

Abordaje del dolor crónico no oncológico

Alberto Berrocoso Martínez^a, Leonor de Arriba Muñoz^b y Adriana Arcega Baraza^c

^aMédico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorios Locales de Alcabón y Val de Santo Domingo. Centro de Salud de Torrijos. Torrijos (Toledo).España.

^bMédico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Tres Culturas. Toledo. España.

^cMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad Docente Multiprofesional de Atención Familiar y Comunitaria de Toledo. Toledo. España

Correspondencia:

Alberto Berrocoso Martínez.
C/ Candilejo, 27. C.P. 45111 –
Cobisa (Toledo).España.

Correo electrónico:

berrocosoabm@gmail.com

Recibido el 14 de mayo de 2018.
Aceptado para su publicación el
6 de junio de 2018.

Este artículo de Revista Clínica de Medicina de Familia se encuentra disponible bajo la licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 4.0 Internacional (by-nc-nd).



RESUMEN

El dolor crónico no oncológico es una patología importante e incapacitante, con elevado coste sanitario. El abordaje debe estar centrado en el paciente, debiendo realizar un diagnóstico etiológico del dolor, identificación del tipo de dolor (nociceptivo, neuropático o mixto), utilización de escalas para valoración de la intensidad del dolor y de la calidad de vida, que nos ayudarán a ir viendo la evolución. Realizaremos un plan de tratamiento integral que incluya unos objetivos claros y realistas, junto a la toma optimizada de medicación y siempre teniendo en consideración la opinión y preferencias del paciente. No podemos olvidar la mejora de la capacidad funcional, la realización de actividad física adecuada y los cambios en el estilo de vida. Usaremos los fármacos a la menor dosis efectiva y durante el menor tiempo posible. Debemos reevaluar al paciente de forma programada, sobre todo en aquellos que tratamos con opioides potentes.

PALABRAS CLAVE: Dolor Crónico. Analgesia. Analgésicos. Opioides.

ABSTRACT

Management of chronic non-malignant pain

Chronic non-malignant pain is an important and disabling pathology, with high healthcare costs. Its management should be focused on the patient, requiring an etiological diagnosis of pain, identification of the type of pain (nociceptive, neuropathic, or mixed), use of scales to assess pain intensity and quality of life, which will help us to see the evolution. We will carry out a comprehensive treatment plan that includes clear and realistic objectives, together with the optimized taking of medication, and always taking into consideration the opinion and preferences of the patient. We must not forget the improvement of functional capacity, adequate physical activity and changes in lifestyle. We will use drugs in the lowest effective doses and for the shortest periods of time possible. We must reevaluate the patient on a scheduled basis, especially those treated with potent opioids.

Key words: Chronic Pain. Analgesia. Analgesics, Opioids.

INTRODUCCIÓN

El dolor crónico no oncológico (DCNO) se define como el dolor que dura de tres a seis meses o que persiste más allá del tiempo esperado para la cicatrización de los tejidos o la resolución de la enfermedad subyacente¹. Otros autores lo consideran como el dolor presente durante más de tres meses, de forma continua o intermitente, más de cinco días por semana, con intensidad moderada o alta, en la escala analógica visual y/o que deteriore la capacidad funcional².

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) se considera que un 20 % de la población mundial sufre dolor crónico en algún grado³. Los estudios poblacionales muestran que los pacientes que padecen dolor crónico en España son el 17 %, mientras que en Europa el dolor crónico lo refleja una media del 19 %⁴. En el 34 % de ellos se clasificó el dolor como intenso. En Europa, el 5 % de los pacientes precisó tratamiento con opioides⁵. En nuestra comunidad, Castilla-La Mancha, durante la última década el número de pacientes en tratamiento con analgésico opioides mayores se ha duplicado, siendo uno de los más utilizados el tramadol⁶.

Las causas más frecuentes de dolor crónico en más de 46.000 pacientes de Europa e Israel fueron: una combinación de artrosis y artritis reumatoide (42 %), hernia de disco o fractura vertebral (20 %), trauma o cirugía (15 %), desconocida (12 %)⁷, entre otras.

