

NO HACER EN DOLOR CRÓNICO





NO HACER
EN DOLOR CRÓNICO ●

© 2024, **Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria**

Diputació, 320
08009 Barcelona
www.semfy.com

Queda prohibida la reproducción parcial o total de esta obra por cualquier medio o procedimiento, sea este electrónico, mecánico, por fotocopia, por grabación u otros métodos, sin el permiso previo y por escrito del titular del *copyright*.

Coordinación y dirección editorial:

Congresos y ediciones semFYC

Carrer del Pi, 11, 2.ª planta, of. 13
08002 Barcelona
ediciones@semfy.com

Diseño: falcó

ISBN: 978-84-129161-9-5
Depósito legal: B 18342-2024

Printed in Spain



NO HACER EN DOLOR CRÓNICO

Coordinadoras

Aina Perelló Bratescu
Luz de Myotanh Vázquez Canales

Revisoras

Aina Perelló Bratescu
Luz de Myotanh Vázquez Canales
Paula Begoña Areso Bóveda

Autoras y autores

GdT de Dolor Persistente y Salud Mental semFYC, GdT TraDoP
y ATDOM CAMFiC, GdT Medicament SoVaMFIC

Paula Begoña Areso Bóveda
Clara Bergé Ortínez
Daniela Blanco Echezuria
Juan Ramón Castaño Asins
José Miguel Cerón Machado
Ester García Martínez
Federico Montero Cuadrado
Patricia Moreno Carrero
Vicente Palop Larrea
Aina Perelló Bratescu
Natalia Riera Nadal
María Auxiliadora Rodríguez Tejada
Mara Sempere Manuel
Remei Tell Busquets
Luz de Myotanh Vázquez Canales

Colaboradora

María Badenes Mezquita

Agradecimientos

Anna Pujol Flores



Índice

Prólogo	7
1. Tener en cuenta los determinantes sociales de la salud y el género en el abordaje del dolor crónico no oncológico	11
2. No subestimar la percepción del dolor de la persona ni el impacto funcional que este provoca	14
3. No diagnosticar un dolor crónico no oncológico sin haber realizado una adecuada exploración y un diagnóstico diferencial	16
4. No solicitar o repetir pruebas de imagen en pacientes con dolor crónico si no existen signos de alarma o cambios en la patología	18
5. No tratar el dolor crónico no oncológico de manera exclusivamente farmacológica y priorizar el tratamiento multimodal	20
6. No recomendar reposo e incluir el ejercicio físico en el abordaje de las personas con dolor crónico no oncológico	22
7. Realizar educación en ciencia del dolor como parte del tratamiento del dolor crónico no oncológico	24
8. Considerar los efectos adversos en el manejo de la persona con dolor crónico no oncológico	26
9. No usar antiinflamatorios no esteroideos de manera crónica en pacientes con dolor crónico no oncológico	29
10. No usar opioides fuertes de manera prolongada en pacientes con dolor crónico no oncológico	31
11. No combinar opioides fuertes y depresores del sistema nervioso central en el tratamiento del dolor crónico no oncológico	33

Prólogo

La conocí en la sala de espera del centro de salud. Estábamos sentados juntos y tocó esperar de más, porque había habido una urgencia y, tal y como nos había anunciado la enfermera, «hoy llevamos mucho retraso. Una hora, puede que más». Ana es ecuatoriana, aunque lleva quince años aquí. Enseguida nos dimos conversación. Yo iba a comentar con mi doctora los resultados en mi cambio de pauta con el lorazepam, nada serio. Lo de Ana era distinto.

— Ahora me tienen que hacer una resonancia de las lumbares —dijo—. Es que me caí de la escalera limpiando un armario de la cocina y ya las tenía un poco mal, parece que con dos hernias... A lo mejor tienen que operarme, pero de momento no. Es que tengo hora para... —miró uno de los papeles que llevaba en una carpeta— dentro de tres meses. Bueno, ya dos y medio.

Teníamos una hora por delante como mínimo y Ana tenía ganas de hablar. Bastaron un par de preguntas para que me contara que había llegado a España desde Ecuador con una de las dos hijas que tenía y con cuatro costillas rotas que su marido le había dejado como regalo de despedida la noche antes de volar. Él había aprovechado un descuido de Ana para llevarse a una de las crías, y ella había tenido que elegir entre viajar sin ella o quedarse y perder el billete y los pocos ahorros que había conseguido reunir.

— Ahora es una muchacha estupenda. Estudia para enfermera —dijo—. Aunque tiene un novio que no me gusta. Se ríe mucho de ella, así como en broma, y eso me incomoda. Y los fines de semana nunca está.

Ana vive en España con Sol, la hija que vino con ella, que ya estudia Derecho en la universidad, y un hijo de ocho años de cuyo padre se separó el año pasado porque con la última paliza le rompió el tímpano. Consiguió quitárselo de encima, aunque él no quiere concederle el divorcio ni le pasa dinero. Ella dice que si pudiera volvería a Ecuador, pero que no puede porque Jordi —así se llama el niño— no puede salir del país sin el consentimiento del padre, que se niega a dárselo. Ana habla y habla. En ningún momento se interesa por mí.

— Tengo fibromialgia —me cuenta cuando la enfermera vuelve a aparecer para informarnos de que la espera se alargará un poco más—. Pero trabajo de todas maneras. Cuido a una señora los sábados, la señora Minerva, pobrecita, y duermo con ella. Durante la semana limpio tres casas y a veces un colegio.

Supuse que no tenía Seguridad Social. Ella misma me lo confirmó. Si no trabajaba, no cobraba. También me contó que la doctora la había derivado a una psiquiatra, que la había visto seis veces en el último año.

— Es muy buena mujer —dijo—. Muy atenta. Ella es la que me da el Trankimazin y el latropan. —Entendí que se refería al escitalopram.

Miró al suelo y luego a mí.

— Es que yo no estoy bien —prosiguió, como si le diera vergüenza—. Lloro mucho y a veces me cuesta levantarme de la cama. Menos mal que tengo la parroquia. Soy la tesorera —añadió con una sonrisa de orgullo.

— Qué bien —dije—. Seguro que eso ayuda.

— Es que yo no estoy bien —insistió—. Ahora duermo un poco con el lorazepam, pero a las tres ya me despierto y me pongo a hacer cosas, aunque como me duele tanto la espalda no aguanto mucho. El problema es que si me quedo en la cama me duele más, y hasta que llega la mañana se me hace tan largo... Empiezo a pensar... Y me pongo a llorar, pero no quiero que mi hija me vea así porque dice que siempre ando quejándome y lloriqueando.

— ¿Y la psiquiatra le hace un seguimiento?

— Es que me hago un lío, porque ella me da unas pastillas, pero se me olvida cuáles son, y la doctora me da otras para el dolor de la fibromialgia y no sé si me confundo. Hay veces en que me recetan unos parches si el dolor es peor.

No supe qué decir. En ese momento apareció la enfermera, llamó a alguien que supuestamente debería estar en la sala de espera, pero que no apareció, y volvió a perderse en el interior de la consulta.

— Yo lo que quisiera es volver —repitió Ana, intentando ordenar las hojas de la carpeta sin demasiado éxito—. Mi hija, la que vive allí, se gradúa en junio y yo... Me gustaría mucho...

Siguió contándome sobre su hija, sobre su ex, que se había quedado con la niña y que, con el dinero que ella le había ido mandando, la había criado. Que

en el fondo no era un mal padre porque le había dado estudios. Hablaba y hablaba como si yo ya no estuviera allí, y a medida que hablaba parecía que le cambiaba el gesto, o la mirada, quizá un poco las dos cosas. En la pantalla apareció un número de paciente nuevo y un pitido. Una chica con un bebé se levantó y se acercó a la puerta de la consulta. Llamó y entró.

—¿Y todo esto que me cuenta lo sabe la doctora? —pregunté, aprovechando la interrupción.

Ana sonrió avergonzada y negó con la cabeza.

— Ay, no —dijo—. ¿Cómo la voy a molestar con esas cosas?

— ¿Molestar?

