

MANEJO Y TRATAMIENTO DEL DOLOR

SESIÓN CLÍNICA GENERAL INTERDISCIPLINAR

R3 MFyC - Hospital de Sagunto

Presentado por:

Dra. Inés Méndez (R3 MFyC)

Dra. Sara Yousfi (R3 MFyC)

Con la colaboración de:

Dra. Ángeles Puig (UHD)

Dr. Carlos Ibor (Rehabilitación)

PRINCIPIOS DEL TRATAMIENTO DEL DOLOR

- Cuando el paciente tiene dolor, es que tiene dolor.
- Utilizar los recursos disponibles de la evidencia científica.
 - Objetivo principal: **confort del paciente.**
 - Vía oral de elección.
 - Revisar periódicamente al paciente.
- Mantener al profesional como el mejor coadyuvante y psicofármaco disponibles.

Tratamiento del Dolor:

Individualizado, etiológico, global, multimodal, integral y economicista.

¿CÓMO MEDIMOS EL DOLOR?

Medir el dolor es vital tanto para el **DIAGNÓSTICO** de los pacientes con procesos álgicos, como para la valoración de las diferentes técnicas de **TRATAMIENTO**.

ESCALAS + CUESTIONARIOS

Escala Analógica visual (EVA)

Escala numérica (EN)

Escala categórica (EC)

Escala visual analógica de intensidad

Escala visual analógica de mejora

Cuestionario de Dolor de McGill (MPQ)

Cuestionario de Dolor en Español (CDE)

Cuestionario de Afrontamiento Dolor crónico (CAD)

Cuestionario DN4 (DN4)

Inventario Multidimensional del Dolor de West HavenYale (WHYMPI)

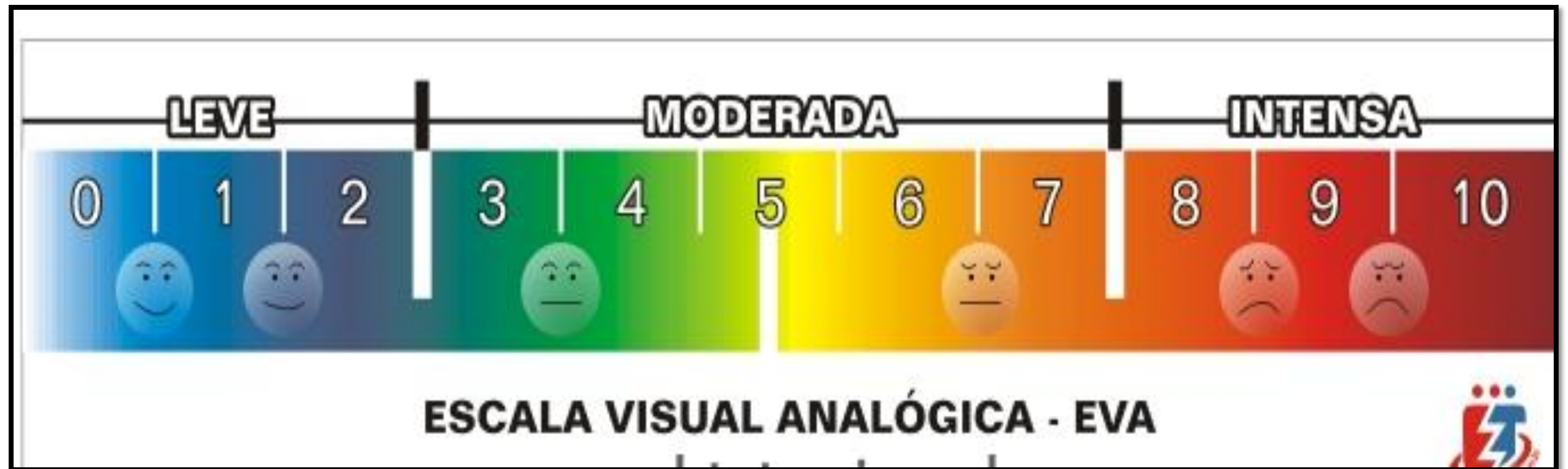
Test de Lattinen

Cuestionario Breve del Dolor (Brief Pain Inventory)

Todos ellas pueden ser válidas: el investigador debe decidir cuál

¿CÓMO MEDIMOS EL DOLOR?

