



Dra. Natàlia Riera Nadal⁽¹⁾. Dra. Clara Riera Nadal⁽²⁾. Antonia Valsera Robles⁽³⁾.

⁽¹⁾Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. EAP Sagrada Familia Consorci Sanitari Integral Barcelona.

⁽²⁾Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. EAP Sagrada Familia Consorci Sanitari Integral Barcelona.

⁽³⁾Enfermera especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. EAP Sagrada Familia Consorci Sanitari Integral Barcelona.



Dolor y diabetes: la diabetes duele

El dolor crónico es una complicación frecuente, pero a menudo subestimada en personas con diabetes mellitus. Este tipo de dolor, que se extiende más allá de los tres meses de duración, no cumple únicamente una función de alarma, sino que se convierte en un problema de salud en sí mismo. En la diabe-

tes, el dolor crónico suele estar asociado principalmente a la neuropatía diabética, resultado del daño progresivo en los nervios periféricos causado por la hiperglucemiasostenida. Sin embargo, también intervienen otros factores, como alteraciones musculoesqueléticas, problemas circulatorios y cambios en la sensibilidad al dolor.

La presencia de este síntoma no solo afecta la movilidad y el descanso, sino que impacta de manera directa en el bienestar psicológico y en la calidad de vida. Comprender su origen, su prevalencia y las opciones disponibles para su manejo es fundamental para avanzar hacia un abordaje más integral de la diabetes, que contemple tanto el control metabólico como la reducción del sufrimiento asociado. Las causas más frecuentes de dolor en diabetes se reflejan en la **Tabla 1**.

En España, un 32% de la población adulta padece dolor y de un 11 a un 17% padece dolor crónico.

El dolor crónico es el segundo motivo de consulta en Atención Primaria con un 50% de consultas relacionadas con el dolor crónico no oncológico.

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DEL DOLOR CRÓNICO EN LA DIABETES

El abordaje del dolor crónico en personas con diabetes requiere una estrategia personalizada que tenga en cuenta el origen del dolor, su intensidad y el impacto en la vida diaria. En este contexto, la terapia farmacológica sigue siendo una de las principales herramientas disponibles.

El manejo del dolor crónico en la diabetes suele incluir diferentes tipos de medicamentos según la intensidad y la causa del dolor:

Analgesia básica: paracetamol o antiinflamatorios (AINE), aunque con eficacia limitada en el dolor neuropático.

Los AINES deben utilizarse con precaución por su posible daño renal y solo en tratamientos cortos.

Fármacos de primera elección en neuropatía diabética: antidepresivos como la amitriptilina o la duloxetina, y anticonvulsivantes como la gabapentina o la pregabalina. Estos tratamientos pueden ser muy útiles para el dolor neuropático, pero pueden provocar somnolencia, mareos y riesgo de caídas y tienen potencial de dependencia. Se deben empezar con dosis bajas, subir lentamente y revisar periódicamente si realmente están funcionando. Usar la dosis mínima eficaz el menor tiempo posible.

Tratamientos tópicos: parches de lidocaína o capsaicina, útiles en casos localizados.

Fármacos opioides: reservados para situaciones resistentes, siempre bajo control médico estricto (1).

