

Problema de salud	Tratamiento de elección	Circunstancias modificantes				Medidas no farmacológicas
		GR	Tipo	Tratamiento alternativo	GR	
Dolor crónico nociceptivo y neuropático CIE-10: R52.2 CIAP-2: A01	paracetamol Dosis adulto: 0,5-1 g/4-6 h vo (máx. 4 g/d; en ancianos o IR grave, máx. 3 g/d; y en LH, máx. 2 g/d) Dosis pediátrica: 10-15 mg/kg/4-6 h vo o vr (máx. 60-80 mg/kg/d) o ibuprofeno Dosis adulto: 400-1.200 mg/d (en 1-3 dosis) vo; dosis superiores representan un mayor riesgo CV Dosis pediátrica: 5-10 mg/kg/4-6 h vo (máx. 40 mg/kg/d) o naproxeno Dosis adulto: 500 mg/12-24 h vo Dosis pediátrica: niños 5 y 16 años, 5 mg/kg/d (en 2 tomas)	A	No hay mejoría: II escalón de la Organización Mundial de la Salud para el tto. del dolor	asociar paracetamol + ibuprofeno Dosis adulto: 400-1.200 mg/d (en 1-3 dosis) vo; dosis superiores representan un mayor riesgo CV Dosis pediátrica: 5-10 mg/kg/8 h vo (máx. 40 mg/kg/d)	B	El tratamiento no farmacológico se realizará en función del tipo y causa del dolor: fisioterapia, aplicación de frío o calor, ultrasonidos, uso de férulas, ortesis, TENS, psicoterapia, radioterapia, cirugía ortopédica o bloqueos nerviosos.
		A		o paracetamol + naproxeno Dosis adulto: 500 mg/12-24 h vo	B	
		A		o paracetamol + tramadol Dosis adulto: 325/500-37,5/75 mg/6-8 h vo (máx. 2.600-300 mg/d)	C	
		A		o asociar ibuprofeno + tramadol Dosis adulto: 50 mg/d (máx. 400 mg/d), en ancianos o IR crónica: 25 mg/d (máx. 300 mg/d) (50 mg equivalen a 20 gotas o 0,50 ml de sol oral)	A	
		A	No hay mejoría: III escalón de la Organización Mundial de la Salud para el tto. del dolor	o asociar naproxeno + tramadol Dosis adulto: 50 mg/d (máx. 400 mg/d), en ancianos o IR crónica: 25 mg/d (máx. 300 mg/d) (50 mg equivalen a 20 gotas o 0,50 ml de sol oral) Dosis pediátrica: 1-2 mg/kg/d en 4-6 dosis vo (máx. 50-100 mg/d)	A	
		A		Si hay dolor controlado más de 3 d con morfina y/o dificultades para la deglución, administrar fentanilo Dosis adulto: inicialmente, 12-25 µg/h transd cada 3 d; dosis en función del dolor. En ancianos delgados iniciar con 12 µg/3 d Dosis pediátrica: no se ha establecido seguridad ni eficacia en niños. Uso no recomendado	A	

PROBLEMAS GENERALES

Problema de salud	Tratamiento de elección	Circunstancias modificantes				Medidas no farmacológicas
		GR	Tipo	Tratamiento alternativo	GR	
Dolor crónico nociceptivo y neuropático (Cont.)			Dolor irruptivo	asociar morfina Dosis adulto: inicialmente, 5-10 mg/4 h vo; (ancianos: 2,5-5 mg/4 h). Doblar la dosis inicial si tomaba opiáceos menores; fórmula retard: dosis cada 12 h vo en función del dolor y las dosis de rescate calculadas (no tiene techo analgésico) + fentanilo (el de acción rápida) Dosis adulto: inicialmente, 200 µg en comp transmucoso Para dosis (véase «Anexo 11»)	A	
			Tto. del dolor neuropático	amitriptilina Dosis adulto: inicialmente, 10-25 mg/d al acostarse, y aumentar 10-25 mg/d cada 3-4 d (máx. 75 mg/d) vo	A	
			No hay mejoría con amitriptilina	asociar (si hay respuesta parcial) o sustituir (si hay ineficacia) por gabapentina Dosis adulto: inicialmente, 300 mg/noche, y aumentar 300 mg cada 1-2 d según tolerancia hasta 300 mg/8 h (máx. 3.600 mg/d). En ancianos, dosis menores	A	
			No hay mejoría o la mejoría es insuficiente con gabapentina	asociar (si hay respuesta parcial) o sustituir (si hay ineficacia) por tramadol Dosis adulto: 50 mg/d (máx. 400 mg/d), en ancianos o IR crónica: 25 mg/d (máx. 300 mg/d)	A	
			No hay mejoría con tramadol	iniciar morfina y/o valorar derivación a una consulta especializada en tto. del dolor Dosis adulto: inicialmente, 5-10 mg/4 h vo; (ancianos: 2,5-5 mg/4 h). Doblar la dosis inicial si tomaba opiáceos menores; fórmula retard: dosis cada 12 h vo en función del dolor y las dosis de rescate calculadas (no tiene techo analgésico)	A	

