

Atención al dolor crónico no oncológico en Atención Primaria. Hospital de Villalba 27 Noviembre 2019



Julio Caso Peláez.

Centro de Salud Alpedrete. Madrid

Especialista en Medicina de Familia.

Máster Universitario en Cuidados Paliativos (Universidad Autónoma Madrid)

Colaborador docente y Referente Dolor DANO. Madrid

DOLOR CRÓNICO NO ONCOLÓGICO



ESCENARIOS

.HOSPITAL

.UNIDAD DE CP

.ESAD

.ATENCIÓN PRIMARIA



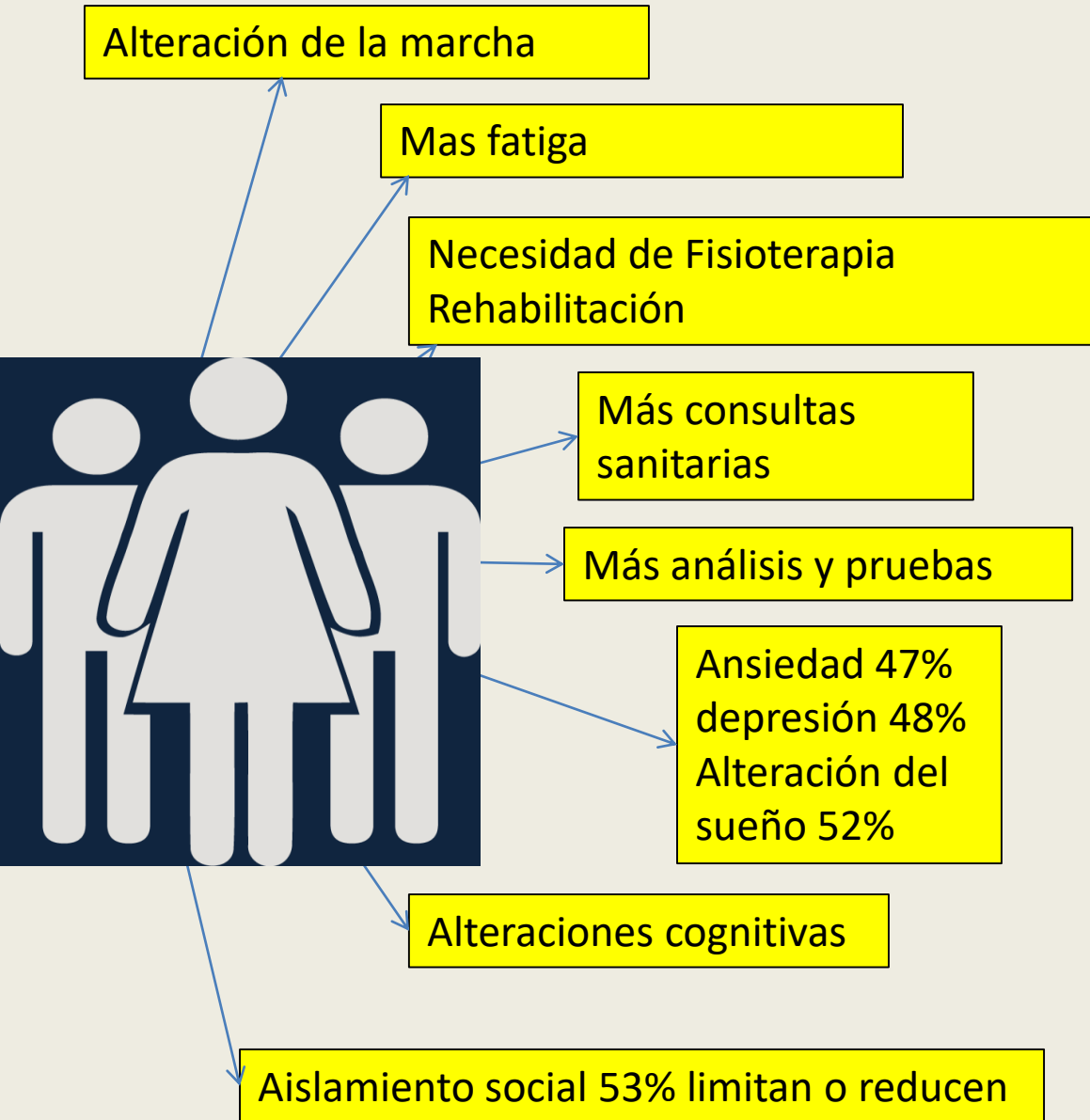


ATENCIÓN PRIMARIA

DOLOR

| DOLOR AGUDO | DOLOR CRÓNICO |
|--|--|
| Duración limitada. Horas, días, < 12 semanas | Se prolonga en el tiempo > 3 meses |
| Señal de alarma de una lesión. (dolor útil). Finalidad protectora | Deja de ser un síntoma y pasa a ser una enfermedad en sí. |
| Estimulación de vías nociceptivas | Puede persistir después de la lesión. Sensibilización periférica y central. |
| Origen conocido (lesión tisular) | Origen incierto |
| Ansiedad, irritabilidad | Depresión y alteración del comportamiento |

ENFERMEDAD CRÓNICA



Pérdida de calidad de vida del paciente.

Más carga familiar y del cuidador

Necesidad de más recursos sanitarios.

75% de las consultas de AP relacionadas con el dolor.
El Médico de familia es la puerta de acceso al sistema/especialistas

Necesidad de más recursos sociales y económicos

Absentismo laboral 32%

ESCALERA ANALGÉSICA DE LA OMS

1984 Ginebra. Publicada OMS 1986

DOLOR CRÓNICO NO ONCOLÓGICO

?



AINES

OPIODES MENORES

OPIODES MAYORES

COADYUVANTES

CUARTO ESCALÓN
CIRUGÍAS
TÉCNICAS INTERVENCIONISTAS

Justifica la necesidad : El Médico de Familia tiene que profundizar en los conocimientos y habilidades

Consensos, Recomendaciones DCNO

- 1.-Valoración del dolor**
- 2.-Herramientas farmacológicas**
- 3.-Derivación al Cuarto escalón y otros especialistas**



>30% refieren dolor intolerable

>60% considera inadecuado el tratamiento

>40% el dolor no está bien controlado

Breivik H, Collett B, Ventafridda V, et al. Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life, and treatment. Eur J Pain. 2006;10:287-333.



analgesia

Efectos secundarios

Las altas tasas de **ineficacia** de los tratamientos del dolor crónico están relacionadas con la dificultad de mantener el **equilibrio** entre el **alivio del dolor** y la **tolerabilidad a la medicación**.



1.-OBJETIVO

DIAGNÓSTICO



PACIENTE DE 72 AÑOS acude a la consulta por **DOLOR LUMBAR** .
Refiere que no mejora con el tratamiento

Llevo más de un año con dolor.
No mejoré con paracetamol ni con nolutil. Luego tomé tramadol cada 12 horas .
Fui subiendo poco a poco y ahora tomo tramadol 150mg/12h pero no mejoro y cada vez estoy más limitado. Además, desde que tomo esta dosis estoy mareado y con náuseas.



1.-Aumentamos la dosis de tramadol

2.-Asociamos un coadyuvante al tramadol

3.-Empezamos con opioide mayor.

4.-Le mandamos a traumatología por dolor lumbar crónico que no mejora con el tratamiento

5.-Le mandamos a la Unidad del dolor por dolor lumbar crónico que no mejora con el tratamiento

6.-Le mandamos a Rehabilitación para potenciar la musculatura lumbar

EVA ?

PACIENTE ?

TIPO DE DOLOR ?

REPERCUSIÓN ?

DIAGNÓSTICO ?

TRATAMIENTO ?



VALORACIÓN DEL DOLOR. “Abordaje integral”

DIAGNÓSTICO

Sin diagnóstico no puede haber tratamiento



HISTORIA CLÍNICA DEL DOLOR

ASPECTOS GENERALES

Antecedentes personales
Cirugías

CONCEPTO DE ENFERMEDAD SUBJETIVA Y EXPECTATIVAS

SEMIOLOGÍA

Desde, donde, como, cuanto, cuando,
Factores que influyen. Síntomas asociados
Repercusión . Tratamientos previos, tipo fisiopatológicos

HISTORIA FARMACOLÓGICA

Alergias
Tolerabilidades
Interacciones
Contraindicaciones
Eficacia de tratamientos previos
Abuso de fármacos/drogas
Grado de cumplimiento

REPERCUSIÓN

Funcional
Psíquica
Social

CASO CLÍNICO

| | |
|--------------|--|
| Désde | Paciente varón de 72 años con dolor lumbar de años de evolución. Refiere que desde hace casi un año esta peor. El dolor es más intenso e irradia a las dos piernas. |
| Dónde | El dolor está localizado en zona lumbar , es bilateral e irradia por cara posterior de ambas piernas |
| Cómo | En zona lumbar es profundo y opresivo. En las piernas tiene quemazón con calambres y hormigueo. |
| Cuánto | EVA en reposo 5 y EVA 8 en movimiento |
| Cuándo | Mejora en reposo y empeora con el movimiento. Le obliga a parase cuando camina |
| F.influyen | Aumenta con la hiperextensión del tronco y al caminar |
| S. asociados | Calambres , hormigueos y pérdida de fuerza en las piernas |
| Discapacidad | Importante limitación funcional para las ABVD, alteración del estado de ánimo y aislamiento social |
| Exploración | Dolor a la presión en raquis y sacroiliacas. Dolor a la hiperextensión del tronco. Lasegue y Bragard + Bilteral. Hipoestesia en ambos pies . ROTS disminuidos de forma bilateral |
| PC | Espondiloartrosis lumbar. Disminución L5/S1. Retrolistesis grado I L5 |
| Tipo Dolor | Dolor mixto nociceptivo y neuropático |
| Tratamiento | Tramadol 150mg /12h. Rescates paracetamol y metamizol |

