

Uso de tramadol en Atención Primaria

M. CODERCH ARÍS¹, A. AUMALA AGUILERA² Y J.M. SOTOCA MOMBLONA³

RESUMEN

El dolor, entendido como una experiencia sensorial y emocional desagradable, es una situación con la que la gran mayoría de seres humanos nos hemos enfrentado en algún momento u otro de nuestras vidas.

Actualmente, es el síntoma más consultado en Atención Primaria, y probablemente en la medicina en general, y el responsable de una importante comorbilidad presente en las personas que lo padecen, sobre todo en los casos en los que el dolor es crónico.

Entre el amplio abanico de herramientas terapéuticas actuales, en las últimas décadas ha destacado, por el aumento de su prescripción, el uso de opioides como tratamiento de diferentes tipos de dolores, no solo el oncológico. Entre los opioides más utilizados en la actualidad, sobre todo en el ámbito de la Atención Primaria, destaca tramadol, solo o en combinación con otros fármacos, por lo que se propone una profunda revisión sobre dicho fármaco, enfocada desde el ámbito de la Atención Primaria.

Palabras clave: Dolor. Atención Primaria. Tramadol.

ABSTRACT

The pain, understood as the unpleasant emotional experience, is a situation that the majority of humans have, to some extent, experienced in their life.

Now a day, it is the most frequently consulted matter in the primary health care system and probably in the rest of the medical specialties too. It is responsible of a great part of the associated comorbidity in the people that suffer it, particularly in those cases where the pain is chronic.

Among the wide range of therapeutic possibilities, in the last decades, the prescription of opioids outstands, for the treatment of all kinds of pain, not only the oncological pain. Among the most frequently opioids used in primary care, is the tramadol, prescribed alone or in combination with other medication. This is the reason why it is proposed a deep review of this drug, focused from the view of the primary care system. (DOLOR. 2013;28:156-61)

Corresponding author: Marta Coderch Arís, coderchmarta@gmail.com

Key words: Pain. Primary Care. Tramadol.

¹Médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria
Equipo de Atención Primaria Sardenya
Barcelona

²Médico de Familia
Equipo de Atención Primaria Piera/SAP Anoia
Gerencia Territorial Cataluña
Central Institut Català de la Salut

³Farmacéutico especialista en Farmacia Hospitalaria
Centro de Atención Primaria Les Corts
Servicio de Farmacia
Hospital Clínic de Barcelona
Barcelona

Dirección para correspondencia:
Marta Coderch Arís
E-mail: coderchmarta@gmail.com

INTRODUCCIÓN

El dolor constituye una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada a un daño sensorial existente o potencial. Es el síntoma más consultado en Atención Primaria, y probablemente en la medicina en general, y el responsable de una importante comorbilidad presente en las personas que lo padecen, sobre todo en los casos en los que el dolor es crónico.

Comúnmente se asocia a trastornos musculoesqueléticos, aunque en nuestro ámbito aparece relacionado con innumerables enfermedades¹.

El uso de los fármacos opioides, tanto débiles como potentes, ha presentado un incremento progresivo en las últimas décadas en el tratamiento del dolor en todos los ámbitos sanitarios, pero también en las consultas de Atención Primaria. Uno de los opioides débiles que en los últimos años ha visto incrementada su prescripción es tramadol, lo que justifica la necesidad de un amplio conocimiento de las particularidades de dicho fármaco por parte de los profesionales prescriptores.