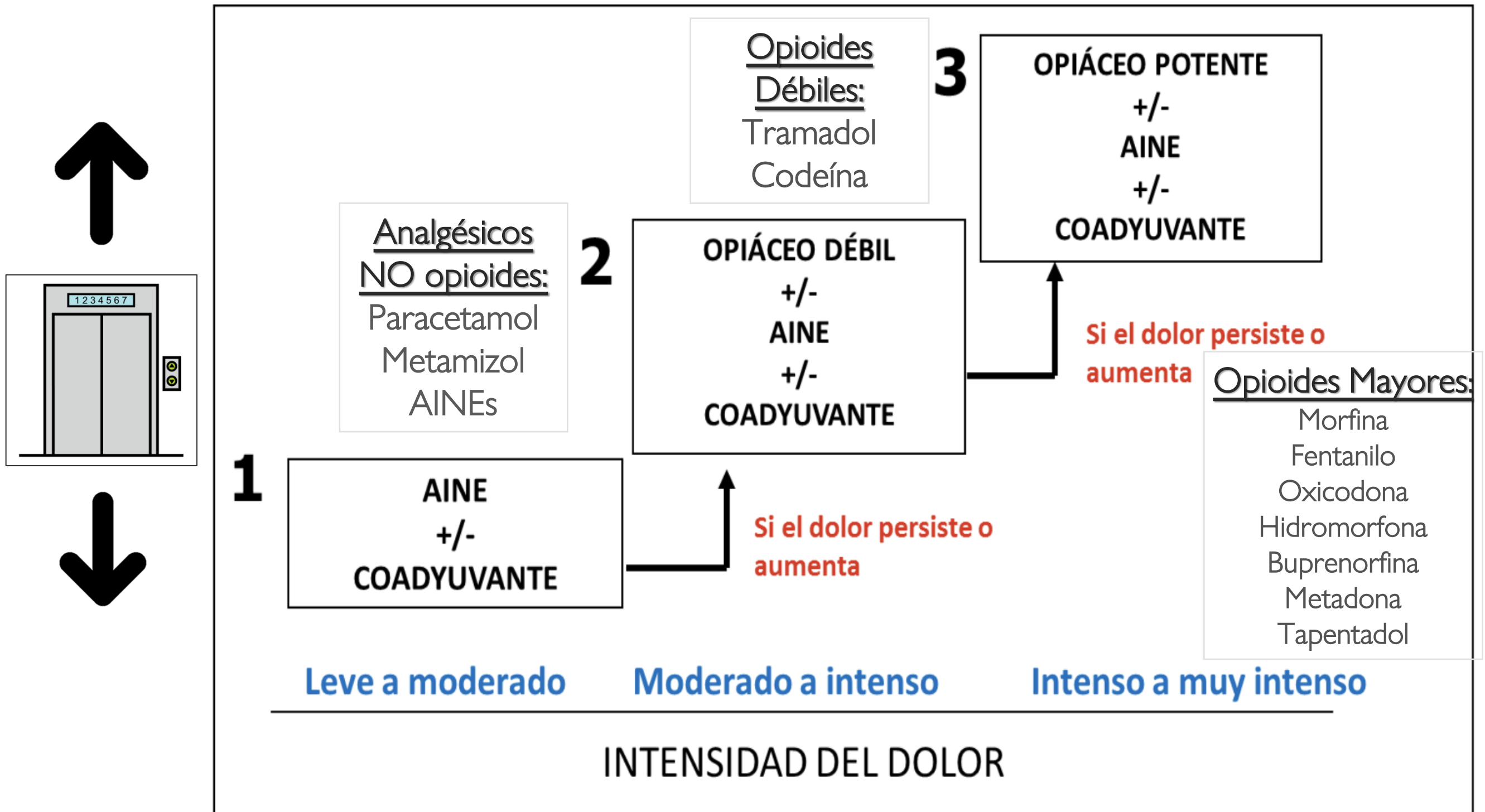
ESCALAS + CUESTIONARIOS



Escala Analógica visual (EVA)

