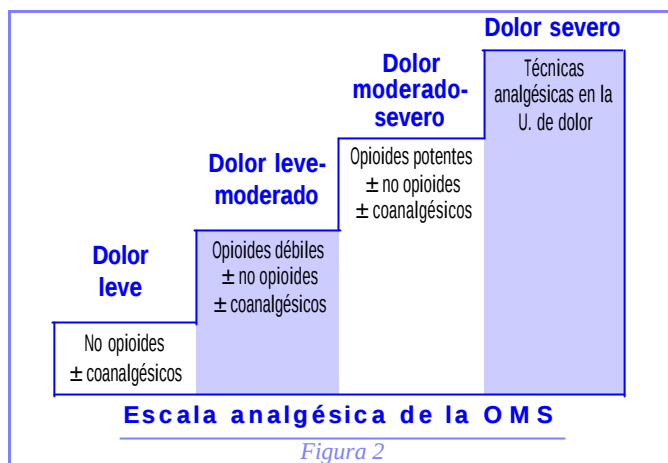


TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

Principios básicos:

- Tratamiento individualizado: dosis y fármacos según el tipo e intensidad del dolor.
- Administración pautada a horas fijas: no “a demanda” o “sin dolor”.
- Progresión escalonada según la ESCALERA ANALGÉSICA DE LA OMS (fig. 2).
- En cada escalón conviene valorar los fármacos coadyuvantes.
- La potencia del analgésico la determina la intensidad del dolor, no la supervivencia prevista.
- La morfina no tiene “efecto techo”.
- Explicar, tratar y prevenir los efectos secundarios e interacciones.
- Siempre que sea factible, usar la vía oral.
- Cuando el enfermo dice que le duele, quiere decir que le duele: no infravalorar el dolor.
- Sencillez del tratamiento: evitar pautas complejas y pre-
parados compuestos.
- Simplicidad. Los tres analgésicos base son: AAS/paracetamol, codeína y morfina. Es mejor manejar bien pocos fármacos que tener un conocimiento superficial de muchos.
- Se puede, y frecuentemente se debe, mezclar analgésicos periféricos (AAS/paracetamol) con otros centrales (morfina), pero nunca mezclar dos analgésicos opioides (de 2º y 3º escalón).
- Nunca se debe usar un placebo: es inaceptable clínica y éticamente.
- No usar psicótropos por rutina: “el mejor psicofármaco es, a menudo, un médico atento y disponible”.
- El insomnio debe ser tratado enérgicamente: las noches sin sueño y con dolor reducen el umbral del dolor.
- Los analgésicos deben ser administrados dentro de un contexto global del enfermo: dar atención integral, escucharle y hablarle (“la morfina por correo no es efectiva”).
- Puede ser necesaria la Interconsulta/Derivación a la Unidad de Dolor (en el CHOU: Telf. 988 38 58 34), en caso de:
 - ▲ No poder realizarse un control ambulatorio del dolor.
 - ▲ Régimen terapéutico muy complejo.
 - ▲ Casos de “dolor extenuante”.
 - ▲ Agotamiento familiar.



FÁRMACOS NO OPIOIDES

“LO ANTES POSIBLE Y A LA MÁXIMA DOSIS POSIBLE”

Son: **aspirina (AAS)**, **paracetamol** y **antiinflamatorios no esteroideos (AINES)**. Tienen techo analgésico (a mayor dosis aumenta la toxicidad y no la analgesia), que aumenta algo al asociarlos a codeína.