LA ATENCIÓN PRIMARIA

Para situarnos en el escenario, es precisa una aproximación al contexto de la Atención Primaria que, dentro de la medicina representa, quizás, «un mundo concreto». Así pues, resulta preciso destacar algunos aspectos clave que la definen en la práctica:

- Representa el primer escalón o puerta de entrada dentro del sistema sanitario, donde se realiza el primer abordaje de la gran mayoría de enfermedades, entre ellas el dolor, el agudo y el crónico, el oncológico y el no oncológico.
- Es donde se realiza el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la gran mayoría de enfermedades crónicas, como la hipertensión, dislipemia, enfermedad pulmonar crónica, entre muchas otras, así como de enfermedades que, como comorbilidad, llevan implícitas el dolor, como por ejemplo las artropatías degenerativas, neuropatía diabética, fibromialgia, etc.
- Constituye el lugar de integración del seguimiento realizado y tratamiento pautado por diferentes especialistas de diversas procedencias. Un aspecto importante a destacar en este ámbito es la conciliación farmacéutica y la seguridad del paciente,

lo que conlleva al médico de familia la responsabilidad del conocimiento de los tratamientos que reciben sus pacientes, así como de sus mecanismos de acción, dosificación, efectos indeseables e interacciones farmacológicas.

- Es el ámbito en el que es posible y necesario realizar un abordaje biopsicosocial de las personas, tan importante en la evolución de muchas enfermedades, así como en el dolor, sobre todo del crónico.

EL DOLOR

No hay ninguna época de la historia del ser humano en la que este no se haya enfrentado al problema del dolor, intentando darle una explicación y, sobre todo, aliviarlo.

Nuestra vida se alarga como resultado de los adelantos continuos en la medicina y la ciencia en general; sin embargo, este incremento en la esperanza de vida aumenta el riesgo de desarrollar dolor crónico secundario a los traumatismos, al cáncer y a la propia vejez. Aunque es posible tratar el 90% del dolor posquirúrgico, postraumático y canceroso, en realidad menos del 50% de la población mundial obtiene el alivio necesario. Y más preocupante es que se alivia menos del 10% del dolor crónico no canceroso (Casinello J, 2002).

La presente revisión no pretende ser una guía de diagnóstico y tratamiento del dolor, por lo que se omitirán gran parte de los aspectos presentes en este tipo de publicaciones, como la clasificación del dolor (agudo, crónico u oncológico, no oncológico), la definición de los diferentes tipos de dolor (nociceptivo, somático, neuropático, etc.), ni los mecanismos imprescindibles para plantear su tratamiento (evaluación del dolor con escalas, definición del mismo, etc.), ni siquiera la descripción detallada de la escala analgésica de la Organización Mundial de la Salud (OMS) como eje del tratamiento, ni la descripción de la totalidad de fármacos propuestos en ella.

Sin embargo, parece adecuado comentar alguno de estos aspectos a modo de resumen, ya que su conocimiento y aplicación en el abordaje del dolor resultan imprescindibles.

- Por un lado, se presenta la siguiente figura (Fig. 1), que pretende esquematizar el procedimiento a seguir para el diagnóstico del dolor².