>>

TIPO DE DOLOR	CAUSA PRINCIPAL	CÓMO SE MANIFIESTA	EJEMPLOS FRECUENTES	TRATAMIENTO MÉDICO HABITUAL	QUÉ PUEDES HACER TÚ
Por procedimientos	Irritación local por punciones repetidas.	Dolor breve y punzante.	Inyecciones de insulina, sensores, pinchazos capilares.	Ajugas finas, rotar los sitios de inyección, parches protectores.	Cambia el punto de inyección y revisa la piel a diario.
Neuropático periférico	Daño en nervios por glucosa alta mantenida.	Quemazón, hormigueos, calambres, dolor nocturno ("en guante y calcetín").	Neuropatía distal simétrica.	Pregabalina, duloxetina, control glucémico.	Controla bien la glucosa y mantén actividad física regular.
Neuropatías focales	Falta de riego o compresión de un nervio concreto.	Dolor localizado con pérdida de fuerza o sensibilidad.	Parálisis del III par craneal, túnel carpiano.	Férulas, fisioterapia, cirugía si precisa.	Evita posturas forzadas y consulta si hay debilidad.
Radiculoplexopatía lumbosacra	Inflamación del plexo nervioso lumbar.	Dolor en cadera o ingle, debilidad en piernas.	Amiotrofia diabética.	Analgésicos, fisioterapia.	Rehabilitación supervisada y control del peso.
Neuropatía autonómica	Daño de los nervios que controlan órganos internos.	Dolor abdominal, falta de aviso del dolor de corazón.	Gastroparesia, infarto silente.	Procinéticos, control postural.	Come despacio, evita comidas copiosas.
Musculoesquelético	Acumulación de glucosa en tendones y articulaciones.	Dolor y rigidez articular.	Hombro congelado, contractura de Dupuytren.	Fisioterapia, infiltraciones.	Estira a diario y evita el sedentarismo.
Artropatía de Charcot	Daño nervioso con microtraumatismos repetidos.	Dolor inicial, deformidad progresiva del pie.	Pie diabético deformado.	Descarga, ortesis, cirugía.	Usa calzado ortopédico y revisa tus pies a diario.
Vascular	Falta de riego por aterosclerosis.	Dolor al caminar o en reposo.	Claudicación, dolor de piernas.	Revascularización, antiagregantes.	No fumes y realiza ejercicio moderado.
Dolor del pie diabético	Combinación de daño nervioso, falta de riego e infección.	Dolor en úlceras o heridas.	Úlceras plantares, gangrena.	Curación local, antibióticos.	Higiene diaria, calzado amplio y revisiones periódicas.
Visceral	Alteración de nervios internos y dismotilidad.	Dolor abdominal o lumbar.	Gastroparesia, nefropatía.	Procinéticos, nefroprotección.	Come porciones pequeñas y controla líquidos.
Por comorbilidades	Artrosis, obesidad, hipertensión.	Dolor lumbar o articular.	Gonalgia, lumbalgia crónica.	Ejercicio, pérdida de peso.	Mantén hábitos activos y revisa tu postura.

TABLA 1. Causas de dolor en diabetes.



» Los opioides (como la morfina, el tramadol o la oxicodeona) son fármacos que alivian el dolor actuando directamente sobre el sistema nervioso central.

Son muy eficaces en el dolor agudo intenso o en el dolor asociado a enfermedades avanzadas, pero su papel en el dolor crónico no oncológico, incluido el relacionado con la diabetes, es limitado y requiere un uso muy controlado.

En los últimos años, el consumo de opioides en España ha aumentado un 27%, especialmente en personas mayores y mujeres, según datos de la Agencia Española de Medicamentos. Sin embargo, este incremento no siempre se ha acompañado de mejores resultados en el control del dolor, y sí de mayor riesgo de efectos adversos.

Entre los posibles efectos secundarios destacan la somnolencia, el estreñimiento, los mareos, la disminución de reflejos y el riesgo de dependencia cuando se utilizan durante largos períodos o a dosis altas.

