CatSalut Servei Català de la Salut
Regió Sanitària Barcelona
e-farma RSB
núm. 15
març 2012

Abordatge del dolor crònic no oncològic

El dolor crònic es defineix com aquell que persisteix més enllà de la malaltia que el va causar i no té propietats fisiològiques o reparadores. Mentre que el dolor agut es pot considerar un símptoma d'una malaltia, el dolor crònic és un problema específic, una malaltia en si mateixa. Es defineix com el dolor de més de tres mesos de durada i intensitat moderada, que pot ser continu o intermitent almenys durant 5 dies per setmana. És un problema de salut d'alta prevalença. Segons l'enquesta Pain in Europe[1] afecta el 12% de la població espanyola amb una durada mitjana de 9 anys i és un motiu freqüent de consulta en l'atenció primària[2]. D'altra banda, el 83% d'aquests pacients són atesos en aquest nivell assistencial, on tractem d'alleugerir el dolor, sobretot amb l'ús de fàrmacs tot i que les millores són parcials[3]. En els resultats de l'estudi esmentat els fàrmacs més prescrits van ser: AINE (44%), paracetamol (18%), opiacis dèbils (23%) i opiacis potents (5%). No obstant això, val a dir que només un 51% dels pacients atesos a l'atenció primària es van mostrar satisfets amb el tractament, i un 49 % deien que el metge estava més preocupat per la malaltia de base que pel dolor, i només en el 10% dels casos el metge feia servir escales de medició.

El dolor és una experiència de percepció desagradable associada a dany tissular real o potencial[4], acompanyada de resposta afectiva, motora, vegetativa i, fins i tot, de personalitat. Per tant, el dolor crònic és un fenomen complex, que afecta a nivell sensorial però també a nivell emocional, conductual, cognitiu, familiar, social i laboral. És per això, que és necessari impulsar un abordatge integral del pacient en tots aquests aspectes. L'equip d'atenció primària és clau en el procés assistencial d'aquests pacients; l'enfoc longitudinal i biopsicosocial, en què s'inclouen intervencions curatives, activitats de promoció, prevenció, rehabilitació i cura pal·liativa, dóna un perfil adient per a l'abordatge d'aquests pacients, on la relació metge-pacient és fonamental.

Així doncs, cal que les prescripcions farmacològiques siguin acurades, tot tenint en compte les característiques específiques del dolor en cada pacient. Però també cal disposar d'eines per tractar els importants aspectes psicològics implicats, la rehabilitació que pot realitzar el mateix pacient, les mesures d'educació per a la salut, com l'exercici físic, la higiene postural, evitar l'excés de pes corporal i la recuperació d'activitats abandonades. Òbviament, en els casos que estigui indicat, s'han de realitzar les derivacions oportunes a altres nivells assistencials, com ara serveis de traumatologia, reumatologia, rehabilitació i les clíniques del dolor, especialitats que donen suport i ajuden en el control i seguiment del pacient.

D'altra banda, un repte de futur serà integrar les teràpies alternatives i complementàries (MAC) emergents ja que millorarien els nostres resultats, tal com estan demostrant en la bibliografia científica[5,6]. La nostra experiència, després d'implementar aquesta tècnica en el Centre d'Atenció Primària (CAP), és que en un 80 % dels pacients amb dolor crònic el seu nivell de dolor disminuïa després de fer servir la teràpia neural a les 2 setmanes, 3 mesos i als 6 mesos i, a més, disminuïa el consum de fàrmacs per al dolor. Les MAC es fan servir amb major freqüència a Europa, tal com es desprèn del treball Pain in Europe[1]: en l'acupuntura, per exemple, la mitjana de l'ús d'aquesta tècnica a nivell europeu és del 13% i a Espanya és del 6%. En qualsevol cas, un aspecte important és distingir quin tipus de dolor cal tractar: neuropàtic, nociceptiu, psicogen o el que és més habitual, el mixt. Dins d'aquests, el dolor neuropàtic és un dolor més complex i es diagnostica poc. El desconeixement de molts dels mecanismes de la seva fisiopatologia, que comporten una clínica difícil de valorar, fa que tingui un abordatge més complex, i una gran repercussió en tots els àmbits de la vida de qui el pateix. Malgrat tot, després d'un progressiu augment en assajos clínics del dolor neuropàtic, encara estem lluny d'haver aconseguit resultats satisfactoris, ja que en menys de la meitat dels pacients obtenim un benefici significatiu amb els fàrmacs de què disposem[7].

