

INTERVENCIÓN E INDICACIÓN FARMACÉUTICA EN DOLOR LEVE-MODERADO

INTRODUCCIÓN

El dolor es tanto una sensación como una emoción. De hecho el dolor está definido como experiencia biopsico-social, constituye una vivencia sensorial y emocional desagradable asociada a una lesión tisular, real o potencial en los tejidos o descrita en términos de dicho daño. Para entender el dolor que sufre un paciente ha de tenerse en cuenta que es una experiencia subjetiva con importantes componentes afectivos, cognitivos y del comportamiento además de los mecanismos sensoriales propios de su expresión fisiológica. Este hecho debe reforzar la actuación profesional en cuanto a que el dolor es uno de los síntomas principales y una de las formas de manifestarse de las enfermedades.

La función de las estructuras que sustenta la sensibilidad dolorosa consiste en detectar, localizar e identificar los procesos que lesionan los tejidos. Como las distintas enfermedades producen patrones característicos de lesión tisular, la intensidad, la evolución en el tiempo y el sitio donde el paciente localiza el dolor, así como las zonas de hipersensibilidad al contacto y la presión constituyen orientaciones importantes sobre los problemas de salud que refiere el paciente y se utilizan también para evaluar los resultados del tratamiento.

OBJETIVOS TERAPÉUTICOS Y RESULTADOS ESPERADOS

El objetivo del tratamiento del dolor es aliviar el sufrimiento que este ocasiona. Existen complejas relaciones entre los **neurotransmisores** y la **variabilidad Interpersonal** y la modificación del dolor, de esta manera lo que se pretende modificar es la percepción y la reacción al dolor.

Se requieren múltiples modalidades para interrumpir la transmisión del dolor en diferentes niveles.

1. Disminuir la sensibilización periférica.
2. Disminuir la estimulación central.
3. Disminuir la amplificación asociada a la activación de los Receptores NMDA.

TRATAMIENTO DEL DOLOR LEVE A MODERADO

En general, el dolor puede tratarse farmacológicamente actuando las vías y en los diferentes mecanismos del dolor:

Mecanismos del dolor y tratamiento farmacológico

Disminución de la sensibilidad de los nociceptores	Analgésicos, antiinflamatorios y anestésicos locales
Interrupción de la conducción del dolor en los nervios sensibles	Anestésicos locales
Impedimento de la conmutación de los impulsos dolorosos de la médula espinal	Opioides
Inhibición de la percepción del dolor	Opioides, anestésicos
Influencia en el tratamiento del dolor	Co-analgésicos
Eliminación de las causas del dolor	Anestésicos (Terapia por bloqueos)

En general, el tratamiento del dolor se basa en la **Escala analgésica de la OMS** según se trate del dolor agudo ó crónico, y según aumente o disminuya la intensidad del dolor.

FARMACOTERAPIA EN EL DOLOR LEVE

**Analgésicos antiinflamatorios no esteroideos AINE.
Analgésicos antiinflamatorios no esteroideos AINE
+ Coadyuvantes (si es preciso).**

El dolor leve es primer escalón de la escala analgésica y los fármacos que se utilizan para aliviarlo son los AINE. Los AINE son uno de los grupos farmacológicos de mayor trascendencia clínica y social. Se trata de fármacos con actividad analgésica, antipirética y antiinflamatoria, y por ello, dada la prevalencia de cuadros susceptibles de ser tratados con los mismos, son uno de los grupos más utilizados en la práctica clínica. Hay numerosos AINE diferentes estructuralmente pero con actividad farmacológica semejante de tal manera que cada uno puede usarse para tratar el dolor leve a moderado con componente inflamatorio. Los AINE no están desprovistos de efectos adversos. Por esta elevada utilización –incluso como automedicación– se trata de uno de los grupos farmacológicos más frecuentemente implicados en la producción de reacciones adversas a medicamentos, sobre todo a nivel digestivo.

Todos los AINE se caracterizan por tener un efecto analgésico limitado por un techo terapéutico, a partir del cual sólo se incrementa su toxicidad. Tienen un valor relevante para el alivio sintomático de los pacientes y, en particular, de aquellos con procesos reumatológicos inflamatorios crónicos. El balance global entre los beneficios terapéuticos de los AINE y sus riesgos continúa siendo positivo, siempre y cuando se utilicen en las condiciones apropiadas. Los AINE se deben utilizar a las dosis efectivas más bajas posibles y durante el menor tiempo posible para controlar los síntomas de acuerdo con el objetivo terapéutico establecido.

