

# Sociedad Americana de Anestesiólogos

## Medicina del Dolor

### **Las 5 Cosas que Médicos y Pacientes deberían preguntarse:**

#### **1.- NO prescribir opioides como primera línea en el tratamiento del dolor crónico no oncológico.**

Como etapa anterior a la intervención farmacológica, los médicos deberían considerar un tratamiento multimodal, que incluya intervenciones no farmacológicas como terapias conductuales y físicas.

Si una intervención farmacológica pareciera ser la indicada, se debería comenzar con medicación no opioide (ej. AINEs, anticonvulsionantes, etc.) antes que con los opioides.

#### **2.- NO prescribir opioides en forma prolongada en el tratamiento de dolor crónico no oncológico, hasta que los riesgos hayan sido considerados y discutidos con el paciente.**

Los pacientes deberían ser informados de los riesgos de este tipo de tratamientos, incluyendo la posibilidad de adicción. Médicos y pacientes deberían revisar y firmar un consentimiento escrito que identifique las responsabilidades de cada parte (ej. análisis del fármaco en orina), y las consecuencias ante la falta de cumplimiento del acuerdo. Los médicos deberían ser cautelosos en -prescribir conjuntamente opioides y benzodiazepinas. Deberían así mismo evaluar y tratar de forma proactiva, si está indicado, los efectos secundarios casi universales de la constipación y el descenso de los niveles de testosterona o estrógeno.

#### **3.- Evitar los estudios por imágenes (RM, TAC o rayos X) para el dolor lumbar agudo sin indicaciones específicas.**

Deberían evitarse las imágenes para el dolor lumbar agudo durante las primeras seis semanas de comenzado el dolor, ante la ausencia de indicadores clínicos específicos (por ejemplo, antecedentes de cáncer con potenciales metástasis, aneurisma aórtico conocido, déficit neurológico progresivo, etc.) La mayor parte de los dolores lumbares, no necesitan diagnóstico por imágenes. Hacerlo puede revelar hallazgos incidentales que desvían la atención y aumentan el riesgo de someter a una cirugía innecesaria.

#### **4 NO utilizar sedación intravenosa para bloqueos nerviosos diagnósticos y terapéuticos, o inyecciones en las articulaciones como una práctica habitual\***

La sedación intravenosa, como por ejemplo con propofol, midazolam o infusiones de opioides de duración ultra-corta en bloqueos nerviosos diagnósticos y terapéuticos, o inyecciones en las articulaciones, no debe ser utilizada como práctica habitual. Idealmente, los procedimientos diagnósticos deberían realizarse solamente con anestesia local. La sedación intravenosa puede ser utilizada luego de la evaluación y la discusión de los riesgos que incluyen la interferencia con la evaluación de los efectos del procedimiento en el alivio del dolor agudo y el potencial de falsas respuestas positivas

Se deberían seguir las guías de Monitoreo Básico de la Sociedad Americana de Anestesiólogos en los casos en los que se provea o anticipe sedación moderada o profunda.

**\*Esta recomendación no es válida para los pacientes pediátricos**

#### **5. Evitar intervenciones irreversibles en el tratamiento del dolor no oncológico que acarreen costos o riesgos significativos.**

Se deberían evitar las intervenciones irreversibles en el tratamiento de dolor no oncológico, tales como los bloqueos periféricos químicos neurolíticos o las ablaciones periféricas por radiofrecuencia, porque pueden ocasionar significativos riesgos a largo plazo de: debilidad, entumecimiento o aumento del dolor.

En el siguiente link: [http://www.aafp.org/dam/AAFP/documents/about\\_us/initiatives/choosing-wisely-five-questions.pdf](http://www.aafp.org/dam/AAFP/documents/about_us/initiatives/choosing-wisely-five-questions.pdf) se encuentran el artículo en inglés, las referencias bibliográficas y la descripción de las organizaciones que participaron en la creación de estos consejos.