— Con tanto trabajo como tiene, solo faltaría. Es una mujer muy buena.

— Pero, entonces..., ¿qué es lo que le cuenta?

— Que me duele —contestó—. La espalda. Porque me caí.

— ¿Solo eso?

— No. También que tengo depresión. Y fibromialgia. Por eso me receta la medicación.

— Ya, pero ¿ella sabe lo de su hija? ¿Lo de su exmarido? ¿Sabe que no deja salir del país a su hijo, aunque nunca lo ve?

Negó con la cabeza.

— Es que como ella siempre está mirando el ordenador, me da vergüenza decirle algunas cosas —dijo, echando un vistazo a la pantalla—. Una vez le conté que me dolía mucho aquí y que no podía respirar —se señaló el costado—, y ella no me vio porque tenía la computadora delante y dijo que a ver si a lo mejor tenía una fisura en alguna costilla, y le dije que no, que yo sabía cómo es el dolor porque he tenido ocho costillas rotas y ella lo anotó, pero no dijo nada y a mí me dio mucha vergüenza.

— ¿Vergüenza?

— Ay, no sé... Es que ella es una doctora y ella sabe de lo suyo. Pero yo no quiero que me operen. Si yo pudiera volver a tiempo para la graduación de Noelia...

Llevábamos casi una hora y media de espera y la energía en la sala era otra, más crispada y cansada. Por fin, en la pantalla apareció su número seguido de las tres letras. Ana miró su papel y se levantó.

— Bueno... —dijo—. Gracias por todo. Que Dios le bendiga.

Sonreí. Ella se alejó hacia la puerta y, cuando estaba a punto de llamar, me levanté y la alcancé.

— ¿Quiere que entre con usted?

Me miró asustada.

— No, no. Gracias. No se moleste —respondió, abriendo la puerta.

La doctora, que estaba sentada a su mesa, apartó la vista de la pantalla del ordenador en el que tecleaba algo sobre la última visita, miró a Ana, que estaba ya dentro pero aún no había cerrado la puerta, y dijo:

— Ah, hola, Graciela. ¿Qué tal? Pasa. Ahora estoy contigo.

No pude verle la cara a Ana, solo un pequeño encogimiento de hombros desde atrás. Entonces entré, cerré la puerta y la tomé del brazo para acompañarla a la mesa.

Alejandro Palomas

Escritor

NO HACER en dolor crónico

1

Tener en cuenta los determinantes sociales de la salud y el género en el abordaje del dolor crónico no oncológico

El dolor es una experiencia subjetiva influida por aspectos sensoriales, emocionales y cognitivos, donde los determinantes sociales, incluido el género, desempeñan un papel crucial. Las inequidades en salud, como la falta de recursos y de acceso a los servicios, afectan significativamente a la prevalencia y el tratamiento del dolor. Las mujeres, más susceptibles al dolor crónico y con diferentes respuestas a los tratamientos, muestran estrategias de afrontamiento distintas a las de los hombres. Es fundamental integrar el análisis de sexo y género en la investigación y práctica clínica para mejorar la equidad y eficacia de los tratamientos del dolor.

El dolor es una experiencia subjetiva influida por aspectos sensoriales, emocionales y cognitivos. En consecuencia, los determinantes sociales y, de forma particular, el género pueden ejercer un impacto significativo en la experiencia dolorosa.

Los determinantes sociales de la salud se refieren a las condiciones en que las personas nacen, crecen, viven, se educan y trabajan, así como a las inequidades en poder, dinero y recursos que generan desigualdades en salud¹. Todo ello puede condicionar de forma significativa la experiencia de dolor, su prevalencia y el tratamiento recibido. De hecho, las personas en riesgo de exclusión social se enfrentan a mayores barreras para recibir tratamientos adecuados, debido a factores como la falta de recursos económicos, el acceso limitado a servicios de salud y las creencias y las actitudes negativas por parte de profesionales de la sanidad². En el caso del dolor lumbar crónico, por ejemplo, se ha observado una clara asociación entre los determinantes sociales y las diferencias en cómo las personas experimentan y manejan el dolor³.

El sexo y el género también desempeñan un papel crucial en la experiencia del dolor y en los comportamientos asociados. Mientras

que el sexo hace referencia a las diferencias biológicas y fisiológicas que definen a las mujeres y los hombres, el género es un concepto más complejo. Este comprende los roles y las expectativas que la sociedad asigna a las conductas, pensamientos y características asociadas al sexo de una persona. Por tanto, sexo y género son términos distintos y fundamentales que deben evaluarse y abordarse como un continuo en pacientes con dolor, dado que la biología puede influir en los factores psicosociales y viceversa⁴.

La evidencia ha mostrado que las mujeres, en comparación con los hombres, presentan mayor riesgo de desarrollar dolor crónico, un umbral doloroso más bajo y mayor sensibilidad al dolor dependiendo del tipo de estímulo, haciéndolas más propensas a consultar a su médica o médico por este motivo⁵. Ello puede conllevar que los profesionales sanitarios atribuyan los síntomas físicos a factores psicológicos con más frecuencia en las mujeres que en los hombres, o que al consultar se les prescriban más fármacos analgésicos (y psicofármacos en mujeres), y, por tanto, que sean más susceptibles a padecer efectos adversos. Sin embargo, las mujeres suelen adoptar estrategias de afrontamiento para el autocontrol del dolor más centradas en el apoyo social, en las reevaluaciones positivas y la autorregulación emocional, frente a los hombres, que recurren a la farmacoterapia y a técnicas de afrontamiento centradas en la resolución del problema como la distracción o el ejercicio físico⁵. Asimismo, se han observado diferencias entre hombres y mujeres en lo que se refiere a los efectos de los fármacos. En cualquier caso, no debemos obviar que la mayoría de los estudios se han centrado fundamentalmente en los hombres y que, en ciertas patologías, como la fibromialgia, las mujeres están sobrerrepresentadas, por lo que los estudios futuros deberían incluir la perspectiva de sexo o género para responder a sus necesidades y problemas de salud⁴.

Comprender cómo los determinantes sociales, el sexo y el género influyen en la experiencia dolorosa es esencial para desarrollar tratamientos adaptados a las necesidades de cada persona que sean eficaces y equitativos, evitando sesgos en la atención prestada por parte del personal de sanidad en el abordaje del dolor crónico.

Bibliografía

1. Commission on Social Determinants of Health. Subsanan las desigualdades en una generación: alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud: informe final de la Comisión Sobre Determinantes Sociales de la Salud [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2009 [citado 12 junio 2024]. Disponible en: <https://iris.who.int/handle/10665/44084>
2. Hebert SV, Green MA, Mashaw SA, Brouillette WD, Nguyen A, Dufrene K, et al. Assessing Risk Factors and Comorbidities in the Treatment of Chronic Pain: A Narrative Review. *Curr Pain Headache Rep.* 2024;28(6):525-34. doi: 10.1007/s11916-024-01249-z
3. Karran EL, Grant AR, Moseley GL. Low back pain and the social determinants of health: a systematic review and narrative synthesis. *Pain.* 2020;161(11):2476-93. doi: 10.1097/j.pain.0000000000001944
4. Keogh E. Sex and gender differences in pain: past, present, and future. *Pain.* 2022;163(Suppl 1):S108-S116. doi: 10.1097/j.pain.0000000000002738
5. Gallach E, Bermejo M, Robledo R, Izquierdo R, Canos M. Gender determinants in the approach to chronic pain. *Rev Soc Esp Dolor.* 2020;27(4):252-6. doi: 1020986/resed20203802/2020

2

No subestimar la percepción del dolor de la persona ni el impacto funcional que este provoca

La percepción del dolor, como expresión individual de una experiencia negativa y desagradable, las características, la intensidad y la repercusión sistémica del mismo constituyen un verdadero problema de salud que solo se puede abordar adecuadamente de forma terapéutica atendiendo a estos aspectos propios de cada paciente.

