

**PONE UN
ALTO A LA VIDA
EN CURSO
JOVEN O VIEJO
DOLORES CORPORALES
INTERRUMPE EL SUEÑO**

**MALESTAR
GENERAL**

**MALA POSTURA
CADA VEZ PEOR
RETIRADO DE LAS ACTIVIDADES**

**RESTRINGE
LA MOVILIDAD
AFECTA LA VIDA SOCIAL**

CRÓNICO

**ENOJADO E
IRRITABLE**

**DOLOR
AGOTADOR
DISTENSIÓN
SENSACIÓN DE DEBILIDAD**

**MALESTAR
PERSISTENTE**

**Protocolo del dolor
Musculoesquelético
en adultos**

**#EscuchaElDolor
#ListenToPain**

Protocolo para el manejo del dolor musculoesquelético

TRATAMIENTO DE LAS LESIONES MUSCULOESQUELÉTICAS AGUDAS NO LUMBARES EN ADULTOS

PASO 1: EVALUAR EL DOLOR MUSCULOESQUELÉTICO

1. PREGUNTAR AL PACIENTE SOBRE EL DOLOR ASOCIADO CON TRASTORNOS MUSCULOESQUELÉTICOS¹⁻³

Dolor y rigidez

Espasmos
musculares

Sensación de
ardor
en los músculos

Dolor local que
empeora con el
movimiento

Fatiga / alteración
del sueño

Los elementos esenciales de los antecedentes del dolor incluyen el inicio, la localización, la duración, la intensidad y los factores agravantes y aliviante.



2. IDENTIFICAR SÍNTOMAS O CIRCUNSTANCIAS QUE REQUIEREN INTERCONSULTA^{1,3,4}



Edad avanzada al inicio de los nuevos síntomas	Traumatismo
Fiebre y sudores	Pérdida de peso inexplicable
Características neurológicas	Fiebre inexplicable
Duración del dolor por más de 3 meses	Inmunosupresión
Dolor nocturno	Antecedentes previos de cáncer

→ PASO 2: IDENTIFICAR CONSIDERACIONES DE TRATAMIENTO

IDENTIFICAR CUALQUIER AFECCIÓN O MEDICAMENTO QUE LIMITE LAS OPCIONES DE TRATAMIENTO



Medicamentos que limitan el tratamiento ⁵⁻⁷	Afecciones médicas que limitan el tratamiento ^{5, 8-11}
AINes*: riesgo de hemorragia, disminución de la eficacia antihipertensiva, aumento de los niveles de medicamentos como metotrexato Acetaminofén: aumento del riesgo de toxicidad por acetaminofén	- Enfermedad renal crónica - Enfermedad hepática - Enfermedad de úlcera péptica - Enfermedad cardiovascular
* Solo con AINes orales; AINes = antiinflamatorios no esteroideos	
IDENTIFICAR LO QUE EL PACIENTE HA UTILIZADO EN EL PASADO PARA TRATAR EL DOLOR MUSCULOESQUELÉTICO	

→ PASO 3: RECOMENDAR EL TRATAMIENTO

¿TIENE EL PACIENTE ALGUNA PREFERENCIA POR EL TRATAMIENTO CON BASE EN LO QUE HA UTILIZADO EN EL PASADO?

SI ES ASÍ

Recomendar tratamiento no farmacológico^{1,2,12}

- Terapia con frío y calor
- Ejercicios de fortalecimiento y acondicionamiento
- Técnicas de reducción del estrés
- Terapia de masaje
- Terapia de acupresión específica
- Estimulación nerviosa eléctrica transcutánea

Y

Recomendar la preferencia farmacológica del paciente si es posible, teniendo en cuenta el paso 2

SI NO

Recomendar tratamiento no farmacológico^{1,2,12}

- Terapia con frío y calor
- Ejercicios de fortalecimiento y acondicionamiento
- Técnicas de reducción del estrés
- Terapia de masaje
- Terapia de acupresión específica
- Estimulación nerviosa eléctrica transcutánea

Y

Recomendar tratamiento farmacológico adecuado^{12,13,15-21}

- **Analgésicos tópicos:** Diclofenaco en gel
- **Analgésicos no opioides:**
 - Acetaminofén oral
 - AINEs orales: ibuprofeno, naproxeno, celecoxib
- **Analgésicos opioides:** morfina, tramadol, codeína
- **Analgésicos adyuvantes**
 - Anticonvulsivantes [gabapentina; pregabalina]
 - Antidepresivos tricíclicos amitriptilina; nortriptilina
 - Inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina (duloxetina)

