



# REVISTA DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DEL DOLOR

[www.elsevier.es/resed](http://www.elsevier.es/resed)



## EDITORIAL

### Demasiadas personas sufren demasiado dolor durante demasiado tiempo

J. Pérez Cajaraville

Unidad del Dolor, Clínica Universidad de Navarra, Navarra, España

*“El arte de la vida es el arte de evitar el dolor”*

Thomas Jefferson

En la actualidad disponemos de medios suficientes para suprimir o, al menos, aliviar sustancialmente la mayoría de las formas de dolor. Y los médicos vamos convenciéndonos de que, por nuestra inhibición o ignorancia, demasiadas personas sufren demasiado dolor durante demasiado tiempo. Por ello, estamos cambiando nuestra actitud ante el dolor y nuestros hábitos de prescripción, y estamos dejando que aflore nuestra sensibilidad ante la persona que sufre. Vamos tomando decisiones consecuentes con esa sensibilidad y arrinconando viejos prejuicios y vicios aprendidos, quizás, durante nuestros años de formación.

Actualmente, el medio terapéutico más utilizado para combatir el dolor es el farmacológico. Para que esta utilización sea correcta es necesario que esté bien informada, que se encuentre actualizada y disponible en términos sencillos y prácticos. Este es el objetivo de esta editorial, dirigida de manera prioritaria a todos aquellos que manejamos opioides en cualquier situación, independientemente de su etiología.

Las preparaciones curativas obtenidas de la planta de la amapola *Papaver somniferum* están documentadas ya en Mesopotamia (3400 a.C.). Los sumerios la referían como la planta de la felicidad (Hul Gil). El cultivo de la amapola pasó de los sumerios a los asirios, continuó con los babilonios y, finalmente, su conocimiento llegó a los egipcios. En Grecia, Hipócrates (460 a.C.), “padre de la medicina”, reconoció su uso como narcótico y recomendó su empleo en el tratamiento de enfermedades de mujeres y en epidemias. Para el año 1020 Avicenia la consideró como el más poderoso de los estupefacientes y, alrededor del año 1500, los portugueses introdujeron en Europa el hábito de fumar opio.

Correo electrónico: [jjperezca@unav.es](mailto:jjperezca@unav.es)

No fue sino hasta 1925 cuando Gulland y Robinson demostraron la estructura química de la morfina. Desde entonces se han producido distintas sustancias químicas derivadas de la morfina, y se inició el descubrimiento de los opioides endógenos, así como de compuestos capaces de antagonizar su actividad, abriendo uno de los campos de mayor interés en la neurociencia contemporánea.

En la década de 1970 se descubre el receptor natural de la morfina, una molécula que se encuentra en las neuronas del sistema nervioso, a la que se fija de forma selectiva y específica no sólo la morfina sino todos los analgésicos opioides. Esta molécula fue denominada “receptor opioide”, y a partir de ahí se ha decidido convencionalmente que cuantos productos alivien el dolor, previa fijación a dicho receptor, sean denominados analgésicos opioides. El término opiáceo quedaría, pues, relegado a los fármacos naturales y semisintéticos que derivan estrictamente del jugo extraído del opio.

Si el clínico desea dominar la utilización clínica de los opioides tendrá que familiarizarse no sólo con las acciones terapéuticas y adversas, sino también con las características que rigen la selección de un determinado opioide, sus vías posibles de administración y la dosificación. Lo primero que tendrá que considerar es incorporar el opioide en sus pautas de tratamiento del dolor, venciendo miedos y falsos esquemas incorporados a veces de forma muy intensa durante los años de formación. Naturalmente, habrá que conocer las otras formas de terapia antiálgica, incluidas las que suponen apoyo psicológico, rehabilitador, terapias invasivas, etc.