La actividad analgésica de los AINE es de intensidad moderada a media, alcanzándose un techo analgésico claramente inferior al de los analgésicos opioides / opiáceos, pero frente a estos presentan la ventaja de no alterar la percepción, lo cual resulta en su conjunto una utilización clínica menos comprometida. Las diferencias en la actividad de los distintos AINE son mínimas, pero existe una gran variación en la tolerancia y respuesta de cada paciente. Aproximadamente el 60 % de los pacientes responde a cualquier AINE, y del 40 % restante, los que no responden a uno pueden hacerlo a otro.

FARMACOTERAPIA EN EL DOLOR MODERADO

**AINE + opioides/opiáceos menores
AINE + opioides/opiáceos menores + co-adyuvantes
(si es preciso)**

Se avanza al segundo escalón de la escala analgésica cuando el dolor no se alivia con AINE o cuando la intensidad del dolor es tal que se presupone que no responderá al AINE. Los fármacos que se incorporan en este escalón son los analgésicos opioides / opiáceos. Los autores que consideran dos subescalones dentro del segundo escalón de la OMS, indican que en el primero de ellos se encontraría la codeína que habitualmente se emplea unida al paracetamol, y en el segundo, se sitúan la dihidrocodeína y el tramadol que poseen un potencial analgésico mayor que la codeína. Suelen administrarse conjuntamente con AINE y de esta manera se consigue la potenciación del efecto.

El mecanismo de acción de los opiáceos consiste en que bloquean la transferencia de los impulsos a nivel de la médula espinal. A nivel cerebral debilitan la difusión de los impulsos, e inhiben la percepción del dolor.

En cuanto a los efectos, aparte de la sensación de alivio que conlleva a la desaparición del dolor fuerte se provoca placer y sensación de bienestar (**euforia**).

La respuesta de los pacientes a los opioides varía visiblemente de un paciente a otro. La codeína alivia el dolor moderado pero produce un estreñimiento excesivo si se utiliza de forma prolongada. El tramadol produce analgesia por otros mecanismos: un efecto opioideo y un refuerzo de las vías serotoninérgicas y adrenérgicas. Tiene menos efectos adversos característicos de los opioides menos depresión respiratoria, menos estreñimiento y menos capacidad adictiva.

CO-ANALGÉSICOS O COADYUVANTES

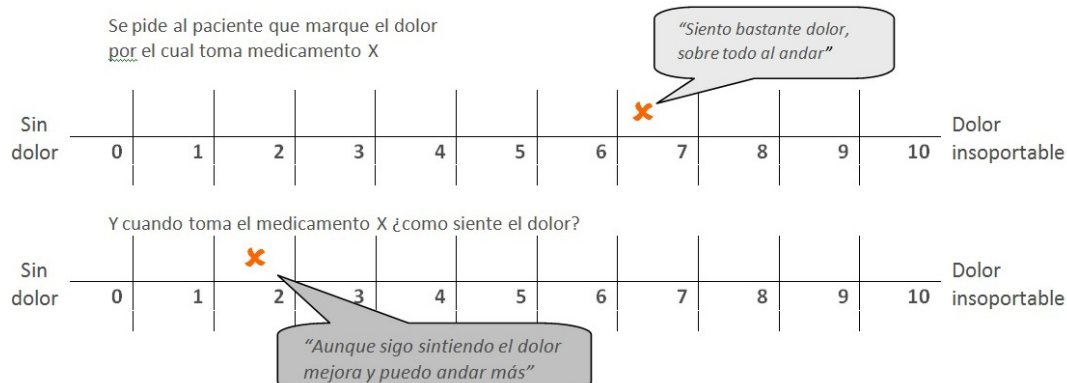
Su acción principal no es la analgesia, pero tienen actividad analgésica en determinadas condiciones ya que aumentan o modifican la acción de otro analgésico. Los medicamentos coanalgésicos son fármacos cuya acción principal no es la analgesia pero tienen una actividad analgésica en determinadas condiciones o síndromes dolorosos. Se administran junto con el analgésico para tratar el dolor refractario o para reducir dosis de opiáceos y, así, disminuir sus efectos secundarios. Los principales coadyuvantes de uso clínico son:

Coadyuvante	Uso clínico
Amitriptilina	Indicada en dolor neuropático constante, también en tenesmo rectal, o cuando hay insomnio o depresión asociados. Se inicia con 25 miligramos noche y se va aumentando la dosis cada 3-4 días hasta lograr efecto o aparecer intolerancia (dosis total en 1 a 3 tomas).
Baclofeno	Alternativa en el dolor neuropático lancinante y espasmos musculares. Se inicia con 5 miligramos cada 8 horas y se va subiendo la dosis progresivamente.
Benzodiazepinas	Específicamente la carbamazepina está indicada en dolor neuropático lancinante, con una dosis de inicio de 200 miligramos noche que se va aumentando semanalmente hasta efecto o intolerancia, repartido en 1 a 3 tomas. Otras benzodiazepinas como utilizan clonazepam, diazepam, alprazolam, están indicadas para cuadros que cursen con en ansiedad, insomnio y espasmos musculares.
Bifosfonatos	Utilizados en dolor óseo/metastásico refractario a otros tratamientos.
Butilescopolamina	Indicada para el alivio sintomático de trastornos gastrointestinales o genitourinarios caracterizados por espasmos de la musculatura lisa, cólico intestinal y secreciones respiratorias excesivas.
Gabapentina	Indicada en dolor neuropático lancinante con una dosis de inicio de 900 miligramos diarios (en 3 tomas) que se van aumentando.
Corticoides	Indicados en dolor óseo, neuropático (por compresión), o mixto (ej: compresión medular). De elección se utiliza la dexametasona pero se puede tener como alternativa la prednisona.
Neurolépticos	Indicados en tenesmo rectal (levopromacina), compresión gástrica (haloperidol), hipo (clorpromacina), vómitos (haloperidol), agitación, dolor neuropático.

EVALUACIÓN DE LA EFECTIVIDAD DEL TRATAMIENTO ANALGÉSICO

Esta escala visual analógica (EVA) es una herramienta que no sólo permite expresar en forma cuantitativa la magnitud del dolor que percibe el paciente y valorar sus preocupaciones acerca del dolor que padece., sino que permite medir la efectividad del tratamiento que utilice el paciente. A continuación se describe un ejemplo para la utilización de este tipo de escalas en la evaluación de la efectividad del tratamiento analgésico:

Esta valoración se debe hacer para cada tipo de dolor que refiera, por ejemplo, aplicar una determinación de la intensidad con una escala visual analógica para el dolor de cabeza y otra determinación para el dolor de espalda. Luego debe hacerse esta valoración por cada analgésico que tome el paciente, se debe establecer si hay una percepción de mejoría, empeoramiento o de ningún efecto analgésico para cada uno de los medicamentos que tome para cada dolor referido. Se deben comparar entre si para ver la efectividad del tratamiento analgésico de manera global.



La valoración del medicamento X ha sido de EVA: 2, lo cual supone que mejora la percepción del dolor en 5 unidades de EVA en el sentido de la efectividad.

CRITERIOS DE DERIVACIÓN DEL PACIENTE QUE SUFRE DOLOR

De manera general, el criterio fundamental de derivación al médico de familia o al médico especialista es la falta de efectividad o de seguridad de la farmacoterapia analgésica que tome el paciente.

Es importante derivar más pronto que tarde. Dado que el dolor es una manifestación de daño tisular que de no tratarse puede modificar la neurotransmisión y convertir un transtorno agudo en un trastorno crónico con más dificultad de ser revertido.

Ante cualquier derivación se debe tener datos concretos sobre la intensidad del dolor con y sin tratamiento analgésico. Deben tenerse en cuenta las demás necesidades farmacoterapéuticas y los factores biopsicosociales que afectan la adherencia al tratamiento.

Según la intensidad o duración del dolor debe derivarse al médico en los siguientes casos:

- Dolores con intensidad superior a 7 según EVA
- Si es tan intenso que no lo alivian los analgésicos que se pueden indicar sin receta médica.
- Si, con independencia de su intensidad, no mejora en 3 días o no desaparece en 7 días.