Protocolo para el manejo del dolor musculoesquelético

TRATAMIENTO DE LAS LESIONES MUSCULOESQUELÉTICAS AGUDAS NO LUMBARES EN ADULTOS

● PASO 1: EVALUAR LOS SÍNTOMAS

1. Preguntas que deben formularse (Tabla 1)
2. Evaluar el tipo de dolor: El dolor puede clasificarse según la etiología subyacente, la ubicación anatómica, la naturaleza temporal y la intensidad. (Tabla 2)
3. Síntomas o circunstancias que requieren interconsulta (Tabla 3)

→ PASO 2: IDENTIFICAR CONSIDERACIONES DE TRATAMIENTO

1. Preguntas que se deben hacer para personalizar el tratamiento del dolor musculoesquelético (Tabla 4)
2. Afecciones y medicamentos (Tablas 5 y 6)
3. Evaluar el tratamiento previo (Tabla 7)
4. Preguntas que se deben hacer sobre el tratamiento previo (Tabla 7)

→ PASO 3: RECOMENDAR EL TRATAMIENTO

1. Recomendaciones no farmacológicas (Tabla 8)
2. Recomendaciones farmacológicas (Tabla 9)

PASO 1: EVALUAR LOS SÍNTOMAS

TABLA 1

PREGUNTAS PARA HACER (elementos esenciales de los antecedentes del dolor) ¹³	
1. Aparición de dolor reciente	¿Cuándo empezó el dolor y qué hacía el paciente cuando empezó? ¿Fue la aparición repentina, gradual o una exacerbación de un problema crónico?
2. Factores agravantes y aliviantes	¿Qué hace que el dolor mejore y qué lo empeora? ¿Cómo afecta la actividad física o la posición al dolor? ¿Alivian el dolor las terapias o medicamentos no farmacológicos?
3. Calidad de la experiencia del dolor	Pregunte al paciente "¿Puede describir el dolor?" Idealmente, esto provocará descripciones del dolor del paciente: si es agudo, sordo, aplastante, urente, lacerante o alguna otra sensación, junto con el patrón, como intermitente, constante o pulsátil.
4. Localización del dolor	¿Dónde se encuentra el dolor en el cuerpo y si se irradia (se extiende) o se desplaza a cualquier otra zona?
5. Gravedad del dolor	Pídale al paciente que describa la intensidad del dolor al inicio y durante las exacerbaciones agudas, por lo general utilizando una escala de dolor. [Escala visual analógica (VAS), escala de calificación numérica (NRS), escala de calificación verbal (VRS)]
6. Circunstancias del dolor original	Identificar cuándo comenzó el dolor, en qué circunstancias, duración, inicio (repentino/gradual), frecuencia, si es agudo/crónico.

→ TABLA 2

EVALUAR LOS TIPOS DE DOLOR Y LOS MECANISMOS SUBYACENTES (El dolor puede clasificarse según la etiología subyacente, la ubicación anatómica, la naturaleza temporal y la intensidad) ¹³⁻¹⁵		
Tipo de dolor	Mecanismo y características	Ejemplos
Etiología subyacente		
Nociceptivo (categoría de dolor implicada en el dolor musculoesquelético)	Lesión tisular directa por un estímulo nocivo. El dolor es agudo, pulsátil o doloroso y suele estar bien localizado.	Fractura ósea, incisión quirúrgica fresca y lesión por quemadura fresca.
Inflamatorio	Liberación de mediadores inflamatorios que controlan la entrada nociceptiva.	Estadios tardíos de la cicatrización de quemaduras, neuritis y artritis
Neuropático	Lesión directa de los nervios que produce una alteración en la transmisión sensorial. Urente, fulgurante, de tipo eléctrico, entumecimiento, como alfileres o agujas	Neuropatía diabética, dolor neuropático periférico y neuralgia posherpética.
Dolor mixto	Ocurre cuando un componente del dolor nociceptivo continuado coexiste con un componente del dolor neuropático en el mismo paciente.	Dolor de espalda y pierna persistente después de una cirugía de columna lumbar

