Versión 01.
Data de aprobación 10-10-2008

DOCUMENTO DE TRABAJO.

MANEJO DE PACIENTES CON DOLOR CRÓNICO EN ATENCIÓN PRIMARIA.

AREA SANITARIA DE VIGO.

Autores:

Teresa Fernández Rodríguez. Anestesista. Unidad del Dolor. H: Meixoeiro. Vigo.
Elena Duque Novo. Anestesista. Unidad del Dolor. H Xeral-Cies. Vigo.
José Luis Delgado Martín. Médico de Familia. CS Sárdoma. Vigo
José González Rodríguez. Mëdico de Familia. CS A Cañiza.
María Luisa Miguélez Blázquez. Enfermera. CS Pintor Colmeiro. Vigo.
María Encarnación Rodríguez Díaz. Enfermera. CS Matamá. Vigo.

Coordinación editorial:

María Jesús Carrera Gándara. Técnico de Calidad. XAP Vigo.
Fernando Lago Deibe. Director de Docencia, Investigación y Calidad. XAP Vigo.

Este documento es el fruto de varias reuniones de trabajo entre profesionales sanitarios de las Unidades del Dolor del CHUVI y de los SAP y UAP de la XAP de Vigo.

Su única pretensión es mejorar el conocimiento y la interrelación entre ambos niveles asistenciales, lo que debe permitir optimizar la derivación, desde atención primaria, de pacientes a las Unidades del Dolor con el conocimiento de todas las posibilidades de atención que, tanto desde el punto de vista técnico como organizativo, ofertan las mismas. En última instancia se trata de mejorar la atención sanitaria en pacientes con dolor crónico, reagudizado o no.

El documento indica en primer lugar, a modo de declaración de intenciones, las lineas generales de la colaboración entre XAP y Unidades del Dolor, pasando después a revisar de manera resumida la actuación ante el dolor nociceptivo o fisiológico y el dolor neuropático, pasando después a revisar los principios generales para el uso de opioides. Para terminar se indican los cuadros clínicos, que cursan con dolor, y pueden beneficiarse de la atención por parte de las Unidades del Dolor, junto con un sucinto recordatorio de las normas de derivación, que no dejan de ser las generales ante cualquier paciente que precisa una interconsulta con el segundo nivel asistencial.

PROTOCOLO DE ACTUACIÓN ANTE EL DOLOR NOCICEPTIVO O FISIOLÓGICO.

1. Dolor Nociceptivo o fisiológico.

Es secundario a una injuria sobre cualquier tejido, apareciendo un exceso de estímulos nociceptivos.

Implicado en:

- La mayoría de los dolores agudos:
  - Postoperatorio
  - Traumatismos
  - Vascular (isquémico)
  - Visceral (cólico renal o biliar)
  - Dismenorrea .....
- Dolores crónicos:
  - Articular (artrosis)
  - Óseo (osteoporosis, osteomalacia, aplastamientos vertebrales)
  - Conectivopatías
  - Muscular
  - Neoplásico

Tratamiento:

- Etiológico, si es posible.
- Analgésico (seguir los tres escalones propuestos por la OMS):

Primer escalón	Segundo escalón	Tercer escalón
Analgésicos menores no opioides, (paracetamol, metamizol, AINES) +/- coadyuvantes	Analgésicos menores más opioides menores (codeína, dihidrocodeina, tramadol, buprenorfina) +/- coadyuvantes	Analgésicos menores no opioides más opiáceos mayores (morfina, oxicodona, fentanilo) +/- coadyuvantes

2. Dolor nociceptivo con componente inflamatorio.

Implicado en artritis, metástasis óseas, odontalgias, otalgias …

Tratamiento:

- AINES con acción periférica predominante y efecto antiinflamatorio. De elección ibuprofeno.

