

Dolor crónico no oncológico y manejo exclusivamente farmacológico

En personas con dolor crónico no oncológico, no se recomienda el tratamiento farmacológico como única intervención terapéutica.

Noviembre 2022

- En Cataluña, el 30,2% de las mujeres y el 19,2% de los hombres declaran sufrir dolor. Otros datos de España estiman que la prevalencia del dolor crónico se sitúa alrededor del 11-17%.
- Existen varias estrategias no farmacológicas de eficacia probada en el dolor crónico no oncológico. La evidencia constata que este tipo de intervenciones terapéuticas mejoran la funcionalidad, la calidad de vida, el estado de ánimo, reducen el dolor y no tienen asociados efectos adversos relevantes.
- En el manejo del dolor crónico, no se recomienda tratar a las personas únicamente con medicamentos, sino combinarlos con estrategias no farmacológicas en lo que se conoce como tratamiento multimodal.

¿Cuál es la práctica de poco valor y por qué?

El dolor crónico no oncológico (DCNO) es uno de los motivos principales por los cuales se solicita atención sanitaria,¹ y agrupa condiciones diversas como podrían ser, entre otros: dolor de espalda lumbar o cervical, artrosis, migraña o fibromialgia.²

Tratar las personas con DCNO únicamente con fármacos, sin incluir un abordaje multimodal, se considera una práctica clínica de poco valor. El motivo principal es que la combinación de medicación y estrategias no farmacológicas aporta un mayor beneficio en la reducción del dolor y mejora de la funcionalidad.³ Además, se ha comprobado que las intervenciones no farmacológicas son seguras en términos de morbilidad o mortalidad.³⁻⁶

¿Qué dice la evidencia sobre la práctica clínica de poco valor?

Las guías de práctica clínica (GPC) recomiendan las estrategias no farmacológicas en el abordaje del DCNO.^{3-5,7-9} Existe un amplio abanico de intervenciones con una eficacia probada en diferentes condiciones que cursan con dolor crónico.^{3,5,7,10} Algunas de ellas son el ejercicio físico, la terapia cognitivo-conductual, la educación sanitaria, intervenciones basadas en el *mindfulness* (atención plena o conciencia plena) y la aceptación (destaca la Terapia de Aceptación y Compromiso), estrategias de autogestión o la acupuntura.^{1,3,4,6-12} Además, la evidencia constata que las intervenciones donde la persona afectada tiene un rol activo generan una mejora sostenida en el dolor y la funcionalidad.^{1,3,10}

En cuanto a la eficacia, se ha visto que diferentes intervenciones no farmacológicas mejoran la funcionalidad, la calidad de vida, reducen el dolor,^{3,4,6,10,11,13} y el malestar emocional,¹² y que su efecto puede perdurar una vez finalizado el tratamiento con un grado de mejora de leve a moderado.^{3,10,11} Otro aspecto importante es que se trata de intervenciones seguras, que no aumentan la morbilidad ni la mortalidad.³⁻⁶

Estas intervenciones no farmacológicas se pueden combinar en un programa multimodal, donde el tratamiento farmacológico también se incluya.^{1,3,4,7,9,11} En una GPC reciente sobre el dolor de espalda, las intervenciones farmacológicas se posicionan como una pequeña parte de la gestión del dolor, donde su rol es permitir a las personas mantenerse activas y recuperarse, en lugar de eliminar el dolor.¹⁴

¿Cuál es el alcance de la práctica clínica de poco valor en nuestro contexto?

