

# Generalidades del tratamiento farmacológico del dolor

## Valoración y manejo

Dra. Adriana Della Valle

Oncóloga Médica - Paliativista

Directora del Programa de Cuidados Paliativos

Ministerio de Salud Pública del Uruguay

## CONTROL DE SÍNTOMAS

Constituye uno de los pilares esenciales de los Cuidados Paliativos.

Posibilita el alivio del sufrimiento y promueve la adaptación del paciente y la familia a la situación que amenaza la vida.

Los pacientes con enfermedad avanzada, oncológica o no, suelen sufrir uno o más síntomas que son fuente de discomfort y sufrimiento.

## LOS SÍNTOMAS PREVALENTES EN CUIDADOS PALIATIVOS

SON:

- Dolor
  - Disnea
  - Delirium
  - Repercusión general
  - Depresión
  - Náuseas y vómitos
  - Constipación
- 
- El buen manejo de síntomas debe basarse en el abordaje sistémico y ordenado.

## ¿QUÉ ES EL DOLOR?

- a. Una experiencia sensorial o emocional desagradable, asociada a un daño tisular real o potencial.
  
- b. Una experiencia perceptiva sensitiva desagradable, acompañada de una respuesta afectiva, motora, vegetativa e incluso de personalidad



Puede controlarse eficazmente en hasta 90%  
de los casos con medios sencillos

Ante todo dolor o cualquier síntoma:

**EMMR**

Evaluar

Manejar

Monitorizar

Atención a los detalles

# Etiología del Dolor

Tipo	Mecanismo	Ejemplos	Respuesta a opioides	Tratamiento
NOCICEPTIVO visceral somático	Estimulación de receptores			
	Visceroceptores	Distensión cápsula hepática Dolor óseo Espasmo muscular	+  + / - -	Analgésicos  Analgésicos Benzodiacepinas
NEUROPÁTICO Compresión Injuria	Estimulación nervi nervorum Daño SNP Daño SNC	Compresión radicular Infiltración nerviosa Lesión medular	+ / -  + / -  + / -	Corticoides, AINE, antidepresivos, antiepilépticos