El dolor es un concepto subjetivo caracterizado por una experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada a daño tisular real o potencial. El dolor es una experiencia personal influida por factores biológicos, psicológicos y sociales¹. Los individuos asumen el concepto de dolor mediante sus experiencias de vida, y aunque generalmente se adaptan a él, puede producir efectos adversos en el funcionamiento y el bienestar físico, psicológico y social, sobre todo cuando se cronifica. Debe respetarse el relato del dolor que hace una persona; menospreciar su experiencia puede llevar a una evaluación incorrecta y, en consecuencia, a un tratamiento inadecuado. Por tanto, es fundamental que en la consulta de Atención Primaria se valore y cuantifique el dolor², y para ello la persona debe sentirse acogida, escuchada y comprendida.

Es necesaria una buena comunicación entre personal médico y paciente para que se haga una correcta evaluación del dolor, en la que se pueden usar métodos cualitativos y cuantitativos. Dentro de los cuantitativos encontramos dos tipos de escalas, las unimodales y las multimodales. Las unimodales están encaminadas a cuantificar la intensidad del dolor; son fáciles de aplicar y relativamente fiables, pero no cuantifican la naturaleza multidimensional del dolor; incluyen la escala de puntuación numérica (EPN), la escala de puntuación verbal (EPV), la escala visual analógica (EVA) y la escala de expresión facial. Por otra parte, las multimodales evalúan el efecto del dolor sobre las actividades diarias, el bienestar emocional y las actividades sociales, e incluyen los cuestionarios SF-36 y SF-12, EQ-5D, WOMAC, DETEC DOLOR y LANSS³.

Para un entendimiento holístico del dolor, que escapa de las mediciones estándares se debería emplear la medicina narrativa. Esta consiste

en una práctica clínica fortalecida por la competencia narrativa, que utiliza la capacidad de reconocer, absorber, metabolizar, interpretar y conmovirse con las historias de una enfermedad⁴. La medicina narrativa fomenta una relación más empática que mejora la recopilación de datos. El uso conjunto de escalas cuantitativas y de medicina narrativa supone un instrumento diagnóstico muy potente para caracterizar adecuadamente el tipo y la intensidad del dolor integrando distintas esferas del dolor, además de mejorar la comunicación entre personal médico y paciente y facilitar un abordaje terapéutico más exitoso.

En la actualidad, se están implementando las bases para integrar en la práctica clínica las técnicas de la inteligencia artificial para la evaluación del dolor, y es posible que en el futuro puedan aumentar la objetividad y la personalización en su gestión. Sin embargo, existen limitaciones y desafíos, como la calidad de los datos y las consideraciones éticas, que deben abordarse para integrar eficazmente la inteligencia artificial⁵.

El dolor es una experiencia personal y debe respetarse su relato para la correcta evaluación y tratamiento del paciente. La combinación de escalas cuantitativas y de medicina narrativa, junto con la futura integración de la inteligencia artificial, puede mejorar la caracterización y gestión del dolor¹⁻⁵.

Bibliografía

1. Raja SN, Carr DB, Cohen M, Finnerup NB, Flor H, Gibson S, et al. The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises. *Pain*. 2020 Sep 1;161(9):1976-82. DOI: 10.1097/j.pain.0000000000001939. PMID: 32694387; PMCID: PMC7680716
2. Williams ACC, Craig KD. Updating the definition of pain. *Pain*. 2016 Nov;157(11):2420-3. doi: 10.1097/j.pain.0000000000000613. PMID: 27200490
3. Vicente-Herrero MT, Delgado-Bueno S, Bandrés-Moyá F, Capdevilla-García L. Valoración del dolor. Revisión comparativa de escalas y cuestionarios. *Rev Soc Esp Dolor*. 2018;25(4):228-6. doi: 10.20986/resed.2018.3632/2017
4. Kirmayer LJ, Gómez-Carrillo A, Sukhanova E, Garrido E. Narrative Medicine. In: Mezzich, JE, Appleyard WJ, Glare P, Snaedal J, Wilson CR. (eds). *Person Centered Medicine* [Internet]. Cham: Springer. 2023;235-55. Disponible en: https://doi.org/10.1007/978-3-031-17650-0_14
5. El-Tallawy SN, Pergolizzi JV, Vasiliu-Feltes I, Ahmed RS, LeQuang JK, El-Tallawy HN, et al. Incorporation of "Artificial Intelligence" for Objective Pain Assessment: A Comprehensive Review. *Pain Ther*. 2024 Jun;13(3):293-317. doi: 10.1007/s40122-024-00584-8. Epub 2024 Mar 2. PMID: 38430433; PMCID: PMC1111436

3

No diagnosticar un dolor crónico no oncológico sin haber realizado una adecuada exploración y un diagnóstico diferencial

El diagnóstico etiológico del dolor crónico no oncológico (DCNO) es prioritario para poder realizar un abordaje terapéutico adecuado y mejorar la calidad de vida de las personas que lo padecen. Los problemas de salud concomitantes, los tratamientos farmacológicos y todas las características/circunstancias que puedan incrementar el dolor son aspectos que hay que explorar antes de plantear el tratamiento. El diagnóstico diferencial es el primer paso para ello.

Diagnosticar el DCNO constituye un desafío clínico importante para el conjunto de profesionales de la salud que se enfrentan a un trastorno multidimensional que involucra aspectos físicos, cognitivos, psicológicos y conductuales. Las consecuencias negativas del DCNO se ven exacerbadas por los determinantes sociales de la salud, y, en especial, el bajo nivel socioeconómico se correlaciona directamente con mayores tasas de DCNO. Además, otros factores de riesgo, como los trastornos de salud mental o el abuso/dependencia de sustancias, son más prevalentes en este tipo de pacientes, lo que plantea un diagnóstico complejo y multifocal. La anamnesis, exploración y realización de pruebas complementarias son elementos claves para el diagnóstico del DCNO, sobre el que existe una gran discrepancia de criterios a la hora de clasificarlo, evaluarlo y abordarlo terapéuticamente. A lo comentado anteriormente, se suma la duda, el escepticismo y la preocupación por si se trata de una enfermedad fingida o simulada¹⁻³.

Todo ello contrasta con la facilidad con que se prescriben fármacos sin haber realizado una valoración pormenorizada de la persona con DCNO, de sus comorbilidades o del resto de los tratamientos que sigue. Esto produce un empeoramiento de su salud y la prescripción en cascada de otros fármacos, y pone en riesgo su vida. Muchos agentes farmacológicos utilizados en el tratamiento del DCNO son depresores del sistema nervioso central y pueden afectar a la capacidad para realizar una rehabilitación adecuada. Por tanto, la anamnesis

farmacológica forma parte esencial del diagnóstico con el fin de poder descartar aquellos medicamentos que pueden ser los responsables del DCNO o de su exacerbación^{2,3}.

Por otro lado, para hacer un diagnóstico lo más adecuado e individualizado posible se debe preguntar por: las características del dolor; los factores que lo incrementan; la repercusión y las implicaciones que tiene en la salud mental (ansiedad, depresión, catastrofismo, ideación/conducta suicida); el grado de discapacidad y la repercusión sistémica que produce (fatiga crónica y alteraciones del sueño). Todo ello va a permitir no solamente establecer un diagnóstico, sino además hacer un abordaje terapéutico multimodal¹⁻³.

En resumen, es necesario que en el proceso diagnóstico y en el planteamiento de un tratamiento adecuado del DCNO se tengan en cuenta algunos requisitos imprescindibles: a) disponer del tiempo y del entorno necesario para poder hacer una entrevista y una exploración clínica respetuosa y completa; b) realizar una entrevista clínica motivacional, empática y compasiva; c) hacer un diagnóstico etiológico con la localización del dolor, con las características del dolor en cuanto a la intensidad (mediante escalas de medida del dolor y de la incapacidad) y con el tipo de DCNO (primario o secundario por cáncer, posquirúrgico o postraumático, neuropático, visceral, orofacial y cefalea, neuropático, o musculoesquelético); d) explorar las causas que pueden incrementar el dolor (psicológicas, emocionales, clínicas o farmacológicas), y e) hacer siempre un diagnóstico diferencial de las causas que pueden ser el origen del dolor^{1,4}.