Nadie discute la indicación de los opioides en el tratamiento del *dolor oncológico*, en el que su utilización sigue una pauta de escalada de analgésicos de menos a más activos, tampoco su eficacia en el *dolor agudo*, de duración relativamente corta, provocado por traumatismos, heridas o quemaduras, por problemas de localización visceral, dolores postoperatorios, etc. Sin embargo, aunque no se dis-

cute, sorprende la enorme frecuencia con que se infrutilizan. Unas veces porque se emplean dosis bajas o a un ritmo inadecuado, otras porque se espera a que sea el paciente quien lo pida, cuando se sabe por numerosos estudios que los pacientes o no se atreven a pedir opiáceos o esperan a que el dolor sea muy intenso, y aun pidiéndolos, el tiempo transcurrido hasta que se les administra suele ser a veces muy largo.

Creo, o quiero creer, que también cada vez es más aceptado el recurso al opioide en dolor crónico no oncológico, si bien exige lógicamente una conveniente valoración previa.

Suele afirmarse que el dolor neuropático resiste a la acción analgésica del opiáceo. Afirmación arriesgada si se interpreta de manera absoluta, porque cada vez aparecen más estudios probando lo contrario: hay pacientes con dolor neuropático intenso que, si se aplican dosis correctas, obtienen un alivio sustancial. No se deben, pues, descartar de entrada. Lo que sí es cierto es que la respuesta es menos predecible y menos dramática, y que probablemente necesitará el apoyo de medicación coadyuvante y de otras medidas, incluidas técnicas no farmacológicas específicas de unidades de dolor.

Este editorial es un claro ejemplo de lo enumerado anteriormente, pues se presentan tres acertados artículos en tres áreas diferentes de la terapia opioide.

Rionda et al nos ponen de manifiesto su experiencia de 4 años en el uso de hidromorfona en pacientes oncológicos. Recordando que la hidromorfona es sintetizada por primera vez en Alemania, en 1924, por Knoll, comercializándose 2 años más tarde, actualmente se presenta en nuestro país como formulación especial de liberación prolongada que permite su administración una sola vez al día. Este artículo nos ayudará a entender mejor su manejo clínico.

Mugabure et al actualizan con claridad, rigor y brillantez el manejo de pacientes en período perioperatorio que están en tratamiento con opioides. Realizan una extensa revisión

de los 18 últimos años, que nos facilitará parámetros a seguir con estos pacientes.

La metadona, como sabemos, puede sustituir perfectamente a la morfina en situaciones ordinarias, cuando ésta es mal tolerada por el paciente. Además de interactuar con receptores  $\mu$ , presenta otras propiedades que pueden explicar su acción analgésica. Posee una sustancial afinidad por el receptor  $\delta$  e inhibe la recaptación de noradrenalina y serotonina. Por otra parte, es una mezcla racémica de los isómeros d- y l-, los cuales son capaces de unirse también al receptor N-metil-D-aspartato (NMDA) del transmisor excitador glutamato. Estas acciones pueden explicar el hecho de que la metadona sea eficaz en dolores que no respondan a otros opioides, o incluso en dolores para los que se haya desarrollado tolerancia a la morfina. Cardona y Kassian valoran ejemplarmente la respuesta analgésica de la metadona en pacientes con dolor neuropático no oncológico.

Estos artículos que aparecen en el presente número de la revista de la SED nos ayudarán, sin duda, a mejorar el uso de los opioides en nuestros pacientes y, lo que es más importante, a mitigar el sufrimiento y mejorar su calidad de vida.

## Bibliografía general

- Florez J. Conferencia Inaugural VII Congreso Nacional de la Sociedad Española del Dolor.
- Hanna M, Thippawong J, and the 118 study group. A randomized, double-blind comparison of OROS® hydromorphone and controlled-release morphine for the control of chronic cancer pain. *BMC Palliat Care.* 2008;7:17.
- Pérez-Cajaraville J, Flórez J. Plan maestro en abordaje integral del dolor. Madrid: You & Us; 2006. ISBN: 84-689-6017-9.
- Shaiova L. The role of methadone in the treatment of moderate to severe cancer pain. *Support Cancer Ther.* 2005;2:176-80.
- Woolf C. Mu and delta opioid receptors diverge. *Cell.* 2009;137:987-8.