

Evaluación de alternativas farmacológicas y no farmacológicas. Terapia codayuvante

El abordaje del dolor, y en particular del dolor crónico no oncológico (**DCNO**) es complejo y comprende estrategias farmacológicas y no farmacológicas. Con frecuencia coexiste con otras comorbilidades, como la depresión mayor o la ansiedad y requiere un enfoque multidisciplinar y un tratamiento individualizado.

En este módulo abordaremos las alternativas no farmacológicas y farmacológicas en el tratamiento del dolor, así como la terapia codayuvante.

TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO DEL DOLOR:

La forma de expresar el dolor en cada paciente puede ser muy variada, es conocido que la administración de placebo puede reducir el dolor hasta en un 20% , lo cual demuestra el componente psíquico del dolor

Uno de los objetivos del tratamiento del dolor crónico es prevenir y minimizar la discapacidad que produce, por tanto el enfoque del tratamiento no farmacológico debe abordar tanto aspectos psicológicos como físicos

Estilo de vida saludable:

- *Dieta adecuada*



- Control de peso
- Actividad física regular, acorde con la edad y la condición física
- Sueño, un descanso adecuado disminuye la ansiedad y por tanto la percepción del dolor

Las terapias no farmacológicas son muy importantes para el manejo integral de las enfermedades que cursan con dolor. Los pilares en el tratamiento no farmacológico son la actividad física y la educación del paciente conjuntamente con terapias cognitivas conductuales, combinándolas con un programa de rehabilitación y con la participación de distintos profesionales

TABLA 4. TERAPIAS NO FARMACOLÓGICAS EN ENFERMEDADES MUSCULOESQUELÉTICAS EN LA ATENCIÓN PRIMARIA
 (MODIFICADA DE HURLEY MV, BEARNE LM, 2008).³⁰

	DCG	LC	OA	AR
Actividad física	+	+	+	+
Educación del paciente	+	+	+	+
Terapia cognitivo conductual	+	+	+	+
Programa de ejercicio	+	+	+	+
Terapia de Conciencia Corporal, Tai Chi, Chi Kung	+	X	+	+
Acupuntura	X	X	+ ^a	X
TENS	+ ^b	X ^b	+ ^a	+ ^c
Ultrasonido	X	X	0 ^a	+ ^c
Termoterapia	X	X		
Hielo			+ ^a	
Calor				+ ^c
Manipulación	X	+	X	X
Movilización	X	X	X	X
Tracción	X	0	X	X
Masaje	X	X	X	X

DCG= Dolor crónico generalizado, LC= Lumbalgia crónica (inespecífica), OA= artrosis/osteoartritis, AR= artritis reumatoide
 +, Efectos positivos en el dolor y / o la función física; 0, no efecto, X, en conflicto o falta de pruebas
 TENS, la estimulación nerviosa eléctrica transcutánea.

a= Artrosis de Rodilla.

b= Efectos sobre el dolor localizado.

c= Manos.

Terapias no farmacológicas:
Actividad física
Educación del paciente
Terapia cognitivo conductual
Técnicas físicas: programas de rehabilitación

TÉCNICAS FÍSICAS:

Se dirigen a aliviar la gravedad del dolor, en la creencia de que una vez que se logra, el paciente sera capaz de reanudar sus actividades normales o de rehabilitación activa

TABLA 5. EFICACIA A CORTO Y LARGO PLAZO, RENTABILIDAD Y VIABILIDAD CLÍNICA DE USO COMÚN DE LAS MODALIDADES DE TERAPIA FÍSICA UTILIZADOS EN EL TRATAMIENTO DE LAS ENFERMEDADES MUSCULOESQUELÉTICAS.

(MODIFICADA DE BREMANDER A, BERGMAN S, 2008).³¹

Modalidad	Eficacia a corto plazo	Coste-eficacia	Factibilidad	Eficacia a largo plazo
Termoterapia	✓	? ✓	? ✓	? ✓
Manipulaciones / movilizaciones	? x	x	x	x
Masaje	?	? ✓	✓	?
Acupuntura	?	? x	?	?
Electroterapias: TENS	✓	? ✓	? ✓	? ✓
Terapia Interferencial	? x	x	x	x
Ultrasonido	? x	x	x	x
Terapia con láser de bajo nivel	? x	x	x	x
Diatermia de onda corta	? x	x	x	x

✓, buena evidencia (ensayos clínicos de buena calidad y revisiones sistemáticas); ? , poco claro debido a la falta de ensayos de calidad; ?✓, no hay pruebas, pero plausible; ?✘, no hay pruebas, pero poco probable.
TENS = Estimulación nerviosa eléctrica transcutánea

TECNICAS PSICOEDUCATIVAS:

El tratamiento psicoemocional del dolor esta especialmente indicado en dolor crónico. Las actuaciones mas relevantes serán:

- Información

La información es clave ya que *un paciente bien informado esta mejor preparado para afrontar su enfermedad, clínica y emocionalmente*. La información sera correcta, clara y en el tiempo suficiente. Independientemente del nivel de eficacia debe ser el primer paso y tiene el nivel máximo de recomendación, por que es un derecho esencial del paciente y una obligación ética del profesional. Explicar que no existe un fármaco mágico pero si existen multiples opciones terapéuticas. Información en folletos y web validadas

- Relajación:

Romper el circulo dolor - tension muscular - dolor. Ejercicios regulares y programados de contracción y relajación de grupos musculares

- Tecnicas cognitivo conductuales:

El objetivo de estas técnicas busca *reducir la experiencia del dolor y su impacto emocional, fomentar el automanejo de la enfermedad y reducir medicación y la dependencia de los agentes de salud*

Herramientas:

- Re conceptualización del dolor como problema manejable
- Detección de relaciones e influencias reciprocas entre factores psicosociales y dolor
- Educación. Normalización de las creencias y procesamiento de la información



- Enseñanza de estrategias de afrontamiento activas: relajación, respiración profunda, control de la atención y autoverbalización
- Trabajo con equipo terapéutico y comunicación
- Modificación de los contenidos mentales con el fin de cambiar la experiencia emocional, adiestrando al paciente en sus sensaciones corporales

**En el DCNO importante el tratamiento psicoemocional:
Información al paciente
Relajación
Técnicas cognitivo conductuales**

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DEL DOLOR

El tratamiento farmacológico forma parte del tratamiento multidimensional del dolor y *su objetivo es controlar la sintomatología del dolor, mejorando la funcionalidad y por tanto la calidad de vida del paciente*

Pautas para el tratamiento farmacológico del dolor:

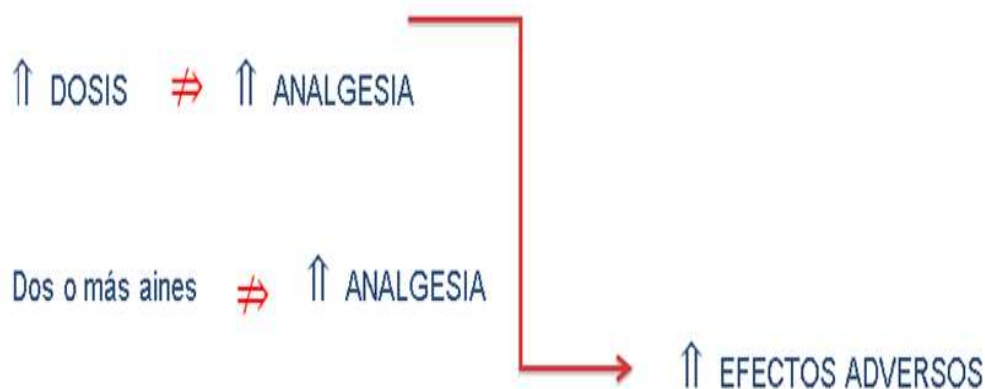
- Individualizar y adaptar al tipo de dolor y su intensidad
- Tener en cuenta la comorbilidad del paciente para disminuir riesgo cardiovascular, renal gastrintestinal, hepático, disminuyendo las interacciones y aumentando la seguridad del paciente
- Tener en cuenta el consumo previo y la respuesta analgésica
- Tratamiento pautado
- Ir modificando el tratamiento en función de la respuesta analgésica
- Tener en cuenta las preferencias del paciente y adecuar a sus expectativas
- Informar sobre riesgos y beneficios
- Acuerdo con el paciente con el objetivo de mejorar la efectividad, satisfacción y adherencia terapéutica

Tanto la escalera analgésica aprobada por la OMS (1986), como el ascensor terapéutico (2002), coexisten en la actualidad y pueden ser utilizados. En los pacientes que necesiten una escalada farmacológica mas rápida utilizar el ascensor terapéutico