Bibliografía

1. Zakka T, Papler H, Pêgo-Fernandes PM. Chronic pain: A big challenge. *Sao Paulo Med J.* 2024 Feb 19;142(1):e20231421. doi: 10.1590/1516-3180.2024.1421.131223. PMID: 38381877; PMCID: PMC10876186
2. Lurie JM, Javaid A. Visualizing Global Chronic Pain. *Anesth Analg.* 2024 Apr 1;138(4):918-9. doi: 10.1213/ANE.0000000000006564. Epub 2024 Mar 15. PMID: 38489798
3. Dydyk AM, Conermann T. Chronic Pain. *Chronic Diseases: An Encyclopedia of Causes, Effects, and Treatments: Volume 1: A-H/ Volume 2: I-Z [Internet].* 2024 May 6 [citado 2024 Jun 17];599-601. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK553030/>
4. Sovaila S, Purcarea A, Neculau A. Chronic pain, a narrative review for the internist in 2024. *Rom J Intern Med.* 2023 Dec 28;62(2):124-37. doi: 10.2478/rjim-2023-0035. PMID: 38153854

4

No solicitar o no repetir pruebas de imagen en pacientes con dolor crónico si no existen signos de alarma o cambios en la patología

En los últimos años, el tratamiento del dolor crónico no oncológico (DCNO) ha experimentado un cambio significativo, priorizando un manejo no farmacológico, según las guías de práctica clínica. Estas guías recomiendan descartar los signos de alarma o banderas rojas, mantenerse activo, educar a la persona con dolor, prescribir ejercicio físico, evaluar los factores psicosociales y utilizar las pruebas de imagen de manera selectiva.

En dolencias muy comunes como la cervicalgia y la lumbalgia, las pruebas de imagen solo son útiles en un pequeño porcentaje de personas (5-10%), ya que la mayoría de los casos que se atienden en Atención Primaria no corresponden a patologías graves. La mayoría de las personas con DCNO no presenta anomalías radiológicas, y de presentarlas, estas se deben a cambios degenerativos asociados a la edad o a condiciones específicas de la persona. Estos hallazgos no permiten establecer la causa del dolor con certeza^{1,2}.

Diagnosticar basándose únicamente en los resultados de estas pruebas puede ser engañoso, ya que personas sanas pueden presentar imágenes que sugieren lesiones estructurales como protusiones o hernias de disco³. Estos métodos diagnósticos deben utilizarse para descartar signos de alarma, pero siempre después de haber efectuado una evaluación clínica exhaustiva¹⁻³. Una anamnesis detallada y una exploración física minuciosa son esenciales para determinar la necesidad de estas pruebas, que deben considerarse siempre como complementarias.

Realizar pruebas de imagen de manera habitual puede ser yatrogénico y no mejora los resultados clínicos. En la mayoría de los casos, su uso puede ser contraproducente, pues se asocia con mayor absentismo laboral, uso innecesario de servicios sanitarios, exposición a la radiación y hallazgos accidentales que aumenten las derivaciones a especialistas hospitalarios y el estrés del paciente¹⁴. Un estudio

observacional con 405.965 pacientes mostró que las personas a las que se les realizó una resonancia magnética temprana fueron más propensas a que se les sometiera a una intervención quirúrgica y a recibir opioides, y además presentaban mayor dolor en el seguimiento a un año⁵.

En resumen, es esencial utilizar las pruebas de imagen de forma selectiva y basándose en criterios clínicos bien fundamentados, y evitar su uso habitual para garantizar el bienestar integral de la persona. El uso inadecuado de las pruebas de imagen no solo incrementa los costes del sistema de salud, sino que también puede llevar a intervenciones innecesarias y a aumentar el sufrimiento del paciente o la paciente.

Por tanto, la adopción de un enfoque más prudente y fundamentado en la evidencia científica es crucial para optimizar el manejo del DCNO y mejorar la calidad de vida de las pacientes o los pacientes.

Bibliografía

1. Hall AM, Aubrey-Bassler K, Thorne B, Maher CG. Do not routinely offer imaging for uncomplicated low back pain *BMJ*. 2021; 372 :n291. doi:10.1136/bmj.n291
2. Foster NE, Anema JR, Cherkin D, Chou R, Cohen SP, Gross DP, Ferreira PH, et al, & Lancet Low Back Pain Series Working Group. Prevention and treatment of low back pain: evidence, challenges, and promising directions. London: Lancet. [Internet]. 2018;391(10137): 2368-83. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)30489-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)30489-6)
3. Brinjikji W, Luetmer PH, Comstock B, Bresnahan BW, Chen LE, Deyo RA, et al. (2015). Systematic literature review of imaging features of spinal degeneration in asymptomatic populations. *AJNR*. American Journal of Neuroradiology. [Internet]. 36(4), 811-6. Disponible en: <https://doi.org/10.3174/ajnr.A4173>
4. Rego MH, Nagiah S. Over-imaging in uncomplicated low back pain: a 12-month audit of a general medical unit. *Intern Med J*. 2016 Dec;46(12):1437-39. doi: 10.1111/imj.13279. PMID: 27981773
5. Jacobs JC, Jarvik JG, Ghou R, Boothroyd D, Lo J, Nevedal A, et al. Observational study of the downstream consequences of inappropriate MRI of the lumbar spine. *J Gen Intern Med* 2020;35:3605-12. doi: 10.1007/s11606-020-06181-7

5

No tratar el dolor crónico no oncológico de manera exclusivamente farmacológica y priorizar el tratamiento multimodal

En el manejo del dolor nociceptivo y del dolor neuropático, el tratamiento de primera línea suelen ser los fármacos. Sin embargo, para el dolor crónico no oncológico (DCNO), las guías de práctica clínica aconsejan iniciar un tratamiento con intervenciones no farmacológicas como la educación, el ejercicio físico y la terapia psicológica (terapia de aceptación y compromiso [ACT] y terapia cognitivo-conductual [TCC]) con grado de recomendación A con un nivel de evidencia 1+.

El dolor crónico se concibe como una experiencia perceptiva compleja y subjetiva. Aúna no solo el componente biológico, sino también el social y el psicológico. El abordaje biomédico clásico no permite explicar por sí mismo el origen del dolor, su persistencia en el tiempo y el grado de discapacidad que produce.

Las intervenciones multidisciplinares/multimodales son la primera línea de tratamiento en el manejo del DCNO. Permiten un abordaje biopsicosocial del dolor que incluye: ejercicio y actividad física, educación en ciencia del dolor (ECD) e intervenciones psicológicas. Todas estas medidas han demostrado ser superiores a los tratamientos farmacológicos e intervencionistas^{1,2}. El principal objetivo de las intervenciones multimodales es educar a la persona para que entienda su dolor, hacerla partícipe de su proceso y reducir el nivel de angustia asociado. Como parte de esta intervención multidisciplinar, el ejercicio físico debe estar adaptado a cada caso y ser individualizado. Constituye una herramienta para la mejora de la calidad de vida y la reducción del dolor (grado de recomendación A)^{1,2}. El ejercicio terapéutico, asociado a la ECD, produce una mejora en la o el paciente, tanto en su ámbito psicosocial como en el control del dolor, cuando se compara con el ejercicio aislado y con otras propuestas basadas en estrategias pasivas³. Además, existen intervenciones psicoterapéuticas que han demostrado eficacia en el tratamiento del dolor crónico en toda una variedad de diagnósticos/tipos de dolor, y con diversas modalidades/formatos de aplicación. Tanto la TCC como la ACT han demostrado reducir significativamente la intensidad del dolor, la interferencia del dolor en las

actividades de la vida diaria, la discapacidad, la depresión, la ansiedad, el miedo al dolor/movimiento, así como mejorar la autoeficacia, la funcionalidad y la calidad de vida⁴. Recientemente, la reducción del estrés basada en la atención plena y la terapia cognitiva basada en la atención plena se han aplicado con éxito para mejorar una gama de resultados relacionados con el dolor. Hasta la fecha, entre los enfoques psicológicos que se ha demostrado que son útiles para el dolor crónico, la TCC y la ACT acumulan la evidencia de más alta calidad para respaldar su eficacia.

