

Manual de Consulta Intrahospitalaria

Alivio del dolor



**HOSPITAL
UNIVERSITARIO
SAN IGNACIO**

Ciencia y Tecnología con Proyección Social

ÍNDICE

¿Cuál es el objetivo de este manual?.....	5
¿Quién debe consultar este manual?.....	6
¿Qué es el dolor?.....	7
¿Cómo se clasifica el dolor y cómo debe aparecer en nuestros diagnósticos?.....	8
Proceso de abordaje de la guía de Dolor Agudo Intrahospitalario.....	9
Escalas de Dolor.....	13
Medidas no farmacológicas.....	19
Medidas farmacológicas.....	20
¿Cuál es la ruta de elección para los medicamentos analgésicos?.....	20

¿De qué forma deben formularse y administrarse los analgésicos?.....	20
¿Qué es un rescate?.....	20
¿Qué es la titulación analgésica?.....	21
Antiinflamatorios no esteroideos (AINES) y acetaminofén.....	22
Tabla de dosis de los AINES.....	23
¿Cuáles son algunas recomendaciones para el uso de AINES?.....	26
Opioides.....	27
¿Cómo se prescriben esquemas analgésicos que incluyen opioides?.....	28
Escalera analgésica.....	29
Recomendaciones para el uso de los opioides?.....	30
¿Cómo se suspende un opioide?.....	31

¿Consumo crónico de opioides y hospitalización?.....	32
Tabla de opioides.....	33
¿Cuáles son los procedimientos prácticos para aliviar el dolor?.....	36
Tratamiento de la urgencia dolorosa.....	36
Dosis recomendadas.....	37
¿Luego de una titulación exitosa cómo se prescribe la dosis de mantenimiento?.....	39
¿Qué hago si no logro una titulación exitosa?.....	40
¿Cómo inicio tratamiento con opioides cuando no se requirió titulación?.....	40
¿Qué es la equianalgesia?.....	41
¿Para qué sirve la equianalgesia?.....	41

¿Cuáles son los efectos secundarios de los opioides y cómo se tratan?.....	42
¿Cómo evitar efectos secundarios de los opioides?.....	42
¿Cómo se tratan los efectos secundarios de los opioides?.....	43
Interconsultas a Clínica de Dolor y Cuidado Paliativo.....	49
Lecturas recomendadas.....	51

¿Cuál es el objetivo de este manual?

El alivio de dolor es un deber del personal asistencial y es un derecho del paciente. Con el fin de optimizar el abordaje y tratamiento del dolor de los pacientes del Hospital Universitario San Ignacio, se concibió el siguiente texto en donde el lector encontrará una herramienta que junto al criterio clínico, servirá para estandarizar la práctica clínica diaria, los lineamientos institucionales para el alivio de dolor en pacientes de distintos escenarios de manera segura.

Mediante conceptos cortos y concisos, se presentan las respuestas a las principales preguntas sobre el alivio del dolor intrahospitalario, las consideraciones de seguridad y los límites de acción después de los cuales sería necesario acceder a instancias superiores para el tratamiento del dolor. No pretende resolver a profundidad los dilemas del alivio del dolor ni reemplazar el estudio juicioso del tema. Esperamos que le sea útil.

¿Quién debe consultar este manual?

Este manual es una fuente de consulta para el equipo interdisciplinario que en el día a día se enfrenta al tratamiento de pacientes en el HUSI, médicos, enfermeras, residentes y demás personal asistencial. Si bien las conductas parten de la decisión clínica del médico tratante, si puede servir para que cualquier componente del equipo se cuestione con el fin de optimizar el alivio de dolor y la seguridad del tratamiento.

¿Qué es el dolor?

La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP) define el dolor como “una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada a un daño tisular real o potencial o descrita en términos de dicho daño”.

El dolor no es solamente una experiencia desagradable, sino un fenómeno que puede aumentar la morbimortalidad, especialmente en grupos de alto riesgo, como los pacientes en los extremos de edad, enfermedad pulmonar y cardiaca crónica y los obesos. El manejo eficaz del dolor no es solo un acto humanitario, sino una obligación médica, debido a que proporciona importantes beneficios que llevan a la mejoría del pronóstico y a la disminución de la morbimortalidad. Debe ser comprendido como un trabajo multidisciplinario, hacer parte de un abordaje integral e incluir un manejo multimodal para el alivio del mismo.

¿Cómo se clasifica el dolor y cómo debe aparecer en nuestros diagnósticos?

Según Evolución

Agudo, crónico.

*Límite arbitrario 3 meses.

Según Fisiopatología

Nociceptivo (somático o visceral, Neuropático).

Según Intensidad

Leve, moderado, severo.

Dolor Oncológico

Ejemplos para poner el diagnóstico de dolor en las historias clínicas:

- Dolor somático agudo en un esguince de cuello de pie o en una fractura costal.
- Dolor visceral agudo en un cuadro de apendicitis.
- Dolor neuropático crónico en una neuralgia postherpética o neuralgia del trigémino.