→ TABLA 2 CONTINUACIÓN

EVALUAR LOS TIPOS DE DOLOR Y LOS MECANISMOS SUBYACENTES (El dolor puede clasificarse según la etiología subyacente, la ubicación anatómica, la naturaleza temporal y la intensidad) ¹³⁻¹⁵		
Tipo de dolor	Mecanismo y características	Ejemplos
Etiología subyacente		
Idiopático	No hay una causa definitiva para explicar el dolor. Factores psicológicos pueden estar implicados con este tipo de dolor	Dolor de espalda crónico sin traumatismo previo o evento incitante obvio.
Localización anatómica		
Somático (musculoesquelético)	Se origina en tejidos superficiales como la piel, los tejidos subcutáneos y los músculos debido a la inflamación o traumatismo de los tejidos blandos. Dolor intermitente a constante, caracterizado por dolor agudo, en puñalada, y se asocia con dolor localizado (el paciente puede señalar exactamente dónde está el dolor)	Dolor óseo (fracturas), dolor articular (rigidez), dolor muscular (espasmos, calambres), dolor de tendones y ligamentos (esguinces, torceduras y lesiones por sobrecarga)
Visceral	Se origina en órganos internos profundos o tejidos que los sostienen. En naturaleza dolor sordo, cólico o calambres. Está mal localizado, por lo general se refiere a estructuras distales, y se asocia con náuseas/vómitos	Apendicitis, endometriosis, cólico biliar
Temporal		
Agudo	Duración inferior a 3 meses Es una respuesta neurofisiológica a una lesión nociva que se debería resolver con cicatrización normal	Dolor postoperatorio, fractura aguda, esguince agudo de rodilla.
Crónico	Duración de más de 3 meses o más allá del curso esperado de una enfermedad aguda o después de la cicatrización completa de los tejidos.	Dolor lumbar crónico, fibromialgia, artritis
Agudo en dolor crónico	Exacerbación aguda de un síndrome de dolor crónico	Artritis reumatoide
Intensidad del dolor (leve, moderado, fuerte) La intensidad del dolor se determina mediante las puntuaciones de la evaluación del dolor en combinación con los antecedentes y el examen físico. La intensidad del dolor es subjetiva y puede variar.		

→ TABLA 3

SÍNTOMAS O CIRCUNSTANCIAS QUE REQUIEREN INTERCONSULTA ^{1,3,4}
Las “señales de alerta” indican la posible presencia de una afección subyacente más grave. • Malestar sistémico (fiebre, pérdida de peso) • Dolor nocturno que impide dormir debido a un dolor creciente o dificultad para acostarse. • Edad avanzada al inicio de los nuevos síntomas • Antecedentes previos de cáncer • Duración del dolor durante más de 3 meses
Condiciones de emergencia • Personas que presentan dolor en la columna vertebral y las piernas, con síntomas neurológicos y cualquier sugerencia de cambios en la función de la vejiga o el intestino • Dolor en la columna vertebral con interconsulta en banda, aumento del dolor y alteración de la marcha • Aparición repentina de una articulación dolorosa inflamada y caliente y restricción multidireccional del movimiento
Otras razones para la interconsulta incluyen: • Aumento del dolor y empeoramiento progresivo de los síntomas que no responden al tratamiento conservador o a los medicamentos como se esperaba

PASO 2: IDENTIFICAR CONSIDERACIONES DE TRATAMIENTO

TABLA 4

PREGUNTAS PARA PERSONALIZAR EL TRATAMIENTO MUSCULOESQUELÉTICO

- ¿Está tomando algún medicamento, tanto de venta controlada como de venta libre? Si es así, ¿cuáles son y cuál es la dosis?
- ¿Tiene alguna afección médica?
- ¿Qué ha usado antes para el dolor musculoesquelético?
- ¿Cuáles son los desencadenantes de su dolor?
- ¿Qué factores agravan o alivian los síntomas?

→ TABLA 5

MEDICAMENTOS PARA USAR CON PRECAUCIÓN CON ACETAMINOFÉN O AINES ORALES^{5,7}

Preocupación	Posible interacción farmacológica
Aumento del riesgo de hemorragia con AINES orales	• Algunos inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) • Algunos antidepresivos tricíclicos • Ácido acetilsalicílico (ASA) • Corticosteroides • Warfarina
Disminución de la eficacia antihipertensiva con AINES orales	• Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (ECA) • Bloqueadores de los receptores de angiotensina II (ARA) • Diuréticos • Betabloqueadores
Aumento de los niveles de fármacos con AINES orales	• Litio • Metotrexato
Aumento del riesgo de toxicidad por acetaminofén	• Medicamentos para la epilepsia (por ejemplo, carbamazepina) • Otros inductores de la enzima P450 (por ejemplo, isoniazida, rifampicina) • Alcohol