Todas ellas pueden ser válidas: el investigador debe decidir cuál

ESCALA ANALGÉSICA DE LA OMS



TIPOS DE FÁRMACOS

☐ ANALGÉSICOS

ANALGÉSICOS NO OPIOIDES

ANALGÉSICOS OPIOIDES (DÉBILES -MAYORES)

☐ COADYUVANTES

TIPOS DE FÁRMACOS

☐ **ANALGÉSICOS**

ANALGÉSICOS NO OPIOIDES

ANALGÉSICOS OPIOIDES (DÉBILES -MAYORES)

☐ **COADYUVANTES**

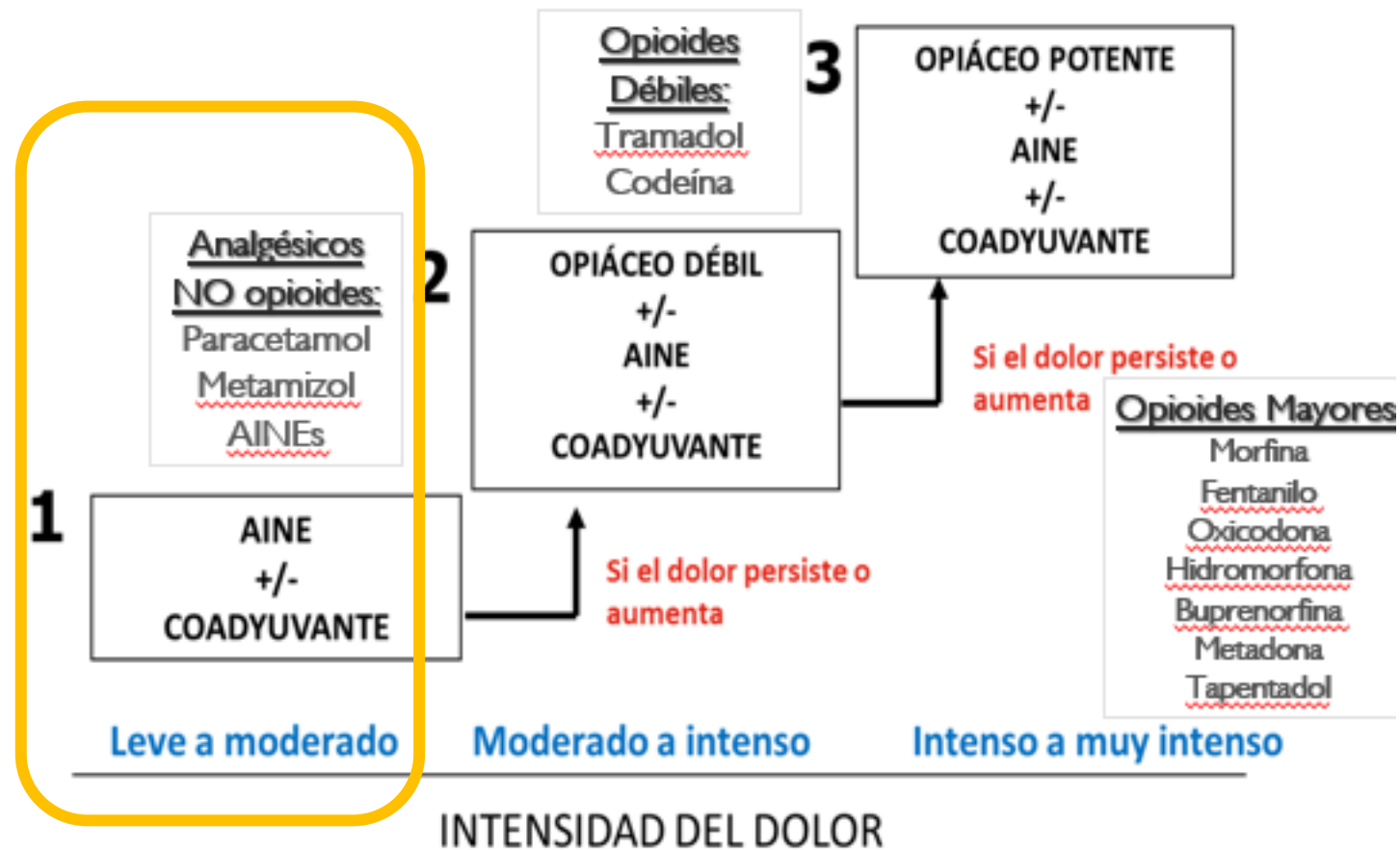
TIPOS DE FÁRMACOS

❖ ANALGÉSICOS

PRIMER ESCALÓN:

ANALGÉSICOS NO OPIOIDES

- Acción periférica → No acción narcótica.
- **Inhiben COX:** inhibiendo producción de prostaglandinas.
- Indicación: **DOLOR LEVE.**
- **Pilar básico del tratamiento para el dolor:** ANALGÉSICOS NO OPIOIDES + ANALGÉSICOS OPIOIDES.
- Tienen **TECHO TERAPÉUTICO.**



PRIMER ESCALÓN: ANALGÉSICOS NO OPIOIDES

	PARACETAMOL	METAMIZOL	AINEs***
PROPIEDADES	• Analgésico y antipirético. • No propiedades antiinflamatorias. • De elección en dolor leve (<i>fármaco inicial</i>) • ANTÍDOTO: N-acetilcisteína	• Analgésico y antipirético. • Fármaco de rescate, no indicación en dolor crónico. • Útil como espasmolítico visceral.	• Analgésicos, antiinflamatorios y antipiréticos. • Útiles en dolor no visceral (musculoesquelético, postoperatorio...)
POSOLOGÍA V.O	650-1000mg/6-8h, máx. 4g/día.	575-1150g/6-8h, máx. 8g/día.	Dosis mínima eficaz y durante breve periodo de tiempo.
PRECAUCIONES	• FG < 50 ml/min y/o l.Hepática (máx. 600mg/6h). Sí en embarazadas.	• FG < 50 ml/in y/o l.Hepática (evitar dosis elevadas). ↑ Efecto anticoagulantes orales y Metroxate. No administrar si agranulocitosis y/o anemia aplásica.	Toxicidad GI, renal y cardiovascular. ¡Ojo! AINEs Selectivos COX-2: • Misma eficacia AINEs no específicos. • ↓ Efecto gastrointestinal • ↑ Riesgo CV.

*****AINEs más utilizados...*

FÁRMACO	DOSIS INICIAL	DOSIS MÁXIMA DIARIA	VÍA DE ADMINISTRACIÓN	NOMBRE COMERCIAL
AAS	500mg/6h	6000mg	VO	<i>Aspirina</i>
Ibuprofeno	600mg/6-8h	2400g	VO, Rectal	<i>Neobrufen, Espidifen</i>
Dexketoprofeno	12.5mg/6h 25mg/8h	75mg	VO, IM, IV	<i>Enantyum</i>
Naproxeno	250mg/6-8h	1500mg	VO, IM, Rectal	<i>Antalgin, Naprosyn</i>
Diclofenaco	50mg/8-12h	150mg	VO, IM, Rectal	<i>Voltaren</i>
Indometacina	25-50g/8h	200mg	VO, Rectal	<i>Inacid</i>
Piroxicam	10-20g/24h	20mg	VO, IM, Rectal	<i>Feldene</i>
Celecoxib	100-200g/12h	400mg	VO	<i>Celestone</i>
Etoricoxib	60-90mg/24h	90mg	VO	<i>Arcoxia</i>

