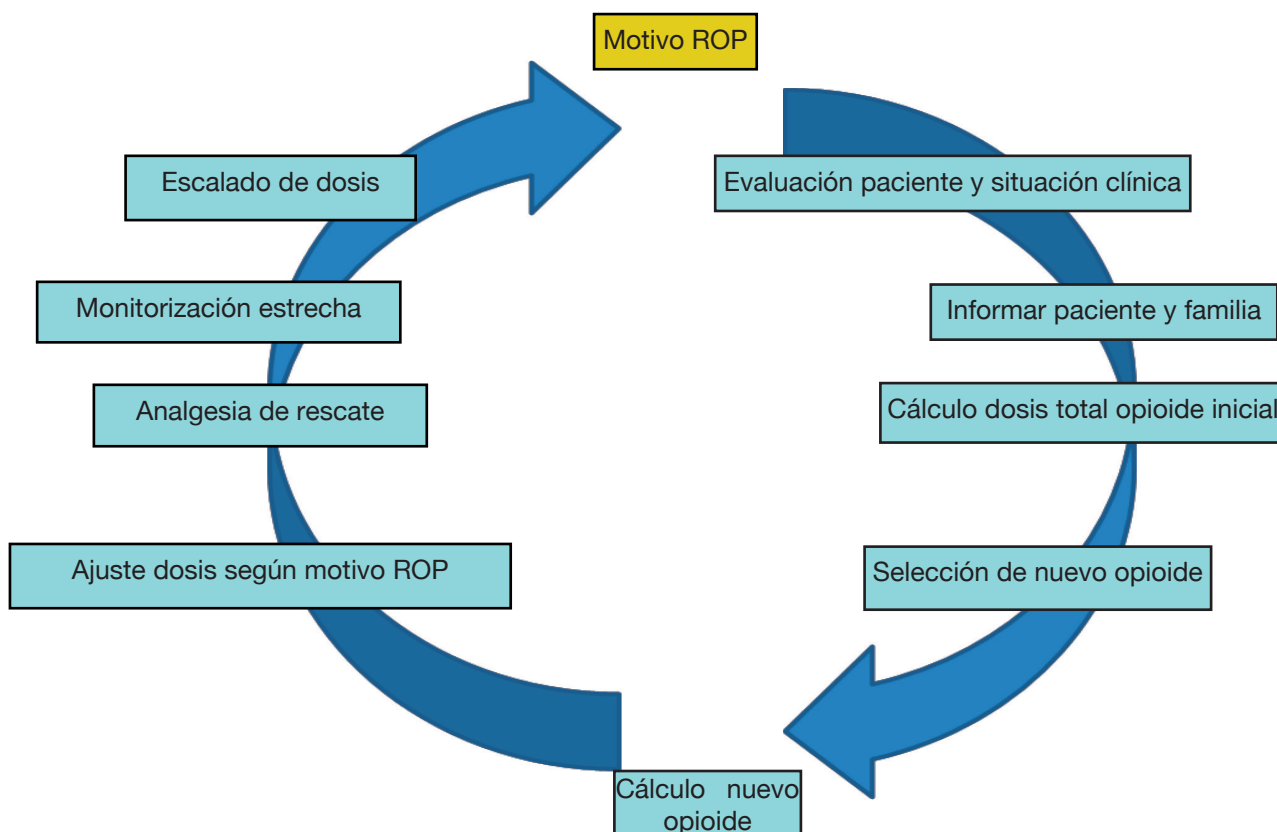
Tratamiento previo	Dosis					
	30 mg	40 mg	60 mg	80 mg	90 mg	120 mg
Morfina oral	30 mg	40 mg	60 mg	80 mg	90 mg	120 mg
Morfina intravenosa	10 mg		20 mg		30 mg	40 mg
Oxicodona oral	15 mg	20 mg	30 mg	40 mg	45 mg	60 mg
Oxicodona / naloxona		20/10 mg		40/20 mg		60/30 mg
Tramadol	150 mg		300 mg		450 mg	600 mg
Hidromorfona intravenosa	4 mg		8 mg		12 mg	16 mg
Fentanilo transdérmico	12,5 mg		25 mg		37,5 mg	75 mg
Buprenorfina	17,5 mg		35 mg		52,5 mg	70 mg
Tapentadol		100 mg		200 mg		300 mg

\* Equivalencia aproximada. Individualizar las dosis dependiendo de cada paciente.

**Rotación de opioides**

Se puede definir como la sustitución del opioide previo por otro, con el objetivo de obtener un equilibrio entre la eficacia analgésica y la aparición de efectos secundarios. La rotación de opiáceos está indicada en los siguientes casos:

- Mal control del dolor, a pesar de la titulación adecuada de un opioide mayor.
- Tolerancia e hiperalgesia.
- Toxicidad secundaria a opioides<sup>9</sup>.