- Valorar: función renal y riesgo cardiovascular (HTA, retención hidrosalina, riesgo de trombosis e isquemia)

PROTOCOLO DE ACTUACIÓN EN EL DOLOR NEUROPÁTICO

1. DEFINICIÓN:

Es un dolor iniciado o causado por una lesión primaria o una disfunción del sistema nervioso periférico o central.
Su base fisiopatológica se debe a una excitación ectópica anormal en las vías nerviosas que transmiten las sensaciones.
Los síntomas que encontraremos al historiar y explorar al paciente se pueden definir como:

- Síntomas evocados (los describe el paciente): dolor lancinante, dolor quemante o urente, calambres y hormigueos.
- Síntomas provocados (los provoca el médico): alodinia (dolor con un estímulo no doloroso) , hiperalgesia (dolor exagerado con un estímulo doloroso) y signo del neuroma o del tinel (descargas eléctricas).

2. GUIAS GENERALES DE TRATAMIENTO:

Se deben tratar los síntomas que producen dolor según lo que predomine.

a) **Signo del neuroma o del tinel,** su posible mecanismo de acción son los cambios en las propiedades de las membranas de las fibras A y C. Son de elección los bloqueadores de los canales de Na.

b) **Hiperalgesia:** posiblemente debida a una hipersensibilidad del nociceptor, con lo cual el tratamiento sería el bloqueo de los impulsos repetidos de la periferia a la médula espinal. Se elegirán bloqueadores de los canales del Na, anestésicos locales tópicos (EMLA, lidocaína) y la pomada de capsicina.

c) **Alodinia:** mecanismo complejo. Los fármacos de elección son: amitriptilina y gabapentina; otros: duloxetina, venlafaxina, pregabalina, topiramato.

d) **Parestesias o las disestesias:** debidas a descargas ectópicas de fibras nerviosas lesionadas, básicamente fibras Aβ. Para su tratamiento se administrarán bloqueadores de los canales de Na (carbamacepina, anestésicos locales), aunque la gabapentina está siendo de utilidad en este síntoma y posee menos incidencia de efectos 2ºs. (alternativas: pregabalina , topiramato)

e) **Dolor quemante o urente:** se produce por actividad ectópica de las fibras C. la amitriptilina, gabapentina, pregabalina y el clonazepan estarían recomendados.

3. ALGORITMO DE ACTUACION:

<u>PRIMER PASO:</u>

- Historiar y explorar al paciente.

- Tratamiento farmacológico en función del síntoma que presente el paciente (antidepresivos, antiepilépticos, lidocaína.)
- Añadir, si se considera oportuno, una técnica de bloqueo/infiltración indicada por su patología (a valorar por la Unidad del Dolor)

SEGUNDO PASO:

- Opioides orales: son fármacos de 2º orden y casi siempre se asociarán a los otros fármacos descritos anteriormente. Son de elección tramadol o codeína (ésta especialmente asociada a paracetamol ya que mejora mucho su eficacia analgésica. Otras alternativas son la buprenorfina , oxicodona, metadona y fentanilo transdérmico .
- Otros coadyuvantes (esteroides, psicotropos..).

TERCER PASO: *a realizar por la Unidad del dolor*

- Técnicas de bloqueo/infiltración.
- Corticoides epidurales, caudales o de carillas articulares.
- Lesiones por radiofrecuencia pulsada o por calor.
- Bloqueo del sistema nervioso simpático.

CUARTO PASO: *a realizar por la Unidad del dolor*

- Técnicas de implante de neuromodulación.
- Bombas de perfusión intratecal.

4. DOSIS ORIENTATIVAS DE FÁRMACOS EN EL DOLOR NEUROPÁTICO:

1.- Antidepresivos Inhibidores de recaptación de serotonina y noradrenalina:

- **Duloxetina** (*Cymbalta®, Xeristar ®*): iniciar con dosis de 30 mg/día durante una semana y subir a dosis de 60 mg/día. Toma nocturna porque puede dar nauseas ovómitos y si producen insomnio (en 50% pacientes producen somnolencia y en otro 50% producen insomnio) tomarlo por la mañana.
- **Venlafaxina** (*Dobupal retard® y Vandral retard®.):* iniciar con 75 mg/día durante una semana y subir a 150 mg/día.