TIPOS DE FÁRMACOS

❖ ANALGÉSICOS

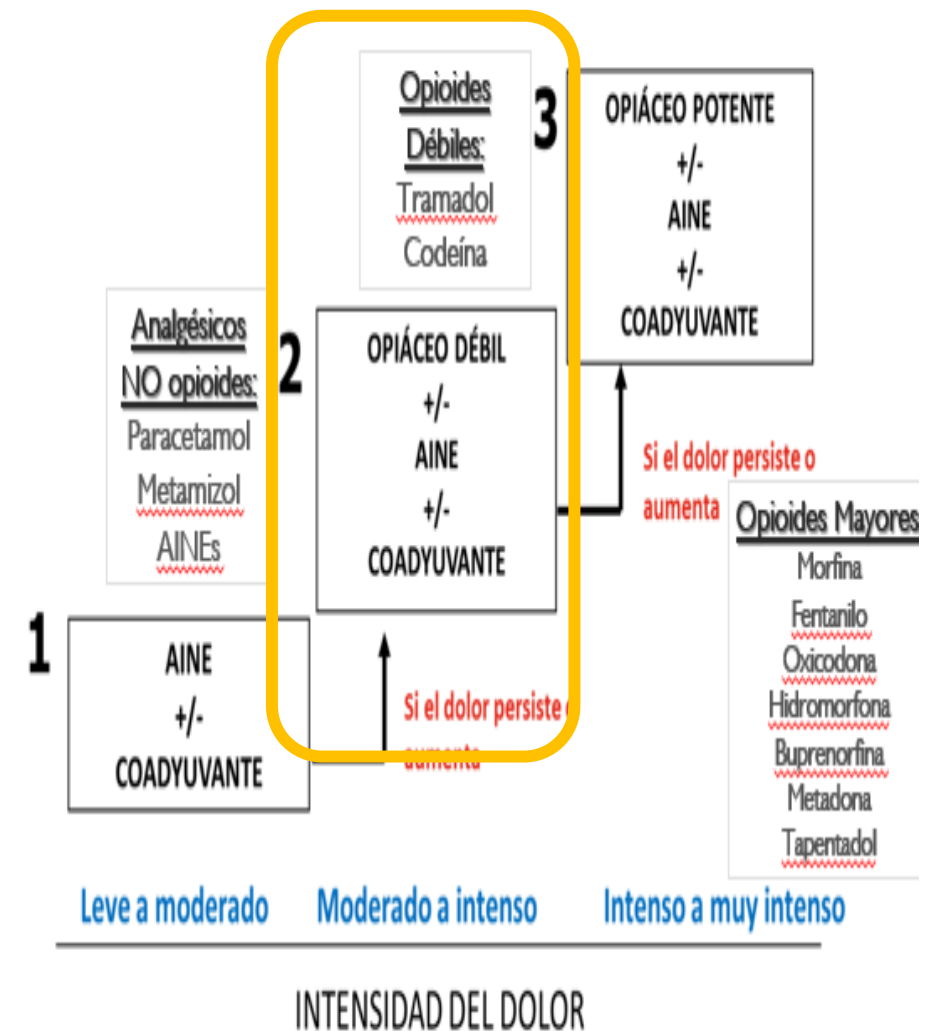
SEGUNDO ESCALÓN: OPIOIDES DÉBILES

- Son de acción central → Acción narcótica.
- Indicación: **DOLOR MODERADO – SEVERO.**
- Tienen **TECHO TERAPÉUTICO.**
- Se pueden asociar con los fármacos del 1º escalón.
- Tipos: CODEÍNA y TRAMADOL.
- Combinaciones:

