



**La Atención al Paciente con Dolor Crónico No
Oncológico (DCNO) en Atención Primaria (AP).**
Dolor somático osteoarticular

Dra. Carmen Ferrari Piquero
Medico de Familia - C.S. San Andrés, Madrid

Justificación, objetivos y alcance del documento

1. INTRODUCCIÓN:

JUSTIFICACIÓN, OBJETIVOS Y ALCANCE

El dolor es la segunda causa de consulta en Atención Primaria (AP) y más del 50% de las consultas están relacionadas con el dolor crónico.

El dolor crónico es un fenómeno complejo en todas sus vertientes: fisiológicas, bioquímicas, psicosociales, morales y del comportamiento, teniendo importantes consecuencias emocionales, sociales, laborales y económicas para el paciente y su entorno, e incrementando por cinco la probabilidad de utilización de los servicios sanitarios.¹

En el manejo del dolor, los médicos de atención primaria son a menudo los primeros en diagnosticar y tratar las enfermedades que causan dolor, tanto agudo como crónico. Esto los coloca en una posición clave para abordar y tratar el dolor, valorando las opciones tanto farmacológicas como no farmacológicas, seguras y eficaces para sus pacientes.

La evidencia disponible, actualmente, pone de manifiesto que una correcta valoración biopsicosocial, un plan terapéutico integral adecuado e individualizado y un manejo multidisciplinario, mejoran el dolor crónico en lo que respecta a la disminución del dolor, pero sobre todo en lo referente a aspectos emocionales, psicológicos y funcionales.^{4,8-14}

El hecho de la infra evaluación y el infra tratamiento del dolor, es recogido desde 2003 por las organizaciones internacionales- la OMS insta a los países a mejorar la asistencia sanitaria que se realiza en este problema, del mismo modo la asociación internacional para el estudio del dolor (IASP), realizó una declaración en 2010 en Montreal, y las Federaciones Europeas de la IASP desarrollaron en Bruselas en 2011, una hoja de ruta, para marcar a los países europeos, el camino a recorrer para reconocer y abordar el problema del dolor de forma adecuada. Las creencias erróneas, el fatalismo, la falta de formación y recursos de todo tipo pueden ser parte de los motivos para explicar esta situación.

En España, se inició en el 2012, en el marco de la estrategia de la cronicidad del SNS, como uno de sus objetivos, una estrategia para el abordaje y la atención a las personas con dolor, caracterizado por contar con todas las sociedades científicas (multidisciplinariedad) y CCAA, cuyo objetivo es servir de marco para el desarrollo de planes, actualmente se encuentra finalizada, publicada en octubre de 2014 y disponible en:

<http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/abordajecronicidad.htm>

Distintas CCAA como Andalucía, Cataluña, Extremadura y Galicia tienen planes integrales específicos para la atención a las personas^{2,3} con dolor, con diferente grado de implementación en cada una de ellas.

Uno de los objetivos de este documento, es recalcar y hacer visible, la importancia que el Dolor Crónico tiene en el Sistema Sanitario y su repercusión específicamente en Atención Primaria, en todos sus aspectos (prevención, diagnóstico, tratamiento), habiendo buscado el

El hecho de la **infraevaluación y el infratratamiento del dolor** es recogido desde **2003** por las organizaciones internacionales. La OMS insta a los países a mejorar la asistencia sanitaria que se realiza en este problema.

En España **se inició en el 2012** en el marco de la estrategia de la cronicidad del SNS como uno de sus objetivos, **una estrategia para el abordaje y la atención a las personas con dolor**, caracterizada por contar con todas las sociedades científicas.

Uno de los objetivos de este documento **es recalcar y hacer visible la importancia que el dolor crónico tiene en el sistema sanitario y su repercusión específicamente en Atención Primaria, en todos sus aspectos (prevención, diagnóstico, tratamiento).**

¿Qué es?

La atención al paciente con dolor crónico no oncológico (DCNO) en atención primaria (AP). Documento de consenso.

Autores. Coordinadores del consenso:

- ❖ **Dra. Juana Sánchez Jiménez.**
Coordinadora Proyecto por SEMG.
Médico de familia. Coordinadora del grupo de Dolor de SEMG.
- ❖ **Dr. Alejandro Tejedor Varillas.**
Coordinador Proyecto por SemFYC.
Médico de familia. Coordinador Grupo Nacional de Reumatología de SemFYC.
- ❖ **Dr. Rafael Carrascal Garrido.**
Coordinador Proyecto por SEMERGEN. Médico de familia.
Miembro del Grupo Nacional de Dolor de SEMERGEN.