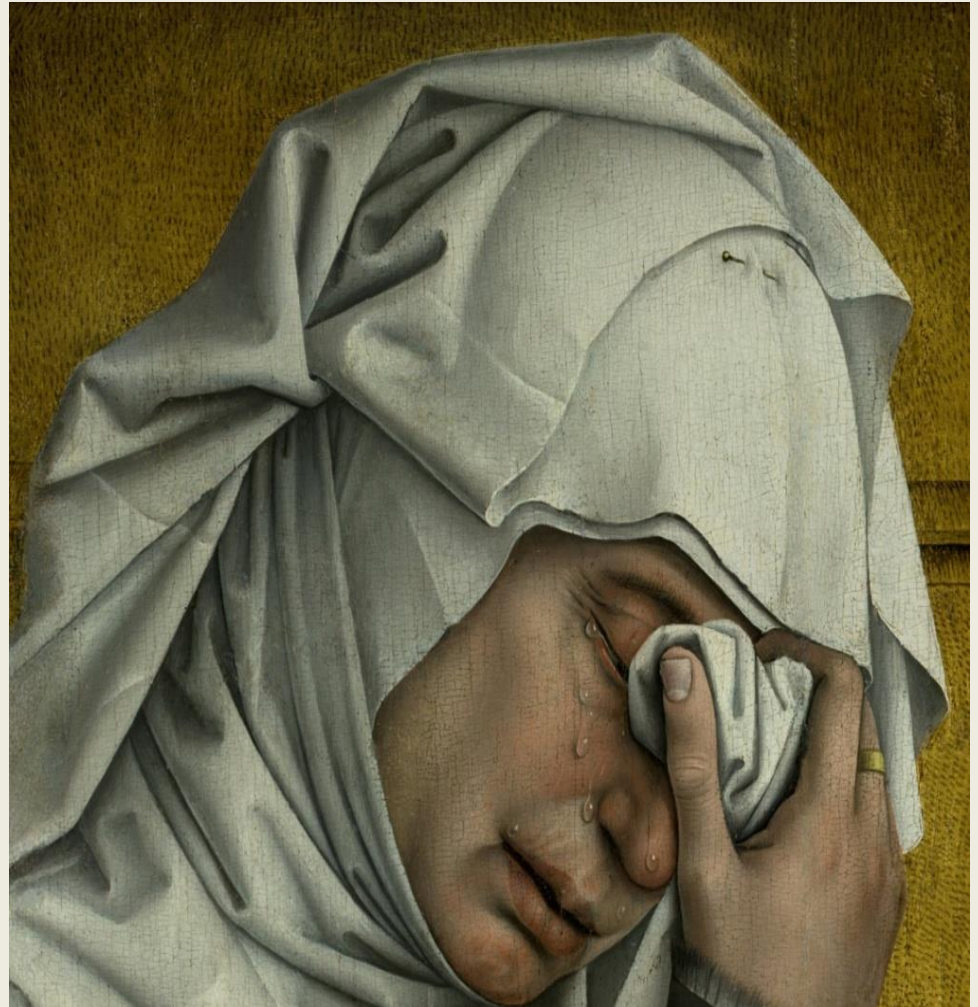
TIPOS DE DOLOR: Fisiopatología

1.-DOLOR NOCICEPTIVO
-SOMÁTICO
-VISCERAL

2.-DOLOR NEUROPÁTICO

3.-DOLOR MIXTO

4.-DOLOR FUNCIONAL



| Tipos | Mecanismo lesión | Características | Ejemplos |
|-----------------------------|---|--|--|
| Nociceptivo somático | Receptores: piel, músculos, articulaciones, periostio, hueso | Sordo, fijo, Bien localizado, superficial o profundo. Constante. Aumenta con el movimiento. Mejora con reposo. Sin cortejo vegetativo | MTS óseas, Dolor reumático |
| Nociceptivo visceral | Receptores viscerales | Opresivo, irradiado Mal localizado Profundo, Intermitente. Puede acompañarse cortejo vegetativo. | Pancreatitis Cólico renal |
| Neuropático | Lesión SNP-SNC | Urente, quemante, paroxístico o continuo, hormigueos , parestesias, disestesias | Neuropatía diabética, postherpética |
| Psicógeno | Sin causa orgánica | Clínica abigarrada, afectación emocional | Dolor somatoforme |
| Mixto | | | |



**TIPO DE
DOLOR**



**INTENSIDAD
DEL DOLOR**



**REPERCUSIÓN
DEL DOLOR**



**HISTORIAL
TERAPÉUTICO**



**SÍNTOMAS
DE
ALARMA**

VALORACIÓN DEL DOLOR . OBJETIVOS

1.-TIPO DE DOLOR.

Según duración: Agudo o crónico.

Según etiología: oncológico o no oncológico

Según fisiopatología : Nociceptivo (somático o visceral), neuropático, psicógeno, mixto.

2.-INTENSIDAD DEL DOLOR. Leve (<3) Moderado (4<7)- Intenso (>7)

3.-RESPUESTA A TRATAMIENTOS

4.-REPERCUSIÓN DEL DOLOR : Escalas multidimensionales

-FUNCIONAL

-PSICOLÓGICA

-SOCIAL

5.-SÍNTOMAS O SIGNOS DE ALARMA

CONTINUIDAD ASISTENCIAL



Paciente de 72 años con lumbalgía crónica que no responde a tratamiento habitual

Derivación incorrecta

CUARTO ESCALÓN

TRAUMATOLOGIA
REHABILITACIÓN
REUMATOLOGIA
UNIDAD DOLOR
NEUROCIRUGIA

CONTINUIDAD ASISTENCIAL



Varón de 72 años con Dolor lumbar irradiado a miembros inferiores, Crónico, Moderado a intenso, Tipo mixto: nociceptivo-neuropático, Repercusión ; funcional, psíquica y social. No responde a fármacos de primer y segundo escalón.

Se deriva a traumatología para completar diagnóstico y valoración tto

No AF de interés.

AP : HTA grado III. AIT. DSL . IRC (Cl Creat 50.) HPB

Tratamiento. IECA. AAS 300. Atorvastatina 20. Tamsulosina 0.4

No Cirugías.

NO RAMC

2.-OBJETIVO

2.-TRATAMIENTO DEL DOLOR



**HERRAMIENTAS
PARA EL CONTROL
DEL DOLOR**



ESCALERA ANALGÉSICA DE LA OMS

1984 Ginebra. Publicada OMS 1986





OTRAS VÍAS
Parenteral (SC)
Espinal

TÉCNICAS
Neuroquirúrgicas
Anestésicas
RT

**OPIOIDES
MAYORES**

±
Aines
±

Coadyuvantes

**OPIOIDES
MENORES**

±
Aines
±
coadyuvantes

AINES

±

Coadyuvantes



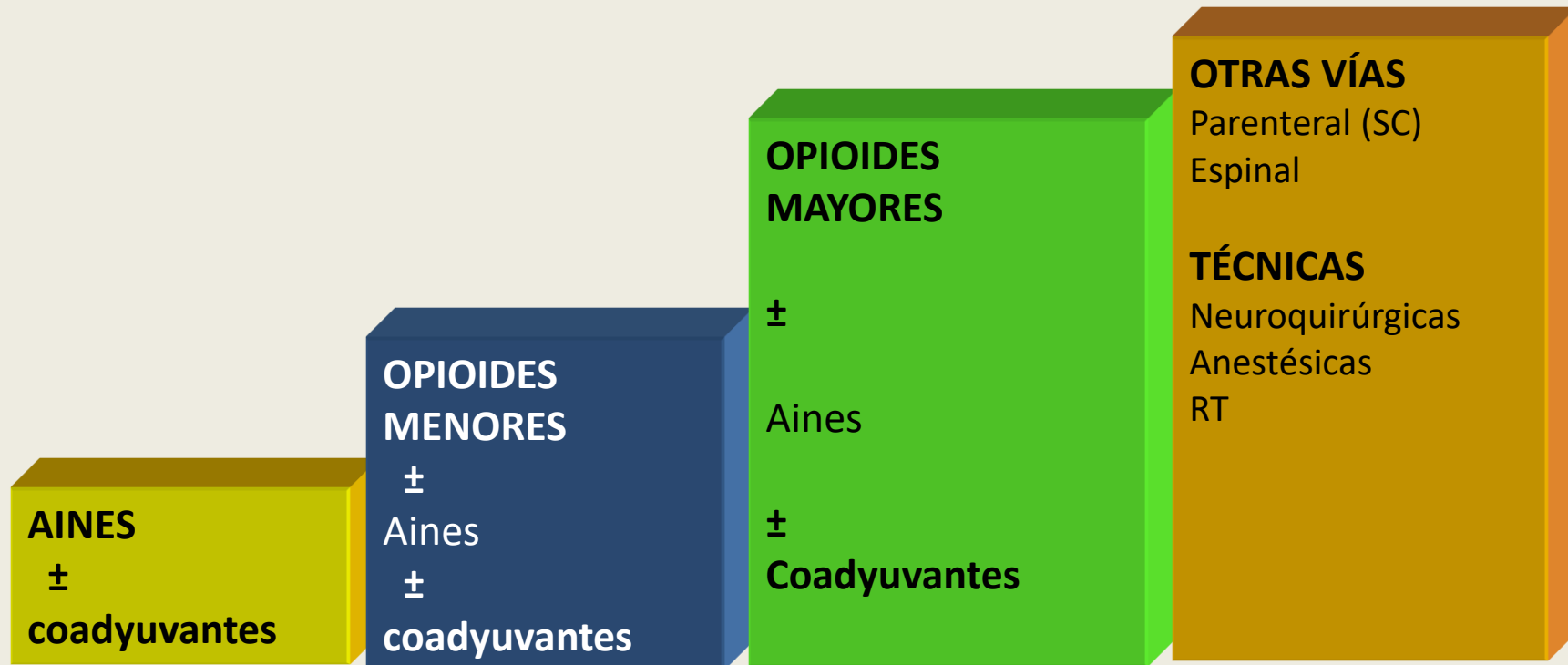
TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

En base:

- Intensidad (EVA)
- Tipo fisiopatológico
- Repercusión (física, psíquica, social)

