



► 27 Noviembre, 2017

Los analgésicos son los *fármacos de referencia* para el abordaje del dolor, y la oferta de este tipo de medicamentos es afortunadamente muy amplia. Pero ni todos los analgésicos son iguales, ni funcionan de la misma manera en los distintos tipos de dolor y pacientes. Y además, en muchas ocasiones, deben combinarse y complementarse con otras técnicas y terapias.

TEXTOS: CARLA NIETO

# Mejorar la escala analgésica

Aunque cada vez hay más opciones de tratamiento, lo cierto es que el abordaje del dolor, especialmente el crónico, sigue siendo una asignatura pendiente. "Primero, porque es un problema que afecta a una población cada vez mayor y más envejecida; y luego, por consumir cada vez más recursos. En los últimos 25 años hemos avanzado mucho, pero aún queda mucho por hacer en el plano de la prevención, la atención precoz y la utilización correcta de los conocimientos y recursos ya disponibles", explica Alfonso Vidal, jefe de Servicio de Anestesia y coordinador de la Unidad del Dolor del Hospital Quirónsalud Sur, en Alcorcón (Madrid).

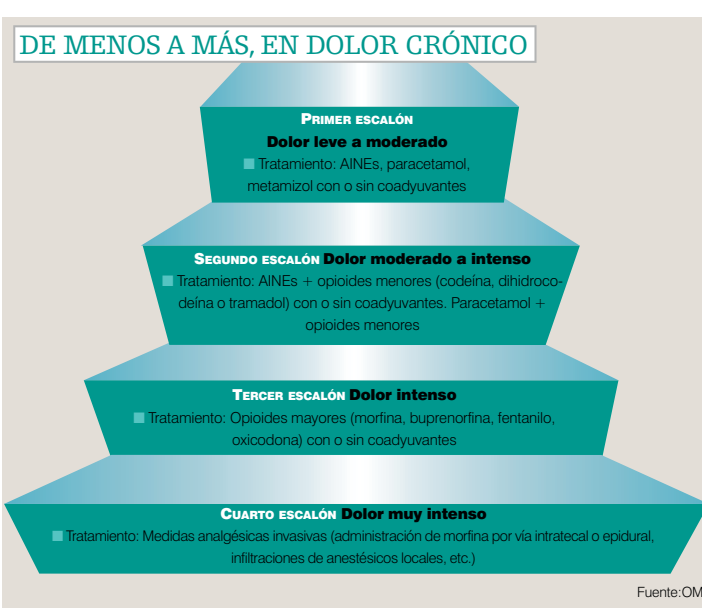
De la misma opinión es Antonio Montes, jefe de sección de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor y presidente de la Comisión del Dolor del Hospital del Mar-PSMAR, de Barcelona: "Un 20 por ciento de la población sufre dolor crónico, y un elevado porcentaje tiene problemas de inadecuado diagnóstico y tratamiento. En este sentido, con frecuencia se aplican tratamientos inco-

rectos que no solo no mejoran el dolor del paciente sino que, además, empeoran su calidad de vida por la aparición de efectos secundarios".

**PELDAÑO A PELDAÑO**  
El protocolo de abordaje farmacológico del dolor se ajusta a lo que se conoce como la Escala-

La Escalera Analgésica permite ir adecuando el tratamiento a las necesidades del paciente

ra Analgésica de la OMS, "diseñada con el objetivo de tener una pauta universal de atención al dolor, especialmente en el oncológico y sobre todo en países con sistemas sanitarios insuficientes, pero que ha demostrado ser una herramienta



de muchísima utilidad para todo tipo de dolores y en todas las circunstancias", señala Vidal, quien explica en qué consiste: "Se plantea como un árbol de

decisión, cuyo primer escalón, en el caso de dolores leves, es el empleo de medicamentos analgésicos menores, como antiinflamatorios o paracetamol.

