

## FÁRMACOS COADYUVANTES

Son fármacos con otras indicaciones utilizados para aumentar el efecto analgésico de AINES y/u opioides, prevenir y/o tratar los efectos adversos derivados del tratamiento analgésico y tratar trastornos psicológicos concomitantes (insomnio, ansiedad, depresión...).

### FÁRMACOS NEUROMODULADORES

Especialmente indicados en dolor neuropático, constituyendo 1º escalón. La escalada en dosis busca efecto beneficioso con la mayor tolerancia posible. Principales efectos secundarios casi siempre transitorios: somnolencia y mareo.

#### » ANTIÉPILÉPTICOS.

- » Carbamazepina comp. 200-400mg. Inicio 200mg / día durante 3 días. Dosis máxima 1600mg / 8horas. 1ª elección en algias en cara. Hiponatremia. Aplasia. Analíticas de control periódicas.
- » Clonazepam solución 1 gota=0,1mg, comprimidos 0,5-2-4 mg. Inicio 0,5-1 mg/noche e ir aumentando dosis cada 3 días según respuesta y tolerancia.
- » Gabapentina comprimidos 300-400-600-800-900mg. Pauta ascendente iniciando 300mg / noche y aumentos de dosis cada 3 días. Dosis máxima diaria: 3600mg / día.
- » Pregabalina comprimidos 25-75-150-300. Iniciar dosis 25mg/noche y aumentar cada 3 días. Dosis máxima 600mg / día.
- » Oxcarbacepina similar perfil a carbamazepina pero mejor tolerado. Solución 300mg / 5ml, comp. 300-600mg. Inicio 300mg / día, aumentar a los 3 días. Dosis máxima: 600mg / 12h.
- » Topiramato comprimidos 25-50-100-200/8-12h. Dosis máxima 400mg / 12h.

#### » ANTIDEPRESIVOS.

- » Amitriptilina comprimidos 25-50-75 mg. Inicio 10mg / noche. Dosis máxima 75mg/noche.
- » Duloxetina comprimidos 30-60mg. Inicio 30mg/24h. Dosis máxima 120mg/día. Mañanas preferentemente.
- » Venlafaxina comprimidos 37,5-50-75-150mg. Liberación inmediata y retardada. Inicio 75mg/día. Dosis máxima: 375mg / día.

#### » ANSIOLÍTICOS.

- » Benzodiacepinas: indicadas en caso de ansiedad asociada y espasmo muscular.
- » Neurolepticos: en caso de ansiedad asociada y/o agitación (Haloperidol, Clorpromacina, Dehidrobenzoperidol).

### ANTIEMÉTICOS.

- » Benzamidas. Bloqueo receptores D2 y 5-HT3. Acción procinética colinérgica. Metoclopramida 5mg / 5ml comp. 10mg. 1 dosis antes de cada comida.
- » Fenotiazinas. Bloqueo receptores D2 y H1. Clorpromacina 1 gota= 1mg. Dosis 15-75mg / día en 3 tomas.
- » Butirofenonas. Bloqueo receptores D2. Haloperidol 2mg / ml. 2-15mg en 3 tomas
- » Bloqueantes receptores 5-HT3. Ondansetrón comprimidos 4-8mg, 1 comp / 8-12h.
- » Antihistamínicos. Bloqueo receptores H1. Dexclorfeniramina maleato comp 2mg.

**BIFOSFONATOS.** Osteoporosis, metástasis óseas.

**CALCITONINA.** En Síndrome Dolor Regional Complejo (SDRC).

**CANNABINOIDES.** Acción sinérgica con opioides. Aprobado para esclerosis múltiple. Uso compasivo en dolor central.

**CAPSAICINA.** Crema vía tópica 3 veces /día. En casos de hiperestesia cutánea y alodinia. Indicaciones: dolor neuropático (neuralgia del trigémino, postherpética, post mastectomía, neuropatía diabética, SDRC tipo I, etc.) En caso de lesiones cutáneas, éstas deben estar totalmente resueltas. Parches de capsaicina al 8%: actualmente uso hospitalario en Neuralgia post-herpética. En estudio aplicación en otros casos de dolor neuropático. Duración del efecto hasta 3 meses.

**CORTICOIDES.** En enfermedades reumáticas, metástasis óseas, compresión medular, plexopatías y cefaleas por hipertensión intracraneal.