Objetivos

- ❏ **Recalcar y hacer visible, la importancia que el dolor crónico tiene en el sistema sanitario y su repercusión específicamente en atención primaria, en todos sus aspectos (prevención, diagnóstico, tratamiento).**
- ❏ **Establecer un acuerdo entre las tres sociedades científicas de atención primaria: SEMG, SEMFYC y SEMERGEN.**
- ❏ **Poner de manifiesto que una apuesta clara por la AP, situándola como verdadero eje del sistema sanitario.**
- ❏ **Garantizar una atención sanitaria integral (prevención, diagnóstico y tratamiento).**
- ❏ **Definir los aspectos pendientes de evaluación y mejora.**



Diagnóstico del dolor

La valoración inicial del paciente con dolor desde la consulta de AP, debe tener como pilares fundamentales:

- ❖ **Anamnesis** exhaustiva sobre la historia y evolución del dolor.
- ❖ Una **exploración física** sistematizada.
- ❖ Una adecuada utilización e interpretación de las **pruebas complementarias** necesarias.

Herramientas útiles: escalas y cuestionarios

Escalas de medida del dolor:

- ☞ Escala categórica verbal.
- ☞ Escala numérica verbal.
- ☞ Escala de expresión facial.

Otras alternativas para la valoración del dolor son:

- ☞ WOMAC.
- ☞ Mc Gill Pain Questionnaire (MPQ).

Valoración global del paciente:

- ☞ SF-36 y SF-12.
- ☞ Wisconsin Brief Pain Questionnaire (BPG) o Brief Pain Inventory (BPI).

Dolor Neuropático:

- ☞ DN 4.
- ☞ LANSS.
- ☞ ID-PAIN.
- ☞ Detección de Dolor Neuropático Localizado. "Screening tool".

La herramienta: Screening Tool

AYUDAS VISUALES PARA CADA PREGUNTA

DIAGNÓSTICO*

Principal motivo de consulta

	SI	No
1. ¿La historia del paciente sugiere una lesión o enfermedad nerviosa relevante?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Resulta coherente la distribución del dolor desde el punto de vista neuroanatómico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Muestra el examen neurológico algún signo sensorial positivo o negativo en la zona del posible nervio afectado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 x SI → al menos dolor neuropático probable		
4. ¿La zona dolorosa está delimitada y es menor que una hoja de tamaño A4?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 x SI → al menos dolor neuropático localizado probable		

*ver también el algoritmo detallado en la página 7

1. ANAMNESIS
¿La historia del paciente sugiere una lesión o enfermedad nerviosa relevante?

Tres ejemplos frecuentes



Neuralgia posherpética



Enfermedades metabólicas



Lesión traumática de un nervio

1

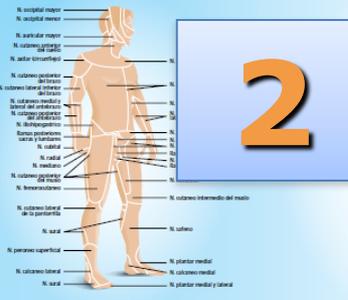
Infección (herpes zoster)

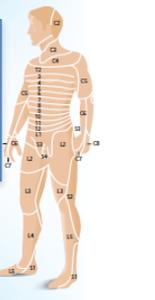
Diabetes mellitus / insuficiencia renal / hipotiroidismo

Traumática o quirúrgica / Amputación de una extremidad / Lesión de un nervio

2. ANATOMÍA
¿Resulta coherente la distribución del dolor desde el punto de vista neuroanatómico?

Síntomas dolorosos y alteraciones sensitivas





Territorios de inervación cutánea de los nervios periféricos

Dermatomas

3. PRUEBAS: EVALUACIÓN SENSITIVA
¿Muestra el examen neurológico algún signo sensorial positivo o negativo en la zona del nervio afectado?



Tacto
Hipo de algodón



Vibración
Diposón de 128 Hz



Calor/ frío
Frasco de NaCl metido en el refrigerador/probeta de agua / muelle de refrigerador/termoscopio



Presión
Jeringa/afilado / Monofilamento

3

Empezar la exploración por una región corporal alejada de las zonas dolorosas (p. ej., la mano si hay dolor/síntomas en los pies) como referencia.

Zona del estudio = área de dolor máximo indicada por el paciente (SI < hoja A4 = localizada)

Repetir cada estímulo tres veces.