Problema de salud	Tratamiento de elección	Circunstancias modificantes				Medidas no farmacológicas
		GR	Tipo	Tratamiento alternativo	GR	
Dolor crónico nociceptivo y neuropático CIE-10: R52.2 CIAP-2: A01	paracetamol Dosis adulto: 0,5-1 g/4-6 h vo (máx. 4 g/d; en ancianos o IR grave, máx. 3 g/d; y en LH, máx. 2 g/d) Dosis pediátrica: 10-15 mg/kg/4-6 h vo o vr (máx. 60-80 mg/kg/d) o ibuprofeno Dosis adulto: 400-1.200 mg/d (en 1-3 dosis) vo; dosis superiores representan un mayor riesgo CV Dosis pediátrica: 5-10 mg/kg/4-6 h vo (máx. 40 mg/kg/d) o naproxeno Dosis adulto: 500 mg/12-24 h vo Dosis pediátrica: niños 5 y 16 años, 5 mg/kg/d (en 2 tomas)	A	No hay mejoría: II escalón de la Organización Mundial de la Salud para el tto. del dolor	asociar paracetamol + ibuprofeno Dosis adulto: 400-1.200 mg/d (en 1-3 dosis) vo; dosis superiores representan un mayor riesgo CV Dosis pediátrica: 5-10 mg/kg/8 h vo (máx. 40 mg/kg/d)	B	El tratamiento no farmacológico se realizará en función del tipo y causa del dolor: fisioterapia, aplicación de frío o calor, ultrasonidos, uso de férulas, ortesis, TENS, psicoterapia, radioterapia, cirugía ortopédica o bloqueos nerviosos.
		A		o paracetamol + naproxeno Dosis adulto: 500 mg/12-24 h vo o paracetamol + tramadol Dosis adulto: 325/500-37,5/75 mg/6-8 h vo (máx. 2.600-300 mg/d)	B	
		A		o asociar ibuprofeno + tramadol Dosis adulto: 50 mg/d (máx. 400 mg/d), en ancianos o IR crónica: 25 mg/d (máx. 300 mg/d) (50 mg equivalen a 20 gotas o 0,50 ml de sol oral) Dosis pediátrica: 1-2 mg/kg/d en 4-6 dosis vo (máx. 50-100 mg/d) o asociar naproxeno + tramadol Dosis adulto: 50 mg/d (máx. 400 mg/d), en ancianos o IR crónica: 25 mg/d (máx. 300 mg/d) (50 mg equivalen a 20 gotas o 0,50 ml de sol oral)	A	
			No hay mejoría: III escalón de la Organización Mundial de la Salud para el tto. del dolor	morfina (fármaco de elección. Se han de suprimir los opiáceos menores) Dosis adulto: inicialmente, 5-10 mg/4 h vo; (ancianos: 2,5-5 mg/4 h). Doblar la dosis inicial si tomaba opiáceos menores; fórmula retard: dosis cada 12 h vo en función del dolor y las dosis de rescate calculadas (no tiene techo analgésico) Dosis pediátrica: 200-400 µg/kg/4 h vo (máx. 30 mg/d) Si hay dolor controlado más de 3 d con morfina y/o dificultades para la deglución, administrar fentanilo Dosis adulto: inicialmente, 12-25 µg/h transd cada 3 d; dosis en función del dolor. En ancianos delgados iniciar con 12 µg/3 d Dosis pediátrica: no se ha establecido seguridad ni eficacia en niños. Uso no recomendado	A	