Los pacientes con dolor moderado deben recibir analgesia oral y la efectividad de la misma debe evaluarse 60 minutos después de la primera dosis. En este caso se debe derivar a:

- Todos los pacientes que refieran dolor moderado a intenso y que no tenga diagnóstico deben ser derivados a su médico de cabecera.
- Todos los pacientes con dolor moderado que no tengan controlado el dolor con los tratamientos prescritos o que estén empeorando.
- Todos los pacientes con dolor leve que se mantenga por más de 7 días e incluso que empeore.

En cuanto a los pacientes que solicitan indicación farmacéutica de algún analgésico y que deben ser derivados directamente al médico.

- Si es la primera vez que duele.
- Si las características del dolor o su localización son distintas de las de los episodios previos.
- Si es un dolor de repetición y no se ha confirmado el origen del mismo.

Respecto a la ineffectividad que se mantiene en el tiempo se debe derivar al médico

- Si se mantiene EVA=3-7 durante más de 7 días a pesar de tener tratamiento prescrito.
- Si evoluciona de dolor leve a moderado y se agotan los analgésicos OTC
- Si se mantiene EVA= 1-3 durante más de 7 días a pesar de tratamiento indicado.

Respecto a la inseguridad de los analgésicos se deriva cuando:

- El paciente es mayor de 65 años y no tiene gastroprotección.
- El paciente presente un factor de riesgo de complicaciones gastrointestinales.
- El paciente presente algún tipo de hemorragia.
- El paciente presente náuseas o vómitos relacionados con la toma del analgésico.
- El paciente desarrolle tolerancia rápidamente.
- El paciente tenga antecedentes de dependencia física o síndrome de abstinencia.
- El paciente presente estreñimiento que no se resuelve con medicamentos OTC.

Todas las actividades pueden conllevar a la derivación a otro profesional sanitario, al médico de familia o especialista principalmente pero también a otros profesionales como odontólogos, psicólogos, fisioterapeutas, podólogos, acupunturistas, dadas las variadas y beneficiosas posibilidades de abordajes multidisciplinares en el tratamiento del dolor que corresponden con su manejo como condición clínica biopsicosocial.

SEGUIMIENTO, VIGILANCIA Y ACOMPAÑAMIENTO AL PACIENTE

Desde el punto de vista del farmacéutico la actividad clínica central es el **seguimiento farmacoterapéutico**, y debe derivarse hacia la consulta individualizada aquellos pacientes de los que se necesite una evaluación más profunda de la farmacoterapia, en este caso la analgesia incorporada en el régimen global de la medicación del paciente. A partir de la comprensión del por qué del tratamiento prescrito, de cómo usa la medicación y de incorporar los aspectos biopsicosociales que le inducen a tomar o no más o menos medicamentos, ha de evaluarse la efectividad, la seguridad y la adherencia al tratamiento que usa. El interés es conseguir efectividad y controlar permanentemente los riesgos. La farmacoterapia analgésica debe formar parte de los planes de cuidado del paciente. Debe tenerse el conocimiento de cuáles son los posibles analgésicos que más se ajustan a las necesidades el paciente dado que el dolor siempre puede aparecer.

La **indicación farmacéutica** de analgésicos para el dolor leve-moderado es una actividad frecuente y por la que los pacientes demandan ayuda del farmacéutico. Esta actividad también abre la puerta al ciclo de actuaciones clínicas del farmacéutico y le permite resolver síntomas molestos para el paciente. La indicación farmacéutica va de la mano con las decisiones de autocuidado toman los pacientes respecto a su salud. De hecho, a través de la indicación farmacéutica refuerzan su conducta a través de la orientación que reciben y el farmacéutico tiene la oportunidad de asesorarle objetivamente. De la misma manera que la dispensación puede ser otro punto de partida para iniciar o continuar el seguimiento farmacoterapéutico. Incluso la monitorización de la efectividad y la seguridad de los analgésicos indicados por el farmacéutico se puede incorporar al control de otros indicadores riesgo en el mismo paciente.