tramadol + paracetamol

paracetamol + codeína

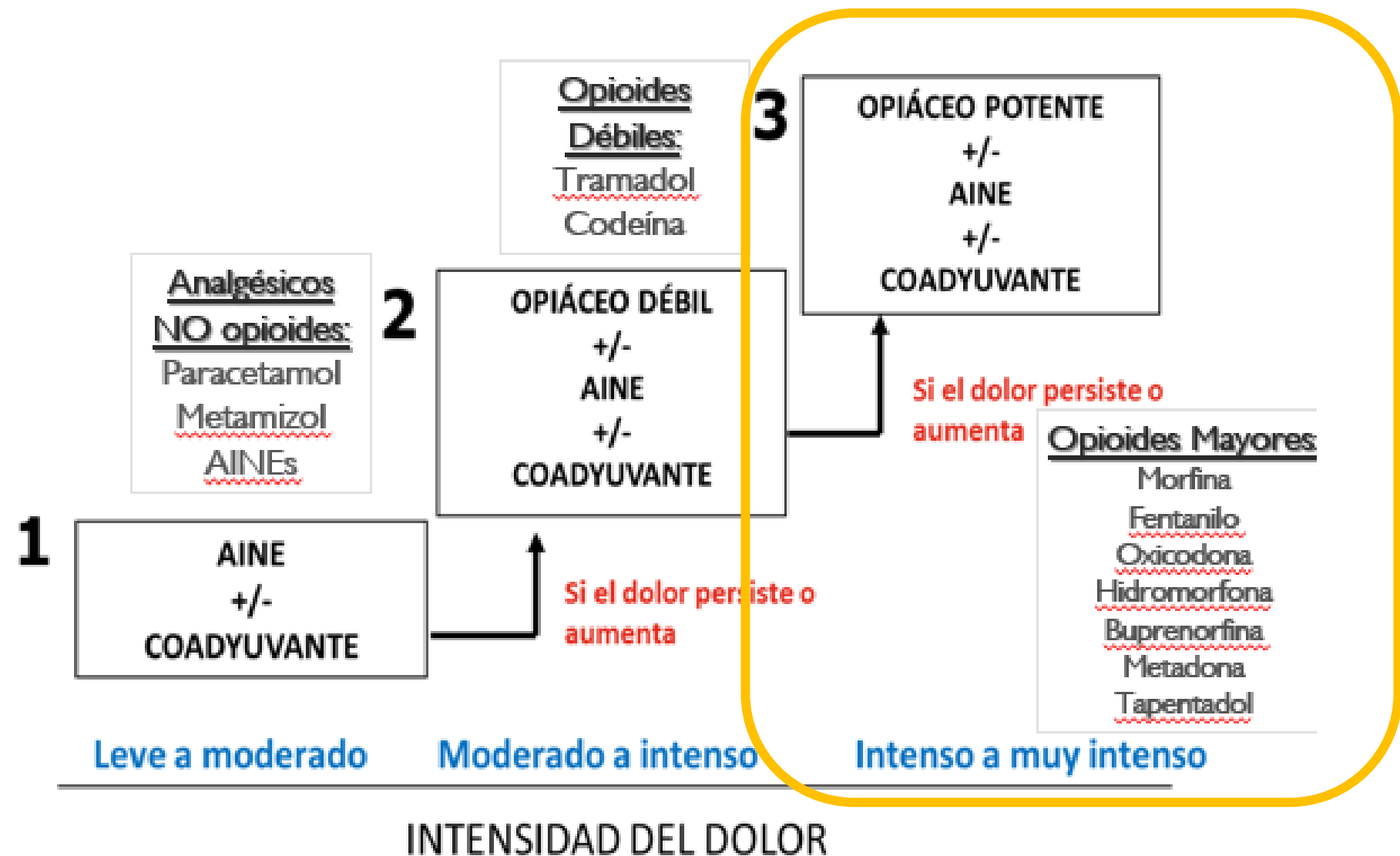
ibuprofeno + codeína



TIPOS DE FÁRMACOS

❖ ANALGÉSICOS

TERCER ESCALÓN: OPIOIDES MAYORES



TIPOS DE FÁRMACOS

☐ ANALGÉSICOS

ANALGÉSICOS NO OPIOIDES

ANALGÉSICOS OPIOIDES (DÉBILES -MAYORES)

☐ **COADYUVANTES/COANALGÉSICOS**

TIPOS DE FÁRMACOS

❖ COADYUVANTES/COANALGÉSICOS

- Fármacos que se **ASOCIAN** y **POTENCIAN** a los analgésicos para tratar ciertos dolores y/o síntomas.
- Tiene **techo terapéutico**.
- Indicación principal: **DOLOR NEUROPÁTICO PERIFÉRICO Y/O CENTRAL**.
- Tipos:

