



**secot**

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CIRUGÍA  
ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA

# Guía rápida para el tratamiento del **dolor osteomuscular**

con el patrocinio de:





Depósito legal: M-33972-2016

© 2016 Sociedad Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología. SECOT

Reservados todos los derechos. Ninguna parte de esta publicación podrá ser reproducida, almacenada o transmitida en cualquier forma ni por cualquier procedimiento electrónico, mecánico, de fotocopia o de otro tipo sin la autorización del titular del Copyright

## FÁRMACOS ANALGÉSICOS DE USO COMÚN

### Analgésicos por vía oral - AINEs

FÁRMACO	Dosis recomendada	Dosis máxima	Aspectos a tener en cuenta
<b>Celecoxib</b>	200 mg cada 24 h	400 mg/día	Aumenta nefrotoxicidad de ciclosporina. Aumenta concentración plasmática de IRS, neurolépticos. Potencia toxicidad de litio. Reduce efecto de diuréticos y antiHTA. Acción y toxicidad potenciada por fluconazol. Concentraciones plasmáticas reducidas por rifampicina, carbamazepina y barbitúricos.
<b>Dexketoprofeno</b>	25 mg cada 12 h	75 mg/día	Aumenta toxicidad de litio, metotrexato, hidantoína y sulfonamidas. Aumenta efecto hipoglucemiante de sulfonilureas. Aumenta neurotoxicidad ciclosporina. Disminuye hipotensión diuréticos. Aumenta efecto anticoagulante.
<b>Diclofenaco</b>	50 mg cada 12 h	150 mg/día	Aumenta niveles de digoxina y litio. Aumenta toxicidad de metotrexato y nefrotoxicidad de ciclosporina. Disminuye acción de diuréticos. Aumenta efecto de anticoagulantes.
<b>Etoricoxib</b>	Artrosis 30 mg/día. Artritis Reumatoide y Espondilitis 60 mg/día. Artritis gotosa aguda 120 mg/día - 8 días máx.	Artrosis 60 mg/día. Artritis Reumatoide y Espondilitis 90 mg/día. Artritis gotosa aguda 120 mg/día - 8 días máx.	Disminuye efecto de diuréticos e IECA. Aumenta toxicidad de litio y metotrexato. Concentración plasmática disminuida por rifampicina.
<b>Ibuprofeno</b>	400 mg cada 8 h	2400 mg/día	Metabolismo hepático. Aumenta riesgo de sangrado de anticoagulantes. Aumenta efecto hipoglucemiantes orales e insulina. Reduce efecto hipotensor beta-bloqueantes e IECA. Aumenta nivel plasmático de digoxina, litio y fenitoína. Aumenta toxicidad metotrexato. Aumenta riesgo ulcus gastrointestinal corticoides y bifosfonatos.
<b>Metamizol magnésico</b>	575 mg cada 8 h	6 g/día	Metabolismo hepático. Reduce nivel sanguíneo de ciclosporinas, efecto sinérgico con alcohol, potencia acción de anticoagulantes cumarínicos. No asociar a otros AINEs.
<b>Paracetamol</b>	500 mg cada 8 h	4 g/día	Metabolismo hepático Hepatotóxico. Si IR grave mínimo intervalo 8h. Ancianos reducir dosis 25%. Alcohólicos no sobrepasar 2 g/día. Precaución con otros fármacos hepatotóxicos. Aumenta toxicidad de cloranfenicol.
<b>Paracetamol/codeína</b>	325/15 mg cada 8 h	4 g/120 mg/día	Potencia analgésicos y otros depresores del SNC. Potencia acción de anticolinérgicos y antiperistálticos.

