



# Diagramación de los principios del tratamiento farmacológico del dolor

Autor: José de Jesús Salvador Villafaña Tello, algólogo, jefe del Departamento Clínico de la Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos de la UMAE, Hospital de Oncología CMNS XXI y miembro del Colegio de Médicos Postgraduados del IMSS, A.C.

**D**entro de los centros hospitalarios y más en aquellos dedicados al dolor, los médicos tienen la obligación de conocer las diversas circunstancias dolorosas, así como el manejo idóneo, incluido el farmacológico, como base primordial del control adecuado del sufrimiento, por lo que debemos:

- Identificar la fuente del dolor
- Iniciar con el analgésico más leve que pueda modificar el dolor
- Dar a cada medicamento una oportunidad adecuada
- No emplear analgésicos conforme sean necesarios (PRN)
- Conocer los efectos colaterales de los medicamentos utilizados y tratarlos de manera profiláctica cuando sea posible
- Evitar la sedación excesiva
- Estar conscientes del desarrollo de dependencia y tolerancia
- Elegir la vía de administración para satisfacer las necesidades individuales
- Al cambiar de fármaco es importante usar dosis equianalgésicas
- Emplear combinaciones de sustancias sólo cuando se desean efectos específicos
- No basarse en la respuesta placebo como indicador de dolor no orgánico o de predominio psicológico
- En el paciente terminal es importante aplicar sedoanalgesia para una mejor calidad de vida y muerte digna

Definitivamente es necesario seguir un parámetro farmacológico que cubra de inmediato las necesidades de paliar el dolor, siempre en el entendido de que se debe estar muy pendiente de los efectos colaterales para lograr el control integral del paciente.

A continuación y a manera de resumen, proponemos tener a la mano los siguientes cuadros, esenciales en el conocimiento básico del tratamiento de los diferentes tipos de dolor. ➔

