ABORDAJE INTEGRAL DEL DOLOR MUSCULOESQUELÉTICO

El **dolor es uno de los principales motivos de consulta** en los servicios de urgencia. Entre las principales causas de dolor se encuentran las **lesiones, problemas de la columna y cirugías.**

Dolor musculoesquelético (DME): Aquél que se produce como consecuencia de la **disfunción o daño de alguna de las estructuras o tejidos que forman parte del aparato locomotor**: huesos, articulaciones, ligamentos músculos, tendones y fascias.

En el DME se debe diferenciar el dolor que proviene de las **articulaciones**, en donde predominan enfermedades degenerativas e inflamatorias, y el **no articular o de partes blandas**. La causa más frecuente de dolor musculoesquelético articular es la **artrosis** y luego la **lumbalgia crónica**. Como causa importante de DME crónico no articular, pueden estar involucrados tendones, ligamentos, bursas, cartílagos, nervios y músculos, y que representan el grueso de las afecciones musculoesqueléticas; entre éstas encontramos con frecuencia cuadros, como **dolor miofascial y fibromialgia**, los que deben ser diferenciados entre sí.

En la mayor parte de casos es suficiente con realizar una detallada **anamnesis y una exploración física completa**. En ciertas situaciones eso deberá completarse con un examen extenso si el historial médico indica una posible enfermedad grave o compromiso neurológico.

Las **señales de alerta** (**“**banderas rojas**”**) incluyen la edad de inicio (<20 o >55 años), historia reciente de trauma significativo, deformidades estructurales, dolor torácico o visceral, pérdida de peso brusca inexplicada, fiebre, alteraciones neurológicas, toma prolongada de corticoides o antecedentes de neoplasia.

Existe evidencia sólida de que el **uso simultáneo de medicamentos** que actúan mediante diferentes mecanismos de acción y consigue una mejor analgesia con menos efectos secundarios. Esta es la premisa de la **analgesia multimodal**. En comparación con la analgesia monomodal, la analgesia multimodal ofrece varias ventajas como: **mayor analgesia, tiempos de hospitalización más cortos y mejor recuperación y función en el postoperatorio y la OA**. Cuando se combinan dos o más analgésicos para aliviar el dolor, ya sea en formulaciones libres o fijas,

se hace posible administrar dosis menores de cada uno de ellos, limitando así el riesgo de efectos adversos con el máximo beneficio. Con el tiempo, la analgesia multimodal se ha vuelto más estándar

En **caso de dolor crónico**, los mecanismos subyacentes a la condición en sí dependen de la enfermedad o síndrome causal: la OA es diferente de la fibromialgia, que a su vez es diferente de la artritis reumatoide. Por lo tanto, dichos mecanismos periféricos y centrales pueden ser específicos o incluso exclusivos de la condición de dolor de que se trate, presentando **características de dolor mixto con componentes nociceptivos, neuropáticos, nociplásticos**, sensibilización y centralización, precisando de fármacos coadyuvantes y medidas extra para conseguir una analgesia eficaz.