TRATAMIENTO COADYUVANTE ANALGÉSICO

Moderadora: Paula Jiménez Fonseca (Tutora de Residentes)

Ponente: Quionia Pérez Arnillas (MIR 3)

Servicio de Oncología médica del Hospital Universitario Central de Asturias

OVIEDO, Sesión 14 de Febrero de 2012

+mir
Una iniciativa de la SEOM para Residentes y Adjuntos Jóvenes

SEOM
Sociedad Española de Oncología Médica

1. COADYUVANTES ANALGÉSICOS: Introducción

DOLOR, uno de los síntomas más frecuentes que precisa tratamiento en la practica médica.

- Medicamentos **CON y SIN** acción analgésica propia.
- La farmacología coadyuvante y coanalgésica se ha centrado clásicamente en el componente **neuropático**

Su uso abarca la esfera del dolor NOCICEPTIVO

2. DEFINICIONES – CONCEPTOS:

1-COANALGÉSICO: fármaco **con** acción analgésica propia, aunque su uso farmacológico primario no es analgésico. *(Antidepresivos y anticonvulsivantes…)*

2-COADYUVANTE ANALGÉSICO: fármaco **sin** acción analgésica propia, pero que administrado con analgésicos convencionales contribuye a disminuir el dolor por otros mecanismos. *(Corticoides…).*

3-COADYUVANTE: fármaco **sin** acción analgésica propia, que no contribuye a aumentar la analgesia en sí misma, pero sí mejora la calidad de vida. *(Laxantes, ansiolíticos, antidepresivos...).*

3. PRÁCTICA CLÍNICA:

A) MOMENTO DE INICIAR SU USO:

- Antes de pautar un coanalgésico es imprescindible una **valoración cuidadosa del dolor**. *(Su etiología, fisiopatología, impacto en otros síntomas y la función del fármaco según el tipo de dolor, toxicidad e interacciones evitando la polifarmacia).*

- Clásicamente uso reservado sólo para cuando no se obtienen beneficios óptimos con analgésicos convencionales/principales; no siempre ha de ser así, según recomendaciones de la OMS.

"Se pueden utilizar en cualquiera de los escalones de la Escalera Analgésica"

3. PRÁCTICA CLÍNICA:

B) EFICACIA: Analgésica ampliamente probada.

Si se conoce la eficacia de una combinación analgésica que incluya un analgésico principal y uno secundario (coadyuvante o coanalgesico) no es necesario esperar a subir peldaños, para justificar su uso.

C) CARACTERÍSTICAS:

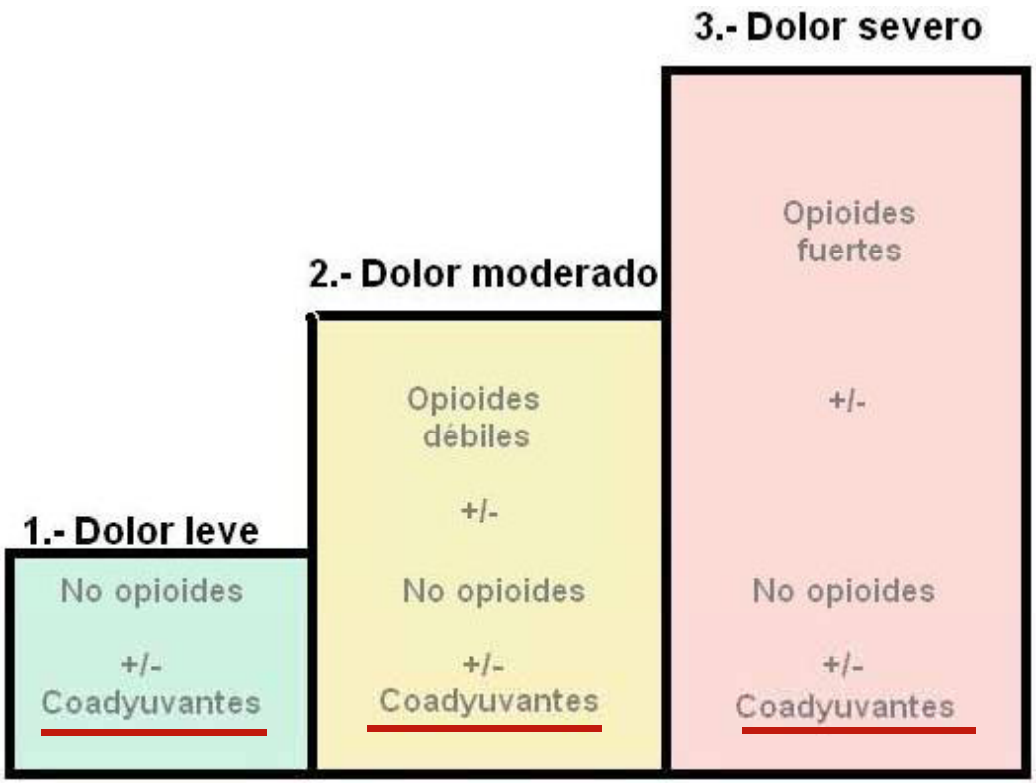
- Fáciles de utilizar *(analgesia no invasiva ni intervencionista)*
- Inicio de acción más lento
- Precisan escalada de dosis más controlada
- Producen diferentes efectos adversos

D) FISIOPATOLOGÍA:

- Interacciones farmacológicas poco frecuentes
- Vigilar las asociaciones de opioides- antidepresivos

  (*Acción inductora enzimática de algunos de éstos*)

3. PRÁCTICA CLÍNICA:



"Se pueden utilizar en cualquiera de los escalones de la Escalera Analgésica"

+mir
Una iniciativa de la SEOM para Residentes y Adjuntos Jóvenes

SEOM
Sociedad Española de Oncología Médica

4. FÁRMACOS MÁS USADOS:

4.1 ANTIDEPRESIVOS:

- ***Co-analgésicos:***

Antidepresivos **CON** acción analgésica:

-Tricíclicos: **Amitriptilina**, Nortriptilina, Desipramina.

