

# CONSIDERACIONES PRÁCTICAS PARA EL USO RESPONSABLE DE ANALGÉSICOS

[www.medscape.org/firstresponse/pain-spanish](http://www.medscape.org/firstresponse/pain-spanish)

## SEGMENTO 1

**Jo Nijs, PT, MT, PhD.** Hola, soy Jo Nijs de la Universidad de Bruselas y la Universidad de Gothenburg y el Hospital Universitario de Bruselas. Les mostraré cómo pueden diferenciar entre dolor neuropático, nociceptivo y nociplástico, y cómo esto puede mejorar su tratamiento, incluido el uso de analgésicos. Por supuesto, también puede haber tipos mixtos de dolor. Pero, en general, estos son los 3 tipos principales reconocidos por la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor, la IASP, y la IASP también creó la definición del más reciente tipo de dolor reconocido por la comunidad científica general, que es el dolor nociplástico. Por supuesto, el mecanismo de sensibilización central es el mecanismo subyacente que se presume que es el responsable, en gran medida, del dolor de tipo nociplástico. Pero, por supuesto, recordemos que la sensibilización periférica y central también participa en otros estados del dolor, incluido el dolor neuropático.

Para guiarlos a través del diagnóstico diferencial entre esos tres principales tipos de dolor, utilizaré el estudio de caso de la Sra. Ni. La Sra. Ni tiene 54 años. Padece de artrosis de rodilla desde hace más de 10 años.

Así que hacemos el diagnóstico diferencial entre esos tres principales tipos de dolor. Y lo primero que tenemos que hacer es preguntarnos: “¿Está sufriendo de dolor crónico?”. Porque solo se puede diferenciar entre esos tres principales tipos de dolor cuando hablamos de dolor crónico, es decir, dolor de al menos tres meses de duración, lo que evidentemente se aplica al caso de la Sra. Ni. La segunda pregunta que tenemos que plantearnos es: “¿Cómo es la distribución del dolor? ¿Es regional o más bien generalizado?”. Y luego, cuando miramos su diagrama del dolor, podemos ver obviamente que el dolor se propaga más allá de la zona de la rodilla. Es evidente que cumple este segundo criterio de propagación del dolor más allá de la supuesta zona de nocicepción.

Y el tercer criterio se refiere a la diferenciación entre dolor nociceptivo y no nociceptivo. Y luego nos preguntamos: “¿Presenta dolor nociceptivo la Sra. Ni?”. Y, de ser así, ¿podemos atribuir su dolor y sufrimiento exclusivamente a eso? Y aquí vemos el resultado de los hallazgos de las imágenes. Se ha identificado una artrosis limitada de rodilla. La lesión identificada potencialmente puede causar algún tipo de impulso nociceptivo, pero probablemente no lo suficiente como para explicar su cuadro clínico completo. Porque el dolor y el sufrimiento son más intensos de lo que parecen indicar los hallazgos en la resonancia magnética nuclear. Otra cosa importante aquí es que los resultados más recientes de la resonancia magnética son casi idénticos a los hallazgos de la resonancia magnética de hace un par de años, cuando sufría

mucho menos dolor. Por lo tanto, no existe una relación clara entre su dolor y sufrimiento, por un lado, y los resultados de la resonancia magnética nuclear, por el otro. Y esto, por supuesto, nos hace llegar a la conclusión de que está ocurriendo algo más allá del mecanismo nociceptivo del dolor. Evidentemente, hay artrosis, pero esto crea un impulso ascendente continuo que desencadena cambios en el sistema nervioso central, incluida la médula espinal y, por supuesto, el cerebro. Y esto crea cambios que se relacionan con la sensibilización central, a los que luego atribuimos la sensación de su dolor, la gran extensión del dolor, la propagación del dolor más allá de la zona de la presunta nocicepción. Así que concluimos que no se cumple el tercer criterio y tenemos que buscar otras causas posibles de su dolor.

Entonces procedemos al cuarto criterio, que es identificar o excluir el dolor neuropático como posibilidad para explicar su experiencia del dolor. Y lo principal del dolor neuropático es que tiene que haber una lesión o una enfermedad neurológica. En el caso de la Sra. Ni no había este tipo de daño al sistema nervioso periférico o central, por lo que podemos excluir la posibilidad de dolor neuropático, como más a menudo sucede con la artrosis de rodilla. De esta manera, ya hemos excluido la posibilidad del dolor nociceptivo puro. Hemos excluido la posibilidad de que se trate de un dolor neuropático, pero antes de poder concluir que estamos frente a un dolor de tipo nociplástico, tenemos que explorar si también hay síntomas adicionales que se ajusten a los criterios del dolor nociplástico, incluido el criterio de hipersensibilidad al dolor evocado, que es bastante fácil de evaluar clínicamente frotando con suavidad la piel con un cepillo o hisopo, pero que nosotros hicimos con la Sra. Ni. Y eso resultó ser algo positivo. También palpamos ejerciendo aproximadamente 4 kilogramos de presión, y eso también resultó doloroso. Si se están preguntando cómo se hace eso, solo hay que usar el dedo pulgar para aumentar la presión, y en cuanto vemos que el dedo pulgar se pone blanco, entonces allí tenemos aproximadamente 4 kilogramos de presión. Y solo uno de esos síntomas debería ser positivo. Así que con la Sra. Ni no procedimos a probar su sensibilidad a objetos fríos o calientes, como con un objeto metálico caliente a 40 grados centígrados. De todos modos, cumple el quinto criterio de hipersensibilidad al dolor evocado, luego continuamos al sexto y al séptimo, que es el criterio final sobre antecedentes de dolor, hipersensibilidad y enfermedades concomitantes.