En resumen, en el manejo del DCNO, la evidencia no recomienda tratar a las personas únicamente con fármacos⁵. Se dispone de una gran variedad de estrategias no farmacológicas que mejoran la funcionalidad y la calidad de vida, y reducen el dolor y el sufrimiento, que se pueden sumar al tratamiento farmacológico, para formar un programa multimodal y multidisciplinar que debe incluir la participación del o la paciente y la toma de decisiones compartida en el establecimiento de los objetivos terapéuticos.

Bibliografía

1. Overview | Chronic pain (primary and secondary) in over 16s: assessment of all chronic pain and management of chronic primary pain | Guidance | NICE [Internet]. NICE; 2021 [citado 30 mayo 2024]. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng193>
2. Moseley GL. Evidence for a direct relationship between cognitive and physical change during an education intervention in people with chronic low back pain. *Eur J Pain*. Febrero de 2004;8(1):39-45
3. Galán-Martín MA, Montero-Cuadrado F, Lluch-Girbes E, Coca-López MC, Mayo-Iscar A, Cuesta-Vargas A. Pain neuroscience education and physical exercise for patients with chronic spinal pain in primary healthcare: a randomised trial protocol. *BMC Musculoskelet Disord*. [Internet]. 2019;20(1):505. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12891-019-2889-1>
4. Yang J, Leung W, Lo A, Zheng F, Cheng X, Yu Q, Wang C. (2022). Evaluation of Cognitive Behavioral Therapy on Improving Pain, Fear Avoidance, and Self-Efficacy in Patients with Chronic LowBack Pain: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Pain Research and Management*. [Internet]. Volume 2022, Article ID 4276175, 15 pages. Disponible en: <https://doi.org/10.1155/2022/4276175>
5. En personas con dolor crónico no oncológico, no se recomienda el tratamiento farmacológico como única intervención terapéutica. *Essencial*. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya [en línea]. [citado: 12 junio 2024]. Disponible en: https://essencialsalut.gencat.cat/ca/detalls/Article/dolor_cronic_no_oncologic_farmacs

6

No recomendar reposo e incluir el ejercicio físico en el abordaje de las personas con dolor crónico no oncológico

El reposo no está indicado para pacientes con dolor crónico no oncológico (DCNO); mantener los niveles de actividad física (AF) es esencial. Los beneficios del ejercicio en la neuroplasticidad son fundamentales para revertir las alteraciones del sistema nervioso. El ejercicio físico (EF) debe adaptarse a las necesidades individuales para mejorar no solo la condición física, sino también aspectos cognitivos y emocionales.

El reposo prolongado no es recomendable para pacientes con DCNO. Mantener niveles adecuados de AF es esencial para evitar el deterioro funcional y disminuir el malestar emocional. Se debe enfatizar la importancia de continuar la actividad laboral y evitar restringir las actividades habituales. Además de mantener la AF, se recomienda la prescripción de EF estructurado¹⁻³. El EF se considera una intervención potencialmente beneficiosa y segura en personas con DCNO, que va más allá de mejorar la condición física. Se producen alteraciones en la funcionalidad física, cognitiva, emocional y social. Deben contemplarse estos aspectos para adaptar la prescripción de EF, fijando objetivos adecuados en cada caso particular¹. No se ha determinado que una forma específica de ejercicio sea superior a otra. La mayor parte de la evidencia proviene de ejercicios grupales supervisados profesionalmente, que incluyen combinaciones de trabajo cardiovascular, de fuerza y de mente-cuerpo. La elección del programa debería tener en cuenta las habilidades y preferencias de las personas²⁻³.

Por otro lado, la neuroplasticidad desempeña un papel crucial en la adaptación del sistema nervioso. La realización de EF favorece la generación de nuevas neuronas e incrementa la producción del factor neurotrófico derivado del cerebro (BDNF), especialmente en el hipocampo, una región clave para el aprendizaje y la memoria⁴. Estos procesos mejoran tanto las funciones cognitivas básicas y avanzadas como las ejecutivas, encargadas de la capacidad de planificación, organización y gestión del tiempo. Las intervenciones dirigidas a mejorar el control sensitivo y motor pueden ayudar a revertir los cambios neuroplásticos negativos y a mejorar la funcionalidad⁴.

Prescribir EF en personas con DCNO es complejo, pues no se trata de ofrecer directrices generales. En personas sanas, el EF induce hipoalgesia, pero en pacientes con DCNO puede provocar el efecto contrario debido a factores como la kinesiofobia (miedo al movimiento por temor al dolor o a lesionarse), el catastrofismo y las conductas de miedo-evitación⁴. Para potenciar la hipoalgesia inducida por el EF, es necesario implementar estrategias educativas antes de la prescripción, con el objetivo de reducir los pensamientos o creencias equivocadas en relación con la práctica de EF. La planificación y el desarrollo adecuado de programas de EF es crucial para activar y regular el sistema inhibitorio endógeno en personas con dolor¹⁻³.

Las últimas recomendaciones sugieren no prescribir EF si la persona está en una fase precontemplativa o contemplativa de las etapas del cambio. En su lugar, se deben utilizar estrategias educativas y motivacionales para avanzar hacia fases de preparación y acción, donde se pueden obtener mejores beneficios con el EF, o bien optar por propuestas como la imaginación motora⁵.

En resumen, el EF previene el deterioro físico y es crucial para mantener y mejorar la funcionalidad cerebral, lo cual es vital para la reducción del dolor. Los programas de EF deben adaptarse a las necesidades y capacidades individuales de cada paciente para maximizar los beneficios terapéuticos.

Bibliografía

1. Cohen SP, Vase L, Hooten WM. Chronic pain: an update on burden, best practices, and new advances. *Lancet*. 2021 May 29;397(10289):2082-97. doi: 10.1016/S0140-6736(21)00393-7
2. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Chronic pain (primary and secondary) in over 16s: assessment of all chronic pain and management of chronic primary pain. [Internet]. London: NICE; 2021. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng193>
3. Booth J, Moseley GL, Schiltenswolf M, Cashin A, Davies M, Hübscher M. Ejercicio para el dolor musculoesquelético crónico: un enfoque biopsicosocial. *Cuidado musculoesquelético*. 2017 Dec;15(4):413-21. doi: 10.1002/msc.1191. Epub 2017 30 de marzo. PMID: 28371175
4. Brumagne S, Diers M, Danneels L, Moseley GL, Hodges PW. Neuroplasticity of Sensorimotor Control in Low Back Pain. *J Orthop Sports Phys Ther*. 2019 Jun;49(6):402-14. doi: 10.2519/jospt.2019.8489. PMID: 31151373
5. Vaegter HB, Kinnunen M, Verbrugghe J, Cunningham C, Meeus M, Armijo-Olivo S, et al. Physical activity should be the primary intervention for individuals living with chronic pain A position paper from the European Pain Federation (EFIC) 'On the Move' Task Force. *Eur J Pain*. 2024 May 4. doi: 10.1002/ejp.2278. Epub ahead of print. PMID: 38703009

7

Realizar educación en ciencia del dolor como parte del tratamiento del dolor crónico no oncológico

La educación en ciencia del dolor (ECD) ha emergido como un componente fundamental en el tratamiento no farmacológico del dolor crónico no oncológico (DCNO), respaldada por una creciente evidencia científica que subraya su eficacia para reducir el dolor y la discapacidad, mejorando el conocimiento del paciente sobre los mecanismos del dolor. La ECD debe impartirse de forma individualizada dentro de un plan multimodal para lograr mayores efectos, evitando el uso de un lenguaje nocebo.

Los conceptos erróneos sobre el dolor a menudo conducen a comportamientos que pueden resultar perjudiciales. La reconceptualización de estos conceptos como objetivo de tratamiento ha impulsado el desarrollo de la educación en neurociencia del dolor, que ha evolucionado hacia el enfoque actual de la ECD¹.