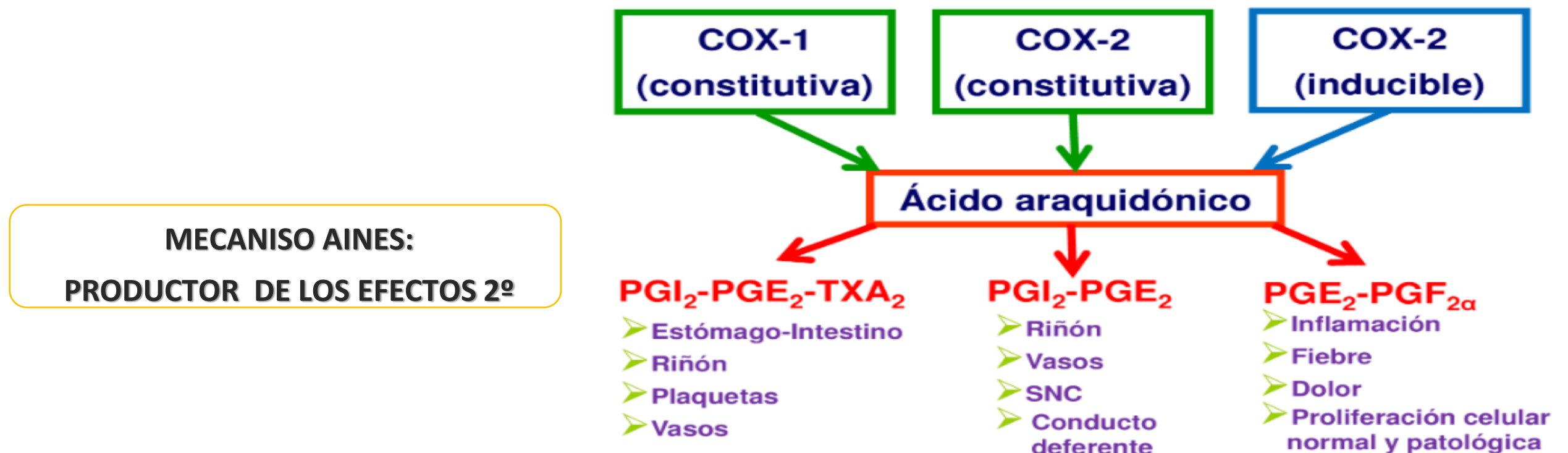
TÓPICOS	VÍA ORAL
• Capsaicina (paches y crema) • Lidocaína (parches)	<u>Antidepresivos:</u> Tricíclicos: Amitriptilina Duales: Duloxetina <u>Anticonvulsionantes:</u> Carbamacepina Gabapentina Pregabalina

EFFECTOS SECUNDARIOS AINES

¿POR QUÉ DEBEMOS INDIVIDUALIZAR LA INDICACIÓN DE LOS AINES?

- Los AINEs son fármacos utilizados de forma rutinaria en dolor nociceptivo somático/visceral de intensidad leve- moderada.
- Problema: Muy utilizados incluso sin indicación médica (automedicación). **IBUPROFENO** → analgésico más vendido sin receta médica.
- Efectos adversos (EA): A nivel GI, renal y cardiovascular → dependientes de la dosis

SE DEBE INDIVIDUALIZAR INDICACIÓN SEGÚN EL RIESGO



EFFECTOS SECUNDARIOS AINES: EFFECTOS GASTROINTESTINALES

- Prostaglandina PGE2 y PGI2 → Papel importante defensivo de la mucosa gástrica.
- Los AINEs también inducen **incremento adhesión leucocitos** (neutrófilos) en el endotelio vascular de la microcirculación GI: evento temprano y crítico en la patogénesis de la lesión gástrica inducida por estos fármacos.

A nivel general, **influye la dosis** en la capacidad de producir complicaciones GI.

- Los COXIBs (**Celecoxib** > Etoricoxib) producen menos úlceras gastroduodenales endoscópicas y menos incidencia de complicaciones importantes (perforación, obstrucción y sangrado).
- **IBUPROFENO** el **menos gastrolesivo**, seguido de DICLOFENACO e INDOMETACINA (riesgo intermedio).