PROBLEMAS GENERALES

Problema de salud	Tratamiento de elección	Circunstancias modificantes				Medidas no farmacológicas
		GR	Tipo	Tratamiento alternativo	GR	
<p>Todos los AINE presentan riesgo CV, pero el naproxeno es el AINE más seguro en este sentido, por lo que se sugiere su uso y, como tratamiento alternativo, el ibuprofeno a dosis bajas. En pacientes con riesgo de sangrado digestivo, asociar omeprazol al tratamiento con AINE. El diclofenaco aumenta el riesgo CV.</p> <p>Se debe tener cuidado con el efecto nefrotóxico (fallo renal agudo) de los AINE, especialmente en ancianos, cuando se utilizan conjuntamente con IECA y diuréticos (<i>triple whammy</i>).</p> <p>Metamizol. Debe situarse como alternativa al paracetamol o a los AINE, cuando estos se hallen contraindicados. No puede considerarse de elección porque no hay evidencia que sugiera que el efecto del control sobre la fiebre o el dolor sea superior para el metamizol en comparación con las otras alternativas con mejor perfil de seguridad disponibles. Evitar su uso más de 7 d. Valorar seguimiento de efectos indeseables graves (hemograma).</p> <p>Tramadol. En mayores de 75 a, las concentraciones plasmáticas se elevan y el período de eliminación se prolonga hasta 7 h, teniendo que ajustar las dosis.</p> <p>La morfina es el opioide de referencia. No tiene techo analgésico. Presentación oral, subcutánea o parenteral. La vo se inicia con 5-10 mg/4 h, la dosis vía subcutánea será la mitad de la dosis oral. Las formas retard se reservan cuando existe control clínico del dolor de más de 3 d. Los preparados de acción retardada no pueden masticarse ni machacarse por peligro de sobredosis por rápida absorción. No asociar morfina con opiáceos menores. La asociación de morfina con analgésicos del primer escalón dependerá del tipo de dolor y del control del paciente. La morfina es de elección frente al fentanilo. Según las guías de práctica clínica, la morfina no tiene techo, se valorará la eficacia analgésica y la aparición de efectos secundarios y tolerancia, pero en Atención Primaria se aconseja no superar los 100 mg/d. En pacientes ancianos, cualquier opioide debe usarse con precaución.</p> <p>El inicio de acción de los parches de fentanilo empieza pasadas 15-17 h, por lo que debe mantenerse la analgesia inicial durante estas horas utilizando, si es preciso, dosis de rescate. Pautar también las dosis vo de rescate en caso de mal control del dolor, que será de una sexta parte de la dosis total diaria. Si llevara parches de fentanilo, pautar morfina oral. Será necesario ajustar la dosis del tratamiento base con opioides si el paciente precisara más de cuatro rescates en 24 h.</p> <p>Se produce acumulación de metabolitos de la morfina en casos de deterioro renal, pudiendo causar efectos secundarios, requiriendo ajustes de dosis o cambio de opioide.</p> <p>Para el tratamiento del dolor irruptivo, existen presentaciones de fentanilo de acción rápida: comprimidos transmucosos (Actiq® 200, 400, 600, 800, 1.200 y 1.600 µg en 3 y 15 comp). Se frota en la mucosa bucal. Dosis inicial 200 µg. Si no mejora el dolor en 15-30 min, se administra otro comprimido de la misma dosis. También existen comprimidos bucodispersables y sublinguales y en solución de administración intranasal. Esta actúa antes que el fentanilo oral transmucoso, pero presenta el doble de fracasos en el control del dolor irruptivo. Serían de elección en caso de mucositis oral, boca muy seca o imposibilidad de utilizar la vo (NC: Instanyl® 50, 100, 200 y 400 µg y Percet® 100 y 400 µg. Dosis inicial: 50 µg pulverizados en una fosa nasal. Si no presenta mejoría del dolor en 10 min, se administrará otra dosis en la otra fosa nasal).</p> <p>Proceder de forma escalonada en la prescripción de los fármacos según la escala analgésica de la Organización Mundial de la Salud:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Analgésico no opioide (paracetamol, AINE) +/- coadyuvantes. Los datos actualmente disponibles indican que una combinación de paracetamol con un AINE puede ofrecer un mayor efecto analgésico que cada uno de los fármacos por separado. Debe tenerse en cuenta, de todas formas, que la información no se basa en un ensayo clínico de buena calidad que incluya pacientes con dolor crónico. La combinación se ha evaluado sobre todo en varios modelos de dolor agudo. 2) Analgésico no opioide + opioide débil: tramadol. 3) Analgésico no opioide + opioide mayor (morfina, fentanilo) +/- coadyuvantes. Se deben explicar y tratar los efectos secundarios del tratamiento ya que estos pueden conducir a un abandono del mismo. Siempre que sea factible, la vía de administración debe ser la oral, pero en las fases terminales se debe valorar el uso de la vía subcutánea mediante palomilla. Siempre se deben asociar laxantes a los fármacos opioides. No se deben triturar nunca los comprimidos de liberación retardada (véase «Anexo 14»). <p>AINE. Se recomienda limitar las dosis y la duración de tratamiento con AINE, especialmente en los pacientes con riesgo o enfermedad CV. En cuanto a la elección del AINE, en base al posible riesgo CV, se sugiere el uso de naproxeno y, como tratamiento alternativo, el ibuprofeno a dosis bajas (dosis máx. 1.200 mg/d). Evitar su uso en los pacientes con ICC o IRC.</p> <p>Metamizol. Debido a la posible asociación de la aparición de agranulocitosis, este debe usarse solo para tratamientos de corta duración (7 d como máximo) y a las dosis mínimas eficaces. Si es necesario un tratamiento más prolongado, deben realizarse controles hematológicos periódicos incluyendo la fórmula leucocitaria.</p> <p>La amitriptilina es el fármaco de referencia inicial para el tratamiento del dolor neuropático y la carbamazepina para el tratamiento del dolor neurálgico. La duloxetina puede ser una alternativa a la amitriptilina en el tratamiento de dolor ocasionado por la neuropatía diabética cuando el tratamiento de elección sea insuficiente.</p> <p>Oxicodona. No existe evidencia para recomendar oxicodona sobre morfina en dolor neuropático resistente. La elección de uno sobre otro depende de la eficacia analgésica, experiencia en uso, tolerancia y aparición de efectos adversos. La oxicodona produce más estreñimiento que la morfina (30 mg de morfina vo equivalen a 15 mg de oxicodona vo).</p> <p>La prevalencia de la disfagia orofaríngea funcional afecta al 30% de los pacientes con enfermedad neurológica y a más del 50% de los ancianos institucionalizados, por lo que es preferible utilizar formas líquidas, solubles o de fácil deglución, existiendo una infrutilización por la baja disponibilidad comercial.</p> <p>La información sobre la eficacia de la gabapentina comparada con los antidepresivos tricíclicos es escasa. Se recomienda usar la gabapentina solo en pacientes que no toleren o no respondan a la amitriptilina ni a otros tratamientos alternativos (p. ej.: no respuesta a carbamazepina en neuralgias). Para todas las indicaciones se recomienda seguir un esquema de escalonado de dosis para iniciar el tratamiento, tanto para adultos como para niños mayores de 12 a. El día 1-2, 300 mg una vez al día (noche), el día 3-4, 300 mg/12 h y el día 5, 300 mg/8 h. Considerar dosis menores en ancianos.</p> <p>La pregabalin, con los datos actuales, no parece superior a la gabapentina; ni sus efectos secundarios son más favorables que los de esta; y además, es más cara, por lo que puede considerarse una alternativa de tercera línea en caso de fracaso de los imipramínicos o de la gabapentina.</p>						