Clasificar la respuesta como normal, disminuida o aumentada (respuesta cuantitativa)

Presión al paciente. Inmediatamente después del último estímulo, que evalúe el dolor utilizando la escala del dolor de 4 ítems:

- 0 = ningún dolor/sensación con el contacto
- 1 = sensación desagradable, pero tolerable
- 2 = doloroso
- 3 = muy doloroso, el paciente no puede soportar el contacto

4. EXTENSIÓN DE LA ZONA MÁS DOLOROSA
¿Está circunscrita la zona más dolorosa y es más pequeña que una hoja de tamaño A4?



4

PUEDEN ESTAR INDICADAS OTRAS PRUEBAS ETIOLÓGICAS

Considere los aspectos individuales del paciente:

Examen de laboratorio en sangre:

- Glucosa (v+ HbA1c)
- Índice de tolerancia a la glucosa
- Pruebas tiroideas
- Prueba para el VIH
- Pruebas inflamatorias
- Las hepáticas.

Pruebas: evalúe la remisión al especialista / Pruebas de imagen o de pruebas etiológicas:

- Prueba de conducción nerviosa
- Prueba de conducción nerviosa
- Prueba de conducción nerviosa

Considere los tratamientos médicos previos como posibles causas del DN:

- Radioterapia
- Quimioterapia
- Cirugía/trauma
- Otros, como antibióticos

En caso de progresión de la enfermedad, considerar derivar al especialista sin esperar los resultados de las pruebas de laboratorio o de imagen.

Para las opciones de tratamiento, vean las recomendaciones locales.

ALGORITMO

Motivo principal de consulta: Dolor

1. Anamnesis: ¿La historia sugiere una lesión o enfermedad nerviosa con una distribución neuroanatómica coherente del dolor?

2. Anatomía: ¿Resulta coherente la distribución del dolor desde el punto de vista neuroanatómico?

algoritmo

Si No → Dolor neuropático poco probable

Si

3. Pruebas: ¿Muestra el examen neurológico algún signo sensorial positivo o negativo en la zona del nervio afectado?

Si No → Dolor neuropático probable

Si

4. Extensión de la zona dolorosa: ¿Está circunscrita la zona más dolorosa y es más pequeña que una hoja de tamaño A4?

Si No → Dolor neuropático probable

Si

Dolor neuropático localizado (DNL)

Ejemplos de síntomas o descriptores del dolor: Quemazón, sensación de frío/dolor, descargas eléctricas, hormigueo, sensación de ardor y aguja, entumecimiento, prurito

Tratamiento del paciente con dolor crónico

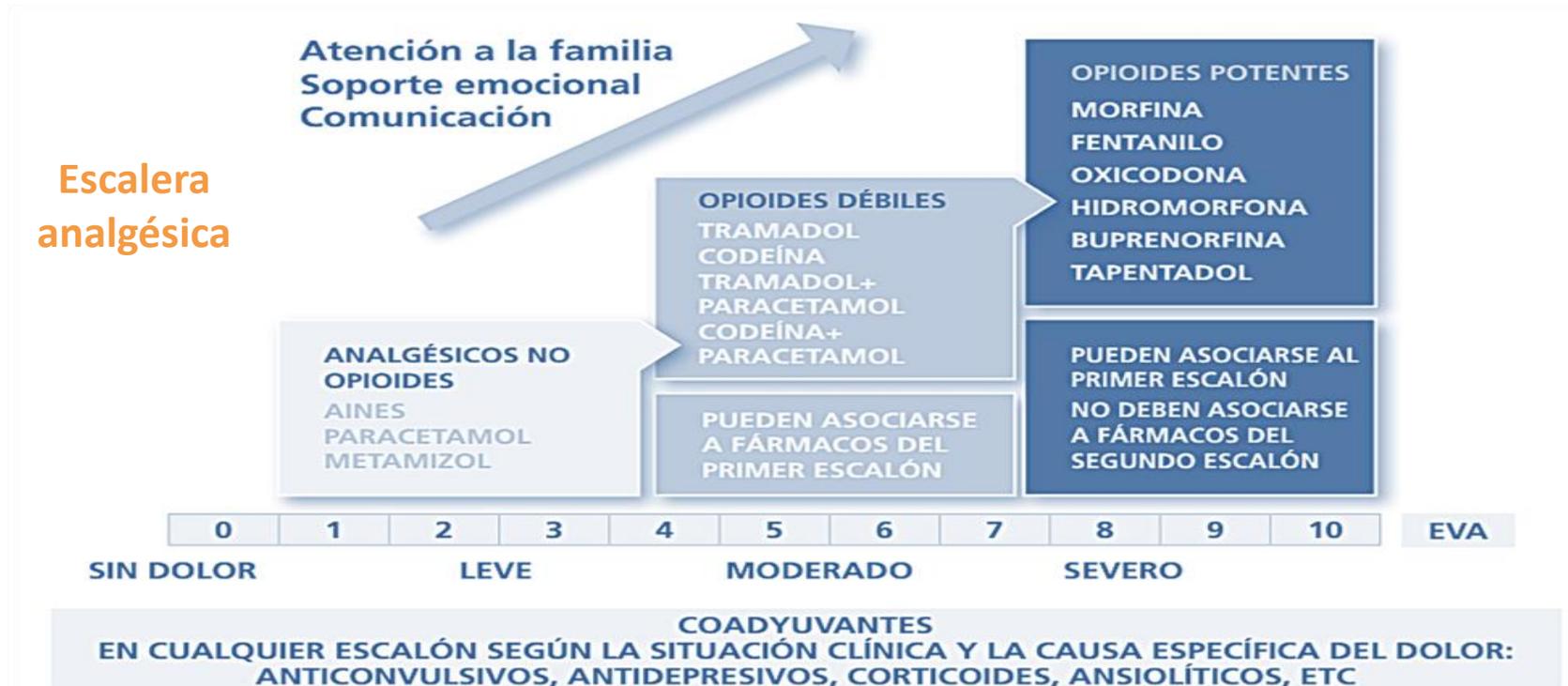
📡 Premisas del tratamiento analgésico:

- ❖ Individual, **adaptado al tipo de dolor y su intensidad.**
- ❖ Teniendo en cuenta la **comorbilidad del paciente** para disminuir en lo posible el riesgo cardiovascular, gastrointestinal, hepático, renal, disminuyendo las interacciones y aumentando la seguridad del paciente.
- ❖ Tener en cuenta el consumo previo y su respuesta analgésica.
- ❖ Pautada.
- ❖ **Modificar según la respuesta analgésica.**
- ❖ Tener en cuenta las preferencias del paciente y adecuarlo a sus expectativas.
- ❖ Informar sobre los beneficios y riesgos esperados.

Tratamiento del paciente con dolor crónico

Teoría:

- La "escalera analgésica" y "ascensor terapéutico", coexisten y pueden ser utilizados; desde este consenso reconocen la utilidad clínica educativa que supuso la creación de la escalera analgésica para su uso en control del dolor oncológico.



Tratamiento del paciente con dolor crónico

Práctica:

- Si se precisa una **escalada terapéutica más rápida** por las características de su dolor, se pueda emplear el ascensor terapéutico o, lo que es más efectivo, un **tratamiento multimodal** o estrategia individualizada **en relación al mecanismo etiopatogénico** causante del dolor, y **proporcional a su intensidad** e impacto en el paciente que lo sufre.

Nuevas estrategias de tratamiento:



Tratamiento del paciente con dolor nociceptivo: antiinflamatorios no esteroideos (AINEs)

- ❏ Indicados solo en **dolor leve y leve-moderado**.
- ❏ **Asociados** a otros analgésicos como los opioides, en dolor moderado y moderado-severo.
- ❏ Todos tienen **techo analgésico**.
- ❏ **Ningún AINE ha demostrado ser más eficaz que otro por vía oral**, aunque sí parecen presentar diferentes perfiles de efectos adversos.
- ❏ **Fármacos:**
 - ❖ Paracetamol.
 - ❖ Ibuprofeno.
 - ❖ Diclofenaco.
 - ❖ Naproxeno.
 - ❖ Indometacina.
 - ❖ Dexketoprofeno.
 - ❖ COXIBs (etoricoxib y celecoxib).

Tratamiento del paciente con dolor nociceptivo: opioides débiles

- ❏ **Indicación: control insuficiente del dolor con los analgésicos/AINEs.**
- ❏ **Indicados en dolor nociceptivo de intensidad moderada no controlado.**
- ❏ **Tienen techo analgésico.**
- ❏ **Se pueden asociar a analgésicos y AINEs, potenciando la analgesia y permitiendo disminuir la dosis total del otro fármaco administrado sin afectar a la eficacia y mejorando la tolerabilidad y seguridad.**
- ❏ **Fármacos:**
 - ❖ **Tramadol.**
 - ❖ **Codeína.**
 - ❖ **Combinaciones fijas de tramadol + paracetamol.**
 - ❖ **Combinaciones fijas de paracetamol + codeína.**
 - ❖ **Combinaciones fijas de ibuprofeno + codeína.**
- ❏ **Si no se consiguen objetivos: retirarlos y proponer al paciente un ensayo de tratamiento con opioides potentes, durante 3 meses.**