TRATAMIENTO MULTIMODAL DEL DOLOR CRÓNICO

- 1-Tratamiento farmacológico.** Intensidad del dolor, Base fisiopatológica , discapacidad
- 2-Tratamiento no farmacológico.** Fisioterapia. Rehabilitación. Ejercicios. Relajación. Psicoterapia, Educación
- 3- Informar** Autocuidados. Objetivos. Pronóstico. Actividad laboral. Pruebas complementarias
- 4-Revisiones y comunicación periódicas.** Cambios en el dolor, eficacia , efectos secundarios
- 5-Debe permitir la modificación**



Objetivo ayudar al paciente a autocontrolar su proceso , reducir el dolor y su impacto

TRATAMIENTO DEL DOLOR DCNO

FARMACOLÓGICO

MULTIMODAL Y PERSONALIZADO

NO FARMACOLÓGICO



Utilizar las herramientas de los 4 escalones de la OMS en base a

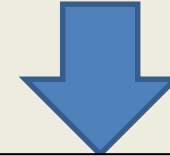
1.-INTENSIDAD, leve, moderado, severo

2.-MECANISMO FISIOPATOLÓGICO

Nociceptivo (somático/ visceral)
Neuropático
Mixto
Funcional

3.-REPERCUSIÓN FUNCIONAL, PSÍQUICA Y SOCIAL

4. SEGUIR LAS RECOMENDACIONES DE CADA MEDICAMENTO



1.-Educación del paciente

2.-Ejercicio. Rehabilitación. Fisioterapia

3.-Terapia cognitivo conductual

4.-Comunicación y revisiones

AINES

±

coadyuvantes

GUIA DOLOR NOCICEPTIVO. PRIMER ESCALÓN.

*-Paracetamol <2.5-3 gr/día en 4 tomas. Asociar aines si artrosis de manos o rodilla en periodos cortos.

*-Alternativa al paracetamol si hay inflamación y a corto plazo ; Ibuprofeno \leq 1200 mg/día o naproxeno \leq 1000 mg/día.

*-No son alternativa en ancianos, pacientes con FRCV, FRGI o FRIR

*-Si mala tolerabilidad oral. Aines tópicos

Sólo actúan sobre el dolor nociceptivo y no son eficaces en el dolor neuropático

Indicados en caso de Dolor LEVE- MODERADO. Especialmente si es de origen INFLAMATORIO o CÓLICO

Todos los AINES pueden interferir el efecto cardioprotector de AAS a dosis bajas

La EMA los recomienda sólo en pacientes seleccionados a la dosis efectiva más baja y a corto plazo (no más de 6 semanas)



Diagnostico:

Dolor lumbar No irradiado.

Agudo

Leve reposo/ moderado en ejercicio.

Nociceptivo.

Repercusión funcional leve.

AINES

±

coadyuvantes

Tratamiento :

Paracetamol 650 mg cada 6 horas

Calor local

Ejercicios de estiramiento muscular

Reposo relativo

Revisión si no mejora

Dependiendo de la edad añadir relajante muscular

AINES 1

Inhiben la síntesis de Prostaglandinas por bloqueo de las ciclooxygenasas impidiendo la sensibilización de los nociceptores

Hay dos isoenzimas de la COX ;

- COX-1 . Fisiológica** . Relacionada con los efectos secundarios gastrointestinales y la agregación plaquetaria (la acción es transitoria y reversible, excepto la aas que es irreversible).
- COX-2**. Se induce y se expresa en los tejidos durante **la inflamación**. Esta relacionada con el efecto antiinflamatorio, analgésico, antipirético y efectos cardiorrenales.

- Todos los aines en mayor o menor medida inhiben las dos isoenzimas COX-1 y la COX-2.
- Los tradicionales o no selectivos inhiben preferentemente la COX-1.
- Los selectivos de la COX-2 son el etoricoxib y el celecoxib que casi no tienen efectos sobre la COX-1. pero tiene efecto aterotrombótico por inhibir las prostaglandinas a nivel renal.
- Ningún aine ha demostrado ser más eficaz que otro (tradicionales y selectivos). La respuesta es muy variable de un individuo a otro.

EFECTOS SECUNDARIOS DE LOS AINES

- 1.-GASTROINTESTINALES
- 2.-TOXICIDAD RENAL
- 3.-TOXICIDAD HEPÁTICA
- 4.-CARDIOVASCULARES
- 5.-HEMATOLÓGICOS
- 6.-HIPERSENSIBILIDAD
- 7.-SISTEMA NERVIOSO CENTRAL

RECOMENDACIONES DE LOS AINES Y EFECTOS GASTROINTESTINALES

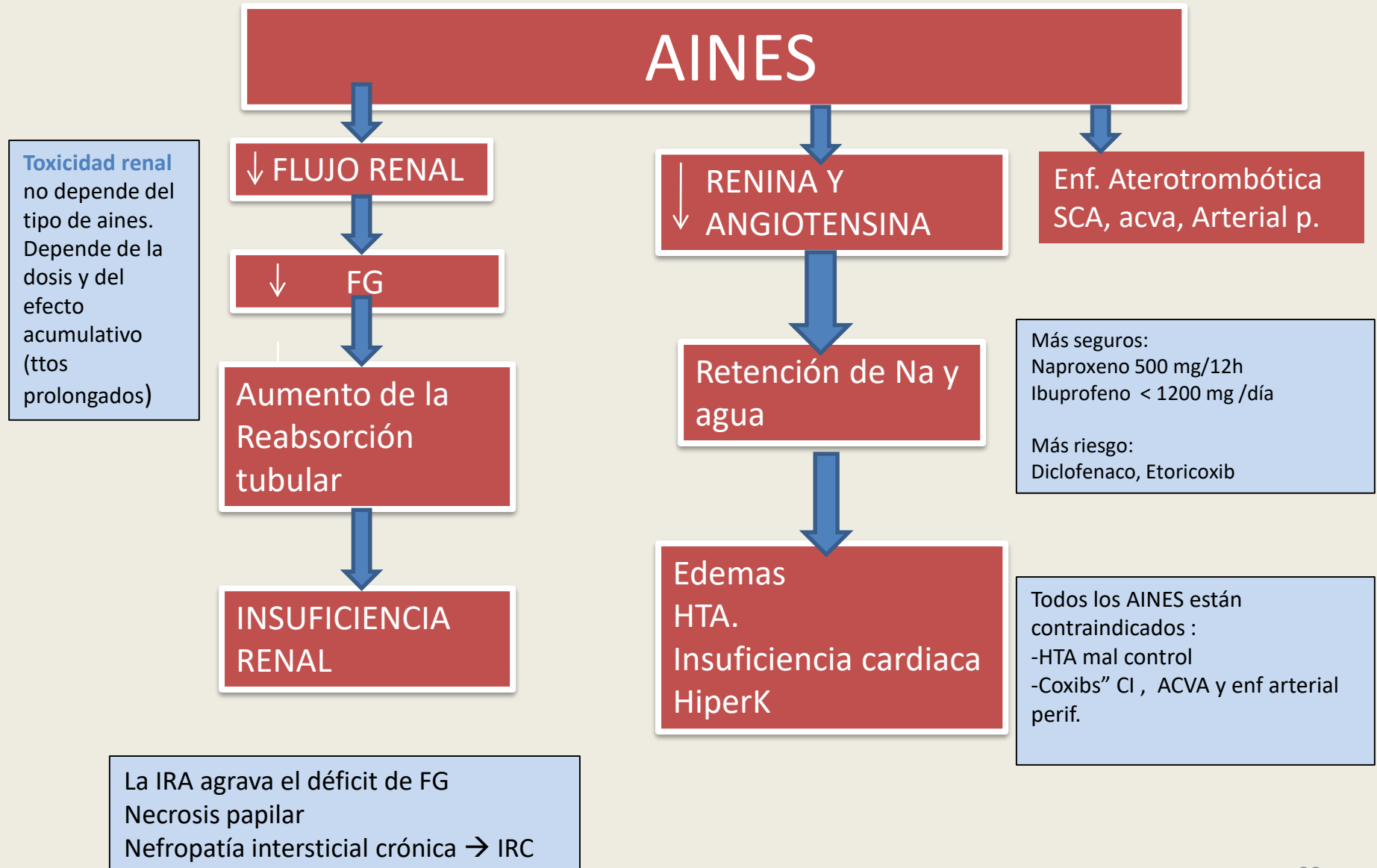
- 1.-Los COXIBS tienen un perfil con menos efectos GI que los tradicionales.
- 2.-Dentro de los aines clásicos el riesgo GI varía de forma individual, según el fármaco, dosis y presencia de factores de riesgo. El piroxicam es el más gastrolesivo, el paracetamol no tiene efecto sobre las PG del tracto GI y el metamizol tiene baja gastrolesividad.
- 3.-Antes del tratamiento con aines hay que hacer una valoración del riesgo GI individual.
- 4.-La combinación de aines con aas a dosis bajas aumenta el riesgo de hemorragia GI.

FACTORES DE RIESGO PARA COMPLICACIONES GI POR AINES

- 1.-Historia previa de úlcera péptica (complicada o no)
- 2.-Edad \geq 65 años. Sobre todo \geq 70 años
- 3.-Uso de \geq 2 aines simultáneamente
- 4.-Uso concomitante de antiagregantes, anticoagulantes, corticoides
- 5.-Infección por Helicobacter pylori
- 6.-Comorbilidad grave

| RIESGO BAJO | No factores riesgo No toman aas dosis bajas | Utilizar IBP solo si dispepsia previa |
|--------------|--|---|
| RIESGO MEDIO | Tiene 1 o 2 FR No historia de úlceras No anticoagulado | Aines tradicionales con IBP Cox-2 solos o con IBP |
| RIESGO ALTO | >2 FR Historia de úlcera complicada Anticoagulación | Evitar aines Si es necesario Coxib siempre IBP Erradicar Hpylori |

TOXICIDAD RENAL y CARDIOVASCULAR



**OPIOIDES
MENORES**

±

Aines

±

Coadyuvantes

GUIA DOLOR NOCICEPTIVO. SEGUNDO ESCALÓN

Tramadol empezar 50-100mg día. Ir subiendo dosis máximo 400 mg día

Cuando se alcance la dosis eficaz pasar a formulación retard

Alternativa codeína 60mg/6h. (máximo)

En los dos casos vigilar efectos secundarios. Náuseas/ Vómitos/estreñimiento/mareos/ somnolencia

Dolor Nociceptivo y neuropático crónico (tercera línea).

