


ABORDAJE MULTIDISCIPLINARIO DEL DOLOR DESDE LA PERSPECTIVA DEL PSIQUIATRA Y MÉDICO DE DOLOR


Jorge M Tamayo, M.D., B.Sc.(Pharm.)
Dpto. Psiquiatría, Universidad CES, Medellín, Colombia
Dpto. Psicología, U.P.B., Medellín, Colombia
Educación Continua, EAFIT



1

Declaración de Intereses

- El expositor ha recibido honorarios en calidad de conferencista o como parte de asesorías a las siguientes compañías farmacéuticas:
 - ❖ Pfizer
 - ❖ GSK
 - ❖ Janssen
 - ❖ Química Suiza/Roche
 - ❖ MD Pharma/Astra Zeneca
 - ❖ Lilly
 - ❖ Lundbeck
 - ❖ EuroEtika/Bial/Biocodex
 - ❖ Sanofi-Aventis
- El expositor (no) está involucrado con actividades de investigación, (ni) ha recibido fondos para investigación de ninguna compañía farmacéutica
- El expositor ha recibido apoyo para participar en actividades de educación médica continuada (CME) por parte de Abbott, Lundbeck, Sanofi-Aventis, Pfizer y Lilly



2

1 Síndromes Asociados a Sensibilización Central y Dolor Crónico

- 2 Fibromialgia
- 3 Patologías No Psiquiátricas Dolorosas con Síntomas Psiquiátricos Asociados
- 4 Dolor y Somatización en Depresión Mayor y Ansiedad
- 5 Tratamiento del Dolor Crónico

© PfOL 2020

3

Definición de Dolor

- **IASP 1979–2018**
 - ❑ “Una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada a daño tisular actual o potencial o descrita en términos de tal daño”
- **Definición propuesta por Milton Cohen et al.:**
 - ❑ "El dolor es una experiencia somática mutuamente reconocible que refleja la aprensión de una persona ante una amenaza a su integridad corporal o existencial".
- **Dolor nociceptivo:**
 - ❑ Proceso patológico en órganos y tejidos periféricos
 - ❑ Proyección del dolor en una parte del cuerpo dañada o dolor referido.
- **Dolor neuropático:**
 - ❑ Proceso patológico en el sistema somatosensorial
 - ❑ Proyección del dolor en territorio de inervación.

IASP = International Association for the Study of Pain

Treede R-D. Pain Rep 2018; 3(2): e643; Cohen M et al. PAIN Reports 2018

© PfOL 2020

4

Definición y Prevalencia del Dolor

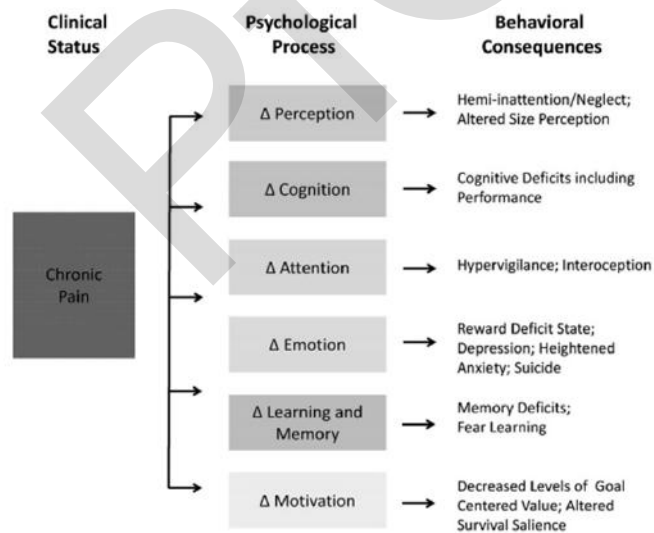
- La incapacidad de comunicarse verbalmente no niega la posibilidad de que un individuo experimente dolor y necesite un tratamiento adecuado para aliviar el dolor. El dolor siempre es subjetivo.
- ... Muchas personas informan dolor en ausencia de daño tisular o cualquier causa fisiopatológica probable. Por lo general, no hay forma de distinguir su experiencia de la debida al daño tisular. Si consideran su experiencia como dolor, debe aceptarse como dolor. Esta definición evita vincular el dolor al estímulo.
- La prevalencia de dolor crónico (12 meses) se encuentra alrededor del 37% en los países de altos ingresos y del 41% en países de ingresos medios o bajos. La prevalencia del dolor crónico aumenta con la edad, es mayor en mujeres y en personas con menores ingresos.

Katz J et al. Can J Psychiatry 2015;60(4):160-7; Treede R-D. Pain Rep 2018; 3(2): e643



5

Aspectos Psicosociales y Dolor



Se han identificado varios factores de riesgo psicosocial, aunque el valor pronóstico independiente de estos es bastante bajo.

Esto respalda una visión multidimensional de la transición del dolor agudo a crónico. La ansiedad aumenta el riesgo de tal transición.

Las creencias y expectativas de los pacientes sobre su dolor parecen influir en el proceso de recuperación.

El miedo relacionado y la evitación del miedo pueden ser variables psicológicas influyentes. La relación entre pacientes y proveedores de atención también contribuyen.

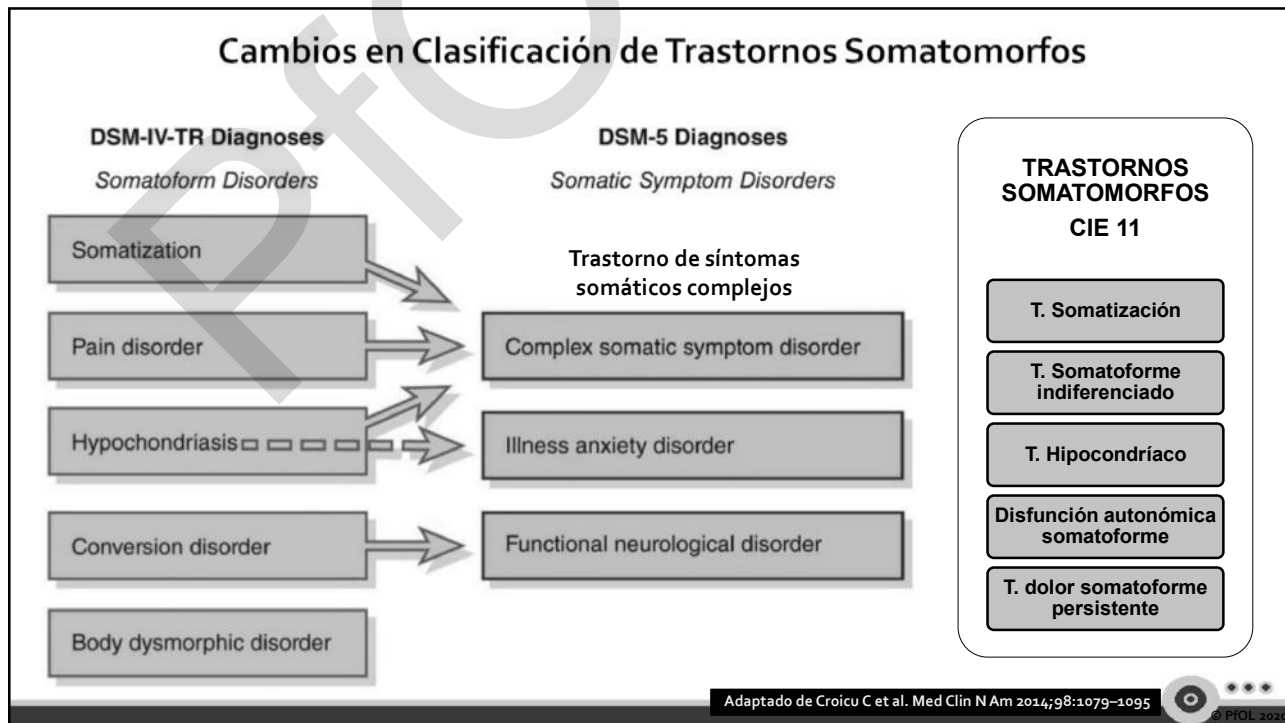
Cedraschi C & Allaz AF. Best Pract Res Clin Rheumatol 2005;19(4):577-91



6



7



8

¿Es Posible Diferenciar Dolor Neurofisiológico de Psicopatológico?

- Dolor Crónico es aquél que puede carecer de biomarcadores, que no responde a tratamientos específicos y con una duración mayor de 6 meses.
- El dolor crónico tiene consecuencias perjudiciales como ansiedad, pérdida de trabajo, aislamiento social y depresión.
- Históricamente ha sido etiquetado como psicopatológico, pero este enfoque es perjudicial y contamina la relación terapéutica al introducir un elemento de desconfianza mutua, la culpa. Es desmoralizante para el paciente.
- Ahora se entiende que los dolores implican una interacción entre mecanismos neurofisiológicos periféricos y centrales
- El nuevo diagnóstico del DSM-5, el trastorno de síntomas somáticos, sobre-psicologiza a las personas con dolor crónico; Tiene baja sensibilidad y especificidad, y contribuye al diagnóstico erróneo, así como al estigma.