CLASIFICACIÓN

El DCNO se clasifica por su procedencia en nociceptivo, neuropático y mixto. El dolor nociceptivo suele estar bien localizado, se suele deber a patologías musculoesqueléticas, inflamación o problemas mecánicos, normalmente causados por daño tisular. El neuropático es originado por una lesión del sistema nervioso central o periférico de múltiples causas; suele referirse como dolor espantoso al tacto, quemazón, como alfileres... muy característico de la neuralgia postherpética, en neuropatía diabética e ictus. El dolor mixto es aquel que posee características de tipo nociceptivo y neuropático, como por ejemplo la lumbalgia crónica.

ABORDAJE

El primer paso e imprescindible para realizar una estrategia de tratamiento es la identificación de las características y del tipo de dolor. No se puede entender el dolor sin conocer a la persona que lo padece, por lo que se debe hacer un abordaje integral, con una anamnesis dirigida, mediante una entrevista clínica semiestructurada centrada en el paciente con fase evaluativa y fase resolutoria de consenso y participativa⁷. Debe realizarse una entrevista motivacional, para promover cambios en el estilo de vida.

Preguntas clave como “la frecuencia del dolor y cronología, localización e irradiación, con qué lo relaciona, qué lo exacerba o lo alivia, explorar síntomas acompañantes, alteración del sueño, valorar la influencia emocional del dolor, valorando la posibilidad de coexistencia de ansiedad y depresión”, no deben faltar en una buena anamnesis.

La exploración debe centrarse en el síndrome doloroso con el objetivo de realizar un mapa del dolor, recogiendo la sensibilidad táctil, valorando la presencia de alodinia o hiperalgesia y la sensibilidad vibratoria.

Se debe usar siempre la una escala de dolor para intentar objetivar el dolor y valorar en sucesivas visitas la mejoría o no con el tratamiento. En Atención Primaria utilizamos la escala visual analógica (EVA) que valora la intensidad de dolor del 1 al 10 y nos permite determinar si el tratamiento pautado está siendo eficaz, así como si debemos aumentar o disminuir dosis o cambiar de fármacos. Una variación a la baja de dos puntos o del 30 % o más del valor inicial se considera alivio clínicamente significativo⁸. Para valorar la capacidad funcional en relación con la repercusión subjetiva sobre la actividad de la vida diaria, laboral, ocio y patrón de sueño podemos usar un cuestionario multidimensional como el BPI-Sp (*Brief Pain Inventory*)⁷.

TRATAMIENTO

Se debe realizar un plan terapéutico integral (PTI)

en el que se tengan en cuenta intervenciones terapéuticas multidimensionales personalizadas y consensuadas con cada paciente⁸. Los objetivos que de debemos alcanzar son: reducir la intensidad del dolor (descenso en EVA $\geq 30\%$), mejorar hábitos saludables; mejorar la actividad física; mejorar el patrón de sueño; mejorar el estado de ánimo; preservar la actividad laboral, social y familiar; hacer participe al paciente en el manejo y aprendizaje de su enfermedad y garantizar el uso correcto de los medicamentos y otras medidas terapéuticas.

Es importante informar al paciente que el dolor puede no desaparecer, pero que se va a intentar que interfiera lo menos posible en su vida diaria.

Uno de los objetivos primordiales es prevenir o minimizar la discapacidad producida por el dolor, por lo que el tratamiento debería abordar aspectos psicológicos y físicos⁹. Se debe promover un estilo de vida saludable, con unas recomendaciones de ejercicio físico adaptado a las necesidades del paciente, para conseguir una mejora de la calidad de vida y autonomía del paciente¹⁰. La actividad física regular de intensidad moderada como andar, correr, ejercicios aeróbicos, en bicicleta y piscina pueden mejorar la fuerza muscular, la resistencia, el equilibrio y la calidad de vida.

El tratamiento no farmacológico son la actividad física y la educación del paciente juntamente con las terapias cognitivo-conductuales, preferiblemente combinándolas dentro de un programa de rehabilitación y con la participación de varios profesionales⁷.

El tratamiento farmacológico tiene como objetivo mejorar la clínica, aumentando la funcionalidad y la calidad de vida del paciente. Debe ser individual, valorando los tratamientos previos y su respuesta, se deben realizar reevaluaciones periódicas para modificar las dosis en función de la respuesta, y adecuar el tratamiento a la patología de base y a las comorbilidades.