# Evaluación del Dolor

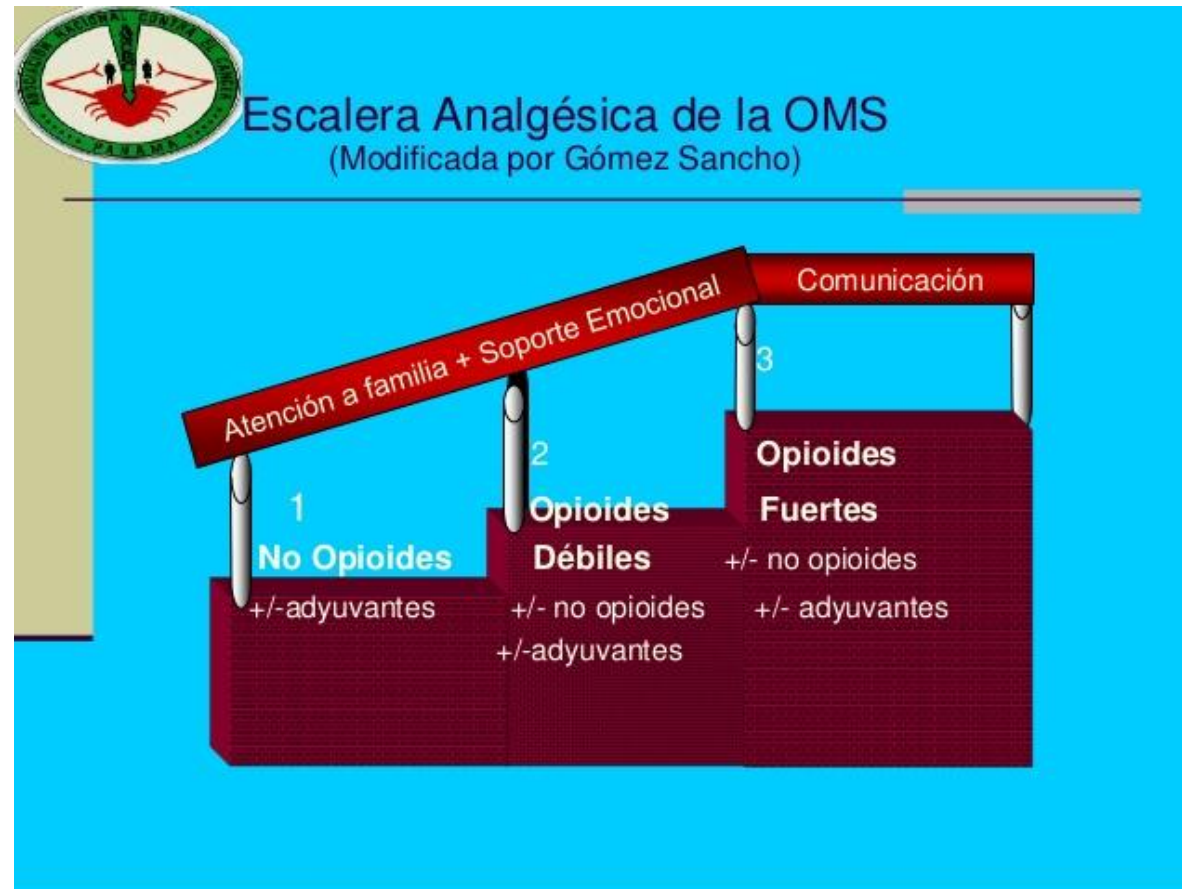
Escala numérica



➔ Intervalos cortos y regulares



# Manejo progresivo de los analgésicos:









## Nivel 1

AINEs:

Débiles o intermedios	Diclofenac 50-100 mg Ibuprofeno 400 mg
Potentés	Ketoprofeno 100-200 mg

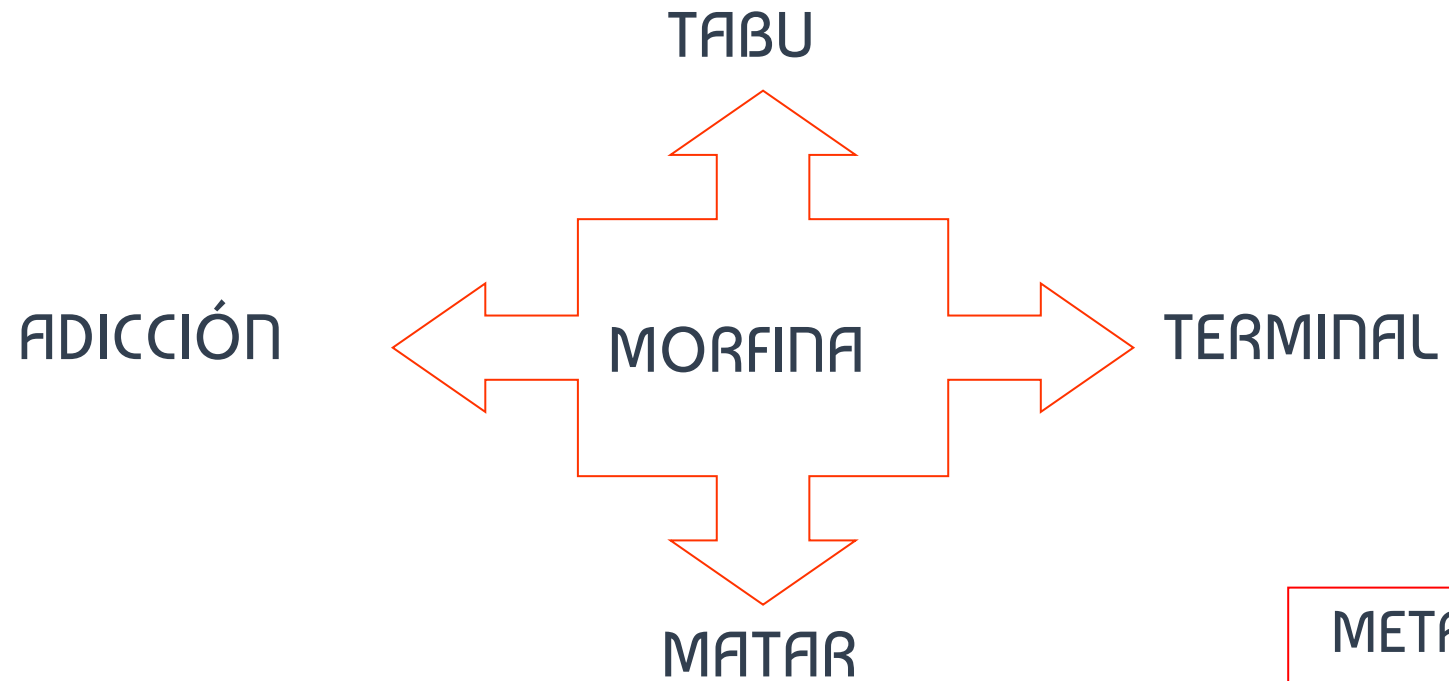
## Fármacos Adyuvantes:

1. Corticoides  Dexametasona 16-24 mg
2. Anticonvulsivantes  Carbamazepina 200-1600 mg
3. Antidepresivos  Amitriptilina 25-150 mg
4. Sedantes/Hipnóticos  Diazepam 10 mg  
Haloperidol 1 mg

## Nivel 2

- ◆ Opioides débiles
- ◆ Efecto analgésico 6-15 veces menor que morfina
- ◆ Efectos secundarios menos acentuados
  1. Tramadol 50-100 mg cada 6 horas
  2. Codeína 10-30 mg cada 6 horas
  3. Meperidina
  4. Dextropropoxifeno

### Nivel 3



METADONA  
FENTANYL  
OXICODONA

## MORFINA – METADONA – FENTANYL

- Aclarar sobre adicción y terminalidad
- Asegurar soporte
- Asegurar disponibilidad

MORFINA

METADONA

FENTANYL

Liberación inmediata      4 horas

Liberación prolongada      8-12 horas

Parches 72 hs

Efectos secundarios:

1. Náuseas y vómitos      metoclopramida por 72 horas
2. Estreñimiento      laxante

## Vías de administración:

SIEMPRE, SIEMPRE que sea posible vía oral

- Fácil
- Simple
- No invasivo
- Autosuficiencia
- Economía

## Vías de administración:

### 1. Subcutánea

#### Medicación que no puede ser prescrita

- AINE en general
- Antibióticos
- Fenitoína
- Carbamazepina

#### Medicación que puede ser prescrita por vía subcutánea

- Morfina
- Metadona
- Midazolam
- Haloperidol
- Butilbromuro de hioscina
- Metoclopramida
- Dexametasona
- Codeína
- Tramadol
- Levomepromazina
- Diclofenac
- Ketorolac
- Octeotride
- Ondansetron
- Fenobarbital
- Suero fisiológico (hidratación lenta)





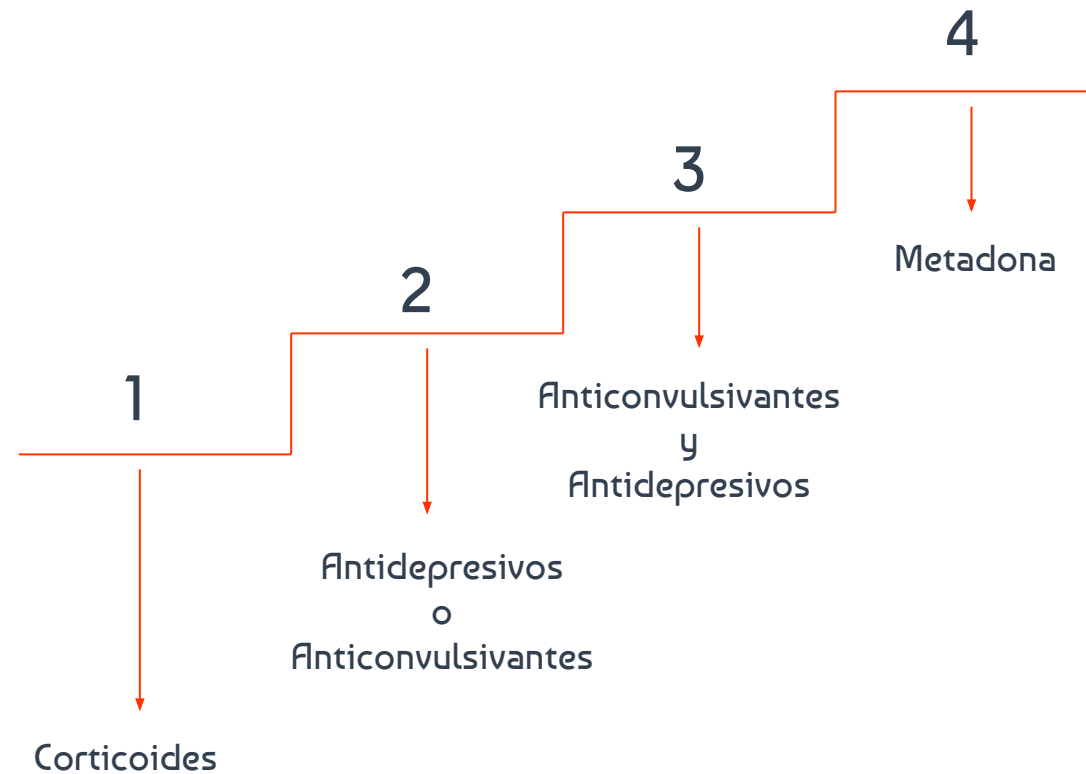
## ¿QUÉ ES EL DOLOR?