Katz J et al. Can J Psychiatry 2015;60(4):160-7

© PFOL 2020

9

Características del Dolor Crónico y Mecanismos Fisiopatológicos

- Dolor de distribución no anatómica con propagación al territorio no lesionado
- Dolor que se dice que está fuera de proporción al grado de lesión y/o en ausencia de lesiones
- Lo que alguna vez se pensó era causado por mecanismos psicopatológicos, ahora puede explicarse por mecanismos neurofisiológicos periféricos y centrales:
 - Desarrollo y/o aumento de la actividad neural espontánea
 - Reducción del umbral neural para la activación (alodinia)
 - Aumento de la respuesta neuronal a la intensidad fija repetida (hiperalgesia)
 - Ampliación de los campos receptivos neuronales (hiperalgesia secundaria)
 - Sistema cruzado, interacciones viscer-visceral dentro del sistema nervioso central (hiperalgesia remota)
 - Pérdida de neurita periférica contralateral inducida por lesión ipsilateral (alochiria)

Katz J et al. Can J Psychiatry 2015;60(4):160-7

© PFOL 2020

10

Influencias Supraespinales del Procesamiento Nociceptivo

Facilitation

- Substance P
- Glutamate and EAA
- Serotonin (5HT_{2a, 3a})
- Neurotensin
- Nerve growth factor
- CCK

Inhibition

- Descending antinociceptive pathways
 - Norepinephrine – serotonin (5HT_{1a,b})
 - Opioids
- GABA
- Cannabinoids
- Adenosine

Calvino B, Grilo RM. Joint Bone Spine 2006;73(1):10-16 © PFOL 2020

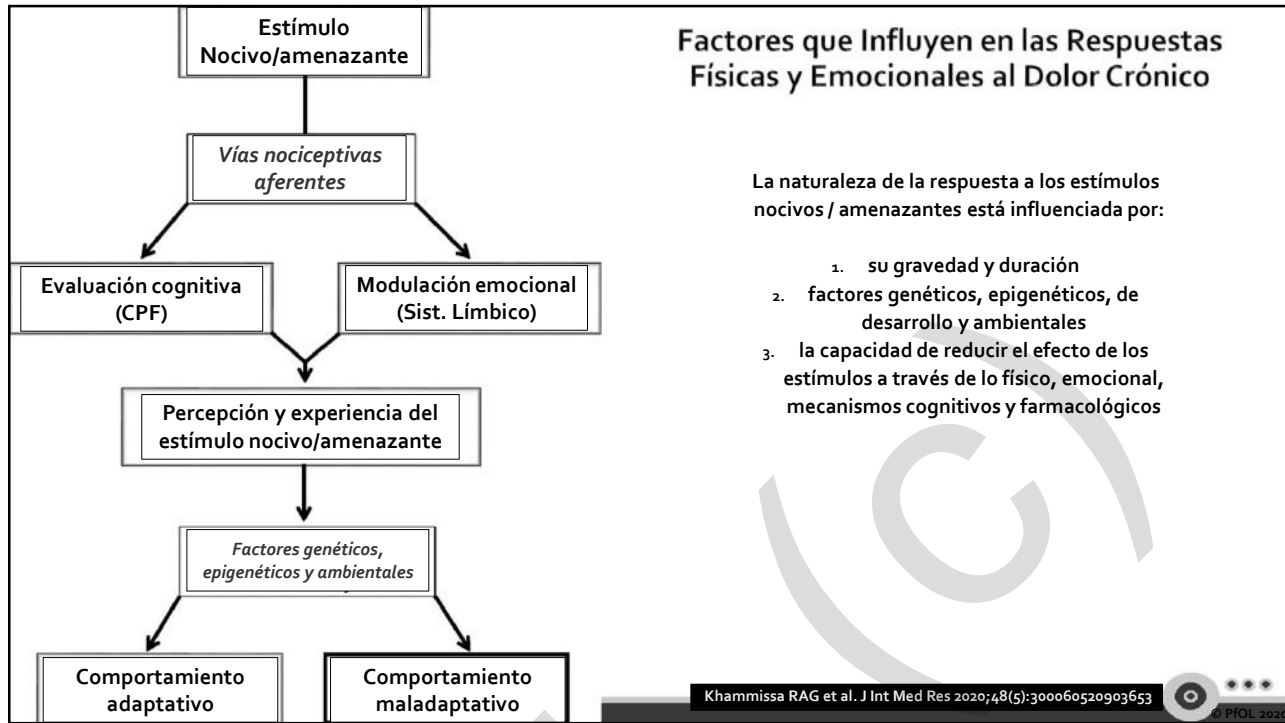
11

Estructuras Centrales Involucradas en el Procesamiento del Dolor

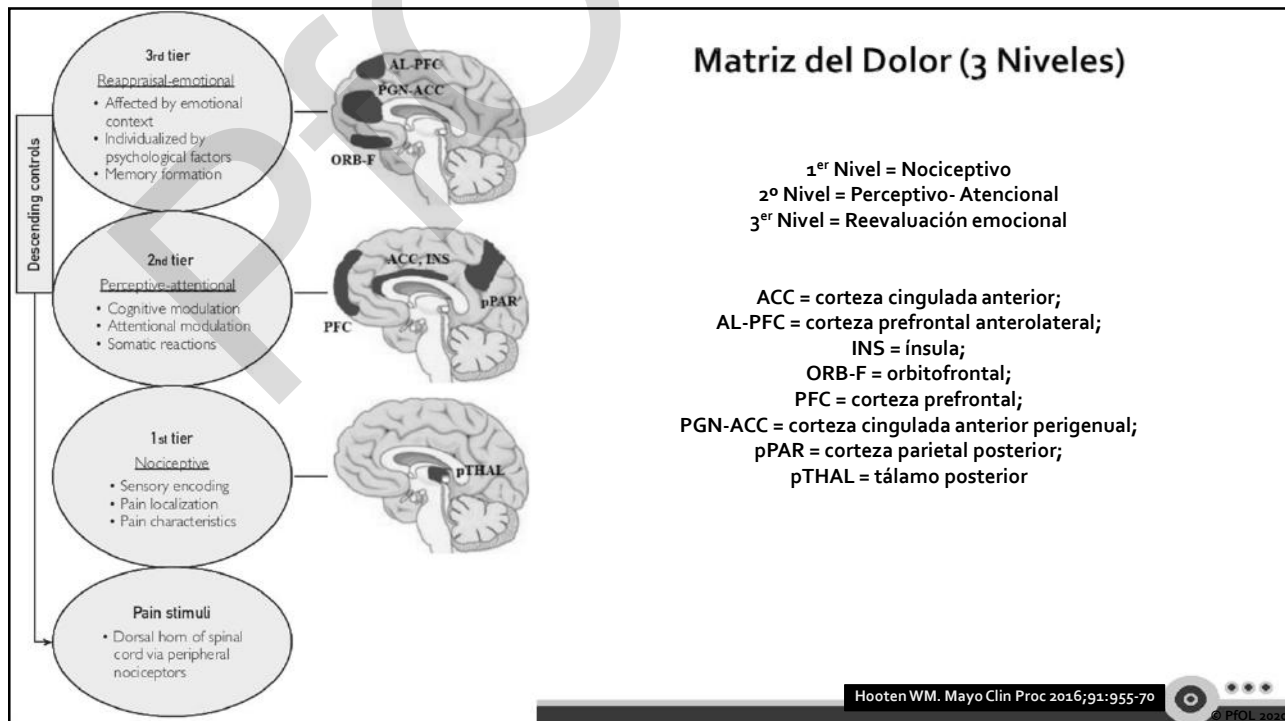
PAG, sust. gris periacueductal; PB, núcleo parabraquial de las protuberancias dorsolaterales; VMpo, parte ventromedial del complejo nuclear posterior; MDvc, parte ventrocaudal del núcleo dorsal medial; VPL, núcleo lateral ventroposterior; ACC, corteza cingulada anterior; PCC, corteza cingulada posterior; HT, hipotálamo; S-1 y S-2, primera y segunda áreas corticales somatosensoriales; PPC, complejo parietal posterior; SMA, área motora suplementaria; AMYG, amígdala; PF, corteza prefrontal

