

NORMAS DE EDICIÓN MANUAL

1. ORIGINALES

- Los originales se enviarán en **formato digital**.
- Cada **capítulo** se entregará en una carpeta identificada con el número de capítulo. La carpeta de cada capítulo incluirá:
 - Un archivo (Word 6.0 o superior) para el **texto**. Todos los capítulos comenzarán con el número de capítulo, el título, y el nombre completo del autor. Este archivo no puede incluir tablas ni figuras.
 - Una carpeta para las **tablas**, en el que cada tabla irá identificada con dos números separados por un punto, el del capítulo y el correspondiente al orden dentro del capítulo (por ej., las del cap. 1 se nombrarán así: *Tabla 1.1, Tabla 1.2, Tabla 1.3*, etc.).
 - Una carpeta para los **cuadros**, en el que cada cuadro irá identificado con dos números separados por un punto, el del capítulo y el correspondiente al orden dentro del capítulo (por ej., los del cap. 1 se nombrarán así: *Cuadro 1.1, Cuadro 1.2*, etc.).
 - Una carpeta para las **figuras**, en el que cada figura irá identificada con dos números separados por un punto, el del capítulo y el correspondiente al orden dentro del capítulo (por ej., las del cap. 1 se nombrarán así: *Figura 1.1, Figura 1.2, Figura 1.3*, etc.).
 - Un archivo para los **pies de figuras**, en el que cada pie irá identificado por el número de figura.
- **Lista de autores** completa con sus filiaciones. Los nombres de los autores estarán completos, y las filiaciones, unificadas: contarán con el mismo tipo de contenido y tendrán la misma estructura.

2. ESTRUCTURA DE LOS CAPÍTULOS

- Los apartados o epígrafes de un capítulo se identificarán con la **numeración jerárquica** ejemplificada a continuación. Si los originales no siguen esta estructura, serán devueltos al director de la obra para que jerarquice convenientemente los apartados.
 1. 2.1. 2.2.1. 2.2.2.1.
 2. 2.2. 2.2.2. 2.2.2.2.
- Es muy importante que se mantenga la unidad en todos los capítulos por lo que se refiere a los **elementos comunes** que se repiten en ellos, como objetivos de aprendizaje, introducción, conclusiones, bibliografía, etc. Ver cuadro ej más arriba; esto es: si se ha decidido que todos los capítulos comiencen con una introducción, no puede haber algún capítulo que no la incluya.

3. TABLAS Y CUADROS

- Una **tabla** se considera como tal si incluye al menos **dos columnas o dos filas**. Los **cuadros** son **listados de ítems** (tablas solo de una columna y una fila).
- Todas las tablas y todos los cuadros tendrán su **llamada** correspondiente dentro del texto, que determinará su ubicación dentro del capítulo.
- Cada tabla y cada cuadro llevarán un **título**.
- Las **abreviaturas** que aparezcan en las tablas y en los cuadros deberán desarrollarse a los pies de éstas.

4. FIGURAS

- Todas las figuras tendrán su **llamada** correspondiente dentro del texto, que determinará su ubicación dentro del capítulo.
- **Será figura todo lo que no sea ni texto ni tabla**: algoritmos, gráficos, dibujos, fotografías, radiografías, etc.
 - Todas las figuras serán **propiedad** del autor o contarán con el **permiso** correspondiente para su reproducción. Es responsabilidad del AUTOR de la obra solicitar y conservar estos permisos.
- Las figuras seguirán las **especificaciones técnicas** del anexo 1; en caso contrario, no podrán formar parte del libro impreso.

5. BIBLIOGRAFÍA

- Todos los autores de una obra optarán conjuntamente por uno solo de los siguientes formatos.
- **Con llamadas** dentro del texto y con las referencias bibliográficas ordenadas numéricamente al final del capítulo. Las llamadas consistirán en números consecutivos entre paréntesis.
- Estas referencias, si aparecen escritas con las normas Vancouver aparecerán al final del manual. El comité Editorial propone que al lado de cada sentencia se coloque el número PMID de la Librería Pubmed tal y como aparece en el cuadro explicativo.
- Las referencias bibliográficas estarán completas y seguirán el **Sistema Vancouver** (v. anexo 2). Es responsabilidad del autor la obra que las bibliografías sigan el Sistema Vancouver.