Dolor: intensidad moderada, severo y/o continuo.

Dolor que no responde a otras terapias (primer escalón) o efectos adversos a las mismas.

Necesita descartar historial adictivo, confirmar que no se trata de dolor psicógeno.

Pueden combinarse con AINES analgésicos +/- coadyuvantes.



Diagnóstico

Dolor lumbar no irradiado

Subagudo.

Intensidad moderado.

Nociceptivo.

Con mayor repercusión funcional.

No responde a fármacos de primer escalón.

OPIOIDES

MENORES

±

Aines

±

Coadyuvantes

Tratamiento

Tramadol 37.5 mg + paracetamol 325 mg cada 8h. Empezar con uno al día. Subir cada 2 -3 días

Se informa de la posibilidad de:
náuseas/vómitos/ estreñimiento/
mareos/somnolencia.

CODEINA

- Agonista puro receptores μ (afinidad débil). Potencia analgésica débil
- Antitusígeno (tos no productiva).
- Sedante
- Antidiarreico

TRAMADOL

Doble mecanismo de acción:

- Afinidad baja a receptores opioides : Analgesia nociceptiva
- Inhibición de la recaptación de serotonina y adrenalina : Analgesia neuropática

Recordar los principales efectos secundarios

- Digestivos: náuseas, vómitos, estreñimiento
- Mareos
- Somnolencia, confusión
- Vigilar interacciones : alcohol, psicofármacos e IRSS



Diagnóstico;

Dolor lumbar que irradia a ambas piernas
Crónico.

Mixto (Nociceptivo y neuropático).

Hipoestesia en pies y alt. ROTS.

Intensidad severa.

Con limitación funcional , psíquica y social.

No responde a tramadol 37.5 + paracetamol/8h

Radiografías espondiloartrosis lumbar con disminución del espacio L5/S1 y retrolistesis grado I de L5.

**OPIOIDES
MENORES**

±

Aines

±

Coadyuvantes

Tratamiento

Aumentamos un 50% la dosis de tramadol 50 mg cada 8 horas (150 mg/día) con paracetamol de rescate
Se informa de la posibilidad de efectos adversos náuseas/vómitos/ estreñimiento y mareos.

Derivamos a Traumatología

para completar diagnóstico y valorar tratamiento

DIAGNÓSTICO:

PIC. Paciente varón de 72 años con Dolor lumbar irradiado a miembros inferiores, Crónico, Moderado a intenso, Tipo mixto: nociceptivo-neuropático, Repercusión funcional, psíquica y social. No responde a fármacos de primer y segundo escalón.

Se deriva a traumatología para completar diagnóstico y valorar tto

Informe de traumatología : Espondiloartrosis lumbar con estenosis de canal. No quirúrgico. Se deriva a su MAP para tratamiento analgésico y rehabilitación

En el momento actual está con tramadol R. 150 mg cada 12h.
Paracetamol o metamizol de rescate.

Refiere sensación de náuseas , mareos y somnolencia desde que aumentó el tramadol

Espondiloartrosis lumbar con estenosis de canal y con Lumbalgia crónica irradiada a MI. Moderado/intenso. Mixto.

Limitación en las tres esferas. Mala respuesta a tramadol 150mg/12h y con efectos secundarios. Paracetamol/metamizol de rescate

Tratamiento:

1.-Aumentamos el tramadol a 400 mg día

2.-Añadimos coadyuvante (pregabalina,gabapentina, antidepresivo.....)

3.-Pasamos al tercer escalón

4.-Derivamos a Rehabilitación

5.-Derivamos a la Unidad del dolor



Diagnóstico;

Dolor lumbar que irradia a ambas piernas

Crónico.

Mixto (Nociceptivo y neuropático).

Intensidad severa.

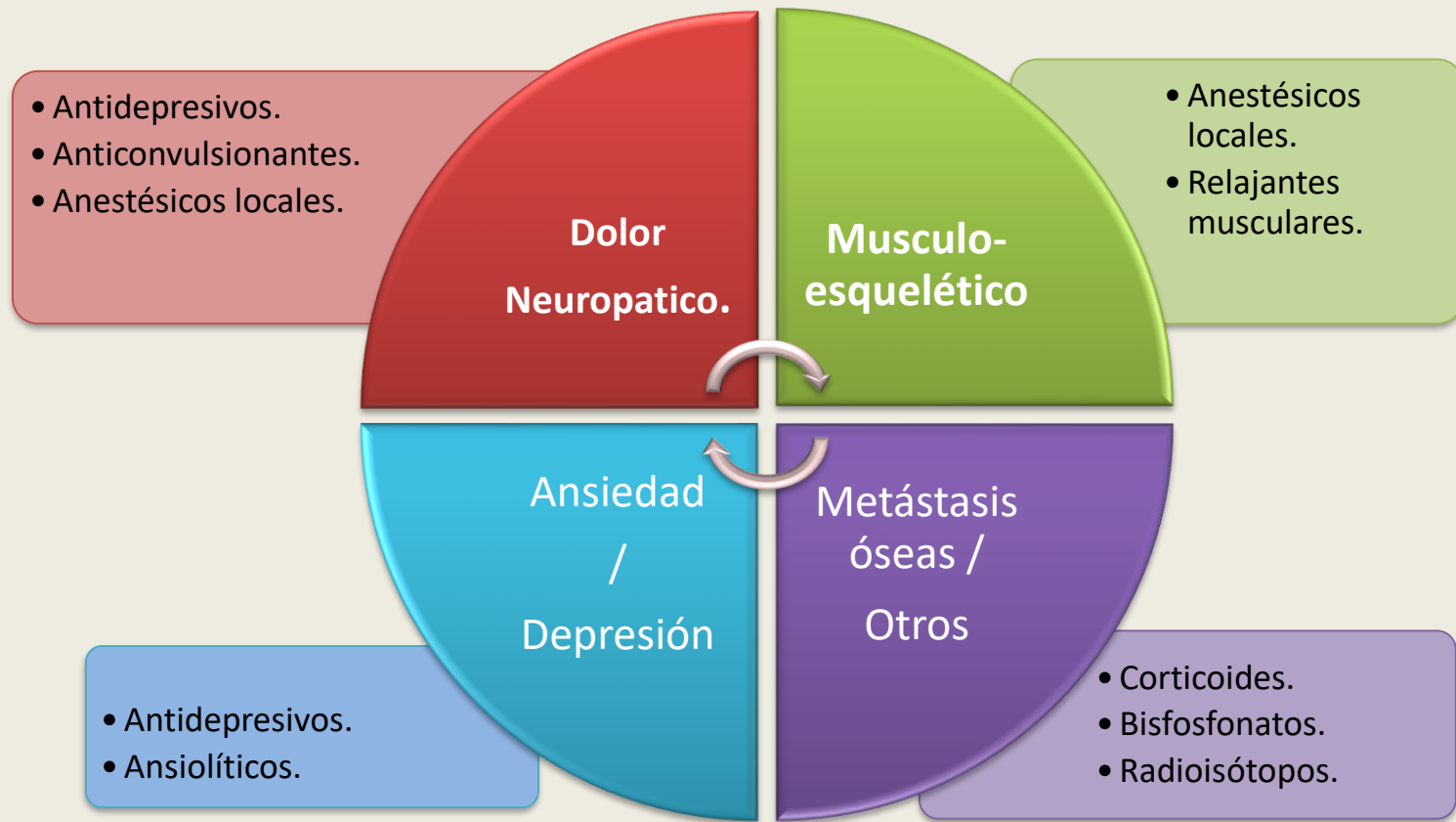
Con limitación funcional , psíquica y social.

COADYUVANTE (pregabalina,gabapentina, antidepresivo)

-Dosis baja.

-Vamos subiendo según eficacia analgésica y efectos secundarios

Coadyuvante



| IRSS | ADT | Ligandos canales del calcio | Antagonistas NMDA | Lidocaina Capsaicina | Neurolépticos | Corticoides | Ansiolíticos |
|--|--|---|---|---|--|---|--|
| Duloxetina Venlafaxina | Amitriptilina | Pregabalina Gabapentina | Ketamina Dextrometorfano | | Levopromacina | | |
| Potencian la actividad de la vía descendente inhibitoria del dolor al inhibir la recaptación de serotonina y noradrenalina | Inhibe la recaptación de las aminas neurotransmisoras potenciando las vías serotoninérgicas y endorfinas | Se une a una subunidad del canal del calcio reduciendo la liberación de neurotransmisores excitadores y potencia el efecto inhibitor del GABA | Acción analgésica al inhibir el receptor de N-metil-D-aspartato que participa en la sensibilización central | Anestésicos locales: Boqueo de los canales del sodio evitando la despolarización neuronal y por tanto la transmisión del dolor La Capsaicina Agonista selectivo de los receptores TRPV1: Liberación y vaciado de sustancia P y otros neurotransmisores bloqueando la transmisión del impulso | Facilitan la acción analgésica de los opioides. Disminuyen su necesidad. Bloquean rc dopaminérgicos tipo 1 y 2. Neuroléptico aceptado como analgésico per se: LEVOMEPRONACINA (20mg =10mg morfina) | Dolor neuropático, lacerante. Componente inflamatorio o edematoso + dolor. Disminuir hiperexcitabilidad neuronal. | Agonistas GABA (freno en episodios de estrés). Dolores lacerantes y mio-relajantes de dolores musculares. |