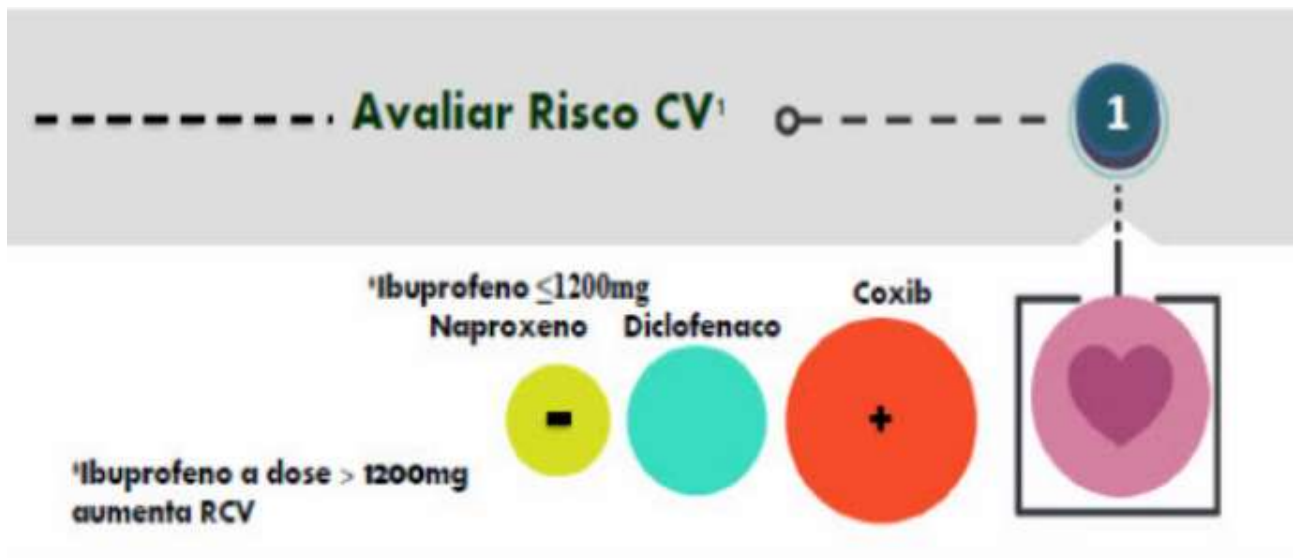
Fármacos del primer escalón: AINES




- Con nula o escasa capacidad antiinflamatoria: paracetamol, metamizol
- Inhibidores no selectivos COX: AAS y derivados
 - AINES convencionales
- Inhibidores selectivos de la COX2 (etoricoxib, celecoxib)




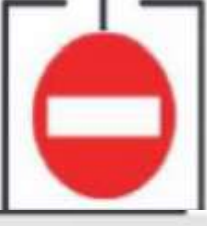
PARACETAMOL - Eficacia y seguridad - Uso pautado - Ancianos y nefropatía - Riesgo hepatotoxicidad, GI y CV en dosis mayores de 3 gr al día	IBUPROFENO - Menos gastrolesivo y cardialesivo que otros AINES a dosis inferiores a 1200 mg/día	DICLOFENACO - Buen perfil de riesgo GI - Riesgo CV. Precaución en pacientes con FRCV
NAPROXENO - Mejor perfil de R.CV - Riesgo GI alto	INDOMETACINA - Perfil CV más desfavorable - Interfiere con AAS	DEXKETOPROFENO - Riesgo GI alto - Dolor postoperatorio
COXIBS (Etoricoxib y Celecoxib) - Bajo riesgo GI - RCV similar a otros AINES - Indicado en EI.		


SELECCIONAR AINE ADECUADO PARA CADA PACIENTE





----- **Avaliar**  -----  ----- 

 Se RCV alto ou RGI alto valorar alternativas


EVITAR AINE se³: Risco CV alto + GI alto
ERC 3-5 (FG < 60ml/min/1.73m²) 