Proceso de abordaje de la guía de Dolor Agudo Intrahospitalario

En todos los pacientes del HUSI se debe llevar a cabo el proceso de la guía de Dolor Agudo Intrahospitalario, disponible en ALMERA que consta de los siguientes pasos:

1

Identificar: En cada contacto con los pacientes indague sobre la presencia de Dolor.

2

Evaluar: Si el paciente tiene dolor evalúe el mismo para introducirlo en los diagnósticos.

3

Registrar: Registre en la historia clínica este proceso y las acciones pertinentes

4

Actuar: Partiendo de una orden médica tome acciones para aliviar el dolor del paciente de forma segura.

5

Reevaluar: Mantenga un continuo tratamiento y la evaluación del mismo así como de los efectos secundarios. Optimice al máximo el manejo del dolor.

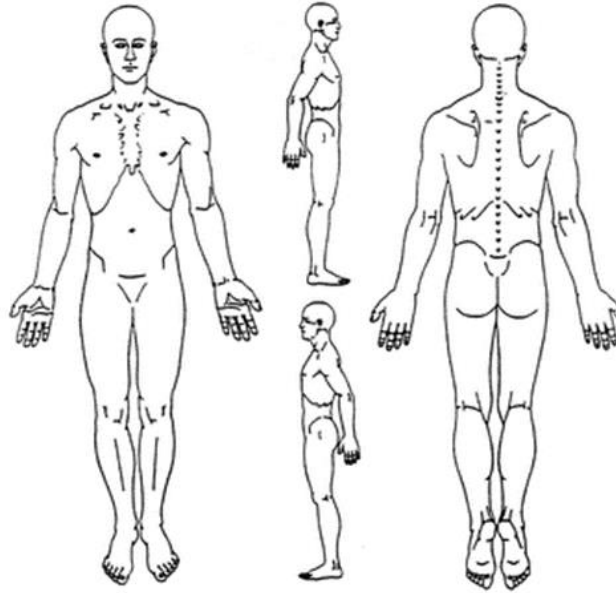
1. Identificar

La base fundamental para un adecuado control del dolor es la identificación de éste por parte de todo el personal de salud, a través de una entrevista adecuada con el paciente y/o su familia y la realización del examen físico. La búsqueda del dolor debe ser activa.

2. Evaluar

Lo referido por el paciente es el indicador más confiable de la presencia e intensidad del dolor. Aunque el dolor es subjetivo se deben tener en cuenta las escalas existentes que permiten realizar una valoración objetiva. La historia de dolor debe comprender: desencadenantes, duración, características, factores de alivio o exacerbación y calificación del dolor en reposo y en movimiento.

2.1 Localización: Ubique el o los focos de dolor, su irradiación o territorio.



2.2 Intensidad: Si bien el dolor es subjetivo, con fines de registro y seguimiento, mediante las escalas tratamos de objetivar la severidad del síntoma. Las escalas no son perfectas.

Escalas de Dolor

FLACC: (facial, leg, activity, cry, consolability): Escala observacional aplicable en niños desde el primer mes hasta los siete años.

CATEGORIAS	0	1	2
Cara	Expresión neutra o sonrisa, contacto visual e interés en el medio.	Ceño o boca fruncidos ocasionalmente, compungido, ojos parcialmente cerrados.	Ceño fruncido permanentemente, mandíbula apretada, mentón tembloroso, arrugas frontales profundas, ojos cerrados, boca abierta, líneas profundas alrededor de la nariz y labios.

Piernas	Posición normal, relajadas.	Inquietas, rígidas, flexión/extensión intermitentes.	Patadas, flexión/extensión exageradas o temblor de extremidades.
Actividad	Posición normal, tranquilo, se mueve fácil y libremente.	Gira de un lado a otro o reacio a moverse, se presiona la parte del cuerpo que le duele.	Rígido, arqueado, movimientos espasmódicos. Inmóvil, movimientos de lado a lado de la cabeza.
Llanto	Sin llanto a quejido (Despierto o dormido).	Quejidos suaves, llanto ocasional, suspiros.	Llanto mantenido, quejido intenso, gritos, llanto "convulsivo".

Consolabilidad	Tranquilo, relajado, no requiere consuelo.	Consolable con caricias ocasionales o con palabras. Es posible distraerlo.	Difícil de consolar o distraer.
-----------------------	--	--	---------------------------------

Verbal numérica: Es la escala institucional para calificar el dolor en todos los pacientes que puedan verbalizar el síntoma. Se utiliza en pacientes con un adecuado nivel de conciencia y niños escolares, en donde el paciente expresa su intensidad de dolor desde 0 (no dolor) al 10 (peor dolor imaginable).

¿Cuál es la puntuación del dolor en este momento?