En el segundo escalón, a los anteriores se añaden opioides menores del tipo tramadol o codeína. Un tercer escalón reemplaza a los opioides menores

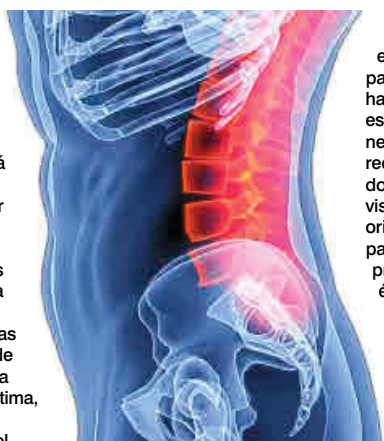
por opioides mayores, como la morfina, oxycodona, tapentadol o fentanilo. A esta escalera clásica se añadió el uso de medicamentos coadyuvantes, tipo antidepressivos y antiepilépticos (neuromoduladores) para los componentes neuropáticos del dolor, y también se propuso añadir un refuerzo a

En el dolor neuropático, los coadyuvantes más utilizados son los antidepressivos y antiepilépticos

modo de apoyo psicosocial. Un cuarto escalón lo componen los procedimientos intervencionistas implantables, como bombas o neuromoduladores. El uso consecutivo y creciente tenía sentido en enfermedades progresivamente más dolorosas y severas, pero hoy contemplamos el ascensor analgésico, esto es, la posibilidad de saltar algún escalón si la situación clínica lo aconseja".

## Técnicas intervencionistas: ¿qué hay de nuevo?

David Abejón comenta cuáles son las principales técnicas intervencionistas incluidas en el protocolo del abordaje del dolor. "La radiofrecuencia, tanto la convencional como la pulsada, puede ayudar y está indicada en lumbalgia, neuralgia del trigémino, dolor oncológico y cualquier patología en la que necesitemos actuar sobre las fibras nerviosas para paliar la sensación de dolor que conducen dichas fibras". Otras técnicas son los electrodos de neuroestimulación y la terapia intratecal. Respecto a esta última, que ofrece un campo de actuación muy dinámico en el



ámbito del dolor, según Abejón se podría decir que es el último paso para tratar a su paciente cuando otras técnicas han fracasado o cuando cree que este paciente está en la necesidad de utilizar este recurso. "Se suele indicar en dolor crónico oncológico (dolor visceral) o dolor intratable de origen no oncológico, y en pacientes sometidos a una prueba de neuroestimulación sin éxito o que presentan efectos adversos intolerables con opiáceos sistémicos. Las patologías que más se podrían beneficiar de esta terapia serían: dolor crónico de espalda asociado al síndrome post laminectomía,

especialmente si el dolor es de origen nociceptivo; síndrome de dolor regional complejo, dolor oncológico, pancreatitis...". Respecto a las novedades más destacables en este campo, Abejón opina que "sin duda, los avances más importantes se han producido en el ámbito de la neuroestimulación, donde se aúnan los mayores logros de bioingeniería, que ayudan a las unidades del dolor a paliar la situación de los pacientes. Además, es un área que está en continuo cambio y constantemente se están dando avances significativos para proporcionar mayor confort al paciente y hacer que su vida sea lo más normal posible".

**VALORACIÓN PREVIA**  
En la misma línea, David Abejón, jefe de la Unidad del Dolor del Hospital Quirónsalud, de Madrid y del complejo hospitalario Ruber Juan Bravo, de Madrid, comenta que la aplicación estricta de esta escala ya ha quedado obsoleta debido a que actualmente es posible acceder a cualquier escalón valorando previamente al paciente y colocándole delante de la etapa que requiera su dolor. "En cuanto a las técnicas intervencionistas, suponen el cuarto escalón, y en muchos casos, elegidas previamente a cirugías de espalda, pueden llegar a revertir la situación del paciente, evitando su paso por quirófano".