 **AVALIAR BENEFICIO/RISCO**
Posibles alternativas: paracetamol + opioide **MENOR**

QUE HACER SI ANALGESIA INSUFICIENTE

 **Aumentar dose do AINE ata dose máxima recomendada** 

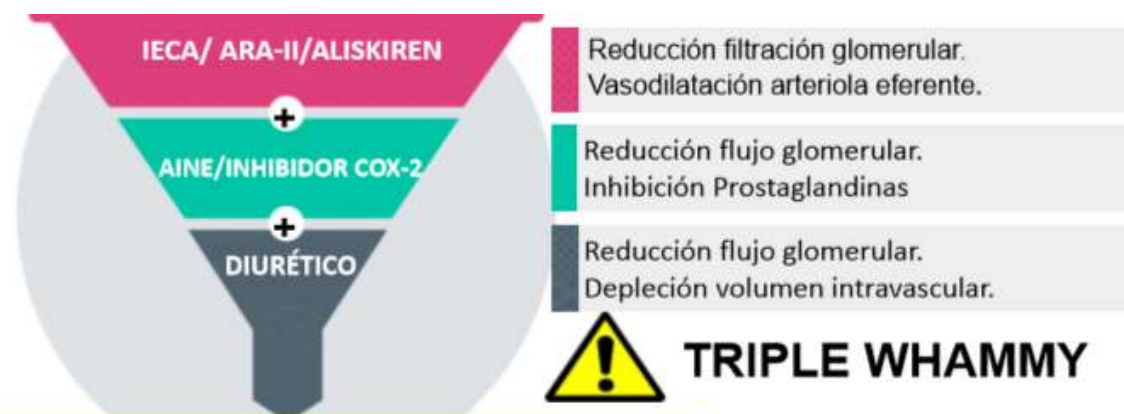
Valorar AINE de vida media longa

Cambiar a outro AINE 
Non tódolos pacientes son iguais

Combinar con paracetamol ou un opioide menor se é preciso 

Utilizar AINES
coa dose eficaz
máis baixa
posible e o
menor tempo
posible

 **¡NON ESQUECER**
RISCO TRIPLE WHAMMY!



↑ 31% RIESGO FRACASO RENAL AGUDO

 <p>¿QUÉ HACER?</p>	<p>EVITAR AINE: Alternativas: metamizol, paracetamol, tramadol. AINE tópico. Si AINE no evitable: usar menor dosis y tratamientos cortos.</p> <p>VIGILAR Función Renal y K⁺ Peso, TA.</p>	<p>FACTORES DE RIESGO Enf. Renal Crónica Diabetes Cirrosis I. Cardíaca Depleción Volumen (vómitos, diarrea, infección, restricción hídrica) Colonoscopia</p>	 <p>Precaución Edad Avanzada (↓ CICr)</p>	<p>EDUCAR No AUTOmedicación con AINES</p> <p> Síntomas de alerta: Edema, oliguria, confusión, náuseas...</p>
---	---	---	--	--

Fármacos del segundo escalón

- Opioides débiles: tramadol y codeína
(módulo 2.3)

Tramadol: opioide débil con doble mecanismo de acción

Codeína: opioide débil, mas estreñimiento que tramadol y menos efectos gástricos

Fármacos del tercer escalon

- Opioides fuertes: morfina, oxicodona, hidromorfona, fentanilo, buprenorfina, tapentadol
(módulo 2.3)

Metadona
Tratamiento adiccion

Oxicodona

Hidromorfona

Fentanilo

Morfina
Opioide de referencia

Buprenorfina

Tapentadol
Doble mecanismo de accion

TERAPIA COADYUVANTE

Existen un grupo de fármacos, para el tratamiento de otras enfermedades no relacionadas con el dolor, que son empleados en el tratamiento del dolor como coadyuvantes.

A veces se usan como analgésicos específicos en ciertos cuadros dolorosos en los que fracasan los analgésicos (AINE, opioides) y en otros casos se emplean como terapia coadyuvante potenciando la acción analgésica de los AINE y los opioides o disminuyendo los efectos secundarios de los mismos o para tratar síntomas que acompañan al dolor crónico.

La terapia coadyuvante se puede asociar a los analgésicos en todos los escalones de la OMS



Ejemplos de **situaciones en los que pueden ser apropiado usar coadyuvantes:**

- Cuando el uso de analgésicos (AINE, opioide) se ve limitado por el efectos adversos o no proporciona un alivio adecuado del dolor (dolor neuropático)
- Insomnio, con creciente ansiedad y dolor
- El dolor agudo, punzante o lacerante, como la neuralgia del trigémino, puede responder a los anticonvulsivantes (carbamacepina)
- El dolor de la neuralgia postherpética o neuropatía dietética, puede responder a los antidepresivos
- El dolor por compresión nerviosa puede responder a los corticoesteroides

El uso apropiado de los coadyuvantes requiere de una valoración cuidadosa del paciente y de sus síntomas

El uso de estos fármacos coadyuvantes tiene **limitaciones:**

- Todos tienen el potencial de causar *efectos secundarios indeseables*
- El alivio del dolor *no suele ser inmediato* y el efecto pleno de estos medicamentos puede llevar semanas
- Muchas veces *el paciente no sigue la pauta del medicamento* por que el alivio no es inmediato o no ha comprendido por que se prescribe
- Al ser fármacos, en su mayoría, antidepresivos o ansiolíticos, *el paciente puede creer que no se valora su dolor* y que le están tratando para la ansiedad o la depresión

IDEAS CLAVE:



El objetivo del tratamiento del DCNO es prevenir y minimizar la discapacidad que produce

El abordaje del tratamiento del DCNO es complejo y requiere estrategias farmacológicas y no farmacológicas

Los pilares del tratamiento no farmacológico son la educación del paciente, la actividad física, la terapia cognitivo conductual y los programas de rehabilitación

En el tratamiento farmacológico utilizar la escalera analgésica de la OMS. En caso de necesitar una escalada mas rápida, utilizar el ascensor terapéutico

Ademas de los AINES (primer escalón) y los opioides (segundo y tercer escalón), existen fármacos coadyuvantes que alivian el dolor en situaciones específicas