Tratamiento del dolor nociceptivo (Figura 1)

La OMS acuñó dos términos: escalera analgésica y ascensor terapéutico; ambos coexisten y pueden ser usados, dependiendo de la situación de cada paciente.

- Paracetamol y antiinflamatorios no esteroideos (AINEs). Están indicados en dolor leve y leve-moderado, solos o asociados a otros analgésicos como los opioides, en dolor moderado y moderado severo. Todos poseen techo analgésico. Han demostrado eficacia clínica del dolor en casos de lumbalgia aguda y crónica, y en artrosis de cadera, rodilla y manos^{11,12}. Como norma general se usarán a la menor dosis posible y durante el menor tiempo necesario.

El paracetamol puede usarse solo o asociado a otros AINEs, y tiene mayor efectividad pautado

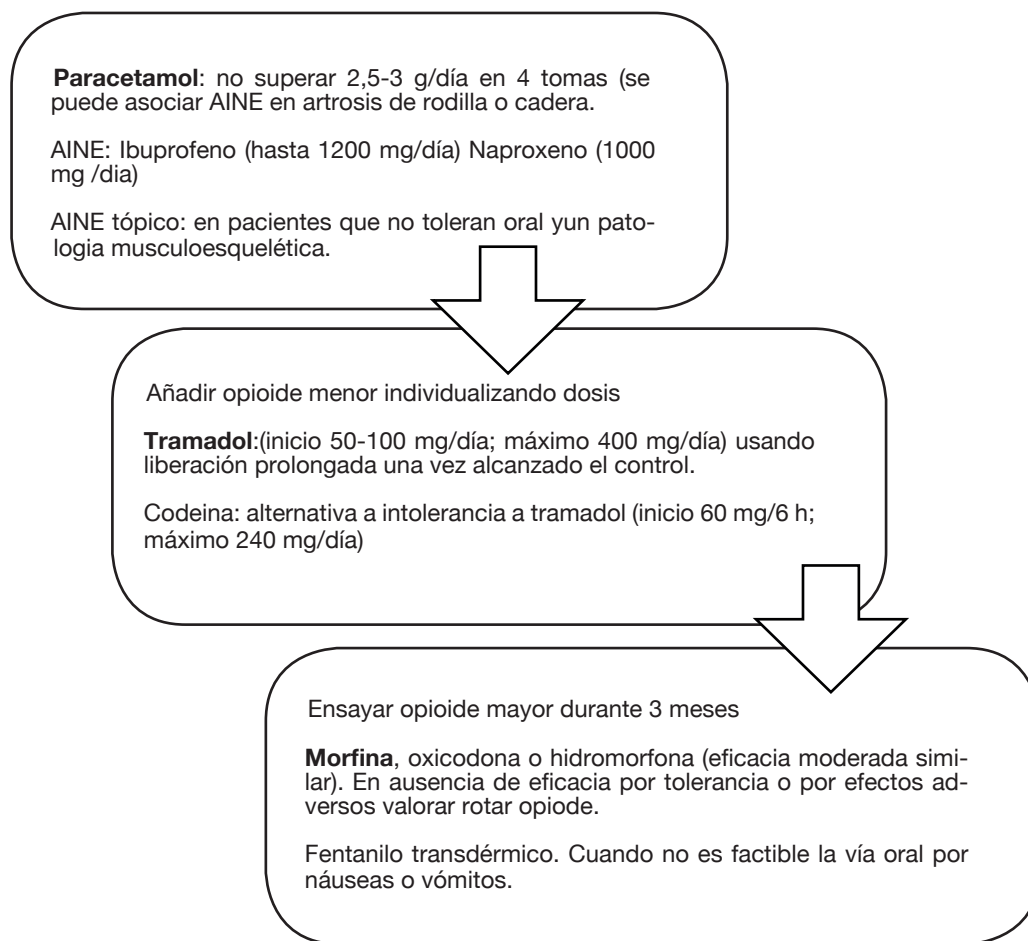


Figura 1. Tratamiento del dolor nociceptivo⁸

que a demanda. De elección en pacientes ancianos y con nefropatía.

La administración de AINEs está asociada a un incremento del riesgo cardiovascular y gastrointestinal, aunque el balance riesgo-beneficio parece ser favorable¹³. El que mejor perfil cardiovascular tiene es el naproxeno, aunque presenta un mayor riesgo gastrointestinal.