Price DD. Science 2000;288:1769-1772 © PFOL 2020

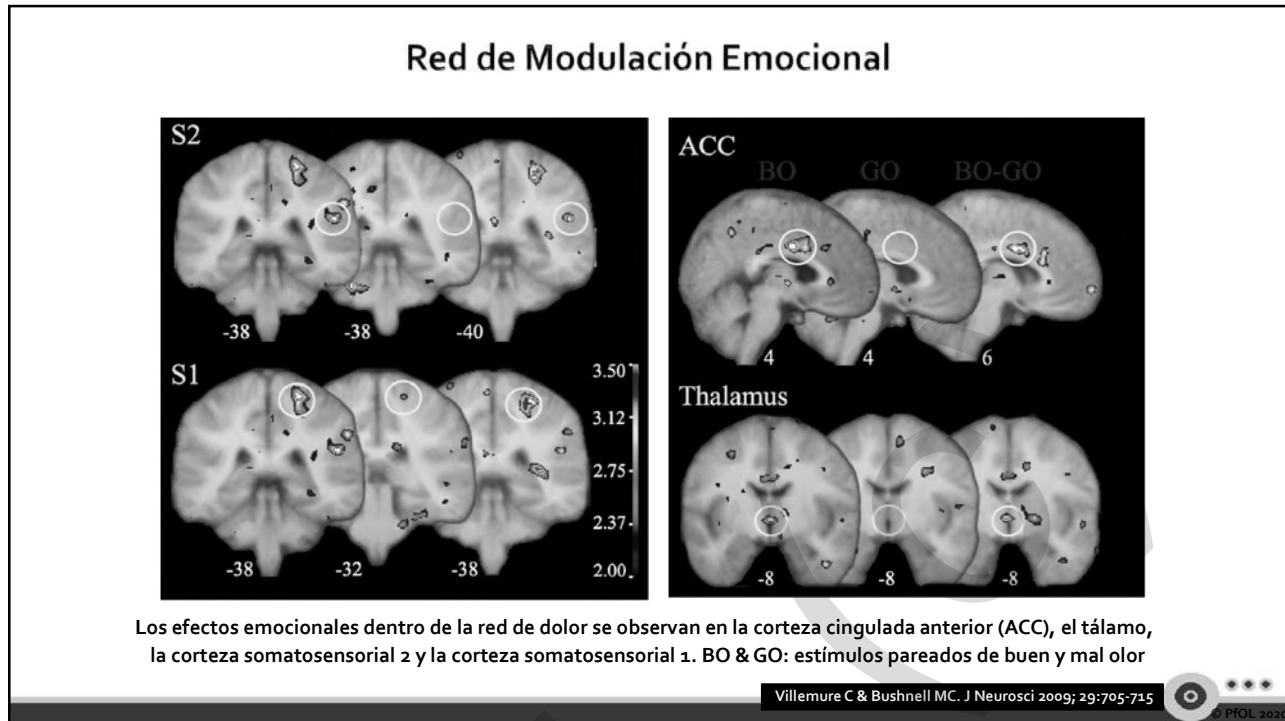
12



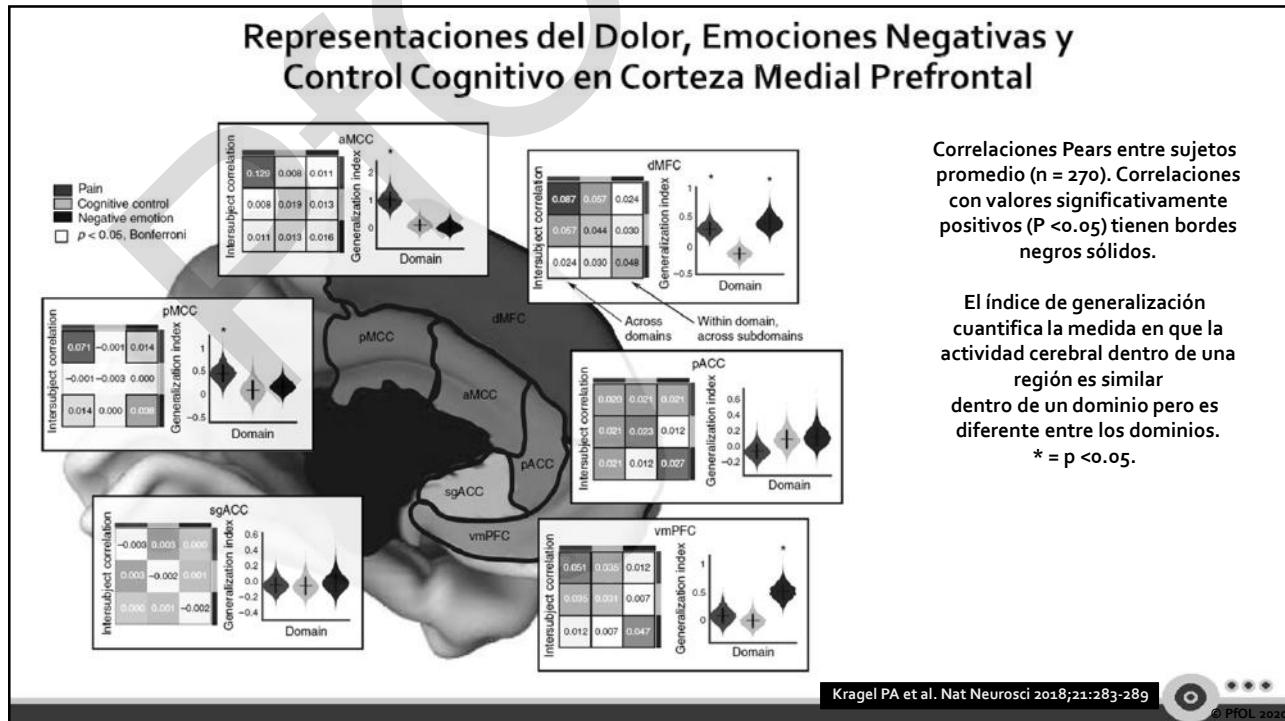
13



14



15



16

Sensibilización Central

- El término sensibilización central fue acuñado en 1989 por Clifford Woolf y sus colegas basados en su trabajo en un modelo de rata en el que se observa hiperexcitabilidad de las neuronas de la médula espinal por lesión de tejido periférico.
- Se define como una respuesta amplificada del sistema nervioso central a las aferencias periféricas dolorosas que involucra neuronas anormalmente sensibles que desarrollan actividad patológica espontánea dolorosa (como "Kindling").
- Aunque las citocinas proinflamatorias están elevadas en algunos pacientes, no todos ellos se benefician de AINEs.
- La dicotomía "funcional" y "orgánica" debe abandonarse y deben evitarse los términos que culpan al paciente como somatización, somatizador y catastrofización.

Yunus MB. Curr Rheumatol Rev 2015;11:70-85

© PFOL 2020

17

Alteraciones Cognitivas en Adolescentes con SFC

- Los adolescentes con Síndrome de fatiga crónica/Encefalomiélitis miálgica (CFS / ME) con psicopatología comórbida tienden a estar sesgados negativamente en su pensamiento, tanto en general como sobre sus síntomas de fatiga específicamente ($d = 0,61-1,31$).
- También respaldaron con mayor firmeza las creencias de daño ($d = 0.49$), la evitación de la vergüenza ($d = 1.05$), la catástrofe ($d = 0.97$) y el enfoque de los síntomas ($d = 0.75$) en respuesta a la fatiga, pero no difirió significativamente en la evitación del miedo de aquellos sin psicopatología comórbida.
- Tanto los errores cognitivos negativos como las respuestas inútiles a los síntomas explicaron el 43% de la variación en la psicopatología.

Loades ME et al. J Affect Disord 2020; 274:752-758

© PFOL 2020

18

Síndromes Asociados a Sensibilización Central (SASC)

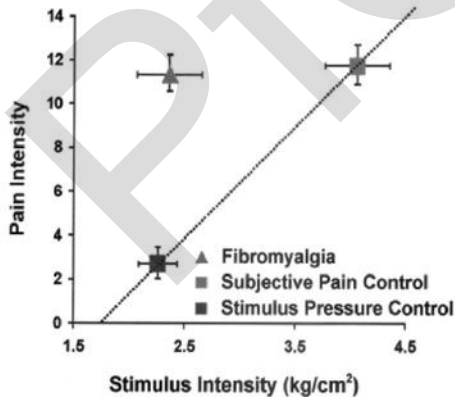
- **Primarios (sin enfermedad subyacente):**
 - fibromialgia, síndrome de intestino irritable, síndrome de piernas inquietas, cefaleas tensionales, síndrome de fatiga crónica, síndromes miofaciales, cistitis intersticial, síndrome de dolor regional complejo
- **Secundarios a enfermedad bien definida, infección, drogas y trauma físico**
 - Osteoartritis, artritis reumatoidea, lupus eritematoso sistémico, pancreatitis crónica, esclerosis múltiple, cáncer, drogas (morfina), infecciones por herpes u otros virus (VIH, hepatitis C, Epstein-Barr) o bacterias (E. coli, Borrelia Burgdorferi) u hongos (Candida en vulvodinia)
- **Neuropatías independientemente de la causa primaria o secundaria**
- **Insomnio independientemente de la causa primaria o secundaria.**

Yunus MB. Curr Rheumatol Rev 2015;11:70-85

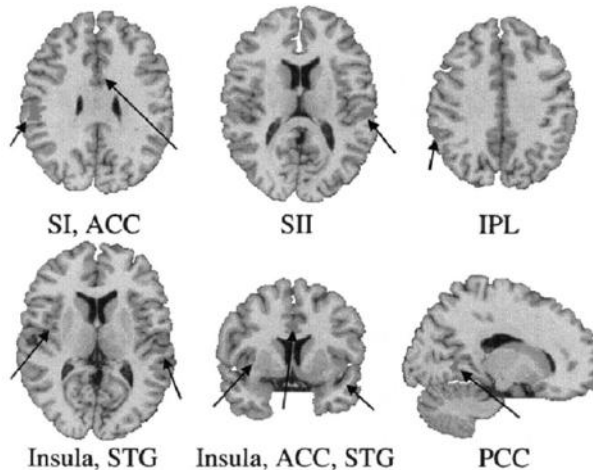


19

Estímulo y Respuesta en SASC Durante Escaneos con fMRI



Comparación de los efectos de presiones de estímulo similares en pacientes y controles. En rojo, las regiones en las que la respuesta en los pacientes fue significativamente mayor que en los controles



IPL = lóbulo parietal inferior
STG = giro temporal superior

Gracely RH et al. Arthritis Rheum 2002; 46:1333-1343



20

Neuroimágenes en los Síndromes Asociados a Sensibilización Central

- Los estudios transversales de neuroimagen de la actividad basal, la anatomía y el componente molecular de los SASC son extremadamente heterogéneos dentro y entre los síndromes.
- La literatura sobre neuroimagen no respalda la "sensibilización central" como causa de estos síndromes, pero sugiere que el "aumento sensorial central" es un factor predisponente o un efecto consecuente.
- Estos trastornos no parecen ser enfermedades discretas. Más bien, parecen representar trastornos dimensionales o continuos. Muy pocos estudios de neuroimagen reportan hallazgos importantes.
- A pesar de esto, se ha demostrado que la respuesta biológica a los estímulos dolorosos aumenta de manera escalable en muchos de estos trastornos, demostrando que una parte de la carga de síntomas se basa en mecanismos fisiológicos reflexivos no conscientes.
- Las mejoras robustas en el dolor crónico conducen a cambios neurológicos predecibles.

Walitt B et al. Curr Rheumatol Rev 2016;12:55-87

© PFOL 2020

21

2 Fibromialgia

- 1 Síndromes Asociados a Sensibilización Central y Dolor Crónico
- 3 Patologías No Psiquiátricas Dolorosas con Síntomas Psiquiátricos Asociados
- 4 Dolor y Somatización en Depresión Mayor y Ansiedad
- 5 Tratamiento del Dolor Crónico

© PFOL 2020

22

Widespread Pain Index
(1 point per check box; score range: 0-19 points)

1 Please indicate if you have had pain or tenderness during the past 7 days in the areas shown below. Check the boxes in the diagram for each area in which you have had pain or tenderness.

Symptom Severity
(score range: 0-12 points)

2 For each symptom listed below, use the following scale to indicate the severity of the symptom during the past 7 days.

- No problem
- Slight or mild problem: generally mild or intermittent
- Moderate problem: considerable problems; often present and/or at a moderate level
- Severe problem: continuous, life-disturbing problems

	No problem	Slight or mild problem	Moderate problem	Severe problem
Points	0	1	2	3
A. Fatigue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B. Trouble thinking or remembering	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C. Waking up tired (unrefreshed)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3 During the past 6 months have you had any of the following symptoms?

Points	0	1
A. Pain or cramps in lower abdomen	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes
B. Depression	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes
C. Headache	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes

Criterios Diagnósticos de Fibromialgia

WPI ≥ 7 y SS ≥ 5
o
WPI 3-6 y SS ≥ 9

por más de 3 meses

clasifica correctamente
88.1% de los casos sin requerir examen físico o puntos sensibles

Additional criteria (no score)

4 Have the symptoms in questions 2 and 3 and widespread pain been present at a similar level for at least 3 months?
 No Yes

5 Do you have a disorder that would otherwise explain the pain?
 No Yes

Wolfe F, et al. Arthritis Care Res (Hoboken) 2010;62:600-10

23

Prevalencia de la Fibromialgia

- La prevalencia media global de FM fue del 2,7%
- Puede desarrollarse a cualquier edad, incluso en la niñez. La prevalencia es similar en diferentes países, culturas y grupos étnicos y no hay evidencia de que sea más prevalente en países y culturas industrializadas.
- En mujeres, la prevalencia media fue del 4,2% y en los hombres del 1,4%, con una relación mujer-hombre de 3:1. Con los nuevos criterios (ACR 2010), la relación mujer-hombre baja a 2: 1, similar a otras condiciones de dolor crónico.
- 3 estudios que utilizaron los criterios ACR 2010 muestran que estos tienen una mayor sensibilidad y menor especificidad respecto a los criterios ACR 1990, pero no dan lugar a mayores tasas de prevalencia de FM.