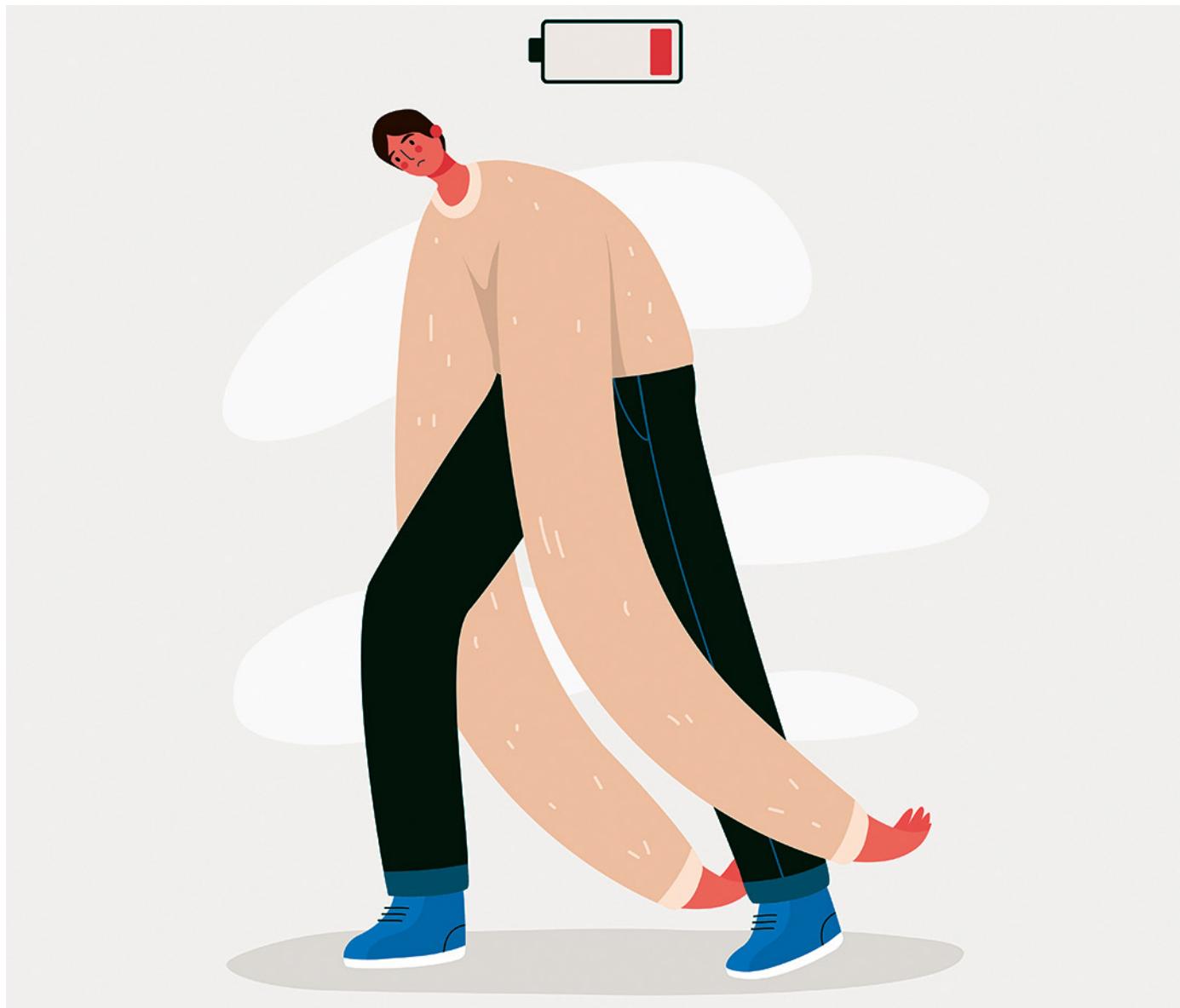
Por este motivo, las guías europeas y españolas recomiendan que los opioides se utilicen solo en casos muy seleccionados, cuando:

- el dolor es intenso y no mejora con otros tratamientos,
- se ha valorado cuidadosamente el balance entre beneficio y riesgo, y
- se establece un plan de seguimiento médico con objetivos claros y duración limitada, sin olvidar que se pueden desprescribir si no funcionan.

Antes de iniciar un tratamiento con opioides, es fundamental valorar el tipo de dolor, la situación general y la presencia de factores de riesgo (por ejemplo, insuficiencia renal, fragilidad o antecedentes de abuso de fármacos).

