

ANALGÉSICOS DE 1º Y 2º ESCALÓN

Moderadora: Paula Jiménez Fonseca (Tutora de Residentes)

Ponente: María Vieito Villar (R 4)

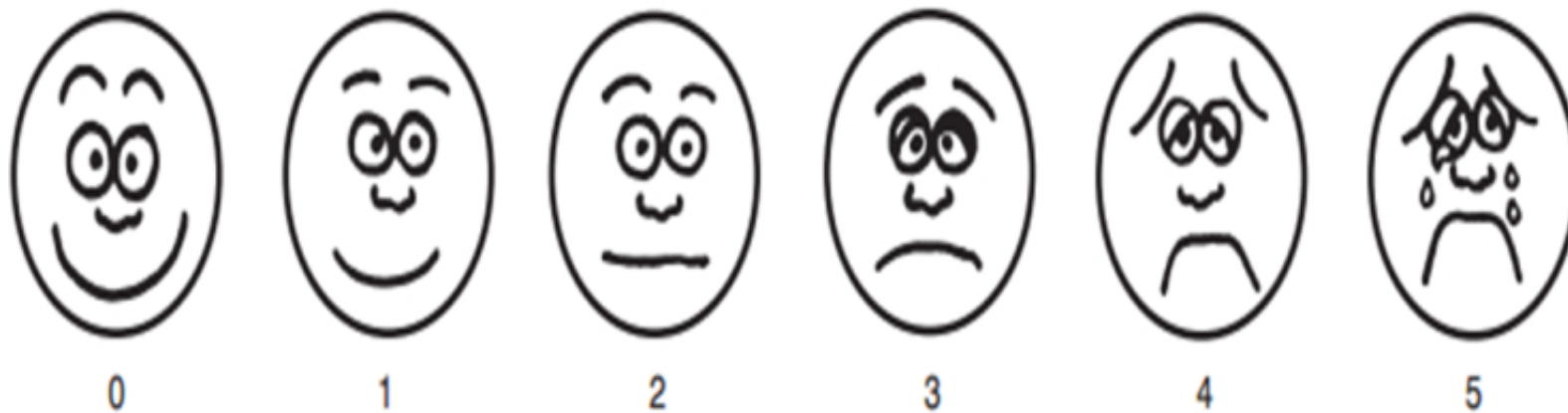
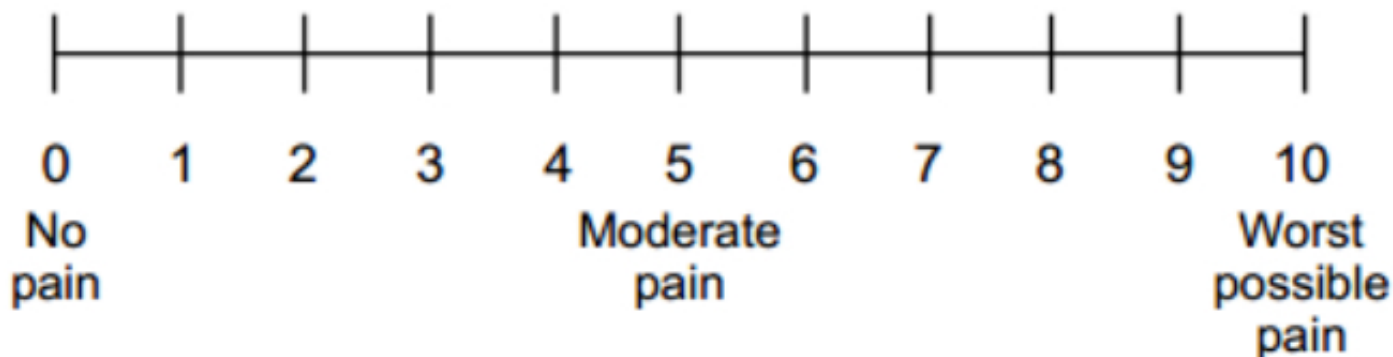
Servicio de Oncología Médica C.H.U.S.

