

Miguel Angel Benítez-Rosario [[Buscar autor en Medline](#)]

Manuel Feria [[Buscar autor en Medline](#)]



Algunas cuestiones pendientes en el tratamiento del dolor

[Ver resúmen y puntos clave](#)

[Ver texto completo](#)

[Volver al sumario](#)

Texto completo

El presente monográfico muestra que el tratamiento del dolor agudo, el dolor crónico provocado por lesiones benignas, y el provocado por neoplasias, disponen de alternativas terapéuticas. Su eficacia depende de que su selección esté en consonancia con un diagnóstico correcto.

Los resultados del control del dolor no alcanzan, no obstante, los niveles deseables. Tres grandes elementos están implicados en ello: a) la ausencia de recursos específicos para el abordaje del dolor complejo; b) el déficit de sensibilidad y formación de los profesionales sanitarios y; c) la limitada eficacia de algunas intervenciones terapéuticas.

La causa de que una intervención dada no sea efectiva depende de que su indicación no sea correcta, o de su propio déficit. Esta deriva de las dificultades diagnósticas, y de la escasa correlación entre el diagnóstico, o presentación clínica, y los mecanismos fisiopatológicos envueltos en la génesis o mantenimiento del dolor. No deja de sorprender que, a pesar de los avances farmacológicos, en el arsenal terapéutico para el dolor se encuentre muchos fármacos disponibles desde hace años. Ello muestra dos aspectos de la situación, la relativa eficacia de los tratamientos ya disponibles, y las dificultades en obtener nuevos fármacos que, actuando sobre diferentes sistemas neuroquímicos, sean eficaces.

Cuestiones de Presente y Futuro del Arsenal Farmacológico

Los AINE y opiáceos siguen representando una de las opciones válidas en el tratamiento del dolor. Sus limitaciones derivan de sus efectos secundarios y de su eficacia limitada en diversos cuadros dolorosos. La búsqueda de nuevos AINE con una mayor eficacia analgésica y menor incidencia de efectos secundarios es un camino que debe seguir en activo. Los AINE donadores de óxido nítrico podrían ser una opción en el futuro. Los inhibidores de la COX-2, aunque son ya una realidad, y representan una alternativa a los AINE inhibidores mixtos de las COX por sus menores efectos gastro-

bibliografía

1. Tannenbaum H, Bombardier C, Davis P, Russell AS; Third Canadian Consensus Conference Group. **An evidence-based approach to prescribing nonsteroidal antiinflammatory drugs.** Third Canadian Consensus Conference. *J Rheumatol.* 2006 ;33:140-57.
2. Mercadante S. **Opioid rotation in cancer pain: rationale and clinical aspects.** *Cancer.* 1999;86:1856-1866.
3. Benitez-Rosario MA, Feria M, Salinas-Martin A, Martinez-Castillo LP, Martin-Ortega JJ. **A retrospective comparison of the dose ratio between subcutaneous and oral ketamine.** *J Pain Symptom Manage.* 2003 May;25(5):400-2.
4. Davis MP, Walsh D, Lagman R, LeGrand SB. **Controversies in pharmacotherapy of pain management.** *Lancet Oncol.* 2005; 6: 696-704.
5. De Conno F, Ripamonti C, Brunelli C. **Opioid purchases and expenditure in nine western European countries: 'are we killing off morphine?'** *Palliat Med.* 2005;19:179-84.

Ver más

enlaces

No hay enlaces de interés



duodenales, son objeto de evaluación continua para establecer sus indicaciones precisas en relación a su coste – beneficio¹.

Los opiáceos siguen representando la mejor alternativa para el tratamiento del dolor agudo intenso y para el dolor de origen neoplásico. La disponibilidad de diversos opiáceos ha permitido el establecimiento de esquemas terapéuticos para seleccionar, encada paciente, el fármaco más adecuado. Incluso, la sustitución de un opiáceo por otro está siendo considerada como la mejor alternativa para encontrar el mejor balance entre la eficacia y los efectos secundarios²⁻⁴. No obstante, aún existen problemas por resolver cuando el fármaco a introducir es la metadona, cuya toxicidad potencial obliga a la intervención de profesionales expertos. Queda aún por aclarar la idoneidad de la asociación, a dosis bajas, de dos opiáceos con el objetivo de obtener más eficacia con menos efectos secundarios⁴. Las formulaciones transdérmicas han favorecido que gran parte de los pacientes con cáncer en fase terminal dispongan al menos de un opiáceo para su dolor^{5,6}. Este beneficio puede verse alterado por errores terapéuticos potenciales, derivados de la simplificación de los tratamientos e infravaloración de los efectos secundarios opiáceos. La escalera analgésica establecida por la Organización Mundial de la Salud para el tratamiento del dolor oncológico está siendo cuestionada. No existe una evidencia clara de que la asociación de AINE a los opiáceos del tercer escalón produzca una mejoría en el control del dolor, y que los opiáceos débiles, como la codeína y dihidrocodeína, sean más eficaces que los AINE⁷. La disponibilidad del tramadol puede ser, en el futuro, la única justificación de utilizar el segundo escalón de la O.M.S.