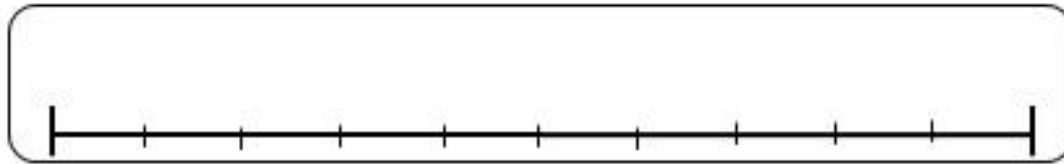
Sin dolor= intensidad de 0

Dolor leve= intensidad menor de 3

Dolor moderado= intensidad de 4 a 6

Dolor severo= intensidad de 7 a 10

Visual análoga: En mayores de tres años y en adultos y ancianos que no entienden la escala numérica, consiste en una línea de 0 a 10 cm donde 0 es la ausencia del dolor y 10 el peor dolor imaginable. Se pide al paciente que seleccione el número que mejor indique su intensidad de dolor.

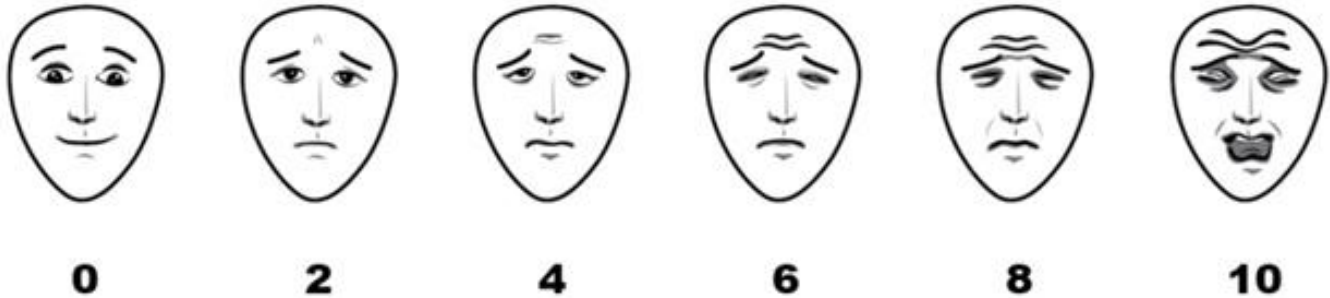


No Dolor

Peor dolor

Imaginable

Escala Caras Wong Baker: Escala recomendada para niños mayores de 3 años y adultos que no conozcan los números, en la cual el paciente señala la cara que mejor represente su intensidad de dolor.



2.3 Evolución y patrón temporal: Indague el tiempo de evolución del dolor, lo que determina si es agudo (menor de 3 meses) o crónico.

2.4 Características: Identifique las características referidas por el paciente, ellas determinarán si el dolor es somático, visceral o neuropático.

2.5 Componentes que afectan la percepción de dolor: Tenga en cuenta otros determinantes que afectan la percepción y expresión del dolor, como la ansiedad, depresión y demencia o alteraciones cognitivas. Algunos pacientes requieren intervenciones adicionales a los analgésicos para controlar esos otros factores que aumentan la percepción del dolor.

2.6 Tratamiento previo: Indague resultados del tratamiento previo y efectos adversos presentados para determinar la mejor opción terapéutica para el paciente. Intolerancia a medicamentos analgésicos y alergias. Esto determinará las herramientas analgésicas disponibles para el paciente.

3. Registrar

Todas las actividades relacionadas con la identificación, evaluación y tratamiento del dolor deben quedar suficientemente registradas en la historia clínica electrónica, con el fin de realizar un seguimiento a la hora de hacer cambios en los esquemas analgésicos.

Recuerde que en SAHI existen casillas disponibles para registrar la intensidad del dolor, sin embargo la historia clínica y las notas de enfermería son espacios disponibles para tal fin.

Medidas no farmacológicas

4. Actuar

Use medidas no farmacológicas como complemento y no como sustituto a métodos farmacológicos para lograr un adecuado control del dolor. Se recomienda educar al paciente acerca de la posición, cuidado de inmovilizaciones y prevención del dolor.

Adicionalmente, los métodos no farmacológicos deben incluir calor, frío, masaje, terapia física, entre otros. En algunos casos la inmovilización de las extremidades. En el paciente pediátrico el acompañamiento y consuelo de los padres, son varios ejemplos.

¿Cuál es la ruta de elección para los medicamentos analgésicos?

Los medicamentos analgésicos deben preferirse por vía oral, sin embargo, pueden considerarse otras vías en situaciones especiales. La vía intravenosa es de elección posterior a cirugía mayor o dolor de intensidad severa. La vía intramuscular produce dolor y su absorción es errática, por lo que no se recomienda.

¿De qué forma deben formularse y administrarse los analgésicos?

Los medicamentos deben administrarse por horario y no solo por dolor.

¿Qué es un rescate?

Debe contemplarse la posibilidad de medicamentos de rescate para picos de dolor o dolor incidental. El rescate es la mitad de la dosis formulada por horario que se puede administrar una

vez o más entre dosis en caso de ser requerida por el paciente y según prescripción médica. Si el paciente, no obstante al rescate, persiste con dolor es probable que se requiera administrar algún coadyuvante o realizar un proceso de titulación.

En caso de que en un lapso de 12 a 24 horas el paciente haya recibido todas las dosis de rescate, es un indicativo que el dolor no está adecuadamente controlado con la dosis formulada y ésta debe reevaluarse haciendo un aumento del 20 al 30% y dejar el mismo esquema con rescates.