Queiroz LP. Curr Pain Headache Rep 2013;17:356; Clauw DJ. JAMA 2014;311:1547-1555

24

Orígenes de la Fibromialgia

- Los familiares de pacientes con fibromialgia pueden tener historia de dolor crónico (OR = 8.5; IC 95% 2.8-26).
- La sensibilidad al dolor es poligénica . Los genes asociados con una frecuencia aumentada o disminuida de estados de dolor crónico o sensibilidad al dolor regulan la descomposición o unión de neurotransmisores moduladores de la sensibilidad al dolor y otras vías inflamatorias.
- Los estudios con gemelos sugieren un 50% de riesgo de desarrollar fibromialgia y afecciones relacionadas como síndrome de intestino irritable y dolor de cabeza.
- **Factores ambientales:** estrés que involucra dolor agudo, virus de Epstein-Barr, enfermedad de Lyme, fiebre Q, hepatitis viral, trauma (colisiones de vehículos de motor o la guerra), otras afecciones de dolor crónico (osteoartritis, artritis reumatoide, lupus).

Clauw DJ. JAMA 2014;311:1547-1555

© PFOL 2020

25

3

Patologías No Psiquiátricas Dolorosas con Síntomas Psiquiátricos Asociados

1 Síndromes Asociados a Sensibilización Central y Dolor Crónico

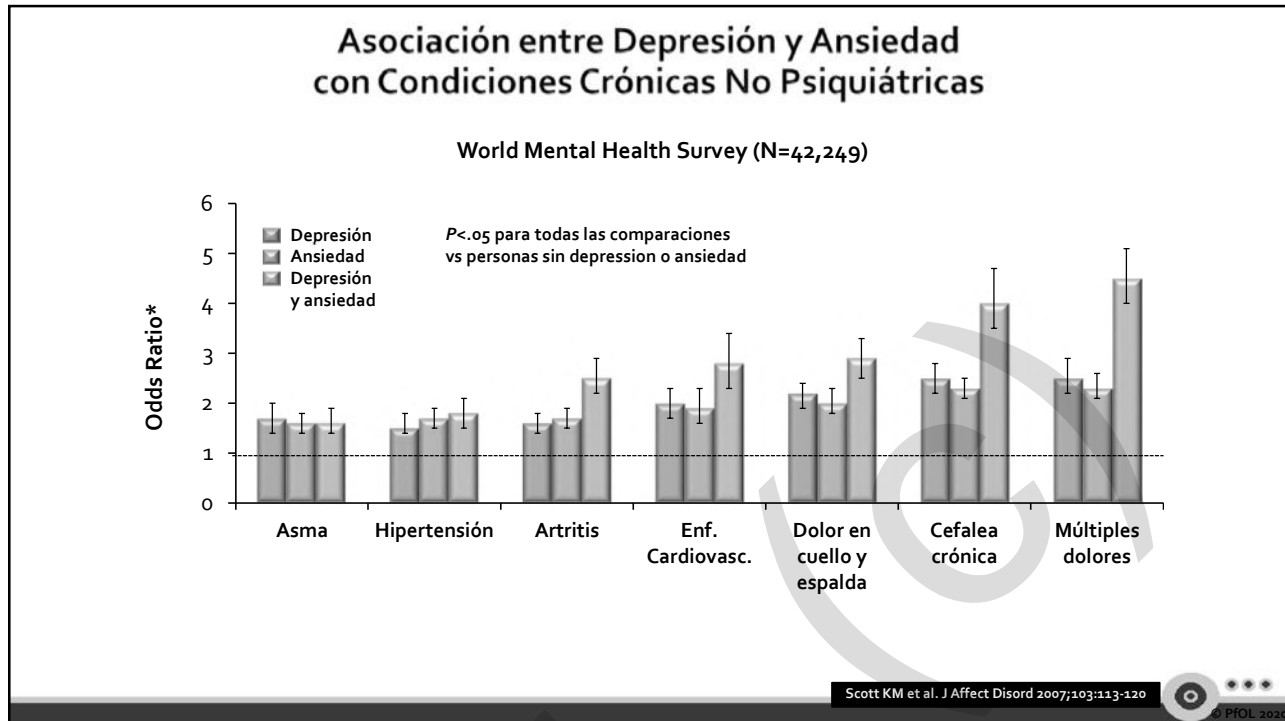
2 Fibromialgia

4 Dolor y Somatización en Depresión Mayor y Ansiedad

5 Tratamiento del Dolor Crónico

© PFOL 2020

26



27

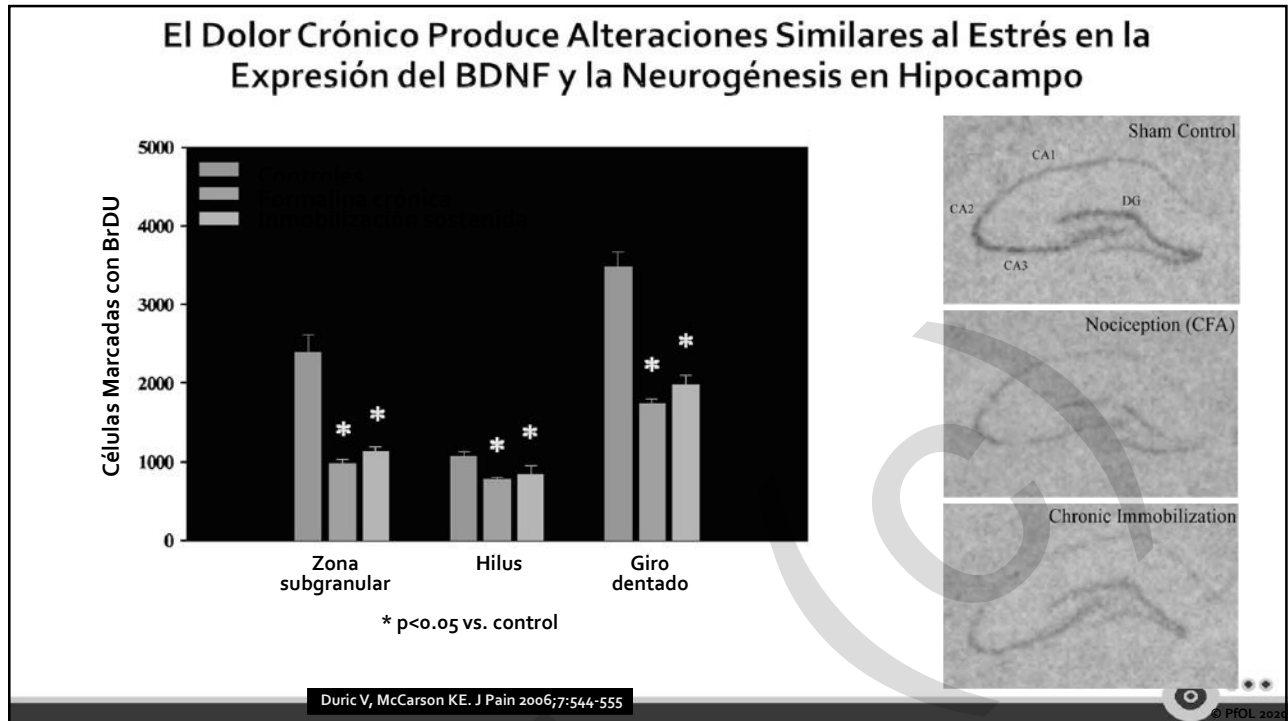
Prevalencia (12 m.) de Depresión y Ansiedad en pacientes con Dolor Crónico

Variable	Prevalence (%)
Depression	
Spinal pain (lumbar, thoracic, or neck) ²⁶⁻²⁹	2-56
Neuropathic pain ³³⁻³⁶	4-12
Fibromyalgia ¹⁷⁻²³	21-83
Migraine headache ³⁷⁻⁴¹	17-28
Temporomandibular joint disorder ^{34,25}	16-65
Pelvic pain ⁴²⁻⁴⁶	19-22
Abdominal pain ^{30,32}	9-54
Arthritis ^{33,37,38,47,49}	3-39
Anxiety	
Spinal pain (lumbar, thoracic, or neck) ^{26-29,38}	1-26
Neuropathic pain ³⁴⁻³⁶	5-27
Fibromyalgia ^{18-21,23}	18-60
Migraine headache ^{38,39,41}	2-45
Temporomandibular joint disorder ⁵⁰⁻⁵²	15-65
Pelvic pain ^{42,53}	12-41
Abdominal pain ^{30,32}	21-51
Arthritis ^{33,37,38,48,49}	1-35
Substance use disorder	
Spinal pain (lumbar, thoracic, or neck) ²⁶⁻²⁹	4-14
Neuropathic pain ⁵⁴⁻⁵⁶	1-9
Fibromyalgia ^{19,20,23}	1-25
Migraine headache ⁴⁰	1-6
Arthritis ^{23,49}	1-12