Tratamiento del paciente con dolor nociceptivo: opioides potentes

- 📡 **Indicación:** paciente con **dolor de moderado a intenso**, o en paciente con dolor **no controlado** cuyo **tratamiento previo** haya fracasado.
- 📡 **Antes de iniciar el tratamiento:**
 - ❖ Revisar e identificar condiciones clínicas que pueden interferir con el uso de opioides.
 - ❖ Informar de los beneficios, riesgos y efectos adversos (ORT).
- 📡 **Durante el tratamiento:**
 - ❖ **Vigilancia periódica.**
 - ❖ **Fase de inicio y titulación de tratamiento:**
 - ✓ Individualizar con la menor dosis para titular, subir de un 25-50% en las revisiones, hasta lograr la dosis eficaz.
 - ✓ No partir comprimidos en formas retardadas.
 - ✓ Anticipar efectos secundarios: estreñimiento, náuseas.
 - ❖ **Fase de mantenimiento:** vigilar la aparición de los efectos adversos que en su mayoría se autolimitan. De no ser así y estando en dosis eficaz, plantear la revisión del tratamiento y/o rotación de opioides.

Opiod Risk Tool (ORT)

📶 Riesgo bajo

- ❖ No historia actual o anterior de abuso de drogas.
- ❖ No historia familiar de abuso de drogas.
- ❖ Ausencia de trastornos psicológicos mayores sin tratamiento.

📶 Riesgo moderado

- ❖ Historia de abuso de drogas sometido a tratamiento y controlado actualmente.
- ❖ Historia familiar significativa de abuso de drogas.
- ❖ Trastorno psicológico pasado o comórbido en tratamiento.

📶 Riesgo alto

- ❖ Abuso de drogas presente en la actualidad.
- ❖ Adicción a drogas en la actualidad.
- ❖ Trastorno psicológico mayor sin tratamiento.
- ❖ Riesgo significativo para el propio paciente y para el profesional.

Opioides potentes comercializados en España

Morfina	Alcaloide natural, es el prototipo de los opioides. Biodisponibilidad del 20 al 60%. Metabolismo hepático y eliminación renal.
Oxicodona	Derivado sintético de la tebaína. Utilizado sobre todo en dolor neuropático. Mayor biodisponibilidad que morfina. Metabolismo hepático y eliminación renal. Más estreñimiento que morfina.
Oxicodona-naloxona (antagonista μ) 2-1	Menor incidencia de estreñimiento.
Hidromorfona	Derivado semi sintético de la morfina. Metabolismo hepático y eliminación renal. Muy similar a morfina en efectos secundarios.
Fentanilo TTS:	Opioide sintético altamente liposoluble,. 100 veces más potente que Morfina. Menos estreñimiento que morfina.
Metadona	Opioide sintético, agonista potente y antagonista del receptor NMDA. Elevada vida media y posibilidad de presentar interacciones con otros fármacos. Especialmente indicado en pacientes adictos a opioides. Puede utilizarse en insuficiencia renal.
Buprenorfina transdérmica	Derivado semisintético de la tebaína. Agonista – antagonista mixto 25-50 veces mayor potencia que la morfina. Mayor duración de acción (hasta 96 horas), posología de 2 días fijos por semana. Bajo potencial adictivo. Puede utilizarse en insuficiencia renal.
Tapentadol	Opioide sintético con mecanismo de acción dual (MOR/NRI): Absorción rápida con amplia distribución y baja unión a proteínas (menor potencial de interacciones). Metabolismo hepático y eliminación renal. No precisa ajuste en insuficiencia hepática leve, ni en insuficiencia renal leve o moderada. Actúa sobre los componentes del dolor.

Efectos adversos de los opioides

Fase de aparición	Efectos adversos
Iniciales pero transitorios desaparecen con tolerancia	Náuseas, vómitos Somnolencia, sedación
Iniciales pero persistentes y frecuentes	Estreñimiento
Otras reacciones adversas menos frecuentes	Prurito Sequedad de boca Depresión respiratoria Diaforesis Disforia, alucinaciones Confusión
Con el tratamiento prolongado a largo plazo	Inmunosupresión Posible hipogonadismo Trastornos sueño

Causas de modificación/retirada del tratamiento opioide y estrategia aconsejada

Causas de modificación/retirada del tratamiento opioide	Decisión
Falta de eficacia analgésica tras 3 meses: <ul style="list-style-type: none">☞ Dolor que no responde a opioides☞ Tolerancia (el aumento de dosis no se asocia a la disminución del dolor)	Reevaluar Retirar
Presencia de dolor paradójico como alodinia o hiperalgesia (sensibilidad especial al dolor, mediada por receptores opioides)	Rotar opioide
Resolución del problema/causa del dolor	Retirar
Deseo del paciente	Retirar
Efectos adversos	Terapia adyuvante Rotación opioides
Conductas aberrantes	Retirada

Cuanto más tiempo lleve el paciente con opioides, más lenta debe ser la retirada: Se recomienda un descenso del 20-50% semanal de la dosis prescrita. Si aparecieran síntomas de abstinencia volver a reinstaurar el 50% de la dosis total.