¿Qué es la titulación analgésica?

En el abordaje inicial del paciente con dolor severo y que no responde a las dosis formuladas incluyendo los rescates, se debe considerar realizar un proceso de titulación analgésica, un ejemplo es el protocolo de dolor de cuidado pos anestésico y la guía de Titulación de Dolor del Centro de Cuidado Paliativo, pero esto puede llevarse a cabo en cualquier Dependencia del Hospital bajo la supervisión de personal entrenado.

Titulación, es la administración de dosis establecidas de un opioide de alta potencia en intervalos cortos de tiempo (usualmente 10 a 15 minutos) para la disminución del 50% del dolor o llevarlo a la categoría leve (dolor menor a 4/10) referida por el paciente o interpretada por el evaluador.

Ver dosis en la sección procedimientos prácticos para aliviar el dolor.

No se contempla el uso de placebo como reemplazo de la dosis

Antiinflamatorios no esteroideos y acetaminofén (AINES)

Los ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS (AINES) son un grupo de medicamentos ampliamente utilizados para tratar dolor, inflamación y fiebre. Están indicados en patologías agudas o crónicas inflamatorias relacionadas con dolor. Su uso ha sido cuestionado en múltiples escenarios y la formulación crónica está contraindicada. Tienen efecto techo, lo que quiere decir que la combinación de los mismos o el aumento de la dosis no mejora el dolor y por el contrario aparecen los efectos adversos.

Tabla de dosis de los AINES

AINES	Dosis Recomendada	Vía oral	Vía IV	Otras
Aceta- minofén	10-15mg/kg ó dosis 40-60mg/kg/día. Máximo 2gr día en niños y 4 gr día en adultos.	Tab 500mg. Jarable 150mg/5mL. Gotas 100mg/mL.	No disponible	No disponible

Dipirona	25-50mg/kg dosis.	Tab 325 y 500mg, gotas 2.5mg/gota.	Ampollas inyectables de 1 y 2.5gr.	No disponible
Ibuprofeno	600-2400mg/día.	Tab 200, 400, 600, 800mg, suspensión oral 100mg/5mL.	No disponible	No disponible
Diclofenaco	Dosis máxima: 75-150mg/día.	Cápsulas liberación programada 50 y 100mg.	Inyectable 75-100mg.	Gel al 1 y 5% emulsión tubo 50gr.

Ketorolaco	Máximo 40mg vía oral y 90mg IM/día.	Tab 10mg	Inyectable 30mg/mL.	No disponible
Naproxeno	500-1000mg/día.	Tab 250mg, 500mg Suspensión pediátrica 125mg/5mL.	Inyectable 500mg/5mL.	Gel al 10%
Piroxicam	20mg	Cápsulas 10 y 20mg.	Ampollas inyectables 20mg/mL y 40mg/2mL.	Gel 0.5%

Celecoxib	100-400mg	Cápsulas 100 y 200mg.	No disponible	No disponible
------------------	-----------	-----------------------	---------------	---------------

¿Cuáles son algunas recomendaciones para el uso de AINES?

- Úselos en todos los pacientes sin contraindicación conocida y fórmúelos en ciclos cortos no mayores a 7 días por horario, de manera independiente o asociados a acetaminofén.
- No sobrepase las dosis recomendadas de antiinflamatorios. Ver tablas de dosis.
- No combine dos o más AINES.
- No combine AINES con esteroides crónicamente.
- Use la mínima dosis efectiva durante el menor tiempo posible.
- No use AINES si su paciente tiene: Enfermedad coronaria, vascular, renal, dispepsia ulcerosa o antecedente de sangrado gastrointestinal, historia de intolerancia o alergia a AINES, menores de tres meses, anti coagulados o con alteraciones de coagulación, asma moderada o grave.

- Use con precaución en asmáticos leves, hipertensos, diagnóstico de falla cardiaca no isquémica, pacientes adultos mayores, pacientes diabéticos, cuadros clínicos con factores de riesgo de coagulopatía o historia de alergia en menores de dos años.
- No use AINES en menores de 6 meses.
- Es deseable que en pacientes con AINES se realice protección gástrica con inhibidor de bomba de protones.

Opioides

¿Qué son los opioides?

Son fármacos extraídos de la planta de amapola (PAPAVERUM SOMNIFERUM). Son la piedra angular del tratamiento del dolor moderado y severo de cualquier etiología. Pueden ser formulados por los médicos de atención primaria y con la excepción de pacientes con patología oncológica, no se recomienda su uso crónico.