6. MISCELÁNEA

- **Fármacos:** se emplearán siempre nombres genéricos o químicos y nunca nombres comerciales. En caso de urgencias o de tratamiento muy prácticas podrán, excepcionalmente, utilizarse nombres comerciales.
 - **Unidades:** se preferirá utilizar las unidades clásicas y, a continuación y entre paréntesis, las internacionales; por. ej., *90 mg/100 ml* (*5mmol/L*). En el caso de optar solo por unas de ellas, en toda la obra se utilizará siempre las mismas.
 - **Puntuación de cifras:** las unidades de millar se separan con un punto (*2.450*). Los decimales se separan con una coma (*2,45*).
 - **Siglas:** la primera vez que se utilice una sigla en un capítulo, aparecerá la palabra completa y, entre paréntesis, la sigla correspondiente. Posteriormente, se utilizará exclusivamente la sigla. Por ej., *infarto agudo de miocardio (IAM). El tratamiento del IAM...*
 - **Cursiva:** el empleo de la cursiva se limitará a los textos en latín u otros idiomas, los nombres de microorganismos, los títulos de otras obras literarias y aquellas palabras que deseen destacarse.
 - **Negrita:** debe evitarse el empleo de la negrita. Excepcionalmente, se utilizará para la enfatización de algún concepto.

ANEXO 1. Especificaciones técnicas de las figuras

- **Formatos:** las figuras se entregarán siempre en el formato original:
 - Las **imágenes** (fotografías, dibujos, radiografías, etc.) se entregarán en formato .tiff (preferible) o .jpg sin comprimir.
 - Los **algoritmos y los esquemas creados en Word/Power Point** se entregarán en Word/Power Point. Si la figura contiene una imagen, esta se entregará, además, por separado según las indicaciones para las imágenes (v. siguiente punto).
- **Creación de leyendas en imágenes:** partiendo de una imagen en .tiff/.jpg, se insertará la imagen en un documento de Word/Power Point, y en este, se escribirán las leyendas. Para estas figuras se entregarán dos archivos: la imagen original (.tiff o .jpg) y el documento de Word/Power Point con la imagen y las leyendas.
- **Resolución:** la resolución mínima necesaria de impresión es de 300 d.p.i.
- **Tamaño:** el tamaño mínimo será de 13 cm de ancho para las imágenes apaisadas y de 13 cm de alto para las imágenes verticales.

ANEXO 2. Sistema Vancouver para bibliografías

- **Revistas**
 - **Autor.** Se relacionan todos los autores si son seis o menos; si son más de seis, se relacionan los seis primeros seguidos de *et al*. En el nombre de los autores, se escribe primero el apellido (la primera inicial con mayúscula) seguido de la(s) inicial(es) del nombre también con mayúscula sin separaciones de comas entre apellidos y nombre. Los distintos autores se separan con una coma; al final del último, se pone punto.
 - **Título del artículo.** Con punto al final.
 - **Título de la revista.** Según las abreviaturas usuales de revistas biomédicas, a partir del *Index Medicus*, seguido del año de publicación y punto y coma.
 - **Número de la revista** seguido de la **parte o suplemento**, si procede, entre paréntesis, y seguido de dos puntos. A continuación: la **página de comienzo** del artículo en la revista y la **página final** del artículo separadas por un guión.
 - **Ejemplo.** Cosio G, Dedmak DD, Henry ML, Al-Haddad C, Falkenhain ME, Elkaammas EA et al. The high prevalence of severe early posttransplant renal allograft pathology in hepatitis C positive recipients. *Transplantation* 1996; 62 (8): 1054-59.
- **Libros y monografías**