En cuanto a los antecedentes de hipersensibilidad al dolor, presenta hipersensibilidad a las actividades, al movimiento corporal y también al tacto y a la presión mecánica porque ponerse los zapatos, que antes le quedaban muy bien, en la actualidad le resulta un problema. Y también tiene graves problemas de sueño. Y si solo hay un signo de hipersensibilidad al dolor más una enfermedad concomitante, entonces es suficiente para cumplir estos criterios. Entonces, no es necesario buscar otras enfermedades concomitantes, ni síntomas de hipersensibilidad al dolor.

Así que concluimos que sí, que también cumple los criterios sexto y séptimo, por consiguiente, concluimos que tiene probable dolor nociplástico. Y este está presente no solo en la artrosis de rodilla, sino también en otros tipos de osteoartritis y en muchos otros diagnósticos típicos de dolor crónico. También es muy frecuente en el dolor posterior al cáncer, en el dolor pediátrico. Está presente en todas las disciplinas médicas y, por tanto, hemos creado una gama continua de sensibilización central. Puede ubicar a su paciente individual en esta gama continua. El

objetivo del tratamiento es reposicionarlo durante todo el progreso del tratamiento más hacia la parte izquierda de esta gama continua, porque la intensidad de la sensibilización central varía con el tiempo en los pacientes. Es importante reconocer esto, el mecanismo de sensibilización central como motor o mecanismo subyacente del dolor nociplástico, porque cuando está presente, debería guiar el tratamiento, ya que sabemos que la sensibilización central predice resultados negativos tras las intervenciones quirúrgicas. También predice resultados negativos tras tratamientos nociceptivos específicos o el tratamiento conservador del dolor crónico.

Así que, en general, si hay dolor nociplástico, tenemos que dirigirnos a los mecanismos centrales más que a los periféricos. En el caso del dolor nociceptivo, se debe actuar sobre los mecanismos periféricos proporcionando medicamentos de acción periférica, como los antiinflamatorios no esteroides, o cualquier otro tipo de medicamentos de acción periférica. En el caso del dolor neuropático y nociplástico, usamos medicamentos de acción central, como los inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina o cualquier otro tipo de medicamentos de acción central; pero no se deben usar opioides durante demasiado tiempo, especialmente en el tipo de dolor nociplástico porque, en general, los pacientes con dolor nociplástico tienen una mayor sensibilidad a los medicamentos, por lo que responden con muchos más efectos secundarios también a los medicamentos de acción central y, por consiguiente, en el dolor nociplástico, en general, las guías internacionales establecen que debemos abordar el problema del dolor crónico mediante un enfoque conservador, proporcionando un enfoque multimodal orientado al estilo de vida para tratar el dolor.

Por supuesto, en esta presentación solo hablé del diagnóstico diferencial entre dolor nociceptivo, neuropático y de sensibilización central o nociplástico, pero tengan presente que, por supuesto, deben evaluar exhaustivamente a sus pacientes. Por lo tanto, también hay que tener en cuenta todos los demás factores enumerados en la parte izquierda de la diapositiva, porque son igualmente importantes para guiar el tratamiento multimodal en pacientes con dolor crónico. Muchas gracias por escucharme, y espero que puedan implementar en la práctica clínica lo que hablamos.

## SEGMENTO 2

**Vered Simovich, MD:** Hola, soy Vered Simovich, fundadora y exdirectora de la Sociedad de Tratamiento del Dolor de la Asociación Israelí de Médicos de Familia y experta en Medicina Familiar en los Servicios de Salud de Maccabi en Israel. Bienvenidos a este segmento titulado: “¿Qué sabemos sobre los opioides para el dolor?”. Al comenzar nuestro viaje por la vía del dolor, vemos que desde la periferia, los estímulos que comienzan en la periferia pasan por la médula espinal y llegan al cerebro. Todas y cada una de las estaciones pueden reaccionar al uso de opioides para reducir el dolor.

Entonces tenemos que ver al paciente y preguntarle si el dolor es lo bastante intenso como para requerir el uso de opioides. Podríamos hacerlo utilizando una escala VAS, que es una escala visual analógica muy sencilla y subjetiva, como lo es el dolor, para medir el dolor. Va del

0 al 10 o del 0 al 100, y cualquier dolor por encima de 6 y más [en una escala del 0 al 10] puede requerir el uso de opioides. ¿Se han intentado tratamientos alternativos y han resultado inadecuados o no fueron tolerados? ¿Causaron efectos secundarios que hicieron que el paciente no pudiera seguir usándolos? ¿Se espera que los beneficios del uso de opioides superen los riesgos? Los pacientes en bajo riesgo no tienen antecedentes de trastornos por consumo de sustancias, ni ahora ni en el pasado. No hay antecedentes de esto en su familia y no presentan trastornos psicológicos graves o no tratados. Los pacientes de riesgo moderado sí tienen antecedentes de un trastorno por consumo de sustancias o antecedentes importantes en su familia, y un trastorno psicológico pasado o actual. Y los pacientes en alto riesgo tienen un trastorno activo por consumo de sustancias, una adicción activa o un trastorno psicológico importante no tratado. Y es en este paciente en quien debemos considerar no usar opioides como tratamiento para el dolor.