Quant al dolor nociceptiu, continua vigent l'escala analgèsica de l'OMS[8]. En el primer graó per al dolor lleu (EVA<30 mm) es prescriuen AINE o paracetamol a dosis analgèsiques (màxim 1g cada 6 hores). En el segon graó, quan no milloren els pacients en els quals hem iniciat tractament del primer graó i/o en dolors moderats (EVA entre 30 i 56 mm), es poden prescriure dosis analgèsiques de paracetamol i opiacis menors, com ara el tramadol o la codeïna. En el dolor sever EVA> 56 mm estaria indicat el paracetamol a dosis analgèsiques més opiacis majors com la morfina com a primera elecció, i després el fentanil i l'oxicodona.

Amb les dades disponibles, la morfina oral utilitzada en formulacions orals d'alliberació sostinguda continua essent el tractament de referència per al dolor crònic no oncològic quan cal incorporar un opiaci, i en segon lloc, les formulacions d'administració transdèrmica[9]. El fentanil és un opiaci 50-100 vegades més potent que la morfina, molt liposoluble (facilita la ràpida entrada al sistema nerviós central), amb inici d'acció més ràpid i més risc de dependència[10]. Diversos organismes de farmacovigilància i seguretat han emès alertes sobre l'ús dels pegats de fentanil; entre altres, s'ha notificat un augment de morts per sobredosi als Estats Units d'Amèrica i casos d'abús en adolescents de 14 a 17 anys a Canadà, alguns amb desenllaç mortal[11]. En el nostre entorn, el consum de morfina s'ha mantingut estable, mentre que s'ha incrementat l'ús dels pegats, potser per la por dels pacients a utilitzar morfina, per la percepció que l'aplicació tòpica és més senzilla o per la pressió comercial[12], però la via d'administració oral és prioritària en termes de seguretat i eficiència.

L'ús d'opiacis d'acció ràpida quan hi ha dolor irruptiu s'ha de valorar en cada cas però, en general, es recomana evitar-ne l'ús crònic[13]. Hi ha estudis on no s'ha objectivat que la medicació de rescat amb opiacis d'acció curta per al dolor irruptiu afecti l'eficàcia analgèsica dels d'acció perllongada, i en canvi sí que poden augmentar els efectes adversos[14]. A la figura 1 es compara el cost d'un dia de tractament (DDD) dels medicaments opiacis disponibles a Espanya, segons la via d'administració i la forma d'alliberació ràpida o lenta. El fentanil oral d'alliberació ràpida és el que presenta un cost/DDD més elevat (més dades a l'apartat de l'Observatori).

El concepte d'ascensor seria el pas del primer al tercer graó sense haver passat per l'ús d'opiacis menors; en situacions de dolor sever pot ser eficaç amb mínims efectes secundaris[15]. Volem remarcar que a Espanya estem a la cua de l'ús d'opiacis majors, per això creiem que deu haver-hi molts pacients que serien candidats a fer servir aquests fàrmacs, que millorarien la seva qualitat de vida, tot i que insistim en el fet que cal seleccionar acuradament els pacients a tractar, el fàrmac que s'ha d'utilitzar, i evitar-ne l'abús.

En el quart graó analgèsic es troben les tècniques invasives, com ara l'analgèsia contínua espinal o epidural, el bloqueig de nervis perifèrics, el bloqueig simpàtic, etc. D'altra banda, en recents metanàlisis s'afirma que la glucosamina, condroïtina, i la seva combinació, comparades amb placebo, no redueixen el dolor ni tenen un impacte sobre la reducció de l'espai articular[16]. Malgrat haver estat demostrada l'eficàcia de les infiltracions periarticulars o intraarticulars[17,18], realment estem lluny d'implementar de forma generalitzada aquesta tècnica de fàcil ús, i per això els autors pensem que caldria potenciar aquestes tècniques.