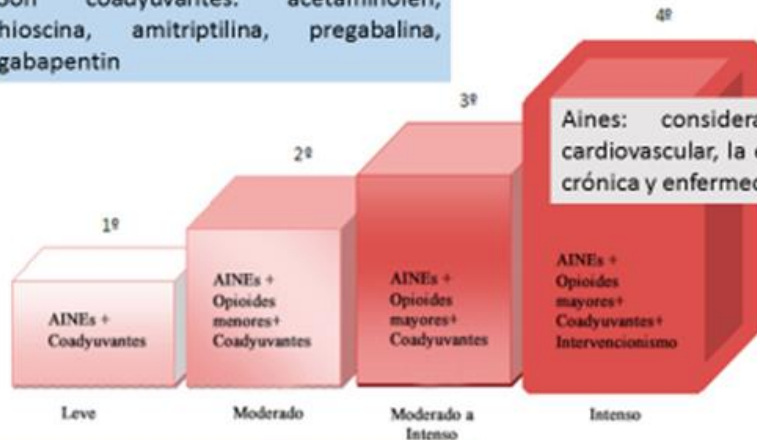
¿Cómo se prescriben esquemas analgésicos que incluyen opioides?

Luego de tener el diagnóstico de dolor y haber considerado las comorbilidades del paciente, ubique al paciente en un peldaño de la escalera analgésica, tenga presente las contraindicaciones (edad, insuficiencia renal, etc.)

- Dolor leve a moderado: Acetaminofén o antiinflamatorios no esteroideos si no hay contraindicación.
- Dolor moderado a severo: Analgésico opioide, tenga en cuenta el uso previo de opioide, dosis y prevención de efectos secundarios.

Escalera analgésica

Son coadyuvantes: acetaminofén, hioscina, amitriptilina, pregabalina, gabapentin



Aines: considerar siempre el riesgo cardiovascular, la enfermedad renal aguda o crónica y enfermedad ácido péptica

Son opioides menores o débiles: tramadol, hidrocodona y codeína

Son opioides potentes: morfina, oxicodona, hidromorfona, metadona, buprenorfina, fentanilo

Los pacientes que manifiesten dolor moderado a severo requieren de una intervención rápida y oportuna para el control del dolor, (si ya tiene una analgesia establecida por horario y está hospitalizado usar los rescates indicados)

Recomendaciones para el uso de los opioides

Los opioides se usan en el segundo y tercer escalón de la escalera analgésica, su dosis va de acuerdo al paciente, no es igual tratar un paciente que jamás ha recibido opioides (requerirá dosis más baja) que aquellos que tiene consumo crónico de los mismos (usualmente requiere dosis más alta).

Con titulación analgésica del opioide para buscar niveles plasmáticos adecuados y alivio de dolor, se busca llegar a dolor de 4/10 nunca la meta es llevar al paciente a 0/10, entre más estemos cerca al cero también lo estaremos de efectos secundarios del opioide.

Los opioides deben administrarse por horario y no por dolor. Sin embargo, en algunos esquemas analgésicos donde el elemento principal es una técnica regional continua (catéter epidural o peri neural) estos pueden administrarse a manera de rescate.

Se debe considerar siempre la opción de dosis de rescate inter dosis en caso de dolor irruptivo o picos de dolor. El rescate es la mitad de la dosis de base, administrado una vez inter dosis o más de acuerdo a prescripción médica.

La evolución del paciente permite hacer ajustes de la dosis según la necesidad, inclusive suspenderlos en caso de ser necesario.

¿Cómo se suspende un opioide?

En dolor agudo, hay que pensar que en la medida en que la causa es controlada así mismo se debe plantear un esquema de disminución de dosis. Si se usa un opioide de alta potencia puede pasar a uno de potencia intermedia, idealmente por vía oral y finalmente se desteta. Se pueden usar decrementos de la dosis de opioide del 25% cada 2 días si el síntoma lo permite (proceso que puede ser ambulatorio por vía oral). El criterio clínico y la experiencia son parte determinante en estas decisiones. Si el paciente ha consumido opioides por más de 3 meses o las dosis fueron altas, comuníquese con la Clínica de Dolor o Cuidado Paliativo, puede que el paciente requiera seguimiento por Consulta Externa de estos servicios.

Si el paciente tiene consumo crónico de opioides, estos no deben suspenderse súbitamente por riesgo de abstinencia.

El opioide debe estar en lo posible acompañado de un medicamento ahorrador usualmente AINE y/o acetaminofén.

¿Qué hago con los opioides de un paciente con consumo crónico y que se va a hospitalizar?

En el caso de pacientes con consumo crónico de opioides que son hospitalizados, estos deben ser continuados durante la hospitalización en las mismas dosis y sobre estos construir el nuevo esquema analgésico. En caso de dosis transdérmicas o por vía subcutánea, comuníquese con la Clínica de Dolor o Cuidado Paliativo.