PASO 2: IDENTIFICAR CONSIDERACIONES DE TRATAMIENTO

→ TABLA 6

CONSIDERACIONES AL SELECCIONAR ANALGÉSICOS EN PACIENTES CON COMORBILIDADES ⁵⁻¹¹	
Enfermedades concurrentes	Notas
Enfermedad renal crónica	- Los AINEs tienen efectos de clase nefrotóxicos demostrados y deben evitarse siempre que sea posible en pacientes con síntomas de insuficiencia renal. - El acetaminofén es el analgésico de primera línea preferido para el tratamiento episódico del dolor leve en pacientes con disfunción renal, ERC o que requieren diálisis. Sin embargo, a veces puede estar justificada la minimización de la dosis.
Enfermedad hepática	- AINEs: Los AINEs pueden causar daño hepático agudo con gravedad variable. - Acetaminofén: No está contraindicado en la enfermedad hepática. Puede causar toxicidad hepática si se toma en grandes cantidades.
Enfermedad de úlcera péptica	- El uso crónico de AINEs se asocia con reacciones adversas potencialmente graves del aparato gastrointestinal superior, incluyendo úlcera péptica y hemorragia gastrointestinal. - Acetaminofén: menor riesgo de efectos adversos en comparación con los AINEs
Enfermedad cardiovascular (CV)	- Todos los AINEs sin aspirina pueden estar asociados con un posible aumento del riesgo trombótico CV. - Los AINEs están contraindicados en pacientes que se han sometido a cirugía de revascularización miocárdica. - El uso de acetaminofén a las dosis recomendadas no se asocia con ningún riesgo adicional de acontecimientos CV importantes.

→ TABLA 7

PREGUNTAS QUE SE DEBEN HACER SOBRE EL TRATAMIENTO PREVIO
¿Qué ha usado antes para tratar el dolor musculoesquelético? ¿Qué dosis usó? ¿Fue eficaz? ¿Tuvo algún efecto secundario? ¿Tiene alguna preferencia por algún tratamiento específico?

PASO 3: RECOMENDAR EL TRATAMIENTO

TABLA 8

RECOMENDACIONES NO FARMACOLÓGICAS PARA EL DOLOR MUSCULOESQUELÉTICO (Tratamiento de lesiones musculoesqueléticas agudas, no lumbares en adultos) ^{1,2,12}			
Modalidades físicas - Ejercicios de fortalecimiento y acondicionamiento (los pacientes deben tener cuidado de no sobrecargar ni lesionar los músculos y las articulaciones) - Terapia local con calor o frío - Terapias manuales (manipulación lumbar, masaje y técnicas de movilización) - Técnicas de estimulación (acupuntura, estimulación nerviosa eléctrica transcutánea [TENS]) - Estimulación nerviosa eléctrica percutánea			
Modalidades psicosociales - Educación del paciente - Técnicas de reducción del estrés - Grupos de apoyo - Biorretroalimentación			

→ TABLA 9

MEDICAMENTOS PARA EL MANEJO DE LESIONES MUSCULOESQUELÉTICAS AGUDAS, NO LUMBARES EN ADULTOS ^{12,13,15-21}			
Medicamento y dosis única	Efectos adversos	Interacciones farmacológicas	Observaciones
Analgésicos no opioides			
AINes tópicos (diclofenaco) con o sin mentol en gel	Puede causar reacciones en el lugar de aplicación.	Se han reportado interacciones menores (sinergia/aumento efecto) con otros AINes.	Recomendado por las directrices como terapia de primera línea para reducir o aliviar los síntomas, incluido el dolor, mejorar la función física y mejorar la satisfacción del paciente con el tratamiento.
Acetaminofén oral Dolor leve-moderado	Tiene un amplio margen de seguridad. La sobredosis puede causar toxicidad hepática.	El consumo crónico de alcohol aumenta el riesgo de hepatotoxicidad. Se ha notificado que el acetaminofén aumenta el INR en pacientes tratados con warfarina.	Recomendado por las directrices para reducir el dolor. (dolor leve a moderado) Se utiliza para una amplia gama de afecciones dolorosas y en todos los grupos de edad.
AINes orales Ibuprofeno Naproxeno Celecoxib	Aumento del riesgo de hemorragia gastrointestinal (mayor en pacientes de edad avanzada) Riesgo de disfunción renal en pacientes de edad avanzada.	Puede empeorar la presión arterial entre los pacientes con hipertensión.	Recomendado por las directrices para reducir o aliviar los síntomas, incluyendo dolor y para mejorar la función física. Se recomienda tomar la dosis más baja durante el menor tiempo posible.