La flexibilidad en el uso de los opiáceos en el dolor crónico benigno ha contribuido a su mejor terapéutica, aunque éstos no son la solución universal. Los efectos secundarios no despreciables en tratamientos prolongados, y la no obtención de la eficacia esperada en todos los cuadros dolorosos son un hecho. Así, no son una alternativa especialmente buena en el tratamiento del dolor de origen artrósico, las lumbalgias, las cefaleas o la fibromialgia⁸⁻¹⁰.

Avances importantes se han conseguido con la revalidación de la eficacia analgésica de los antidepresivos tricíclicos¹¹. Estos deben seguir siendo considerados como analgésicos a ensayar en los dolores neuropáticos y en los dolores crónicos de cualquier origen¹¹, aunque sus efectos secundarios representan un problema terapéutico. La evidencia de los efectos analgésicos de otros antidepresivos con menores efectos secundarios, como los IRSS, no termina de ser clara. Es preciso esperar los resultados de los estudios futuros sobre los antidepresivos de acción dual sobre la recaptación de noradrenalina y serotonina, como la venlafaxina y la duloxetina^{11,12}. La fibromialgia, la lumbalgia crónica y las cefaleas tensionales pueden constituir cuadros dolorosos parcialmente resistentes a los antidepresivos.

Los gabapentinoides, como la gabapentina y la pregabalina, son los representantes más fieles de la eficacia de los anticonvulsivantes. Los antiépilépticos pueden suponer uno de los grandes avances terapéuticos en el futuro. Aunque no siempre está claro el

mecanismo de acción, parece que todos aquellos fármacos que inhiben las descargas "ectópicas" neuronales pueden ser eficaces en el control del dolor¹¹. El papel de la gabapentina en el control del dolor neuropático está contrastado, y aunque solo sea moderadamente eficaz, su baja toxicidad hace que sea prácticamente de elección^{11,12}. Su posible utilidad en el tratamiento de diversos cuadros de dolor agudo, como el post-operatorio o la infección post-herpética, representa, además, la ampliación del campo de investigación sobre los mecanismos implicados en el dolor¹³⁻¹⁵. La pregabalina está mostrando resultados prometedores como co-analgésico de amplio espectro, incluso como alternativa terapéutica válida en la fibromialgia^{10,11}. Otros anticonvulsivantes también han enriquecido el arsenal terapéutico. La oxcarbamacepina va desplazando a la carbamacepina por su mejor perfil terapéutico. El topiramato y la lamotrigina pueden ser adecuadas alternativas en los dolores neuropáticos y cefaleas refractarias. Sus limitaciones vienen determinadas por sus efectos secundarios y la necesidad de realizar un tratamiento escalonado lento.

Un avance que parecía muy esperanzador fue el descubrimiento de la implicación del sistema NMDA en el mantenimiento de diversas modalidades de dolor crónico. La consecuencia inmediata fue ensayar fármacos con actividad anti-NMDA, aunque solo la ketamina, en dosis subanestésicas, ha mostrado una eficacia adecuada¹². Otros fármacos con alguna actividad anti-NMDA, como la amantadina y el dextropropoxifeno, y fármacos anti-NMDA específicos, como la memantina, no han mostrado, a dosis tolerables, la eficacia esperada. Sin embargo, este campo no está cerrado, y seguramente en el futuro se podrá disponer de otros fármacos anti-NMDA eficaces.