- • **Autor.** Se relacionan todos los autores si son seis o menos; si son más de seis, se relacionan los seis primeros seguidos de *et al.*
En el nombre de los autores, se escribe primero el apellido (la primera inicial con mayúscula) seguido de la(s) inicial(es) del nombre también con mayúscula sin separaciones de comas entre apellidos y nombre. Los distintos autores se separan con una coma; al final del último, se pone punto.
- • **Título del libro.** Con coma al final.
- • **Edición** seguida de la **ciudad** donde se ha publicado la obra con una coma al final, y el nombre de la **editorial** detrás (sin ningún tipo de partícula antes del nombre como *Ed., Editorial, etc.*), seguido de una coma y el **año** de edición, más punto.
- • **Ejemplo.** Roitt I, Brostoff J, Male D. *Inmunología*, 5.a ed. Madrid, Harcourt, 2000.
- • **Capítulos dentro de un libro**
 - • **Autor.** Se relacionan todos los autores si son seis o menos; si son más de seis, se relacionan los seis primeros seguidos de *et al.*
En el nombre de los autores, se escribe primero el apellido (la primera inicial con mayúscula) seguido de la(s) inicial(es) del nombre también con mayúscula sin separaciones de comas entre apellidos y nombre. Los distintos autores se separan con una coma; al final del último, se pone punto.
 - • Seguido del **título del capítulo** más punto.
 - • A continuación, la preposición “En”, dos puntos y el nombre del **autor**, o los autores del libro y el **título del libro** seguido de punto.
 - • A continuación se escribe la **ciudad** donde se ha publicado la obra seguida de una coma, y el nombre de la **editorial** detrás (sin ningún tipo de partícula antes del nombre como *Ed., Editorial, etc.*), seguido de una coma y el **año** de edición, más punto y coma.
 - • Para terminar, las **páginas** que ocupa el capítulo en el libro (igual referenciadas que en el caso de los artículos).
 - • **Ejemplo.** Durham S, Church M. Principios del Diagnóstico de las enfermedades alérgicas.
En: Holgate S, Church M, Lichtens-tein L. *Alergia*, 2.a ed. Madrid, Harcourt, 2002; 3-16.

ELEMENTOS COMUNES DE LOS CAPITULOS (serán completados si el autor o coautores deciden que aparezca en el capítulo)

# CAPITULO, TITULO:						
	DATOS X	DATOS Y	COMENTARIOS	NIVEL DE EVIDENCIA	Grado de Recomendación	REFERENCIA PMID
Incidencia						
Etiología						
Screening						
Diagnóstico con técnicas de imagen no invasivas						
Diagnóstico con técnicas de imagen invasivas						
TRATAMIENTO por Estadios						
TRATAMIENTO QUIRÚRGICO						
TIPOS DE CIRUGIA						
TRATAMIENTO NO QUIRÚRGICO						
NEOADYUVANTE						
ADYUVANTE						
RADIOTERAPIA						
CONCOMITANTES						
METASTASICO						

Se trata de un manual de bolsillo en el que se pretende la concreción e los capítulos similar al manual Sandorf (manual chino) por favor intentar reducir a lo esencial la materia a tratar. Ver ejemplo de manual STOP en página siguiente.

<http://www.manualesonline.org/Manual-STOP.htm>

EL DOLOR ONCOLÓGICO

José Manuel Cervera Grau, Servicio de Oncología Médica, ITIC, Hospital Clínica Benidorm
 Juan Manuel Campos Cervera, Servicio de Oncología Médica, Hospital Arau de Vilanova
 José Ponce Lorenzo, Unidad de Oncología Médica, Hospital Virgen de los Lirios
 Mónica Gonzalo Arroyo, Unidad de Hospitalización a Domicilio, Hospital Marina Baixa
 M^a Belén González Gragera, Servicio de Oncología Médica, Fundación Hospital Son Llatzer