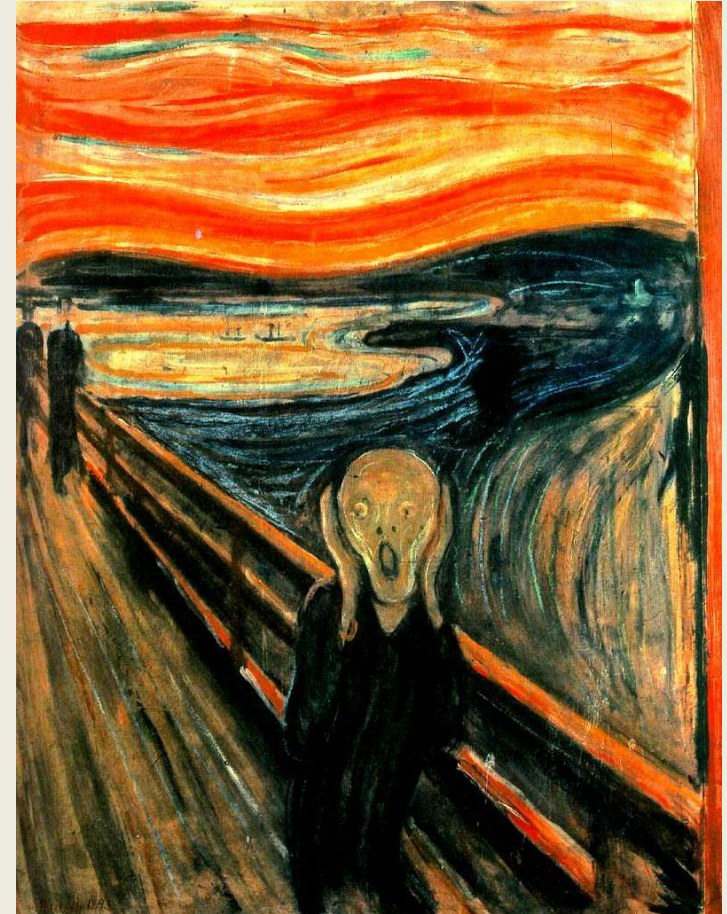
Caso clínico 1

Está con tramadol R. 150 mg cada 12h.
Paracetamol o metamizol de rescate.

Añadimos coadyuvante ; pregabalina .
Empezamos con dosis baja
Subimos poco a poco.
En la actualidad 150mg/12h

El paciente refiere cierta mejoría ,
pero mantiene un EVA alto. 6
Sigue muy limitado.
Por otra parte la sensación de náuseas
mareos y somnolencia aumentó.

Se decide pasar al tercer escalón



GUIA DOLOR NOCICEPTIVO. TERCER ESCALÓN

**OPIOIDES
MAYORES**

±

Aines

±

Coadyuvantes

1.- Dolor moderado a severo que no responde a opioides menores. No susceptible de mejora con coadyuvantes

2.- Escalada de dosis de Tramadol sin eficacia analgésica.

3.- La existencia de efectos secundarios con el Tramadol.

Barrera Opioides

Poca experiencia en el manejo

opiofobia

FÁRMACOS OPIOIDES

Actúan sobre receptores específicos: μ , δ , κ .

Distribuidos por todo el SNC y SNP

Vías ascendentes

Centros de control del dolor

Vías descendentes

Nociceptores periféricos

| | |
|--------------------------------|---|
| 1.-Analgésia | Acción sobre receptores (μ , δ , K) distribuidos por todo el SNC y SNP Depende del opioide, dosis, vía de administración y tipo de dolor. |
| 2.-Depresión respiratoria | No llega al 1%. Centro Respiratorio del Tronco cerebral. Sobre todo receptores μ . Depende de la dosis, vía (máx iv) y velocidad de acceso del opioide al SNC. (menos con las presentaciones sostenidas). Sobre todo ancianos, debilitados, hepatopatías, insuficiencia respiratoria, alcohólicos, depresores del SNC |
| 3.-Dependencia física/psíquica | Física. ; rinorrea, sudoración, lagrimeo, bostezos, máxima intensidad 12-24h. Casos graves convulsiones Dependencia que puede llevar a la adicción(conducta compulsiva para consumir) |
| 4.-Gastrointest. | Náuseas-Vómitos-estreñimiento. Disminución de la motilidad y vaciamiento gástrico, disminución de las secreciones gástricas, biliares y pancreáticas, aumento del tono antral, ileocecal y anal. Boca seca o xerostomía |
| 5.-Genitourinarios | Retención urinaria por aumento del tono vesical. Aumento/ disminución de la diuresis (ADH) |
| 6.-S. N./ Conducta | Somnolencia -Euforia-disforia (μ), psicotomimesis (K), alucinaciones (δ ,) Neuroexcitabilidad dosis altas (miosis, nistagmus, rigidez, mioclonias, convulsiones, delirium, alodinia, hiperalgesia) |
| 7.-Neuroendocrinas | Aumento PRL, GH. ACTH. Disminución TSH, FSH, LH, (hipogonadismo masculino, amenorrea) Aumento o disminución de ADH. hipotermia, diaforesis |
| 8.-Cardiovasculares | Vasodilatación , hipotensión y bradicardia, La pentazocina; taquicardia, HTA |
| 9.-Dermatológicas | Enrojecimiento, urticaria, prurito |

CLASIFICACIÓN FUNCIONAL DE LOS FÁRMACOS OPIOIDES

AGONISTAS PUROS

Afinidad y Actividad intrínseca

Máxima para R- μ

Dosis dependiente

No techo analgésico

MORFINA

FENTANILO

OXICODONA

HIDROMORFONA

TAPENTADOL

METADONA

PETIDINA

HEROÍNA

TRAMADOL

CODEINA, DIHIDROCODEINA

DEXTROPROPOXIFENO

AGONISTAS ANTAGONISTAS

Actúan sobre más de un R.

Techo analgésico

PENTAZOCINA

NALBUFINA

AGONISTAS PARCIALES

Afinidad alta pero menos Actividad intrínseca R- μ . Antagonista K

Techo analgésico .

BUPRENORFINA

ANTAGONISTAS PUROS.

afinidad sin actividad intrínseca.

NALOXONA

NALTREXONA

EFFECTOS SECUNDARIOS

La mayor parte de los efectos secundarios son consecuencia de las acciones farmacológicas .

Con el tratamiento con fármacos opioides siempre deben esperarse efectos secundarios.

EFFECTOS SECUNDARIOS

INFORMAR SIEMPRE

**PREVENIR TRATAR LOS MÁS FRECUENTES ANTES DE QUE SE
PRODUZCAN**

TRATAR LOS QUE APAREZCAN

TRATAMIENTO DE LOS PRINCIPALES EFECTOS SECUNDARIOS DE LOS OPIOIDES

DESDE EL PRINCIPIO

Náuseas-vómitos

Estreñimiento

INSUFICIENCIA RENAL

Mejor perfil: **Buprenorfina, hidromorfona, metadona. Fentanilo** (ajuste en la severa)

El tapentadol leve-moderada (no recomendada en severa)

Morfina y oxicodona ajuste dosis en Leve/moderada. No se aconseja en la severa

INSUFICIENCIA HEPÁTICA

Mejor perfil **Fentanilo. Metadona**

Tapentadol IH leve . Ajuste en la moderada. No se aconseja en la severa

Morfina ajuste de dosis

Oxicodona ajuste en la leve . No se recomienda en la moderda/severa

Hidromorfona ajuste de dosis e intervalos

POLIFARMACIA-ANCIANO

Tapentadol

Buprenorfina

Hidromorfona



ESTRATEGIA PARA MANEJAR LOS OPIOIDES MAYORES EN EL DOLOR CRONICO NO ONCOLÓGICO : FASES

**1.-ANTES
RECOMENDACIONES
PREVIAS AL
TRATAMIENTO**

**2.-ELEGIR
-OPIOIDE
-VÍA
-DOSIS**

**3.-DESPUÉS
SEGUIMIENTO
DEL PACIENTE**

1.-ANTES :

SELECCIONAR AL PACIENTE RECOMENDACIONES PREVIAS AL TRATAMIENTO

SELECCIONAR AL PACIENTE

- 1.-Dolor de intensidad moderada a intensa.
- 2.-Dolor Nociceptivo o mixto
- 3.-Repercusión importante a nivel Funcional, psicológica y social
- 4.-No susceptible de mejora con coadyuvantes
- 5.-Falta de respuesta o efectos secundarios a los fármacos del primer , segundo escalón , coadyuvantes (dosis y pauta correcta)
- 6.-Paciente cumplidor, con adherencia a los tratamientos y sin riesgo de adicción, abuso fármacos, alcohol, drogas y ausencia de patología psiquiátrica
- 7.-Revisiones periódicas . No hay opioide mayor sin fecha de revisión
- 8.-Establecer periodo de prueba de tres meses. Si no hay mejoría suspender (intensidad y repercusión) (MUP)

RECOMENDACIONES PREVIAS AL TRATAMIENTO

- 1-Tratamiento multimodal: Farmacológico y no farmacológico
- 2-Especificar las **expectativas del tratamiento. Objetivos realistas** con mejoría funcional y reducción de la intensidad 30% (2 puntos EVA). Buscar equilibrio entre la mejoría del dolor, la mejora funcional y calidad de vida y los efectos secundarios.
- 3-**Informar** siempre sobre el fármaco, dosis, pauta , efectos secundarios, revisiones periódicas
- 4-Tener en cuenta las **situaciones especiales** ; edad avanzada, deterioro cognitivo, patología hepática o renal , tolerancia individual, evitar tratamiento concomitante con BZD.
- 5.-Desde el principio **tratar los efectos secundarios**



QUÉ ANALGÉSICO ?