PRINCIPIOS ACTIVOS MAS UTILIZADOS EN DOLOR LEVE A MODERADO

GRUPO TERAPEUTICO	PRINCIPIO ACTIVO	POSOLOGIA	PRECAUCION	CONTRAINDICACION
ANALGESICOS: Alivio de la fiebre y dolor de leve a moderado	PARACETAMOL: 1ª ELECCIÓN	Niños: 60mg/Kg en 4-6 tomas diarias. Según peso y medir con dispositivos calibrados. Tomar sin alimentos Dosis adulto, adolescentes peso > 50Kg. Adultos siempre la menor dosis efectiva: 500-650mg, D. Máxima 4gr/Día. En pacientes geriátricos se recomienda reducir la dosis un 25%. Alcohólicos crónicos no superar los 2grs/Día	Evitar tratamientos prolongados en anemia, afecciones cardíacas, pulmonares o disfunción renal y en Asmáticos Alcohólicos crónicos puede aumentar el riesgo de daño hepático En embarazo y lactancia de forma ocasional y valorando beneficio/riesgo ¡ojo! En polimedicados Alteraciones analíticas: Ac. Úrico y glucosa >. Aceptado en embarazo y lactancia	Hipersensibilidad al paracetamol Daño hepático preexistente, hepatitis viral
AINE	IBUPROFENO: Existen muchas presentaciones, elegir la más adecuada a la edad y perfil: comp. Sobres, stick...	Niños: 20-40mg/Kg día, en 3 o 4 dosis, en intervalos nunca inferiores a 4 horas Adultos siempre la menor dosis efectiva: 400-600mg, espaciadas cada 6h, Dosis Máxima 2.400mg/Día en dolor	ALERTA: dosis altas, tratamientos prolongados, aumento de riesgo cardiovascular En embarazo y lactancia solo bajo prescripción médica, solo si no son posibles otras alternativas analgésicas ¡ojo! En Polimedicados	Hipersensibilidad al ibuprofeno, en insuficiencia hepática grave o renal, en insuficiencia cardíaca En antecedentes de hemorragia gastrointestinal, ulcera gástrica o duodenal activa
	METAMIZOL Dolor agudo, fiebre alta, dolor postoperatorio, dolor dental	dosis más baja que controle el dolor y la fiebre. Adultos y > 15 años (>53 kg), Pueden tomar 575 mg de metamizol, hasta 6 veces al día, en intervalos de 4 a 6 h., D. Máxima diaria de 3.450 mg.	En I. Renal y mayores debe ajustarse la dosis al perfil del paciente. Reacciones hematológicas graves (como agranulocitosis o pancitopenia < de hematíes, leucocitos, plaquetas). Pacientes con asma o atopia. Pacientes con hipotensión o HTA puede agravarla. Pacientes en riesgo de hemorragia gastrointestinal. En embarazo y lactancia solo bajo criterio médico, riesgo alto 3º Trimestre. ¡ojo! Polimedicados	Hipersensibilidad a Metamizol u otras pirazonas. Pacientes con porfiria hepática. Pacientes con riesgo de hemólisis. Pacientes con alteraciones de la función de la médula ósea (p. ej. En Tto. Con citostáticos o enfermedades del sistema hematopoyético). Pacientes con historial de alergias a múltiples medicamentos