DOLOR NEUROPÁTICO

		Evidencia
		Nivel Grado Referencias
Tratamiento farmacológico		
AMITRIPTILINA	2-10 mg/3-4 veces/día. NNT IC(95%) 2.4 [1.6-4.8] y como tratamiento del dolor neuropático inducido por radioterapia y cirugía. Amitriptilina alivio moderado subjetivo del dolor neuropático en 2/3 de los pacientes provocando en 1/5 efectos adversos	16213659
OXICODONA	20-80mg/día. NNT IC(95%) 2.6 [1.7-5.1]	16213659
TRAMADOL	200-400mg/día. IC(95%) 3.1 [2.1-6.3]	16213659
GABAPENTINA	300-1200mg/día. Gabapentina Pregabalina (Lyrica) NNT IC(95%) 4 [2.5-9.6]	16213659
LIDOCAINA	Tópica. Tópica en pacientes con alodinia (dolor producido por un estímulo que normalmente no produce dolor)	16213659
MORFINA	70-300mg/vo/día. De liberación prolongada en el caso de dolor neuropático por miembro fantasma NNT IC(95%) 3.0 [1.5-73.8]	11166969
OXICODONA	37-60 mg/día, rango [10-99mg/día]. En el dolor polineuropático se ha objetivado con Nivel de Evidencia A, Clase I	7999406
NAPROXENO	500mg/vo/8h. vs Morfina 30mg/vo 12h	7999406
KETOROLACO	Ketorolaco 10mg/vo/6h. vs pentazocina 50mg/vo/6h	2227077
LIDOCAINA	Lidocaina o mexiletina iv. = a carbamacepina, amantadina, gabapentina o morfina para el dolor neuropático	16301253
CARBAMAZEPINA	. Eficaz en neuralgia del trigémino (Número de pacientes Necesario Tratar, NNT: 1.8, IC95%: 1.4-2.8), neuropatía diabética (NNT: 2.3, 1.6-3.8). Efectos secundarios menores frecuentes (NNT: 3.7 IC95%: 2.4-7.8), pero graves no	20091515
TRAMADOL	de 100 a 400 mg. No evidencias que indiquen si es superior o inferior a morfina . El número de pacientes necesario a tratar con tramadol en comparación con placebo para alcanzar al menos un 50% de alivio del dolor es de 3,8 (intervalo de confianza	16856016
Estrategia terapéutica		
Bloqueo simpático con anestésico local	no es efectivo para controlar el dolor de la distrofia simpática refleja (DSR) y la causalgia, actualmente consideradas como variantes de una única entidad: el síndrome de dolor regional complejo (SDRC). RR 1,17 (IC del 95%: 0,80 a 1,72) .	16213659
Simpatectomía química con fenol	no datos suficientes	
Simpatectomía mecánica con laser	no datos suficientes	
La Simpatectomía mecánica por interrupción estereotáctica térmica (radiofrecuencia)	ES INFERIOR A simpatectomía con fenol (sólo una técnica modificada es igual a fenol al 6%)	17636781
Inhibidores de la recaptación de la	No tienen evidencia suficiente	16437482

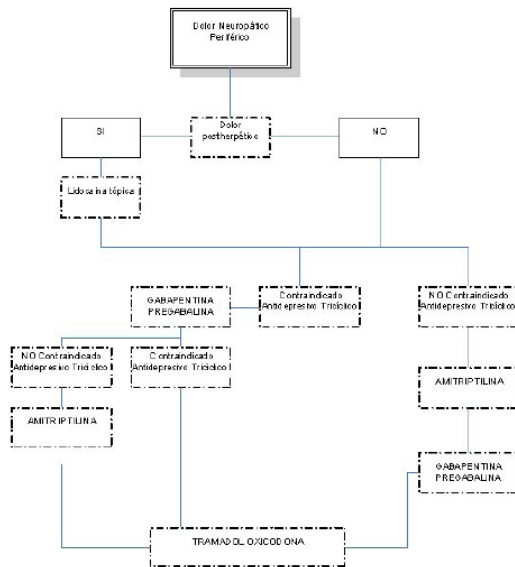


Figura 4. Algoritmo para el tratamiento del dolor neuropático periférico

DOLOR SOMÁTICO

Es un dolor sordo, continuo y bien localizado, por ejemplo un dolor de hueso. Puede ser superficial o profundo, agudo o crónico, éste último más habitual. Se irradia siguiendo la distribución de nervios somáticos. No suele asociarse a otros síntomas.

Evidencia
 Nivel Grado Referencias

Síntomas

Dolor -

Etiología

Infiltración tumoral directa

Invasión de estructuras óseas, articulares, miofasciales, cutáneas, etc (es el dolor somático más típico).

Tratamiento oncológico

Radioterapia, cirugía o quimioterapia

Procedimientos diagnósticos

(punción lumbar, toracocentesis,... etc); en estos casos suele tener componente mixto (componentes visceral y/o neuropático añadidos) ej: mucositis orofaríngea, artralgias