OPIOIDE MAYOR

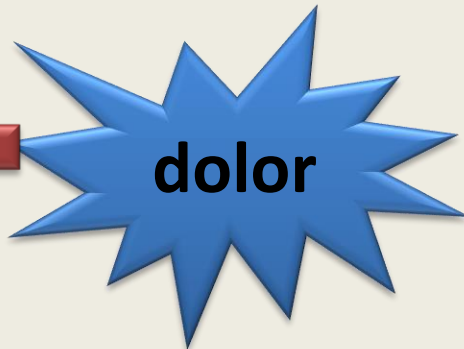
ESTRATEGIA OPIOIDES MAYORES



Edad
Antecedentes: Insuficiencia hepática-Renal. comorbilidades

Estado general
Tolerabilidad oral
Hidratación. Nutrición.
Polifarmacia. Psicofármacos

APOYO FAMILIAR



Tipo de dolor

-TODOS NOCICEPTIVO
-MIXTO:
Nociceptivo + neuropático
- Tapentadol
- Metadona

Intensidad

Leve
Moderado
Severo

Repercusión

Física
Psíquica
Social



Tto analgésico

Coadyuvantes

Riesgo adicción

BASES PARA LA SELECCIÓN DEL OPIOIDE

1.-Paciente

72 años
Pluripatología:HTA, IRC leve
Polifarmacia,aas
Tolerabilidad oral
Apoyo familiar

Dosis inicio más bajas y subidas de dosis más suaves
Más toxicidad, efectos secundarios e interacciones
Seguros en caso de Insuficiencia renal leve
Tolera vía oral
Hay apoyo familiar

2.-Tipo de dolor

Dolor lumbar crónico.
Mixto (Nociceptivo y neuropático).
Intensidad severa.
limitación funcional y psiquica imp



DOSIS

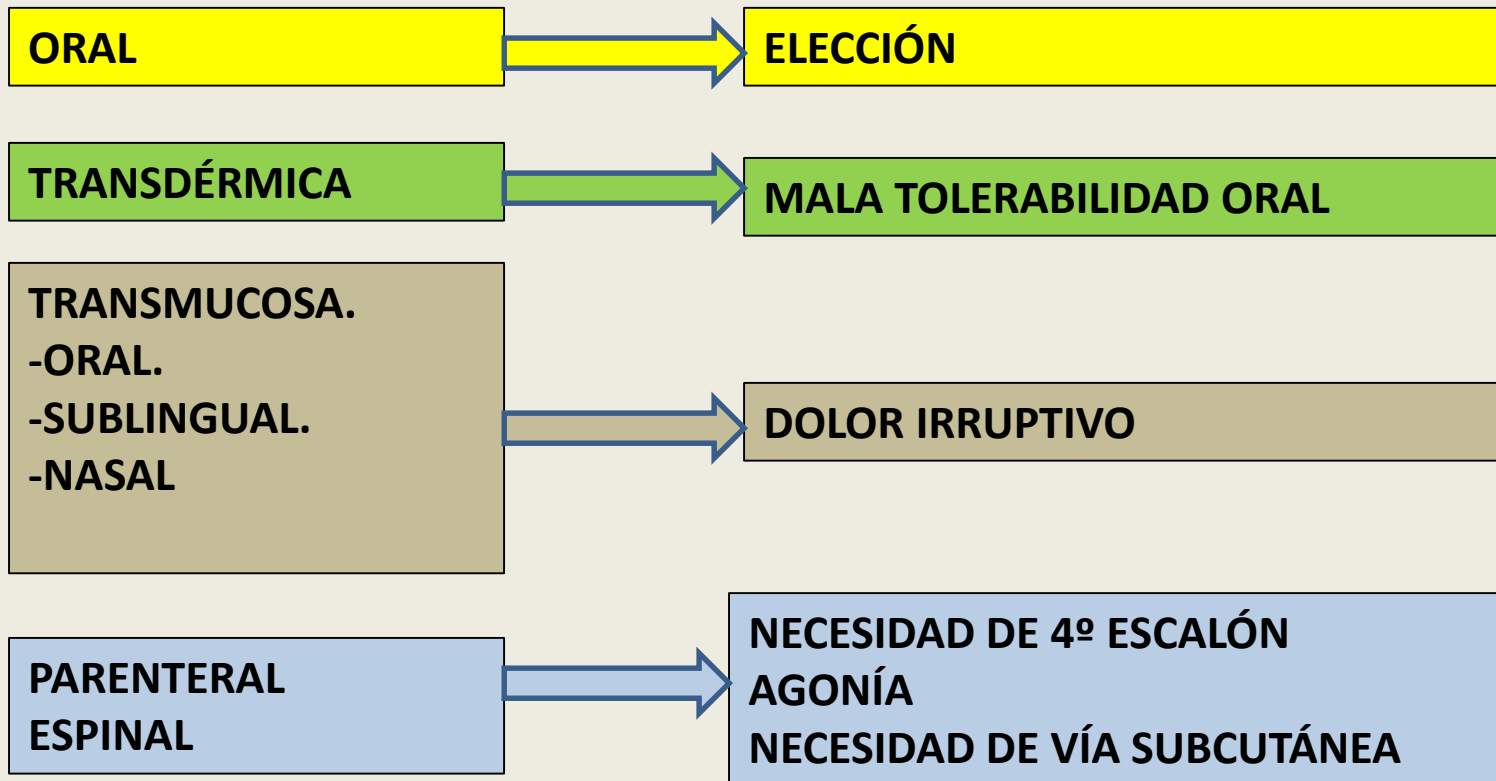
Empezar el tratamiento con titulación prudente

- Menor dosis posible.
- Con escalada de dosis suaves .
- Empezar con formulaciones de larga duración
- Administración oral.

MORFINA Retard 10 mg/12h
OXICODONA. Retard 10 mg/12h
OXICODONA-NALOXONA 5/2.5/12h
FENTANILO 12 mcg/72 h
BUPRENORFINA ½ de 35 mcg/96h
TAPENTADOL 50 mg/12h



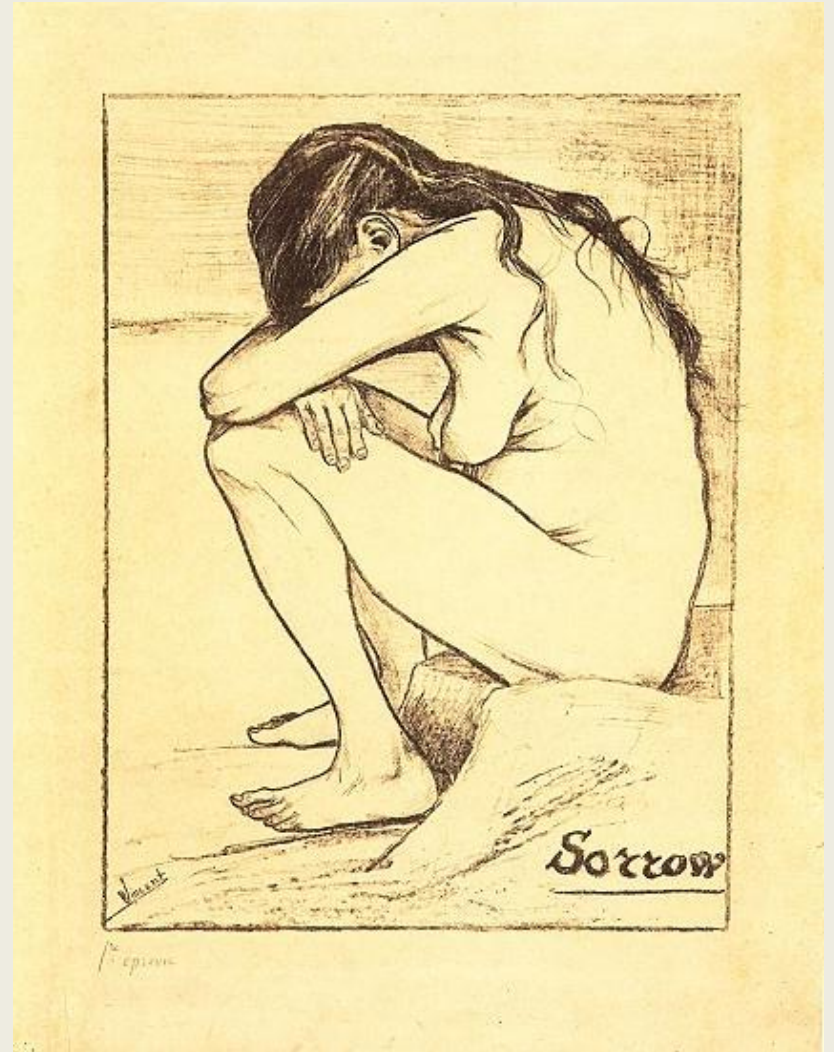
VIA



MONITORIZACIÓN POSTERIOR

- Valorar constantemente el tipo e intensidad de dolor
- Valorar la eficacia del tratamiento
- Aparición de efectos secundarios
- Cumplimiento
- Detectar conductas de riesgo de abuso-adicción-abstinencia
- Valorar necesidad de modificar el tratamiento (dosis o rotación) o de retirarlo. 10% cada 15 días y cuando quede 1/3 de la dosis de inicio 5% cada 15 días (si lleva menos tiempo 25% cada visita 2-3 semanas)

GRACIAS



| | Tapentadol | Tramadol | |
|---|--|--|---|
| Escalón OMS | Analgésico potente Escalón III | Analgésico débil Escalón II | |
| Afinidad receptores μ | 20 veces más que el tramadol | | |
| Mecanismo de acción | Simultáneo: agonismo μ + inhibición de la recaptación de NA | Secuencial: inhibición de la recaptación de NA + inhibición de la recaptación de serotonina -> agonismo μ | Menor porcentaje de efectos adversos |
| Farmacocinética | No es un profármaco: no necesita metabolizarse para tener actividad analgésica Inicio acción: < 1h | Es una mezcla racémica: necesita metabolizarse para tener actividad analgésica Inicio de acción: >2h | < variabilidad interindividual con tapentadol " mayor rapidez de acción |
| Metabolismo | Glucuronización | Oxidación | " < probabilidad de interacciones medicamentosas con tapentadol |

DIAGNÓSTICO:

PIC. Paciente varón de 72 años con Dolor lumbar irradiado a miembros inferiores, Crónico, Moderado a intenso, Tipo mixto: nociceptivo-neuropático, Repercusión funcional, psíquica y social. No responde a fármacos de primer y segundo escalón.