Según la Encuesta de Salud de Cataluña (ESCA) de 2021, el 30,2% de las mujeres y el 19,2% de los hombres declaraban tener dolor, crónico o agudo, en el momento de responder la encuesta.² Cuando estos datos se desglosan por edad, se aprecia que el dolor es más prevalente a medida que se envejece, y aumenta del 14,8% en personas entre 15 y 44 años, hasta el 50% en personas mayores de 75 años.²

Asimismo, la prevalencia autodeclarada en la ESCA en mayores de 15 años y por sexo, de problemas y enfermedades que cursan con dolor, es la siguiente (mujeres y hombres respectivamente): el 27,7% y 17,2% tienen dolor de espalda crónico lumbar o dorsal, el 23,8% y 10,6% tienen el dolor cervical, el 22,3% y 10,1% manifiestan tener artrosis, el 19,6% y 7,4% declaran sufrir migraña o cefaleas frecuentes, y el 3,4% y 0,3% tienen fibromialgia.²

Por otro lado, se estima que la prevalencia del dolor crónico oscila entre el 11-17% en la población española.¹⁵

Con todo, es difícil determinar la frecuencia con que el tratamiento farmacológico es la única intervención.¹⁵

¿Qué eventos adversos se asocian a la práctica clínica de poco valor?

Hay un amplio abanico de fármacos empleados en el DCNO que presentan efectos adversos y el perfil de los efectos indeseados varía en función del medicamento.^{3,5,9} Algunos de ellos pueden ser sedación, mareos, alteraciones gastrointestinales, edema o dolor de cabeza.⁹

Actualmente, no se dispone de un cuerpo de evidencia robusto sobre si el tratamiento no farmacológico permite reducir el uso de medicamentos y, en consecuencia, mejorar la seguridad.

¿Existen excepciones?

No se ha encontrado evidencia al respecto.

En conclusión

En el manejo del dolor crónico no oncológico, no se recomienda tratar a las personas únicamente con medicamentos. Se dispone de una gran variedad de estrategias no farmacológicas que mejoran la funcionalidad, la calidad de vida, reducen el dolor y el sufrimiento, que se pueden sumar al tratamiento farmacológico, formando un programa multimodal.

Con la colaboración de

- Societat Catalana del Dolor
- Col·legi de Fisioterapeutes de Catalunya

Con el apoyo de

- Associació d'Infermeria Familiar i Comunitària de Catalunya
- Societat Catalana de Farmàcia Clínica
- Societat Catalana de Farmacologia
- Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària
- Societat Catalana de Medicina Física i Rehabilitació
- Societat Catalanobaleà de Medicina Interna
- Societat Catalana de Qualitat Assistencial
- Societat Catalana de Reumatologia
- Pla director de les malalties reumàtiques i de l'aparell locomotor
- Programa d'harmonització farmacoterapèutica - Gerència del Medicament - Servei Català de la Salut

Fuentes

1. Cohen SP, Vase L, Hooten WM. Chronic pain: an update on burden, best practices, and new advances. *Lancet*. 2021 May 29;397(10289):2082-97. [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(21\)00393-7/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(21)00393-7/fulltext)
2. Resultats de l'enquesta de salut de Catalunya (ESCA) [Internet]. Barcelona: Departament de Salut. Generalitat de Catalunya. https://salutweb.gencat.cat/ca/el_departament/estadistiques_sanitaries/enquestes/esca/resultats_enquesta_salut_catalunya/
3. Dowell D, Ragan KR, Jones CM, Baldwin GT, Chou R. CDC Clinical Practice Guideline for Prescribing Opioids for Pain - United States, 2022. *MMWR Recomm Rep*. 2022 Nov 4;71(3):1-95. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9639433/>
4. The Opioid Therapy for Chronic Pain Work Group. VA/DoD Clinical Practice Guideline for Opioid Therapy for Chronic Pain. Washington, DC (USA): US Department of Veterans Affairs and Department of Defense; 2017. p.1-198. https://www.va.gov/HOMELESS/nchav/resources/docs/mental-health/substance-abuse/VA_DoD-CLINICAL-PRACTICE-GUIDELINE-FOR-OPIOID-THERAPY-FOR-CHRONIC-PAIN-508.pdf
5. NICE guideline [NG193]. Medicines associated with dependence or withdrawal symptoms: safe prescribing and withdrawal management for adults. London (United Kingdom): National Institute for Care and Clinical Excellence (NICE); 2021. www.nice.org.uk/guidance/ng193
6. Geneen LJ, Moore RA, Clarke C, Martin D, Colvin LA, Smith BH. Physical activity and exercise for chronic pain in adults: an overview of Cochrane Reviews. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017 Jan 14;1(1):CD011279. <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD011279.pub2/full>
7. Batet C, Ferrándiz M, Limon E, Manresa A, Perelló Bratescu A, Samper Bernal D. Consens català de dolor crònic no oncològic. Barcelona: Societat Catalana de Dolor (SCD). Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària (CAMFiC); 2017. <https://www.actasanitaria.com/uploads/s1/13/13/51/6/item-7957.pdf>
8. Busse JW, Craigie S, Juurlink DN, Buckley DN, Wang L, Couban RJ, et al. Guideline for opioid therapy and chronic noncancer pain. *CMAJ*. 2017 May 8;189(18):E659-E666. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5422149/>
9. SIGN 136 • Management of chronic pain. Edinburgh (Scotland/United Kingdom): Healthcare Improvement Scotland (HIS); 2019. <https://www.sign.ac.uk/assets/sign136.pdf>
10. Skelly AC, Chou R, Dettori JR, Turner JA, Friedly JL, Rundell SD, et al. Noninvasive Nonpharmacological Treatment for Chronic Pain: A Systematic Review Update. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2020 Apr.