### LAXANTES.

- » Formadores de bolo: salvado 8g/24h, plantago ovata 3-4g/24h.
- » Osmóticos: lactulosa 15-30 ml/24h- macrogol 1-3 sobres/24h.
- » Lubricantes: parafina 10mg/24h.
- » Estimulantes motilidad intestinal: bisacodilo 5-20mg.

**LIDOCAÍNA.** En caso de lesiones cutáneas, éstas deben estar totalmente resueltas.

- » Crema. uso tópico 3 veces/día. Produce anestesia cutánea. Útil en dolores superficiales.
- » Parches cutáneos. máximo 3 parches/día. Aplicación durante 12 horas. Indicado en dolor neuropático.

### GASTROPROTECTORES.

#### RELAJANTES MUSCULARES.

- » Baclofeno. Indicado en espasticidad central y neuralgia del trigémino. 5mg/8h. Máximo 100mg/día.
- » Ciclobenzapirina 10mg/8h. Máximo 60mg/día.

- » Tetrazepam. 50-100mg/día.

### NORMAS GENERALES EN EL TRATAMIENTO DEL DOLOR.

- » Evaluación inicial y en revisiones mediante escalas de dolor.
- » Pautas claras y fijas para un correcto cumplimiento (especial importancia en el uso de opioides).
- » Elección individualizada teniendo en cuenta valoración características del dolor, antecedentes del paciente (edad avanzada, insuficiencia renal, insuficiencia hepática, etc.) y características personales del paciente y del entorno familiar.
- » Secuencia escalonada en la posología.
- » Usar asociaciones de fármacos.
- » Pautar medicación de rescate y actitud a seguir ante dolor irruptivo.
- » Prevención y tratamiento de los efectos secundarios.
- » Comentar objetivos y planes con paciente y familia (especial importancia en el uso de opioides).

### CRITERIOS DE CONSULTA Y/O DERIVACIÓN A UNIDAD DOLOR (UDC.)

El cuadro doloroso es previamente diagnosticado por especialidades médicas y/o quirúrgicas correspondientes.

Se consultará a UDC vía telefónica (91 664 80 84), e-mail (udolor.html@salud.madrid.org) o parte de interconsulta (PIC) según pacto existente en el momento de la solicitud ante:

- » No mejoría con el tratamiento analgésico bien pautado.
- » No se consigue mejoría funcional.
- » Dolor neuropático de difícil control.
- » Antecedente de mal uso de la medicación.

### SIGNOS DE ALARMA ANTE LUMBALGIA, con motivo para su derivación y estudio.

- » Primer episodio de lumbalgia en paciente > 50 años, sin mejoría en reposo, de >1 mes de evolución.
- » Presencia de fiebre de origen desconocido.
- » Síndrome constitucional.
- » Inmunosupresión (tratamiento con corticoides, trasplantados, SIDA, ADVP).
- » Anestesia en silla de montar. Disfunción vesical y/o rectal. Déficit neurológico progresivo en EEII.

Con la colaboración de:

**MEDA**

**Meda Pharma, S.A.**

Av. Castilla, 2 Edif. Berlín, 2ª planta  
Parque Empresarial San Fernando  
28830 San Fernando de Henares - Madrid  
[www.meda.es](http://www.meda.es)

# GUÍA CLÍNICA PARA EL TRATAMIENTO DEL DOLOR

Dra. María Visitación Álvarez García  
Dra. Lidia María Castro Freitas  
Dra. María Fe Muñoz Velázquez  
Dra. Elba Parodi Díaz  
Dra. Rosa Zuera Batista

Unidad del Dolor.  
Servicio de Anestesiología, Reanimación y Tratamiento del Dolor.  
Hospital Universitario de Móstoles.  
Con la colaboración de la Dra. Luisa Postigo Higuera,  
Médico Atención Primaria Área 8. Móstoles.

 **Comunidad de Madrid**

 **Hospital Universitario  
de Móstoles**  
SaludMadrid

## OBJETIVOS DE LA GUÍA

- ▶ Colaborar con los profesionales de Atención Primaria y Especializada en el abordaje integral del paciente con dolor.
- ▶ Establecer unas estrategias terapéuticas comunes en el tratamiento del dolor.
- ▶ Optimizar los recursos de la Unidad de Dolor.

## DEFINICIÓN DE DOLOR

Experiencia sensorial y emocional desagradable asociada a una lesión real o potencial (International Association for the Study of Pain = IASP).

