

SEGÚN LA ASOCIACIÓN INTERNACIONAL PARA EL ESTUDIO DEL DOLOR (IASP), **el dolor es una experiencia sensorial y emocional asociada con daño tisular real o potencial¹**

La IASP describe que el dolor es siempre una experiencia personal que está influenciada en distintos grados por factores biológicos, emocionales, psicológicos y sociales, a veces la experiencia de vida y las personalidades individuales también influyen en la experiencia del dolor.¹

TIPOS DE DOLOR

Según la duración del dolor³

Dolor agudo: de corta duración y punzante

Una respuesta normal a una lesión o afección médica.

Comienza repentinamente y, por lo general, es de corta duración.

Dolor crónico: de larga duración y recurrente

Continúa más allá del tiempo esperado para la curación.

Generalmente dura más de 3 meses.

Según la fisiología y la duración de la acción³

Dolor mixto

No hay una causa obvia

Nociceptivo

Daño tisular relacionado

Neuropático

Daño neurológico relacionado

CARGA DEL DOLOR

Según el índice global del dolor de HALEON (HPI), el 93% de los participantes en la encuesta sufrieron dolor corporal en el año 2019²



83%

Dolor muscular



73%

Dolor articular



61%

Dolor de tendones/
ligamentos/ huesos



49%

Compresión nerviosa



42%

Artritis



35%

Reumatismo



38%

Artrosis

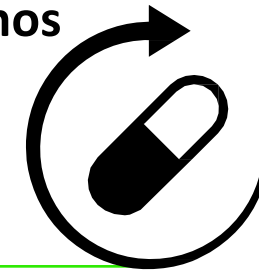
Garantizar un tratamiento eficaz del dolor es esencial para mejorar la calidad de vida de las personas que lo padecen

Establecer los objetivos del tratamiento



- No siempre es posible lograr estar completamente sin dolor, y esto debe explicarse con claridad a los pacientes y a su familia.
- Un objetivo típico del tratamiento es mantener o mejorar la función.

La forma en que respondemos a los medicamentos cambia a medida que envejecemos



Uso de un enfoque multidisciplinario para el manejo del dolor



Un buen manejo del dolor consiste en encontrar un equilibrio entre las terapias



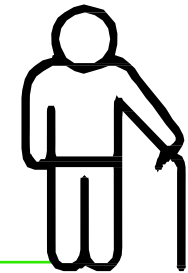
Manejo personalizado del dolor: Los factores específicos del paciente juegan un papel importante en la determinación del medicamento y el esquema de dosificación más adecuados para el manejo del dolor

■ Hay varios factores que influyen en la elección del medicamento para el manejo del dolor:

La intensidad del dolor del paciente y el tipo de dolor



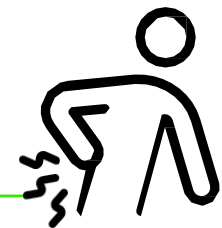
Cambios fisiológicos relacionados con la edad



La intensidad y la naturaleza del dolor experimentado



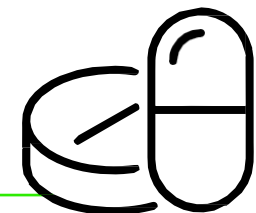
La evaluación del perfil de medicamentos del paciente es esencial para identificar posibles interacciones farmacológicas



Presencia de afecciones médicas subyacentes



Considerar los medicamentos concomitantes es crucial para evitar interacciones no deseadas



MANEJO INTEGRAL DEL DOLOR

ESTABLECER LA NECESIDAD

¿QUÉ ES EL MANEJO INTEGRAL DEL DOLOR?

ENFOQUES DEL MANEJO INTEGRAL DEL DOLOR

VENTAJAS DEL MANEJO INTEGRAL DEL DOLOR

El enfoque multidisciplinario e integral para manejar el dolor mediante la modalidad de tratamiento multimodal permite tener mejores resultados (1/2)



SE SUBESTIMA LA CARGA DEL DOLOR CRÓNICO

La prevalencia y la carga social del dolor crónico están subestimadas, el tratamiento no siempre se instaura y/o no es adecuado¹



CARENCIA

La necesidad insatisfecha en el paradigma de tratamiento agrava la condición, de modo que la prevalencia a lo largo de la vida de intentos de suicidio en personas con dolor crónico oscila entre el 5 % y el 14 %²



PERSONAS DE EDAD AVANZADA AFECTADAS

La brecha terapéutica ha afectado específicamente a los ancianos, de los cuales un 68% de mujeres y un 38% de hombres de 70 años experimentan dolor que dura ≥ 6 meses³



ENFOQUE DE EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO

El manejo óptimo del dolor requiere la educación estructurada y reconocida de especialistas en dolor, medicina del dolor y un enfoque de equipo multidisciplinario integral con terapia conductual apropiada¹

El enfoque multidisciplinario e integral para manejar el dolor mediante la modalidad de tratamiento multimodal permite tener mejores resultados (2/2)



CLÍNICAMENTE EFICAZ Y COSTO-EFECTIVO

El manejo integral, multidisciplinario y holístico, que utiliza una variedad de estrategias y tratamientos especializados, ha demostrado ser una alternativa clínicamente eficaz y costo-efectiva frente a la atención habitual¹⁻⁴



DIRECTRICES REQUERIDAS

Se requieren directrices clínicas universales y vías de tratamiento definidas para el manejo eficaz del dolor crónico⁵



CALIDAD DE VIDA MEJORADA

Los beneficios reportados por los pacientes se extienden no solo al alivio del dolor, sino también a las mejoras en el funcionamiento físico, la calidad de vida, la angustia emocional, los resultados conductuales y la autoestima⁴⁻⁷



CONTINUO DEL
DOLOR

La caracterización del dolor como un proceso temporal, que comienza con una etapa aguda, puede progresar a un estado crónico de duración variable (1/2)

■ La Academia Estadounidense de Medicina del Dolor enfatiza:

No existen categorías arbitrarias de dolor agudo y dolor crónico



Muchas afecciones dolorosas crónicas comienzan temprano después de una lesión o cirugía



Algunos de los pacientes pueden estar predispuestos (o vulnerables) a presentar dolor crónico incluso con una lesión aguda simple



La caracterización del dolor como un proceso temporal, que comienza con una etapa aguda, puede progresar a un estado crónico de duración variable (2/2)

El enfoque multidisciplinario e integral para manejar el dolor mediante la modalidad de tratamiento multimodal permite tener mejores resultados