AINE	AAS: Alivio de la fiebre, inflamación y dolor leve o moderado.	No utilizar en <16 años No más de 3grs/día. Siempre la dosis mínima eficaz. Tomarlo siempre con las comidas.	El consumo con alcohol puede desencadenar hemorragias gástricas. Evitar en asmáticos, urticaria y rinitis Evitar si el paciente tiene una intervención quirúrgica o dental programada Evitar asociar con corticoides, anticoagulantes o antiagregantes plaquetarios, por aumento	Hipersensibilidad al AAS En < 16 años se asocia al síndrome de Reye, poco frecuente pero grave No deben utilizarlo pacientes con antecedentes de úlcera gástrica o duodenal, problemas de coagulación o insuficiencia renal, hepática o cardíaca
	NAPROXENO Dolor leve o moderado, dismenorrea, artritis, artrosis, episodios agudos de gota, dismenorrea, migraña	550 mg y 1.100 mg. No se recomienda el uso de este medicamento en niños menores de 16 años	La dosis debe reducirse en pacientes de edad avanzada y en pacientes con insuficiencia hepática o renal leve o moderada, administrando la dosis mínima eficaz que cada paciente precise. Riesgos de reacciones cutáneas graves. Precaución especial en Ttos. Que potencien el riesgo de hemorragia gastrointestinal. Pacientes con insuficiencia cardíaca, edema, HTA. Riesgos de reacciones cutáneas graves. Riesgo de alteraciones renales: nefritis, hematuria, proteinuria. Riesgo alteración de parámetros hepáticos. Estrecha vigilancia en pacientes con alteración de la coagulación. En embarazo y lactancia solo bajo criterio médico, riesgo alto 3º Trimestre. ¡ojo ¡POLIMEDICADOS	Hipersensibilidad al naproxeno. Posibles reacciones de hipersensibilidad cruzada, en pacientes con reacciones alérgicas graves como asma, rinitis o pólipos nasales con AAS u otros AINE Antecedentes de hemorragia gastrointestinal o Úlcera péptica. En pacientes con insuficiencia cardíaca grave.
	DEXKETOPRIFENO Dolor moderado osteomuscular, dental, dismenorrea	Adultos: 12,5 mg cada 4 -6 horas o de 25 mg cada 8 horas. La D. Máxima/Día 75 mg. Se debe utilizar siempre la dosis mínima eficaz y el menor tiempo para controlar los síntomas, no en niños ni adolescentes. Pacientes de edad avanzada se recomienda iniciar la terapia a la dosis más baja (dosis diaria total 50 mg).	Como el resto de AINE... ¡ojo ¡POLIMEDICADOS	Hipersensibilidad al Dextetoprofeno, y las mismas contraindicaciones que el resto de AINE. Pacientes con reacciones de fotoalergia o fototoxicidad. Dextetoprofeno está contraindicado durante el tercer trimestre del embarazo y la lactancia

AINE	DICLOFENACO Artritis reumatoide, espondilitis anquilosante, artrosis, Reumatismo extraarticular, Tratamiento sintomático del ataque agudo de gota, Tratamiento sintomático de la dismenorrea primaria. Tratamiento de inflamaciones y tumefacciones postraumática	En casos leves, 75-100 mg al día. La D. máxima 100-150 mg/Día, En 2-3 tomas diarias. No se recomienda su uso en niños ni adolescentes menores de 14 años. Pacientes de edad avanzada > 65 años, sin patología, no es necesario ajustar dosis, SIEMPRE LA MENOR EFECTIVA	Como el resto de AINE... ¡OJO! polimedificados	hipersensibilidad al diclofenaco. Pacientes con enfermedad de Crohn activa. Con colitis ulcerosa activa. Con insuficiencia hepática grave. Pacientes con insuficiencia renal grave. Pacientes con desórdenes de la coagulación
	INDOMETACINA Ídem Diclofenaco	Adultos y > 14 años: 25-50mg. D. Máxima 200mg/Día No en niños >65 años ajustar dosis según aclaramiento renal	Lo mismo que el resto de AINE	Hipersensibilidad a la Indometacina Ídem resto AINE
OPIOIDES MENORES	TRAMADOL: Dolor de moderado a grave, agudo o crónico, como el dolor quirúrgico u oncológico	Adultos y > 12 años: 50-100mg/6H. D. Máxima 400mg En niños de 12-14 años la dosis mínima eficaz >65 años sin patología no es necesario ajustar la dosis	En pacientes con tratamientos sedantes, hipnóticos..., por potenciación de acción, entre ellos y aumento del riesgo de depresión respiratoria. Especial vigilancia en I. Renal y/o I. Hepática, los síntomas de intoxicación son: somnolencia, confusión, pupilas contraídas, respiración superficial, falta de apetito, náuseas, vómitos... ¡OJO! Polimedificados Embarazo y Lactancia no deben utilizar Tramadol Puede alterar la capacidad mental y/o física para conducir. RA Muy frecuente: mareos, precauciones mayores con movilidad reducida	Hipersensibilidad al Tramadol Pacientes con IMAO, mínimo 14 días después de su retirada. Asociado a otros medicamentos con acción en el SNC, especial vigilancia. No alcohol. Pacientes con epilepsia no controlada. No recomendado en las fases previas a anestesia general. NO SUPRIME EL SÍNDROME DE ABSTINENCIA DE OPIACEOS
	CODEINA: Coadyuvante del efecto analgésico. Son muchos los posibles coadyuvantes del dolor: antidepresivos, ansiolíticos..., no se incluyen por su extensión	Adultos y >15 años: 30-60mg 13-14 años > 43 Kg D. Máxima 40mg/Día. Si se utiliza solo la D. Máxima 240mg/Día	En I. Renal y/o I. Hepática ajustar la dosis, si va en asociación con Paracetamol la dosis máxima de este es de 2g/Día. Los síntomas de toxicidad son los descritos para Tramadol y las precauciones también. No recomendado en Embarazo y Lactancia. RA Muy Frecuentes igual a Tramadol	Hipersensibilidad a Codeína Las mismas del Tramadol