Presentaciones de opioides en Colombia

Opioide	Equivalencia con respecto a Morfina	Vía oral	Intravenosa	Transdérmico
Tramadol	0.1	Cápsulas 50mg Gotas C/U 2.5mg Tramadol tab 100, 150 y 200mg de liberación retardada.	Inyectable 50 mg/mL y 100mg/2ml.	No disponible
Meperidina	0.1	No disponible	Inyectable 100mg/2ml.	No disponible

Hidrocodona	0.1	Tabletas 5mg en combinación con 325mg de acetaminofén.	No disponible	No disponible
Codeína	0.1	Acetaminofén 325mg con 15mg de codeína.	No disponible	No disponible
Morfina	1	Solución oral al 3% en gotas.	Inyectable al 3% y al 10%.	No disponible
Oxicodona	2	Tabletas liberación controlada 10, 20, 40mg.	Inyectable ampolla de 10mg/1ml.	No disponible

Hidromorfona	5	Tabletas 2.5 y 5mg.	Ampollas de 2mg/ml.	No disponible
Metadona	5	Tabletas 10 y 40mg.	No disponible	No disponible
Buprenorfina	25	No disponible	No disponible	Parches transdérmicos de 35mcg/hora.
Fentanilo	100	Presentación spray transnasal.	Ampollas 50mcg/ml.	Parches transdérmicos de 25, 50, 75 y 100mcg/hora.

5. Reevalúe

Ante un paciente con dolor hay que prescribir un tratamiento integral e individualizado teniendo en cuenta las comorbilidades y la conciliación medicamentosa. Se deben establecer los mecanismos mediante los cuales podamos, de manera repetitiva, evaluar los resultados del tratamiento instaurado, tanto su efectividad como la aparición de efectos secundarios.

¿Cuáles son los procedimientos prácticos para aliviar el dolor?

La Escalera Analgésica sigue siendo la mejor estrategia de abordaje terapéutico del dolor, porque nos permite realizar un ascenso escalonado de las disponibilidades terapéuticas.

Tratamiento de la urgencia dolorosa

Los pacientes que manifiesten dolor moderado a severo requieren de una intervención rápida y oportuna para el control del dolor (si ya tiene una analgesia establecida por horario y está hospitalizado usar los rescates indicados). Si el paciente ingresa para el control del dolor, considere la administración subcutánea o endovenosa de opioide potente con las siguientes opciones en el orden y dosis indicada:

Morfina:

- Dosis de titulación 3 mg iv o sc administre cada 10 a 15 minutos.
- Controle cada 10 minutos el nivel de sedación y frecuencia respiratoria (siempre mayor de 10).
- Aplique cada 10 minutos la escala de dolor para medir la intensidad de dolor.
- Si no hay respuesta repita el procedimiento hasta alcanzar una dosis máxima 12 mg. Si usted solo no logra el control sintomático, llamar a Clínica de Dolor o Cuidado Paliativo según sea la indicación.
- Se obtiene analgesia adecuada cuando la intensidad de dolor es igual o menor a 4 o cuando el dolor reduce en un 50% del valor inicial.
- Contraindicada para pacientes con afección renal, alergias o intolerancia al medicamento.

Oxicodona:

- Oxicodona dosis de titulación 2 mg administre cada 10 a 15 minutos.
- Controle cada 10 minutos el nivel de sedación, frecuencia respiratoria (siempre mayor de 10) y vigile saturación (siempre mayor de 90) de lo contrario proporcione suplencia de oxígeno.
- Aplique cada 10 minutos la escala de dolor para medir la intensidad de dolor.

- Si no hay respuesta repita el procedimiento hasta alcanzar una dosis máxima de 8 mg. Si usted solo no logra el control sintomático, llamar a Clínica de Dolor o Cuidado Paliativo según sea la indicación.
- Se obtiene analgesia adecuada cuando la intensidad del dolor es igual o menor a 4 o cuando el dolor reduce en un 50% del valor inicial.
- Contraindicada para pacientes con alergias o intolerancia al medicamento.

Hidromorfona:

- Hidromorfona dosis de titulación 0.5 mg administre cada 10 a 15 minutos. Considere en ancianos y pacientes sin exposición previa a opioides dosis menores.
- Controle cada 10 minutos el nivel de sedación. Frecuencia respiratoria (siempre mayor de 10).
- Aplique cada 10 minutos la escala de dolor para medir la intensidad de dolor.
- Si no hay respuesta colocar hasta alcanzar una dosis máxima de 2.0 mg. Si usted solo no logra el control sintomático, llamar a Clínica de Dolor o Cuidado Paliativo según sea la indicación.
- Se obtiene analgesia adecuada cuando la intensidad de dolor es igual o menor a 4 o cuando el dolor reduce en un 50% del valor inicial.

- Controle cada 10 minutos el nivel de sedación y frecuencia respiratoria (siempre debe ser mayor de 10). Disminuir la dosis un 40% en los pacientes con edad igual o superior de 65 años o menores de 14 años, sin exposición previa a opioides o patología benigna.
- Contraindicada para pacientes con alergias o intolerancia al medicamento.

Dosis sugeridas en estos casos

- Morfina 1,5 mg por dosis.
- Oxycodona 1 mg por dosis.
- Hidromorfona 0.3 mg por dosis.

¿Luego de una titulación exitosa cómo se prescribe la dosis de mantenimiento?

Calcule la dosis total acumulada con la que logra el control del dolor, la cual será considerada dosis de carga. Si el paciente tiene indicación para manejo por vía oral administre el 100% de la dosis de carga vo cada 4 a 6 horas con el mismo medicamento que uso en la titulación, si el paciente tiene indicación de manejo por vía parenteral administre el 50% de la dosis de carga

cada 4 a 6 horas iv o sc con el mismo medicamento que uso para la titulación.