- a. Una experiencia sensorial o emocional desagradable, asociada a un daño tisular real o potencial.
  
- b. Una experiencia perceptiva sensitiva desagradable, acompañada de una respuesta afectiva, motora, vegetativa e incluso de personalidad



Puede controlarse eficazmente en hasta 90%  
de los casos con medios sencillos

## Manejo Farmacológico del Dolor Neuropático:



## ETIOLOGÍA

- En pacientes con cáncer puede estar relacionado directamente a la presencia del tumor primario o metástasis
- Pero también puede deberse a secuelas de tratamientos quirúrgicos, radioterapia o quimioterapia
- Síndrome de inmovilidad, infecciones o trombosis

## DOLOR NEUROPÁTICO

Se debe a una lesión o mal funcionamiento del sistema nervioso periférico o central.



## Polineuropatía diabética

- parestesias o disestesias, entumecimiento, quemazón

## Neuralgia del trigémino

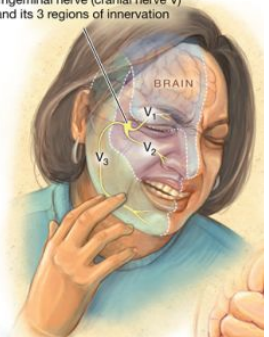
- unilateral (territorio de rama maxilar y mandibular)
- muy intenso, inicio y final súbito
- breve duración (10 segundos)
- lancinante, punzante, eléctrico
- aneurisma, tumor, esclerosis múltiple

## Neuralgia postherpética

- dolor sordo, fluctuante, urente, constante, exacerbaciones a modo de descarga eléctrica. Alodinia o hiperalgesia.
- 20% deficit motor añadido
- pico a los 60 años
- puede durar meses o años



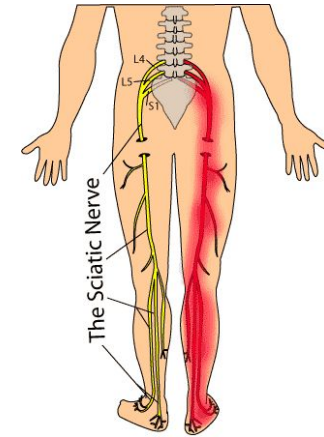
Trigeminal nerve (cranial nerve V) and its 3 regions of innervation



Zoster

## SÍNDROME DE ATRAPAMIENTO NERVIOSO

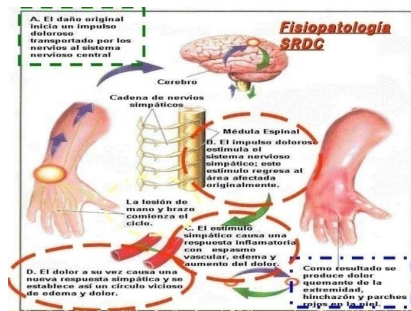
### RADICULOPATÍAS



- ➔ Proceso patológico que afecta a las raíces espinales de los nervios periféricos
- ➔ Causa: compresión mecánica, isquemia, inflamación, tumor
- ➔ Combina el dolor nociceptivo con el neuropático proyectado hacia el miembro