Se deriva a traumatología para completar diagnóstico y valorar tto

Informe de traumatología : Espondiloartrosis lumbar con estenosis de canal. No quirúrgico. Se deriva a su MAP para tratamiento analgésico y rehabilitación

En el momento actual está con tramadol R. 150 mg cada 12h.

Paracetamol o metamizol de rescate.

Refiere sensación de náuseas , mareos y somnolencia desde que aumentó el tramadol

Espondiloartrosis lumbar con estenosis de canal y con Lumbalgia crónica irradiada a MI. Moderado/intenso. Mixto.

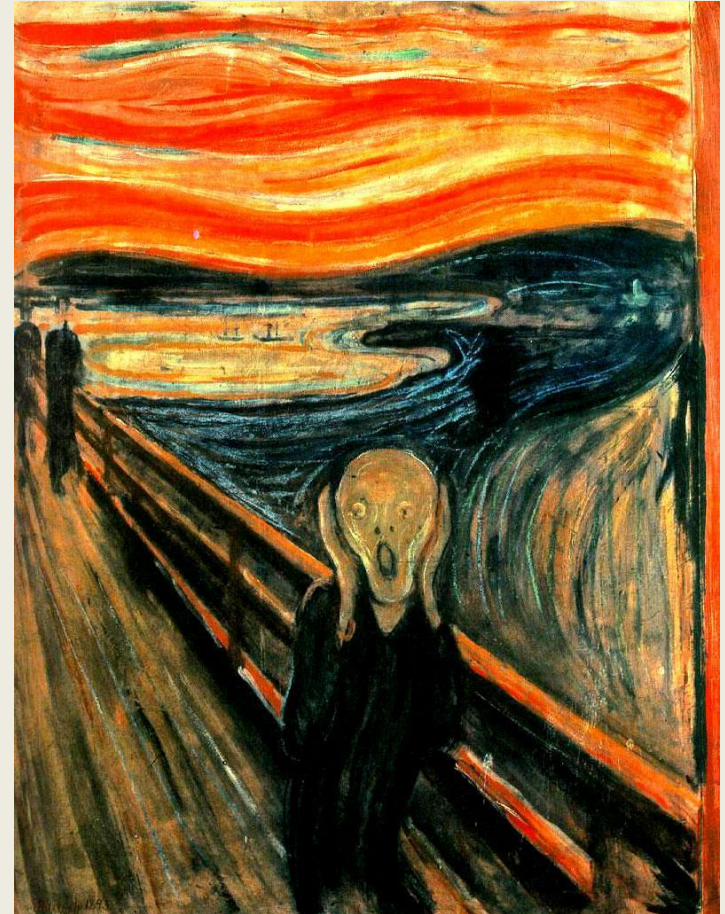
Limitación en las tres esferas. Mala respuesta a tramadol 150mg/12h y con efectos secundarios. Paracetamol/metamizol de rescate

Caso clínico 1

Está con tramadol R. 150 mg cada 12h.
Paracetamol o metamizol de rescate.

Añadimos coadyuvante ; pregabalina .
Empezamos con dosis baja
Subimos poco a poco.
En la actualidad 150mg/12h

El paciente refiere cierta mejoría ,
pero mantiene un EVA alto. 6
Sigue muy limitado.
Por otra parte la sensación de náuseas
mareos y somnolencia aumentó.





Opioide mayor



SELECCIONAR AL PACIENTE

- 1.-Dolor de intensidad moderada a intensa.
- 2.-Dolor Nociceptivo o mixto
- 3.-Repercusión importante a nivel Funcional, psicológica y social
- 4.-No susceptible de mejora con coadyuvantes
- 5.-Falta de respuesta o efectos secundarios a los fármacos del primer , segundo escalón , coadyuvantes (dosis y pauta correcta)
- 6.-Paciente cumplidor, con adherencia a los tratamientos y sin riesgo de adicción, abuso fármacos, alcohol, drogas y ausencia de patología psiquiátrica
- 7.-Revisiones periódicas . No hay opioide mayor sin fecha de revisión
- 8.-Establecer periodo de prueba de tres meses. Si no hay mejoría suspender (intensidad y repercusión) (MUP)

Caso clínico 2

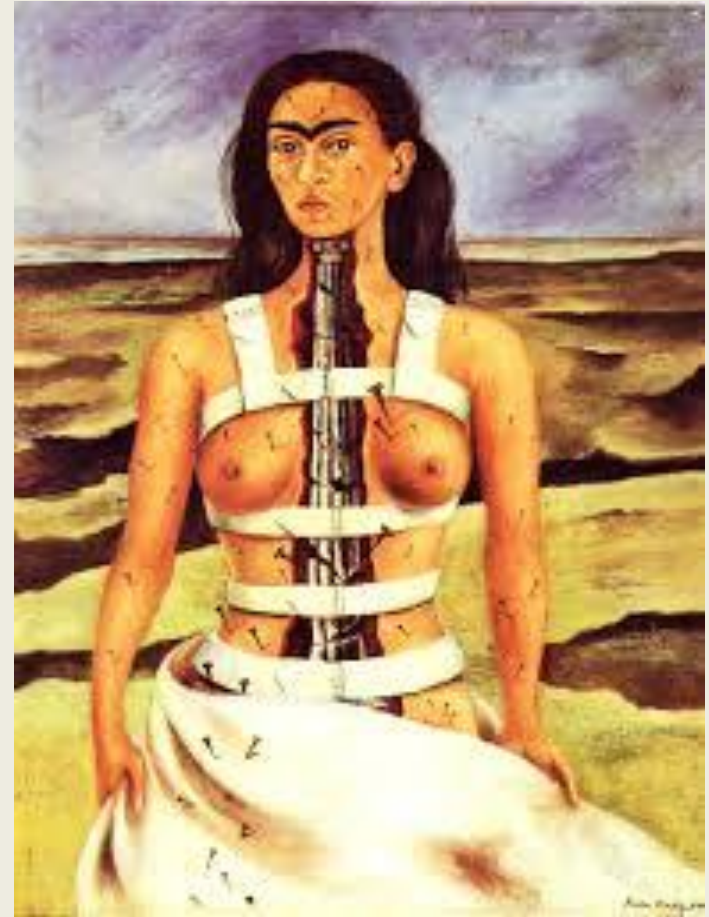
Falta de analgesia y efectos secundarios

Tramadol 150 mg/12h +
Pregbalina 150 mg/12h +
Paracetamol de rescate

Tapentadol 50 mg cada 12h + laxante +
antiemético

Al cabo de 15 días el paciente refiere
desaparición de los efectos secundarios
aunque mantiene dolor EVA 6

Subimos dosis de tapentadol 100mg/12h.
Al cabo de una semana mejoría del dolor
EVA 3.



Caso Clínico

Paciente varón de 72 años con dolor lumbar de 15 días de evolución.
El dolor es opresivo y está localizado en zona lumbar bilateral. No irradia a las piernas.
EVA 2 en reposo y 4 en movimiento. Mejora en reposo y aumenta con el ejercicio .
No se acompaña de fiebre, disuria, no traumas , no cirugías recientes. No alteración de esfínteres.

En la exploración hay dolor a la presión sobre raquis, apófisis transversas y sacroiliacas . Aumenta en la inclinación y flexoextensión. Phalen - , Lasegue-Bragard -. Maniobras sacroiliacas normales . Sensibilidad y ROTS normales. Fuerza normal.

Está a tratamiento con paracetamol e ibuprofeno a demanda. Calor local.

Por este motivo tiene limitación funcional leve. Vino conduciendo.

No AF de interés.

AP : HTA grado III. AIT. DSL-IRC (CI Creat 50.). HBP. Tratamiento. IECA. AAS 300. Atorvastatina 20. Tamsulosina

No Cirugías.

NO RAMC

**Dolor lumbar agudo. No irradiado. Intensidad leve en reposo y moderado en ejercicio.
Nociceptivo. Repercusión funcional leve. No señales de alarma**



Diagnostico:

Dolor lumbar No irradiado.

Agudo

Leve reposo/ moderado en ejercicio.

Nociceptivo.

Repercusión funcional leve.

AINES

±

coadyuvantes

Tratamiento :

Paracetamol 650 mg cada 6 horas

Calor local

Ejercicios de estiramiento muscular

Reposo relativo

Revisión si no mejora

Dependiendo de la edad añadir relajante muscular

Caso Clínico

El paciente acude mes y medio después por un empeoramiento de su dolor . EVA 5 en reposo y 6 en movimiento. (antes 2 reposo y 4 mov). Sigue sin irradiación y con las mismas características. No señales de alarma.

No hay cambios en la exploración.

Está a tratamiento con paracetamol 650 mg cada 6h, calor local, Ejercicios..Estuvo en fisioterapia y no mejora

Por este motivo está más limitado y no puede conducir . Le cuestan las ABVD. Tiene alteración del sueño.

Dolor lumbar subagudo. No irradiado. Intensidad moderado. Nociceptivo. Con mayor repercusión funcional. No señales de alarma . No responde a fármacos de primer escalón paracetamol



Diagnóstico

Dolor lumbar no irradiado

Subagudo.

Intensidad moderado.

Nociceptivo.

Con mayor repercusión funcional.

No responde a fármacos de primer escalón.

OPIOIDES

MENORES

±

Aines

±

Coadyuvantes

Tratamiento

Tramadol 37.5 mg + paracetamol 325 mg cada 8h. Empezar con uno al día. Subir cada 2 -3 días

Se informa de la posibilidad de:
náuseas/vómitos/ estreñimiento y mareos.

Caso Clínico

El paciente vuelve a los 6 meses . No mejora con el tratamiento . El dolor lumbar es más intenso e irradia por la cara posterior de las dos piernas con sensación de quemazón , calambres , hormigueo y pérdida de fuerza. EVA 6 en reposo y 8 en movimiento. Mejora en reposo y aumenta con el ejercicio , tiene que pararse al caminar. No fiebre. No disuria. No alteración esfínteres.

En la exploración hay cambios y tiene dolor a la presión de raquis sobre apófisis transversas y sacroiliacas . Dolor con la hiperextensión del tronco con Phalen + y Lasegue-Bragard +. Hipoestesia en los dos pies y disminución de ROTS.