Las directrices de práctica clínica abogan por la integración de la ECD para facilitar un cambio de conducta en la o el paciente con DCNO como parte del proceso de reconceptualización de su experiencia dolorosa, a través de un conocimiento profundo de los procesos implicados en el dolor². El término «ciencia del dolor» hace referencia al amplio conjunto de ciencias biológicas y psicológicas que han hecho importantes contribuciones a nuestra comprensión de cómo funciona el dolor³. La ECD proporciona a los o las pacientes la oportunidad de mejorar su comprensión acerca del dolor y de cambiar sus creencias erróneas al respecto. Esta reconceptualización puede aliviar la ansiedad y el miedo relacionados con el dolor que exacerbaban la percepción de este, así como mejorar la adherencia a los programas de rehabilitación y de ejercicio terapéutico (ET)¹, entendido como el EF prescrito y supervisado por personal sanitario.

Numerosas revisiones sistemáticas y metanálisis han demostrado los beneficios terapéuticos de la ECD, que incluyen la reducción del dolor y la disminución de la discapacidad, de la kinesiofobia (miedo al movimiento), de la catastrofización y de la ansiedad, así como la mejora de la funcionalidad y del conocimiento sobre el dolor⁴. Todo ello disminuye la dependencia de los tratamientos farmacológicos, así como sus riesgos y los costes asociados. Aunque aún se desconocen con precisión los parámetros recomendados para su aplicación (cantidad de

información, duración, entorno para llevarla a cabo, si ha de ser individual o grupal), presenta resultados prometedores al mostrar efectos de pequeños a moderados, siempre y cuando se administre dentro de un plan multimodal, normalmente combinada con ET⁴.

Para que la ECD sea eficaz, es esencial adoptar un enfoque individualizado y centrado en cada paciente, atendiendo a sus necesidades biológicas, emocionales y socioculturales específicas. En algunos casos será necesario disipar los mitos previos (deseducación) antes de avanzar con nuevos conocimientos (reeducación). Los profesionales deben comprender las etapas de cambio por las que pasan los o las pacientes, ya que las necesidades educativas varían en cada etapa. La ECD, que responde a las preguntas del paciente y lo ayuda a comprender su dolor, permite al personal médico establecer una relación de confianza y colaboración con sus pacientes⁴.

Es importante que las y los profesionales de la salud sean prudentes con el lenguaje que utilizan al comunicarse con sus pacientes para evitar el efecto nocebo. El uso del lenguaje biomédico y una terminología que sugiere un daño subyacente puede aumentar la percepción del dolor, el miedo y la catastrofización relacionados con este, agravando la situación clínica del paciente⁵. La ECD, por el contrario, al enseñar que la percepción del dolor es modulada por factores psicológicos y cognitivos y promover estrategias de autocuidado y autogestión, disminuye el impacto negativo del lenguaje nocebo a la vez que refuerza la autoeficacia del paciente⁴. A pesar del potencial de la ECD, su aplicación sigue siendo un gran reto debido a la complejidad inherente a comprender la biología del dolor, así como a la falta de formación y recursos adecuados entre profesionales de la salud para implementarla efectivamente.

Bibliografía

1. Ryan CG, Karran EL, Wallwork SB, Pate JW, O'Keeffe M, Fullen BM, et al. We Are All in This Together-Whole of Community Pain Science Education Campaigns to Promote Better Management of Persistent Pain. *J Pain*. 2024;25(4):902-17. doi: 10.1016/j.jpain.2023.10.024
2. Chronic pain (primary and secondary) in over 16s: assessment of all chronic pain and management of chronic primary pain. London: National Institute for Health and Care Excellence (NICE); 2021. PMID: 33939353
3. Roose E, Nijs J, Moseley GL. Striving for better outcomes of treating chronic pain: integrating behavioural change strategies before, during, and after modern pain science education. *Braz J Phys Ther*. 2023;27(6):100578. doi: 10.1016/j.bjpt.2023.100578
4. Zimney K, Van Bogaert W, Louw A. The Biology of Chronic Pain and Its Implications for Pain Neuroscience Education: State of the Art. *J Clin Med*. 2023;12(13):4199. doi: 10.3390/jcm12134199
5. Bedell SE, Graboys TB, Bedell E, Lown B. Words that harm, words that heal. *Arch Intern Med*. 2004 Jul 12;164(13):1365-8. doi: 10.1001/archinte.164.13.1365

8

Considerar los efectos adversos en el manejo de la persona con dolor crónico no oncológico

De manera habitual, las personas diagnosticadas de dolor crónico no oncológico (DCNO) están en tratamiento con fármacos que pueden ser responsables del origen y perpetuación del dolor del que han sido diagnosticadas. Por ello, es necesario hacer una revisión de la medicación que toman para hacer un correcto diagnóstico diferencial e individualizar la situación de cada persona.

Los fármacos pueden ser grandes simuladores de síntomas y de enfermedades que pueden producir dolor crónico. Quienes sufren DCNO suelen tener pautados múltiples fármacos que pueden aumentar la comorbilidad y aparición de efectos adversos indeseados¹.

Por un lado, las estatinas son utilizadas para la prevención primaria y secundaria de enfermedades cardiovasculares y presentan un riesgo ligeramente mayor de provocar síntomas musculares (*odds ratio* [OR] 1,06; intervalo de confianza [IC] 95%: 1,01-1,13) que incluyen, fundamentalmente, mialgias. Sin embargo, no se ha encontrado una asociación entre las estatinas y trastornos musculares clínicamente confirmados. La rosuvastatina es la estatina que más se asocia al incremento del riesgo de presentar síntomas musculares autoinformados por pacientes (OD: 1,09; IC 95 %: 1,01-1,16)².

Por otro lado, en los tratamientos para la osteoporosis se han reportado casos de mialgias y de fracturas espontáneas con el uso prolongado de fármacos. La pauta de bifosfonatos puede producir dolor osteomuscular, y su uso, a partir de los dos años de tratamiento, aumenta el riesgo de fracturas vertebrales (*hazard ratio* [HR]: 2,02), fracturas atípicas de cadera y osteonecrosis de mandíbula. En el caso de los anticuerpos monoclonales (denosumab, romosozumab), se han descrito dolores osteomusculares de manera frecuente, fracturas atípicas de fémur como efecto rebote tras la suspensión (durante el primer año una HR de 2,18, y a los dos años, una HR de 3,58) y osteonecrosis de mandíbula y conducto auditivo. El resto de los fármacos, como los derivados de la hormona paratiroidea (PTH) y

los moduladores selectivos de estrógenos, pueden inducir dolor en extremidades, calambres en las piernas y cefaleas³.

Tampoco se puede dejar de lado a los inhibidores de la bomba de protones (IBP), que son uno de los grupos farmacológicos más prescritos en Atención Primaria. Un 40-80% de la población los utiliza al margen de las indicaciones en la ficha técnica y, en los últimos 10 años, su consumo se ha incrementado más de un 40% en España. Habitualmente, estos fármacos están recomendados para: esofagitis, reflujo gastroesofágico, dispepsia funcional, úlcera péptica y erradicación de *H. pylori*, entre otros. El uso continuado se ha relacionado con: déficit de vitamina B12 que podría inducir una mielopatía, cefalea crónica y dolor facial; la hipocalcemia grave provoca espasmos musculares, mialgias y, en última instancia, riesgo de fractura de cadera (OR: 1,25; IC 95%: 1,14-1,37), vertebral (OR: 1,50; IC 95%: 1,32-1,72) y de muñeca/antebrazo (OR: 1,09; IC 95%: 0,95-1,24)⁴.

Finalmente, existe una miscelánea de fármacos de uso común en Atención Primaria como: calcioantagonistas dihidropiridínicos, amiodarona, hidralazina, metronidazol, nitrofurantoína, carbamazepina, fenitoína y colchicina, y un exceso de consumo de derivados del complejo vitamínico B, que pueden ser causantes de neuropatía periférica y dolores musculares en extremidades⁵.

Por tanto, es necesario hacer una revisión de todos los fármacos que lleva prescritos cada paciente, ya que existe una amplia variedad que pueden producir dolor crónico cuando se utilizan a largo plazo. Cabría mencionar que no se ha encontrado ningún estudio, revisión sistemática ni metanálisis en el que se haya hecho una valoración de cómo los fármacos pueden inducir dolor crónico tras su utilización. En conclusión, se necesitan más estudios que permitan investigar la prevalencia de los efectos adversos provocados por fármacos, dado que no se mencionan en las guías de práctica clínica.