## SINDROME DE DOLOR REGIONAL COMPLEJO

- ➔ Luego de una noxa (isquemia, cirugía, hemorragia, inmovilidad)
- ➔ Síntomas sensoriales-autónomos-motores
- ➔ Edema, cambio del flujo sanguíneo, sudoración ± alteración de la función motora
- ➔ Transtornos tróficos, pérdida de la movilidad de articulaciones, distonías



## DOLOR DE ORIGEN CENTRAL

Lesiones cerebrales y medulares (núcleo dorsal del tálamo)

-Calor – frío

-Alodinia

-Hiperalgnesia



## TRATAMIENTO

- 1) SIEMPRE PRIMERO EVALUACIÓN COMPLETA
- 2) FARMACOLÓGICO SIEMPRE INDIVIDUALIZADO

CORTICOIDES

ANTICONVULSIVANTES

ANTIEPILÉPTICOS

TÓPICO

OPIOIDES

- 3) NO FARMACOLÓGICO  
Fisioterapia – Masajes – Estimulación eléctrica – Acupuntura  
Técnicas psicológicas cognitivo-conductuales

## CORTICOIDES

- Mejoran el dolor por compresión nerviosa, distensión visceral, aumento PEIC, infiltración de tejido blando.
- Mejoran el apetito, astenia y náuseas
- Prednisona max 100 mg día – Dexametasona 24 mg día

## ANTIÉPILÉPTICOS

- Carbamacepina\_ tratamiento de elección para neuralgia del trigémino y esclerosis múltiple (max. 1600 mg día en 2-3 tomas)
- Gabapentina\_ tratamiento de elección en tratamiento de polineuropatía diabética y neuralgia postherpética (max 3600 mg día 2-3 tomas)
- Pregabalina\_2007\_ 1º línea de tratamiento del dolor neuropático y único con suficiente evidencia para dolor central (max. 600 mg día 2-3 tomas)
- Otros: lamotrigina – fenitoína – ac. Valproico – topiramato - levetiracetam

## ANTIDEPRESIVOS

Se utilizan en el dolor crónico por características analgésicas y antidepresivas

- Antidepresivos tricíclicos

Amitriptilina\_ neuropatía diabética y neuralgia postherpética

Evita captación de serotonina y  $\text{NA}$ . Máx. 150 mg día en 2 tomas.

Transtorno depresivo mayor

- Inhibidores de la recaptación de serotonina y  $\text{NA}$

Duloxetina\_ tratamiento de la depresión mayor, dolor neuropático,

fibromialgia. Transtorno de ansiedad generalizada. Máx. 120 mg día en 2 tomas

## OPIOIDES

Tramadol\_ efectivo en el dolor neuropático (20 gotas = 50 mg), máx. 400 mg día

1 ↓

Morfina\_ la formulación de liberación sostenida es la más adecuada

10 (30 mg 2-3 tomas día, 3 cc = 10 mg)

↓

Metadona\_ elección en dolor persistente severo y componente neuropático

100

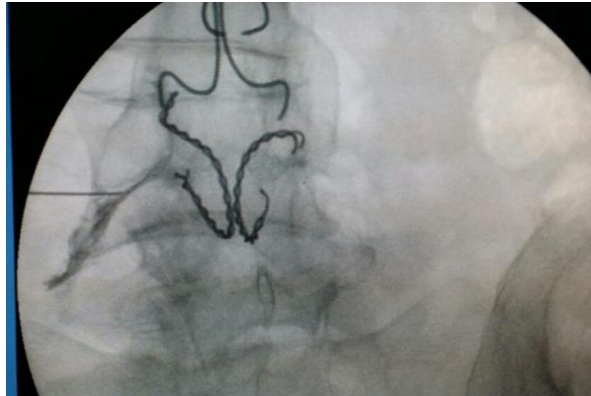
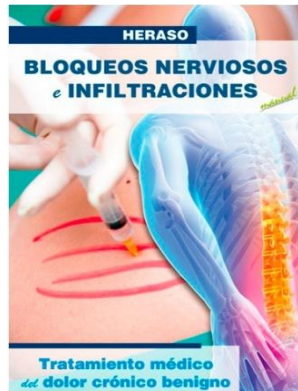
## TRATAMIENTO TÓPICO

Parche de lidocaína 5%

Neuralgia postherpética

## OTRAS HERRAMIENTAS:

- RT
- QT
- BLOQUEOS



GRACIAS POR LA ATENCIÓN