→ TABLA 9 CONTINUACIÓN

MEDICAMENTOS PARA EL MANEJO DE LESIONES MUSCULOESQUELÉTICAS AGUDAS, NO LUMBARES EN ADULTOS ^{12,13,15-21}			
Medicamento y dosis única	Efectos adversos	Interacciones farmacológicas	Observaciones
Analgésicos opioides			
- Morfina (oral) - Tramadol (oral) - Codeína (oral) - Codeína + paracetamol (oral)	Asociado con el riesgo de uso prolongado y abuso. Puede causar efectos adversos neurológicos (agitación, ansiedad, visión borrosa, confusión, mareos, somnolencia, etc.)	La eritromicina aumenta y la rifampicina disminuye los efectos de los opioides. La carbamazepina, la fenitoína y los barbitúricos pueden mejorar el metabolismo de los opioides.	Recomendación condicional por directrices con evidencia de certeza baja. Se recomienda la dosis más baja de opioides de liberación inmediata eficaz durante el período más corto posible. La duración del tratamiento se limita a ≤7 días.
Analgésicos adyuvantes			
Anticonvulsivantes [p. ej., gabapentina; pregabalina]	Efectos adversos de la gabapentina: mareos, somnolencia, dolor periférico. Edema y alteración de la marcha. Los eventos adversos de pregabalina incluyen eventos relacionados con la cognición y coordinación.	La gabapentina puede interactuar con losartán, ácido etacrínico, cafeína, fenitoína, mefloquina, óxido de magnesio, cimetidina, naproxeno, sevelámero y morfina. Buprenorfina, naloxona, ciclobenzaprina, hidroxicina, quetiapina, gabapentina, opioides, benzodiazepinas pueden aumentar el riesgo de efectos secundarios de pregabalina.	La gabapentina es eficaz para el tratamiento de pacientes con dolor neuropático. Se recomienda pregabalina para la fibromialgia. Es mejor evitar el consumo de alcohol mientras esté tomando pregabalina.
Antidepresivos tricíclicos [por ejemplo, amitriptilina; nortriptilina]	Visión borrosa, estreñimiento, xerostomía, confusión, retención urinaria y taquicardia	Posibles interacciones farmacológicas con inhibidores de la monoaminoxidasa, inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, medicamentos anticolinérgicos, anticoagulantes y medicamentos para la presión arterial.	La amitriptilina es eficaz para reducir el dolor, la fatiga y las alteraciones del sueño en pacientes con fibromialgia. La FDA exige que todos los antidepresivos tricíclicos incluyan una advertencia en la etiqueta, advirtiendo a los usuarios sobre los riesgos potenciales y la elevación de los pensamientos o comportamientos suicidas cuando se usan estos medicamentos.
Inhibidor de la recaptación de serotonina y noradrenalina (IRSN) (por ejemplo, duloxetina)	Efectos adversos: náuseas y estreñimiento	Puede aumentar el riesgo de hemorragia con el uso concomitante de ibuprofeno, aspirina, warfarina y otros anticoagulantes.	Considerado como terapia de segunda línea para el tratamiento de pacientes con una variedad de afecciones de dolor crónico como dolor neuropático diabético, fibromialgia, etc.