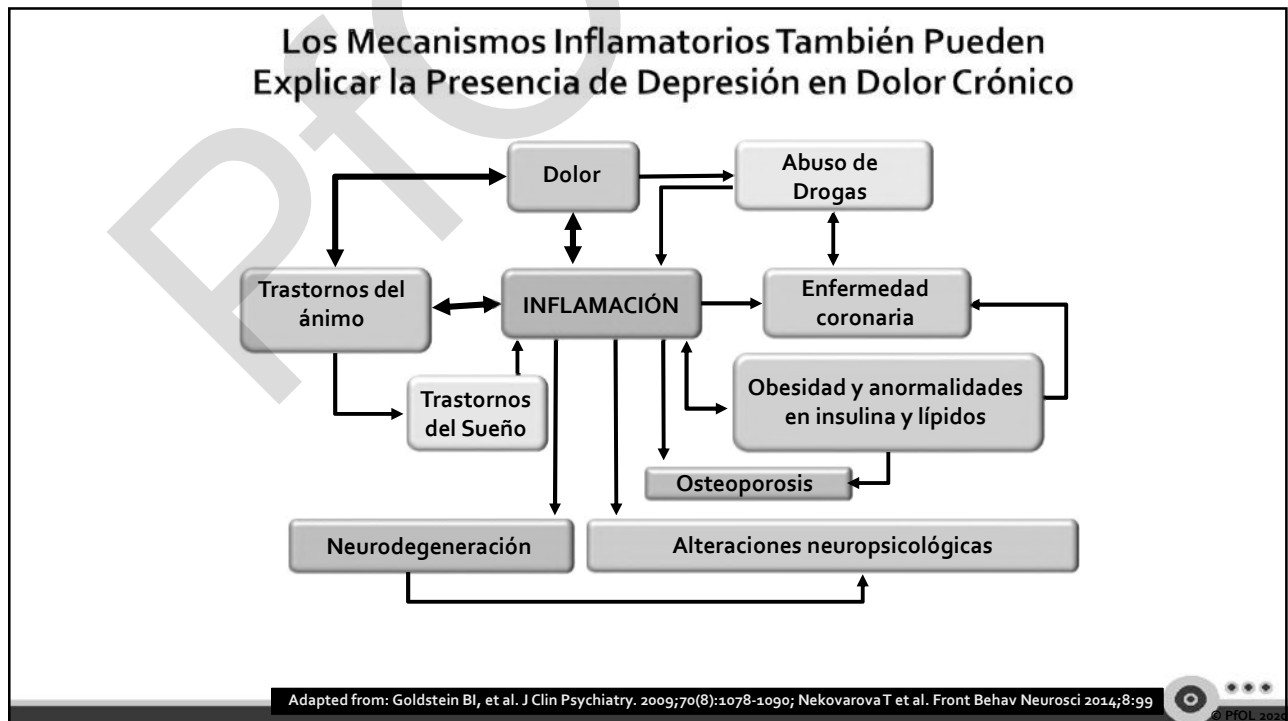
- Pacientes con dolor en cuello incapacitante o dolor lumbar → 2,0 a 2,5 veces mayor riesgo de un episodio de depresión a los 6 y 12 meses que las personas sin dolor. Pacientes deprimidos sin dolor → 4 veces más probabilidades de desarrollar dolor de cuello o lumbalgia. *La tasa de dolor de cuello o espalda aumentó en un 4% por cada aumento de 1 punto en la gravedad de los síntomas depresivos.*
- Pacientes con migraña → 2 a 3 veces más probabilidades de TAG, trastorno de pánico, agorafobia o TEPT. Pacientes con trastornos de ansiedad → doble de probabilidades de desarrollar migraña.
- Pacientes con TUS → 1.5 veces más probabilidades de desarrollar dolor crónico. Pacientes con dolor crónico → 2 a 3 veces más probabilidades de desarrollar un TUS.

Hooten WM. Mayo Clin Proc 2016;91:955-70

28



29



30

4 Dolor y Somatización en Depresión Mayor y Ansiedad

- 1 Síndromes Asociados a Sensibilización Central y Dolor Crónico
- 2 Fibromialgia
- 3 Patologías No Psiquiátricas Dolorosas con Síntomas Psiquiátricos Asociados
- 5 Tratamiento del Dolor Crónico

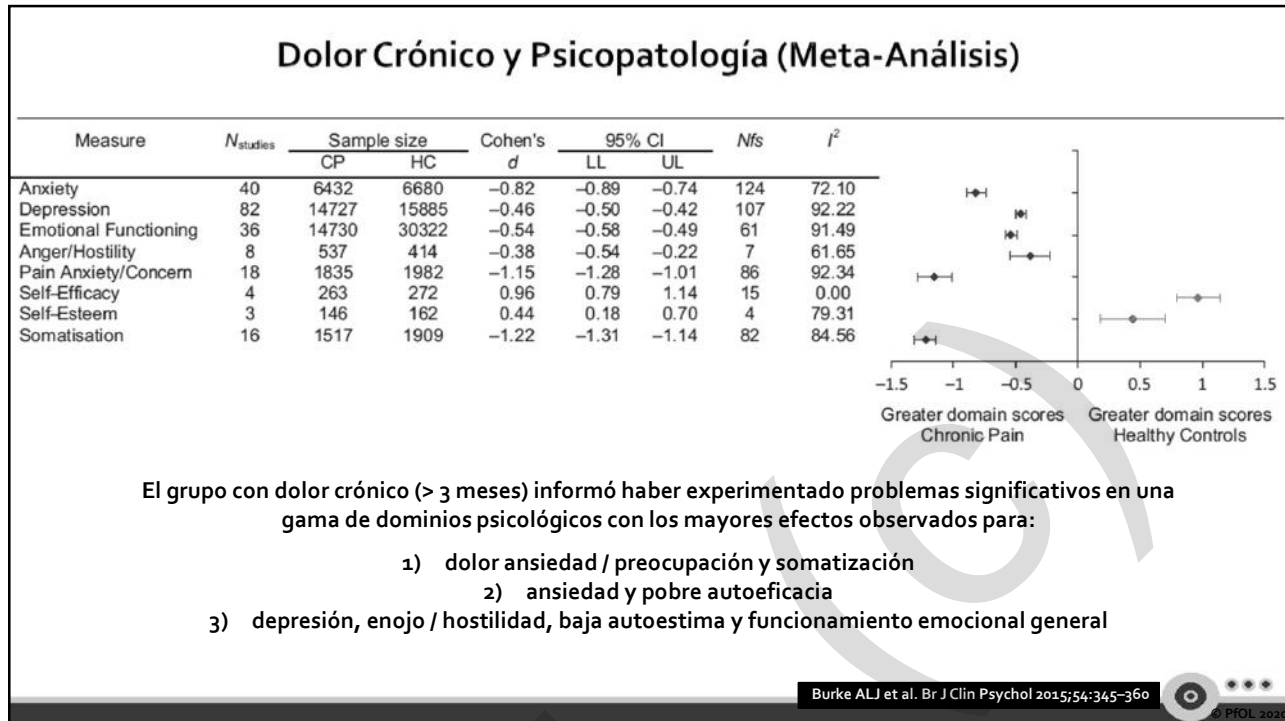
31

Trastornos Mentales y Dolor Crónico (Concurrencias)

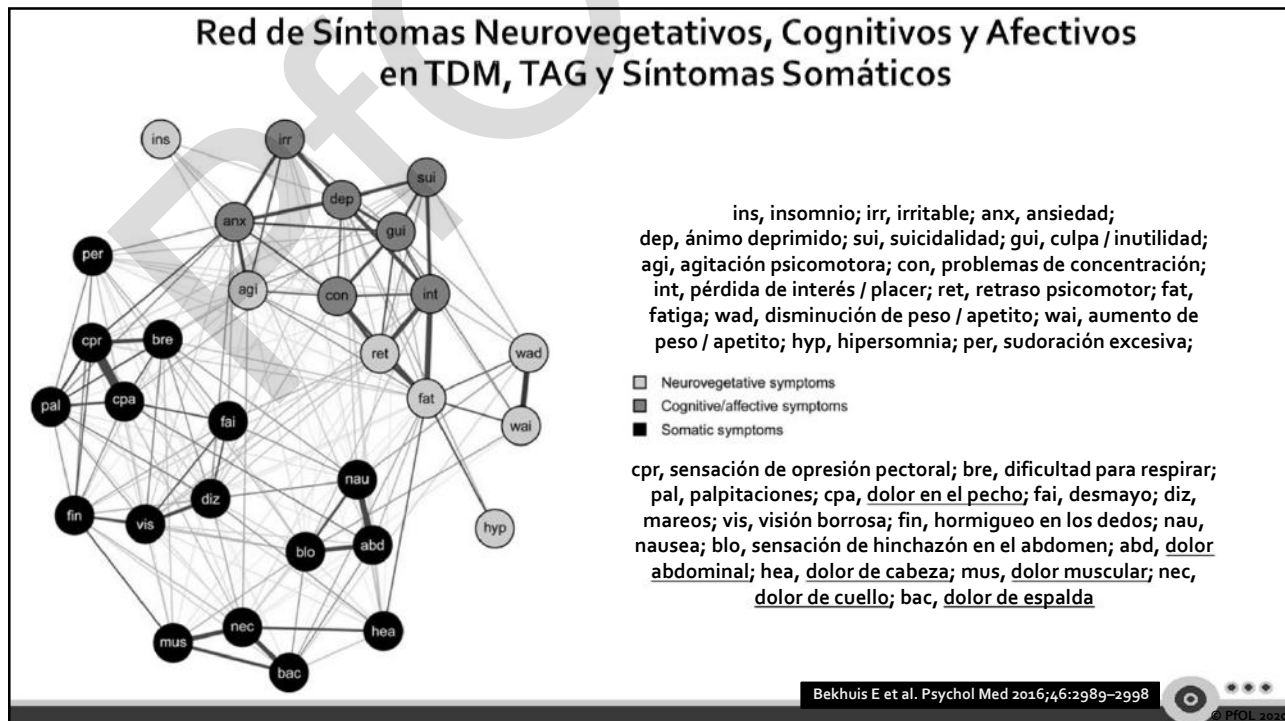
- Los trastornos mentales son comunes en dolor crónico
 - La prevalencia de 12 meses de dolor crónico concurrente con cualquier trastorno del estado de ánimo fue del 17.5%
 - La depresión mayor es el trastorno concurrente más frecuente (12.6%). En un estudio internacional, en 16 de 18 países, el OR agrupado para depresión y dolor crónico fue de 2.3 (IC 95%= 2.1 a 2.5)
 - En ansiedad, se ha reportado un OR de 1,5 (IC 95%: 0,9 a 2,4) para agorafobia, 1.9 (IC 95%: 1,7 a 2,2) para fobia social, 2.6 (IC 95%: 2.1 a 3.3) para TEPT y 2,7 (IC del 95%: 2,4 a 3.1) para el trastorno de ansiedad generalizada con un OR agrupado de 2.3 (IC 95% 1.9 a 2.7).