2.- Antidepresivos tricíclicos:

- **Amitriptilina** (*Tryptizol®, Deprelio®):* iniciar con dosis crecientes 10-25 mg/día. Rango 25-75 mg/día. Extremar precauciones en ancianos y pacientes con cardiopatía.
- **Imipramina** *(Tofranil ®) : si no* tolera la anterior. Mismas dosis.

3.-Antidepresivos Inhibidores de recaptación de serotonina: Menos efectivos que los anteriores

- **Paroxetina** (*Seroxat®, genéricos*): 20 mg/día.
- **Fluoxetina** (*Prozac®, genéricos*): 20 mg/día.

4.- Antiepilépticos:

- **Oxcarbacepina** (*Trileptal ®, Epilexter®*): mejor perfil de efectos secundarios que la carbamacepina. Iniciar con dosis crecientes hasta 1200 mg/día en monoterapia y en refractarios hasta 2400 mg/día..Se pautan cada 12 horas. Subidas cada 2-3 días. Indicada, sobre todo, en neuralgias del trigémino, aunque se pueden dar en cualquier dolor neuropático.
- **Gabapentina** (*Gabatur®, Neurontin®, genéricos*): dosis crecientes con rango entre 900-2400 mg/día.. Se pautan cada 8 horas. Subidas cada 2-3 días. Es de elección en el dolor neuropático
- **Pregabalina** (*Lyrica®*): dosis crecientes de 75 mg-600mg/día. Se pauta cada 12 horas. Subidas semanales.
- **Topiramato** *(Topamax®):* dosis crecientes de 50 – 400 mg/día. Se pauta cada 12 horas y la subida es cada semana. Produce pérdida de peso, por lo que es una buena indicación para pacientes que estén con sobrepeso.
- **Clonacepam** *(Rivotril®).*: dosis crecientes con rango entre 1-5 mg/día. Útiles para dolores secundarios a isquemia arterial.

Estos antiepilépticos, excepto oxcarbacepina y topiramato, tienen como indicación en su ficha técnica el tratamiento para dolor neuropático.

5.-Tratamiento tópico:

- **Crema de EMLA**: tres aplicaciones diarias durante 7-30 días.
- **Crema de capsaicina al 0.075%** *(Capsicin ®).*: 3-4 aplicaciones diarias durante 8 semanas.

6.- Opioides : Asociar antieméticos y laxantes. Los más efectivos:

- **Codeína**: 30-60 mg/4-6 horas (asociada a paracetamol).
- **Tramadol (***Adolonta ®,Tralgiol®, genéricos)*: dosis entre 50-400 mg/dia. La subida ha de ser muy lenta. Solución oral en pulsaciones y cápsulas de liberación normal se pautan cada 6-8 horas, cápsulas con liberación retardada cada 12 horas y sostenida cada 24 horas. No precisa receta de estupefacientes.
- **Buprenorfina transdérmica** *(Transtec®)*: 35, 52.5 y 70 µg/h cada 3 ó 3,5 días. No precisa receta de estupefacientes.
- **Oxicodona** *(Oxycontin ® liberación retardada*: dosis de 10-20 mg/12 horas. y Oxynorm® de liberación rápida. Precisa de recetas de estupefacientes
- **Metadona** *(Metasedin®)*: 10-15 mg/día.. Precisa receta de estupefacientes.
- **Fentanilo transdérmico** *(Durogesic® Matrifen®,Fentanilo transdérmico genérico).*: 12, 25, 50, 75 y 100 µg/h cada 72 horas . Precisa receta de estupefacientes. En los genéricos no existe la presentación de 12 µgr/h.

PRINCIPIOS GENERALES PARA EL USO DE OPIOIDES

1.- ELECCIÓN DEL OPIOIDE: Cumplir la escalera terapéutica diseñada por la OMS (la potencia del analgésico la determina la intensidad del dolor a tratar).