Se aconseja utilizar la menor dosis efectiva y durante el menor tiempo posible. Se suspenderán si no son útiles para controlar el dolor.

Los AINEs tópicos se pueden usar en el tratamiento de pacientes que no toleren los AINEs orales¹⁴.

Los inhibidores selectivos de la enzima COX-2 (celecoxib y etoricoxib) son fármacos de vida media larga, tienen menos efectos adversos a nivel gastrointestinal, pero presentan efecto aterotrombótico similar a otros AINEs tradicionales¹⁵.

- Tratamientos tópicos. Las pomadas de sus-

tancias rubefacientes pueden considerarse en situaciones que otras terapias no hayan funcionado¹⁴.

- Opioides débiles (tramadol y codeína). Indicados cuando no se consigue control con el tratamiento optimizado con paracetamol y AINEs. Indicados para el dolor nociceptivo de intensidad moderada no controlada. Se pueden asociar a paracetamol o AINEs (existen fármacos combinados) para potenciar la analgesia. Se debe iniciar con dosis bajas e ir titulando para evitar efectos adversos. Si no se consiguen los objetivos se procederá a retirar y proponer el ensayo con opioides potentes.
- Opioides potentes. Indicados en el dolor de moderado a intenso, o pacientes con dolor no controlado. Antes de iniciar tratamiento se deben establecer los objetivos de tratamiento, con metas realistas. En cada visita se deben reevaluar los riesgos y beneficios, efectos secundarios y situación del paciente. Se debe reflejar en la historia el consentimiento informado, por lo menos verbal para el tratamiento con opioides potentes⁶. Empezar con la menor

dosis posibles e ir titulando teniendo en cuenta que no se debe aumentar la dosis más de un 25-50 % en las revisiones. Evitar efectos adversos que suelen mitigarse con la tolerancia. No poseen techo analgésico. No existe evidencia clara de que un opioide sea superior a otro en el alivio del dolor⁸. Las formas transdérmicas deben dejarse para pacientes con disfagia, dificultades para cumplimiento terapéutico y en insuficiencia renal. Los opioides pueden y deben rotarse cuando aparecen efectos adversos o tolerancia (Tabla 1).

En una revisión Cochrane de 2017 se pone de manifiesto que el mayor número de efectos adversos, incluidos efectos adversos importantes, están asociados con el uso prolongado (medio-largo) de opioides¹⁶.

El uso de dosis mayor al equivalente de 90-100 mg/día de morfina requiere una reevaluación del riesgo de dependencia y monitorización estrecha, así como la evaluación de la derivación a unidades de tratamiento del dolor¹⁷, con el consiguiente problema que tenemos en Castilla-La Mancha de acceso a las mismas, pues hay gerencias que admiten la derivación directa desde Atención Primaria, como son Cuenca o Albacete, pero en otras como las de Toledo o Ciudad Real se debe derivar a un especialista hospitalario (neurólogo, traumatólogo, rehabilitador...) y éste derivar a las unidades de dolor, con la consiguiente pérdida de tiempo, gasto sanitario y pérdida de equidad en la atención

sanitaria del paciente, siendo el mismo servicio sanitario.

-Tratamiento del dolor neuropático (Figura 2)

El dolor neuropático puede llegar a ser de difícil control. Ningún fármaco es eficaz en todos los tipos de dolor neuropático. Se recomienda iniciar con monoterapia, pero si no hay control se puede valorar un cambio de fármaco o asociar varios¹⁸.

En la primera línea se encuentran:

- Antidepresivos. El que tiene más evidencia y mayor uso es la amitriptilina, aunque tiene un uso limitado por sus efectos secundarios. Como alternativa estarían la duloxetina, sobre todo en neuropatía diabética, y la venlafaxina.
- Fármacos antiepilépticos. Los más usados son la gabapentina y la pregabalina. La carbamazepina se usa de elección en la neuralgia del trigémino.

En segunda línea:

- Fármacos tópicos. Capsicina en parches al 8 %, en zonas localizadas de dolor neuropático. Apósitos de lidocaína al 5 % para neuropatía postherpética localizada¹⁹.
- Tramadol. Si no se produce mejoría con el uso solo o combinado de varios fármacos de primera línea⁹.