Katz J et al. Can J Psychiatry 2015;60(4):160-7

32



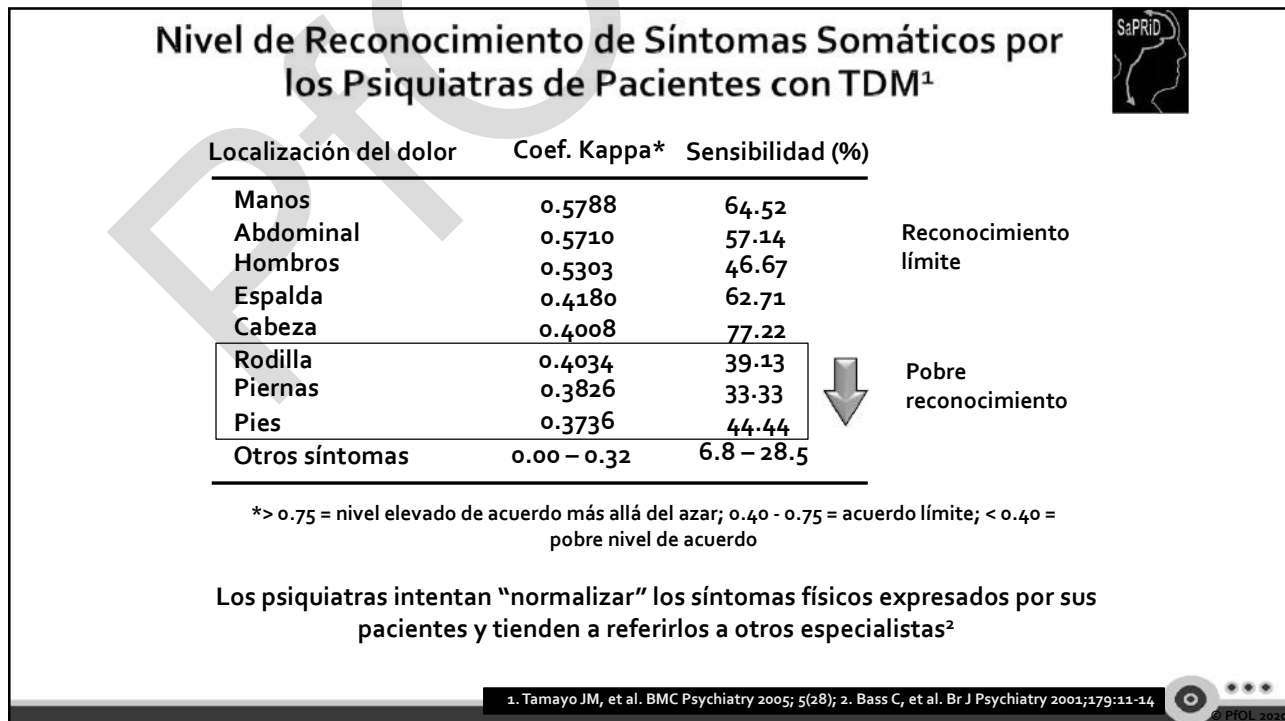
33



34



35



36

Dolor y Recurrencia Depresiva (n=1122 – 4 Años)

Pain variables (IV)	Mediating variable (M)	Dependent variable (DV)	Effect of IV on M (a)	Effect of M on DV (b)	Direct effect (c')		Indirect effect (a x b)	95% CI (ab)	Total effect (c)	
					Efect	p			Efect	p
Neck ¹	Subthreshold depression severity	Recurrence of depression	1.55**	.16**	.25	.14	.25	(.14-.36)^	.47	.004
Back ¹			1.40**	.16**	.05	.76	.23	(.13-.34)^	.27	.09
Head ¹			1.25**	.16**	.12	.48	.20	(.11-.31)^	.30	.05
Abdominal ¹			1.79**	.16**	.35	.06	.28	(.17-.41)^	.60	.001
Chest ¹			2.51**	.16**	.43	.10	.40	(.23-.59)^	.77	.002
Joints ¹			1.21**	.16**	.16	.37	.19	(.10-.30)^	.34	.04
Number of pain locations ¹			.42**	.15**	.06	.12	.07	(.04-.09)^	.12	.001
Chronic Pain Grade			.74**	.16**	.08	.36	.12	(.07-.18)^	.18	.02

* p < .05, ** p < .001, ^ significant based on 95% confidence interval (CI).
¹ Pain location was only taken into account when CPG ≥ 2.
² Adjusted for age, gender, years of education and recency of last episode of depressive and/or anxiety disorder.

Dolor en el cuello (HR=1,45, p <0,01), tórax (HR=1,65, p <0,01) y dolor abdominal (HR=1,52, p <0,01), número de localizaciones del dolor (HR=1,10, p <0,01) y gravedad del dolor (HR=1,18, p = 0,01) se asociaron con un mayor riesgo de la recurrencia de depresión

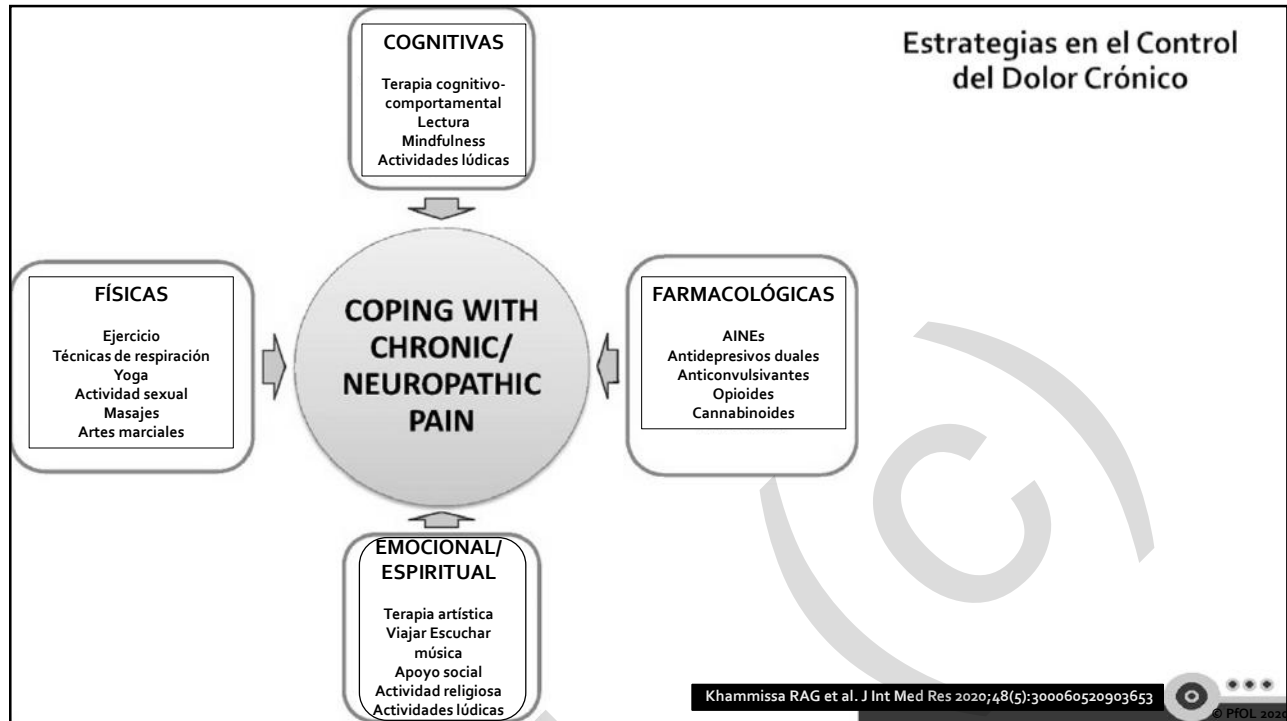
Gerrits MJ et al. BMC Psychiatry 2014;14:187

37

5 Tratamiento del Dolor Crónico

- 1 Síndromes Asociados a Sensibilización Central y Dolor Crónico
- 2 Fibromialgia
- 3 Patologías No Psiquiátricas Dolorosas con Síntomas Psiquiátricos Asociados
- 4 Dolor y Somatización en Depresión Mayor y Ansiedad

38



39

Tratamiento Farmacológico del Dolor Agudo y Crónico

- **Agentes farmacológicos para el tratamiento del dolor agudo.**
 - 1 **Primera línea:** Paracetamol y / o AINE
 - 2 **Segunda línea:** Paracetamol y / o AINE en combinación con un opioide débil (p. Ej., Codeína o dihidrocodeína)
 - 3 **Tercera línea:** Opioides fuertes (p. Ej., Morfina u oxycodona)
- **Agentes farmacológicos para el tratamiento del dolor crónico / neuropático.**
 - 1 **Primera línea:** Antidepresivos tricíclicos, inhibidores de la recaptura de serotonina-noradrenalina, pregabalina o gabapentina
 - 2 **Segunda línea:** Parches de lidocaína, parches de capsaicina de alta concentración, tramadol
 - 3 **Tercera línea:** Opioides fuertes y toxina botulínica A

Khammissa RAG et al. J Int Med Res 2020;48(5):300060520903653 © Pfol 2020

40

Tratamiento de la Fibromialgia

Tratamiento	Detalles	Nivel de Evidencia	Datos importantes
Educación	Enfoque multimodal	1A	-
Ejercicio aeróbico	incluye estiramiento	1A	Empeoramiento de síntomas
Terapia cognitivo-conductual	1x1 o grupos pequeños	1A	aceptación variable
Medicina alternativa	pobre evidencia	?	yoga, acupuntura (?)
Antidepresivos tricíclicos	Amitriptilina, 10-70 mg/día	1A	Boca seca, aumento de peso, estreñimiento, embotamiento
Duloxetina y Milnacipran	60 mg y 100-200 mg/día	1A	Náuseas, cefaleas
Gabapentina y pregabalina	800-2400 y hasta 600 mg/día	1A	Sedación, aumento de peso
γ-hidroxitirato	4.5-6.0 g por noche	1A	Sedación, depresión resp.
Naltrexona	4.5 mg/día	Baja	
Nabilona	0.5-1 mg cada 12 horas	?	Sedación, mareos, boca seca
ISRS		1A-1C	Náuseas, disfunción sexual,
AINEs		No	Como coadyuvantes
Tramadol con o sin Acetaminofén	50-100 mg cada 6 h	2A-2C	Sedación, adicción, hiperalgesia

Clauw DJ. JAMA 2014;311:1547-1555; Häuser W et al. Nat Rev Dis Primers 2015;1:15022