Recuerden que no hay que tomar a la ligera a los pacientes con dolor que toman. Tenemos que invitarlos una y otra vez a que evalúen los beneficios de su tratamiento. Y les recomiendo un cuestionario 4A que se puede usar en una visita muy breve y normal en el consultorio. Número 1, ¿existe una analgesia medible? Recuerden que usamos el puntaje VAS en cada consulta y si el paciente dijo que el primer dolor fue de alrededor de 8, tenemos que ver una disminución gradual mediante el uso de opioides por lo menos a 4 o menos, si el paciente está respondiendo al tratamiento. ¿Qué cambios hay en las actividades del día a día? ¿Puede el paciente dormir mejor? ¿Va a trabajar? ¿Ayuda en las tareas domésticas o sale con los amigos a tomar una cerveza o al cine? ¿Hay cosas que ahora hace y que antes no podía hacer? Si hace todo esto, es que el tratamiento va bien. ¿Está experimentando el paciente algún efecto secundario? Recuerden que los efectos secundarios también son un indicador de que el paciente está realmente tomando el medicamento. Y si sufren efectos secundarios, es nuestra responsabilidad ayudar a aliviarlos. ¿Y hay algún tipo de conducta anómala inducida por la toma del medicamento? ¿Viene el paciente muy a menudo a pedir más de estos medicamentos? ¿Va a otros médicos para buscar el medicamento o le dice que perdió la receta o que su mujer la desechó por el retrete o cualquier otra cosa? Una conducta anómala inducida por la toma del medicamento debería alertarnos como médicos sobre la continuación de este tratamiento.

Hablemos de los términos más comunes en el uso de opioides y empecemos por la adicción porque es a lo que más tememos como médicos y también nuestros pacientes. Y entendamos que la adicción es una enfermedad neurobiológica crónica primaria. Es una enfermedad como cualquier otra, con factores genéticos, psicológicos y ambientales que influyen en su desarrollo y manifestaciones. Se caracteriza por un comportamiento en el que se presentan una o más de las siguientes situaciones: incapacidad para controlarse con el uso del medicamento, uso compulsivo y uso continuado a pesar de los daños que produce y deseo incontrolable de consumo. Se estima que la adicción tiene una prevalencia global del 3,3% en los pacientes que los reciben para el dolor crónico no oncológico, mientras que la conducta anómala inducida por la toma de medicamentos es mucho más frecuente.

La dependencia, a diferencia de la adicción, es un estado de adaptación que se manifiesta por los síntomas de abstinencia específicos de la clase de medicamento, que pueden producirse por la interrupción brusca del medicamento, la reducción rápida de la dosis, la disminución de

las concentraciones del medicamento en sangre y el uso de un antagonista. Se trata de una reacción farmacológica, que no depende del usuario. No suspendemos los opioides de forma brusca.

La tolerancia es la necesidad de una cantidad notablemente mayor de opioides para que se produzca intoxicación o el efecto deseado. Por ejemplo, disminución del dolor. Y en este último caso, deberíamos considerar aumentar la dosis. La evidencia indica que la tolerancia a los analgésicos ocurre con muy poca frecuencia. Por este motivo no debemos temer a la tolerancia y la dependencia. Solo tenemos que controlarlos con muchísimo cuidado y de manera inteligente.

Como pueden ver, tenemos muchos efectos secundarios, comenzando con náuseas y vómitos, sensación de sedación, picazón, depresión respiratoria, a la que tanto tememos, pero que no es muy frecuente en el entorno de la comunidad que recibe tratamiento con opioides. Mioclonías y sudoración. Como pueden ver, la tolerancia a este efecto secundario típicamente se desarrolla con los tratamientos a largo plazo. A diferencia de eso, los efectos secundarios periféricos son un poco más complicados. Podemos ver efectos secundarios en el tubo digestivo, hipertensión y retención urinaria. Ninguno se alivia con la tolerancia, especialmente los efectos secundarios digestivos.