El grupo de especialistas en dolor de la Junta Asesora de Dolor Crónico describe:

“Cronificación del dolor” como el proceso de dolor transitorio que progresa hacia un dolor persistente

El procesamiento del dolor cambia como resultado de un desequilibrio entre la amplificación del dolor y la inhibición del dolor

Factores genéticos, ambientales y biopsicosociales determinan el riesgo, grado y curso temporal de la cronificación

Determinantes probables que contribuyen al riesgo de inicio y mantenimiento de condiciones de dolor crónico superpuestas comunes (CPPCs)¹ - Factores fisiológicos y genéticos

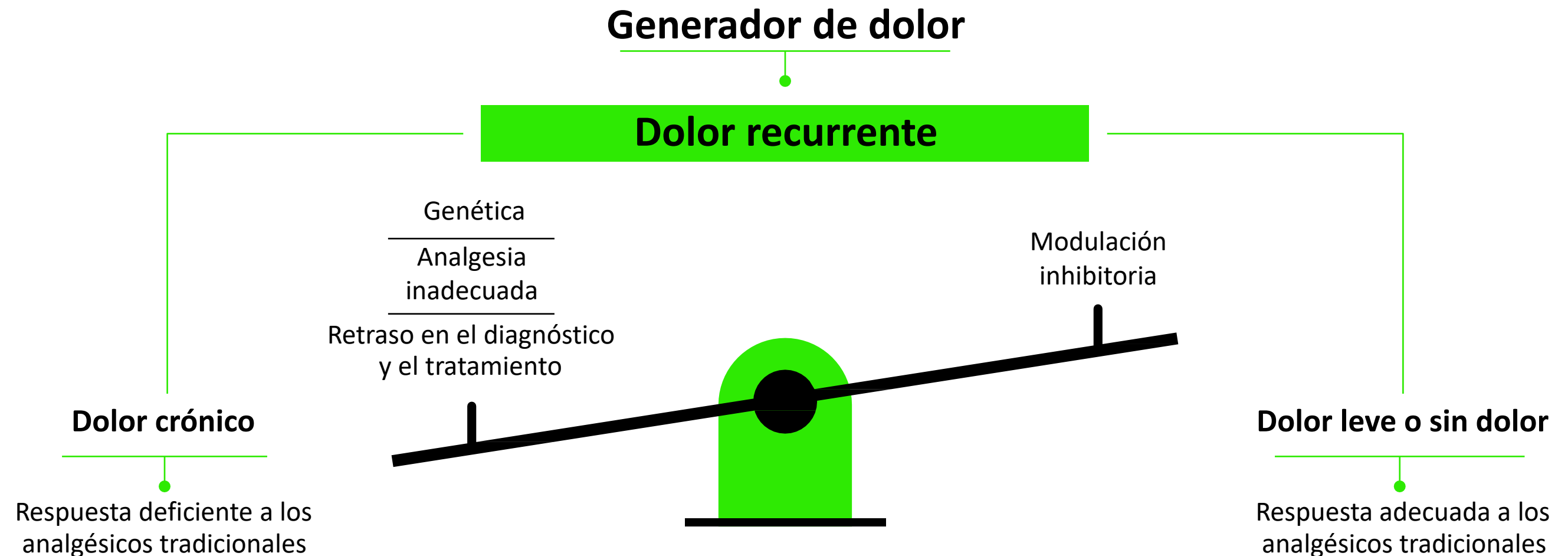
Variabilidad genética y eventos ambientales que determinan el perfil psicológico y el estado de amplificación del dolor de una persona



1. Condiciones de dolor crónico superpuestas comunes.

Cronificación del dolor: posibles determinantes que contribuyen al riesgo de aparición y mantenimiento de las CPPC¹ comunes - factores fisiológicos y genéticos

Desde el punto de vista fisiológico, existe un desequilibrio entre los estímulos nociceptivos ascendentes y las vías descendentes inhibitorias inadecuadas





FORMAS FARMACOLÓGICAS DE MANEJAR EL DOLOR

Los métodos farmacológicos de manejo del dolor, componentes esenciales de las estrategias de manejo del dolor, deben utilizarse con prudencia para lograr un alivio óptimo del dolor y minimizar los efectos adversos

Clases de medicamentos relacionados con el manejo del dolor crónico que ofrecen mejores decisiones de tratamiento y terapia combinada para manejar diferentes mecanismos del dolor

ACETAMINOFÉN	AINEs	OPIOIDES	ANALGÉSICOS COMBINADOS	MEDICAMENTOS TÓPICOS
Efectos analgésicos y antipiréticos	Efectos antiinflamatorios, analgésicos y antipiréticos	agonistas del receptor μ -opioide	Uso de una serie de medicamentos (analgésicos o adyuvantes) en combinación para lograr el mejor alivio del dolor en el dolor agudo o crónico	Cremas y parches que se pueden aplicar externamente (para la artrosis de la rodilla o la mano)
Perfil de idoneidad favorable	Bloquear las enzimas COX que producen prostaglandinas	Analgésicos potentes -manejo del dolor de moderado a intenso	Diferentes mecanismos de acción permiten modular múltiples vías de transmisión	Evita los efectos secundarios sistémicos
Útil en el manejo del dolor leve a moderado	Eventos adversos GI	Efectos adversos: sedación, depresión respiratoria y estreñimiento	AINEs tópicos Recomendados con acetaminofén en la artrosis de rodilla	Para el dolor leve a moderado neuropático u osteoartrítico de leve a moderado, ya sea como complemento o como alternativa

Recomendaciones de las directrices para el tratamiento farmacológico del dolor de la artrosis

DIRECTRICES NACIONALES	AINEs ORALES	AINEs TÓPICOS	ACETAMINOFÉN	OTROS PRODUCTOS FARMACÉUTICOS
EE. UU.-ACR ¹	Nivel 1	Nivel 1	✓	C (opioides)
Europa-SFR ²	Nivel 1	Nivel 2	✓	Nivel 1 (opioides)
Europa-NICE ³	Nivel 2	Nivel 1	C	Nivel 1 (capsaicina tópica)
EE. UU.-AAOS ⁴	Nivel 1	Nivel 1	Nivel 1	✓ (glucosamina)
USA-VA/DoD ⁵	Nivel 2	Nivel 1	Nivel 2	Nivel 2 (capsaicina tópica)

Nivel 1: Grado A, nivel I, o primera opción, fuerte

Nivel 2: Grado B, nivel II, o segunda opción, débil

C: Recomendación condicional

✓ : Recomendado

ABREVIATURAS: **AAOS**: Academia Estadounidense de Cirujanos Ortopédicos; Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos; **NICE**: Instituto Nacional para la Excelencia en Salud y Atención; **ACR**: Colegio Estadounidense de Reumatología; **DoD**: Departamento de Defensa; **VA**: Departamento de Asuntos de Veteranos; **SFR**: Sociedad Francesa de Reumatología.