Fármaco	Dosis			
Morfina oral	30-60 mg/día	90 mg/día	120-150 mg/día	200 mg/día
Fentanilo transdérmico	25 µg/hora	50 µg/hora	75 µg/hora	100 µg/hora
Oxicodona oral	20 mg/día	60 mg/día	80 mg/día	160 mg/día
Hidromorfona oral	6-12 mg/día	18 mg/día	24-30 mg/día	40 mg/día
Buprenorfina transdérmica	35 µg/hora	52,5 µg/hora	70 µg/hora	2x75 µg/hora
Tramadol oral	150-300 mg/día	450 mg/día	600 mg/día	
Dihidrocodeína oral	100-200 mg/día	300 mg/día	400 mg/día	
Tapentadol*	75-150 mg/día	225 mg/día	300-375 mg/día	

Tabla 1. Equivalencia aproximada de las dosis de los opioides⁹. * Dosis estimada aproximada.

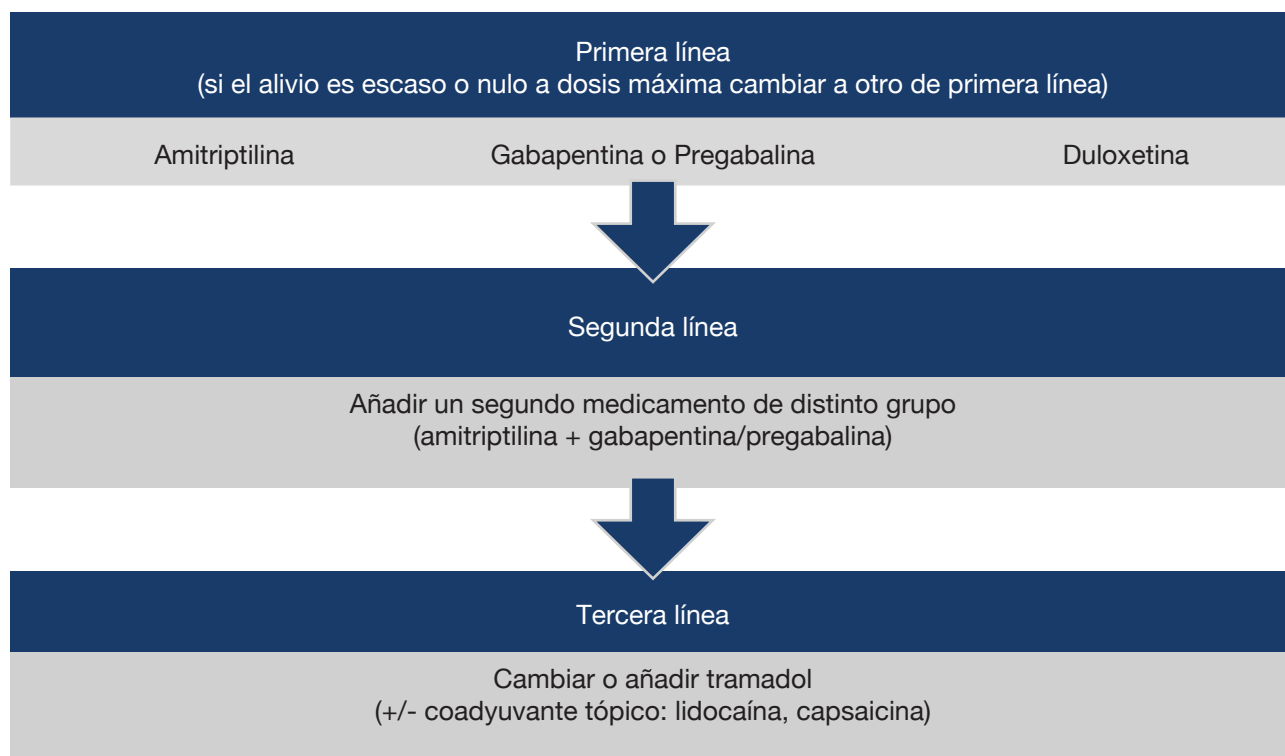


Figura 2. Tratamiento médico del dolor neuropático⁸

SEGUIMIENTO

Al inicio del PTI se deben realizar visitas más próximas y programadas, a las 48-72 horas de forma telefónica o telemática y presencial a los 15 días. Una vez esté bien establecido el tratamiento, se realizarán revisiones al mes, tres y seis meses, valorando el PTI al completo con la actividad física y cambios en el estilo de vida⁷.