OVIEDO, Sesión 14 de Febrero de 2012

EVALUACIÓN del dolor:

No dolor

Dolor máximo



TRATAMIENTO INICIAL

EVA 1-3: Dolor leve

1º escalón de la OMS

AINES o paracetamol

EVA 4-6: Dolor moderado

2º escalón de la OMS

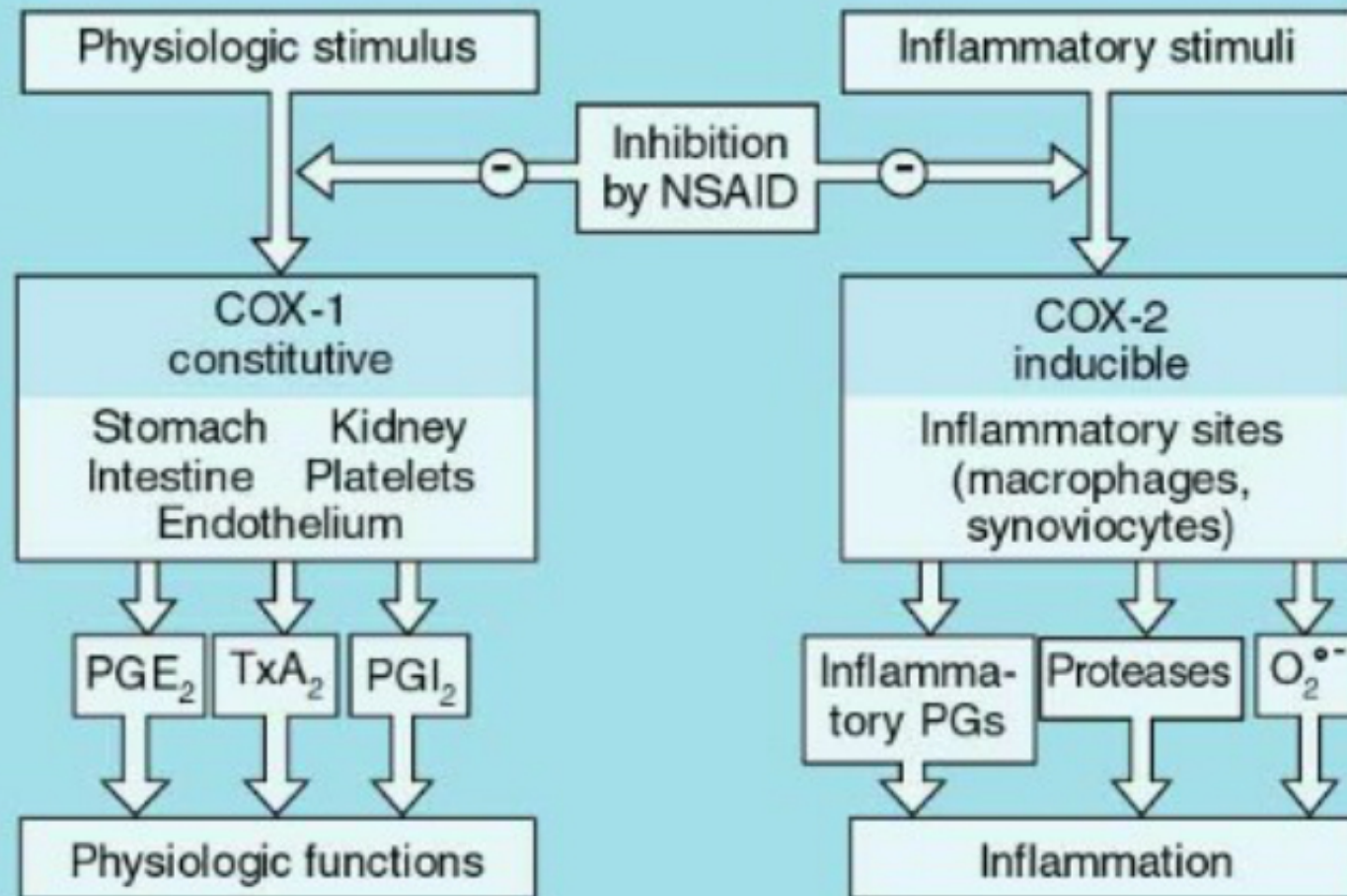
Opioides menores(+/- 1º escalón)

EVA7-10: Dolor severo

3º escalón de la OMS

Opioides mayores(+/-1º escalón)

AINES



AINES: Características

Hidrosolubles:

Buena absorción oral. No formulaciones rápidas

Riesgo de interacciones:

Metabolismo hepático, excreción renal, alto porcentaje de unión a proteínas.