EFECTOS SECUNDARIOS AINES: GASTROPROTECCIÓN CON IBPS

- Antecedentes de patología digestiva ulcerosa.
- Edad > 60 años
- Dosis altas de AINEs o intervalos largos.
- Si toma previa de corticoides, AAS, anticoagulantes, ISRS, clopidogrel.
- Comorbilidad (HTA, hepatopatía, CV, cáncer)

≥1 ASOCIAR AINE + IBPS
(OMEPAZOL, LANSOPRAZOL)

Pacientes PLURIPATOLÓGICOS y/o elevado Riesgo GI:
COXIB + IBPs

EFECTOS SECUNDARIOS AINES: RIESGO CARDIOVASCULAR

- Pacientes que toman AAS
 - Estos pacientes tienen un **RCV alto** y tiene **duplicado** el riesgo de sangrado GI al utilizar un AINE.
 - Los AINE no selectivos (IBUPROFENO O NAPROXENO) ➔ Efecto antiagregante. No ocurre con el PARACETAMOL, DICLOFENACO NI COXIBS.
- Pacientes anticoagulados
 - Evitar uso de AINEs, incluso con los nuevos anticoagulantes.
 - En caso necesario valorar uso de COXIBS (↓ riesgo hemorrágico), pero no indicados en pacientes con enfermedad CV grave.

EFECTOS SECUNDARIOS AINES: NEFROTOXICIDAD



EA RENALES DE LOS AINES

- IRA por cambios en hemodinámica renal.
- Necrosis tubular aguda.
- Nefritis intersticial por necrosis papilar.
- Trastornos hidroelectrolíticos (hiponatremia e hiperkaleia).
- Hipertensión y edema.

EFECTOS SECUNDARIOS AINES: ¿CÓMO PRESCRIBIMOS?

¿Cómo seleccionar un AINE?

Según perfil de riesgo **GI y RCV** del paciente.

- a) Si predomina **riesgo GI**: Asociar gastroprotector
(AINE + IBPS $\approx$ COXIB)
- b) Si predomina **riesgo CV**:
IBUPROFENO o NAPROXENO,
(frente a COXIBS o DICLOFENACO)

RESUMEN: EFECTOS SECUNDARIOS AINES

FÁRMACOS	EFECTOS ADVERSOS
IBUPROFENO	A dosis < 1200mg/día, menos gastrolesivo y cardiolesivo (similar a NAPROXENO) que otros AINEs.
DICLOFENACO	• Buen perfil GI. • Restricción en pacientes con enfermedades CV graves y precaución en pacientes con FRCV.
NAPROXENO	• De todos los AINEs, mejor perfil CV. • Riesgo GI alto.
INDOMETACINA	• AINE con perfil CV de los más desfavorables. • Interfiere con AAS.
DEXKETOPROFENO	Riesgo GI elevado.
COXIBs (ETORICOXIB, CELECOXIB)	• < EA GI, pero efecto aterotrombótico. • Evitar en pacientes con patología CV grave y precaución si antecedentes de disfunción ventricular izquierda, HTA y FRCV.

BIBLIOGRAFÍA

- *Collège National de Pharmacologie Médicale (CNPM)*
- *Collège National de Thérapeutique (APNET)*
- *Mejías Estévez, J.M. (2016). Guía práctica de Manejo Domiciliario del Dolor y otros síntomas 2º ed. Madrid.*
- *M. T. Vicente Herrero¹ , S. Delgado Bueno² , F. Bandrés Moyá³ , M. V. Ramírez Iñiguez de la Torre⁴ y L. Capdevila García. Valoración del dolor. Revisión comparativa de escalas y cuestionarios. 2018; 25(4): 228-236*
- *Oscanoa-Espinoza T, Lizaraso-Soto F. Antiinflamatorios no esteroideos: seguridad gastrointestinal, cardiovascular y renal. Rev Gastroenterol Peru. 2015;35(1):63-71.*
- *Sociedad Española del Dolor (SED)*
- *Rostom A, Muir K, Dube C, et al. Gastrointestinal safety of cyclooxygenase-2 inhibitors: a Cochrane collaboration systematic review. Clin Gastroenterol Hepatol. 2007;5:818– 28.*
- *<https://www.fisterra.com/guias-clinicas/>*
- *<https://www.semfy.com/wp-content/uploads/2016/06/DOCUMENTO-CONSENSO-DOLOR-17-04-A.pdf>*

¡GRACIAS!