Dos posibilidades:

- 2º Escalón: Opioides menores (tramadol, codeína, buprenorfina…). Tienen techo analgésico, el tramadol 400 mg/día, la codeína 240 mg y buprenorfina 140µg/h. No precisan receta de estupefacientes.
- 3º Escalón: Opioides mayores (morfina, fentanilo, oxicodona, metadona, meperidina). ¡¡No tienen techo analgésico!!. Precisan receta de estupefacientes.

Morfina es de elección respecto a fentanilo. Fentanilo debe usarse con precaución en pacientes geriátricos.

2.-VIA DE ADMINISTRACIÓN:

a) Dolor agudo: Usar la más rápida: parenteral, transmucosa oral
b) Dolor crónico: usar la más cómoda y de efecto más prolongado (menos fluctuaciones de niveles plasmáticos):

- Oral de liberación prolongada (*tramadol, morfina y oxicodona*): duración 12-24 horas.
- Tránsdérmica (fentanilo, buprenorfina): duración de 48-72 horas.

3.- DOSIS: ¡¡¡Individualizada!!!. La dosis adecuada es aquella que logra aliviar el dolor.

- Se debe establecer solamente en función de la optimización del alivio del dolor y minimización de los efectos indeseables.
- Inicio: dosis pequeñas, para aumentar la tolerabilidad.
- Seguimiento: aumento progresivo y sin límite (con opioides mayores) hasta conseguir el mayor alivio o la aparición de efectos secundarios.
- Control a las 72 horas, semanal , mensual.
- Cada vez que se incremente la dosis reevaluar: características del dolor, efectos 2º, estado funcional global.
- Los incrementos estarán entre 25-30% de la dosis total diaria.

4.- PAUTA DE ADMINISTRACIÓN: " Por reloj". A intervalos regulares (según la vida del fármaco). Nunca a demanda.

5.- PREVENCIÓN DE EFECTOS INDESEABLES: Debemos esperarlos, prevenirlos activamente e informar al paciente.

- Estreñimiento:el más frecuente a largo plazo y el que tiene menor tolerancia:
  - Adecuar hábitos alimenticios: líquidos abundantes, dieta rica en fibra
  - Laxantes lubricantes: aceite de parafina.
  - Laxantes osmóticos: lactulosa.
  - Enemas
  - Estimulantes del peristaltismo: bisacodil…

- Náuseas y vómitos: se deben tratar antes de que aparezcan: Haloperidol, metoclopramida, clorpromacina,… Si no responden a dosis máximas pasar a Ondansetrón (dispensación hospitalaria).

- Sedación y somnolencia: se producen al inicio del tratamiento y se desarrolla tolerancia. Si es excesiva, disminuir las dosis y si no mejoran, cambiar de opiáceo o de vía de administración.

- Confusión, delirio, alucinaciones (más frecuente en ancianos). Disminuir dosis y , si no mejora, haloperidol.

- Mareos y sudoración: leves y desaparecen en unos cuantos días.

- Sequedad de boca: suele persistir durante todo el tratamiento y es molesta. Se ha de comenzar hidratando la boca con agua fresca con limón, manzanilla fresca sola o con limón, chupando fruta o caramelos sin azúcar.

- Retención urinaria (poco frecuente, ancianos..).

- Prurito (vía espinal): cambio de vía de administración o de opioide. Administrar naloxona a bajas dosis, antihistamínicos.

- Depresión respiratoria: muy poco frecuente, sobre todo en relación con la vía espinal y parenteral. ¡¡Nunca si existe dolor!!. Se desarrolla tolerancia rápidamente.

6.- ASOCIAR COADYUVANTES: Consiguen efecto ahorro de dosis de opioide.

- Fármacos de 1º escalón.: paracetamol, metamizol, AINES (si existe componente de inflamación aguda).
- Antidepresivos: *amitriptilina, como alternativa, venlafaxina* en dolor neuropático (disestesias), depresión e insomnioy. *duloxetina*
- Anticonvulsivantes: gabapentina de elección (en dolor neuropático con predominio de dolor lancinante, calambres..)
- Benzodiacepinas: si existe ansiedad e insomnio.
- Corticoides….