Ninguno muestra superioridad como analgésico sobre otro.

No indicada combinación con paracetamol ni entre ellos.

En dolor moderado y severo combinados con opioides:

Aumentan la analgesia.

Controlan fiebre tumoral.

Efecto antiinflamatorio.

RESUMEN DE AINES

AINES:

	Vida media	Dosis inicial	Dosis máxima
Salicatos:			
AAS	3-6 h	500mg/6h	1000mg/4h
Ácidos propionicos:			
Ibuprofeno	4-6 h	400mg/6h	600mg/4h
Naproxeno	8-12 h	250mg/12h	500mg/12h
Ácidos fenilacéticos:			
Diclofenaco	8-12 h	50mg/12h	100mg/8h
Pirazolonas:			
Metamizol	6-8 h	500mg/8h	2000mg/6h
COX2:			
Celecoxib	12-24 h	200mg/24h	200mg/12h

PARACETAMOL

Analgésico y antipirético de acción central.

Mecanismo de acción desconocido.

Vida media: 6-8 h Dosis inicial: 500-1000mg/8h

Dosis máxima: 4000mg/24h.

Buena absorción oral, no gastrotoxico.

Metabolismo hepático.

Hepatotoxicidad dependiente de dosis.

INDIVIDUALIZACIÓN

Riesgo cardiovascular

Paracetamol>AAS>Naproxeno>Ibuprofeno>Diclofenaco.

Pacientes antiagregados: 1º elección paracetamol

Contraindicados COX2

Insuficiencia renal:

AINES: Nefrotoxicidad crónica y aguda.

INDIVIDUALIZACIÓN

Insuficiencia hepática:

Toxicidad hepática: paracetamol pero también ibuprofeno y diclofenaco.

Cirrosis hepática: AINES riesgo de desencadenar descompensación hidrópica.

Indicado: paracetamol a dosis bajas

Toxicidad gastrointestinal:

Factores que indican profilaxis con IBP

>65a.

Uso de anticoagulantes o corticoides.

Toxicidad GI previa.