Tendemos a pensar que solo el estreñimiento es el principal efecto secundario que causan los opioides, pero en realidad influyen en todo el tubo digestivo, de principio a fin. En cuanto al estreñimiento inducido por opioides, es un fenómeno que se da hasta en 90%, algunos dirían en 100% de los pacientes que usan opioides, y afecta profundamente la calidad de vida. No desarrollamos tolerancia al efecto secundario. No hablamos de ello muy a menudo con nuestro paciente porque es una pregunta incómoda para nosotros y quizás para el paciente que tenemos delante. Por eso no lo reconocemos ni lo tratamos lo suficiente y, a menudo, el tratamiento es ineficaz. Porque los medicamentos que usamos, como los laxantes y ablandadores de heces, son solo un alivio sintomático y no tratan la causa del estreñimiento inducido por opioides. A menudo son ineficaces y pueden provocar habituación por sí mismos. Un fármaco que está compuesto por oxicodona y naloxona, tiene una analgesia eficaz similar a la de oxicodona. Sí mejora la función intestinal. La naloxona tiene una mayor afinidad con los receptores mu presentes en el intestino, de manera que se une a estos receptores haciendo que la oxicodona pueda continuar actuando en la disminución del dolor.

Tiene una importancia significativa y clínicamente relevante en el estreñimiento en comparación con el uso exclusivo de oxicodona. A diferencia de los laxantes, trata la causa de la disfunción intestinal inducida por los opioides y previene el estreñimiento.

Podemos ver que los efectos a largo plazo son la tolerancia a los opioides, como lo mencionamos antes. Pueden causar depresión del sistema inmunitario, cambios hormonales en el eje hipotalámico-hipofisario-suprarrenal, que pueden manifestarse como disminución de la libido, agresividad, amenorrea, menstruaciones irregulares y galactorrea. Hiperalgnesia; se debe tener en cuenta que el uso de opioides a largo plazo puede provocar el efecto contrario y causar hiperalgnesia, y el paciente debe informar si le ocurre esto. Y debemos saber que esto es

un efecto secundario y considerar la posibilidad de suspender el medicamento. Deterioro motor y cognitivo; y ya que hablamos de este deterioro, no podemos ignorar cómo esto afecta la capacidad de conducir un vehículo. Se sabe que las personas en tratamiento crónico con morfina tienen afectada su capacidad para conducir un vehículo, sus tiempos de reacción son más lentos, cometen más errores y es mayor su lentitud en el procesamiento de la información visual, aunque todo esto no se consideraba estadísticamente significativo. Por lo tanto, si alguien necesita usar opioides, podríamos decirle que evite conducir o que no conduzca mientras esté iniciando el tratamiento o mientras esté aumentando la dosis del tratamiento que ya se le administró. Que intenten evitar conducir en esos momentos.

¿Qué tipo de recomendación general debemos dar a los pacientes que toman el medicamento? Bien, la mejor manera de deshacerse de ellos es, por supuesto, dejando el fármaco en un sitio, lugar o programa de recolección de medicamentos, inmediatamente en cuanto terminen el tratamiento. Pero además, deberíamos guardar los opioides en un contenedor con cierre seguro. Debemos conservar los opioides en sus envases originales. Cualquiera que toque esto sabe que es un opioide. Obviamente, debemos mantenerlos fuera del alcance de los niños. No podemos compartir nuestra medicación. La medicación se receta solo para el paciente y nadie más. Desechar de forma segura las pastillas no utilizadas, como hemos dicho antes, y tener especial cuidado, tratar de evitarlos o recurrir a otro especialista, si se trata de utilizarlos en mujeres embarazadas o en período de lactancia.

Entonces, ¿cuáles son las conclusiones? Los opioides pueden matar, pero los automóviles también. ¿Debemos culpar a los automóviles por las muertes relacionadas con los accidentes automovilísticos? Les digo a todos ustedes que, cuando son utilizados correctamente por médicos adecuadamente capacitados, con un diagnóstico preciso de la afección causante del dolor, los opioides son medicamentos eficaces y seguros para tratar el dolor moderado o intenso en el paciente correcto. Gracias a todos por escuchar este segmento sobre el uso de opioides para el tratamiento del dolor. Hasta pronto.

### SEGMENTO 3

**Mehmet Ungan, MD, PhD:** Hola. Soy Mehmet Ungan, profesor de la Escuela Medicina de la Universidad de Ankara y el Departamento de Medicina Familiar en Ankara. Y también soy médico de familia en ejercicio. Soy expresidente de la Asociación de Médicos de Familia de Turquía y expresidente de la Organización Mundial de Médicos de Familia de Europa. Bienvenidos a este segmento titulado: “Cómo usar antiinflamatorios no esteroides de manera adecuada”.

Todos sabemos que, antes de iniciar cualquier tratamiento antiinflamatorio no esteroide, debemos realizar exámenes para detectar si hay enfermedades cardiovasculares, digestivas y factores de riesgo poco frecuentes. En muchos metanálisis, todos los antiinflamatorios no esteroides, incluido el naproxeno, estuvieron asociados a un mayor riesgo de úlceras gástricas, infarto agudo de miocardio e insuficiencia renal, y la mayoría aumentaba el riesgo de

insuficiencia cardiaca. Los datos del mundo real también señalan un mayor riesgo cardiovascular con el uso de antiinflamatorios no esteroides.

Por este motivo, se recomienda que los pacientes con factores de riesgo de insuficiencia renal cuenten con estrategias preventivas que incluyan el uso de la dosis eficaz más baja de antiinflamatorios no esteroides durante el menor tiempo posible, así como el seguimiento de la función renal, la retención de líquidos y las anomalías de electrolitos. Se debe evitar el uso concomitante de antiinflamatorios no esteroides e inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (ECA). El tercer trimestre del embarazo es una contraindicación. Además, la sospecha de antecedentes de hipersensibilidad a los antiinflamatorios no esteroides es una cuestión con la que debemos tener cuidado.