Tratamiento del paciente con dolor neuropático: 1ª línea

- 📡 **Fármacos antidepresivos:** tricíclicos, duloxetina y venlafaxina.
- 📡 **Fármacos antiepilépticos:** gabapentina, pregabalina y carbamacepina (DN central).
- 📡 **Fármacos tópicos:** capsaicina y apósito de lidocaína al 5%.

Fármacos tópicos:

- **Capsaicina** es un alcaloide derivado del chile. Mecanismo acción: puede eliminar la sustancia P de los terminales nerviosos sensoriales locales asociado al inicio de la transmisión del estímulo doloroso. Parches al 8% (prescripción hospitalaria). Su principal efecto adverso es la quemazón al inicio del tratamiento.
- **Apósito de Lidocaina al 5%:** produce un bloqueo de canales de sodio (Na); acción analgésica, no anestésica. Menor riesgo de interacciones y de efectos adversos sistémicos. Valorar como primera línea si se trata de un dolor neuropático localizado que curse con alodinia.
El tratamiento tópico se debe considerar en primera línea en población vulnerable por sus menores efectos secundarios.

Tratamiento del paciente con dolor neuropático: 2ª línea

Opioides:

- ❖ Tramadol.
- ❖ Morfina.
- ❖ Oxycodona.
- ❖ Metadona.
- ❖ Tapentadol.

Tratamiento del paciente con dolor crónico:

2ª línea: opioides

Fármaco	Características
Tramadol	Se considera primera línea en pacientes con exacerbaciones agudas, especialmente la combinación tramadol/paracetamol o en pacientes en los que predomine un dolor no neuropático coexistente.
Morfina	En las GPC se considera superior al placebo aunque se advierte del riesgo de dependencia y de efectos adversos, excepto en DN post amputación que se puede contemplar en primera línea.
Oxicodona	Mejora el dolor neuropático periférico pero se considera en 2ª línea por el riesgo de dependencia y seguridad a largo plazo.
Metadona	Por su complejidad de uso, se recomienda solo manejo por expertos.
Tapentadol	Evidencia en dolor neuropático puro (neuropatía diabética dolorosa) y dolor mixto (lumbalgia crónica) 70,86-88. Mecanismo de acción dual (MOR/NRI): agonista receptor μ e inhibidor de la recaptación de noradrenalina (acción sinérgica analgésica).

Tratamiento del paciente con dolor crónico: 3ª línea

- 📶 **Benzodiacepinas y miorrelajantes.**
- 📶 **Corticoides.**
- 📶 **Vitaminas de grupo B.**
- 📶 **Laxantes y antieméticos.**

Tratamiento del paciente con dolor neuropático:

3ª línea: otros fármacos en dolor crónico no oncológico

Fármaco	Características
Benzodiacepinas y miorrelajantes	No han demostrado eficacia e incluso pueden significar un riesgo adicional en pacientes ancianos o en tratamiento con opioides potentes, pueden tener utilidad puntualmente y por tiempo corto, no más de 7 días, excepto ciclobenzaprina con indicación específica y eficacia en fibromialgia.
Corticoides	No tienen indicación ni se recomiendan en dolor crónico, se podrían recomendar de forma individualizada en situaciones agudas de compresión neurógena.
Vitaminas de grupo B	No han demostrado eficacia, no se recomienda su utilización.
Laxantes y antieméticos	Se utilizan como coadyuvantes en el tratamiento con opioides potentes para evitar sus efectos secundarios.

Tratamiento del paciente con dolor crónico: en situaciones especiales

Paciente	Características
Anciano	<ul style="list-style-type: none">• Paracetamol es el fármaco de elección para el control del dolor leve-moderado.• Los tratamientos tópicos pueden ser una opción válida en el tratamiento del dolor crónico.• El uso de opioides en ancianos puede ser seguro y eficaz para el control del dolor moderado o intenso no controlado, siguiendo unas precauciones adecuadas.
Polimedicado (valorar posibles interacciones)	<ul style="list-style-type: none">• Gabapentina y pregabalina se eliminan sin metabolizar; bajo riesgo de interacciones.• La morfina riesgo de interacciones bajo (salvo la posibilidad de potenciar los efectos sobre el SNC)• Tapentadol, por su metabolismo por glucuronización, menor riesgo de interacciones.• Tratamientos tópicos, no hay interacciones clínicas significativas.
Insuficiencia renal	<ul style="list-style-type: none">• Fentanilo, buprenorfina y tapentadol tiene mejor perfil en la insuficiencia renal.• Duloxetina no precisa ajustes de dosis con Ccr mayores de 30 ml/min.• Tratamientos tópicos no requieren ajuste de dosis en casos de insuficiencia renal.