Report No.: 20-EHC009.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK556229/>

11. Geraghty AWA, Maund E, Newell D, Santer M, Everitt H, Price C, et al. Self-management for chronic widespread pain including fibromyalgia: A systematic review and meta-analysis. PLoS One. 2021 Jul 16;16(7):e0254642. <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0254642>
12. Williams ACC, Fisher E, Hearn L, Eccleston C. Psychological therapies for the management of chronic pain (excluding headache) in adults. Cochrane Database Syst Rev. 2020 Aug 12;8(8):CD007407. <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD007407.pub4/full>
13. Gauthier K, Dulong C, Argáez C. Multidisciplinary Treatment Programs for Patients with Chronic Non-Malignant Pain: A Review of Clinical Effectiveness, Cost-Effectiveness, and Guidelines – An Update. Ottawa (Canada): Canadian Agency for

Drugs and Technologies in Health (CADTH); Last Updated : May 10, 2019.

<https://www.cadth.ca/multidisciplinary-treatment-programs-patients-chronic-non-malignant-pain-review-clinical-0>

14. Australian Commission on Safety and Quality in Health Care (ACSQHC). Low Back Pain Clinical Care Standard. Sydney (Australia): (ACSQHC); 2022. <https://www.safetyandquality.gov.au/publications-and-resources/resource-library/low-back-pain-clinical-care-standard-2022>
15. Comisión de Farmacia. Plan de Optimización de la Utilización de Analgésicos Opioides en Dolor Crónico no Oncológico en el Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad. Gobierno de España; 2021. https://www.sanidad.gob.es/en/profesionales/farmacia/pdf/20210927_Plan_Optimizacion_Opioides.pdf

Enlaces de interés

- Grup TraDop. TraDop (Abordatge Transdisciplinari del Dolor Persistent) [Internet]. Barcelona: Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària (CAMFiC). <http://www.camfic.cat/DetallGrup.aspx?idGr=987>
- Choosing Wisely Canada. Opioids Wisely. Toronto (Canada): University of Toronto. Canadian Medical Association. <https://choosingwiselycanada.org/opioid-wisely/>
- CEP Providers: Management of Chronic Non-Cancer Pain. Toronto (Canada): Clinical Effective Practice (CEP), May 2018. https://tools.cep.health/wp-content/uploads/2019/10/CEP_CNCP_Updated2018.pdf

Essencial es una iniciativa que identifica prácticas clínicas de poco valor y promueve recomendaciones para evitar su realización.

Esta ficha es una recomendación para la ayuda de la toma de decisiones en la atención sanitaria. No es de obligado cumplimiento, ni sustituye el juicio clínico del personal sanitario.

Si queréis recibir más información sobre el proyecto, podéis contactar con: essencial.aquas@gencat.cat

Visítanos en la web essentialsalut.gencat.cat