El tratamiento debe iniciarse con la dosis mínima eficaz, revisarse periódicamente y, si no cumple sus objetivos, retirarse de forma progresiva y segura (deprescripción).

El enfoque actual se centra en utilizar los opioides como parte de una estrategia multimodal, junto con fármacos específicos para el dolor neuropático, fisioterapia, ejercicio y abordaje psicológico.



» El objetivo no es solo reducir el dolor, sino mejorar la funcionalidad y la calidad de vida sin generar nuevos problemas de salud.

TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO DEL DOLOR CRÓNICO EN LA DIABETES

Además de los medicamentos, existen medidas no farmacológicas que ayudan a reducir el dolor y mejorar la calidad de vida.

En los últimos años se han implementado estrategias de afrontamiento activo del dolor basados en terapias no farmacológicas que cada vez disponen de más evidencia científica.

Cada vez más se recomienda introducir desde el inicio del tratamiento opciones no farmacológicas en el dolor crónico y no recomendar el tratamiento farmacológico como única intervención terapéutica.

La guía NICE publicada en abril de 2021

sobre dolor crónico ya plantea una evaluación integral de las personas con dolor crónico introduciendo programas de ejercicio, terapia psicológica y acupuntura acompañando a la gestión farmacológica (2).

Las guías publicadas en España sobre dolor crónico como el Boletín de Información Terapéutica de Navarra y el Plan de optimización de la utilización de analgésicos opioides en dolor crónico del Ministerio de Sanidad insisten en que el »



» manejo del dolor crónico tiene que reflejar su naturaleza biopsicosocial y su abordaje requiere de un tratamiento multidimensional, destacando la educación del paciente como un tema crucial (3).

Por todo ello tenemos que optimizar las terapias no farmacológicas ya que la evidencia del beneficio del tratamiento con opioides a largo plazo es limitada, y además disponemos de evidencia del incremento del riesgo de sufrir efectos adversos graves que son dosis dependiente.

OPCIONES DE TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO

- **Ejercicio Físico regular:** favorece la circulación, fortalece músculos y mejora la sensibilidad nerviosa.
- **Fisioterapia y rehabilitación:** técnicas de movilización, masajes y electroterapia para aliviar el dolor y mantener la movilidad.
- **Cuidados del pie diabético:** prevención de úlceras y lesiones que pueden generar dolor adicional.
- **Apoyo psicológico:** terapia cognitivo-conductual y técnicas de relajación para afrontar el impacto emocional del dolor crónico.
- **Educación en neurociencia del dolor:** es una intervención educativa para la salud donde a través de sesiones educativas se imparten conocimientos sobre el procesamiento y la representación del dolor con el objetivo de ayudar a los pacientes a comprender los procesos neurofisiológicos que sustentan el dolor. Todo este conocimiento podrá ayudar a reducir el dolor y su discapacidad (4).
- **Hábitos saludables:** control estricto de la glucosa, alimentación equilibrada y abandono del tabaco para prevenir el avance de la neuropatía.

Estas intervenciones, combinadas con el tratamiento farmacológico, permiten un enfoque integral y más efectivo del dolor crónico en la diabetes. Resumen global del tratamiento del dolor en **tabla 2.D**