Se puede pensar que puede haber un efecto directo de cualquier pastilla en el estómago, pero los antiinflamatorios no esteroides por lo general bloquean la producción de prostaglandinas y también la barrera de la mucosa. Entonces eso significa que los tejidos gástricos son propensos al efecto directo del ácido porque falta la capa normal preventiva. Este es el mecanismo.

Entonces, ¿qué sucede? La mayoría de los pacientes presentan algunas erosiones gástricas después de cada dosis de antiinflamatorios no esteroides no selectivos. Entre el 15% y el 30% de los pacientes que toman estos medicamentos desarrollan úlceras observables por endoscopia en un momento u otro y por lo general se trata de lesiones silentes. ¿Qué significa “silente”? Imagínense cómo le tememos al asma, al cáncer de cuello uterino, a las enfermedades de Hodgkin, al VIH, a la leucemia, pero podemos ver aquí que los antiinflamatorios no esteroides también están causando muertes. Y se trata de una epidemia silente porque pensamos que son inofensivos.

Los factores de riesgo para la aparición de complicaciones de antiinflamatorios no esteroides son, como ya he mencionado, digestivos, cardiovasculares y renales. Hay dos bloques. Uno de ellos son los factores de riesgo definitivos, y el otro son los posibles riesgos adicionales. Los factores de riesgo definitivos son antecedentes de úlceras, uso concomitante de anticoagulantes, edad avanzada, que es más de 65 años o en algunos estudios, más de 60 años, uso de dosis altas de antiinflamatorios no esteroides, uso múltiple de antiinflamatorios no esteroides, uso concomitante de esteroides y uso concomitante de fármacos para la hipertensión, diuréticos e inhibidores de la renina-angiotensina.

Además, las enfermedades concomitantes graves como la diabetes, la arteriopatía coronaria, las enfermedades hepáticas y las enfermedades renales son los factores de riesgo definitivos que debemos tener en cuenta. Otros posibles factores de riesgo son la presencia de *Helicobacter pylori*, uso de tabaco, alcohol y una tasa de filtración glomerular inferior a 60.

Al atender a un paciente y se quiere empezar con antiinflamatorios no esteroides, es necesario planificar. Si ven que su paciente nunca ha utilizado antiinflamatorios no esteroides hasta ahora, consideren los posibles factores de riesgo. Si la edad es de menos de 65 años, no hay otro factor de riesgo, no es necesaria la prevención primaria en el inicio del tratamiento. Pero si hay

otros factores de riesgo como infección por *Helicobacter pylori*, tenemos que erradicarla antes de iniciar. O si hay antecedentes de úlcera, uso concomitante de anticoagulantes, edad de 65 años o más, uso de esteroides, antiinflamatorios no esteroides a dosis altas, uso de ácido acetilsalicílico, enfermedades concomitantes, entonces debemos tener una recomendación de prevención primaria.

Hay varios aspectos que definen el dolor y su efecto. No me extenderé demasiado, pero la gravedad del dolor, la cronicidad y la experiencia del dolor son 3 puntos principales que consideramos especialmente en la atención primaria. Y todos ustedes saben que usamos estas escalas de calificación del dolor, las escalas visuales analógicas, en nuestros centros de atención primaria y medicina familiar.

El autodiagnóstico y el tratamiento con medicamentos de venta libre es otro problema en nuestras vidas. ¿Cuáles son los beneficios del autodiagnóstico y los tratamientos con medicamentos de venta libre? Fácil acceso a la medicación, alivio más rápido de los síntomas, conveniencia, mayor acceso y autogestión. Los pacientes pueden tener cierto control sobre su atención médica, pero es muy importante tener mucho cuidado y reconocerlos, educarlos antes de medicarlos. Es importante.

¿Cuáles son los riesgos del autodiagnóstico y el tratamiento con medicamentos de venta libre? Posibles retrasos en el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades graves, uso excesivo o inadecuado de los medicamentos, desconocimiento de los efectos adversos y de cómo manejarlos, desconocimiento de las interacciones entre los medicamentos de venta libre y los recetados, desconocimiento de los efectos de los medicamentos de venta libre en las afecciones crónicas. Esos son también los riesgos de los medicamentos de venta libre.

Son eficaces para el dolor, por supuesto, y los antiinflamatorios no esteroides por lo general actúan sobre los dolores musculares, de cabeza y espalda, extracciones del tercer molar, ese tipo de problemas, mientras que el paracetamol se utiliza para dolores dentales, lesiones de tejidos blandos y artrosis de rodilla.

Veamos las advertencias de seguridad nuevamente. La advertencia de efectos adversos digestivos con ibuprofeno, naproxeno son inflamación, hemorragia, ulceración, perforación, efectos adversos cardiovasculares, tromboembolia, infarto de miocardio, accidente cerebrovascular y elevación de la presión arterial. ¿Cuáles son las contraindicaciones? Definitivamente, úlcera péptica, hipertensión y nefropatía crónica.