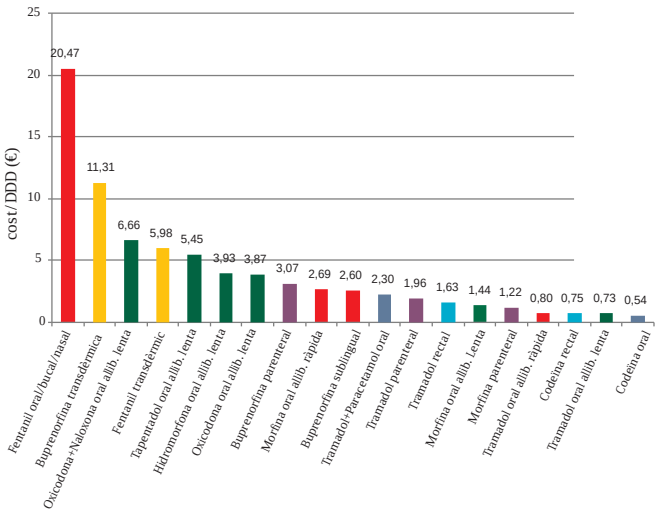
En el cas dels pacients ancians, aquests són una població heterogènia i les dosis òptimes de fàrmacs i els efectes secundaris comuns són difícils de predir. Com que l'ajust de dosificació per edat no està establert per a la majoria dels analgèsics, s'aconsella "començar per dosis baixes i anar ajustant a poc a poc", amb una valoració acurada d'eficàcia i seguretat[19].

Per últim, l'abordatge psicològic del dolor crònic és un aspecte molt important[20]. La terapia cognitivoconductual presenta evidència IA per a la milloria del dolor gràcies a un millor afrontament psicològic del problema. La intervenció en l'abordatge psicològic hauria d'establir primer els objectius d'intervenció i criteris d'èxit, amb la implicació molt activa del pacient en el procés, per tal de conèixer el paper que els pensaments, emocions i conductes tenen en l'estat emocional i la seva malaltia.

Punts clau i aspectes a millorar

1. Desenvolupar protocols per a l'abordatge i seguiment dels pacients amb dolor crònic, fixant objectius de tractament i períodes de seguiment, i potenciant més l'ús d'instruments d'avaluació de l'evolució del dolor.
2. L'enfocament adequat inclou un abordatge multidisciplinari amb aspectes psicològics i rehabilitació i les oportunes derivacions a traumatologia, clínica del dolor, etc.
3. Realitzar tractaments farmacològics acurats segons el pacient i tipus de dolor.
   - Quan els opiacis majors estan indicats, la morfina oral d'alliberació lenta continua sent l'estàndard de referència.
   - L'administració de tractament oral és d'elecció.
4. Augmentar l'accessibilitat a tècniques d'infiltracions periarticulars o intraarticulars podria evitar en molts casos la cronificació del dolor. Les MAC, i en concret la teràpia neural, poden ajudar a millorar la simptomatologia i a disminuir la despesa en medicaments i els efectes indesitjables.
5. Reforçar la informació i educació sanitàries al pacient i/o familiars.

Figura 1. Cost mitjà de la dosi diària definida (DDD) dels medicaments opiacis (ATC: N02A*) segons via d'administració i/o tipus de forma farmacèutica (euros, PVP+IVA, desembre 2011)



Olga Loriz[1], Joan Manel Marín[2], Maria José Venegas[3], Noelia Martínez[3]

[1]Metgessa de família; [2]metge resident; [3]infermera
Equip d'Atenció Primària Badalona 6

Agraïments al Dr. J. Gómez Bonsfills, J. G. Moranta Mesquidab i a V. Garcia Abad pel seu suport, que ha estat clau per realitzar aquest article.