Tratamiento farmacológico

PARACETAMOL	500-1000mg/vo ó iv/ 4-6h. 1º ESCALON DE LA OMS Dosis máxima diaria 4000 mg. En combinación con codeína 60mg/vo 2º elección para control del dolor a medio plazo con el 1º y 2º escalón	II B	2196536
METAMIZOL	500-2000mg/vo, i.v, i.m,rectal/6-8h. 1º ESCALON DE LA OMS Dosis máxima diaria		
ACETILSALICILICO,ACIDO	500-1000mg/vo 4-6h. 1º ESCALON DE LA OMS Dosis máxima diaria 4000 mg		5573227
IBUPROFENO	200-600mg/vo/4-6h. 1º ESCALON DE LA OMS Dosis máxima diaria 2400 mg	II B	47281
KETOPROFENO	25-75mg/vo/4-8h. Ketoprofeno 400mg/iv/d.u. 1º ESCALON DE LA OMS Dosis máxima diaria 300 mg, ketoprofeno 300mg/vo /dosis única es más efectivo que placebo y Ketoprofeno 400mg/iv/d.u mas efectivo que otras dosis menores	I A	15654708
NAPROXENO	250-500mg/vo, rectal/4-8h. 1º ESCALON DE LA OMS Dosis máxima diaria 1500 mg. Más efectivo a mas dosis	II B	3226754
INDOMETACINA	25-50mg/vo,rectal/8-12h. 1º ESCALON DE LA OMS Dosis máxima diaria 100mg		
KETOROLACO	10-30mg/vo/6h. 10mg/im/d.u./30mg/ia rectal d.u.. 1º ESCALON DE LA OMS Dosis máxima diaria 40 mg, Ketorolaco 10mg/im/du igual de efectivo que Ketorolaco 30mg/im/du igual de efectivo que Diclofenaco 75mg/im/du. 30 mg/ia rectal más efectivo del 1º escalón por esta vía. Incrementos en d.u. no más efectivo	I B	9620101
CODEINA	30mg/vo/4-6h. 2º ESCALON DE LA OMS Dosis máxima diaria 60 mg/4h		
DIHIDROCODEINA	60mg/vo/12h. 2º ESCALON DE LA OMS Dosis máxima diaria 120 mg/12h		
TRAMADOL	50-100 mg/6-8h vo,sc,iv. 2º ESCALON DE LA OMS Dosis máxima diaria 400 mg/día. La dosis i.v es aprox el 50% de la dosis vo. En preparados de liberación sostenida 50-75-100-150-200 mg/12h. En preparados de liberación retardada 150, 300, 400		
DEXTROPROPOXIFENO	90-120 mg/8-6h vo. 2º ESCALON DE LA OMS		
MORFINA	liberación inmediata 10mg/sc/4h. 3º ESCALON DE LA OMS. Ampollas de clorhidrato de morfina o cloruro mórfico, de 1 o 2 ml al 1 y 2% respectivamente. Pueden utilizarse via oral pero habitualmente se administra por vía subcutánea (mal sabor vo)		
MORFINA	liberación inmediata 10-20mg/vo/4h. 3º ESCALON DE LA OMS Sulfato de morfina oral al 2 y 6% en ampollas ó viales unidosis bebibles (Oramorph, en solución concentrada 2 mg/ml, env 100 ml y 20 mg/ml, env con 20 ml y viales unidosis 2	I A	19445735
MORFINA	liberación retardada/vo/12h. Dosis titulada médico. 3º ESCALON DE LA OMS comprimidos (MST continus R, MST unicontinus R, Oglros retard R) Cps desde 5 a 200 mg, cápsulas (Skenan R) desde 10 a 200 mg. Posibilidad de apertura y administrar los microgránulos internos mezclados con comida, sondas nasogástrica o		
FENTANILO, TRANSDERMICO	Dosis titula el por médico /transcutáneo/72h. 3º ESCALON DE LA OMS alcanza dosis a las 12-24h, tras su retirada permanece el 50% de la dosis a las 17h. No aplicar en zonas pilosas	I A	16437482
FENTANILO	Dosis titulada por médico. Ver otras intervencions. 3º ESCALON DE LA OMS. Se absorbe a nivel de la mucosa oral (25%) y tracto gastrointestinal, con biodisponibilidad total del 50%, con vida media de 6-7h y metabolización del 90% a		
METADONA	5mg/vo/8h inicio, dosis mantenimiento 15-30mg/8h. 3º ESCALON DE LA OMS. Opiode sintético, muy lipófilo y potencia similar a la morfina. Precisa mayor individualización de dosis por su tendencia a acumulación por vida media más		
OXICODONA	Dosis titulada por médico. Ver otras intervenciones. 3º ESCALON DE LA OMS Potencia con relación a la morfina 1:2 (oxicodona:morfina), con apenas niveles significativos de metabolitos activos en pacientes con insuficiencia renal ó hepática. Posee un rápido inicio de la acción analgésica.		
BUPRENORFINA	Inicio 0,2 mg/sl/8h, mantenimiento 0,4-0,8 mg/día. 3º ESCALON DE LA OMS Sublingual capsulas de 0,2mg (Buprex R) Transdermico parches de 35, 52,5 y 70 microgr/h (Transtec R)		
SALICILICO,ACIDO	650 mg/vo/d.u.. 1º ESCALON DE LA OMS a esta dosis es más efectivo que placebo en el dolor por Cáncer de Páncreas	V C	5573227
DICLOFENACO	75 mg/im/d.u.. 1º ESCALON DE LA OMS para control dolor en las primeras 6h		
PIROXICAM	20mg/vo/día. 1º ESCALON DE LA OMS en combinación con AAS 1º elección para el control del dolor con primer escalón	I B	9620101
BUTORFANOL	4mg/iv. 3º ESCALON DE LA OMS. En combinación con paracetamol 650 mg 1º elección para el tratamiento del dolor a medio plazo, 7 días, mejor que cualquier otra combinación AINE+Opiáceo		

