

Tratamiento del Dolor Crónico sin Opiáceos: Alternativas Farmacológicas y No Farmacológicas

Autor: EA4IPV

Fecha: 23/03/2026

Categoría: Farmacología de Emergencia

Etiquetas: Sin etiquetas

Tratamiento del Dolor Crónico sin Opiáceos: Alternativas Farmacológicas y No Farmacológicas

El dolor crónico afecta a más del 20% de la población adulta mundial según la OMS y es una de las principales causas de discapacidad. En un escenario de crisis prolongada, los analgésicos opiáceos (tramadol, codeína, morfina) se agotan rápidamente, generan dependencia física en 2-4 semanas de uso continuado y su síndrome de abstinencia puede incapacitar a una persona cuando más se la necesita operativa. Afortunadamente, existen alternativas farmacológicas y no farmacológicas con evidencia científica sólida que permiten controlar la mayoría de los dolores crónicos de intensidad leve a moderada. Los AINEs, ciertos antidepresivos, anticonvulsivantes y técnicas físicas como la estimulación eléctrica transcutánea (TENS), la terapia de calor/frío y el ejercicio terapéutico constituyen un arsenal completo para el manejo del dolor sin recurrir a opiáceos. Este artículo presenta un enfoque escalonado y práctico para el dolor crónico en contextos austeros.

Escalera analgésica adaptada a emergencias (sin opiáceos)

La escalera analgésica de la OMS incluye opiáceos en los escalones 2 y 3. En un contexto sin acceso a ellos, se puede construir una escalera alternativa eficaz para dolor leve a moderado (EVA 1-6/10).

Escalón

Fármacos

Dosis estándar adulto

Indicaciones

Duración máxima segura

1 — Dolor leve (EVA 1-3)

Paracetamol

1 g/6-8h (máx. 4 g/día)

Cefalea, dolor muscular leve, fiebre

Indefinida si función hepática normal. Dosis > 4 g/día: hepatotoxicidad.

1 — Dolor leve (EVA 1-3)

Ibuprofeno

400-600 mg/8h con comida

Dolor articular, dolor dental leve, dismenorrea

7-10 días continuos máximo. Riesgo GI y renal.

2 — Dolor moderado (EVA 4-6)

Paracetamol + Ibuprofeno alternados

1 g paracetamol + 400 mg ibuprofeno cada 3h alternando

Dolor postquirúrgico menor, fracturas estables, lumbalgia aguda

Estudios PICH y PACIFIC: eficacia comparable a codeína con menos efectos adversos.

2 — Dolor moderado (EVA 4-6)

Naproxeno

500 mg/12h con comida

Dolor inflamatorio articular, tendinitis, gota

Mejor perfil cardiovascular que ibuprofeno a largo plazo. Protección gástrica con omeprazol si > 2 semanas.

3 — Dolor neuropático

Amitriptilina

10-25 mg/noche, titular hasta 75 mg

Neuropatía diabética, dolor postamputación, neuralgia postherpética

Inicio de efecto: 2-4 semanas. No suspender bruscamente.

3 — Dolor neuropático

Gabapentina

300 mg/noche → 300/300/300 → hasta 1.200 mg/8h

Dolor neuropático refractario, dolor del miembro fantasma

Titular lentamente (1 semana por escalón). Somnolencia dosis-dependiente.

4 — Dolor refractario

Duloxetina

30 mg/día × 1 semana → 60 mg/día

Fibromialgia, dolor musculoesquelético crónico, neuropatía

Antidepresivo ISRSN con efecto analgésico directo sobre vías descendentes inhibitorias del dolor.

Técnicas no farmacológicas con evidencia científica

Las siguientes técnicas tienen nivel de evidencia A o B en guías clínicas internacionales (NICE, ACP) para dolor crónico musculoesquelético y neuropático.

TENS (Estimulación Eléctrica Transcutánea): Dispositivo portátil con electrodos que aplica corriente eléctrica de baja frecuencia (2-150 Hz). Mecanismo: activación de la teoría de la puerta de Melzack-Wall (fibras Aβ inhiben transmisión nociceptiva) y liberación de endorfinas. Eficaz en lumbalgia crónica, artrosis de rodilla y dolor neuropático. Un aparato TENS cuesta 20-40 EUR y funciona con pilas AA recargables. Colocar electrodos flanqueando la zona dolorosa, frecuencia 80-100 Hz para dolor agudo, 2-4 Hz para dolor crónico. Sesiones de 20-30 minutos, 2-3 veces al día.

Crioterapia localizada: Aplicación de frío (hielo envuelto en tela, bolsa de gel congelada) durante 15-20 minutos cada 2 horas. Reduce la velocidad de conducción nerviosa periférica, disminuye el edema y tiene efecto analgésico directo. Indicada en dolor agudo (primeras 48-72h) y en reagudizaciones de dolor crónico articular. No aplicar directamente sobre la piel: riesgo de quemadura por frío.

Termoterapia: Calor local (bolsa de agua caliente, saco de semillas calentado, compresas) durante 20-30 minutos. Aumenta flujo sanguíneo local, relaja musculatura espástica y mejora elasticidad del tejido conectivo. Indicada en dolor muscular crónico, espasmos, lumbalgia crónica. Contraindicada en las primeras 48h de una lesión aguda (aumenta inflamación y edema).