**Efectos adversos**

Siempre debemos prever los efectos secundarios<sup>10</sup>:

- **Estreñimiento:** reacción adversa más frecuente, considerada y prevenida sistemáticamente, utilizando laxantes de acción osmótica como primera medida. Si a pesar de ello persiste, se utilizarán laxantes estimulantes. Si existe impactación fecal, se administrará un enema rectal o se procederá a la desimpactación manual. Este efecto adverso aumenta en personas encamadas, que realizan poco ejercicio, ancianos y pacientes con patología gastrointestinal.
- **Náuseas y vómitos:** su incidencia oscila entre el 10 y el 40 %, especialmente tras administrar las primeras dosis de opioides, aunque, se crea tolerancia con relativa facilidad. Se producen por estimulación de la zona gatillo quimiorreceptora situada en el suelo del cuarto ventrículo y por sensibilización del aparato vestibular.  
Si las náuseas y vómitos son postprandiales utilizaremos antieméticos procinéticos, y si ocurren con el movimiento el fármaco de elección es la cinarizina. Si no se cumple ninguna de las dos condiciones anteriores, puede usarse haloperidol, corticoides o antagonistas de la serotonina.
- **Sedación y deterioro cognitivo:** es obligatorio evaluar posibles alteraciones metabólicas o patológicas del sistema nervioso central. Hay personas que se crean tolerancia con relativa rapidez y, pasadas las primeras dosis se recuperan; en otras, por el contrario, existe una gran susceptibilidad y persiste la sedación.
- **Depresión respiratoria:** su riesgo es mínimo. Aparece cuando hay sobredosificación o cuando existen problemas respiratorios, ya que los opioides deprimen directamente el centro respiratorio y su sensibilidad al dióxido de carbono.
- **Neurotoxicidad por opioides (NIO)<sup>11</sup>:** se debe a la acumulación de metabolitos tóxicos, que provocan hiperexcitabilidad neuronal, produciendo alteraciones cognitivas, delirium, aluci-

naciones, mioclonías, convulsiones, alodinia e hiperalgesia. Especialmente vulnerables a estos efectos son los pacientes ancianos o con factores de riesgo como insuficiencia renal o deshidratación.

- **Retención urinaria:** es infrecuente.
- **Prurito:** si aparece, se trata con antihistamínicos.
- **Sudoración:** efecto secundario que puede tratarse con corticoides o anticolinérgicos.
- **Síndrome serotoninérgico:** clonus, diaforesis, temblor, mioclonías...
- **Dependencia física y adicción:** ambos efectos han contribuido a que los opioides se infrautilicen en numerosas ocasiones.

La dependencia física es la aparición de un síndrome de abstinencia con sus manifestaciones físicas cuando se interrumpe el opioide administrado de forma crónica, se reduce brusca-mente la dosis, o se administra un antagonista en el curso de la administración crónica de un agonista puro.

La adicción implica un cuadro conductual y psicológico en el cual el sujeto se esfuerza por conseguir nuevas dosis de opioide que le permitan seguir notando sus efectos.

Es posible que en el transcurso de un tratamiento prolongado aparezca dependencia física; ésta no tiene por qué representar un problema médico si se tienen en cuenta las siguientes puntualizaciones:

- o Advertir al paciente que no suspenda ni reduzca la dosis con brusquedad.
- o Reducir lentamente la dosis.
- o Cuando sea conveniente suprimir el tratamiento, evitar los opioides antagonistas e incluso los agonistas/antagonistas mixtos.

En el contexto de un tratamiento con fines médicos, es muy raro que se produzca.

**Fármacos coadyuvantes**

Grupo de fármacos, químicamente heterogéneos, cuya acción y eficacia complementa las de los analgésicos, sin tener propiedades analgésicas específicas. Estos fármacos, unidos a los opioides o a los AINEs, potencian la acción e incrementan la eficacia.

Medicamento	Indicaciones	Principios activos
Antidepresivos	Su principal indicación es el dolor neuropático. Acción independiente de su actividad antidepresiva, aunque en ocasiones coexisten dolor y depresión, en las que el alivio de este factor contribuye a mejorar la actividad del paciente.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Amitriptilina: es el más ampliamente utilizado. Inicio a dosis bajas (10-25 mg), pudiendo incrementarse semanalmente. Dosis máximas: 100-150 mg / día.</li> <li>- Clomipramina.</li> <li>- Doxepina.</li> <li>- Duloxetina: 30-60 mg / día.</li> </ul>