7.- OTRAS CONSIDERACIONES:

- Para cambiar de opioide o vía se deben conocer las dosis equianalgésicas.
- Precaución en la insuficiencia hepática o renal severas, alteraciones neurológicas y enfermos graves.
- Facilitar la analgesia de rescate en el dolor neoplásico con opioides de liberación rápida (la dosis será un 20-25 % de la dosis total diaria). Si se toman ≥ 3 dosis /día extras, se debe aumentar la dosis de base.
- Evaluación periódica.

8.- ¿CUÁNDO FRACASA EL 3º ESCALÓN?

Enviar a la Unidad del Dolor para valorar la indicación del 4º escalón (bloqueos nerviosos periféricos, infiltraciones epidurales, electrodos de estimulación medular, bombas de perfusión intratecal, perfusiones de lidocaína…)

9.- RECOMENDACIONES GENERALES:

¡ Ojo! En pacientes que estén tomando crónicamente un agonista puro (morfina, fentanilo, oxicodona, metadona), existe el riesgo de que el cambio a buprenorfina (Transtec®) que es un agonista parcial pueda provocar un cierto grado de antagonismo por lo que deben estar un día sin poner ningún opioide mayor.

- **Tabla de conversión de opioides:**

PRINCIPIO ACTIVO	DOSIS EQUIANALGÉSICA
TRAMADOL	- 150-300 mg
BUPRENORFINA TRANSDÉRMICA	- 35µg/h
MORFINA RETARDADA	- 30-60 mg
FENTANILO TTS	- 25 µg/h
OXICODONA	- 20-40 mg
METADONA	- 3-6 mg

- **Relación de dosis de morfina según la vía de administración:**

ORAL	SUBCUTÁNEA	INTRAVENOSA
1	**1/2**	**1/3**

- **Cambio de parche de fentanilo o de buprenorfina:** Debe realizarse cada 72 h y se colocará rotando la zona de la piel. Ésta ha de estar limpia, hacerlo con un paño húmedo sin jabón, y secarla antes de pegarlo. No ha de tener lesiones ni vello (se debe cortar con una tijera a ras de piel o rasurarla el día anterior). No deben exponerse al sol ni a fuentes de calor (agua caliente, solarium, fiebre.) pues podría aumentar la absorción transcutánea del fármaco. Se pueden duchar con ellos, aunque cuidado de no dar directamente con el agua caliente.

- **Citrato de fentanilo transoral mucoso (***Actiq®***):** Recomendar que la boca esté húmeda, enjuagarla antes de frotarse el aplicador por la cara interna de la mucosa de la boca. También podría humedecerse el aplicador en un poco de agua. No debe chuparse, sino frotarse hasta que se disuelva todo el fármaco, habitualmente unos 15 minutos.

GUIA FARMACOLÓGICA:

- **Tramadol** de liberación normal: *tramadol genérico, Adolonta ®.*
- **Tramadol** de liberación retardada (cada 12 horas): *Tradonal®, Adolonta retard®.*
- **Tramadol** de liberación sostenida (cada 24 horas): *Zytram® presentaciones 150, 200, 300 y 400 mg, Dolpar® presentaciones de 100 ,200 y 300 mg, Dolodol® presentaciones de 100, 150 y 200 mg .*
- **Buprenorfina** transdérmica: *Transtec® (parches de 35, 52.5 y 70 µg/h)*
- **Morfina** de liberación rápida: *Oramorph®* (solución oral , unidosis de 10 y 30 mg y solución de 2 y 20 mg/ml), *Sevredol ®*(10 y 20 mg comprimidos, no se deben partir).
- **Morfina** de liberación retardada : *MST continus®* (comprimidos que no pueden partirse) , *Skenan® (*cápsulas que se pueden abrir para pacientes que no puedan tragar).
- **Fentanilo transdérmico** (parches de 12, 25, 50 y 100 µg/h): *Fentanilo genérico* (todas las concentraciones menos la de 12 µg/h) *Durogesic®, Matrifen®.*
- **Fentanilo transoral mucosa** (Actiq®): aplicadores de 200, 400, 600, 800,1200 y 1600 µg/h. Se recomienda comenzar con 200 o 400 µg/h y ajustar según respuesta analgésica.
- **Oxicodona**: *Oxycontin® retard* (comprimidos de 10,20, 40 y 80 mgr). Oxynorm® liberación rápida.