FÁRMACO	ALGUNAS PRESENTACIONES	DOSIS Y VÍA	DOSIS MÁX. DIARIA	COMENTARIO
Paracetamol	Gelocatil ® Termalgín ® Efferalgan ®	500/1.000 mg/4-6 h. VO	4.000 mg.	Indicado si hay riesgo de sangrado (no inhibe la función plaquetaria) o enfermedad péptica (no es gastroerosivo). Vida media: 3-4 h.
Ácido acetilsalicílico	AAS ® Aspirina ®	500/1.000 mg/4-6 h. VO	4.000 mg.	Vida media: 3-6 h.
Acetilsalicilato de lisina	ASL Normon ® Inyesprin ®	900/1.800 mg/6-12 h. VO, IM, IV	7.200 mg.	Indicado si hay riesgo de sangrado (no inhibe la función plaquetaria). 1.800 mg ASL = 1 g AAS.
Metamizol o dipirona magnésica	Nolotil ®	575 mg/6-8 h. VO. 2.000 mg/6-12 h. IM ó IV 1.000 mg/6-12 h. VR	8.000 mg.	
Ibuprofeno	Neobrufen ® Espidifén ® Saetil ®	200-400 mg/4-8 h. VO ó VR	2.400 mg.	De los AINES clásicos, el que tiene menor efecto gastroerosivo.
Naproxeno	Naprosyn ® Antalgin ®	500-550 mg. inicial VO ó VR 250-275 mg/6-8 h. después	1.250-1.275 mg.	
Ketorolaco	Toradol ®	10 mg/6 h. VO 30 mg/6 h. IM ó IV (60 mg. iniciales)	40 mg VO 120 mg IM ó IV (150 mg 1º día)	Ventaja de poder administrarse por vía parenteral, no más de 5 días, por exceso de toxicidad.
Diclofenaco	Volтарén ® Dolotren ® Diclofenaco EFG	100-150 mg/8-12 h. VO (Retard 100 mg/d), 100 mg/d VR, 75 mg/d IM	150 mg. IM	No interacciona con los anticoagulantes orales.

OPIOIDES MAYORES

Son: **morfina** (principal representante del grupo).

fentanilo

buprenorfina, pentazocina, meperidina: sin ventajas respecto a la morfina, más tóxicos y complejos de manejar.

INDICACIONES

Pacientes con dolor leve-moderado no controlado con fármacos del 2º escalón de la OMS, o pacientes con dolor grave en cualquier momento.

RECOMENDACIONES DE USO DE LA MORFINA

PREPARADOS Y VÍAS DE ADMINISTRACIÓN:

- **Forma oral soluble:** no está comercializada como solución acuosa de morfina; a preparar en la farmacia (1-2 gr de cloruro mórfico en polvo en 500 ml de suero glucosado (2-4 mg/ml), a administrar cada 4 h. vía oral, sublingual o rectal).
- **Forma oral sólida:**
 - **morfina de liberación normal (MLN):** administración cada 4 horas.
 - **morfina de liberación retardada (MLR):** es la alternativa de elección. Administración cada 12 h. vía oral o rectal (excepcional y de absorción errática). Excepto el MST continus®, que pierde sus propiedades al ser machacado o triturado, pueden ser administrados por medio de sonda nasogástrica.
- **Forma parenteral:**
 - **Vía IV (infusión continua,...):** pico sérico en 10-15 min.
 - **Vía subcutánea** (directa o a través de palomillas de 21-25 G en zonas poco móviles (brazo, pectoral, abdomen, y muslos) cubiertas con Tegaderm®, para evitar pinchazos repetidos, que se cambian cada 5-10 días, facilitando la administración domiciliaria). En caso de intolerancia oral o dolor agudo intenso (rapidez de acción: 5 minutos). Siempre cada 4 h. Pico sérico en 30-60 min.

La vía espinal (catéter epidural, reservorio Omayá®) quedará indicada por la Unidad del Dolor para pacientes con intolerancia a la morfina sistémica. La vía intramuscular no ofrece ventajas respecto a la subcutánea.
- **Vía transdérmica:** para el citrato de fentanilo, de potencia 75 veces mayor que la morfina y vida media de 22 horas. Administrado cada 72 h. alcanza niveles estables tras la 2ª dosis, creando un reservorio en epidermis. Obliga a disponer de analgesia de rescate durante las primeras 12-24 horas. Un parche de $\mu 50$ gr/h corresponde a una dosis equianalgésica de unos 90 mg de morfina oral rápida al día.