Estrategia terapéutica

TITULACIÓN MORFINA	Se realiza inicialmente con morfina de liberación inmediata con dosis de 5-10 mg/4h	IV C	
RESCATE CON MORFINA DE LIBERACIÓN INMEDIATA	Puede administrarse dosis de rescate equivalente a la pauta si el paciente presenta dolor antes de la siguiente toma, respetándose las dosis fijas	V D	
REVALUACIÓN DE LA DOSIS	Debe reevaluarse cada 24-48h las necesidades totales diarias de morfina para el ajuste de dosis	V D	
CÁLCULO DE DOSIS DE MORFINA DE LIBERACIÓN RETARDADA	Se calcula la dosis total requerida de morfina de liberación rápida en 24h, se divide entre dos, siendo ésta la dosis a administrar cada 12h	IV C	
DOSIS DE RESCATE UNA VEZ TITULADA LA MORFINA RETARDADA	Equivala aproximadamente a 1/6 parte de la dosis total diaria de morfina. Se administrará en las siguientes circunstancias	III C	
RECOMENDACIONES DE USO DE	-Ajuste de dosis en fases iniciales del tratamiento. Dolor agudo previsible (movilizaciones). Adm 45-60 min antes, dolor imprevisible Dolor continuo, mínimo dolor incidental. No aconsejado en tto rutinario de dolor agudo de corta duración. Aplicar el primer parche a primera hora de la mañana y Evaluar ctes vitales a lo largo del día. El cambio debe realizarse cada 72h. No en área	V	D
TITULACIÓN FENTANILO TRANSMUCOSO	La titulación debe individualizarse por amplia variación interindividual por diferente secreción salivar. Indicado en dolor irruptivo. Se inicia con 200mcg. Si el dolor persiste administrar nueva dosis a los 15-30 min. Duración aprox 2h	V D	
OXICODONA	Se recomienda primero titular con oxycodona ó morfina de liberación rápida. Presentaciones: cps de liberación retardada de 10, 20, 40 y 80 mg (Oxycontin R) y de liberación rápida de 5, 10 y 20 mg (Oxynorm R).	I A	
BUPRENORFINA SUBLINGUAL	Efecto techo a dosis de 3-5 mg. Administrada junto con agonistas puros puede interferir disminuyendo el efecto de aquellos. Biodisponibilidad 50% capsulas de 0,2	IV C	
BUPRENORFINA TRANSDERMICA	Su teórico efecto techo lo presentaría a dosis muy elevadas, presentando aumento de la relación dosis-eficacia a bajas dosis. En caso de rescate analgésico parece adecuada la administración de agonistas puros mu. Puede administrarse dos veces	IV C	
HIDROMORFONA	Agonista receptores mu. Nombre genérico: hidroclocloruro de hidromorfona. Utiliza sistema osmótico de push-pull, liberación cte durante 24h. No aumentar las dosis a intervalos menores de 2 días. Es igual de potente que la morfina	I A	16437482
CONVERSION DE MORFINA A HIDROMORFONA	mg/día morfina oral x 0,2 = mg/día de hidromorfona. mg/día morfina parenteral x 0,6 = mg/día de hidromorfona		
TITULACIÓN HIDROMORFONA	No aumentar las dosis a intervalos menores de 2 días, considerándose incrementos del 25-100% de la dosis diaria de hidromorfona administrada hasta ese momento.		
NAUSEAS Y VOMITOS SECUNDARIOS A OPIACEOS	Prevención con metoclopramida oral (10-20 mg/8h) ó 2,5 mg de haloperidol oral en dosis única durante las primeras 48-72h del tratamiento		
ESTREÑIMIENTO SECUNDARIO A	Prevenir con tto laxante desde el inicio, a veces se precisa asociar 2-3 de ellos (lactulosa, senósidos, parafina líquida)		
SOMNOLENCIA SECUNDARIA A OPIACEOS	Reducir dosis 30-50% o asociar metilfenidato 5-10 mg en desayuno. Si persiste conviene rotar opioide.	V D	