PROBLEMAS GENERALES

Problema de salud	Tratamiento de elección	Circunstancias modificantes				Medidas no farmacológicas
		GR	Tipo	Tratamiento alternativo	GR	
Edemas CIE-10: R60 CIAP-2: K07	Medidas no farmacológicas		Edema de origen renal o idiopático (véase «Insuficiencia cardíaca») Edema de origen hepático. Cirrosis. Ascitis	furosemida Dosis adulto: 20-80 mg/d vo (máx. 160 mg) espironolactona Dosis adulto: 25-200 mg/d vo (máx. 400 mg/d vo)	A A	Elevación de la extremidad afectada. Medias elásticas y mangas de compresión. Restricción del Na (< 5-6 g/d de sal común). Reposo físico, excepto en el edema de extremidades inferiores por insuficiencia venosa (en edemas generalizados de origen cardíaco, renal o hepático, el reposo físico favorece la excreción de Na). En los edemas nutricionales, se debe aumentar el aporte proteico. En el linfedema está indicado el ejercicio físico moderado, como la marcha para linfedema de extremidades inferiores y la natación para linfedema de extremidades superiores. Rehabilitación y fisioterapia específica.
Observaciones Valorar el suspender o sustituir aquellos fármacos que puedan estar relacionados con el edema o sean potencialmente agravantes. La furosemida es el diurético de elección en presencia de IR moderada-grave; la dosis debe ajustarse según respuesta terapéutica y efectos secundarios. Monitorizar filtrado glomerular, creatinina, Na, K, glucemia e hiperuricemia. La asociación de diuréticos de asa con K deberá ser siempre individualizada en función de los resultados analíticos. La espironolactona a dosis bajas puede asociarse a diuréticos del asa o tiazídicos en la ICC, el síndrome nefrótico y el edema idiopático. Se desaconseja asociar los diuréticos ahorradores de K a los IECA, ya que existe un mayor riesgo de hiperpotasemia. Es importante el diagnóstico correcto ante el edema localizado: insuficiencia venosa, TVP, linfedema, angioedema, síndrome de la vena cava superior. Los diuréticos no son eficaces en el linfedema. Control de los factores etiológicos en el edema generalizado: HTA, DM, ingesta de alcohol, etc. Algunas especialidades efervescentes (p. ej., paracetamol eferv. 1 g) contienen un alto contenido en Na, 567 mg o 24,66 mEq en cada comprimido (consultar ficha técnica, en la AEMPS).						
Fiebre CIE-10: R50.9 CIAP-2: A02, A03	paracetamol Dosis adulto: 0,5-1 g/4-6 h vo (máx. 4 g/d; en ancianos o IR grave, máx. 3 g/d; y en IH, máx. 2 g/d) Dosis pediátrica: 10-15 mg/kg/4-6 h vo o vr (máx. 60-80 mg/kg/d)	A	Inflamación asociada	ibuprofeno Dosis adulto: 400-1.200 mg/d (en 1-3 dosis) vo; dosis superiores representan un mayor riesgo CV Dosis pediátrica: 5-10 mg/kg/4-6 h vo (máx. 40 mg/kg/d) o acetilsalicílico, ác. Dosis adulto: 0,5 g/4-6 h vo	A A	Asegurar hidratación adecuada. Evitar excesiva ropa de abrigo. En niños, baños tibios (35-36 °C) con esponja o toalla empapada en agua.
Observaciones No es necesario tratar la febrícula. No está indicada la alternancia de paracetamol e ibuprofeno o AAS, por la falta de pruebas de eficacia y el aumento de efectos indeseados. Como medida preventiva, se recomienda evitar el uso de AAS en pacientes < 16 a con procesos febriles, gripe o varicela, debido a la posibilidad de desarrollar el síndrome de Reye.						