Anticonvulsivantes	Indicado en dolor oncológico neuropático.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Gabapentina: Inicio con 300 mg / 24 h, hasta llegar a 300 mg / 8 h en tres días. Posteriormente, ascenso de 300 mg / semana si es preciso. Dosis máxima: 3600 mg / día.</li> <li>- Clonasen: Inicio 0,5 – 1 mg por la noche. Dosis máxima: 4-8 mg cada 8 horas.</li> <li>- Fenitoína.</li> <li>- Ácido valproico.</li> <li>- Carbamacepina.</li> </ul>
Neurolépticos y ansiolíticos	<p>No tienen eficacia analgésica, salvo la levomepromacina.</p> <p>Los neurolépticos se usan habitualmente para prevenir o suprimir las náuseas y vómitos debidos a los opioides.</p> <p>Las benzodiacepinas se utilizan cuando el dolor se acompaña de un componente ansioso, debido principalmente a que el paciente presenta una personalidad ansiosa. Su uso también está indicado en situaciones en las que sea difícil conciliar el sueño.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Levomepromacina: 25 – 100 mg / día. v.o., s.c., i.v.</li> <li>- Haloperidol: 1,5 – 5 mg / día. v.o., s.c.</li> <li>- Clorpromacina: 30-100 mg / día. v.o., i.v.</li> </ul>
Corticoides	<p>Efecto analgésico debido fundamentalmente a su acción antiinflamatoria, aunque se discute si estos fármacos poseen además propiedades analgésicas intrínsecas.</p> <p>El tratamiento prolongado está indicado en el dolor debido a metástasis óseas, hipertensión intracraneal, tumores de la cara o el cuello, compresión medular o nerviosa y hepatomegalia.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Prednisona.</li> <li>- Metilprednisolona.</li> <li>- Dexametasona: destaca por su potencia antiinflamatoria. Dosis habitual: 8-40 mg / 24 h.</li> </ul>

**CONCLUSIÓN**

Ante la elevada prevalencia del dolor como síntoma oncológico y las connotaciones que presenta, es preciso un adecuado diagnóstico y tratamiento; disponemos de herramientas validadas para ello.

Es preciso el conocimiento y manejo de los fármacos disponibles, así como de sus posibles efectos secundarios, para lograr el objetivo de control del dolor.

**BIBLIOGRAFIA**

1. Martínez Caballero C, Collado Collado F, Rodríguez Quintosa J, Moya Riera J. El alivio del dolor: un derecho humano universal. *Rev Soc Esp Dolor*. 2015; 22 (5): 224-30.
2. López Castro R. Prevalencia del dolor en enfermos oncológicos. *Dolor irruptivo*. *Med Paliat*. 2015; 22 (Supl. 1): 2-9.
3. Puebla Díaz F. Tipos de dolor y escala terapéutica de la

- O.M.S. Dolor iatrogénico. *Oncología (Barc)*. 2005; 28 (3): 139-43.
4. Sánchez Jiménez J, Tejedor Varillas A, Carrascal Garrido R, coords. La atención al paciente con dolor crónico no oncológico en Atención Primaria. Documento de consenso. 2016. Disponible en: <https://www.semfy.com/wp-content/uploads/2016/06/DOCUMENTO-CONSENSO-DOLOR-17-04-A.pdf>
5. Nabal M, Llombart A, Pascual A. Valoración general del paciente oncológico avanzado. *Principios de control de síntomas*. *Aten Primaria*. 2006; 38 (Supl 2): 21-8.
6. Varillas López P, Blanquer Gregori JJ, Hernansanz de la Calle S, Rosselló Forteza C. Paliando lo paliable. *Abordaje de síntomas*. *AMF*. 2014; 10 (5): 248-60.
7. Gómez Ayala AE. Farmacoterapia del dolor oncológico. *Analgésicos y coadyuvantes*. *Farm Prof*. 2008; 22 (1): 44-9.
8. De Miguel Sánchez C, López Romero A. Tratamiento del dolor en el paciente oncológico. *AMF*. 2006; 2 (4): 235-43.
9. Duce Tello S, Rollán Arribas B, López Martínez E, Camarasa Pérez J. *Terapéutica en Atención Primaria*. Uso de los



- opioides en pacientes con dolor oncológico. *Semergen*. 2007; 33 (10): 520-8.
10. Pérez Hernández C, Alonso Babarro A, Ramos Aguerri A, Villegas Estévez F, Virizuela Echaburu JA, coords. GADO. Guía para el abordaje del dolor oncológico. 2018. Disponible en: <https://seom.org/publicaciones/publicaciones-seom/libros-cuidados-continuos/106443-guia-gado-para-el-abordaje-interdisciplinar-del-dolor-oncologico>
  11. Guardia Serecigni J, coord. Guía consenso para el buen uso de analgésicos opioides. Gestión de riesgos y beneficios. Valencia: Socidrogalcohol. 2017. Disponible en: [https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/bibliotecaDigital/publicaciones/pdf/2017\\_GUIA\\_Buen\\_uso\\_opioides\\_Socidrigalcohol.pdf](https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/bibliotecaDigital/publicaciones/pdf/2017_GUIA_Buen_uso_opioides_Socidrigalcohol.pdf).