Así que, antes de dejar este video, les diré que debemos aconsejar a nuestros pacientes el uso frecuente de antiinflamatorios no esteroides. Tenemos que educar a los pacientes, ya que cuentan con la facilidad de obtener medicamentos de venta libre en las farmacias, que también pueden ser perjudiciales, mientras se espera que sean utilizables. Tienen que hablar con nosotros y nosotros con ellos antes de utilizarlos. Y hemos de aconsejarles que eviten utilizar los medicamentos del cónyuge o de los vecinos o amigos sin consultar a su propio médico generalista. Y si los antiinflamatorios no esteroides no son adecuados, podemos sugerir alternativas, como el paracetamol.



Algunos antiinflamatorios no esteroides pueden reaccionar de forma imprevisible con otros fármacos. Esto puede afectar a la eficacia de uno u otro fármaco, y aumentar el riesgo de efectos secundarios. Es muy importante obtener asesoramiento médico antes de tomar un antiinflamatorio no esteroide, si ya se está tomando otro fármaco. ¿Cuáles pueden ser esos fármacos? Otro antiinflamatorio no esteroide, el uso de ácido acetilsalicílico en dosis bajas con fines preventivos y algunos fármacos que previenen la trombosis. Y algunos fármacos antipsicóticos, antipsiquiátricos, litio, inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina y muchos otros fármacos pueden tener interacciones.

Por supuesto, una cuestión muy importante es que cualquier nuevo síntoma inusual es un signo de alerta cuando se utilizan antiinflamatorios no esteroides. Tenemos que decírselo a nuestros pacientes. Si los efectos secundarios producen malestar a nuestros pacientes ambulatorios, debemos interrumpir el medicamento y pedir a un colega especialista que evalúe la afección. Gracias por escucharme.

#### SEGMENTO 4

**Daniel Ciampi de Andrade MD, PhD:** Hola, a todos. Mi nombre es Daniel Ciampi de Andrade. Me alegro de estar aquí, en Medscape Educational Global, cubriendo el tema de la medicación para el dolor en pacientes con... en poblaciones especiales de pacientes.

El primer grupo que cubrimos es el de los pacientes mayores o en estado de salud delicado. Sabemos que el dolor crónico es más frecuente con la edad avanzada, y tratamos de utilizar enfoques no farmacológicos, pero a veces es necesario el tratamiento farmacológico, y estos pacientes pueden tener un alto riesgo de sufrir caídas. Hay que recordar que las caídas son una causa muy frecuente de muerte y discapacidad en las personas mayores. Y cuando recetamos medicamentos que pueden tener efectos de acción central, tenemos que recordar siempre indicar a los pacientes algunos consejos generales para prevenir las caídas. Algunas medidas básicas y muy simples. Por ejemplo, encender la luz por la noche o dejar una luz cerca del suelo cuando se despiertan por la noche con hiperplasia de próstata en el caso de los hombres.

Esto puede ayudar a prevenir caídas, y también no dejar nunca ropa en el suelo, o intentar retirar en la medida de lo posible objetos y todo del suelo, por ejemplo. Y recuerden siempre que los pacientes, con la edad, tienen más enfermedades, y el riesgo de polifarmacia, el riesgo de que se prescriban varios medicamentos al mismo paciente, existe.

A veces los pacientes pueden visitar a otros médicos, y a veces incluso pueden tomar el mismo medicamento con nombres diferentes. Así que siempre es una buena práctica preguntarles qué están tomando exactamente, qué están tomando realmente, porque a veces se receta un medicamento, pero no se toma. Y cuando sea posible, podemos intentar utilizar un medicamento para tratar dos síntomas. Hay varios ejemplos de situaciones de medicamentos. Los gabapentinoides, por ejemplo, pueden ayudar con el dolor neuropático,

pero también son ansiolíticos, y también son medicamentos que pueden aumentar el sueño profundo de ondas lentas, pueden mejorar la calidad del sueño. Esa es una estrategia, por ejemplo.

Siempre, los pacientes de edad avanzada, tienen un alto riesgo de sufrir insuficiencia renal y hepática. Trataremos estos temas dentro de poco. Y recuerden, la disfunción cognitiva es más frecuente. La disfunción cognitiva puede influir en la forma en que los pacientes entienden lo que les decimos. Así que siempre es una buena práctica si ustedes tienen un enfermero, un asistente médico, o si tiene tiempo, tratar de crear una tabla con los medicamentos, y asegurarse de que el paciente reciba el medicamento correcto de la manera correcta. Los pacientes con deterioro cognitivo, pueden tener dificultades para entender lo que les decimos y la forma de tomar el medicamento. Y esto aumenta el riesgo de efectos secundarios. Un consejo: pidan que los acompañe un cuidador. Algunos pacientes no pueden venir a la consulta, por lo que es mejor pedir a alguien que venga con ellos, como un familiar o un amigo. Recuerden que menos es más. Como ya he mencionado, intenten utilizar a veces un medicamento para tratar dos, a veces tres, afecciones o síntomas. Y como siempre, este es un consejo general en geriatría, ir despacio, empezar despacio y seguir despacio. No es necesario empezar con dosis muy fuertes.