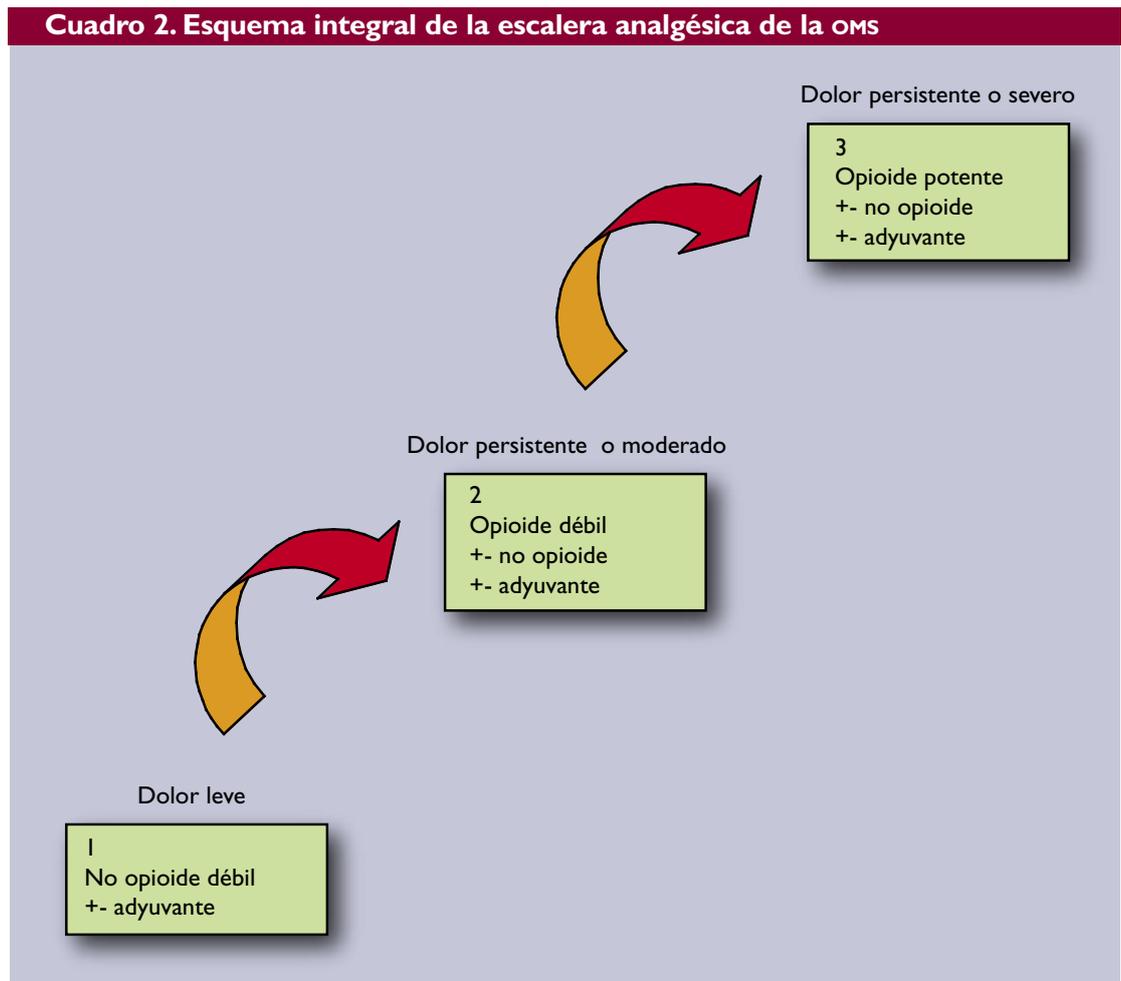
## Bibliografía

1. Ventafrida V, Tamburini M, Caraceni A, Deconno F, Naldi FA validation study of the WHO method for cancer pain relief. *Cancer* 1987;59:850.
2. Zech DFJ, Grond S, Lynch J, Hertel D, Lehmann KA. Validation of World Health Organization guidelines for cancer pain relief: a 10 years prospective study. *Pain* 1995;63:65.
3. Walker VA, Hoskin PJ, Hancks GW, Whire ID. Evaluation of WHO analgesic guidelines for cancer pain in a hospital-based palliative care unit. *J Pain* 1988;3:145.
4. De Palma A. For Mexicans, pain relief is both medical and political problem -University of Wisconsin. *Pain Research Center* jun 18, 1994.
5. Centro colaborador de la OMS para el aval de síntomas. *JIFE. Cancer Pain Rel* 1994;7(-3):1.
6. Sjernsward J, Bruera R. Disponibilidad de opiáceos en América Latina. *La declaración de Florianópolis*. Florianópolis, Brasil, abr 29, 1994.
7. Bonica JJ. Cancer pain. En: Bonica JJ (eds). *The management of pain*. Vol 1. 2nd ed. Lea & Febiger. Philadelphia, 1990:400.
8. Payne RM, Foley KM. Dolor en la enfermedad terminal. En: *Terapéutica del dolor*. Editorial Médica Interamericana. México, 1992:38.
9. Stuart A, Scheidler V. Una comparación del instrumento de clasificación del dolor de Hopkins con las escalas visual análoga y la escala verbal descriptiva en pacientes con dolor por cáncer. *Rev Schering Plough* 1991;1:1.
10. Jansen M, Candance A. Increasing the reliability and validity of pain intensity measurement in chronic pain patients. *Pain* 1993;55:195.
11. Von Korff M, Dworkin S. First one of common pain symptoms. A prospective study of depression as a risk factor. *Pain* 1993;55:2251.
12. Flores J, Armijo JA, Mediavilla A. Farmacología del dolor, analgésicos narcóticos y antagonistas. En: *Farmacología clínica*. EUNSA, 1983:193.
13. Vanderberghe HM, Soldin SJ, MacLeods SM. Pharmacokinetics of morphine: review. *Appl Ther Drug Monit* 1984;2:321.
14. Canmasas-Ibañez S. *Manual de masoterapia*. Barcelona, 1985:48:60.
15. Blanco J, Roca O, Gort A, Barberá J. La fisioterapia en cuidados paliativos. *Rev Soc Esp de Dolor* 1997; 4:197.
16. Alonso-Gutiérrez JL. Otras técnicas de aplicación en el dolor crónico: acupuntura, iontoforesis, fisioterapia manual y active, relajación. En: Muriel Villoria C. Madrid Arias JL (eds). *Estudio y tratamiento del dolor agudo y crónico*. Madrid: ELA, 1995:405.
17. Sampson L. Control del dolor crónico. En: *Serie de anesthesia* 3. Salvat. México, 1982:117.
18. Portenory RK, Foley KM. Management of cancer pain. En: Holland JC, Rowlan JH (eds). *Handbook of psycho-oncology: psychological care of the patient with cancer*. New York: Oxford university Press, 1989:58.
19. Von der Laage D. Non pharmacologic procedures in pain therapy. *Internist Berl* 1994, 35:20.

## Cuadro 1. Recursos para el tratamiento del dolor y síntomas asociados

No invasivos	Invasivos
Modificación de la conducta	Acupuntura
Biorretroalimentación	Procedimiento ablativos
Hipnosis	Cordotomía
Masaje con hielo	Cingulotomía
Farmacológico	Simpatectomía
Psicoterapia	Tractotomía
Estimulación nerviosa percutánea	Bloqueos nerviosos
Musicoterapia	Estimulación del SNC
Masoterapia	Áreas talámicas
	Áreas periacueductales
	Estimulación nerviosa transcutánea

## Cuadro 2. Esquema integral de la escalera analgésica de la oms



### Cuadro 3. Medicamentos utilizados para el alivio del dolor y mecanismos de acción

Sustancias	Mecanismo
Anestésicos locales	Interferencia en la conducción del dolor
Narcóticos	Alteración de la percepción del dolor en el SNC
Antipiréticos	Interferencia en la liberación de prostaglandina
Sedantes, hipnóticos, tranquilizantes, antidepresivos, marihuana	Alivio de ansiedad o depresión
Anestésicos/hipnóticos	Alteración de la conciencia
Oposición a fisiopatología específica	
Agentes antiinflamatorios	Inflamación
Agentes hipourémicos	Gota
Vasodilatadores	Vasoespasmos
Relajantes musculares	Espasmo muscular
Agentes vasoespásticos	Vasodilatación

### Cuadro 4. Farmacocinética y farmacodinamia de los AINE

<b>Acciones</b>	Analgesia, antipirético, antiinflamatorio
<b>Farmacología</b>	Bien absorbidos por vía oral Eficaces por vía rectal Variación farmacocinética Metabolizado por diversas rutas, sobre todo en hígado
<b>Mecanismos de acción</b>	Inhibición de prostaglandina sintetasa Efecto antipirético central
<b>Indicaciones</b>	Dolor leve a moderado de huesos y tejidos blandos Fiebre relacionada con la enfermedad
<b>Contraindicaciones</b>	Antecedentes de hipersensibilidad o de alergia a la aspirina y AINE
<b>Contraindicaciones relativas</b>	Antecedentes de úlcera péptica, erosiones gástricas Trombocitopenias u otra diátesis hemorrágica
<b>Reducción de dosis</b>	Hipoalbuminemia Disfunción hepática o renal Pacientes ancianos o débiles

AINE: Antiinflamatorios no esteroideos