TIPO DE TRATAMIENTO	OBJETIVO PRINCIPAL	EJEMPLOS / FÁRMACOS	CONSIDERACIONES Y PRECAUCIONES	COMENTARIO PRÁCTICO
Analgesia básica	Aliviar dolor leve o musculosquelético.	Paracetamol, ibuprofeno, naproxeno (AINEs).	Uso limitado; evitar en insuficiencia renal o digestiva.	Adecuados para dolores ocasionales o por esfuerzo.
Antidepresivos	Modular la transmisión del dolor neuropático.	Amitriptilina, duloxetina, venlafaxina.	Pueden causar somnolencia, sequedad bucal o mareo.	Útiles en dolor neuropático persistente; iniciar con dosis bajas.
Anticonvulsivantes	Disminuir la hiperactividad nerviosa.	Pregabalina, gabapentina.	Revisar efectos sobre equilibrio y somnolencia; ajustar en insuficiencia renal.	Son de primera elección en neuropatía diabética dolorosa.
Tratamientos tópicos	Aliviar el dolor localizado.	Parches de lidocaína, capsaicina.	Evitar en zonas irritadas o con heridas.	Buen complemento para zonas doloridas o localizadas.
Opioides	Controlar dolor intenso resistente a otros tratamientos.	Tramadol, tapentadol, morfina, oxicodeona.	Indicación restringida; riesgo de dependencia y efectos adversos a largo plazo.	Solo en casos seleccionados y bajo control médico estrecho.
Fármacos adyuvantes	Mejorar síntomas asociados.	Procinéticos (gastroparesia), antidepresivos, ansiolíticos.	Ajuste individualizado; valorar interacciones.	Complementan el abordaje integral del dolor.
Ejercicio físico	Mejorar circulación, fuerza y bienestar general.	Caminatas, natación, estiramientos.	Adaptar al estado funcional y control glucémico.	Reduce el dolor y mejora la movilidad.
Fisioterapia y rehabilitación	Reeducar el movimiento y prevenir rigidez.	Masajes, estiramientos, electroestimulación.	Requiere seguimiento profesional.	Clave en hombro congelado, lumbalgia o pie de Charcot.
Apoyo psicológico	Afrontar el impacto emocional del dolor crónico.	Terapia cognitivo-conductual, mindfulness.	Favorece la adherencia y la resiliencia.	Ayuda a reducir la percepción del dolor y la ansiedad.
Educación en neurociencia del dolor	Comprender cómo funciona el dolor.	Sesiones educativas estructuradas.	Evidencia creciente en fibromialgia y dolor neuropático.	Facilita un afrontamiento activo y mejora la calidad de vida.
Hábitos saludables	Prevenir progresión y mejorar control metabólico.	Control glucémico, dieta equilibrada, dejar de fumar.	Impacto directo en la neuropatía y el dolor vascular.	Mantener glucosa estable reduce el riesgo de empeoramiento.

TABLA 2. Tratamiento del dolor en diabetes

CONCLUSIONES

- El dolor crónico en la diabetes representa un desafío complejo que afecta no solo al cuerpo, sino también al bienestar emocional y social de quienes lo padecen.
- Su origen, principalmente relacionado con la neuropatía diabética, exige un abordaje integral que combine estrategias farmacológicas y no farmacológicas.
- Mientras que los medicamentos permiten controlar los síntomas y mejorar la función nerviosa, las intervenciones como el ejercicio, la fisioterapia, los cuidados preventivos y el apoyo psicológico refuerzan el tratamiento y reducen su impacto en la vida diaria.
- Reconocer la importancia de este problema y ofrecer soluciones personalizadas es fundamental para avanzar hacia un cuidado más humano y completo de las personas con diabetes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Plan de optimización de la utilización de analgésicos opioides en dolor crónico no oncológico en el SNS.
2. Chronic pain (primary and secondary) in over 16s: assessment of all chronic pain and management of chronic primary pain. London National Institute for Health and Care Excellence (NICE); 2021 Apr7. PMID: 33939353. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng193>.
3. Henche A, Paredero JM. Boletín de información farmacoterapéutica de Navarra. Claves para un uso adecuado de opioides en dolor crónico no oncológico. 2019;27(4):1-29.
4. Serrat M, Almirall M, Musté M, Sanabria-Mazo JP, Feliu-Soler A, Méndez-Ulrich JL, et al. Effectiveness of a Multicomponent Treatment for Fibromyalgia Based on Pain Neuroscience Education, Exercise Therapy, Psychological Support, and Nature Exposure (NAT-FM): A Pragmatic Randomized Controlled Trial. J Clin Med. 2020 oct 18; 9(10):3348. doi: 10.3390/jcm9103348.