Bibliografía

1. Goldenberg D. Differential diagnosis of fibromyalgia. UptoDate 2024 [citado 2024 May 26]; Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/differential-diagnosis-of-fibromyalgia?search=fibromyalgia&topicRef=5624&source=see_link
2. Cai T, Abel L, Langford O, Monaghan G, Aronson JK, Stevens RJ, et al. Associations between statins and adverse events in primary prevention of cardiovascular disease: systematic review with pairwise, network, and dose-response meta-analyses. *BMJ* [Internet]. 2021 Jul 15 [citado 2024 Jun 1];374:1537. Disponible en: <https://www.bmj.com/content/374/bmj.n1537>

3. Morin SN, Feldman S, Funnell L, Giangregorio L, Kim S, McDonald-Blumer H, et al. Clinical practice guideline for management of osteoporosis and fracture prevention in Canada: 2023 update. CMAJ Canadian Medical Association Journal [Internet]. 2023 Oct 10 [citado 2024 Jun 1];195(39):E1333-48. Disponible en: <https://www.cmaj.ca/content/195/39/E1333>
4. Shanika LGT, Reynolds A, Pattison S, Braund R. Proton pump inhibitor use: systematic review of global trends and practices. Eur J Clin Pharmacol [Internet]. 2023 Sep 1 [citado 2024 Jun 2];79(9):1159-72. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37420019/>
5. Garjón J. ¿Y si fuera el medicamento? Síntomas comunes que pueden deberse a reacciones adversas. Bit Boletín de información Farmacoterapéutica de Navarra [Internet]. 2011 Apr [citado 2024 Jun 2];19. Disponible en: https://www.navarra.es/NR/rdonlyres/C073113F-E020-4AEC-BBF8-9F29C299ACE5/198523/Bit_v19n2.pdf

9

No usar antiinflamatorios no esteroideos de manera crónica en pacientes con dolor crónico no oncológico

Los antiinflamatorios no esteroideos (AINE) son una herramienta común en el manejo del dolor crónico, especialmente en patologías osteomusculares y articulares. No obstante, su uso prolongado plantea desafíos significativos en términos de eficacia y seguridad clínica¹.

Diversos estudios han demostrado que tanto los AINE no selectivos como los inhibidores selectivos de COX-2 son eficaces para aliviar el dolor osteoarticular. Sin embargo, la eficacia de estos fármacos para el manejo del dolor crónico a largo plazo es limitada. No hay evidencia concluyente que demuestre mejoras sostenibles en la funcionalidad o calidad de vida de los y las pacientes con el uso prolongado de estos medicamentos. Además, se observa una tendencia a la tolerancia con el tiempo, lo que puede disminuir su efectividad.

El uso prolongado de AINE incrementa significativamente el riesgo de los efectos secundarios en vías digestivas altas, como úlceras gástricas, hemorragias y perforaciones. Los AINE no selectivos aumentan hasta cuatro veces el riesgo de estas complicaciones en comparación con el que presentan quienes no los usan. Aunque los AINE selectivos para la COX-2 muestran un perfil de seguridad gastrointestinal más favorable, el riesgo sigue presente y debe ser gestionado cuidadosamente, a menudo con el uso concomitante de inhibidores de la bomba de protones (IBP), para mitigar estos efectos².

Hay que tener en cuenta que todos los AINE se asocian con un incremento del riesgo de eventos cardiovasculares mayores, como infartos de miocardio y accidentes cerebrovasculares. También pueden favorecer la aparición de insuficiencia cardíaca por retención hidrosalina. Por este motivo, es imperativo evaluar el riesgo cardiovascular de cada paciente antes de iniciar la terapia con AINE y usar la dosis mínima efectiva para minimizar estos riesgos.

La nefrotoxicidad es otro riesgo considerable asociado con el uso prolongado de AINE. Estos medicamentos pueden inducir tanto daño renal agudo como crónico, especialmente en pacientes con condiciones

predisponentes como insuficiencia renal o deshidratación. El uso prolongado de AINE puede resultar en una reducción significativa de la función renal, la cual puede ser irreversible en algunos casos³.

Si bien los AINE son efectivos para el alivio a corto plazo del dolor aun en condiciones inflamatorias crónicas, su eficacia a largo plazo es cuestionable y está acompañada de riesgos significativos, que incluyen complicaciones gastrointestinales, cardiovasculares y renales. Es esencial que los médicos evalúen cuidadosamente los riesgos y los beneficios para cada paciente, utilicen la dosis más baja efectiva durante el menor tiempo posible y consideren alternativas terapéuticas que ofrezcan un perfil de seguridad más favorable. La monitorización continua y la evaluación del riesgo cardiovascular y gastrointestinal son cruciales para minimizar los efectos adversos y optimizar los resultados terapéuticos⁴.

Bibliografía

1. Lanas A, Benito P, Alonso J, Hernández-Cruz B, Barón-Esquivias G, Perez-Aísa A, et al. Recomendaciones para una prescripción segura de antiinflamatorios no esteroideos: documento de consenso elaborado por expertos nominados por 3 sociedades científicas (SER-SEC-AEG). *Reumatol Clin*. 2014;10(2):68-84. doi: 10.1016/j.reuma.2013.10.004
2. Enthoven WTM, Roelofs PDDM, Deyo RA, van Tulder MW, Koes BW. Non-steroidal anti-inflammatory drugs for chronic low back pain. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2016;(2). doi: 10.1002/14651858.CD012087
3. Payne R. Limitations of NSAIDs for pain management: toxicity or lack of efficacy? *J Pain*. 2000;1(3 Suppl 1):14-8. doi: 10.1054/jpai.2000.16611
4. Loza E. AINEs en la práctica clínica: lo que hay que saber. *Inf Ter Sist Nac Salud*. 2011;35(3):88-95

10

No usar opioides fuertes de manera prolongada en pacientes con dolor crónico no oncológico

En el dolor crónico no oncológico (DCNO) no se debe recomendar el uso de opioides fuertes de forma prolongada, más allá de 3 meses, sin una correcta evaluación y seguimiento, poniendo especial atención a los posibles efectos adversos y toxicidades.

La evidencia de la eficacia de los opioides en el control del dolor agudo grave y del dolor oncológico es clara, pero no existen ensayos clínicos que evalúen su uso más allá de 12 semanas de seguimiento¹. Tampoco hay estudios que hayan hecho una evaluación de la calidad de vida y funcionalidad de los pacientes después de un año de tratamiento. Aun así, actualmente se está produciendo un incremento en el uso de opioides para el DCNO.

No se recomienda renovar la prescripción de opioides transcurridos 3 meses sin haber evaluado la eficacia y la seguridad, ni aumentar su dosis sin haber analizado y revisado los beneficios y los riesgos individuales. Los fármacos opioides se asocian a menudo a estreñimiento, náuseas, vómitos, confusión, fatiga, sofocos, bradicardia, hipotensión, sequedad de boca o picor. Además, existen efectos adversos relacionados con el tratamiento con opioides a medio-largo plazo como la tolerancia, hiperalgesia inducida por opioides, apnea central del sueño o disfunciones neuroendocrinas. A medio-corto plazo, también pueden llegar a inducir un síndrome de neurotoxicidad, con síntomas que varían desde la somnolencia hasta alucinaciones, delirio y convulsiones².

Antes de considerar el tratamiento con opioides, hay que optimizar los tratamientos no farmacológicos, como el ejercicio terapéutico, las terapias psicológicas y los tratamientos analgésicos no opioides. Es recomendable realizar un pacto terapéutico con la persona con dolor que incluya información sobre el fármaco, objetivos de control del dolor y el plan de tratamiento, que debe incluir una evaluación del paciente y los posibles riesgos asociados. Una vez instaurado, hará falta reevaluar cada 3 meses a la persona con DCNO para ver cómo responde

a los opioides, verificando tanto la eficacia como la seguridad de estos fármacos^{3,4}.