DOSIFICACIÓN

El objetivo de paciente sin dolor debe plantearse por etapas:

- Que no tenga dolor por la noche.
- Que esté cómodo en reposo durante el día (en 3-5 días).
- Luego, que en una semana esté activo sin dolor (dependiendo de su estado general).

MEDICACIÓN PREVIA	DOSIS DE INICIO
Sin opioides menores	10 mg/12 h. de MLR
Con opioides menores en dosis óptimas (60 mg/ 4 h de codeína)	10 mg/4 h de MLN, ó 30mg/12 h de MLR
Con opioide mayor	Sumar la dosis diaria total del mismo y calcular la dosis equianalgésica de morfina.

DOSIS DE RESCATE	
Para dolores agudos intercurrentes	Con morfina de liberación normal
La dosis a administrar en un intervalo será la misma que la pauta en dicho intervalo.	
Ej.: paciente con 60 mg/12 h de MLR $\leftrightarrow$ 120 mg/día de MLR $\leftrightarrow$ 20 mg/4 h de MLR: dosis de rescate en un intervalo de 4h: 20 mg de MLN.	
Estas dosis de rescate usadas en 24 h se sumarán a la dosis de MLR anteriormente pauta.	
La dosis de MLR debe ajustarse aumentando la dosis y no reduciendo el intervalo.	

INCREMENTO DE DOSIS	
Dolor grave	Aumentar un 50-100% la dosis diaria hasta el control óptimo. No existe techo terapéutico.
Dolor moderado	Incremento de un 25-50%.
Si tras 48-72 h de tratamiento adecuado no se consigue mejoría, se reevalúa al enfermo (tipo de dolor, medicación complementaria, resistencia a la morfina,...).	

REDUCCIÓN DE DOSIS	
Progresivamente, un 25%/d, hasta el mínimo necesario.	

VÍA ORAL / PARENTERAL	
De oral a parenteral	Administrar un 33-50% de la dosis oral.
De parenteral a oral	Administrar el doble/triple de la dosis parenteral (vía oral sólo se absorbe el 35-50%). Si a las 24 h está adormilado, se reduce la dosis en un 25-50%.

MLR: Morfina de Liberación Retardada.
MLN: Morfina de Liberación Normal.

MITOS Y MORFINA

Tanto los sanitarios como la población en general tiene una serie de prejuicios acerca de los analgésicos opioides, de forma que no se utilizan o se utilizan de forma inadecuada e insuficiente.

- **LA MORFINA ES PELIGROSA PORQUE CAUSA DEPRESIÓN RESPIRATORIA.**

Es extremadamente raro. El dolor es un potente antagonista de la depresión respiratoria provocada por los narcóticos.

- **LA MORFINA POR VÍA ORAL ES INEFECTIVA.**

Desde hace unos 25 años, miles de enfermos de cáncer han controlado su dolor por medio de morfina oral. Por vía oral se absorbe mal ⇒ hay que dar del doble al triple de la cantidad que se usaría por vía parenteral.

- **LA MORFINA PROVOCA EUFORIA.**

No confundir la euforia con la sensación de bienestar que experimenta el enfermo al ser aliviado de su dolor (disfórico antes por dolor).

- **LA MORFINA PROVOCA DEPENDENCIA.**

El Comité de Expertos en Drogodependencias de la OMS no ha comunicado ningún caso de drogodependencia yatrógena en enfermos de cáncer. La experiencia diaria lo demuestra cuando a un enfermo que ya no precisa la morfina se le suprime sin ningún problema (progresivamente, si la tomaba desde hace más de 3 ó 4 semanas). Hay que tener precaución con los pacientes que tienen antecedentes de abuso de opioides: riesgo de infravalorar el dolor y no suministrarle la dosis suficiente, o, por el contrario, no tener en cuenta su situación, y suministrárselo en exceso.

