



## EDITORIAL

### Dolor crónico no oncológico: dónde estamos y dónde queremos ir



### Non-oncologic chronic pain: Where we are and where we want to go

María Victoria García Espinosa\* e Isabel Prieto Checa

*Medicina Familiar y Comunitaria, Centro de Salud Los Alpes, Madrid, España*

Disponible en Internet el 4 de mayo de 2018

Se estima que uno de cada 6 españoles sufre dolor crónico<sup>1</sup>. El concepto de dolor crónico aparece como un «mal» propio de las sociedades desarrolladas, donde deja de ser visto como un síntoma para ser comprendido como una enfermedad. Se crea una conciencia del dolor en la población, que reclama directamente tratamiento<sup>2</sup>, es un derecho del paciente; y los médicos nos hemos designado como responsables del tratamiento de esta enfermedad<sup>3</sup>.

En el comentario de expertos publicado en la National Guideline Clearinghouse en julio de 2017, «Tratando el dolor crónico: dónde hemos estado y a dónde vamos»<sup>4</sup>, los autores hablan de la epidemia de consumo de morfínicos en los Estados Unidos: a pesar de la escasa evidencia del uso de morfínicos a largo plazo, en los años 90 y a principios del 2000 hubo un incremento sin precedentes en su prescripción para el tratamiento del dolor crónico no oncológico (DCNO). Desde el 2002 las muertes atribuibles a prescripciones de morfínicos bajo control médico sobrepasan en este país a las de cocaína + heroína, y el número de personas que toman drogas prescritas supera al de drogas ilegales. Sitúan la génesis de esta epidemia en las nobles intenciones para mejorar el DCNO, en las campañas de marketing de las compañías far-

macéuticas y en la política de las compañías aseguradoras para disminuir los tratamientos no farmacológicos.

La guía del 2017 del Departamento de Veteranos del Ministerio de Defensa de los Estados Unidos<sup>4,5</sup> confirma un cambio en el concepto del DCNO y su abordaje: basándose en el modelo biopsicosocial, incluye información para el paciente sobre el dolor crónico y su tratamiento, y propone las medidas no farmacológicas como primera opción terapéutica, aumentando el acceso a la medicina integrativa: técnicas cuerpo-mente, acupuntura, terapias cognitivo-conductuales.

En el resumen para pacientes<sup>5</sup> se describe el dolor como una experiencia humana compleja en la que influyen no solo factores físicos, sino también lo que se piensa y se siente. El DCNO es aquel que persiste más allá de la curación de los tejidos (se mantiene por un aumento de la sensibilidad en el sistema de alarma) y es un problema totalmente diferente al dolor agudo y que tiene soluciones distintas. En los objetivos del tratamiento se encuentran opciones como restaurar la función física (movimiento y ejercicio), la función emocional (felicidad y satisfacción en la vida) y la función social (actividades y relaciones sociales), mejorar la calidad de vida, reconectar con lo que es importante, etc. Hablando del tratamiento, también los autocuidados son una base importante (cuidarse de manera diferente a la toma de fármacos, cirugía u otros tratamientos intervencionistas): no esperar soluciones médicas, tomar decisiones sobre medicación, ejercicio,

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [vgespinosa@gmail.com](mailto:vgespinosa@gmail.com)  
(M.V. García Espinosa).

manejo del estrés y problemas de la vida. Se informa de que cada vez aparece más evidencia sobre la poca utilidad de los analgésicos en el DCNO<sup>5-7</sup>, siendo los tratamientos no farmacológicos la mejor opción por su evidencia de seguridad y eficacia, ya que mejoran la calidad de vida y reducen el dolor sin los efectos secundarios de los fármacos: terapias cognitivo-conductuales que ayuden a entender el dolor, programas de ejercicios para mejorar poco a poco la función física y reducir la sensibilidad, tratamientos complementarios como terapias cuerpo-mente o acupuntura. Algunos fármacos, como los coadyuvantes (antidepresivos o antiepilépticos), pueden ayudar, pero hay que valorar los efectos secundarios. Con respecto a los opiáceos, se evidencia claramente que su sitio en el DCNO es muy limitado.

El objetivo principal en el abordaje del DCNO debería ser la transformación de la comprensión del dolor tanto en profesionales de la salud como en pacientes<sup>2</sup>. El consumo de mórnicos prescritos parece ser un fenómeno de la sociedad estadounidense<sup>4</sup>; posiblemente las bajas laborales es el fenómeno de la sociedad española (42% de absentismo laboral frente al 27% de la media europea<sup>8</sup>). Están los profesionales de la salud que llevan tiempo abordando el dolor de otra manera<sup>9</sup>. En nuestro país hay compañeros trabajando desde hace años con pacientes y profesionales en la reconceptualización del dolor<sup>10</sup>; otros ofrecen herramientas relativamente sencillas<sup>11</sup>. Los que llevamos menos tiempo trabajando en el DCNO seguimos preguntándonos cuándo van a cambiar los protocolos de trabajo y nuestra respuesta profesional ante el DCNO siguiendo la evidencia disponible.