PROBLEMAS GENERALES

Problema de salud	Tratamiento de elección	Circunstancias modificantes				Medidas no farmacológicas
		GR	Tipo	Tratamiento alternativo	GR	
<p>Todos los AINE presentan riesgo CV, pero el naproxeno es el AINE más seguro en este sentido, por lo que se sugiere su uso y, como tratamiento alternativo, el ibuprofeno a dosis bajas. En pacientes con riesgo de sangrado digestivo, asociar omeprazol al tratamiento con AINE. El diclofenaco aumenta el riesgo CV.</p> <p>Se debe tener cuidado con el efecto nefrotóxico (fallo renal agudo) de los AINE, especialmente en ancianos, cuando se utilizan conjuntamente con IECA y diuréticos (<i>triple whammy</i>).</p> <p>Metamizol. Debe situarse como alternativa al paracetamol o a los AINE, cuando estos se hallen contraindicados. No puede considerarse de elección porque no hay evidencia que sugiera que el efecto del control sobre la fiebre o el dolor sea superior para el metamizol en comparación con las otras alternativas con mejor perfil de seguridad disponibles. Evitar su uso más de 7 d. Valorar seguimiento de efectos indeseables graves (hemograma), si es necesario prolongar el tratamiento.</p> <p>Tramadol. En mayores de 75 a, las concentraciones plasmáticas se elevan y el período de eliminación se prolonga hasta 7 h, teniendo que ajustar las dosis.</p> <p>La amitriptilina es el fármaco de referencia inicial para el tratamiento del dolor neuropático y la carbamazepina para el tratamiento del dolor neurálgico. La duloxetina puede ser una alternativa a la amitriptilina en el tratamiento de dolor ocasionado por la neuropatía diabética cuando el tratamiento de elección sea insuficiente.</p> <p>La morfina es el opioide de referencia. No tiene techo analgésico. Presentación oral, subcutánea o parenteral. La vo se inicia con 5-10 mg/4 h, la dosis vía subcutánea será la mitad de la dosis oral. Las formas retard se reservan cuando existe control clínico del dolor de más de 3 d. Los preparados de acción retardada no pueden masticarse ni machacarse por peligro de sobredosis por rápida absorción. No asociar morfina con opiáceos menores. La asociación de morfina con analgésicos del primer escalón dependerá del tipo de dolor y del control del paciente. La morfina es de elección frente al fentanilo. Según las guías de práctica clínica, la morfina no tiene techo, se valorará la eficacia analgésica y la aparición de efectos secundarios y tolerancia, pero en Atención Primaria se aconseja no superar los 100 mg/d. En pacientes ancianos, cualquier opioide debe usarse con precaución.</p> <p>El inicio de acción de los parches de fentanilo empieza pasadas 15-17 h, por lo que debe mantenerse la analgesia inicial durante estas horas utilizando, si es preciso, dosis de rescate. Pautar también las dosis vo de rescate en caso de mal control del dolor, que será de uno a sexta parte de la dosis total diaria. Si llevara parches de fentanilo, pautar morfina oral. Será necesario ajustar la dosis del tratamiento base con opioides si el paciente precisara más de cuatro rescates en 24 h.</p> <p>Se produce acumulación de metabolitos de la morfina en casos de deterioro renal, pudiendo causar efectos secundarios, requiriendo ajustes de dosis o cambio de opioide.</p> <p>Para el tratamiento del dolor irruptivo, existen presentaciones de fentanilo de acción rápida: comprimidos transmucosos (Actiq® 200, 400, 600, 800, 1.200 y 1.600 µg en 3 y 15 comp). Se frotran en la mucosa bucal. Dosis inicial 200 µg. Si no mejora el dolor en 15-30 min, se administra otro comprimido de la misma dosis. También existen comprimidos bucodispersables y sublinguales y en solución de administración intranasal. (NC: Instanyl® 50, 100, 200 y 400 µg y Percet® 100 y 400 µg. Dosis inicial: 50 µg pulverizados en una fosa nasal. Si no presenta mejoría del dolor en 10 min, se administrará otra dosis en la otra fosa nasal).</p> <p>Esta actúa antes que el fentanilo oral transmucoso, pero presenta el doble de fracasos en el control del dolor irruptivo. Serían de elección en caso de mucositis oral, boca muy seca o imposibilidad de utilizar la vo (MOC: Instanyl® 50, 100, 200 y 400 µg y Percet® 100 y 400 µg. Dosis inicial: 50 µg pulverizados en una fosa nasal. Si no presenta mejoría del dolor en 10 min, se administrará otra dosis en la otra fosa nasal).</p> <p>Proceder de forma escalonada en la prescripción de los fármacos según la escala analgésica de la Organización Mundial de la Salud:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Analgésico no opioide (paracetamol, AINE) +/- coadyuvantes. Los datos actualmente disponibles indican que una combinación de paracetamol con un AINE puede ofrecer un mayor efecto analgésico que cada uno de los fármacos por separado. Debe tenerse en cuenta, de todas formas, que la información no se basa en un ensayo clínico de buena calidad que incluya pacientes con dolor crónico. La combinación se ha evaluado sobre todo en varios modelos de dolor agudo. 2) Analgésico no opioide + opioide débil: tramadol. 3) Analgésico no opioide + opioide mayor (morfina, fentanilo) +/- coadyuvantes. Se deben explicar y tratar los efectos secundarios del tratamiento ya que estos pueden conducir a un abandono del mismo. Siempre que sea factible, la vía de administración debe ser la oral, pero en las fases terminales se debe valorar el uso de la vía subcutánea mediante palomilla. Siempre se deben asociar laxantes a los fármacos opioides. No se deben triturar nunca los comprimidos de liberación retardada (véase «Anexo 14»). <p>AINE. Se recomienda limitar las dosis y la duración de tratamiento con AINE, especialmente en los pacientes con riesgo o enfermedad CV. En cuanto a la elección del AINE, en base al posible riesgo CV, se sugiere el uso de naproxeno y, como tratamiento alternativo, el ibuprofeno a dosis bajas (dosis máx. 1.200 mg/d). Evitar su uso en los pacientes con ICC o IRC.</p> <p>Oxicodona. No existe evidencia para recomendar oxicodona sobre morfina en dolor neuropático resistente. La elección de uno sobre otro depende de la eficacia analgésica, experiencia en uso, tolerancia y aparición de efectos adversos. La oxicodona produce más estreñimiento que la morfina (30 mg de morfina vo equivalen a 15 mg de oxicodona vo).</p> <p>La prevalencia de la disfagia orofaríngea funcional afecta al 30% de los pacientes con enfermedad neurológica y a más del 50% de los ancianos institucionalizados, por lo que es preferible utilizar formas líquidas, solubles o de fácil deglución, existiendo una infrautilización por la baja disponibilidad comercial.</p> <p>La información sobre la eficacia de la gabapentina comparada con los antidepresivos tricíclicos es escasa. Se recomienda usar la gabapentina solo en pacientes que no toleren o no respondan a la amitriptilina ni a otros tratamientos alternativos (p. ej.: no respuesta a carbamazepina en neuralgias). Para todas las indicaciones se recomienda seguir un esquema de escalonado de dosis para iniciar el tratamiento, tanto para adultos como para niños mayores de 12 a. El día 1-2, 300 mg una vez al día (noche), el día 3-4, 300 mg/12 h y el día 5, 300 mg/8 h. Considerar dosis menores en ancianos.</p> <p>La pregabalina, con los datos actuales, no parece superior a la gabapentina; ni sus efectos secundarios son más favorables que los de esta; y además, es más cara, por lo que puede considerarse una alternativa de tercera línea en caso de fracaso de los imipramínicos o de la gabapentina.</p>						