## VALORACIÓN DEL DOLOR

Según cronología: agudo (<3-6 meses) / crónico (>3-6 meses)

### Según intensidad: diferentes escalas

La utilización sistemática de una escala nos permitirá valorar la evolución del cuadro y la respuesta al tratamiento.

#### ▶ Escala Visual Analógica (EVA)

EVA<3 leve/EVA 3-7 moderado/EVA>7 severo.

Línea horizontal, extremo derecho: máximo dolor posible, extremo izquierdo: no dolor). Se mide en mm punto señalado.



#### ▶ Escala con caras



**Según fisiopatología:** nociceptivo somático (bien localizado, mecánico, empeora con movimiento y mejora con reposo), nociceptivo visceral (sordo, continuo, mal definido, referido), neuropático (urente, lancinante, quemante, asociado a alteraciones sensitivas) y mixto.

**Según etiología:** oncológico, metabólico, infeccioso, inflamatorio, degenerativo, post-traumático, post-operatorio.

## TRATAMIENTO DEL DOLOR

Se aplican los fármacos de la escalera analgésica de la OMS. Actualmente en función del tipo de dolor e intensidad del mismo no se procede a un ascenso riguroso, sino que en ocasiones se salta algún escalón pasando directamente al superior.

### Escalera / Ascensor Analgésica de la Organización Mundial de la Salud (OMS)

- ▶ **Escalón 4** Procedimientos invasivos + escalón 3
- ▶ **Escalón 3** Opioides ▶ No opioides ▶ Coadyuvantes
- ▶ **Escalón 2** Opioides débiles ▶ No opioides ▶ Coadyuvantes
- ▶ **Escalón 1** No opioides ▶ Coadyuvantes

### Particularidades Dolor Neuropático

Es consecuencia de una alteración del sistema nervioso central y/o periférico y/o autónomo. Cursa con dolor lancinante, urente y alteraciones de la sensibilidad. La alodinia es característica. Las parestesias son frecuentes. Tiene mala respuesta al tratamiento analgésico convencional según la escalera de la OMS. El 1º escalón lo constituyen los fármacos neuromodulares a los que asociaremos fármacos de la escalera de la OMS.

### Particularidades Dolor Oncológico.

Su tratamiento se basa en la escalera de la OMS. Debemos tener en cuenta la gran incidencia de dolor irruptivo: dolor agudo, muy intenso, de corta duración que aparece en el contexto de un dolor basal. Puede ser espontáneo, relacionado con alguna acción (cura, movilización, etc.) o por fallo final de dosis. Requiere fármacos de acción rápida y corta duración, pautados a demanda.

## 1º ESCALÓN OMS

### DOLOR LEVE (NO OPIOIDES + COADYUVANTES)

**Paracetamol.** probable inhibición COX<sub>3</sub>, variante COX<sub>1</sub>. 1g / 6-8h Máximo 4g / 24h. No efecto antiinflamatorio, no gastroerosivo, no acción antiagregante.

**AINES.** inhibición ciclooxigenasa (COX) ⇒ prostaglandinas. COX<sub>1</sub> con funciones fisiológicas particularmente en riñón y aparato digestivo. COX<sub>2</sub> más sensible a procesos inflamatorios. Los diferentes AINES tienen sensibilidades específicas frente a COX<sub>1</sub> y 2

- ▶ Celecoxib 200mg/24h (COX<sub>2</sub>). Máx: 400mg / día
- ▶ Dexibuprofeno 200-300 mg/8h. Máx: 900mg / día
- ▶ Dexketoprofeno 12,5-25mg / 8h. Máx: 75mg / día VO y 150mg / día IV
- ▶ Diclofenaco 75-100 mg en 2-3 tomas. Máx: 150mg / día
- ▶ Etoricoxib 30-90mg / 24h (COX<sub>2</sub>). Máx: 120mg / día.
- ▶ Ibuprofeno 600mg / 8h. Comprimidos liberación retardada 800mg / 24h. Máx: 2,4g / día
- ▶ Ibuprofeno arginina 600mg / 8h
- ▶ Indometacina 50-200mg / 24h. Máx: 200mg / día.
- ▶ Ketorolaco 10mg / 4-6h. Máx: 40mg / día.
- ▶ Lornoxicam 8-16 mg en 2 tomas.
- ▶ Meloxicam 7,5-15mg / 24h (COX<sub>1</sub> y + COX<sub>2</sub>). Máx: 15mg / día
- ▶ Metamizol 575mg cápsulas/6-8h. Máx: 6 g/día.
- ▶ Nabumetona 1-2 g/24h. Máx: 2g/día (COX<sub>1</sub> y + COX<sub>2</sub>).
- ▶ Naproxeno 250-500mg / 12h. Dosis máx: 1500mg.
- ▶ Piroxicam 20mg / 24h.