- **LA TOLERANCIA A LA MORFINA SE DESARROLLA RÁPIDAMENTE.**

Cuanto más largo es el tratamiento con morfina, menos importante es el fenómeno.

- **SI A UN PACIENTE DE CÁNCER LE HAN PRESCRITO MORFINA, QUIERE DECIR QUE ESTÁ MURIÉNDOSE.**

Con frecuencia, y por desgracia, es cierto: al enfermo sólo se le concede el beneficio de un analgésico potente cuanto está moribundo.

- **SI EL PACIENTE TIENE MORFINA EN CASA, SE LA ROBARÁN.**

El tráfico de drogas está muy lejos de un hogar anónimo donde un enfermo de cáncer tiene un frasco con pastillas de morfina.

- **EL PACIENTE USARÁ LA MORFINA PARA SUICIDARSE.**

El suicidio entre los enfermos de cáncer no es más frecuente que en la población en general. Cuando un enfermo de cáncer decide quitarse la vida utiliza otros métodos.

- **ES UNA ESPECIE DE MUERTO QUE VIVE.**

"Una especie de muerto que vive" es aquel enfermo al que no se le suministran los analgésicos adecuados.

FÁRMACOS COADYUVANTES

Son medicamentos que pueden utilizarse conjuntamente con los analgésicos de los escalones, y algunos de ellos, incluso, son el tratamiento de elección en determinados tipos de dolor.

CORTICOIDES

PREPARADOS	USO COMO ANALGÉSICOS	USOS ESPECÍFICOS	EFFECTOS SECUNDARIOS
Dexametasona: Fortecortin ® (no produce retención hidrosalina). 6-Metilprednisona: Solu-Moderin ®, Urbason ®. Deflazacort: Zamene ®, Dezacort ®.	Hipertensión intracraneal. Compresión medular. Compresión nerviosa. Dolor óseo por metástasis. Hepatomegalia. Linfedema.	Fiebre y sudoración. Síndrome de la vena cava superior.	Hemorragia digestiva. Insomnio. Candidiasis.

DOSIS ORIENTATIVAS:

- ▶ En procesos menores, como la fiebre, sudoración, anorexia, etc.: 2-4 mg/d de **dexametasona**.
- ▶ En procesos mayores, como el síndrome de compresión medular o el síndrome de la vena cava superior: 16-24 mg/d de **dexametasona**.
- ▶ En pacientes oncológicos: ciclo de 125 mg/d durante 7 días IM: ↑ el apetito, ↑ la fuerza, ↑ la sensación de bienestar.

0,75 mg de DEXAMETASONA equivalen a:

▶ Metilprednisona:	4 mg.
▶ Prednisolona:	5 mg.
▶ Deflazacort:	7,5 mg.
▶ Hidrocortisona:	20 mg.
▶ Cortisona:	25 mg.

BENZODIAZEPINAS

SE EMPLEAN COMO:

- ▶ Ansiolíticos
- ▶ Miorrelajantes
- ▶ Inductores del sueño
- ▶ Anticonvulsivos

INDICACIONES:

- Dolor crónico
- Espasmo muscular
- Insomnio
- Agitación terminal

BENZODIAZEPINAS	COMENTARIO
Acción corta: Alprazolam: Trankimazin ® Loracepam: Orfidal ®, Idalprem ® Midazolam: Dormicum ®	El midazolam : vía parenteral (diagnóstico hospitalario). Es dos veces más potente como sedante que el diacepam. Es hidrosoluble, no precipita con otros medicamentos y puede usarse vía subcutánea (diazepam es liposoluble, precipita usado conjuntamente con otros fármacos y es muy irritativo vía subcutánea). Misma potencia anticonvulsionante.
Acción larga: Diacepam: Valium ® Flunitracepam: Rohipnol ® Cloracepato dipotásico: Tranxilium ®	
Análogos: Zolpidem: Stilnox ® Zopiclona: Datolán ®	En insomnio.