-ISRS: Paroxetina, Citalopram.

-Otros: Venlafaxina, Bupropión, **Duloxetina**, Mirtazapina.

(España solo con indicación en el dolor neuropático: Amitriptilina y Duloxetina)

Duloxetina: inhibe la recaptación NE, 5-HT y débilmente de DOPA. Ventaja frente a Amitriptilina: ↑rapidez de inicio, ↓incidencia de efectos 2º (sequedad de boca, hipotensión, nauseas, inquietud)
La dosis coadyuvante, 30 mg/día de inicio, es inferior a las del tratamiento antidepresivo, 40-60 mg/día.

- Coadyuvantes analgésicos:

(IASP: International Association for the Study of Pain)

4. FÁRMACOS MÁS USADOS:

4.2 ANTICONVULSIVANTES:

- ***Coadyuvantes analgésicos:*** grupo muy heterogéneo, existiendo distinción entre con y sin acción analgésica.
Los principales de acción analgésica son: **Gabapentina, Pregabalina**, Lamotrigina, Topiramato, Oxcarbacepina y Tiagabina

(España solo con indicación en el dolor neuropático: Gabapentina, Pregabalina.)

Pregabalina está aprobada para el tratamiento de la ansiedad como síntoma asociado a el dolor oncológico y su asociación con oxicodona cuenta con un ensayo que confirma su sinergia. Se debe comenzar con 75 mg cada 12 horas y aumentar hasta 150 mg cada 12 horas si se precisa.

+mir
Una iniciativa de la SEOM para Residentes y Adjuntos Jóvenes
SEOM
Sociedad Española de Oncología Médica

5. EJEMPLOS POR FAMILIAS:

FAMILIA	EJEMPLOS	INDICACIÓN
Anestésicos locales	Lidocaina Capsaicina	Dolor localizado Alodinia Hiperestesias
Miorrelajantes	Ciclobenzapirina Baclofeno	Dolor neuropático lancinante Neuralgia del V y del glosofaringeo Alodinia Espasticidad y en la crisis de hipo
Neurolépticos	Haloperidol Clorpromazina	Sedación en agitación psicomotriz o delirium Dolor neuropático Dolor por tenesmo rectal Antiemesis e hipo
Antagonistas NMDA	Amantadina Ketamina Metadona	Dolor neuropático Tto de la tolerancia a opioides
Antihistamínicos	Ciproheptadina Clorfeniramina	Ansiolítico sedante Antiemético Antipruriginosos Antiespasmódicos

+mir
Una iniciativa de la SEOM para Residentes y Adjuntos Jóvenes
SEOM
Sociedad Española de Oncología Médica

5. EJEMPLOS POR FAMILIAS:

FAMILIA	EJEMPLOS	INDICACIÓN
Psico-estimulantes	Metilfenidato Anfetaminas	Sedación por opioides Anorexia
Benzodiacepina	Alprazolam Lormetazepam	Insomnio Espasmo muscular Ansiolítico
Corticoides	Dexametasona Metilprednisolona	Cefalea por hipertensión craneal Dolor neuropático (compresión, infiltración, destrucción de fibras) Antiinflamatorio
Bifosfonatos	Acido Zoledrónico Pamidronato	Dolor óseo (metástasis óseas) Hipercalcemia
Proteinas amilinas	Calcitonina	Dolor por metástasis óseas Dolor por miembro fantasma

6. Adyuvancia según tipo de dolor:

RESUMEN PRÁCTICO:

1.Dolor compresivo (crecimiento directo del tumor) → **Corticoides** (2ªopción: AINE)

2.Dolor neuropático → Pregabalina, Gabapentina (300 mg inicial nocturno, 2400 mg/d máx)
(2ªopción: Duloxetina, Amitriptilina, Lamotrigina 50mg inicial, 400 mg/d máximo)

3.Dolor neuropático paroxístico/lancinante→ Carbamazepina (100mg/12h inicial, 400 mg/12h máx)
(2ªopción: Lamotrigina o Topiramato 50mg/d inicial, 200mg/12h máx)

4.Dolor neuropático refractario→ Topiramato Vs Anestésico local

5.Dolor crónico asociado a ansiedad-crisis de pánico→ BZD
(Diazepam 5mg/noche. Midazolam 5-10mg/iv. Alprazolam 0,25-0,5mg/8h)

6.Dolor óseo→ Bifosfonatos (Ac.Zoledrónico 4mg/3-4s o Pamidronato 90mg/3-4s)

7.Espasmos musculares-hipo→ Diazepam (2ªopción: Miorrelajantes)

7. CONCLUSIONES:

1. Imprescindible **evaluación del dolor** de nuestro paciente.
2. Imprescindible el **conocimiento de los diferentes tipos farmacológicos** para un buen manejo y uso.
3. Se pueden utilizar **en cualquiera de los escalones** de la Escalera Analgésica
4. No esperar a tener un dolor no controlado con analgésicos principales u opioides
5. Los mas usados son **corticoides, anticonvulsivantes y antidepresivos**.