### Particularidades y efectos secundarios AINES

Todos tienen efecto "techo", a partir de una determinada dosis no ↑ su potencia y sí los efectos secundarios.

- ▶ Gastroerosividad independiente de la vía de administración (< en inhibidores selectivos COX<sub>2</sub>).
- ▶ Insuficiencia renal sin claras diferencias entre ellos.
- ▶ Reacciones alérgicas y asma.
- ▶ Alteraciones de la coagulación (< en diclofenaco y nabumetona).
- ▶ Aumento riesgo cardiovascular (> en inh COX<sub>2</sub>).

## 2º ESCALÓN

(OPIOIDE DÉBIL + NO OPIOIDES + COADYUVANTES). DOLOR MODERADO O DOLOR SIN RESPUESTA A AINES

**Codeína.** agonista opioide débil. 30-60mg / 6-8h. Efecto techo a 360mg / 24h.

**Tramadol.** agonista opioide + inhibidor recaptación serotonina y adrenalina. Efectos adversos de opioides + derivados inhibición recaptación monoaminas. Precaución si uso concomitante con otros inhibidores monoaminas (Síndrome serotoninérgico). Respuesta incompleta a reversión con naloxona. Dosis máxima recomendada: 400 mg / día

- ▶ Solución, 1 pulso = 5 gotas = 12,5mg.
- ▶ Cápsulas liberación inmediata 50mg / 6-8h.
- ▶ Cápsulas de liberación retardada 50-100-150-200mg / 12h.
- ▶ Comprimidos liberación controlada 100-150-200-300-400/24h.

Asociaciones:

- ▶ Paracetamol + codeína (500mg/30mg).
- ▶ Paracetamol 375mg + tramadol 37,5mg 1comp/8h.
- ▶ Ibuprofeno (400mg)+ codeína (30mg) 1comp/6-8h.

## 3º ESCALÓN

(OPIOIDE > + NO OPIOIDES+ COADYUVANTES): DOLOR SEVERO o DOLOR SIN RESPUESTA A OPIOIDE DÉBIL + AINES + COADYUVANTES

### Morfina VO

- ▶ Liberación inmediata solución 2 y 20mg/ml, comprimidos 10 y 20mg/4h, solución unidosis 2,6 y 20mg en 5ml/4-6h.
- ▶ Liberación retardada 5-10-15-30-60-100-200mg/12h.

### Fentanilo

- ▶ Oral transmucoso 200-400-600-800-1200-1600mcg/6-8h.
- ▶ Oral sublingual 100-200-300-400-600-800mcg/6-8h.
- ▶ Oral comprimido bucal 100-200-400-600-800mcg/6-8h.
- ▶ Nasal 100-400mcg.
- ▶ Transdérmico 12,5-25-50-75-100mcg/h.

### Hidromorfona:

- ▶ Comprimidos liberación retardada 4-8-16-32 mg/24h.
- ▶ Cápsulas liberación modificada 4-8-16-24 mg.

### Metadona

#### Oxicodona

- ▶ Liberación inmediata comprimidos 5-10-20mg, solución oral 10mg / ml
- ▶ Liberación retardada 5-10-20-40-80mg/12h
- ▶ Oxicodona/Naloxona 5/2,5- 10/5-20/10-40/20 /12h.

**Tapentadol.** 50-100-150-200-250mg/12h

**Buprenorfina.** Agonista parcial opioide, transdérmica 35-52,5-70 mcg/h. Dosis techo 5mg.

### EQUIVALENCIAS OPIOIDES

MORFINA VO	TRAMADOL VO	OXICODONA VO	HIDROMORFONA VO
20 mg	200 mg	10 mg	4 mg

  

BUPRENORFINA TD VO	TAPENTADOL VO	FENTANILO TDS VO
17,5 mcg/hora	100mg	12mcg/h

### Efectos secundarios Opioides > y <

Naúseas, vómitos, prurito, estreñimiento (< en opioides <) Ver pauta a seguir en fármacos coadyuvantes.