DERIVACIÓN

En nuestro medio existe, como ya hemos reflejado, una inequidad para la derivación directa a unidades del dolor, por lo que la limitación es importante. En otras comunidades, como Andalucía y Madrid, que tienen planes integrales de atención al dolor crónico no oncológico, están definidas las vías de derivación^{2,20}.

Los motivos de derivación que se reflejan en la literatura⁷ son los siguientes:

- Pacientes donde no esté aconsejado el empleo de analgésicos por enfermedades concomitantes del mismo, para evaluar tratamiento con técnicas invasivas.
- Pacientes con alergias a gran cantidad de fármacos, incluidos múltiples analgésicos.
- Antecedentes de toxicomanías con dolor intenso.
- Uso de dosis superiores a 90 mg/día de morfina oral o equivalentes.

- En dolor neuropático, si no se consigue el control con fármacos de primera y segunda línea.
- Si al cabo de 6 meses de tratamiento y seguimiento adecuado con un PTI la intensidad del dolor o la funcionalidad no han alcanzado objetivos, considerándose un cuadro de difícil control.

CONCLUSIONES

El dolor cónico es un proceso importante para la persona que lo padece, que produce múltiples consultas, ocasionando un importante coste sanitario y que condiciona la relación médico paciente. Debemos intentar diagnosticar la etiología del dolor crónico, realizando una buena exploración y una entrevista clínica semiestructurada centrada en el paciente.

Es importante informar al paciente, realizar un buen PTI con unos objetivos claros y realistas consensuados con el paciente. Es importante el tratamiento farmacológico optimizado, así como la mejoría de la calidad de vida con el inicio precoz de actividad física adecuada y cambios en el estilo de vida.

Debemos tener la capacidad para realizar un buen abordaje del paciente con dolor crónico, dedicándole el tiempo que precise en la consulta, tener accesibles las pruebas complementarias necesarias para valorar la etiología del proceso y la posibilidad, una vez sobrepasadas nuestras posibilidades, de derivar directamente, sin intermediarios, a las

unidades de tratamiento del dolor. Todo esto es importante para poder realizar una atención de calidad al paciente con dolor crónico no oncológico.

CONFLICTO DE INTERESES

Todos los autores declaran no tener conflictos de intereses en la realización de este trabajo.

AGRADECIMIENTOS

A la Unidad Docente Multiprofesional de Atención Familiar y Comunitaria de Toledo, en especial a Alejandro Villarín Castro por su ayuda en la obtención y revisión bibliográfica.