Tratamiento del paciente con dolor crónico: en situaciones especiales

📡 Pacientes con insuficiencia hepática:

- ❖ Disminuir dosis de paracetamol sin sobrepasar 1,5 gr/24 h.
- ❖ La hepatotoxicidad grave por AINEs es rara. No recomendados en cirrosis hepática, Si es indispensable hay que valorar el uso de COXIBs. De todos los AINEs el riesgo es mayor con diclofenaco.
- ❖ El deterioro de la función hepática afecta principalmente a los opioides:
 - ✓ Tramadol: se recomienda disminuir la dosis a 50 mg/12 h con el uso de la formulación de liberación normal. Evitar las fórmulas de liberación retardada.
 - ✓ El aclaramiento de la morfina puede reducirse un 25% o más en casos de insuficiencia hepática, y además puede precipitar la encefalopatía hepática. Por ello se recomienda disminuir las dosis habituales.
 - ✓ Oxycodona: iniciar con un 33-50% de la dosis habitual e ir subiendo la dosis cuidadosamente. También podría ser preciso alargar el intervalo de administración.
- ❖ La gabapentina y la pregabalina se eliminan sin modificar por el riñón por lo que no requieren ajustes de dosis en casos de insuficiencia hepática.
- ❖ Conviene evitar el uso de duloxetina en pacientes con deterioro de la función hepática.
- ❖ Evitar el uso del parche de lidocaína en pacientes con insuficiencia hepática importante.

Tratamiento del paciente con dolor crónico: en situaciones especiales

- ❏ **Pacientes con enfermedades cardíacas y respiratorias:**
 - ❖ **AINEs-COXIBs** valorar riesgo beneficio, están contraindicados en fases agudas de enfermedades cardiovasculares, el mayor riesgo con diclofenaco, el menor con naproxeno.
 - ❖ **Contraindicados AAS** y sus derivados en pacientes con asma.
 - ❖ **En pacientes anticoagulados** la recomendación es evitar el uso de AINEs, incluso con los nuevos anticoagulantes, rivaroxaban, dabigatran o apixaban. En caso de ser necesario valorar el uso de COXIBs por tener menos riesgo de hemorragia, aunque por otra parte no están indicados en pacientes con enfermedad cardiovascular grave.
 - ❖ **En pacientes antiagregados** tendremos en cuenta que ibuprofeno y naproxeno interfieren con el efecto antiagregante de AAS (esto puede minimizarse si se administran al menos 2 horas después del AAS), no así paracetamol, diclofenaco y los COXIBs. El uso de AINEs en pacientes con cardiopatía isquémica antiagregados, aumenta el riesgo cardiovascular.
 - ❖ **Los antidepresivos tricíclicos** se han asociado con un incremento del riesgo de eventos cardiovasculares, pueden provocar arritmias, taquicardia sinusal y prolongación del tiempo de conducción. Contraindicados en infarto agudo de miocardio reciente.
 - ❖ **Gabapentina y pregabalina** pueden causar edema periférico y ganancia de peso lo que puede dificultar la evaluación de pacientes con insuficiencia cardíaca o enfermedades vasculares periféricas.
 - ❖ **Los opioides** se pueden asociar a depresión respiratoria, especialmente en pacientes ancianos, por lo que se deben usar con precaución en pacientes con cardiopatías o enfermedades respiratorias. En este sentido, tramadol podría ser la opción más segura.

Tratamiento del paciente con dolor crónico: en situaciones especiales

📶 **Pacientes con enfermedades cerebrales y cerebrovasculares:**

- ❖ **Los antidepresivos tricíclicos se pueden asociar a trastornos de memoria o déficits cognitivos, y además, pueden disminuir el umbral para el desarrollo de crisis comiciales en población vulnerable.**
- ❖ **Gabapentina, pregabalina y duloxetina también pueden producir somnolencia y mareo.**
- ❖ **Se han descrito casos de crisis convulsivas tras una retirada abrupta del tratamiento con gabapentina o pregabalina.**
- ❖ **La presencia de trastornos cerebrales o cerebrovasculares no afecta la eficacia ni la tolerabilidad de los tratamientos tópicos.**

Tratamiento del paciente con dolor crónico: principios del manejo a tener en cuenta en los pacientes con demencia

Administrar siempre una combinación de medidas farmacológicas con no farmacológicas.