El tratamiento se debe iniciar con la dosis mínima eficaz y no está recomendado incrementar la dosis sin evaluar los beneficios y los riesgos. Aumentar la dosis equivalente de morfina por encima de 50 mg/día no produce mejoría en el dolor ni en la funcionalidad, e incrementa los riesgos asociados a los opioides. El riesgo de conductas abusivas, sobredosis y muerte está relacionado con la dosis de opioides⁵. En todas las personas con DCNO en tratamiento con opioides, sobre todo si los riesgos superan los beneficios, debemos plantear una deprescripción progresiva del fármaco de manera consensuada con la persona afectada.

En conclusión, podemos afirmar que el balance riesgo-beneficio de los opioides no es favorable en el uso del DCNO y solamente debería recomendarse en casos muy excepcionales.

Bibliografía

1. Castaño J et al. Prescripción y deprescripción de opioides para el dolor persistente no oncológico. FMC. 2024;31(Extraordin 2). [monografía en Internet] Barcelona FMC, Elsevier. 2024. [acceso 10 de jun 2024]. Disponible en: <https://www.fmc.es/>
2. Els C, Jackson TD, Kunyk D, Lappi VG, Sonnenberg B, Hagtvedt R, Sharma S, Kolahdooz F, Straube S. Adverse events associated with medium- and long-term use of opioids for chronic non-cancer pain: an overview of Cochrane Reviews. Cochrane Database of Systematic Reviews. [Internet]. 2017, Issue 10. Art. No.: CD012509. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/P>
3. Aumento de la dosis de opioides y dolor crónico no oncológico. Essencial. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya [en línea]. [citado: 12 junio 2024]. Disponible en: https://essencialsalut.gencat.cat/es/detalls/Article/augment_opioides_dolor_cronic
4. Duración de opioides y dolor crónico no oncológico. Essencial. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya [en línea]. [citado: 12 junio 2024]. Disponible en: <https://essencialsalut.gencat.cat/es/detalls/Article/durada-opioides-dolor-cronic-no-oncologic>
5. Häuser W, Morlion B, Vowles KE, Bannister K, Buscher E, Casale R, et al. European clinical practice recommendations on opioids for chronic noncancer pain - Part 1: Role of opioids in the management of chronic noncancer pain. Eur J Pain. 2021 May;25(5):949-68. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8248186/>

11

No combinar opioides fuertes y depresores del sistema nervioso central en el tratamiento del dolor crónico no oncológico

La combinación de opioides fuertes con depresores del sistema nervioso central (gabapentinoides y benzodiacepinas) aumenta el riesgo de depresión respiratoria. El uso concomitante de opioides con estos dos grupos farmacológicos en el tratamiento del dolor crónico no oncológico (DCNO) se considera una práctica de poco valor y su eficacia es incierta.

Las benzodiacepinas (BZD) son fármacos de uso frecuente en Atención Primaria. En los últimos 10 años, la prescripción ha pasado de ser de 50,88 DHD (dosis por 1.000 habitantes y día) en 2012 a 58,09 DHD en 2022¹. Las BZD están indicadas para el tratamiento de la ansiedad, el insomnio, la deshabitación alcohólica y la agitación, y como coadyuvantes en el tratamiento de los espasmos musculares. Pero en muchas ocasiones su uso se prolonga más allá de lo establecido por la ficha técnica (duración total del tratamiento de 8 a 12 semanas). Cuando las BZD se combinan con opioides fuertes, se potencia el efecto depresor en el sistema nervioso central (SNC), lo que aumenta la probabilidad de depresión respiratoria, sedación profunda o una sobredosis mortal. El efecto sedativo de dicha combinación de fármacos podría condicionar la conducción de vehículos y aumentar el riesgo de dependencia. Por todo ello, las guías de práctica clínica recientes recomiendan no prescribir conjuntamente opioides fuertes y BZD en pacientes con DCNO o, al menos, evitarlo en lo posible y utilizarlo solamente en situaciones excepcionales². A pesar de ello, pautarlos juntos es una práctica habitual en nuestro entorno (en un estudio reciente se evidenció que al 70% de los pacientes con DCNO que tomaban opioides fuertes se les había prescrito también BZD)³. En una revisión sistemática se encontró un aumento del riesgo de sobredosis con la utilización conjunta de BZD y opioides fuertes. Otros estudios con menor rango de evidencia han reportado el mismo riesgo con la utilización conjunta de ambos fármacos².

Por otro lado, los gabapentinoides (gabapentina y pregabalina) son fármacos indicados para el tratamiento de la epilepsia y del dolor neuropático periférico. Al igual que las BZD, son fármacos depresores del SNC que, combinados con opioides fuertes, aumentan el riesgo de depresión respiratoria y muerte. En consecuencia, las guías de práctica clínica recomiendan prestar atención al uso conjunto de opioides y gabapentinoides en pacientes con DCNO, dado que la evidencia desaconseja su uso combinado. En nuestro entorno se ha descrito un 49% de prescripción concomitante de estos fármacos³. Varios estudios han puesto de manifiesto que el riesgo de depresión respiratoria aumenta al inicio del tratamiento y con dosis elevadas⁴. En el año 2022, la Agencia Española del Medicamento (AEMPS) emitió un boletín de seguridad de medicamentos en el que advertía que el uso de gabapentinoides con opioides podía incrementar el riesgo de sobredosis, depresión respiratoria y muerte⁵.

En resumen, el uso concomitante de opioides con depresores del SNC produce importantes efectos secundarios que ponen en riesgo la vida del paciente. La evidencia actual no permite recomendar su utilización conjunta por presentar más riesgos que beneficios. En caso de que se decida hacer una prescripción conjunta, se deberán tener en cuenta los factores individuales de cada paciente, como la edad avanzada, las enfermedades pulmonares (enfermedad pulmonar obstructiva crónica [EPOC] y apnea del sueño), los problemas de adicciones (especialmente, el alcoholismo), la polimedicación y la función hepática y renal. En situaciones donde la combinación sea inevitable, debe establecerse una vigilancia estrecha y un ajuste gradual para evitar efectos adversos tanto de sobredosis como de abstinencia (ansiedad de rebote, convulsiones y delirio tremens). Se recomienda que se evite el uso concurrente de estos medicamentos y que se asegure una vigilancia estrecha (prescripción a la mínima dosis y el mínimo tiempo posible).

Bibliografía

1. Utilización de medicamentos ansiolíticos e hipnóticos en España | Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios [Internet]. [citado 2024 Jun 7]. Disponible en: <https://www.aemps.gob.es/medicamentos-de-uso-humano/observatorio-de-uso-de-medicamentos/informes-ansioliticos-hipnoticos/>
2. Opioides y benzodiacepinas en el dolor crónico no oncológico. Essencial. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya [en línea]. [citado: 12 junio 2024]. Disponible en: [https://essencialsalut.gencat.cat/es/detalls/Article/opioides_benzodiazepines_dolor_cronic_no_oncologic]

3. Perelló-Bratescu A, Dürsteler C, Álvarez-Carrera MA, Granés L, Kostov B, Sisó-Almirall A. (2022). Risk Prescriptions of Strong Opioids in the Treatment of Chronic Non-Cancer Pain by Primary Care Physicians in Catalonia: Opicat Padris Project. *International journal of environmental research and public health*, 19(3), 1652. <https://doi.org/10.3390/ijerph19031652>
4. Opioides y gabapentinoides en el dolor crónico no oncológico. *Essencial*. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya [en línea]. [citado: 12 junio 2024]. Disponible en: [<https://essencialsalut.gencat.cat/es/detalls/Article/opioides-gabapentinoides-dolor-cronic-no-oncologic>]
5. Boletín sobre Seguridad de Medicamentos de Uso Humano. [Internet]. Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios. 2022 [citado: 2024 Jun 15]. Disponible en: <https://www.aemps.gob.es/informa/boletin-mensual-de-seguridad-de-la-aemps-sobre-medicamentos-de-uso-humano-del-mes-de-julio-de-2022/#>



semFYC

Sociedad Española de Medicina
de Familia y Comunitaria