ALUCINACIONES SECUNDARIA A	Reducir dosis o rotar opioide		
MIOCLONIAS SECUNDARIA A OPIACEOS	fundamentalmente en casos de fallo renal y tto con morfina, oxicodona y tramadol. Pueden aparecer en el contexto del sdr. De neurotoxicidad opioide con delirium. Pueden mejorar con valproato o gabapentina ó rotando opioide		
NEUROTOXICIDAD SECUNDARIA A OPIACEOS	desarrollo de mioclonías y/o delirium y/o alucinaciones, normalmente en casos prolongados. Indicada la rotación de opioides siendo la metadona el de elección. Descartar otras causas posibles de delirium.		
DEPRESIÓN RESPIRATORIA SECUNDARIA A OPIACEOS	Dar tto soporte con O2-terapia y reducir la dosis del opioide un 50%. En caso de severidad, administrar naloxona a dosis bajas (0.1-0.2 mg, repetir cada 15-45 min según necesidad, vigilancia en UCI a partir de 0.6 mg riesgo de Edema Agudo de		
ROTACIÓN DE OPIOIDES	Indicaciones: Efecto analgésico inadecuado, Neurotoxicidad, Prurito, Relación coste-beneficio. Aunque no existe evidencia suficiente para realizar rotaciones. Recomendable administrar el 50-75% de la dosis equianalgésica del nuevo opioide.	III A	19445735
AINES EN EL CONTROL ONCOLOGICO A LARGO PLAZO	No se ha encontrado suficiente evidencia de que los AINE a dosis única sean eficaces a largo plazo.	V D	
AINES EQUIVALENTES A OPIACEOS	Un AINE es igual de efectivo que un opiaceo de liberación lenta a dosis 30mg/vo/12h en los siguientes casos: Diclofenaco 50mg/vo/día. AAS 640mg+codeína 60mg/6h. Ketorolaco 10mg/vo/6h siendo tan eficaz como Diclofenaco 50mg/vo/12h	I A	10363074
COMBINACIÓN AINE+OPIACEO	Ninguna combinación comercial es más efectiva que otra. Se proponen: 1º Aspirina+propoxifeno. 2º Acetaminófono 600mg/vo+Codeína 60mg/vo. 3º Butorfanol(4 mg)+acetaminófono(650mg). 4º Ibuprofeno 400mg/vo/6h +Opiaceo Mayor. 5º Diclofenaco 50mg/12h+Opiaceo a demanda	II B	2196536
ESCALA VISUAL ANALOGICA	Para gradar el dolor	I A	1015603
GRUPOS DE SOPORTE, HIPNOSIS, RELAJACIÓN	Los Grupos de soporte, la Hipnosis, la Relajación, no tienen estudios sobre el tiempo que benefician, aunque presentan beneficio del dolor significativo.	I A	17135649
ACUPUNTURA, MUSICA, MASAJES, SUPLEMENTOS CON HIERBAS, IMPOSICIÓN DE MANOS CURATIVAS	Presentan beneficio inmediato pero de corta duración	I A	17135649
JURNISTA HIDROMORFONA	4mg/vo/24h 8mg/vo/24h 16mg/vo/24h 32 mg/vo/24h 64MG/VO/DIA buen control del dolor crónico y por cáncer de intensidad moderada y severa con titulaciones bajas	I A	12007754