REFERENCIAS

1. Atchison JW, et al. NSAIDs for Musculoskeletal Pain Management: Current Perspectives and Novel Strategies to Improve Safety. J Manag Care Pharm. 2013 Nov;19(9 Suppl A):10.18553/jmcp.2013.19.s9.1. doi: 10.18553/jmcp.2013.19. s9.1
2. Cleveland Clinic. Musculoskeletal Pain. Last reviewed 03/10/2021. Disponible en <https://my.clevelandclinic.org/health/diseases/14526-musculoskeletal-pain>. Consultado en diciembre de 2023.
3. International Pharmaceutical Federation (FIP). Empowering self-care: A handbook for pharmacists. The Hague: International Pharmaceutical Federation; 2022
4. Urgent and Emergency Musculoskeletal Conditions Requiring Onward Referral. Updated 3 December 2020 Version 2. Disponible en <https://arma.uk.net/wpcontent/uploads/2021/01/Urgent-emergency-MSK-conditions-requiring-onward-referral-2.pdf>
5. Moore N, Pollack C, Butkerait P. Adverse drug reactions and drug-drug interactions with over-the-counter NSAIDs. Ther Clin Risk Manag. 2015 Jul 15; 11:1061-75.
6. Vostinaru O. Adverse Effects and Drug Interactions of the Non-Steroidal Anti-Inflammatory Drugs [Internet]. Nonsteroidal Anti-Inflammatory Drugs. InTech; 2017. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.5772/intechopen.68198>. Consultado en diciembre de 2023.
7. Agrawal S, Khazaeni B. Acetaminophen Toxicity. [Actualizado el 9 de junio de 2023]. En: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 Jan-. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK441917/>.
8. John Alchin, Arti Dhar, Kamran Siddiqui & Paul J. Christo (2022) Why paracetamol (acetaminophen) is a suitable first choice for treating mild to moderate acute pain in adults with liver, kidney or cardiovascular disease, gastrointestinal disorders, asthma, or who are older, Current Medical Research and Opinion, 38:5, 811-825, DOI: 10.1080/03007995.2022.2049551
9. Meunier L, Larrey D. Recent Advances in Hepatotoxicity of Non-Steroidal Anti-Inflammatory Drugs. Ann Hepatol. 2018 Mar 1;17(2):187-191.
10. McEvoy L, Carr DF, Pirmohamed M. Pharmacogenomics of NSAID-Induced Upper Gastrointestinal Toxicity. Front Pharmacol. 2021 Jun 21; 12:684162.
11. Ghlichloo I, Gerriets V. Nonsteroidal Anti-Inflammatory Drugs (NSAIDs) [Updated 2023 May 1]. En: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 Jan-. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK547742/>. Consultado en diciembre de 2023.
12. Qaseem A, et al. Nonpharmacologic and Pharmacologic Management of Acute Pain From Non-Low Back, Musculoskeletal Injuries in Adults: A Clinical Guideline From the American College of Physicians and American Academy of Family Physicians. Ann Intern Med. 2020 Nov 3;173(9):739-748. doi: 10.7326/M19-3602. Epub 2020 Aug 18. Erratum in: Ann Intern Med. 2023 Apr;176(4):584
13. PAMI- Pain assessment and management initiative. Basics of Pain Assessment and Management. Updated May 20, 2019. Disponible en <https://pami.emergency.med.jax.ufl.edu/wordpress/files/2019/10/PAMI-Basic-Principles-of-Pain-Management-final.pdf>. Consultado en diciembre de 2023.

→ REFERENCIAS CONTINUACIÓN

14. Chen JS, Kandle PF, Murray IV, et al. Physiology, Pain. [Updated 2023 Jul 24]. En: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 Jan-. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK539789/>
15. El-Tallawy SN, Nalamasu R, Salem GI, LeQuang JAK, Pergolizzi JV, Christo PJ. Management of Musculoskeletal Pain: An Update with Emphasis on Chronic Musculoskeletal Pain. Pain Ther. 2021 Jun;10(1):181-209.
16. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Management of chronic pain. Edinburgh: SIGN; 2013, Revised 2019. (SIGN publication no. 136). <https://www.sign.ac.uk/assets/sign136.pdf>.
17. Quintero GC. Review about gabapentin misuse, interactions, contraindications and side effects. J Exp Pharmacol. 2017 Feb 9; 9:13-21. doi: 10.2147/JEP.S124391.
18. Maurer PM, Bartkowski RR. Drug interactions of clinical significance with opioid analgesics. Drug Saf. 1993 Jan;8(1):30-48.
19. Lyrica interactions: Alcohol, medications, and other factors. Last medically reviewed on July 22, 2022. Disponible en <https://www.medicalnewstoday.com/articles/drugs-lyrica-interactions>. Consultado en diciembre de 2023.
20. Moraczewski J, Awosika AO, Aedma KK. Tricyclic Antidepressants. [Updated 2023 Aug 17]. En: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 Jan-. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK557791/>
21. Mayo clinic- Serotonin and norepinephrine reuptake inhibitors (SNRIs). Reviewed Oct. 05, 2019. Disponible en <https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/depression/in-depth/antidepressants/art-20044970>. Consultado en diciembre de 2023.