PRINCIPALES CUADROS CLINICOS SUBSIDIARIOS DE SER VALORADOS EN LA UNIDAD DEL DOLOR

1.- DOLOR CANCEROSO INCOERCIBLE:

- Metástasis óseas.
- Dolor visceral generalizado.
- Dolor incidental rebelde.
- Dolor neuropático.

2.- DOLOR NEUROPÁTICO:

- Neuralgias postherpéticas.
- Dolor por arrancamiento de plexos.
- Neuropatías diabéticas.
- Neuralgias faciales: trigémino, glosofaringeo,…
- Otras neuralgias: femorocutánea, de Arnold…
- Coccigodinias.
- Dolor postcirugía de columna: postlaminectomía, postartrodesis.
- Dolor regional complejo tipo 1 y 2 (antiguas distrofia simpático refleja y causalgia, respectivamente)

3.- TRASTORNOS VASCULARES:

- Isquemia arterial crónica de extremidades inferiores.
- Síndrome de Raynaud.

4.- DOLOR OSTEOMUSCULAR: (imprescindible diagnóstico y tratamiento previo antes de remitirlos)

- Dolor óseo degenerativo.
- Aplastamientos vertebrales.
- Lumbalgias rebeldes.
- Síndrome de dolor miofascial.

5.-OTROS PROCESOS:

- Dolor por pancreatitis crónica.
- Dolor en diferentes urgencias: fracturas costales, herpes zoster…
- Dolor con aplastamientos o quemaduras, congelaciones de las extremidades…

REMISION DE PACIENTES A LAS UNIDADES DEL DOLOR DEL CHUVI

1. CRITERIOS CLÍNICOS:

- Agotamiento del primer y segundo escalones analgésicos de la OMS en los casos que proceda, e inicio del tercer escalón.
- Pacientes con alergias a gran cantidad de fármacos, incluidos múltiples analgésicos.
- Pacientes con gran ingesta de analgésicos.
- Pacientes donde no esté aconsejado el empleo de analgésicos por las enfermedades concomitantes del mismo, con el objetivo de valorar otras alternativas antiálgicas.
- Antecedentes de toxicomanía con dolor intenso.

2. NORMAS DE REMISIÓN [1]:

- Seleccionar y priorizar los pacientes en función de los criterios clínicos
- En el informe clínico, que acompaña a la remisión del paciente, además de indicarse la causa primaria del dolor, una vez realizado el oportuno estudio por el médico del paciente., se harán constar los tratamientos analgésicos utilizados con anterioridad.
- Hay pacientes donde finalizó el estudio diagnóstico sin llegar a un diagnóstico concluyente, pero persiste el dolor incoercible, en cuyo caso son igualmente subsidiarios de una derivación para añadir un tratamiento analgésico acorde al dolor.
- En los casos más graves y urgentes puede utilizarse la vía telefónica para el adelanto de la cita.
- En la primera consulta debe acudir personalmente el enfermo.

---

[1] *Las Unidades del Dolor atienden pacientes con dolor crónico, con la programación de cita previa habitual en estos casos. Los cuadros de dolor agudo, no manejables en atención primaria, serán remitidos al servicio de urgencias del hospital*

INTERRELACIÓN ENTRE LOS PROFESIONALES DE ATENCIÓN PRIMARIA Y LAS UNIDADES DEL DOLOR

El especialista de la UD podrá asesorar y apoyar al médico de Primaria en el tratamiento analgésico, si bien el paciente seguirá la pauta en el domicilio, bajo la supervisión de su médico referente de Primaria.