Ejercicio terapéutico: La evidencia del Cochrane Collaboration muestra que el ejercicio regular reduce el dolor crónico en un 30-50% en lumbalgia, artrosis y fibromialgia. Ejercicio aeróbico moderado (caminar 30 min/día), fortalecimiento muscular (sentadillas, planchas) y estiramientos mantenidos (30 segundos por grupo muscular). El ejercicio libera endorfinas, mejora el sueño y reduce la sensibilización central al dolor.

Capsaicina tópica: Crema de capsaicina al 0,025-0,075% aplicada 3-4 veces/día sobre la zona dolorosa. Agota la sustancia P de las terminaciones nerviosas nociceptivas, reduciendo la transmisión del dolor tras 1-2 semanas de uso. Indicada en neuropatía diabética periférica, neuralgia postherpética y artrosis de manos/rodillas. Lavarse las manos tras la aplicación. Sensación de ardor inicial que disminuye con el uso continuado.

Combinaciones sinérgicas y protocolos prácticos

La combinación inteligente de fármacos con mecanismos de acción diferentes permite reducir dosis individuales y minimizar efectos adversos.

Tipo de dolor

Protocolo combinado

Evidencia

Lumbalgia crónica

Naproxeno 500 mg/12h + TENS 3×/día + ejercicio diario 30 min

Guía ACP 2017: tratamiento no farmacológico como primera línea, AINEs como segunda.

Artrosis de rodilla

Paracetamol 1 g/8h + capsaicina tópica 0,025% 4×/día + crioterapia post-actividad

Guía NICE OA 2022: paracetamol + tratamiento tópico + ejercicio como primera línea.

Neuropatía diabética

Amitriptilina 25-50 mg/noche + gabapentina 300-600 mg/8h + TENS

Guía NICE NP 2021: amitriptilina o gabapentina como primera línea. Combinación si monoterapia insuficiente.

Fibromialgia

Duloxetina 60 mg/día + ejercicio aeróbico 5×/semana + termoterapia

ACR 2017: duloxetina nivel A. Ejercicio aeróbico: evidencia nivel A.

Migraña crónica preventiva

Amitriptilina 10-25 mg/noche + magnesio 400 mg/día + ibuprofeno rescate

Guía EHF 2022: amitriptilina eficaz en prevención. Magnesio: nivel B para migraña con aura.

Gastroprotección obligatoria: Todo uso de AINEs (ibuprofeno, naproxeno, diclofenaco) superior a 7 días continuos requiere gastroprotección con omeprazol 20 mg/día en ayunas, especialmente en mayores de 65 años, antecedentes de úlcera o uso concomitante de corticoides o anticoagulantes. Sin gastroprotección, el riesgo de hemorragia digestiva alta aumenta 4-5 veces.

Fitoterapia analgésica con evidencia

Algunas plantas medicinales tienen evidencia clínica de efecto analgésico en ensayos controlados, aunque generalmente con tamaños de efecto menores que los fármacos convencionales.

Harpagofito (*Harpagophytum procumbens*): Extracto estandarizado con 50-100 mg de harpagósidos/día. Dos metaanálisis (Gagnier 2004, Brien 2006) demuestran eficacia superior a placebo en lumbalgia crónica y artrosis, comparable a dosis bajas de rofecoxib. Mecanismo: inhibición de COX-2 y LOX-5. Contraindicado en úlcera gástrica activa y colelitiasis.

Sauce blanco (*Salix alba*): Corteza con salicina (precursor del ácido acetilsalicílico). Dosis: extracto estandarizado equivalente a 240 mg de salicina/día. Ensayo de Chrubasik (2000): eficacia comparable a rofecoxib 12,5 mg en lumbalgia. Menor riesgo GI que AINEs sintéticos pero mismo riesgo en alérgicos a aspirina.

Cúrcuma (*Curcuma longa*): Curcuminoides 1.000-1.500 mg/día con piperina (aumenta biodisponibilidad 2.000%). Metaanálisis de Daily (2016): reduce dolor en artrosis de rodilla significativamente vs. placebo. Efecto antiinflamatorio por inhibición de NF-κB. Formulaciones liposomales o con fitosomas mejoran absorción.

Boswellia (*Boswellia serrata*): Extracto con ácidos boswélicos 300-500 mg/8h. Inhibidor selectivo de 5-lipoxigenasa. Ensayos clínicos positivos en artrosis de rodilla (Sengupta 2008) y colitis ulcerosa. Perfil de seguridad excelente. Disponible sin receta en herbolarios.

Realismo terapéutico: La fitoterapia es un complemento, no un sustituto de los analgésicos convencionales en dolor moderado-severo. Su principal ventaja en escenarios austeros es que algunas plantas (sauce, harpagofito) se pueden cultivar o recolectar. La cúrcuma se almacena durante años como especia seca. El ibuprofeno sigue siendo más potente, más predecible y más barato.

⚠ Advertencia: Esta información es orientativa y educativa. En situaciones de emergencia real, consulte a profesionales cualificados siempre que sea posible. No ponga en riesgo su vida ni la de otros sin la formación adecuada.