## Recomendaciones para uso de inhibidores de la bomba de protones en pacientes que reciben tratamientos con antiinflamatorios no esteroideos

Según las recomendaciones del *National Institut for Health and Clinical Excellence* y otros organismos de salud, los pacientes tratados con AINE que deben recibir gastroprotección son los que presentan como mínimo alguna de estas características:

- Historia previa de úlcera o complicaciones gastrointestinales (hemorragia y perforación gastroduodenal).
- Edad > 65 años.
- Terapia concomitante con anticoagulantes, antiagregantes (incluido AAS a dosis bajas), corticoides orales o antidepresivos (ISRS, venlafaxina o duloxetina).
- Presencia de comorbilidad grave (enfermedad cardiovascular, renal o hepática grave), diabetes o hipertensión.
- Dosis máximas de AINE durante períodos prolongados.
- En pacientes que reciben AAS a dosis bajas para la prevención cardiovascular, además de un AINE, o bien que presentan antecedentes de úlcera o sangrado gastrointestinal.

Rostom A, Dube C, Wells GA, Tugwell P, Welch V, Jolicoeur E, et al. Prevention of NSAID-induced gastroduodenal ulcers. *Cochrane Database Syst Rev.* 2002;(4):CD002296. doi:10.1002/14651858.CD002296. Up-to-date 2009. Disponible en: <http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsystrev/articles/CD002296/frame.html>.

## Analgésicos y antiinflamatorios tópicos

FÁRMACO	Descripción	Posología	Aspectos a tener en cuenta
<b>Ibuprofeno tópico</b>	Gel al 5%	3-4 aplicaciones/día	Útil en lesiones situadas cerca de la piel.
<b>Diclofenaco tópico</b>	Gel al 1%, 2%, 3%	1% 1 aplic 2-4 g/6-8 h 2% 1 aplic 2-4 g/12 h	Útil en lesiones situadas cerca de la piel.
<b>Parches de diclofenaco</b>	140 mg de diclofenaco	1 parche/12 h en la zona dolorida. Máximo 2 parches /24h	No recortar parche.
<b>Apósito de lidocaína al 5%</b>	700 mg de lidocaína en un apósito adhesivo de hidrogel que produce analgesia local.	Aplicar 12h al día, no más de 3 parches	Los parches pueden cortarse en tamaños más pequeños. Mínima absorción sistémica.
<b>Pomada Emla</b>	Mezcla de lidocaína y prilocaína que produce anestesia cutánea.	Aplicar 3 veces al día de 1 a 5 h	Efecto óptimo aparece 1 h después de su aplicación.
<b>Capsaicina</b>	Producto alcaloide natural derivado del capsicum que actúa disminuyendo la sustancia P a nivel periférico y central.	<u>Pomada</u> : 1 aplicación cada 6-8 h con la precaución de lavar las manos con agua y jabón tras la aplicación.	Necesarias 4 semanas de tratamiento para valorar beneficio terapéutico.
		<u>Parches</u> : colocar en zona cutánea más dolorosa, máximo 4 parches. Dejar actuar 30 min en pies y 60 min en resto de zonas.	Puede ser necesario el uso de pomada anestésica previa a la aplicación del parche.

## Analgésicos por vía oral – Opioides menores

FÁRMACO	Dosis recomendada	Dosis máxima	Aspectos a tener en cuenta
Tramadol	50 mg cada 12 ó 24 h	400 mg/día	Toxicidad potenciada asociada a otros depresores centrales. Riesgo depresión respiratoria con otros opioides, benzodiazepinas y barbitúricos. Riesgo de convulsiones en fármacos que disminuyen umbral convulsivo. Aumento INR con cumarínicos.
Tramadol/ paracetamol	37,5/325 mg cada 12 h	300/2.600 mg/día	Intervalo de dosis no debe ser menor de 6 horas. Concentración plasmática reducida con carbamazepina y otros inductores enzimáticos. Tener en cuenta advertencias de tramadol.