Referencias: **1.** ACR/AF 2019 Guideline for the Management of Osteoarthritis of the Hand, Hip and Knee. Disponible en: **2.** Recommendations of the French Society of Rheumatology on pharmacological treatment of knee osteoarthritis. Disponible en: Enlace. **3.** NICE guideline: Osteoarthritis in over 16s: diagnosis and management; [NG226]; 19 October 2022. Disponible en: Enlace. **4.** AAOS: Management of Osteoarthritis of the Knee (Non-Arthroplasty):Evidence-Based Clinical Practice Guideline. Disponible en: Enlace **5.** VA/DOD Clinical practice guideline for the non-surgical management of hip & knee osteoarthritis. Julio de 2020. Disponible en: Enlace.

Recomendaciones de las directrices para el tratamiento farmacológico del dolor agudo

El dolor agudo incluye dolor de espalda, dolor cervical, dolor relacionado con otras lesiones musculoesqueléticas

DIRECTRICES NACIONALES	AINES ORALES	AINES TÓPICOS	ACETAMINOFÉN	OTROS PRODUCTOS FARMACÉUTICOS
EE. UU.-CDC ¹	Nivel 1	Nivel 1	Nivel 1	Nivel 2 (opioides)
EE. UU.-ACOEM ²	Nivel 1	NA	Nivel 1	NA
Europa-NICE ³	Nivel 1	NA	NA	Nivel 2 (opioides)
Canadá-IHE ⁴	Nivel 2	NA	Nivel 1	✓ (opioides)
EE. UU.-ACP:AAFP ⁵	C	Nivel 1	C	C

Nivel 1: Grado A, nivel I, o primera opción, fuerte

Nivel 2: Grado B, nivel II, o segunda opción, débil

C: Recomendación condicional

✓ : Recomendado

ABREVIATURAS: **IHE**: Instituto de Economía de la Salud; **NICE**: Instituto Nacional para la Excelencia en Salud y Atención; **CDC**: Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades; **ACOEM**: Colegio Estadounidense de Medicina Ocupacional y Ambiental (ACOEM); **ACP**: Colegio Estadounidense de Médicos; **AAFP**: Academia Estadounidense de Médicos de Familia.

Referencias: **1.** CDC Clinical Practice Guideline for Prescribing Opioids for Pain — United States, 2022 recommendations. Disponible en: Enlace **2.** American College of Occupational and Environmental Medicine (ACOEM); Low back disorders; 2019. Disponible en: Enlace **3.** NICE guideline: Low back pain and sciatica in over 16s: assessment and management; NICE guideline [NG59] 2016. Disponible en: ENLACE **4.** Institute of Health Economics, Toward Optimized Practice. 2017. Disponible en: Enlace **5.** The American College of Physicians (ACP) and the American Academy of Family Physicians (AAFP): Management of acute musculoskeletal pain - Management of acute pain from non-low back, musculoskeletal injuries in adults – 2020. Disponible en: Enlace

Recomendaciones de las directrices para el tratamiento farmacológico del dolor crónico y general

DIRECTRICES NACIONALES	AINES ORALES	AINES TÓPICOS	ACETAMINOFÉN	OTROS PRODUCTOS FARMACÉUTICOS
Dolor crónico				
Mundial-OMS ¹	C	Nivel 1	NA	Nivel 1 (capsaicina tópica)
UK ²	Nivel 2	Nivel 1	✓	Nivel 2 (opioides)
Europa-NICE ³	NA	NA	NA	C (opioides)
Dolor general				
EE. UU.-HHS ⁴	Nivel 1	Nivel 1	Nivel 1	C (opioides)
Australia-RACGP ⁵	✓	NA	Nivel 1	✓ (opioides)

Nivel 1: Grado A, nivel I, o primera opción, fuerte

Nivel 2: Grado B, nivel II, o segunda opción, débil

C: Recomendación condicional

✓ : Recomendado

ABREVIATURAS: **OMS**: Organización Mundial de la Salud; Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos; **SIGN**: La Red de Directrices Intercolegiadas de Escocia; **NICE**: Instituto Nacional para la Excelencia en Salud y Atención; **RACGP**: El Real Colegio Australiano de Médicos Generales.

Referencias: **1.** WHO guideline for non-surgical management of chronic primary low back pain in adults in primary and community care settings. Disponible en: Enlace **2.** SIGN 136. Management of chronic pain. A national clinical guideline. Agosto de 2019. Disponible en: Enlace **3.** Chronic pain (primary and secondary) in over 16s: assessment of all chronic pain and management of chronic primary pain. NICE. Abril de 2021 Disponible en: Enlace; **4.** PAIN MANAGEMENT BEST PRACTICES INTER-AGENCY TASK FORCE REPORT. Mayo de 2019. Disponible en: Enlace **5.** The Royal Australian College of General Practitioners. 2019. Disponible en: Enlace

Recomendaciones de las directrices para el tratamiento farmacológico de la migraña y la cefalea por tensión

DIRECTRICES NACIONALES	AINES ORALES	AINES TÓPICOS	PARACETAMOL/ ACETAMINOFÉN	OTROS PRODUCTOS FARMACÉUTICOS
Migraña				
Australia-bpac ¹	Nivel 1	NA	Nivel 1	Nivel 1 (aspirina)
Europa-NICE ²	Nivel 1	NA	Nivel 1	Nivel 1 (aspirina)
Cefalea por tensión				
Australia-BPAC ¹	Nivel 1	NA	✓	Nivel 1 (aspirina)
Europa: NIZA ³	✓	NA	✓	✓ (aspirina)