Las deficiencias hepáticas pueden ser un problema. Tenemos que recordar que hemos de conocer los medicamentos. Algunos medicamentos pueden ser hepatotóxicos. En el campo del dolor, tenemos que recordar que medicamentos muy comunes de venta libre pueden afectar al hígado, como el paracetamol o acetaminofeno, por ejemplo. Y algunos medicamentos pueden tener un impacto en poblaciones especiales.

En algunos países, determinamos genotipos de polimorfismos del citocromo P450, pero a veces no podemos hacerlo. Y tenemos que recordar que un mismo medicamento puede tener efectos muy diferentes en distintas personas. Algunas personas nunca responderán al tramadol, por ejemplo, o a la codeína, el 10% de las personas blancas, porque no metabolizarán estos medicamentos. A veces es un problema de absorción. A veces es la forma en que se metaboliza el medicamento.

Y recuerden que algunos medicamentos no se metabolizan en el hígado, y otros no se metabolizan en absoluto. Así que cuando tenemos una deficiencia hepática, estos serían los medicamentos ideales. No significa que el paciente no vaya a tener efectos secundarios, el paciente con disfunción hepática puede tener más posibilidades de presentar delirio y oscilaciones cognitivas y atencionales. Así que si administramos dosis más pequeñas, al menos sabemos que no estamos agravando el problema hepático. Por ejemplo, los gabapentinoides, que no se metabolizan.

Algunos consejos: ajustar la dosis, tener cuidado con los medicamentos aparentemente inocuos. Algunos pacientes ya están tomando medicamentos de venta libre y no se lo dicen al médico. Y si les recetamos algo más, eso podría interactuar y empeorar una deficiencia hepática, porque el paciente estará tomando en realidad dos, tres medicamentos que le afectarán al hígado.

Y se debe tener cuidado con los enemigos ocultos. El alcohol es un ejemplo típico. Es posible que los pacientes no nos informen que beben alcohol en exceso. Y también las benzodiacepinas, que también son una pandemia, pero de la que no hemos hablado tanto como de los opioides. Y recuerden que aunque los medicamentos no sean metabolizados por el hígado, no significa que los pacientes no tendrán efectos secundarios, y todavía tenemos que preocuparnos por la dosis.

Bien, otro tema son los pacientes con insuficiencia renal. Y aquí hay una distinción muy importante. Una cosa es que algunos medicamentos necesitan ajustes según la función renal, lo que no significa que sean nefrotóxicos. No es lo mismo. Así que algunos medicamentos son simplemente nefrotóxicos, nunca debemos recetarlos a pacientes con insuficiencia renal. Y siempre hay que prestar atención, incluso en personas normales, cuando se recetan estos medicamentos, por ejemplo, los antiinflamatorios no esteroideos. Pero algunos fármacos necesitan simplemente un ajuste, porque, en parte, son excretados de forma directa o por algún metabolito por los riñones. Así que hay que ajustarse a la función renal.

Y recuerden, estos cálculos, se basan en la farmacocinética. Es posible que no funcionen, por lo que también se deben monitorear. Es necesario monitorear. Aunque se hagan todos los cálculos y se calcule el aclaramiento de creatinina y se ajuste la dosis, todavía puede ser necesario tener que disminuir un poco la dosis, o a veces aumentarla un poco. Recordemos que la farmacocinética no es farmacodinámica, por lo que lo que calculamos en el mundo ideal puede ser ligeramente diferente a cuando tratamos a los pacientes y tenemos diferentes tipos de metabolismo. Así que tenemos que estar atentos y hacer un seguimiento de estos pacientes.

Algunos consejos: debemos evaluar la última función renal de los pacientes antes de recetar estos medicamentos, y pedir análisis nuevos y vigilar. Tenemos que recordar que algunos medicamentos afectan menos la función renal. Hay mucha evidencia indicativa de que, por ejemplo, si se trata a pacientes con opioides, como es el caso de pacientes con dolor crónico debido a cáncer, la buprenorfina y el fentanilo están más indicados en estos pacientes. Y también tenemos metamizol o dipirona, que son medicamentos suaves para el riñón. Así que podrían ser opciones como analgésicos. Y evalúen siempre la dosis y ajústela continuamente. Esto no significa que solo porque hayan calculado el ajuste el paciente va a estar bien. Se tiene que realizar seguimiento.

Pacientes embarazadas y en período de lactancia. Bueno, se debe pensar primero en opciones no farmacológicas, porque siempre es un problema. Pero al mismo tiempo, si es necesario tratar a pacientes que tienen un dolor muy fuerte, no hay que dudar en tratarlas. Así que tenemos que encontrar el equilibrio entre ambas estrategias. Recuerden una cosa, todos los embarazos conllevan algún riesgo. El riesgo de malformaciones en general, es del 1% al 2% de todos los embarazos. Así que tenemos que comunicárselo a las pacientes, porque a veces damos un medicamento que aumenta el riesgo un 10% o un 15%, pero el riesgo ya es del 2%. Y a veces al aumentar el riesgo en 10% o 15%, estamos moviendo el riesgo de 2%, que es un riesgo de base, a 3% o 2,5%. Por lo tanto, no significa que el riesgo vaya a llegar al 15%, sino que se trata de un aumento de un riesgo ya existente, pero lento o bajo.