Las guías y los documentos de consenso siguen dando una excesiva importancia al tratamiento farmacológico, no se cuestionan la utilidad de los mórnicos en el DCNO y siguen simplemente considerando la estrategia terapéutica de la Organización Mundial de la Salud para el dolor oncológico. Se nos hace creer que si el dolor no está controlado es por el infratratamiento farmacológico<sup>12</sup>. El dolor oncológico, el dolor agudo y el DCNO son problemas diferentes, y en el caso de este último, con soluciones totalmente distintas<sup>2,4,5,9-11</sup>.

El dolor es la segunda causa de consulta en Atención Primaria, donde hasta el 50% de las consultas están relacionadas con el dolor crónico<sup>8</sup>. Desde la Atención Primaria es importante favorecer el automanejo y la adopción de estrategias de afrontamiento adecuadas<sup>8</sup>, sin embargo, creemos que el abordaje más frecuente sigue siendo el analgésico.

Si optamos por revisar la evidencia disponible, el documento de consenso «La Atención al paciente con dolor crónico no oncológico en Atención Primaria», publicado en el 2016 por las sociedades de Atención Primaria<sup>8</sup>, debería ser revisado replanteando el papel del tratamiento farmacológico, y en especial de los mórnicos, en el

tratamiento del DCNO. También sería interesante replantearse el primer objetivo del tratamiento, pero este es un tema cuya argumentación precisaría una larga explicación. Nos toca decidir: seguir trabajando como lo estamos haciendo o atrevernos a cambiar siguiendo la evidencia.

## Bibliografía

1. Torralba A, Miquel A, Darba J. Situación actual del dolor crónico en España: iniciativa «Pain Proposal». *Rev Soc Esp Dolor*. 2014;21:16-22.
2. Gil A, Layunta B, Íñiguez L. Dolor crónico y construccionismo. *Bol Psicol*. 2005;84:23-39. Disponible en: <https://www.uv.es/seoane/boletin/previos/N84-3.pdf>
3. Brennan F, Cousins MJ. El alivio del dolor como un derecho humano. *Rev Soc Esp Dolor*. 2005;12:17-23.
4. National Guideline Clearinghouse. Comentario de expertos: Treating Chronic pain-where we have been and where we are going [consultado 1 Nov 2017]. Disponible en: <https://guideline.gov/expert-commentary/51039/treating-chronic-painwhere-we-have-been-and-where-we-are-going?q=CHONIC+PAIN>
5. U. S. Department of Veterans Affairs. VHA Pain Management. Opioid safety [consultado 6 Dic 2017]. Disponible en: <https://www.va.gov/PAINMANAGEMENT/Opioid.Safety/index.asp>
6. Machado GC, Maher CG, Ferreira PH, Day RO, Pinheiro MB, Ferreira ML. Non-steroidal anti-inflammatory drugs for spinal pain: a systematic review and meta-analysis. *Ann Rheum Dis*. 2017;76:1269-78.
7. Abdel Shaheed C, Maher CG, Williams KA, Day R, McLachlan AJ. Efficacy, tolerability, and dose-dependent effects of opioid analgesics for low back pain: A systematic review and meta-analysis. *JAMA Intern Med*. 2016;176:958-68. <http://dx.doi.org/10.1001/jamainternmed.2016.1251>.
8. SEMFYC. Documento de consenso. La atención al paciente con dolor crónico no oncológico (DCNO) en atención primaria (AP) [consultado 6 Dic 2017]. Disponible en: <https://www.semfyc.es/wp-content/uploads/2016/06/DOCUMENTO-CONSENSO-DOLOR-17-04-A.pdf>
9. Butler D, Moseley L. Explicando el dolor. Adelaide, Australia: Noigroup; 2010.
10. Goicoechea A. Know pain, no pain. Blog [Internet] [consultado 6 Dic 2017]. Disponible en: <https://arturogoicoechea.com/>
11. Díaz-Cerrillo JL, Rondón-Ramos A. Diseño de un instrumento educativo para pacientes con lumbalgia crónica inespecífica atendidos en Atención Primaria. *Aten Primaria*. 2015;47:117-23.
12. Plataforma sin dolor. El dolor [Internet] [consultado 6 Dic 2017]. Disponible en: [http://www.plataformasindolor.es/grt-plataforma-sindolor/Plataforma.SinDolor/EL.Dolor/es\\_ES/97800020.jsp](http://www.plataformasindolor.es/grt-plataforma-sindolor/Plataforma.SinDolor/EL.Dolor/es_ES/97800020.jsp)