La podemos fijar **en tres niveles**:

1º Realización conjunta de formas de actuación o protocolos:

- Criterios de remisión de A.Primaria a las U.Dolor.
- Algoritmo de decisiones en cuadros álgidos importantes (clínica, pruebas diagnósticas..).
- Manejo conjunto de opioides en pacientes con dolor difícil.

2º Creación de vías de conexión, a ser posible que sean rápidas, directas y personales (teléfono directo, e-mail…):

- En ocasiones puede bastar una consulta telefónica (Hospital Xeral 986 816000 y que le pasen con Unidad de Dolor, y Hospital Meixoeiro 986 811111 y que le pasen con unidad de Dolor) o un mail, sin necesidad de remitir al paciente, sobre todo, cuando ya se haya implantado el tratamiento analgésico previamente en la UD y el paciente o familiares tengan dificultad para asistir a la consulta del hospital.
- Los Centros de Salud dependientes de la Unidad de Dolor del Hospital Meixoeiro, pueden plantear sus dudas a la siguiente dirección de correo electrónico:http:// _CHV Mei Unidad Dolor. En el Hospital Xeral todavía no está disponible.
- Otras veces, el médico de AP solamente querrá remitir al paciente con la finalidad de consultar y asegurar la exactitud de un tratamiento analgésico pautado por él mismo con el objetivo de seguirlos a domicilio.

3º Docencia:

- Cursos de Formación en dolor.
- Reciclaje de profesionales de atención primaria en las UD.
- Rotación de MIR de Medicina de Familia en las UD.
- Realizar protocolos en dolor conjuntamente y a demanda del medico de AP.

ANEXO 1. Resumen fármacos y dosis.		
Escalón analgésico	**Fármaco**	**Dosificación**
Escalón I de la OMS	**Paracetamol**	Dosis adulto: 0,5-1 g/4-6 h v.o. (máx. 4 g/día) Dosis pediatría: 10-15 mg/kg/4-6 h v.o. (máx. 60-80 mg/kg/día)
	Ibuprofeno	Dosis adulto: 400-600 mg/4-6 h v.o. (máx. 2400 mg/día) Dosis pediatría: 5-10 mg/kg/4-6 h v.o. (máx. 40 mg/kg/día)
II Escalón OMS para el tratamiento del dolor: **Asociar a paracetamol o ibuprofeno**	**Codeína**	Dosis adulto: 30-60 mg/4-6 h v.o. (máx. 240 mg/día) Dosis pediatría: 0,5-1 mg/kg/4-6 h v.o.
	Tramadol	Dosis adulto: 50-100 mg/6-8 h v.o. (máx. 400 mg/día). Fórmula *retard*: 150-200 mg/12 h v.o.
III Escalón OMS para el tratamiento del dolor **Asociar a paracetamol o ibuprofeno**	**Morfina**	Dosis adulto: inicialmente, 5-10 mg/4 h v.o. ; fórmula *retard*: dosis cada 12 h v.o. en función del dolor (no tiene techo analgésico). Existe una forma *unicontinuous* que se dosifica cada 24 h. Dosis pediatría: 0,4-1,6 mg/kg/día v.o.
	Fentanilo	Dosis adulto: inicialmente, 25 µg/ h por vía transdérmica cada 3 días; dosis en función del dolor (no tiene techo analgésico). Dosis pediatría: no se han establecido la seguridad y la eficacia en niños. Uso no recomendado.
Medicación coadyuvante		
Dolor neuropático	**Amitriptilina**	Dosis adulto: 25-75 mg/24 h v.o.
Náusea y vómitos asociados al uso de morfina	**Metoclopramida**	Dosis adulto: 40-60 mg/día v.o (2-4 dosis) Dosis pediátrica: 0.3 -0.5 mg /kg/día v.o (2 -4 dosis)
	Haloperidol	Dosis adulto: 1-3 mg/día v.o.
Metástasis óseas	**Diclofenaco**	Dosis adulto: 50 mg/8 h v.o.
Hipertensión intracraneal; compresión medular	Asociar **dexametasona oral**	Dosis adulto: 2 mg/8-12 h