## Analgésicos - Opioides potentes

Es importante tener en cuenta con los opioides potentes:

- La pauta posológica debe ser personalizada en función de la intensidad del dolor, el historial previo del paciente y el tratamiento previo que ha recibido.
- Con respecto a la administración:
  - Fármacos de liberación prolongada: no masticar ni triturar, ingerir comprimido entero.
  - Parches: Aplicar parche sobre superficie cutánea seca, exenta de vello y sin cicatrices, preferiblemente sobre la espalda o pecho bajo la clavícula. Durante la aplicación, presionar firmemente con la palma de la mano durante aproximadamente 30 segundos.
- Al administrar un opioide como fármaco analgésico se deben tener en cuenta los efectos adversos que pueden aparecer al inicio y durante el tratamiento: **Gastrointestinales** (náuseas, vómitos, estreñimiento); **Sistema nervioso autónomo** (retención urinaria, hipotensión postural, xerostomía); **Sistema nervioso central** (somnia, trastornos cognitivos, trastornos cognitivos, alucinaciones, delirio, depresión respiratoria, mioclonías, convulsiones, hiperalgesia); **Piel y tejidos**: prurito y sudoración.

## Analgésicos - Opioides potentes

FÁRMACO	Dosis inicial	Incrementos de dosis	Dosis máxima	Aspectos a tener en cuenta
<b>Fentanilo transdérmico</b>	Dosis inicial en pacientes no tratados previamente con opioides no debe ser superior a 25 mcg/h.	Incrementos de dosis de 12,5 ó 25 mcg/h. Reemplazar parche cada 72 h.	Considerar métodos alternativos de analgesia cuando la dosis supere 300 mcg/h.	Su uso junto a inhibidores del citocromo CYP3A4 (ketoconazol, eritromicina, diltiazem, etc...) aumenta el riesgo de depresión respiratoria. Los pacientes pueden precisar dosis adicional periódica de analgésicos de acción corta para el dolor irruptivo durante el ajuste de dosis.
<b>Oxicodona</b>	<u>Liberación inmediata:</u> 5 mg/4-6 h. <u>Liberación prolongada:</u> 10 mg/12 h.	Incrementos del 25-50% según respuesta individual.	Dosis máxima 160 mg/ día (80 mg/día en el caso de asociación a naloxona).	Potencia los efectos de fenotiazinas, antidepresivos tricíclicos, anestésicos, hipnóticos, sedanes, alcohol, relevantes musculares, antihipertensivos e ISRS.
<b>Buprenorfina transdérmica</b>	Parche 35 mcg/h (valorar usar medio parche en ancianos, pacientes sin tratamiento previo con opioides o pacientes de riesgo).	Reemplazar parche cada 96 h máximo. Si a las 72 h la analgesia es insuficiente, aumentar dosis a dos parches de la misma concentración o cambiarlo a la siguiente concentración.	Nunca usar más de 2 parches.	Interacciones con fenotiazinas, IMAOS, sedante hipnóticos. Si requiere rescate, usar buprenorfina oral 1 ó 2 comprimidos sublinguales de 0,2 mg/24 h además del parche.
<b>Hidromorfona oral</b>	Dosis inicial 8 mg/24 h. Para mejorar tolerabilidad, algunos pacientes pueden beneficiarse de una dosis inicial de 4 mg/24 h.	El aumento o disminución de la dosis se hará de 4-8 mg/24 h.		Interacciona con IMAOs, sedantes e hipnóticos.
<b>Tapentadol LP</b>	Dosis inicial de 50 mg/12 h.	Incrementos de 25-50 mg/12 h cada 3 días.	Dosis máxima 500 mg/24 h.	Interacciona con IMAOs, analgésicos de acción central y principios activos psicotrópicos.



## FÁRMACOS EMPLEADOS JUNTO CON LOS OPIOIDES PARA TRATAR O PREVENIR EFECTOS SECUNDARIOS DERIVADOS DEL USO DE ESTOS ÚLTIMOS (COADYUVANTES)

### Antieméticos

FÁRMACO	Benzamidas bloquean receptores D2 y 5-HT3 y tienen acción procinética colinérgica	
	Dosis recomendada	Aspectos a tener en cuenta
Metoclopramida solución oral (1 mg/1 ml)	10 ml/8 h	Dosis máxima 0,5 mg/kg y día Limitar su administración a 3 días consecutivos.
Metoclopramida comprimidos 10 mg	1 compr/8 h antes del desayuno, comida y cena.	Limitar su administración a 3 días consecutivos.
Levosulpirida comprimidos 25 mg	1 compr/8 h antes del desayuno, comida y cena.	