ANTIINFLAMATORIOS TOPICOS: Dolor osteomuscular localizado, artrosis (rodilla y mano). En gel, crema o spray y parche. Constituyen una excelente opción para este tipo de dolor	DICLOFENACO IBUPROFENO KETOPROFENO	En tratamientos de 6-12 semanas los estudios evidencian una efectividad clara, en dolor leve a moderado en articulaciones (Estudio Cochrane 2012). El más estudiado es el Diclofenaco en aplicación tópica	Reacciones locales, irritación, sequedad de piel, prurito. No aplicar en áreas extensas. No requieren ajustes de dosis en pacientes de edad avanzada, tan solo precaución en los anticoagulados por si hay modificación del INR.	Hipersensibilidad a alguno de ellos o a los excipientes de las diferentes formas farmacéuticas
ACCION ANTIINFLAMATORIA DEL CALOR	NICOTINATO DE METILO SALICILATO DE METILO	Son una opción de analgesia localizada, siempre probar si la piel tolera el efecto rubefaciente de estos principios activos con una pequeña cantidad, pueden producir eritema, escozor. En dolores musculares y articulares. No utilizar en pacientes con problemas circulatorios, por ejemplo, Edemas o Insuficiencia venosa, si se va a utilizar en los tobillos, precaución en Diabéticos. Hipersensibilidad a algunos de estos PA, NO EN ANTICUAGULADOS		
	CALOR SECO: Parches de calor Dispositivos eléctricos con diferentes formatos	En dolor osteomuscular con contractura muscular, dolor menstrual, artritis crónica No se debe utilizar en personas con problemas circulatorios (edemas) o fiebre, precaución en diabéticos, por la posible menor sensibilidad de la piel al calor		
ACCION ANALGESICA DEL FRIO	BOLSAS DE GEL FRIO - Instantáneas - Reutilizables	Luxaciones, torceduras, hematomas, golpes, dolor de cabeza, muy adecuadas en deportistas, dolor de cabeza por sinusitis, cefaleas o jaquecas, quemaduras y picaduras de insectos. Para conseguir la máxima eficacia analgésica es imprescindible aplicar el frío en los primeros minutos después de la lesión, posteriormente se debe aplicar frío en periodos de 20 minutos, dejando descansar otros 20 la zona tratada.		

Bibliografía:

- Webber K, Davies AN. Validity of the memorial symptom assessment scale-short form psychological subscales in advanced cancer patients. J Pain Symptom Manage. 2011;42(5):761-7.
- DiPiro J, Talbert R, Yee G, Matzke B, Posey LM. Pharmacotherapy: A Pathophysiologic Approach, 6th Edition. New York: McGraw-Hill Companies, Inc.; 2005.
- Nghiem HT. Primary Care Management of Nonmalignant Pain Reviewed. Am Fam Physician. 2008; 78: 1155-1162.
- Silva-Castro MM, Machuca M. Dolor leve - moderado. Guía de intervención farmacéutica y medidas preventivas. The Pharmaceutical Letter 2009; 5: 33-48.
- Percepción farmacéutica del uso de analgésicos y su práctica en el dolor leve-moderado. Aten Primaria 2016;48(6): 366-373.

Edita: **DICAF, SL**
C/Rabassa, 41 - 08024 BARCELONA

ISSN: 1575-3611 -- NIF: B61640439
Depósito legal: GI-557/1999

Comité de redacción de The Pharmaceutical Letter: <http://www.dicaf.es/comite.php>
Información y suscripciones:
DICAF, SL - C/Rabassa, 41 - 08024 BARCELONA
Tel. 932.113.093 - e-mail: dicaf@dicaf.es - WEB: <http://www.dicaf.es>



www.dicaf.es