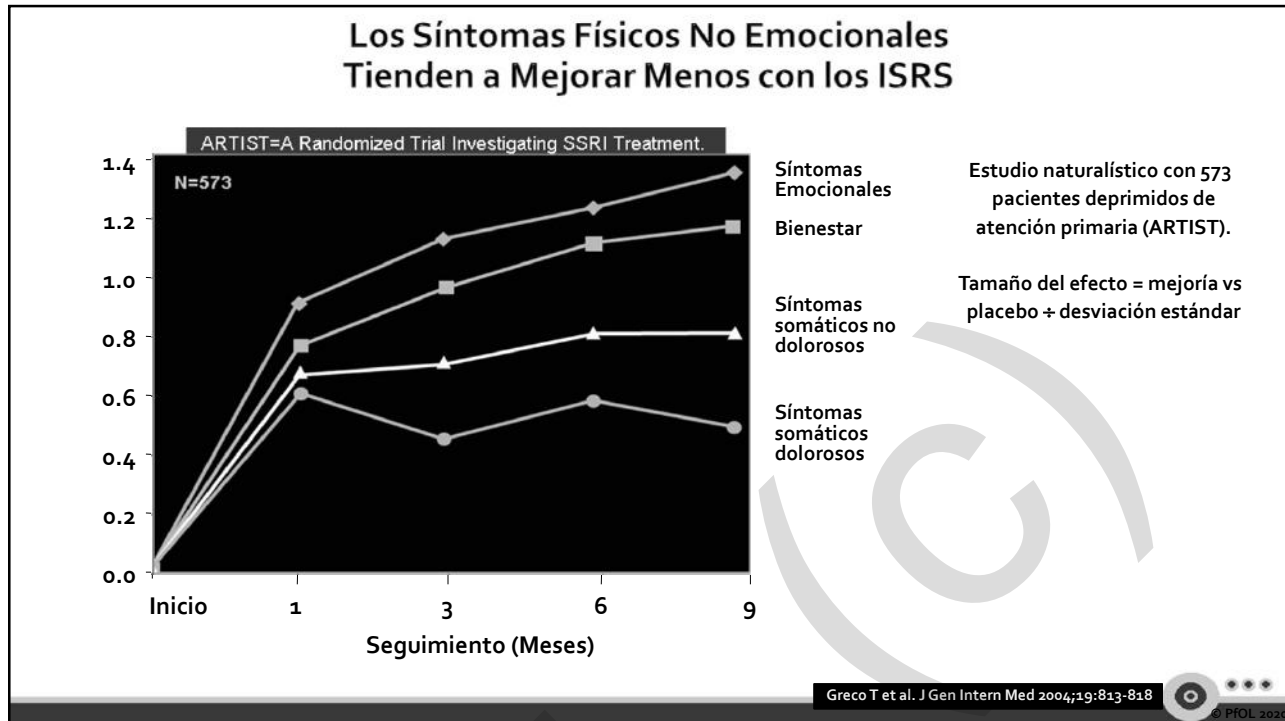
41

Los Opioides Deben ser la Última Línea de Tratamiento en Dolor Crónico No Debido a Cáncer

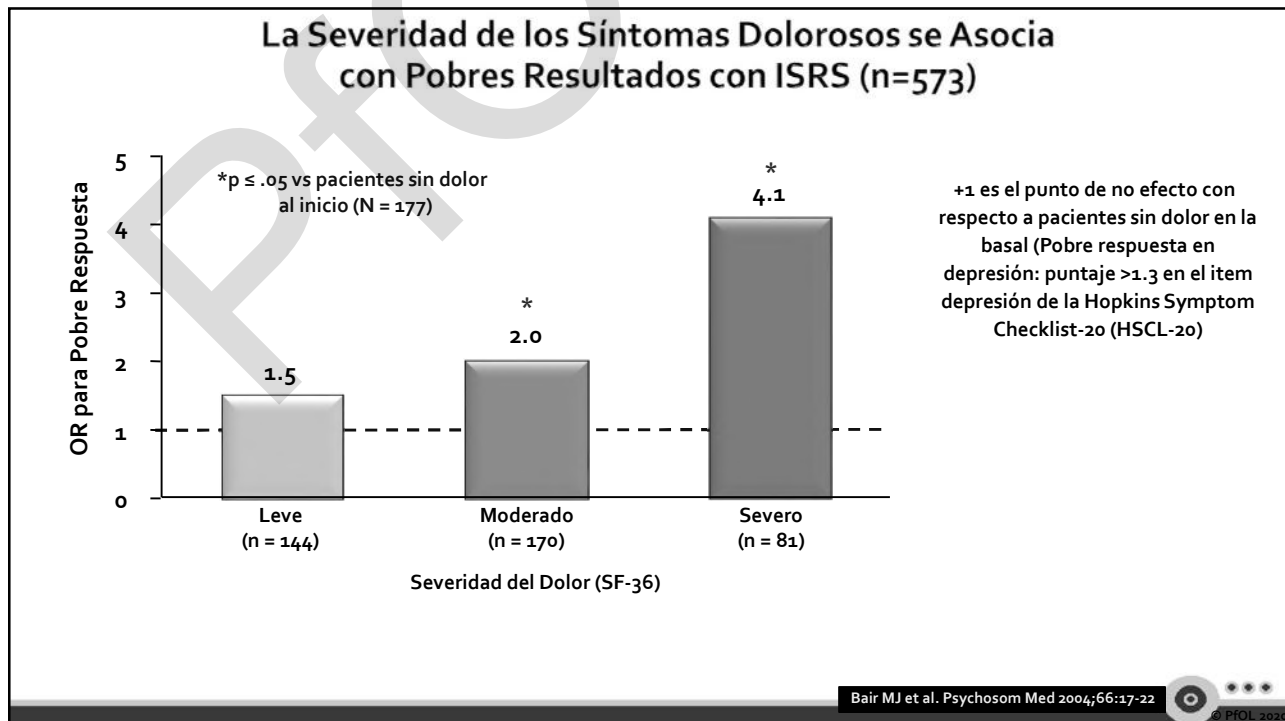
- **Meta-análisis 1 (10 ECA; n = 3046):¹**
 - Tratamiento a corto plazo (4-12 semanas) del dolor neuropático, lumbar y osteoartritis.
 - No hubo diferencias significativas entre los opioides y los AINEs en la reducción del dolor (DME = 0,03 [IC 95%: -0,18 a 0,24]).
 - Los AINEs fueron superiores a los opioides para mejorar la función física (SMD = 0.17 [IC 95% 0.02 a 0.32]).
 - Los pacientes abandonaron debido a eventos adversos con mayor frecuencia con opioides que con AINEs (RD = 0.09 [IC 95% 0.06 a 0.13]). No hubo diferencias significativas entre los opioides y los analgésicos no opioides en términos de eventos adversos graves.
- **Meta-análisis 2 (13 ECA; n = 6748):²**
 - Tratamiento a mediano plazo (rango 4-56 semanas). La hidromorfona, la morfina, la oximorfona y el tapentadol se compararon con la oxicodona; fentanilo a morfina y buprenorfina a tramadol.
 - No hubo diferencias significativas entre los grupos de opioides o entre la aplicación transdérmica y oral de opioides en términos de reducción media del dolor, la impresión global del paciente, función física, eventos adversos graves o mortalidad.