Tenemos que revisar la clasificación de los medicamentos, eso es sumamente importante, por supuesto. Y siempre involucrar a la paciente. Explicarle que todos los embarazos conllevan un riesgo de base. Y la paciente tiene una enfermedad, de lo contrario no estaría con nosotros, así que tenemos que explicarle que a veces la propia enfermedad puede implicar un riesgo.

Si la paciente no recibe tratamientos farmacológicos para el dolor, por ejemplo, pero luego acude a la sala de urgencia cada semana para tomar opioides, estará tomando el peor, quizás no el mejor medicamento. A veces la paciente necesitará un tratamiento de todos modos. Y compartir el proceso de toma de decisiones. Siempre es bueno hablar con el obstetra y compartir la decisión con él, por ejemplo. Y a veces el pediatra.

Hablando de niños. Primer mensaje, los niños tienen dolor. Segundo mensaje, sí, tienen dolor. Muy a menudo se nos olvida que los niños pueden tener dolor crónico. Los dolores de cabeza y las migrañas en los niños son muy frecuentes. Extremadamente frecuentes. Aunque duran poco, no duran tanto como en los adultos, entonces a veces el dolor desaparece, y pensamos que los niños no tenían dolor de verdad, pero sí tienen dolor. Tenemos que evaluar el dolor directamente si tienen 5 años de edad o más. De lo contrario, tenemos que basarnos en lo que nos informan los cuidadores, los padres o el comportamiento. Pero tenemos que evaluar el dolor mediante la observación del niño. En el caso de los dolores de cabeza, tenemos muchas guías relacionadas con el tratamiento de los niños, específicamente para las migrañas. Será interesante echar un vistazo a esas guías. Y la educación es fundamental. Los niños pueden aprender. Y se puede enseñar a los padres y enseñar a los niños a evitar situaciones en las que experimentarán dolor, que pueden causar dolor.

En resumen, recuerden que ningún paciente tiene dolor crónico. El dolor crónico solo existe en los estudios de prevalencia. Los pacientes tienen un síndrome de dolor específico, y este síndrome de dolor tiene un nombre. Migraña, lumbalgia, lumbalgia no específica, fibromialgia, dolor relacionado con el cáncer, dolor nociceptivo, dolor relacionado con la artrosis, lo que sea. No todos los tratamientos son farmacológicos, pero si es necesario un tratamiento farmacológico, no esperen demasiado. Recuerden evitar las complicaciones generales de los medicamentos de acción central o relacionadas con la polifarmacia, especialmente en los pacientes mayores, la insuficiencia hepática y la renal.

Y el estreñimiento. El estreñimiento en los pacientes puede ser peor que el dolor. Hay muchos estudios clásicos de la década de los 90 que demuestran que los pacientes con cáncer y dolor crónico relacionado con el cáncer, a veces, prefieren estar con dolor. Y nada de estreñimiento causado por opioides, así que es importante pensar de antemano, y a veces recetar medicamentos o intervenciones o estrategias para tratar de compensar los posibles efectos secundarios antes de que se produzcan, porque son muy frecuentes. Y realizar seguimiento a los pacientes de cerca y escucharlos. Recuerden que una buena relación entre el médico y el paciente es el primer paso para la mejora funcional. Y la mejora funcional es nuestro principal objetivo. Tratar el dolor es una forma de obtener una mejora funcional. Se trata de un medio, no de un fin. Gracias.

*Esta transcripción no ha sido editada y corregida.*

**Exención de responsabilidad**

Este documento es para fines educativos únicamente. No se otorgarán créditos de Educación Médica Continuada (CME) por leer el contenido del presente documento. Para participar en esta actividad, visite [www.medscape.org/viewarticle/986995](http://www.medscape.org/viewarticle/986995)

Para preguntas relacionadas con el contenido de la presente actividad, comuníquese con el proveedor de esta actividad educativa a [CME@webmd.net](mailto:CME@webmd.net).

Para obtener asistencia técnica, comuníquese con [CME@medscape.net](mailto:CME@medscape.net)

La actividad educativa presentada anteriormente puede involucrar situaciones simuladas basadas en casos. Los pacientes que aparecen en estas situaciones son ficticios y no se pretende ni debe inferirse ninguna asociación con ningún paciente real.

El material presentado aquí no necesariamente refleja los puntos de vista de WebMD Global, LLC ni de las compañías que apoyan programas educativos en [medscape.org](http://medscape.org). Estos materiales pueden analizar productos terapéuticos que no han sido aprobados por la Agencia Europea de Medicamentos para su uso en Europa y usos no aprobados de productos aprobados. Se debe consultar a un profesional sanitario calificado antes de utilizar cualquier producto terapéutico analizado. Los lectores deben verificar toda la información y los datos antes de brindar tratamiento a pacientes o emplear cualquier medicamento descrito en esta actividad educativa.

Medscape Education © 2023 WebMD Global, LLC