Analgesia continua, no a demanda.

Los fármacos deben de ser administrados preferiblemente por vía oral y por reloj (fijar horas con el paciente-familia-cuidadores para la toma de su medicación).

Uso de la escalera analgésica de la OMS, aunque los pacientes con dolor severo e incapacitante pueden iniciar analgesia en el segundo o tercer escalón.

Comenzar con dosis bajas, titulando lentamente, vigilando efectos secundarios.

Los AINEs no deben de usarse en tratamientos a largo plazo, especialmente en cardiópatas, nefrópatas, hepatópatas, o enfermedad gastrointestinal.

No se recomienda apurar al máximo las dosis de un fármaco antes de pasar de escalón. A pesar de un mayor uso de fármacos, es más recomendable el uso de combinación de fármacos no opioides, opioides, adyuvantes que el uso en dosis máximas de un solo fármaco.

Dosis fijas de combinaciones de opioides y paracetamol pueden ser útiles para el dolor moderado.

Cuando se usan opioides es necesario anticiparse y manejar correctamente la aparición de efectos secundarios especialmente frecuentes en el anciano: estreñimiento (uso de laxantes), sedación, hipotensión ortostática, náuseas, retención urinaria.

Por la vida media larga de la metadona debido a su liposolubilidad, es el opioide menos recomendado tanto para su uso como para la rotación de opioides en el anciano. Es necesaria una reevaluación continua del tratamiento y de la eficacia del mismo.

Los principales objetivos clínicos a perseguir, como mínimo deberían de incluir una disminución del dolor, que se refleje en una mejoría en el carácter, en el sueño-descanso nocturno, y en la funcionalidad del paciente.

Recomendar el aumento de la hidratación de los pacientes para favorecer la eliminación renal de los fármacos y prevenir la intoxicación por deshidratación.

Tratamiento del paciente con dolor crónico: criterios de derivación

Como **criterio general de derivación** se ha propuesto la **necesidad de un abordaje integral** del paciente en la valoración o **tratamiento multidisciplinar** (especialmente aquel que no mejora con el tratamiento según lo esperado):

Pacientes donde no esté aconsejado el empleo de analgésicos por las enfermedades concomitantes del mismo, con el objetivo de valorar otras alternativas (aplicación de técnicas invasivas).

Pacientes con alergias a gran cantidad de fármacos, incluidos múltiples analgésicos.

Antecedentes de toxicomanía con dolor intenso.

Uso de dosis superiores a 90 mg/día de morfina o dosis equianalgésicas de otros opioides mayores con dolor de difícil control.

En dolor neuropático, si el dolor no se controla con fármacos de primera y segunda línea.

Si, al cabo de 6 meses de tratamiento y seguimiento adecuado con un plan integral de tratamiento (PTI), la intensidad del dolor y/o funcionalidad no han alcanzado los objetivos, debe considerarse como un cuadro de dolor crónico de difícil control.

Tratamiento del paciente con dolor crónico: conclusiones y recomendaciones I

- ❏ Promover y potenciar el **abordaje integral** de las personas con dolor crónico (DCNO).
- ❏ La **AP es clave** para la prevención y abordaje del dolor crónico.
- ❏ Promover **evaluación multidimensional** del dolor crónico. Además, en el caso del dolor neuropático, es recomendable el uso de cuestionarios validados específicos.
- ❏ Se debe **potenciar el rol de la enfermería** dentro de los equipos de Atención Primaria.
- ❏ La **entrevista** del paciente con dolor crónico (DCNO) debe caracterizarse por ser **motivacional y empática**.
- ❏ Se debe **aumentar la capacidad de resolución** de los profesionales de AP, dotándoles de recursos y acceso a las pruebas diagnósticas necesarias para ello.

Tratamiento del paciente con dolor crónico: conclusiones y recomendaciones II

- 📡 El **uso correcto según las guías de práctica clínica** de los fármacos disponibles para el tratamiento del DCNO.
- 📡 El **objetivo terapéutico** debe ser, no solo la disminución del dolor, sino la mejora de la capacidad funcional y la calidad de vida del paciente.
- 📡 Se deben diseñar y promover que favorezcan la **participación activa e implicación del paciente**.
- 📡 La **formación de todos los profesionales implicados** en la atención al paciente con DCNO debe ser un objetivo prioritario del SNS.
- 📡 Todos los médicos de AP deberían tener acceso **a derivar a las Unidades de Tratamiento del Dolor (UTD)** de los hospitales de referencia.