Nivel 1: Grado A, nivel I, o primera opción, fuerte

Nivel 2: Grado B, nivel II, o segunda opción, débil

✓ : Recomendado

NA: No aplicable

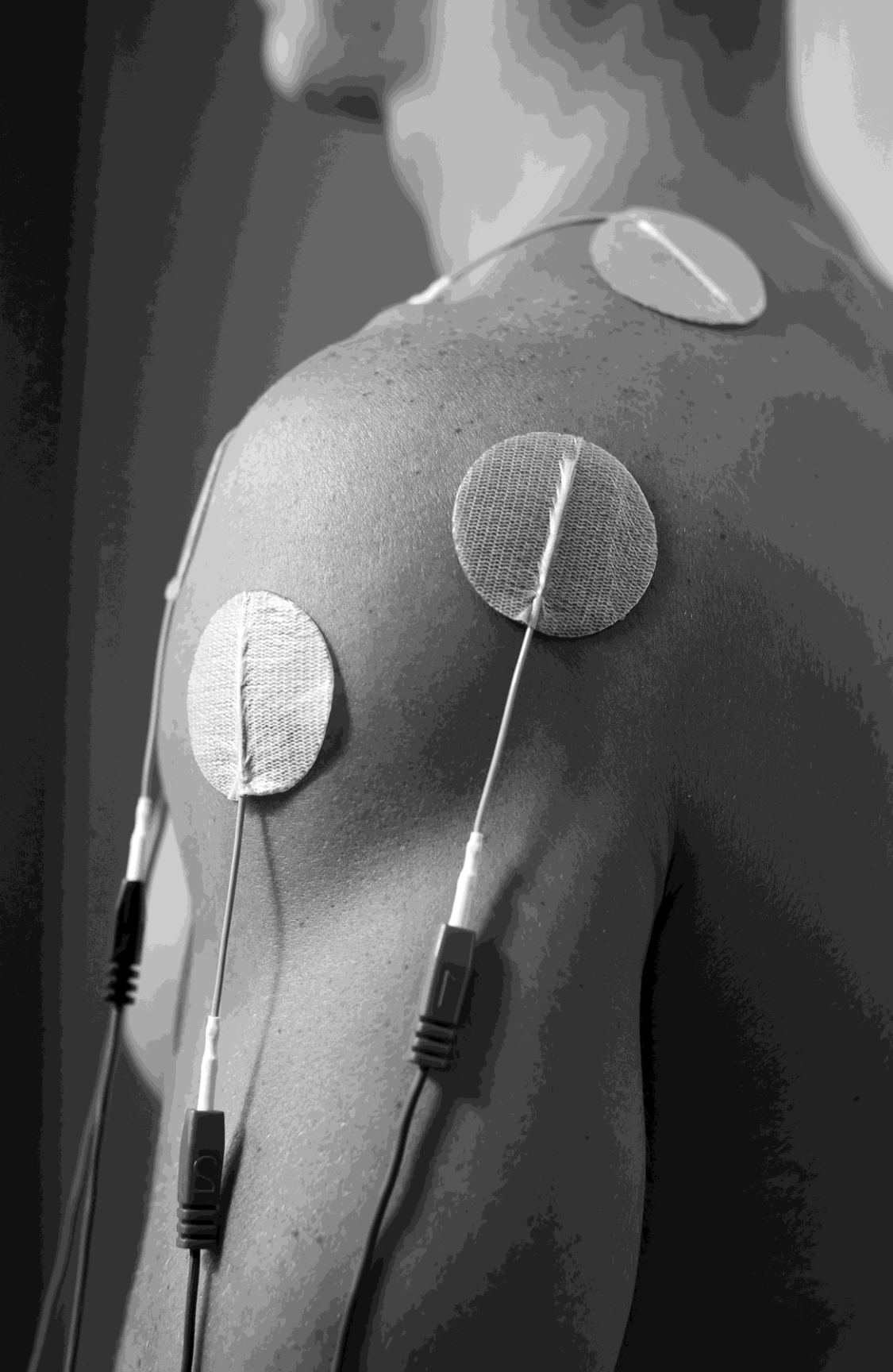
ABREVIATURAS: **NICE**: Instituto Nacional de Salud y Excelencia Asistencial; **bpacNZ**: Mejores Prácticas Nueva Zelanda

Referencias: 1. New Zealand Guidelines Group (bpacNZ). Diagnosing and managing headache in adults in primary care. 2017 Disponible en: Enlace 2. SIGN 155: Pharmacological management of migraine. A national clinical guideline. Actualización del año 2022. Disponible en: Enlace 3. National Institute for Health and Care Excellence. Clinical Guideline [CG150]. 2015. Disponible en: Enlace.

Analgesia multimodal para el manejo del dolor: El principio de la analgesia multimodal es el uso de una cantidad de medicamentos (analgésicos o adyuvantes) en combinación para lograr el mejor alivio del dolor en el dolor agudo o crónico

La combinación de analgésicos que actúan por diferentes mecanismos de acción permite modular múltiples vías de transmisión y permite a los medicamentos individuales actuar con efectos potencialmente aditivos o sinérgicos¹

ESCEO	NICE	OMS	EULAR
AINEs tópicos recomendados con acetaminofén o SYSADOA para artrosis de rodilla cuando los pacientes tienen un alivio insuficiente del dolor^{2,3}	La directriz NICE 2014 para la artrosis recomienda “Los AINEs tópicos o acetaminofén se pueden usar con acetaminofén en la artrosis de rodilla y mano”⁶	Acetaminofén o AINEs p. ej. ibuprofeno, naproxeno o celecoxib recomendados para el tratamiento del dolor leve⁵	Los AINEs se pueden usar para aliviar los signos y síntomas musculoesqueléticos; las inyecciones locales de glucocorticoides se pueden considerar como terapia complementaria
La combinación de intervención no farmacológica y farmacológica sigue siendo clave para el manejo de la artrosis de rodilla y es el principio base en el algoritmo ESCEO^{2,3}	Si los medicamentos anteriores son insuficientes para el alivio del dolor, entonces considere la posibilidad de agregar analgésicos opioides o sustituir con (o además de acetaminofén) un AINEs oral o un inhibidor de la COX 2⁶	Para el dolor intenso y persistente: opioides potentes (morfina, metadona, etc.) con o sin analgésicos no opioides (acetaminofén), con o sin adyuvantes⁵	
	Nota: NICE 2022 elimina esta recomendación citando que no hay evidencia sólida de beneficio para acetaminofén⁷	ESCEO: Sociedad Europea de Aspectos Clínicos y Económicos de la Osteoporosis y la Artrosis; SYSADOA: Fármacos sintomáticos de acción lenta para la osteoartritis; NICE: Instituto Nacional para la Excelencia en Salud y Atención; OMS: Organización Mundial de la Salud; EULAR: Alianza Europea de Asociaciones de Reumatología.	



FORMAS NO FARMACOLÓGICAS DE MANEJAR EL DOLOR

El manejo no farmacológico del dolor (NPPM) es una intervención sin el uso de medicamentos, complementaria a los tratamientos farmacológicos

Los objetivos de las intervenciones no farmacológicas son disminuir el miedo, la angustia y la ansiedad, y reducir el dolor y proporcionar a los pacientes una sensación de control.