Los anestésicos locales, como la lidocaína y la mexiletina, pueden tener aún algún valor. Su toxicidad, y eficacia leve-moderada, los convierte, sin embargo, en analgésicos de tercera línea. Otros ensayos terapéuticos, como los realizados con la capsaicina, y los derivados del cannabis, no han mostrado ser una gran alternativa a los fármacos disponibles. Es posible que la síntesis de nuevos derivados cannabinoides permita obtener otros analgésicos con escasos efectos secundarios, adecuados para dolores leves y moderados, en monoterapia o en el contexto de asociaciones de analgésicos¹⁶.

Sobre los Tratamientos Invasivos

Los tratamientos invasivos han representado una adecuada alternativa para el tratamiento del dolor crónico, fundamentalmente el oncológico. El desarrollo de nuevos esquemas terapéuticos farmacológicos los está ubicando como una alternativa para los dolores refractarios. Dentro de los tratamientos invasivos, el que presenta un uso más generalizado es la administración espinal de analgésicos, y aunque su eficacia es adecuada, su uso generalizado es cuestionable⁴. La decisión sobre su utilización descansa en la consideración de que un dolor sea refractario o no al tratamiento oral, junto con sus limitaciones por su carácter invasivo y su elevado

coste.

La vertebroplastia representa ya una opción terapéutica para el control del dolor óseo vertebral secundario a lesiones benignas o malignas. La experiencia con ella es cada vez mayor, y puede convertirse en el tratamiento de elección en lesiones vertebrales dolorosas traumáticas, osteoporóticas y metastásicas. La realización de la técnica dependerá de la disponibilidad de los recursos pertinentes en los servicios de traumatología o de radiología intervencionista.

Otros tratamientos más agresivos como las cordotomías o las neulolisis tienden a circunscribirse a situaciones muy especiales de pacientes con síndromes dolorosos de origen neoplásico y refractarios a otras terapias.

La neuromodulación precisa de nuevas evaluaciones para conocer exactamente su papel en el tratamiento del dolor.

Apuntes sobre el Presente y Futuro de los Tratamientos Alternativos

La acupuntura puede jugar un papel adecuado en el tratamiento del dolor, aunque la evidencia de su eficacia en diversos cuadros dolorosos es controvertida^{18,19}. Ello puede guardar relación, fundamentalmente, con las dificultades metodológicas para realizar los estudios. Es posible que investigaciones futuras puedan mostrar una eficacia no evidenciada aún. La cuestión es, ¿qué postura tomar en el caso de que un paciente desee ensayarla? La ausencia de efectos secundarios moderados-graves y la posibilidad de que sea eficaz, en relación tal vez con un cierto efecto placebo, aconseja optar por una postura neutra, ensayar el tratamiento y decidir según su beneficio.

La evaluación de la eficacia de la TENS, las manipulaciones y la quiropraxia, presentan problemas metodológicos similares a los apuntados para la acupuntura^{21,22}. La actitud a tomar puede ser similar a la descrita en su caso. Ha de considerarse, no obstante, que la eficacia de las terapias físicas como las manipulaciones y la quiropraxia no suelen ser evaluadas habitualmente.

El problema de estos tratamientos es la escasa oferta disponible desde el sistema sanitario. Como acontece en otros países, no sería descabellado que algunos de ellos estuviesen integrados en las clínicas multidisciplinares del dolor, y que pudiesen formar parte de una intervención terapéutica multimodal en pacientes seleccionados, lo que favorecería, además, su evaluación.

Las intervenciones psicológicas y el dolor

No debería cuestionarse su utilidad. Su principal problema es la ausencia de recursos adecuados. Debe considerarse que la mayor eficacia de estos tratamientos se obtiene en el contexto de un abordaje multidimensional del dolor^{9,23}, como una intervención de

un esquema terapéutico que contempla, además, el farmacológico y el rehabilitador.

Se precisa, no obstante, una investigación más profunda que delimite el tipo de intervención psicológica más eficaz, qué cuadros dolorosos y qué pacientes presentan una mejor respuesta. Especialmente interesante sería conocer su efecto cuando se apliquen de forma temprana en cuadros dolorosos susceptibles de cronificarse, como en los primeros episodios de los dolores de espalda o de fibromialgia.

La terapia física en el tratamiento del dolor

El tratamiento rehabilitador debería ser una constante de todos los esquemas terapéuticos del dolor crónico. Aunque se precisen datos para conocer qué técnicas son más eficaces, no se debería renunciar a esta posibilidad terapéutica. La disponibilidad de los recursos pertinentes puede dificultar el abordaje multidimensional de las personas con dolor crónico secundario a lesiones benignas, y la eficacia global del sistema en la resolución del problema del dolor.

