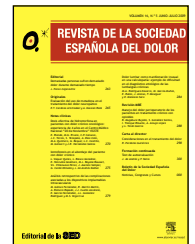


REVISTA DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DEL DOLOR

www.elsevier.es/resed



CARTA AL DIRECTOR

Consideraciones en el tratamiento de dolor

Sr. Director:

Algunas consideraciones

“Todos debemos morir, pero si puedo salvarlo de días de tortura, esto es lo que siento como mi gran y siempre nuevo privilegio. El dolor es un amo de la humanidad, más terrible que la muerte misma.” (Albert Shweitzer)

Beneficios de la vía regional en dolor

Calidad de la analgesia

Los anestésicos locales actúan por inhibición reversible de la conductancia del ion sodio a través de la membrana nerviosa, previniendo de este modo la despolarización y la transmisión del dolor. Esta prevención de la nocicepción diferencia a la analgesia regional de otros fármacos que regulan la percepción del dolor a nivel central o inhiben la sensibilización de los receptores periféricos del dolor. Por lo antedicho, la calidad de la analgesia es muy adecuada, particularmente conveniente y útil.

Duración de la analgesia

La duración de la analgesia puede variar desde unas pocas horas a varios días, dependiendo del manejo del dolor, de la calidad del agente elegido, su concentración y el volumen inyectado.

Beneficios no analgésicos

El bloqueo de fibras simpáticas produce un grado de vasodilatación similar al observado con el bloqueo peridural lumbar de incalculable valor para tratamiento de la enfermedad vascular periférica. La prolongada vasodilatación también es útil.

En suma, el aumento del flujo sanguíneo disminuye la agregación plaquetaria, mejora la fibrinólisis y la viscosidad sanguínea y además explica la disminución de la incidencia de la trombosis venosa profunda y el tromboembolismo pul-

monar. Estos beneficios se han descrito en relación con el bloqueo lumbar, que sugiere que el bloqueo simpático necesita ser extenso e involucrar la vasculatura pélvica.

Beneficios sistémicos

Los efectos sistémicos del dolor tienen una relación directa con la homeostasis fisiológica, de modo tal que al no ser tratado efectivamente, éste se manifiesta en un aumento del riesgo de complicaciones.

El dolor intenso, de cualquier etiología, gatilla una respuesta corporal al estrés; durante la última década se ha puesto especial esfuerzo en la investigación de las formas en que las diferentes técnicas modifican o inhiben esta respuesta. El bloqueo regional es altamente efectivo en la abolición de la respuesta al estrés siempre y cuando la extensión del bloqueo sea suficiente para bloquear los segmentos lumbosacros del cordón espinal.

El paracetamol ha mostrado ser efectivo en el dolor de leve a moderado como único agente y en combinación con opioides en dolor intenso (Schug et al, 1998).

Al evaluar el perfil de seguridad de la combinación de paracetamol 600-650 mg + codeína 60 mg frente a placebo, expresado como NNH (intervalo de confianza del 95%), se observa que para letargo-somnolencia es de 11 (7,5-20) y para mareo, náuseas y vómitos es de 27 (15-164) (Moore et al).

Codeína

Es la 3-metil-morfina, fármaco que en nuestro medio se utiliza como antitusígeno y analgésico. La codeína posee un tercio de la acción analgésica de la morfina, por lo cual su dosis unitaria puede ser de 30, 60 y 90 mg. Es un buen analgésico de acción intermedia y tiene la ventaja de no producir sedación, por tanto, tiene menor capacidad de producir dependencia. Es bien absorbida en el tubo digestivo, la duración de su efecto es de 4 h y en su metabolización produce, por desmetilación, morfina como uno de sus metabolitos; este hecho prolonga su efecto. Se utiliza generalmente asociada a paracetamol u otro antiinflamatorio no esteroideo (AINE) de buena acción analgésica, y constituye la fase 2 de la escalera de tratamiento del dolor.

Terapia profiláctica con AINE

Las estrategias actuales de protección para la prevención de lesiones gastrointestinales se basan en tres principios:

remplazar la deficiencia de prostaglandinas, inhibir la secreción de ácido o proteger la mucosa. La primera se consigue con el misoprostol, análogo sintético de la PGE-1; la inhibición de ácido se consigue mediante bloqueadores H₂ o inhibidores de la bomba de protones y la protección de la mucosa, con sucralfato.

La vía de administración de elección para los analgésicos AINE es la endovenosa en goteo. La duración del goteo debe durar entre 10-20 min. La dimetil-pirazolona (dipirona) puede utilizarse en bolo lento (60 s).

Es conveniente utilizar una dosis de carga, que es la cantidad de fármaco con la que se alcanza rápidamente la concentración plasmática efectiva, así como administrar una dosis de carga similar al doble de la usual para llegar a la ventana terapéutica rápidamente, y no esperar las cuatro vidas media beta para llegar a la meseta. La dosis de carga de los analgésicos AINE debe infundirse en no menos de 10 min y en general (salvo la dipirona) no es aconsejable administrarlas en inyección endovenosa en bolo porque son irritantes. Es conveniente diluirlas en 100 ml de solución isotónica, e infundirlas en 10-20 min.

Se debe continuar con dosis de mantenimiento (que es la cantidad de fármaco suministrado en función de su depuración), que permite mantener la concentración plasmática efectiva. Se administra en infusión continua. La dosificación intermitente produce fluctuaciones en la concentración plasmática del fármaco, exponiendo al paciente a sobredosificación o períodos de dolor; requiere que el personal de enfermería esté constantemente sobre él y, en la mayoría de los casos, lo expone a no recibir el fármaco en forma y horarios adecuados.

Las dosis de rescate son las dosis que se administran para evitar la restauración del dolor al caer las dosis plasmáticas del fármaco con un intervalo de 15-20 min.

Estos suplementos de fármaco representan un porcentaje mínimo de la dosis total (10% de la dosis de mantenimiento diaria) que recibe el paciente y tienen por objeto restablecer las concentraciones plasmáticas terapéuticas que por alguna situación descendieron, con la reaparición del dolor. Se solicitan al personal de enfermería o se autoadministra por el paciente y la cantidad total de dosis debe estar incluida en el cálculo diario de los requerimientos del paciente.

El efecto pico para la dipirona es de 5-15 min; para el ketorolaco, de 15-30 min; para el ibuprofeno, de 30 a 60 min, y por último, para el diclofenaco, de 60-120 min.

Los efectos adversos, que son relativamente frecuentes con estos fármacos, son:

1. Alteraciones renales, como nefritis e insuficiencia renal.
2. Reacciones alérgicas, broncospasmo.
3. Alteraciones hematológicas, como acción antiagregante, agranulocitosis, trombopenia, etc.
4. Alteraciones gastrointestinales, como gastritis, úlcera, etc.

Conflicto de intereses

El autor ha declarado no tener ningún conflicto de intereses.

R. Perdomo Gutiérrez

*Servicio de Anestesiología y Reanimación, Hospital Universitario Calixto García, Ciudad Habana, Cuba
Correo electrónico: perdo@infomed.sld.cu*