CRIOTERAPIA	EJERCICIO	ACUPUNTURA	ESTIMULACIÓN NERVIOSA ELÉCTRICA TRANSCUTÁNEA (TENS)	TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL (CBT)
Frío terapéutico: aplicado directamente en una zona lesionada para reducir la hemorragia y la vasodilatación Disminuye la respuesta inflamatoria local, la producción de edema y la percepción del dolor	Consiste en movimientos pasivos, ejercicios activos, estiramientos y ejercicios de relajación Ejercicios graduales de estiramiento y fortalecimiento La educación del paciente sobre un esquema terapéutico de ejercicio en el hogar es obligatoria una vez que las sesiones terapéuticas han cesado	Depende del uso de agujas delgadas de metal que se insertan en sitios específicos del cuerpo y se estimulan manual o eléctricamente Se considera un procedimiento invasivo y necesita un médico profesional Efectos secundarios: hiperemia localizada, ataques sincopales y hematoma	Implica la aplicación de electrodos adhesivos de superficie de la piel en la zona dolorida Se ha utilizado para tratar el dolor agudo y crónico: dolor postoperatorio, síndrome de dolor regional complejo TENS ha demostrado ser eficaz en el dolor osteoarttrítico y neuropático	El tratamiento aplica un enfoque biopsicosocial al dolor que se dirige a las respuestas conductuales y cognitivas al dolor Los protocolos de CBT implican psicoeducación sobre el dolor, el comportamiento, la comunicación y la reestructuración cognitiva para los pensamientos distorsionados y desadaptativos sobre el dolor

Recomendaciones no farmacológicas para el tratamiento del dolor

DIRECTRICES	MANEJO PSICOLÓGICO	TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL	FISIOTERAPIA	EJERCICIO	ACUPUNTURA	MASAJE
OMS ¹	✓	●	✓	●	●	●
ACR ²	●	●	●	●	●	●
SIGN ³	●	●	●	●		●
HHS ⁴	●	●	✓	✓	●	●
NICE ⁶	●	●	NA	✓*	●	NA
MOH ⁷	●	●	NA	●	●	✓
VA/DoD	NA	NA	●	NA	●	●

● Grado de la Recomendación A

● Grado de la Recomendación B

● Grado de la Recomendación C

✓ Sí

NA no disponible

● Solidez de la recomendación Neutra

● Solidez de la recomendación Débil

ABREVIATURAS: **OMS**: Organización Mundial de la Salud; **ACR**: Colegio Estadounidense de Reumatología; **SIGN**: La Red de Directrices Intercolegiadas de Escocia; **NICE**: Instituto Nacional para la Excelencia en Salud y Atención; **MoH**: Ministerio de Salud; **HHS**: Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos; **DoD**: Departamento de Defensa; **VA**: Departamento de Asuntos de Veteranos.

* Ejercicio: estiramiento, rango de movimiento, flexibilidad, fortalecimiento, acondicionamiento aeróbico general, reactivación basada en cuotas, equilibrio de coordinación, entrenamiento propioceptivo, relajación, estabilización postural, yoga

Referencias: **1.** WHO guideline for non-surgical management of chronic primary low back pain in adults in primary and community care settings. Disponible en: Enlace; **2.** ACR/AF 2019 Guideline for the Management of Osteoarthritis of the Hand, Hip and Knee. Disponible en: Enlace; **3.** SIGN 136. Management of chronic pain. A national clinical guideline. Agosto de 2019. Disponible en: Enlace; **4.** PAIN MANAGEMENT BEST PRACTICES INTER-AGENCY TASK FORCE REPORT. Mayo de 2019. Disponible en: Enlace; **5.** Chronic pain (primary and secondary) in over 16s: assessment of all chronic pain and management of chronic primary pain. NICE. Abril de 2021 Disponible en: Enlace; **6.** Ministry of Health (MoH) Malaysia: Pain as The 5th Vital Sign Guideline: 3rd Edition. Septiembre de 2018. Disponible en: Enlace. **7.** VA/DOD Clinical practice guideline for the non-surgical management of hip & knee osteoarthritis. Julio de 2020. Disponible en: Enlace

Los productos herbales son analgésicos tan eficaces como los AINEs, tienen efectos sinérgicos y ahorran dosis sin efectos secundarios graves



AINEs:

Tratamiento base para el dolor crónico¹
Incertidumbre sobre la seguridad y sostenibilidad^{1,2}



Mecanismo de acción:

Interacción con citocinas proinflamatorias IL-1a, IL-1b, IL-6 y TNF- α ²



MEDICAMENTOS DE FITOTERAPIA:

Muchos activos, >1
Mecanismo de acción seguro³



Mecanismo de acción:

inhibe las vías inflamatorias como los AINEs, también inhibe NF- κ B²



INTERACCIONES FITOTERAPÉUTICAS CON MEDIADORES DE LA INFLAMACIÓN Y DESTRUCCIÓN DEL CARTÍLAGO

justificación para tratar las quejas por artrosis⁴



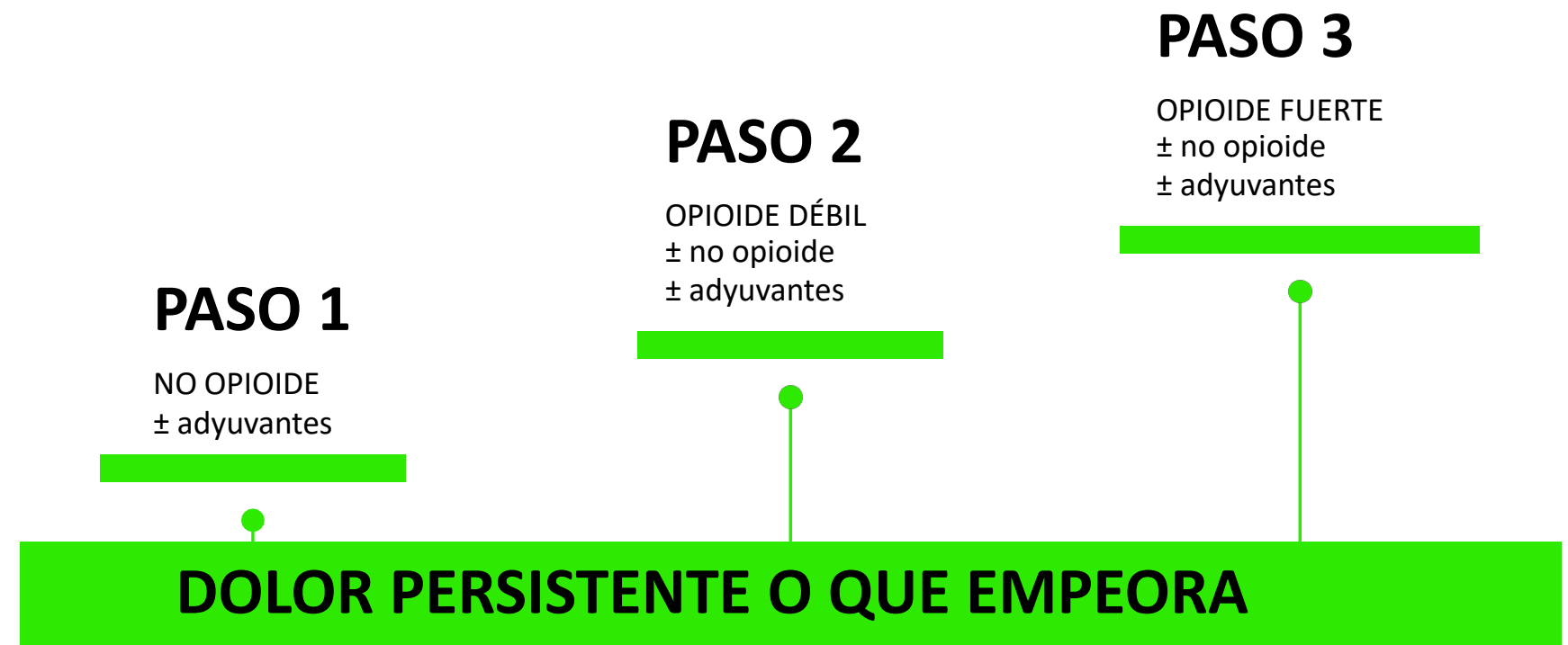
PAPEL DE LOS ANALGÉSICOS EXISTENTES EN LA NUEVA ERA DE LOS OPIOIDES

Tratamiento del dolor: escalera de analgésicos de la OMS

La escalera analgésica de la OMS proporciona una guía general para el manejo del dolor basada en la intensidad del dolor. Sin embargo, no reemplaza la necesidad de un tratamiento individualizado basado en una evaluación cuidadosa del dolor de un paciente individual.

El consumo de analgésicos opioides muestra tendencias alarmantes, sobre todo debido a su potencial de adicción, tolerancia y efectos secundarios¹

Se recomienda la educación del paciente, alternativas no opioides y tratamientos psicológicos para el manejo del dolor crónico⁴



Las directrices del Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades 2016 recomiendan que solo si los beneficios esperados para el dolor y la función superan los riesgos, los médicos deben recetar opioides a la dosis eficaz más baja y durante el período de tiempo más corto esperado para tratar el dolor lo suficientemente fuerte como para requerir opioides²

Cuando se utilizan opioides, debe ser en combinación con terapia no farmacológica y terapia farmacológica no opioide, según corresponda²

La elección del analgésico inicial debe tener en cuenta la causa y la intensidad del dolor

PASO 1

Iniciar acetaminofén



Se recomienda reducir la dosis en muchos pacientes de cuidados paliativos



O

AINEs, por ejemplo, ibuprofeno, naproxeno o celecoxib

Dolor leve, comenzar en el Paso 1

PASO 2

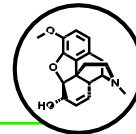
Si el dolor es persistente o empeora



Suspender acetaminofén si no alivia el dolor



Comenzar a tomar codeína 30-60 mg cuatro veces al día regularmente



Dolor moderado, comenzar en el Paso 2 o Paso 3

PASO 3

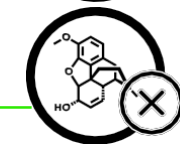
En acetaminofén y codeína máximo, dolor persistente o que empeora