¿Qué hago si no logro una titulación exitosa?

- Determine si existe indicación de un tratamiento médico diferente para el control del dolor.
- Utilice coadyuvantes analgésicos AINES (si no tiene contraindicación), corticoides como dexametasona (si no tiene contraindicación) preferiblemente no utilice los dos al mismo tiempo. Utilice antiespasmódicos si existe indicación.
- Solicite interconsulta al servicio de Dolor dependiendo la patología, en caso de pacientes oncológicos o en enfermedad terminal Cuidado Paliativo y en caso de pacientes con patologías benignas la Clínica de Dolor.

¿Cómo inicio tratamiento con opioides cuando no se requirió titulación?

Al momento de una intensidad de dolor de 4 a 6, considere formulación de opioides en el siguiente orden y dosis en pacientes mayores de 40 kg y menores de 65 años, recuerde que los extremos de la vida son más sensibles a los opioides.

- Tramadol 25 - 50 mg iv cada 6 a 8 horas.

- Morfina dosis de inicio 3 mg iv cada 4 a 6 horas.
- Oxycodona dosis de inicio 2 mg iv cada 6 horas.
- Hidromorfona dosis de inicio 0.5 mg iv cada 4 a 6 horas.

Siempre formular la opción de rescates que son el 50% de la dosis fijas una sola inter dosis.

¿Qué es la equianalgesia?

La equianalgesia se refiere a las dosis diferentes de dos opioides que proveen aproximadamente el mismo alivio del dolor. Es importante conocer la potencia relativa de los distintos opioides y de las vías de administración, para evitar sobredosis o analgesia insuficiente. Es decir, podemos pasar de un opioide a otro sin cambiar el efecto analgésico.

¿Para qué sirve la equianalgesia?

Las tablas de equipotencia nos permiten hacer el cambio o rotación a los diferentes opioides ya sea por la presencia de efectos adversos o por antecedentes de falla renal o hepática.

De esta manera se puede pasar cualquier opioide a morfina oral y viceversa.

Tendremos en cuenta la potencia que será el factor de conversión así multiplicaremos o dividiremos según sea menos potente o más potente el nuevo opioide.

¿Cuáles son los efectos secundarios de los opioides y cómo se tratan?

La incidencia de efectos secundarios serios como la depresión respiratoria asociado al uso de opioides es poco frecuente.

Sin embargo, efectos secundarios como sedación, náusea y vómito son frecuentes. La incidencia de efectos adversos es la siguiente:

- Náusea y vómito (40%)
- Sedación (30%)
- Prurito (10%)
- Íleo paralítico (4%)
- Depresión respiratoria (1.8%)
- Retención urinaria (1-2%)

¿Cómo evitar efectos secundarios de los opioides?

- Considere las contraindicaciones de opioides.
- Administrar AINES y/o acetaminofén como ahorradores de opioides con el fin de reducir su dosis.
- No utilizar la vía intramuscular para administración de analgésicos, la absorción es errática y produce dolor.
- La decisión de cual opioide utilizar depende del análisis individual de cada paciente y está influenciado principalmente por las posibles vías de administración, las comorbilidades y la respuesta interindividual.
- La dosificación de los opioides debe basarse en la respuesta analgésica y la presencia de efectos secundarios, dada la gran variabilidad interindividual, use la mínima dosis útil.

¿Cómo se tratan los efectos secundarios de los opioides?

En todos los pacientes recibiendo intervenciones analgésicas se deben considerar los posibles efectos secundarios del tratamiento.

Si el paciente se encuentra recibiendo opioides:

- Formular tratamiento sintomático específico (Antieméticos, laxantes).
- Disminuir dosis del opioide.
- Rotar el opioide en dosis equianalgésica.
- Suspender opioide.
- Utilizar antagonista específico.
- En el caso específico de la depresión respiratoria por opioides, primero realice el soporte ventilatorio pertinente y los pasos iniciales de protocolo de reanimación, seguido del manejo específico del toxidromo con la administración del antídoto específico Naloxona titulada en bolos de 40-80 mcg por dosis hasta recobrar estado de conciencia y ventilación espontánea adecuada.

Tenga en cuenta que en pacientes con altas dosis de opioides podría requerirse soporte ventilatorio prolongado y traslado a la Unidad de Cuidado Intensivo.

Dosis para tratamiento de efectos secundarios:

Náuseas y vómito:

- Metoclopramida 10 mg IV cada 6 horas.
- Ondansetrón 4 - 8 mg iv cada 8 horas.
- Haloperidol 1.0 mg IV cada 12 horas.
- Finalmente disminuir La dosis de opioide 30%.

Somnolencia:

- Suspender el opioide.
- Vigilancia estricta de la frecuencia ventilatoria.
- Si la frecuencia respiratoria es menor de 12 por minuto: Administración de naloxona. Se diluye 1 ampolla en 10 ml se solución salina normal y se aplica 1 ml (40 mcg) cada 3 minutos hasta que aumente la frecuencia respiratoria a 12 o más por minuto.