Problema de salud	Tratamiento de elección	Circunstancias modificantes			Medidas no farmacológicas	
		GR	Tipo	Tratamiento alternativo	GR	GR
Paciente al final de la vida <i>(Cont.)</i>			Ansiedad. Crisis de pánico	diazepam Dosis adulto: 2-5 mg/12 h vo, y según demanda o lormetazepam Dosis adulto: 0,5-1 mg/8 h vo o alprazolam Dosis adulto: 0,5-2 mg/8 h vo	A	aplicamos un masaje de espalda, se favorece la relajación de los músculos. Vómitos anticipatorios: valorar la psicoterapia (desensibilización sistemática) y la relajación. Valorar el sondaje nasogástrico y la aspiración del contenido para evitar el vómito de la fase terminal y <i>post mortem</i> . Estertores: prevenirlos mediante el ajuste de aporte hídrico. Valorar los cambios posturales con elevación de tronco de forma previa al uso de fármacos. Tranquilizar a los familiares (explicar que el ruido se debe a las secreciones acumuladas que dejan de eliminarse con la tos y que las secreciones no producen asfixia, ni distrés al paciente).
			Fiebre (véase «Fiebre»)	paracetamol Dosis adulto: 500-650 mg/4-6 h vo o vr o, si hay imposibilidad por vo, administrar diclofenaco Dosis adulto: 50-75 mg/8 h sc	A	
			Úlceras bucales	véase «Afta bucal»	C	
			Náuseas y vómitos de origen central (o secundarios a morfina)	haloperidol Dosis adulto: 0,5-3 mg/d vo	A	
			Náuseas y vómitos de estasis gástrica	metoclopramida Dosis adulto: 10-20 mg/6-8 h/d vo o sc	A	
		Sedación en fase terminal	midazolam Dosis adulto: bolo inicial de 2,5-5 mg sc. Si no responde, repetir bolo inicial de rescate cada 15-30 min hasta lograr la sedación. Seguir en bolos: 7-8 mg/4-6 h sc; o en infusión continua a dosis de 30-120 mg/24 h (máx. 150-200 mg/d) o, si hay mala respuesta con midazolam solo, asociar levopromazina Dosis adulto: 25-75 mg/d sc	B	C	