Dejar de tomar acetaminofén si no ayuda con el dolor



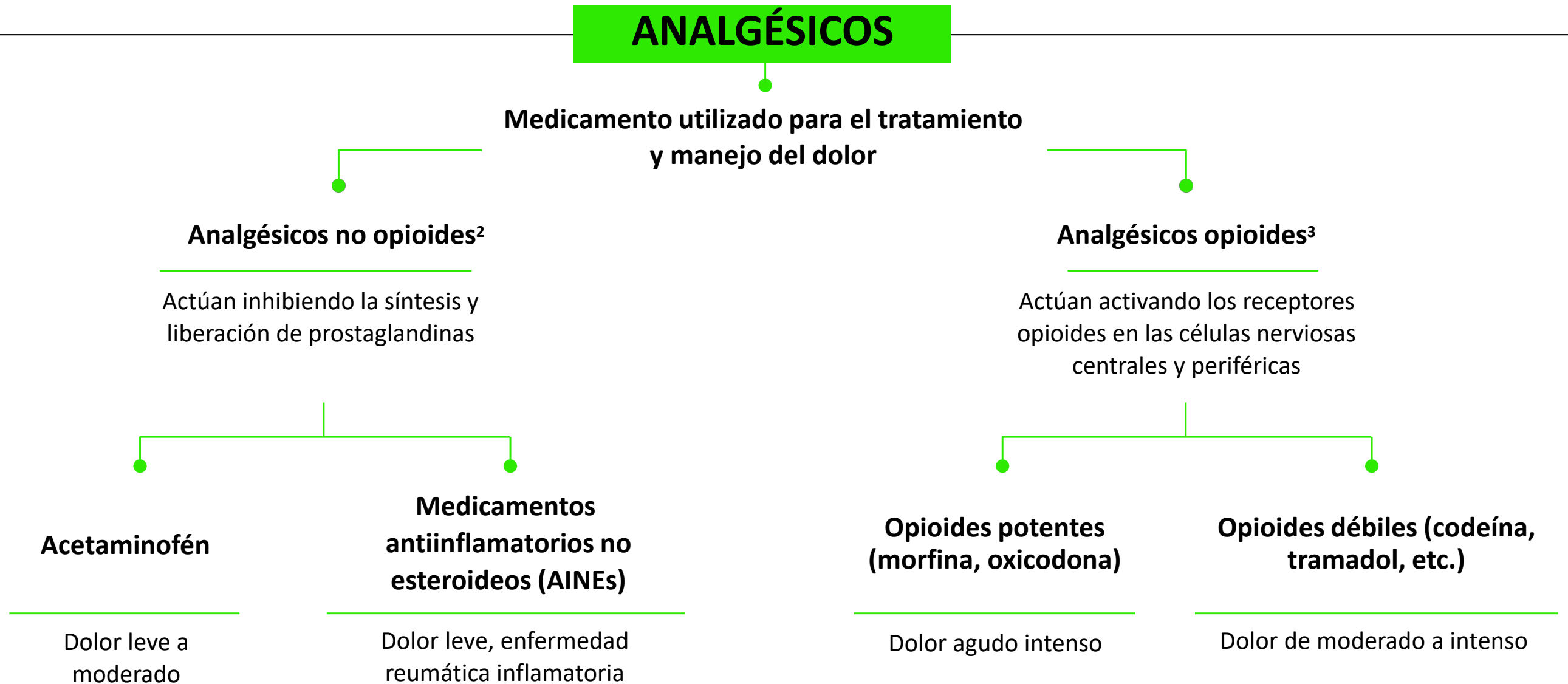
Detener la codeína



Comenzar con opioides fuertes, *por ejemplo, morfina oral*

Dolor intenso, comenzar en el Paso 3

La elección del analgésico inicial debe tener en cuenta la causa y la intensidad del dolor



1. Global, regional, and national trends in opioid analgesic consumption from 2015 to 2019: a longitudinal study (thelancet.com). 2. Nonnarcotic Methods of Pain Management | New England Journal of Medicine (nejm.org). 3. Opioid Analgesics - StatPearls - NCBI Bookshelf (nih.gov).

Preferencia de los no opioides sobre los opioides para el tratamiento del dolor

El uso prolongado de opioides para el manejo del dolor crónico puede causar dependencia física, depresión respiratoria, sedación y enturbiamiento mental

PARÁMETROS	OPIOIDES	NO OPIOIDES ³
Recomendación general ¹	Se recomienda cuando las señales de dolor son demasiado graves para ser controladas por analgésicos no narcóticos.	Alivia eficazmente la cefalea leve a moderada y el dolor de origen musculoesquelético (acetaminofén y AINEs) - Dolor de moderado a intenso (combinado con opioides)
PREFERENCIA SOBRE LOS ANALGÉSICOS OPIOIDES (por ejemplo, indicación de dolor crónico)		
Síndrome de dolor miofascial ⁵	—	+
Dolor lumbar crónico, artrosis de cadera y rodilla ⁴	—	+
Dolor agudo y crónico, por ejemplo, dolor lumbar ²	—	+
Dolor musculoesquelético crónico (Ej: artrosis) ²	—	+

Fuente:

1. Opioid and Non-Opioid Analgesics (soberrecovery.com).

2. Alternatives to Opioids for Managing Pain - StatPearls - NCBI Bookshelf (nih.gov).

3. Nonnarcotic Methods of Pain Management | New England Journal of Medicine (nejm.org).

4. Effect of Opioid vs Nonopioid Medications on Pain-Related Function in Patients With Chronic Back Pain or Hip or Knee Osteoarthritis Pain: The SPACE Randomized Clinical Trial | Pain Medicine | JAMA | JAMA Network.

5. Alternatives to Opioids in the Pharmacologic Management of Chronic Pain Syndromes: A Narrative Review of Randomized, Controlled, and Blinded Clinical Trials - PMC (nih.gov).

Combinación de analgésicos - Dadas las múltiples vías implicadas en la percepción del dolor por parte del cuerpo, la politerapia es muy adecuada para el manejo del dolor



LA COMBINACIÓN DE DOS ANALGÉSICOS AYUDA A:

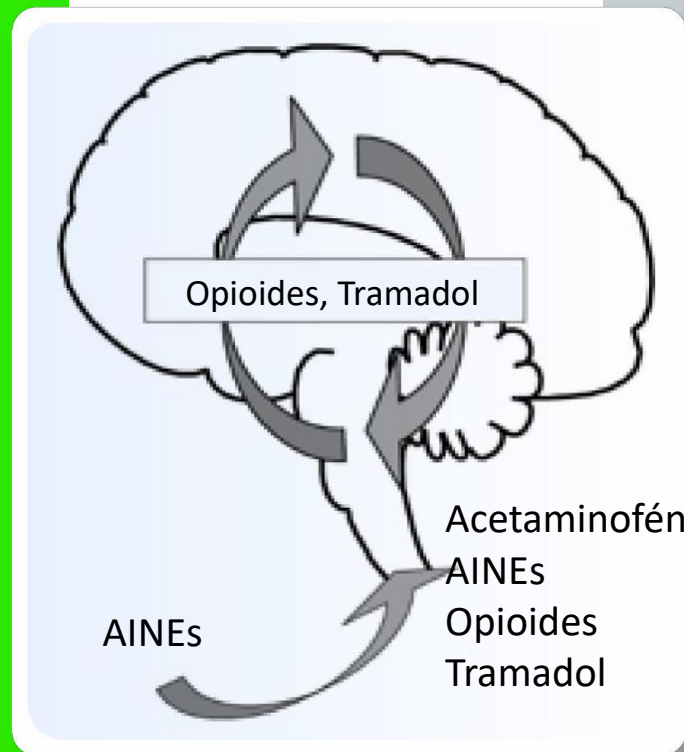
Superar las limitaciones de tolerabilidad, eficacia y tiempo hasta la aparición de los medicamentos componentes

Aumentar sinérgicamente su efecto analgésico

Efecto ahorrador de dosis: permite reducir las dosis de los medicamentos componentes, reduciendo los efectos adversos generales con una analgesia comparable

Diferentes mecanismos de acción también pueden proporcionar una cobertura multimodal de un amplio espectro del dolor

Permitir que los agentes individuales actúen potencialmente de una manera mayor que aditiva (sinérgica)



RECOMENDACIÓN DE LA GUÍA:

Se ha demostrado que la adición de un AINEs al acetaminofén mejora la eficacia en los estados de dolor agudo