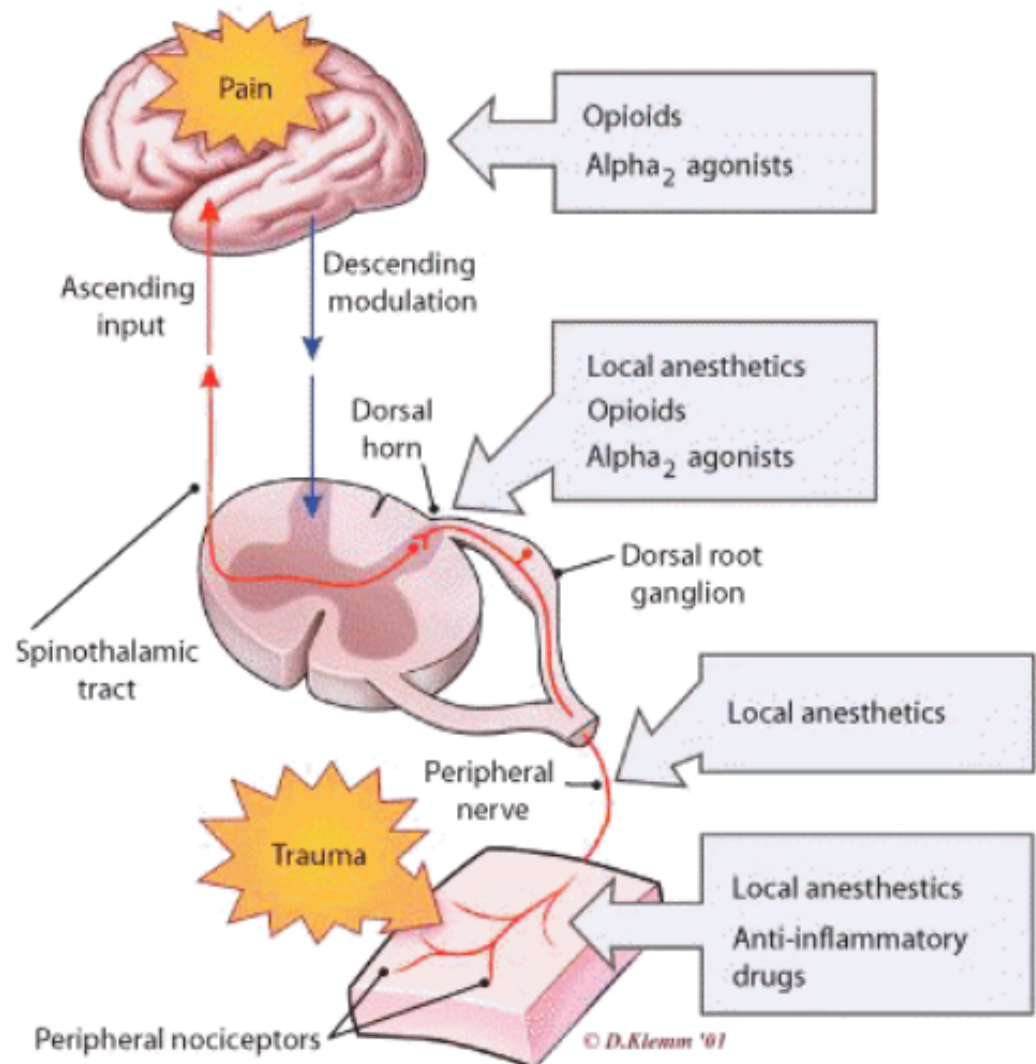
OPIOIDES MENORES

RECEPTOR OPIOIDE

Mu: Analgesia, depresión respiratoria, euforia, sedación, tolerancia y dependencia, estreñimiento

Delta: Efecto modulador a nivel espinal, retención urinaria

Kappa: Estreñimiento, disforia y alucinaciones



OPIOIDES MENORES

Tramadol, codeína y buprenorfina.

CARACTERÍSTICAS:

Efecto techo

Son antitusígenos y astrigentes(>>codeína)

Buena absorción oral

No formulaciones de acción rápida

Reversión con antagonistas excepto la buprenorfina

OPIOIDES MENORES:PRECAUCIONES

Riesgo de interacciones

Depresores del sistema nervioso

Codeína y tramadol CYP2D6

Pobres metabolizadores(no analgesia 10%) o metabolizadores rápidos(toxicidad)

Insuficiencia renal:

Acumulo de metabolitos tóxicos

Estreñimiento y nauseas:

Asociar precozmente laxante y antiemético

Ancianos:

Riesgo incrementado de toxicidad

ANALGÉSICOS DE 2º ESCALÓN

	Vida media	Dosis inicial	Dosis máxima
Tramadol	oral 6-8 h retard 12h iv 6h	50mg/8h 1/2 dosis estable 50mg	400mg/24h 400mg/24h 600mg/24h
Codeina	4-6 h	15mg/6h	240mg/24h
Buprenorfina(td)	72 h	17,5Mg	140Mg

¿TIENEN ALGÚN PAPEL LOS OPIOIDES MAYORES EN EL DOLOR MODERADO?

A FAVOR:

En pacientes con dolor moderado los opioides mayores son por lo menos igual de eficaces.

Los pacientes muchas veces presentan dolor progresivo, que obliga a cambios de tratamiento.

Los pacientes(y los médicos) infraestiman el dolor.

Los opioides menores también son tóxicos

EN CONTRA:

Los opioides menores muchas veces pueden controlar el dolor.

Los opioides mayores pueden asociarse con más toxicidad.

Trabas burocráticas que dificultan el acceso a los opioides.

RESUMEN

1º Paso SIEMPRE es evaluar el dolor

Posteriormente elegiremos el tratamiento mas indicado:

Dolor leve: AINES o paracetamol

Dolor moderado: Opioides(+/-1º escalón)

Individualizar el tratamiento para ajustarnos a las necesidades

Vía preferiblemente oral

Pautas sencillas

Valorar utilizar coadyuvantes incluso en dolor leve o moderado

Reevaluar el dolor: empezaremos titulando y si no controlamos el dolor ajustaremos el tratamiento.

Dar pautas para el rescate