PROBLEMAS GENERALES

Problema de salud	Tratamiento de elección	Circunstancias modificantes			Medidas no farmacológicas
		GR	Tipo	Tratamiento alternativo	
Paciente al final de la vida <i>(Cont.)</i>			Convulsiones	véase «Convulsiones»	
			Hematuria	tranexámico, ác. Dosis adulto: 500 mg/8 h vo	C
			Hemorragia grave irreversible	midazolam Dosis adulto: 15 mg sc, cada 15 min hasta sedación profunda	C
			Hipertensión intracraneal; compresión medular	dexametasona (oral) Dosis adulto: 2 mg/8-12 h vo	A
			Hipo	véase «Hipo»	
			Espasmo vesical	amitriptilina Dosis adulto: 25-150 mg/d vo	A
				o oxibutinina Dosis adulto: 2,5-5 mg/8 h vo	C
			Tenesmo rectal	clorpromazina Dosis adulto: 25-50 mg/8 h vo	A
			Delirium, confusión, agitación de formas leves	lorazepam Dosis adulto: 0,5-1 mg/8 h vo	C
		Delirium, confusión, agitación de formas severas	haloperidol Dosis adulto: 0,5-5 mg/2-12 h vo, sc, im	A	
			o, si no hay mejoría, asociar haloperidol + levopromazina Dosis adulto: 12-5 mg/4-12 h sc	A	
			o asociar haloperidol + midazolam Dosis adulto: bolo de 2,5-5 mg sc y repetir cada 4-6 h hasta control de los síntomas	B	

Problema de salud	Tratamiento de elección	Circunstancias modificantes			Medidas no farmacológicas	
		GR	Tipo	Tratamiento alternativo		GR
Paciente al final de la vida (Cont.)			Ansiedad. Crisis de pánico	diazepam Dosis adulto: 2-5 mg/12 h vo, y según demanda o lormetazepam Dosis adulto: 0,5-1 mg/8 h vo o alprazolam Dosis adulto: 0,5-2 mg/8 h vo	A	aplicamos un masaje de espalda, se favorece la relajación de los músculos. Vómitos anticipatorios: valorar la psicoterapia (desensibilización sistemática) y la relajación. Valorar el sondaje nasogástrico y la aspiración del contenido para evitar el vómito de la fase terminal y <i>post mortem</i> . Estertores: prevenirlos mediante el ajuste de aporte hídrico. Valorar los cambios posturales con elevación de tronco de forma previa al uso de fármacos. Tranquilizar a los familiares (explicar que el ruido se debe a las secreciones acumuladas que dejan de eliminarse con la tos y que las secreciones no producen asfixia, ni distrés al paciente).
			Fiebre (véase «Fiebre»)	paracetamol Dosis adulto: 500-650 mg/4-6 h vo o vr o, si hay imposibilidad por vo, administrar diclofenaco Dosis adulto: 50-75 mg/8 h sc	C	
			Úlceras bucales	véase «Afta bucal»	C	
			Náuseas y vómitos de origen central (o secundarios a morfina)	haloperidol Dosis adulto: 0,5-3 mg/d vo	A	
			Náuseas y vómitos de estasis gástrica	metoclopramida Dosis adulto: 10-20 mg/6-8 h/d vo o sc	A	
		Sedación en fase terminal (véase «Anexo 12» y «Anexo 13»)	midazolam Dosis adulto: bolo inicial de 2,5-5 mg sc. Si no responde, repetir bolo inicial de rescate cada 15-30 min hasta lograr la sedación. Seguir en bolos: 7-8 mg/4-6 h sc; o en infusión continua a dosis de 30-120 mg/24 h (máx. 150-200 mg/d) o, si hay mala respuesta con midazolam solo, asociar levopromazina Dosis adulto: 25-75 mg/d sc	B C		