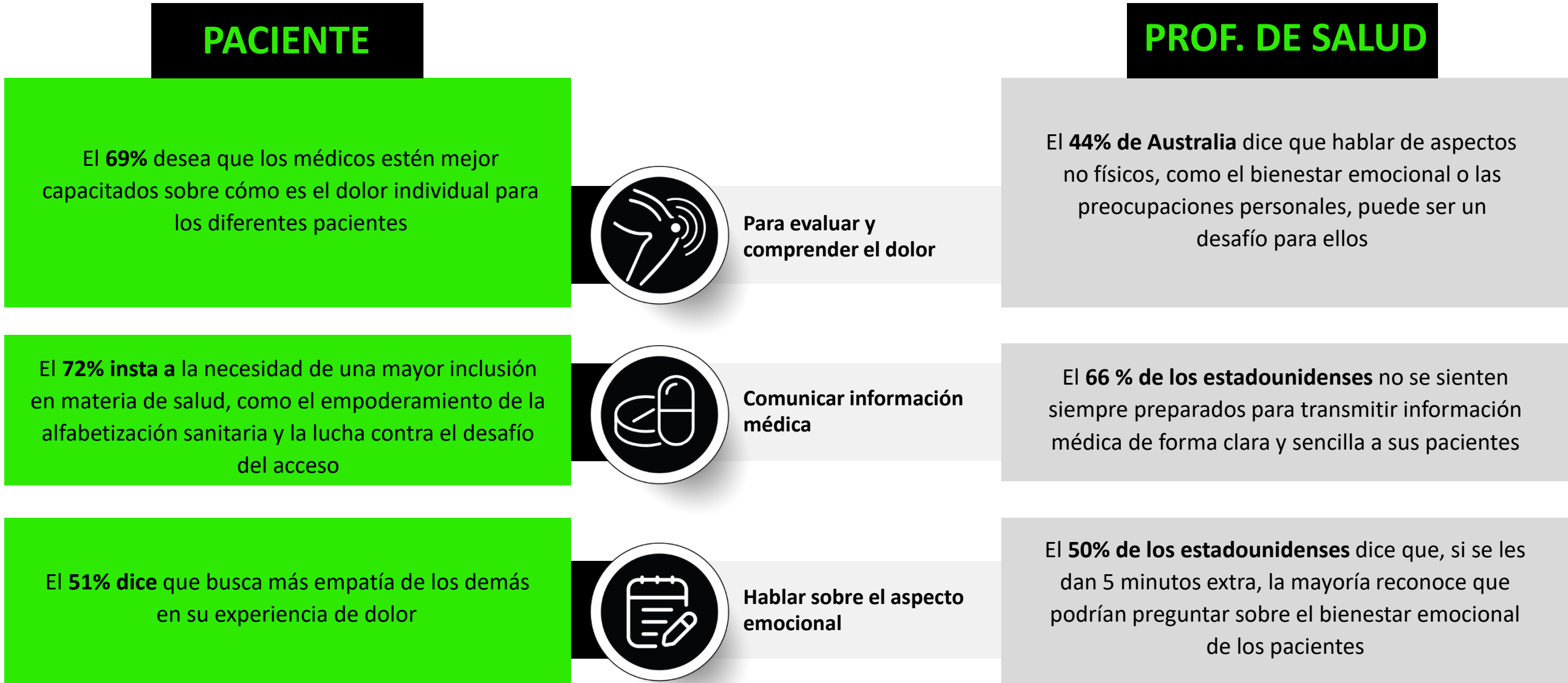
Sociedad Estadounidense de Geriátría (AGS). La Asociación Estadounidense de Directores Médicos (AMDA) recomienda combinar analgésicos para pacientes de edad avanzada y pacientes de atención a largo plazo, respectivamente

El uso de AINEs tópicos (el ingrediente activo en Voltaren® 12H) junto con acetaminofén (el ingrediente activo en Panadol®) está respaldado por las directrices internacionales: ACR, NICE



PAPEL DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD EN EL MANEJO INTEGRAL DEL DOLOR

Brechas entre los profesionales de la salud y los pacientes en el manejo del dolor



Papel de los profesionales de la salud para ayudar al paciente en el manejo integral del dolor

Conocer las brechas entre los profesionales de la salud y los pacientes sugiere la necesidad de una visión más personalizada y compasiva del dolor:

- Considerar los aspectos emocionales y de soledad de la persona al evaluar el dolor¹
- Analizar el impacto del dolor en el bienestar mental, hacer que el paciente se sienta escuchado y respetado²
- Necesidad de transmitir la información médica compleja de manera clara y simple al paciente²
- Proporcionar atención integral a los pacientes con dolor crónico³
- Considerar la educación del paciente sobre el uso de analgésicos y opioides
- Proporcionar opciones de tratamiento alternativas/enfoques integrales para los pacientes que pueden tener resultados reales

La evaluación integral del dolor incluye el bienestar social y emocional



- Intensidad del dolor
- Otros medicamentos utilizados
- Frecuencia del dolor
- Duración del dolor
- Tratamientos anteriores



- Factores del estilo de vida
- Impacto del dolor en las actividades diarias
- Impacto del dolor en la movilidad
- Impacto del dolor en la vida profesional



- Impacto del dolor en el bienestar mental
- Impacto emocional del dolor

Nota: modelo biopsicosocial: La atención óptima solo puede proporcionarse mediante un enfoque de equipo combinado en el que participen médicos, enfermeras, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, psicólogos y trabajadores sociales²

Fuente: 1. HPI Expert 2023 Study. 2. Haleon Global Pain Index (HPI 5), 2023. 3. Alternatives to Opioids for Managing Pain - StatPearls - NCBI Bookshelf (nih.gov).

MANEJO INTEGRAL: PRINCIPALES CONCLUSIONES



- La IASP define el dolor como una experiencia sensorial y emocional asociada con daño tisular real o potencial.



- Los factores específicos del paciente que influyen en el manejo personalizado del dolor incluyen la intensidad del dolor, la naturaleza y el tipo de dolor, los cambios fisiológicos relacionados con la edad, las afecciones médicas subyacentes y el perfil de medicación del paciente (incluida la prescripción de medicamentos concomitantes).



- El manejo multidisciplinario y integral del dolor por la modalidad de tratamiento multimodal requiere una educación estructurada y reconocida de especialistas en dolor, medicina del dolor y un enfoque de equipo multidisciplinario integral con terapia conductual apropiada.



- El papel de los profesionales de la salud en el manejo integral del dolor incluye la evaluación individualizada del dolor, la comunicación de información médica compleja de manera clara y sencilla a los pacientes, el análisis con los pacientes sobre el impacto del dolor en su bienestar mental/emocional y la consideración de enfoques farmacológicos y no farmacológicos/integrales para el manejo del dolor.



- La incorporación de un enfoque integral para el manejo del dolor es esencial para lograr los resultados deseados del paciente. La comprensión de los mecanismos del dolor puede proporcionar un marco para un enfoque integral que guíe las decisiones de tratamiento.