



Medicina de Familia. SEMERGEN



<https://www.elsevier.es/semergen>

212/13 - Dolor crónico no-oncológico. ¿Todo bajo control?

R. Garrastazu López^a, M. Ruiz Núñez^b, M.J. Otero Ketterer^c, R. Díaz Cagiga^d, M.C. Martín Moretón^e, C. Martínez Dubois^f, G. Fernández Fresnedo^g, S. Maldonado Vega^h, C. Garcés Zarzalejoⁱ y N. Royuela Martínez^j

^aMédico de Familia. Centro de Salud Gama. Bárcena de Cicero. ^bMédico de Familia. Centro de Salud Liérganes. Liérganes. ^cMédico de Familia. Centro de Salud Buelna. Cantabria. ^dMédico de Familia. Unidad de Cuidados Paliativos. Hospital de Laredo. Laredo. ^eRehabilitadora. ^fReumatóloga. ^gNefróloga. ^hAnestesista. Unidad del Dolor. ⁱTraumatólogo. ^jCardióloga. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.

Resumen

Objetivos: El dolor crónico no-oncológico (DCNO) es aquel que persiste durante más de 3 meses. Según la encuesta nacional de salud del 2102, el 20% de la población española mayor de 18 años, se queja de dolor de forma habitual. En los últimos años se nos viene alertando de complicaciones graves con el uso de diversos analgésicos en determinados grupos de riesgo. Nuestro objetivo es valorar la evidencia disponible y diseñar una estrategia consensuada para el abordaje seguro, eficaz y eficiente del DCNO.

Metodología: Se creó un grupo de trabajo multidisciplinar en Cantabria con las especialidades médicas implicadas en el manejo terapéutico del dolor y sus complicaciones. Se efectuó una revisión de los artículos publicados en los últimos 10 años sobre el manejo del DCNO y los riesgos asociados al tratamiento farmacológico en los buscadores Pubmed y Clinical Key, con la combinación de los siguientes términos MeSH (Chronic and Chronic non-cancer pain, Drug therapy, Risk assessment, Adverse effects, Anti-Inflammatory Agents, Opioids). Posteriormente se debatieron los resultados.

Resultados: Por un lado las cifras de prevalencia indican que estamos lejos del control óptimo del DCNO. Por otro, existe evidencia de la relación entre el uso de antiinflamatorios no esteroideos y riesgo cardiovascular, gastrointestinal y nefrológico. Incrementado también por el uso concomitante de corticoides sistémicos. Las formulaciones efervescentes sódicas aumentan el riesgo cardiovascular. Analgésicos como el tramadol y el tapentadol pueden inducir síndrome serotoninérgico junto con determinados antidepresivos. Estudios recientes advierten sobre la selección de pacientes en el uso de opioides ante el riesgo de adicción y mal uso. Antiepilepticos, ansiolíticos, neurolépticos, antidepresivos y opioides pueden precipitar alteraciones neuropsiquiátricas y accidentes. En el caso de los neurolépticos además de parkinsonismo, síndrome neuroléptico maligno.

Conclusiones: El DCNO requiere de un enfoque multidisciplinar, individualizado, donde es fundamental la relación médico-paciente y las expectativas de disminución del dolor y recuperación funcional. Desde el punto de vista farmacológico, el grupo de trabajo ha diseñado 2 tablas donde se exponen las opciones terapéuticas en función de la edad, tipo de dolor y la presencia o no de factores de riesgo.

Palabras clave: Dolor crónico. Tratamiento. Fármacos. Efectos adversos. Seguridad.