Está a tratamiento con Tramadol 37.5 mg + paracetamol 325 mg cada 8 horas.

Rescates con paracetamol o metamizol .

Por este motivo tiene limitación importante de las ABVD, sigue sin poder dormir bien y empieza a estar desanimado. Apenas sale a la calle.

Diagnóstico; Dolor lumbar crónico. Mixto (Nociceptivo y neuropático). Intensidad severa. Con limitación funcional, psíquica y social. No síntomas de alarma.



Diagnóstico;

Dolor lumbar que irradia a ambas piernas
Crónico.

Mixto (Nociceptivo y neuropático).

Hipoestesia en pies y alt. ROTS.

Intensidad severa.

Con limitación funcional , psíquica y social.

No responde a tramadol 37.5 + paracetamol/8h

Radiografías espondiloartrosis lumbar con disminución del espacio L5/S1 y retrolistesis grado I de L5.

**OPIOIDES
MENORES**

±

Aines

±

Coadyuvantes

Tratamiento

Aumentamos un 50% la dosis de tramadol 50 mg cada 8 horas (150 mg/día) con paracetamol de rescate
Se informa de la posibilidad de efectos adversos náuseas/vómitos/ estreñimiento y mareos.

Derivamos a Traumatología

para completar diagnóstico y valorar tratamiento

DIAGNÓSTICO:

PIC. Paciente varón de 72 años con Dolor lumbar irradiado a miembros inferiores, Crónico, Moderado a intenso, Tipo mixto: nociceptivo-neuropático, Repercusión funcional, psíquica y social. No responde a fármacos de primer y segundo escalón.

Se deriva a traumatología para completar diagnóstico y valorar tto

Informe de traumatología : Espondiloartrosis lumbar con estenosis de canal. No quirúrgico. Se deriva a su MAP para tratamiento analgésico y rehabilitación

En el momento actual está con tramadol R. 150 mg cada 12h.
Paracetamol o metamizol de rescate.

Refiere sensación de náuseas , mareos y somnolencia desde que aumentó el tramadol

Espondiloartrosis lumbar con estenosis de canal y con Lumbalgia crónica irradiada a MI. Moderado/intenso. Mixto.

Limitación en las tres esferas. Mala respuesta a tramadol 150mg/12h y con efectos secundarios. Paracetamol/metamizol de rescate

Tratamiento:

1.-Aumentamos el tramadol a 400 mg día

2.-Añadimos coadyuvante (pregabalina,gabapentina, antidepresivo.....)

3.-Pasamos al tercer escalón

4.-Derivamos a Rehabilitación

5.-Derivamos a la Unidad del dolor

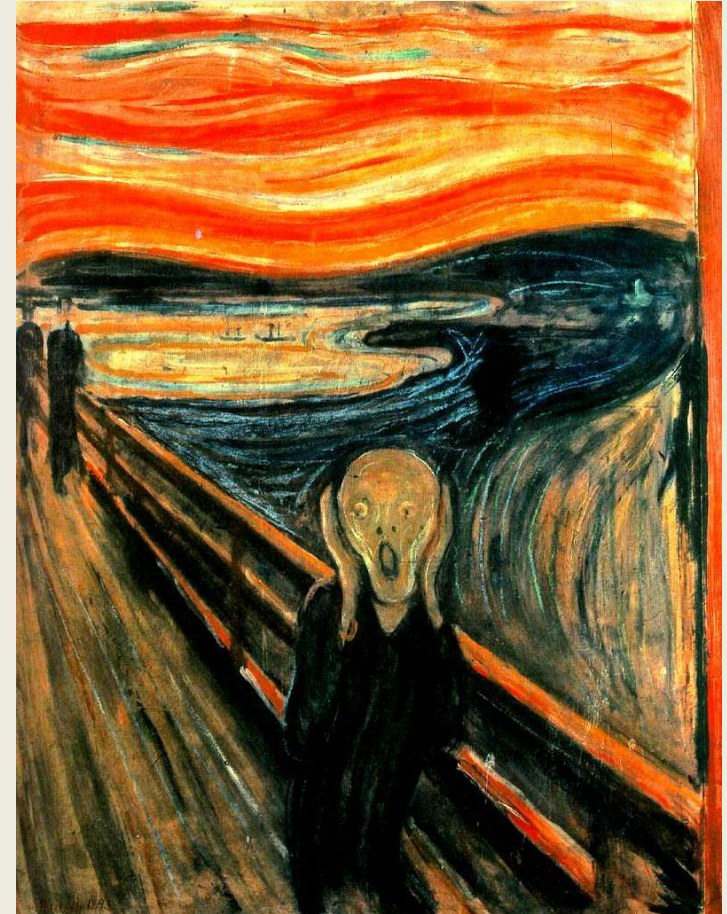
Caso clínico 1

Está con tramadol R. 150 mg cada 12h.
Paracetamol o metamizol de rescate.

Añadimos coadyuvante ; pregabalina .
Empezamos con dosis baja
Subimos poco a poco.
En la actualidad 150mg/12h

El paciente refiere cierta mejoría ,
pero mantiene un EVA alto. 6
Sigue muy limitado.
Por otra parte la sensación de náuseas
mareos y somnolencia aumentó.

Se decide pasar al tercer escalón



DIAGNÓSTICO:

PIC. Paciente varón de 72 años con Dolor lumbar irradiado a miembros inferiores, Crónico, Moderado a intenso, Tipo mixto: nociceptivo-neuropático, Repercusión funcional, psíquica y social. No responde a fármacos de primer y segundo escalón.

Se deriva a traumatología para completar diagnóstico y valorar tto

Informe de traumatología : Espondiloartrosis lumbar con estenosis de canal. No quirúrgico. Se deriva a su MAP para tratamiento analgésico y rehabilitación

En el momento actual está con tramadol R. 150 mg cada 12h.

Paracetamol o metamizol de rescate.

Refiere sensación de náuseas , mareos y somnolencia desde que aumentó el tramadol

Espondiloartrosis lumbar con estenosis de canal y con Lumbalgia crónica irradiada a MI. Moderado/intenso. Mixto.

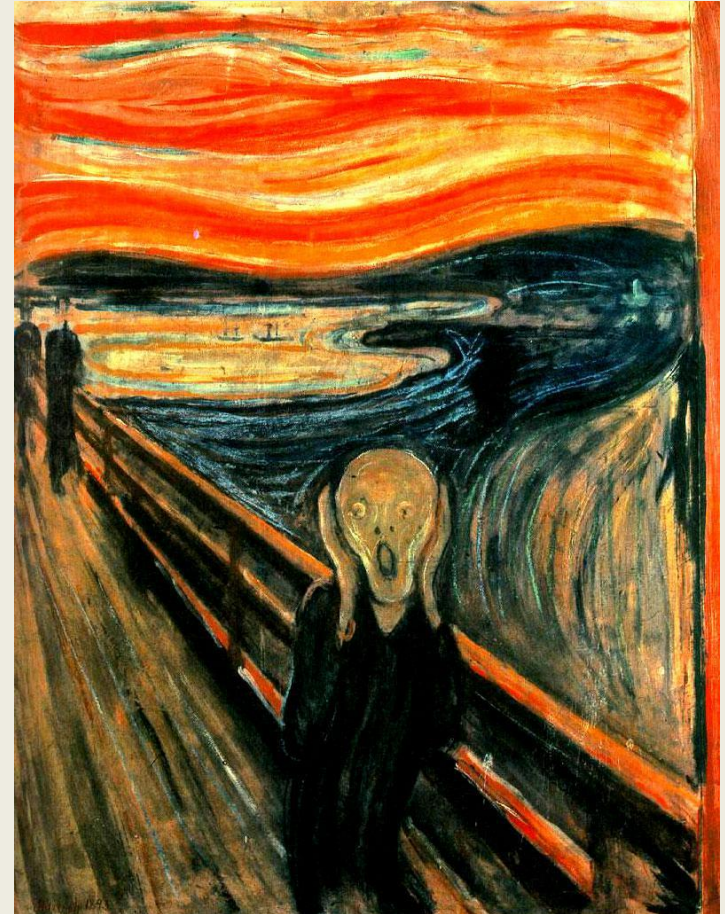
Limitación en las tres esferas. Mala respuesta a tramadol 150mg/12h y con efectos secundarios. Paracetamol/metamizol de rescate

Caso clínico 1

Está con tramadol R. 150 mg cada 12h.
Paracetamol o metamizol de rescate.

Añadimos coadyuvante ; pregabalina .
Empezamos con dosis baja
Subimos poco a poco.
En la actualidad 150mg/12h

El paciente refiere cierta mejoría ,
pero mantiene un EVA alto. 6
Sigue muy limitado.
Por otra parte la sensación de náuseas
mareos y somnolencia aumentó.





Opioide mayor



SELECCIONAR AL PACIENTE

- 1.-Dolor de intensidad moderada a intensa.
- 2.-Dolor Nociceptivo o mixto
- 3.-Repercusión importante a nivel Funcional, psicológica y social
- 4.-No susceptible de mejora con coadyuvantes
- 5.-Falta de respuesta o efectos secundarios a los fármacos del primer , segundo escalón , coadyuvantes (dosis y pauta correcta)
- 6.-Paciente cumplidor, con adherencia a los tratamientos y sin riesgo de adicción, abuso fármacos, alcohol, drogas y ausencia de patología psiquiátrica
- 7.-Revisiones periódicas . No hay opioide mayor sin fecha de revisión
- 8.-Establecer periodo de prueba de tres meses. Si no hay mejoría suspender (intensidad y repercusión) (MUP)

Caso clínico 2

Falta de analgesia y efectos secundarios

Tramadol 150 mg/12h +
Pregbalina 150 mg/12h +
Paracetamol de rescate

Tapentadol 50 mg cada 12h + laxante +
antiemético

Al cabo de 15 días el paciente refiere
desaparición de los efectos secundarios
aunque mantiene dolor EVA 6

Subimos dosis de tapentadol 100mg/12h.
Al cabo de una semana mejoría del dolor
EVA 3.