PROBLEMAS GENERALES

Problema de salud	Tratamiento de elección	Circunstancias modificantes				Medidas no farmacológicas
		GR	Tipo	Tratamiento alternativo	GR	
Paciente al final de la vida <i>(Cont.)</i>			– con obstrucción funcional	metoclopramida Dosis adulto: 30-120 /d sc	A	
			Estertores	escopolamina Dosis adulto: 0,3-0,6 mg/6 h vo o sc	B	
				o butilescopolamina Dosis adulto: 10-20 mg/6 h sc	B	

Observaciones

Revisar la medicación en estos últimos días, priorizando el bienestar del paciente.

Asegurar los fármacos analgésicos, antieméticos, ansiolíticos, antipsicóticos y anticonvulsivantes. En pacientes con agitación psicomotriz o delirio hiperactivo, considerar siempre la existencia de dolor, globo vesical o impacción fecal.

Dolor: veáse también «Anexo 12».

Disnea: tratamiento de las causas si es posible (si hay infección, antibióticos; si hay broncoespasmo, broncodilatadores; si hay anemia, transfusión; si hay hipoxemia, oxígeno). Los corticoides reducen el edema que se asocia al tumor, mejoran la disnea debida a metástasis, el estridor por obstrucción traqueal, la obstrucción de vena cava superior y la linfangitis carcinomatosa. Considerar si existe posibilidad de paracentesis o pleurodesis. Dosis mayores de morfina de 20 mg/4 h no suponen beneficio. En pacientes tratados anteriormente con morfina, incrementar la dosis de morfina previa un 50% y la dosis de morfina total, un 30%, cada 2-3 d hasta que se controlen los síntomas.

Anorexia: si el pronóstico de vida es > 1 m, valorar la administración de acetato de megestrol vo (su efecto se aprecia a partir de las 2 sem), y si es inferior a 1 m, valorar la dexametasona vo o sc (evitar administrarla más de 1 m).

Crisis de pánico: valorar también lorazepam 1-2 mg/12 h vo o a demanda, o midazolam 5-10 mg vo o sc.

Sedación: los síntomas refractarios que más frecuentemente motivan la necesidad de sedación son: delirio, disnea, dolor y distrés emocional. Se deberá asegurar que el síntoma es refractario a los tratamientos disponibles. Informar al paciente y a la familia, y solicitar el consentimiento. Si no tomaba benzodiazepinas, la dosis de inducción en bolo es de 2,5-5 mg. Dosis de rescate, la misma. Dosis inicial en infusor, 0,4-0,8 mg/h. En pacientes que sí las tomaban, la dosis de inducción en bolo es de 5-10 mg. Dosis de rescate, la misma. Dosis inicial en infusor, 1-2 mg/h. La morfina no es un sedante, sino un analgésico, para la sedación deben utilizarse fármacos con perfil sedante (haloperidol, midazolam, etc.).

Vómitos anticipatorios: valorar las benzodiazepinas (lorazepam o alprazolam).

Obstrucción intestinal: la cirugía debe plantearse en los enfermos con un nivel único oclusivo, con un buen estado general previo, con expectativas de vida larga en función de la extensión de la enfermedad o con posibilidades de tratamientos sistémicos complementarios. Si, a pesar del tratamiento, no se consigue reducir, considerar sonda nasogástrica en el caso de que los vómitos no cedan, sean muy incómodos y/o fecaloideos. Esta última opción es excepcional.

Estreñimiento por opioides: añadir laxantes estimulantes u osmóticos con o sin emolientes. Si no hay eficacia, se recomienda revisar la dosis de opioide, considerar rotación de opioides o rotar a analgésicos no opioides. Considerar el naloxegol o la metilnaltrexona en casos refractarios y siempre un enema cuando el paciente esté algunos días sin deposiciones efectivas.

Impactación fecal: en la impactación alta (heces ausentes en recto), considerar lavado de colon con movicol, 8 sobres en 1 l de agua por vo, cada 6 h. Guardar la solución en el frigorífico. En la impactación baja, usar un supositorio de glicerina, solo o asociado a bisacodilo. Otra opción es usar un minienema de docusato o citrato sódico. Si la respuesta es insuficiente, considerar un enema de fosfato sódico que podrá ser repetido si no se resuelve. En caso de que no se resuelva, considerar la evacuación manual, previa correcta analgesia del paciente.

Estertores: una vez usado el anticolinérgico, no debe retirarse. Valorar aspiración de secreciones. El uso de atropina no está indicado por riesgo de agitación. La escopolamina produce más sedación que la butilescopolamina (Buscapina®), pero presenta problemas de abastecimiento. Veáse «Anexo 14».