



- **FACT SHEET No. 18**

La Escalera Analgésica de la OMS : ¿es apropiada para el dolor articular? De los AINE a los opioides

Pascale Vergne-Salle, MD PhD

En 1986 la Organización Mundial de la Salud (OMS) estableció las primeras recomendaciones para sistematizar el tratamiento del cáncer. Estas recomendaciones, las cuales fueron insuficientes, se basaron en la escalera del dolor de la OMS, una aproximación para el uso de analgésicos paso a paso según la severidad del dolor. Este régimen presupone en paralelo la severidad del dolor y la presunción de eficacia de los analgésicos. La OMS estratifica tres escalones en la aproximación de los fármacos analgésicos: Escalón I con el uso de analgésicos no opioides (paracetamol y fármacos antiinflamatorios no esteroideos- AINEs), Escalón II , opioides débiles (hidrocodona, codeína o tramadol) y Escalón III , opioides “mayores” (morfina, hidromorfona, oxicodona, fentanilo o metadona). Farmacos adicionales (adyuvantes) se usaron para disminuir la ansiedad.

Esta aproximación escalón a escalón proponía analgésicos no opioides para pacientes con dolor leve, opioides menores para pacientes con dolor moderado y opioides mayores para los que tenían dolor severo. Las recomendaciones de la OMS recomendaban la prescripción de un analgésico de II Escalón si el tratamiento con un analgésico de I Escalón era ineficaz o la prescripción de un analgésico de III Escalón en caso en los que el dolor persistiese a pesar de un analgésico de II Escalón. Esta aproximación fue posteriormente extrapolada al dolor no oncológico con inclusión del dolor articular. En el dolor agudo articular, la severidad del dolor puede justificar el inicio inmediato con un opioide menor o mayor para reducir de forma rápida el dolor y posteriormente cambiar a un analgésico no opioide si el dolor disminuye.



©Derechos de Autor 2016 Asociación Internacional para el Estudio del Dolor.
Todos los derechos reservados.

IASP reúne a científicos, médicos, profesionales de la salud y formuladores de políticas para estimular y apoyar el estudio del dolor y traducir ese conocimiento en la mejora de alivio del dolor en todo el mundo.

En 2015, la comunidad científica discutió sobre esta aproximación y sugirió otras clasificaciones basadas en la eficacia clínica o en los mecanismo del dolor. Una aproximación mecanística probablemente es más apropiada. David Lussier y Pierre Beaulieu propuso una nueva taxonomía racional en el libro *Pharmacology of Pain* (IASP, 2010) basada tanto en los mecanismos del dolor como en las dianas moleculares de los analgésicos. En lo que se refiere al dolor crónico, el dolor nociceptivo inflamatorio podría ser tratado mediante la reducción de la inflamación con esteroides o AINEs, el dolor nociceptivo no inflamatorio con opioides y analgesicos no opioides y el dolor neuropático con antidepreivos y antiepilépticos, incluyendo fármacos específicos en determinadas situaciones clínicas reumatológicas, como la colchicina para el tratamiento de la gota. Una aproximación diferente a la de la escalera analgésica de la OMS permite al médico tratar el dolor de acuerdo a la realidad clínica y evita el encasillamiento en una escalada de fármacos más potentes.

La artrosis es la causa principal de dolor en los pacientes ancianos, los cuales toman a menudo múltiples medicaciones para comorbilidades comunes que deben de ser considerados cuando se elige un analgésico. Las guías publicadas previamente y las recomendaciones recientes de OARSI (Osteoarthritis Research Society Intenational) establecen como tratamientos apropiados en base a las comorbilidades el paracetamol, AINEs y Duloxetina . Los fármacos que han sido considerados como no apropiados incluían los analgésicos opioides. Los analgésicos opioides deberían ser prescritos sólo a los patients con dolor artrósico refractario con contraindicaciones o con contraindicaciones a los tratamientos recomendados o para los pacientes en lista de espera de cirugía ortopédica o cuando la cirugía no es posible.

El dolor en la artrosis tiene una serie de características que sugieren diferentes mecanismos subyacentes. Algunos pacientes describen su dolor como dolor neuropático con sospecha de sensibilización central o periférica. En este subfenotipo de pacientes , el tratamiento debería ir dirigido a o bien reducir la sensibilización central o periférica o a facilitar la actividad inhibitoria descendente (por ejemplo: antiepilépticos, antidepresivos o capsaicina)

En las enfermedades inflamatorias reumáticas, los tratamientos analgésicos óptimos son los AINE y los corticoides. Los analgésicos opioides y los no opioides se prescriben preferentemente para dolor mecánico inducido por la destrucción articular. Actualmente las terapias biológicas forman tambien parte de las aproximaciones terapéuticas contra el dolor en las enfermedades reumáticas inflamatorias y pueden ser consideradas al menos como analgésicos antinociceptivos. Por lo que se refiere a las artritis por microcristales, un tratamiento óptimo requiere AINEs, colchicina o corticoides de acuerdo a lo estipulado por las recomendaciones de la EULAR (European League Against Rheumatism) para los depósitos de pirofosfato cálcico y la tercera iniciativa para la gota.