BIBLIOGRAFIA

- López M, Penide L, Portalo I, Rodríguez J, Sánchez N, Arroyo V. Dolor crónico no oncológico. BolFarmacoter-Castilla-La Mancha [Internet]. 2014 [acceso 03/06/2018]; XV (1): 1-8. Disponible en: http://sescam.castillalamancha.es/sites/sescam.castillalamancha.es/files/documentos/farmacia/dolor_cronico_0.pdf
- Guerra de Hoyos JA, coord. Dolor crónico no oncológico. Proceso asistencial integrado [Internet]. 2ª ed. Sevilla: Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales, 2014 [acceso 03/06/2018]. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/salud/export/sites/csaud/galerias/documentos/p_3_p_3_procesos_asistenciales_integrados/dolor_cronico/dolor_cronico_julio_2014.pdf
- Turk DC, Wilson HD, Cahana A. Treatment of chronic non-cancer pain. *Lancet*. 2011; 377 (9784): 2226-35.
- Torraiba A, Miguel A, Darba A. Situación actual del dolor crónico en España: iniciativa "PainProposal". *RevSocEsp Dolor*. 2014; 21(1): 16-22.
- Breivik H, Collett B, Ventafridda V, Cohen R, Gallacher D. Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life, and treatment. *Eur J Pain*. 2006; 10 (4): 287-333.
- Henche AI. El auge de la analgesia opiode. Problemas relacionados con el uso a largo plazo. Bol Farmacoter Castilla-La Mancha [Internet]. 2016 [acceso 03/06/2018]; XVII (3): 1-18. Disponible en: http://sescam.castillalamancha.es/sites/sescam.castillalamancha.es/files/documentos/farmacia/boletin_3_2016.pdf
- Sánchez Jimenez J, Tejedor Varillas A, Carrascal Garrido R, coords. La atención al paciente con dolor crónico no oncológico en Atención Primaria. Documento de Consenso [Internet]. España: Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia, Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria, Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria [acceso 03/06/2018]. Disponible en: <https://www.semfyec.es/wp-content/uploads/2016/06/DOCUMENTO-CONSENSO-DOLOR-17-04-A.pdf>
- Rojas Corrales O, Cuéllar Obispo E, Domínguez Camacho JC. Dolor crónico no oncológico: tratamiento farmacológico [Internet]. Bol Ter Andal. 2015 [acceso 03/06/2018]; 30 (4): 21-8. Disponible en: http://www.cadime.es/docs/bta/CADIME_BTA_2015_30-4.pdf
- Miró J. Dolor crónico. Procedimientos de evaluación e intervención psicológica. 1ª ed. Bilbao: Desclee de Brouwer; 2003.
- Muñoz-Bellerín J, coord. Plan para la promoción de la actividad física y la alimentación equilibrada 2004-2008 [Internet]. Sevilla: Junta de Andalucía, Consejería de Salud [última revisión 26/03/2015; acceso 03/06/2018]. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/salud/sites/csaud/contenidos/Informacion_General/c_1_c_6_planes_estrategias/plan_actividad_fisica_alimentacion_equilibrada
- McAlindon TE, Bannuru RE, Sullivan MC, Arden NK, Berenbaum F, Bierma-Zeinstra SM et al. OARSI guidelines for the non-surgical management of knee osteoarthritis. *Osteoarthritis Cartilage*. 2014; 22 (3): 363-88.
- Hochberg MC, Altman RD, April KT, Benkhalti M, Guyatt G, McGowan J et al. American College of Rheumatology 2012 Recommendations for the use of nonpharmacologic and pharmacologic therapies in osteoarthritis of the hand, hip, and knee. *ArthritisCare Res (Hoboken)*. 2012; 64 (4): 465-74.
- Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS). Diclofenaco y riesgo cardiovascular. Restricciones de uso [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. 17 junio 2013 [acceso 03/06/2018]. Disponible en: https://www.aemps.gob.es/informa/notasInformativas/medicamentosUsoHumano/seguridad/2013/NI-MUH_FV_16-2013-diclofenaco.htm
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Management of chronic pain [Internet]. Edimburgo: SIGN; 2013 [acceso 03/06/2018] (SIGN Publication n° 136). Disponible en: <http://www.sign.ac.uk/assets/sign136.pdf>
- McGettigan P, Henry D. Cardiovascular risk with non-steroidal anti-inflammatory drugs: systematic review of population-based controlled observational studies. *PLoS Med*. 2011; 8 (9): e1001098.
- Els C, Jackson TD, Kunyk D, Lappi VG, Sonnenberg B, Hagtvedt R et al. Adverse events associated with medium- and long-term use of opioids for chronic non-cancer pain: an overview of Cochrane Reviews. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017; 10: CD012509.
- Palanca Sánchez I, Puig Riera de Coniás MM, Elola Somoza J, Bernal Sobrino JL, Paniagua Caparrós JL, Grupo de Expertos. Unidad de tratamiento de dolor: estándares y recomendaciones [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2011 [acceso 03/06/2018]. Disponible en: http://www.msc.es/organizacion/sns/plan-CalidadSNS/docs/EERR/Unidad_de_tratamiento_del_dolor.pdf
- Saarto T, Wiffen PJ. Antidepressants for neuropathic pain: a Cochrane review. *J NeurolNeurosurgPsychiatry*. 2010; 81 (12): 1372-3.
- González- Escalada, Rodríguez MJ, Camba MA, Portolés A, López R. Recomendaciones para el tratamiento del dolor neuropático. *RevSocEsp Dolor*. 2009; 16 (8): 445-67.
- Dirección General de Coordinación de la Atención al Ciudadano y Humanización de la Asistencia Sanitaria. Consejería de Sanidad. Estrategia de dolor 2017-2020 [Internet]. Madrid: Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid. Julio 2017 [acceso 03/06/2018]. Disponible en: <http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM017980.pdf>