### Bloqueantes de receptores 5-HT3

FÁRMACO	Dosis recomendada	Aspectos a tener en cuenta
Ondansetrón	1 compr cada 8 ó 12 h	Comprimidos 4 y 8 mg

### Laxantes

FÁRMACO	Dosis recomendada	Aspectos a tener en cuenta
Plantago ovata	De 3,5 a 7 g en ayunas por las mañanas con 1-2 vasos de agua.	Puede tomarse una dosis adicional.
Parafina	15 ml cada 12 ó 24 h	
Lactulosa	15-30 ml/24 h en dosis única o repartida.	
Metilceluosa	1,5 g/8 h inicialmente. Mantenimiento 1,5 g/24 h.	Caps de 500 mg

## COANALGÉSICOS: fármacos con acción analgésica propia, aunque su uso farmacológico primario no es analgésico

FÁRMACO	Dosis recomendada	Dosis máxima	Aspectos a tener en cuenta
Pregabalina	75 mg cada 12 h	600 mg/día	Mayor alteración de la función cognitiva y motora con oxicodona. Potencia efecto de etanol y lorazepam.
Gabapentina	300 mg cada 8 h	3600 mg/día	Biodisponibilidad disminuida (administrar 2h después) con antiácidos.
Duloxetina	30 mg día	120 mg/día	Precaución con medicamentos que actúan en SNC (alcohol, benzodiacepinas, antipsicóticos, fenobarbital, antihistamínicos sedantes).

# LA ESCALA DN-4 DE DOLOR NEUROPÁTICO

## CUESTIONARIO DN4\*

### Entrevista al paciente

#### Pregunta 1: ¿Tiene su dolor alguna de estas características?

1. Quemazón	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
2. Sensación de frío doloroso	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
3. Descargas eléctricas	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

#### Pregunta 2: ¿Tiene en la zona donde le duele alguno de estos síntomas?

4. Hormigueo	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
5. Pinchazos	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
6. Entumecimiento	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
7. Escozor	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

### Exploración del paciente

#### Pregunta 3: ¿Se evidencia en la exploración alguno de estos signos en la zona dolorosa?

8. Hipoestesia al tacto	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
9. Hipoestesia al pinchazo	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

#### Pregunta 4: ¿El dolor se provoca o intensifica por?

10. El roce	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
-------------	-----------------------------	-----------------------------

\*Escala cedida gratuitamente por Pfizer.

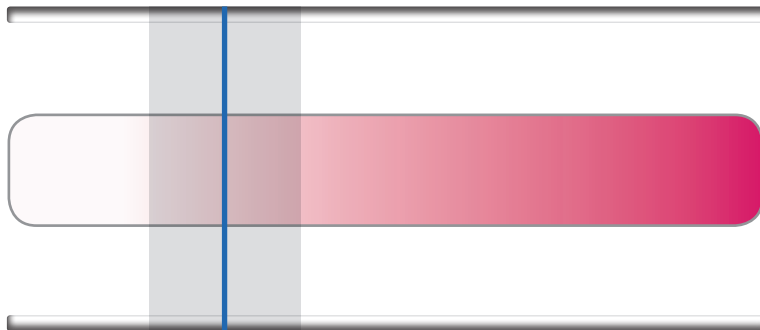
Pérez C, Gálvez R, Huelbes S, Insausti J, Bouhassira D, Díaz S, et al. Validity and reliability of the Spanish version of the DN4 (Douleur Neuropathique 4 questions) questionnaire for differential diagnosis of pain syndromes associated to a neuropathic or somatic component. *Health Qual Life Outcomes*. 2007;5(1):66.

# SCREENING TOOL PARA DETECCIÓN DE DOLOR NEUROPÁTICO LOCALIZADO

	Sí	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 Sí → 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 Sí → al menos Dolor Neuropático Localizado Probable

# ESCALA VISUAL ANALÓGICA DE EVALUACIÓN DE NIVEL DE DOLOR

Sin  
Dolor



Máximo  
Dolor

## ESCALA VISUAL NUMÉRICA DE EVALUACIÓN DE NIVEL DE DOLOR