En fibromialgia, los analgésicos no opioides y los opioides sólo consiguen un alivio modesto del dolor. Aunque la valoración del dolor es a menudo de alta intensidad en estos pacientes y teóricamente



©Derechos de Autor 2016 Asociación Internacional para el Estudio del Dolor.
Todos los derechos reservados.

IASP reúne a científicos, médicos, profesionales de la salud y formuladores de políticas para estimular y apoyar el estudio del dolor y traducir ese conocimiento en la mejora de alivio del dolor en todo el mundo.

deberían de recibir tratamiento en base a la escalera de la OMS con opioides mayores, no hay evidencia de la eficacia y los médicos deberían considerar otras opciones terapéuticas. Los tratamientos recomendados son más frecuentemente moduladores de la inhibición descendente.

Como conclusión, la escalera analgésica de la OMS no es apropiada para el dolor articular agudo y crónico. Los cambios en el futuro pasan por una mejor caracterización del dolor articular y por adaptar los fármacos a sus dianas moleculares.

Referencias

1. McAlindon TE, Bannuru RR, Sullivan MC, Arden NK, Berenbaum F, Bierma-Zeinstra SM et al. OARSI guidelines for the non-surgical management of knee osteoarthritis. *Osteoarthritis and cartilage* 2014; 22: 363-388.
2. Sivera F, Andrés M, Carmona L, Kydd AS, Moi J, Seth R et al. Multinational evidence-based recommendations for the diagnosis and management of gout: integrating systematic literature review and expert opinion of a broad panel of rheumatologists in the 3e initiative. *Ann Rheum Dis* 2014; 73: 328-35.
3. Zhang W, Doherty M, Pascual E, Barskova V, Guerne PA, Jansen TL et al. EULAR recommendations for calcium pyrophosphate deposition. Part II: management. *Ann Rheum Dis* 2011; 70: 571-5.
4. Lussier D and Beaulieu P. Toward a rational taxonomy of analgesic drugs. *Pharmacology of pain*, Pierre Beaulieu, David Lussier, Frank Porreca, Anthony H Dickenson. Ed IASP Press 2010: p27-42.
5. Marchand S. The physiology of pain mechanisms: from the periphery to the brain. *Rheum Dis Clin North Am* 2008; 34: 285-309.
6. [Gaujoux-Viala C](#), [Gossec L](#), [Cantagrel A](#), [Dougados M](#), [Fautrel B](#), [Mariette X](#) et al; [French Society for Rheumatology](#). Recommendations of the French Society for Rheumatology for managing rheumatoid arthritis. *Joint Bone Spine* 2014; 81: 287-97.
7. Vergne-Salle P, Laroche F, Bera-Louville A, Marty M, Javier RM, Perrot S. Les opioïdes forts dans les douleurs ostéo-articulaires non cancéreuses : revue de la littérature et recommandations pour la pratique clinique : « Les recommandations de Limoges 2010 ». *Douleurs* 2012;13:259–75



©Derechos de Autor 2016 Asociación Internacional para el Estudio del Dolor.
Todos los derechos reservados.

IASP reúne a científicos, médicos, profesionales de la salud y formuladores de políticas para estimular y apoyar el estudio del dolor y traducir ese conocimiento en la mejora de alivio del dolor en todo el mundo.

Acerca de la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor®

IASP es el foro profesional líder para la ciencia, la práctica y la educación en el campo del dolor. [La membresía está abierta a todos los profesionales](#) que intervienen en la investigación, el diagnóstico o el tratamiento del dolor. IASP tiene más de 7.000 miembros en 133 países, 90 capítulos nacionales, y 20 Grupos de Interés Especial.

Plan para unirse a sus compañeros en [el 16º Congreso Mundial sobre el Dolor](#), 09 26 al 30, 2016, en Yokohama, Japón.

Como parte del Año Global Contra el Dolor en las articulaciones, IASP ofrece una serie de hojas informativas que cubren 20 temas específicos relacionados con el dolor de las articulaciones. Estos documentos han sido traducidos a varios idiomas y están disponibles para su descarga gratuita. Visita www.iasp-pain.org/globalyear para más información.



©Derechos de Autor 2016 Asociación Internacional para el Estudio del Dolor.
Todos los derechos reservados.

IASP reúne a científicos, médicos, profesionales de la salud y formuladores de políticas para estimular y apoyar el estudio del dolor y traducir ese conocimiento en la mejora de alivio del dolor en todo el mundo.