El ejercicio físico, cuando no esté contraindicado, es económico y puede ser efectivo para evitar las reagudizaciones del dolor crónico secundario a patología artrósica u osteoporótica. Todos los asesoramiento médicos al respecto son buenos. En las personas mayores, el ejercicio físico habitual tiene un resultado directo o indirecto en la calidad de vida, independientemente de su eficacia en el dolor.

La evaluación de la eficacia de las intervenciones analgésicas

La decisión de instaurar un tratamiento depende de la evidencia disponible sobre su eficacia y el desarrollo de efectos secundarios. Curiosamente, un elevado número de meta-análisis termina concluyendo que la heterogeneidad metodológica de los estudios no permite sacar conclusiones, lo que está en consonancia con la situación clínica real. Es difícil conseguir pacientes con características similares, y que mantengan el seguimiento de los protocolos de investigación durante el tiempo adecuado para evaluar su efecto. Gran parte de los estudios solo puedan mostrar los resultados con tratamientos de corta duración, sin aportar datos sobre los efectos beneficiosos y perjudiciales de tratamientos prolongados.

Otro aspecto interesante que está aconteciendo es la variación de los criterios para considerar un tratamiento eficaz. Es conocida la necesidad de "cuantificar" el efecto analgésico, el cual se realiza generalmente en relación al descenso de las puntuaciones del dolor en las escalas numéricas o las analógicas. Si los resultados se refieren exclusivamente a ello, perdemos información sobre la eficacia real, ¿qué descenso se ha de asumir como válido para considerar un tratamiento analgésico efectivo? Inicialmente, los estudios hacían referencia a una reducción de, al menos, un 50% en la intensidad del dolor. Existe, no obstante, una tendencia actual que

considera a un analgésico eficaz si produce un descenso de, al menos, un 30% en las puntuaciones de intensidad¹¹. Ello puede ser válido si se completa con resultados del impacto en la calidad de vida o la satisfacción del paciente, y se integran en una valoración que determine el número de pacientes que presentan una respuesta clínica evidente. Incluir estos aspectos en los estudios de evaluación es vital, aunque suponga añadir complicaciones metodológicas. La selección del mejor instrumento para medir la calidad de vida, la interpretación del grado de mejoría que, según la dimensión evaluada, debe ser considerado como adecuado son, entre otros, aspectos controvertidos. Ello no hace más que reflejar las dificultades de abordar metodológicamente problemas de salud con características multidimensionales, como es el dolor.

Por otro lado, no deja de sorprender que lo que en una época consideramos válido científicamente, puede ser descalificado por estudios posteriores o viceversa. La mayor potencia estadística que aporta el meta-análisis, y la mejora de la metodología de los estudios, permiten cambiar los esquemas terapéuticos para conseguir un mejor control del dolor.

La presencia del dolor precisa de una respuesta profesional adecuada

La redacción de la frase persigue llamar la atención acerca de la gran trascendencia que tiene la actitud del profesional sobre el dolor ajeno en la mejoría de la situación. El dolor es una percepción y emoción multidimensional, que acontece en una persona con unas características y con una forma de expresarlo. Es adecuado suponer que, como queja, genera en el profesional diversas actitudes que determinan conductas diagnósticas y terapéuticas. Algunas con mayor celeridad, como puede ser la actuación ante un dolor sugerente de un síndrome coronario, otras más permisivas, como el seguimiento de un dolor crónico por lumbalgia o artrosis. Las dos situaciones son importantes para la persona que las vive, y saber cómo actuar es una obligación del profesional. Puede ser factible plantearse si repetir siempre la misma intervención para tratar un dolor que no responde no deja de ser una actitud terapéutica nihilista.

Los diferentes artículos de esta revista muestran una amplia gama de posibilidades en el tratamiento del dolor. Muchos dolores son difíciles de tratar, y su respuesta puede no ser completa, pero tienen tratamiento. La selección de la mejor opción terapéutica siempre tendrá más posibilidades de resolver el problema que la de alternativas no válidas. Esperemos que una mejora de los recursos sanitarios para el tratamiento del dolor persistente, con adecuado uso de los profesionales y pacientes, conduzca a un cambio apreciable en el diagnóstico y tratamiento del dolor.