Bibliografia

1. Breivik H, Collett B, Ventafridda V, et al. Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life, and treatment. Eur J Pain. 2006;10(4):287-333.

2. López-Silva MC, Sánchez de Enciso M, Rodríguez-Fernández MC, Vázquez-Seijas E. Cavidol: calidad de vida y dolor en atención primaria. Rev. Soc. Esp. Dolor. 2007;14(1):9-19.

3. González-Escalada JR, Barutell C, Camba A, Contreras D, Muriel C, Rodríguez M. Creencias, actitudes y percepciones de médicos, farmacéuticos y pacientes acerca de la evaluación y el tratamiento del dolor crónico no oncológico. Rev. Soc. Esp. Dolor. 2009;16(1):7-20.

4. Internacional Association for the study of pain. The subcommittee on taxonomy. Classification of chronic pain. Descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms. Pain 1986;suppl 3.

5. Vas J, Méndez C, Perea-Milla E, et al. Acupuncture as a complementary therapy to the pharmacological treatment of osteoarthritis of the knee: randomised controlled trial. BMJ. 2004;329(7476):1216-21.

6. Lóriz O, Raya A, Pérez D, et al. Estudio de intervención sobre el dolor subagudo y crónico en atención primaria: una aproximación a la efectividad de la terapia neural. Aten Primaria. 2011;43(11):604-10.

7. Finnerup NB, Otto M, Mc Quay HJ, et al. Algorithm for neuropatic pain treatment. An evidence based proposal. Pain 2005;118:289-305.

8. Foley KM. Pain assessment and cancer pain syndromes. En: Doyle D, Hanks GW, MacDonald N (editores). The Oxford Textbook of Palliative Medicine, 2nd edition. Oxford. Oxford Medical Publications, 1998; 310-331.

9. Kalso E, Allan L, Dellemijn PLI, et al. Recommendations for using opioids in chronic non-cancer pain. Eur J Pain. 2003;7:381-6.

10. Furlan AD, Sandoval JA, Mailis-Gagnon A, Tunks E. Opioids for chronic noncancer pain: a meta-analysis of effectiveness and side effects. CMAJ. 2006;174(11):1589-94.

11. Zenz M, Strumpf M, Tryba M. Long-term oral opioid therapy in patients with chronic non-malignant pain. J Pain Symptom Manage. 1992;7(2):69-77.

12. Kress HG. Clinical update on the pharmacology, efficacy and safety of transdermal buprenorphine. Eur J Pain. 2009;13(3):219-30.

13. Interagency Guideline on opioid dosing for chronic non-cancer pain: an educational pilot to improve care and safety with opioid treatment. Washington State Agency Medical Director's Group, March 2007.

14. Devulder J, Jacobs A, Richarz U, Wiggett H. Impact of opioid rescue medication for breakthrough pain on the ef?cacy and tolerability of long-acting opioids in patients with chronic non-malignant pain. Br J Anaesth. 2009;103(4):576-85.

15. Torres LM, Calderón E, Pernia A, Martínez-Vázquez J. De la escalera al ascensor. Rev. Soc. Esp. Dolor. 2002;5(9):289-90.

16. Wandel S, Juni P, Tendal B, et al. Effects of glucosamine, chondroitin, or placebo in patients with osteoarthritis of hip or knee: network meta-analysis. BMJ 2010;341:c4675.

17. López V,Ê Pizarro G, Costa N, et al. Evaluación de las infiltraciones realizadas en atención primaria. Aten Primaria. 2005;36(10):544-9.

18. Varela GA, Sánchez DM, Miranda CR. Infiltración local en patologías articulares y de partes blandas en un centro de salud. Aten Primaria. 2003;32:388-9.

19. Schofield P. 'It's your age': the assessment and management of pain in older adults. Continuing Education in Anaesthesia, Critical Care & Pain | Volume 10 Number 3 2010.

20. J, Prescott G, Scotland G, Lovell K, et al. Cognitive behaviour therapy, exercise, or both for treating chronic widespread pain. Arch Intern Med. 2012;172(1):48-57.