DOSIFICACIÓN DE MIDAZOLAM

- ▶ Sedación en procesos menores: de 2 a 10 mg. En ancianos, 1 mg, y luego 0,5 mg/min hasta sedarlo.
- ▶ Sedación en agitación terminal: 5-20 mg SC ó IM.

OTROS

Dolor somático y visceral:

Metilfenidato: Rubifen ® (también reduce la sedación por opiáceos). Pautar durante la mañana.

Hidroxicina: Atarax ® (efecto antiemético y sedante).

Dolor neuropático paroxístico: baclofén (Lioresal®). Puede asociarse a carbamacepina.

Neuropatía diabética: pimocide (Orap®).



bibliografía

LIBROS
GUÍAS
MANUALES

- **Unidad de Medicina Paliativa del Hospital El Sabinal (Las Palmas de Gran Canaria):** "Guía de Práctica Clínica: Control de síntomas del enfermo con cáncer terminal". Fundación Canaria de Investigación y Salud - FUN-CIS (citado el 16 de abril de 2001). Disponible en: URL: <http://www.gobcan.es/funcis/difusion/csect/index.html>
- **Smith BH, Hopton JL and Chambers WA:** Chronic pain in primary care. Family Practice 1999; 16: 475-482.
- **Cánovas Martínez L, Castro Bande M, Gómez Pombo A, Martínez Salgado J, Castro Méndez A:** "Guía de tratamiento farmacológico del dolor crónico, 2001". Unidad para el Tratamiento del Dolor. Complejo Hospitalario de
- **Ashburn MA, Staats PS:** Management of chronic pain. Lancet 1999; 353: 1865-1869.
- **Gagliese L, Melzack R:** Chronic pain in elderly people. Pain 1997; 70: 3-14.
- **Hidalgo Medina M, García Carbonero R, Garmendia Fernández CI:** Dolor y analgesia. En: Acedo Gutiérrez MS, Barrios Blandino A, Díaz Simón R, Orche Galindo S, Sáenz García RM, editores: "Manual de Diagnóstico y Terapéutica médica". 4ª edición. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid 1998: 55-64.
- **Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos:** Catálogo de especialidades farmacéuticas 2000.
- **Sociedad Española de Cuidados Paliativos:** "Guía de cuidados paliativos" (citado el 16 de abril de 2001). Disponible en: URL: http://www.secpal.com/guia_gral.html
- **Leland JY:** Chronic pain: Primary care treatment of the older patient. Geriatrics 1999; 54 (Jan): 23-37.
- **Levy M:** Pharmacologic treatment of cancer pain. N Eng J Med 1996; 335: 1.124-1.132.

Autores: Gerardo Palmeiro Fernández, Luis A. Vázquez Fernández y Gabriel J. Díaz Grávalos (Centro de Saúde de San Cristovo de Cea). El Boletín de Información Farmacoterapéutica es una publicación de la Comisión de Farmacia y Terapéutica de la Xerencia de Atención Primaria de Ourense. **Unidad de Farmacia de Atención Primaria:** Julio Rguez Garrido. **Facultativos de Atención Primaria:** Andrés García Mata, Gabriel Díaz Grávalos, Rubén Vilariño Méndez y Gerardo Rodríguez Dguez. **Servicios de Atención Especializada:** Juan Varela Correa, Pilar Rodríguez Rodríguez, Ángeles Castillo, José Luis Jiménez Martínez y Miguel Gelabert Camarasa. **Xerencia de Atención Primaria:** Luis Á. Prieto Robisco y Mª Dolores López Martínez. Toda la correspondencia y sugerencias se dirigirán a la Dirección Asistencial de Atención Primaria de Ourense. Avda. de Zamora, 13-3º. Teléf.: 988 386 424. Fax: 988 386 451.