1. Welsch P et al. Schmerz 2015;29:85-95; 2. Lauche R et al. Schmerz 2015;29:73-84

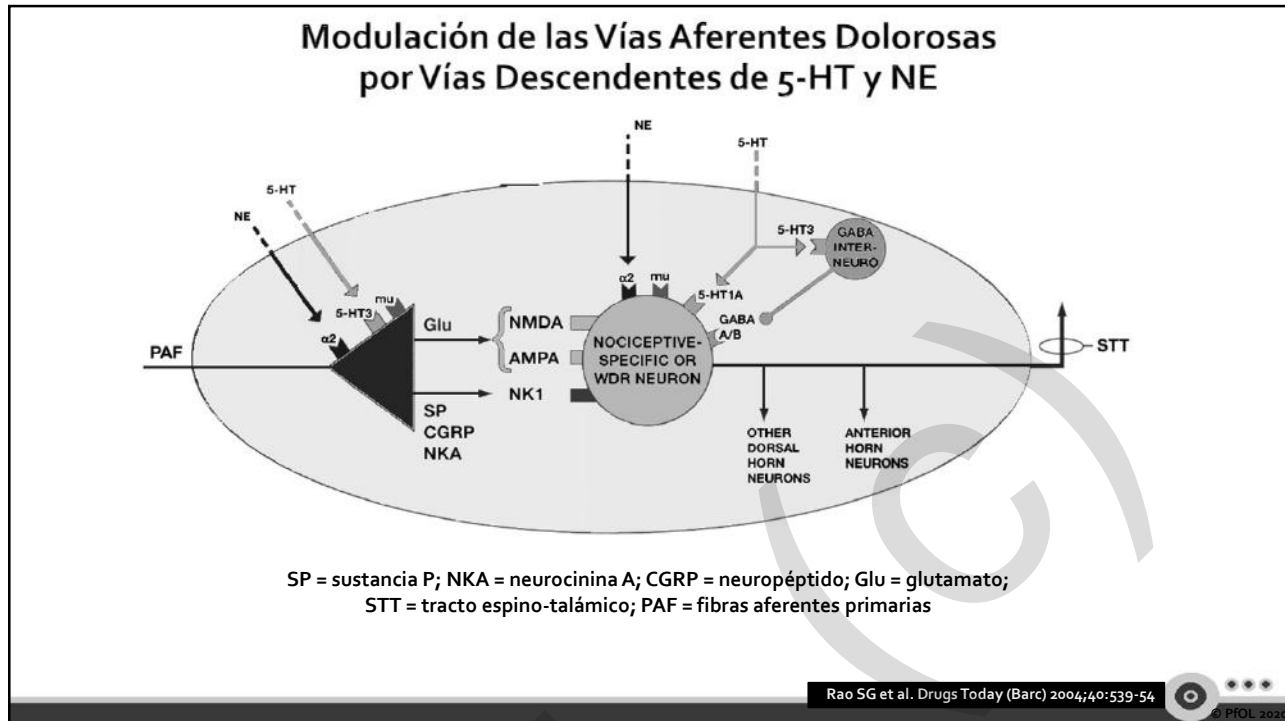
42



43



44



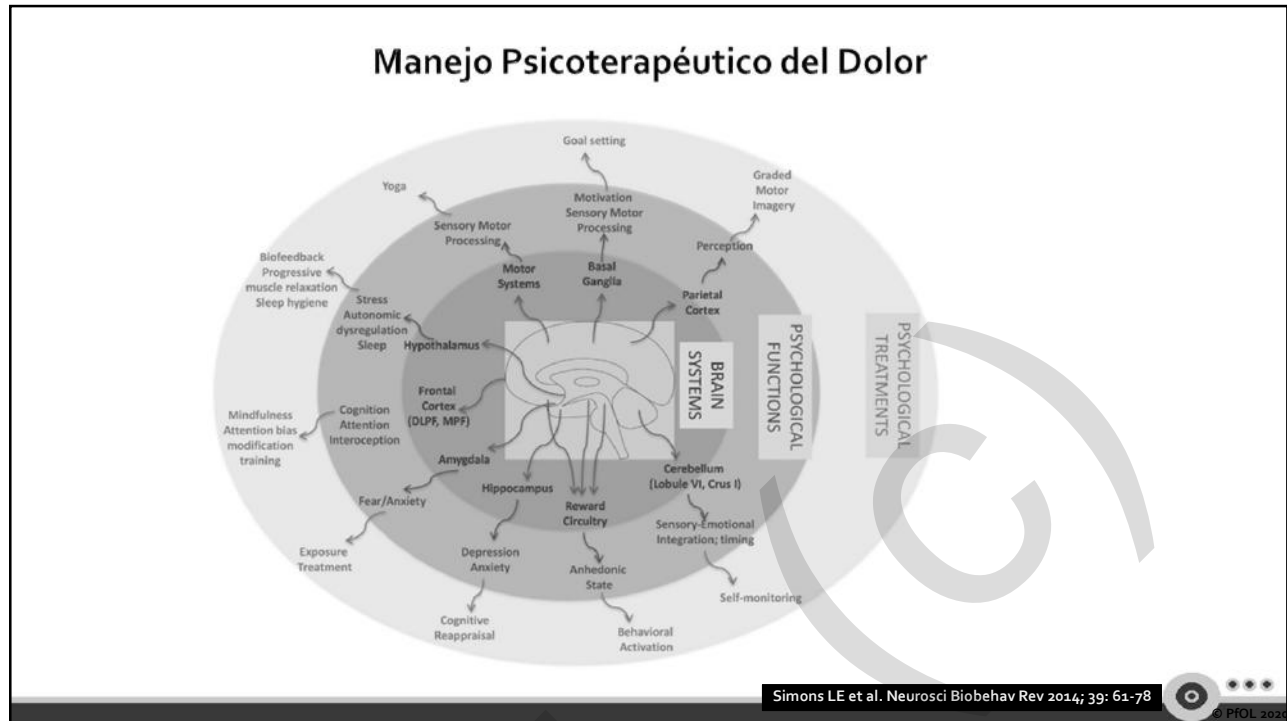
45

Polifarmacia en Fibromialgia

- Revisión sistemática: Existen pocos ensayos de alta calidad que comparen la farmacoterapia combinada con la monoterapia para la fibromialgia.
- Tres estudios encontraron alguna evidencia de que la farmacoterapia combinada redujo el dolor en comparación con la monoterapia:
 - melatonina y amitriptilina
 - fluoxetina y amitriptilina
 - pregabalina y duloxetina

Adapted from Russell JJ. CNS Spectr 2008;13(3 Suppl 5):27-33; Thorpe J et al. Cochrane Database Syst Rev 2018; 2018(2): CD010585

46



47

Terapia Cognitivo Conductual en Dolor Crónico

- Intervención basada en habilidades que enfatiza la identificación y el cambio de cogniciones, emociones y comportamientos maladaptativos.
- El tratamiento puede administrarse en sesiones individuales o grupales.
- Cuando se aplica dentro del modelo para evitar el miedo, la TCC se enfoca en los efectos nocivos de las creencias catastróficas y evasivas del dolor, miedo y conductas evitativas con el objetivo de desarrollar y adoptar estrategias de afrontamiento.
- Es un enfoque de resolución para enfrentar las amenazas relacionadas con la salud que plantea el dolor. Esto se logra con varias técnicas que incluyen
 - ❑ tareas calificadas (usando un manual o libro de trabajo)
 - ❑ reestructuración cognitiva (enseñando cómo desafiar las cogniciones maladaptativas)
 - ❑ entrenamiento de relajación (respiración diafragmática, relajación muscular progresiva e imágenes)
 - ❑ ritmo de actividad basado en el tiempo (en lugar del cumplimiento de la tarea)
 - ❑ extinción de conductas de dolor

Hooten WM. Mayo Clin Proc 2016;91:955-70
© PFOL 2020

48

Uso de Terapia Cognitivo-Conductual en Adolescentes con SFC

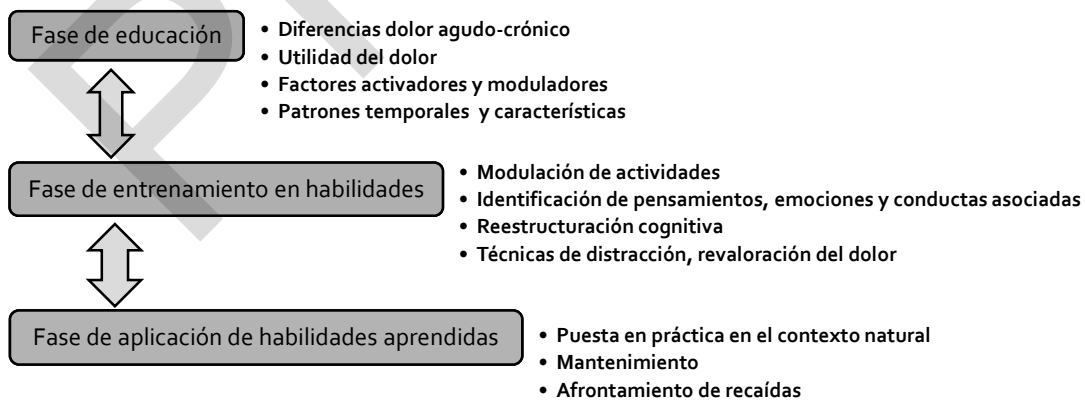
- La TCC para la fatiga (CBT-F) parte de la suposición de que la fatiga, una vez que se desencadena, puede empeorar o mantenerse por cogniciones inútiles sobre la enfermedad física y sus secuelas.
- Existen varios tipos de cogniciones inútiles sobre la fatiga: creencias para evitar el miedo, creencias sobre el daño, evitación de la vergüenza, la catástrofe y el enfoque en los síntomas.
- La fatiga también se mantiene por las respuestas de comportamiento consecuentes, ya sea de descanso excesivo o de adoptar un enfoque de "auge y caída" (todo o nada), haciendo mucho en un día y muy poco al siguiente.

Loades ME et al. J Affect Disord 2020; 274:752-758

© PFOL 2020

49

Terapia Cognitivo Conductual en Dolor Crónico



© PFOL 2020

50

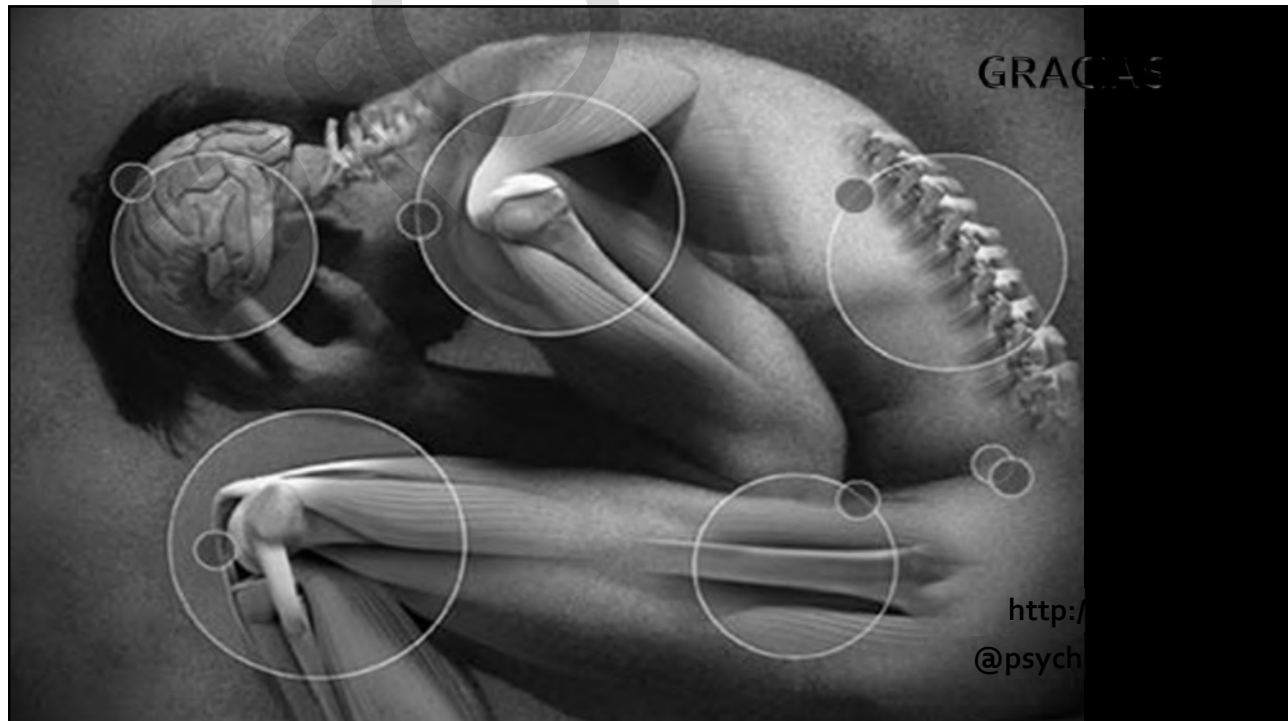
Terapia de Aceptación y Compromiso

- Basada en la Teoría del Marco Relacional (RFT) :
 - sufrimiento psicológico determinado por la manera en la que relacionamos los estímulos verbalmente.
- pacientes con dolor crónico:
 - contextos verbales donde experiencias privadas aversivas impiden vivir de satisfactoriamente.
 - Intento por controlar esas experiencias
 - patrón rígido de funcionamiento e inflexibilidad psicológica
 - Focalización en acciones dirigidas a controlar el dolor y sentirse bien
- Trastorno de Evitación Experiencial
 - Verdadero sufrimiento producido por la lucha continua contra el dolor

Wetherell JL et al. Pain 2011;152:2098-107

© PFOL 2024

51



52