Prurito:

- Hidroxicina 25 mg VO cada 8 horas o 50 mg VIV cada 8 horas.
- Naloxona 40 mg IV ó 100-200 mg IM.

- Difenhidramina 50 mg VO o VIV cada 6 – 8 horas, dosis máxima 400 mg/día.
- Nalbufina 5 mg VIV cada 8 horas.

Estreñimiento:

- Bisacodilo 5 – 10 mg VO cada noche.
- PEG 17 gramos disueltos en un vaso con 8 onzas de agua.

Alucinaciones:

- Rotar el opioide.
- Haloperidol 1.0 mg IV cada 12 horas.

Retención Urinaria:

- Cateterismo vesical intermitente y ajuste de dosis analgésica.

Algoritmos:



MANEJO DEL PACIENTE CON URGENCIA DOLOROSA



MEDICIÓN DEL DOLOR CON ESCALAS

DOLOR LEVE

Maneje con opioides débiles o AINES orales.

Manejo ambulatorio del Dolor con opioides leves o AINES no más de 1 mes.

DOLOR MODERADO

Defina titulación analgésica si el dolor es 6 o mayor.

Establecer si hay control del dolor, defina mantenimiento o interconsulta a Dolor o Cuidado Paliativo.

DOLOR SEVERO

Titulación analgésica.

Interconsulta a Dolor o Cuidado Paliativo, según sea el caso.

Interconsultas a Clínica de Dolor y Cuidado Paliativo

La instancia de interconsulta a una instancia superior en el alivio de dolor está disponible en el HUSI 24 horas al día 7 días a la semana.

Los pacientes con patologías terminales en el final de la vida que incluyen, pero no se limitan a, patología oncológica deben ser interconsultados a Cuidado paliativo.

Horarios de atención:

Cuidado Paliativo

Lunes a viernes hasta las 5:00 p.m.

Fines de semana contamos con una lista de disponibilidad telefónica de los paliativistas que es enviada mensualmente a cada servicio.

Ext: 5976

Clínica de Dolor

Los pacientes con dolor agudo, crónico no oncológico agudizado o dolor postoperatorio pueden ser interconsultados a la Clínica de Dolor, Departamento de Anestesiología.

Ext: 2235 o 2236

Las interconsultas deben ser generadas en los casos en que por protocolo se establezca un manejo y a pesar de esto no se logren los estándares de mejoría y se requiera de apoyos adicionales en condiciones de hospitalización y manejo ambulatorio.

**¡Aliviar el dolor nos hace más
humanos y está en nuestras manos!**

Lecturas recomendadas

- Bonica John J., Lea & Febiger, Postoperative Pain, Philadelphia . London, 1990, pp. 461- 480.
- Borsook David, Alyssa A. Lebel, Bucknam McPeck, Massachusetts General Hospital, Tratamiento del dolor, Madrid, 1999.
- Grass Jeffrey, Problems in Anesthesia, Lipincott-Raven Publishers, Philadelphia, vol 10, 1998.
- Pritiv Raj, Tratamiento Práctico del Dolor, Mosby/Doyma Libros, Madrid, segunda edición,1996.
- Control del Dolor durante el período perioperatorio, Clínicas Quirúrgicas de Norteamérica, Mc Graw-Hill Interamericana, Vol 2, 1999.
- Grass Jeffrey, Pathophysiology of acute Pain, Memorias VIII Curso de Manejo del Dolor, Santa Fé de Bogotá, 1996.
- Miller Roland, Anesthesia Postoperative Pain Managment, Cuarta Edición, Churchill Livingstone, 1994, pp... 1945-1956.

- Royblat, Leonid, Md; Korotkoruchko, Anatol, MD; Katz Jacob, MD, , the effect of low dose ketamine in addition to general anesthesia, *Anesthesia and analgesia*, December 1993, vol, 77, number 6.
- Fu, Eugene S., MD; Miguel, Rafael, MD; Scharf, John E., MD., preemptive ketamine decreases postoperative narcotic requirements in patients undergoing abdominal surgery, *Anesthesia and analgesia*, may 1997, vol. 84, number 5.
- Ochoa Germán, Bejarano P., *Dolor Agudo y Postoperatorio en Adultos y niños*, Editorial Gentenueva, Santa Fé de Bogotá, 1995, pp. 17-67. *Acute pain management: scientific evidence, common wealth of Australia*, 1999.
- Birmingham, Alabama Hospital, *Residency Manual, Acute Pain Service*, Department of Anesthesiology, 1997.
- Ferrante Michael, Vadeboncouer Timothy, *Postoperative Pain Management*, Churchill Livingstone, New York, 1993.
- Greif, Robert, MD; Wasinger, Thomas, MD; Reiter, Kurt, MD; et al, *Pleural Bupivavaine for Pain Treatment after Nefrectomy*, *Anesthesia and Analgesia*, august, 199, vol 89, number 2.



HOSPITAL
UNIVERSITARIO
SAN IGNACIO

CIENCIA Y TECNOLOGIA CON PROYECCION SOCIAL