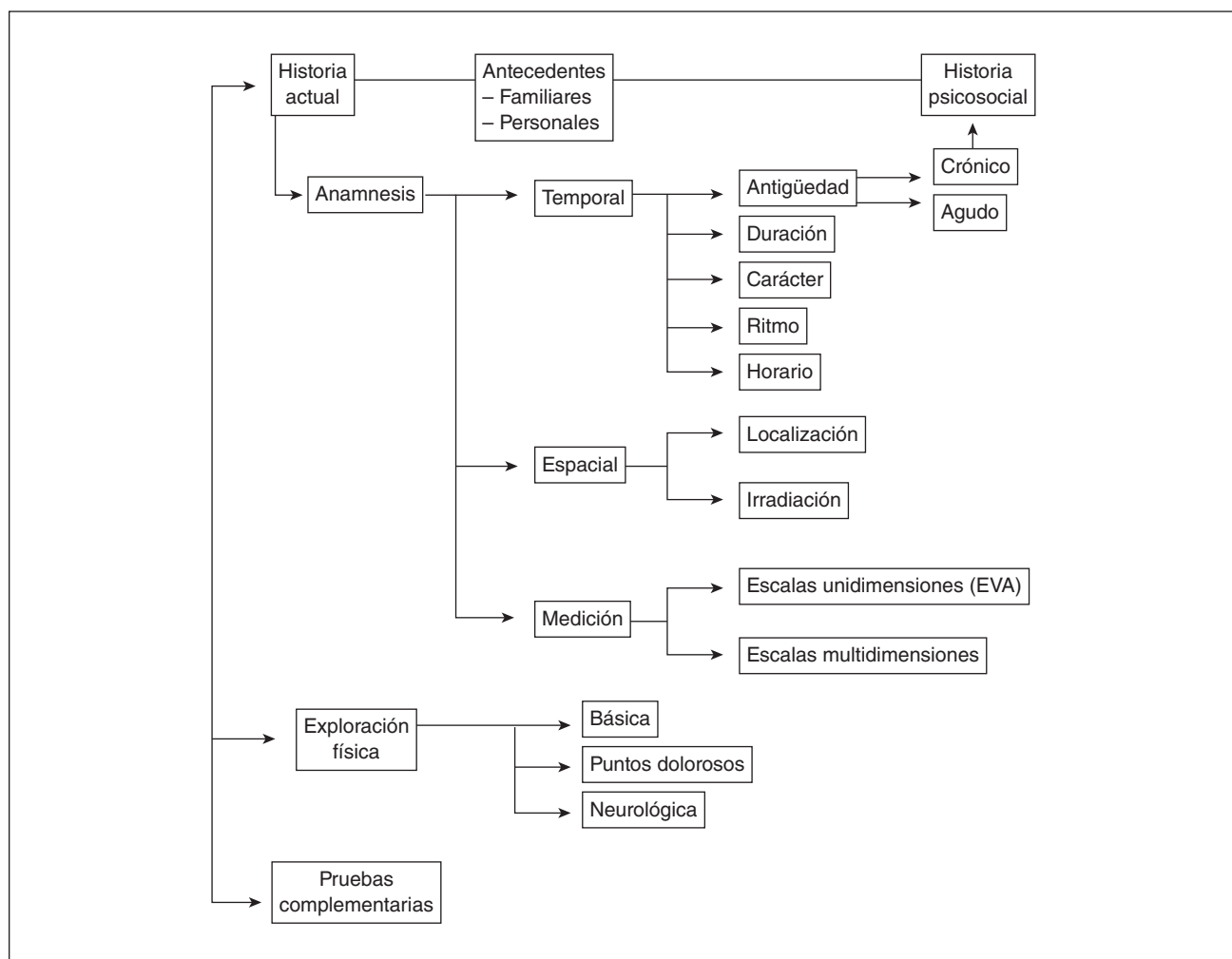


Figura 1. Algoritmo diagnóstico del dolor.

- Una clasificación que resume los diferentes tipos de dolor, ya que su clasificación permitirá un adecuado tratamiento (Tabla 1)³.
- Así como la escala más recomendada y validada científicamente para la evaluación del dolor, la escala visual analógica (EVA)⁴, necesaria tanto para la evaluación inicial del dolor como para un adecuado seguimiento de la evolución del mismo y su respuesta al tratamiento pautado (Fig. 2).
- Y finalmente, la escala analgésica de la OMS, en la que se describe la subida escalonada de fármacos que se recomienda realizar en función de la intensidad y duración del dolor (Fig. 3).

Estos cuatro aspectos comentados pretenden ser el principal eje propuesto para el abordaje del dolor en Atención Primaria, acompañado del conocimiento específico de las particularidades del tratamiento de determinadas enfermedades.

EL DOLOR EN ATENCIÓN PRIMARIA Y SU COMORBILIDAD

El dolor es uno de los motivos de consulta más frecuentes en Atención Primaria⁵ y afecta a la mayoría de la población en algún momento a lo largo de la vida. Un 29% de la población española no hospitalizada sufre algún tipo de dolor, que resulta crónico en el 17% de los casos^{6,7}. La prevalencia del dolor crónico de causa no oncológica se encuentra entre el 2 y el 40% de la población adulta⁸. En cuanto al dolor oncológico, la prevalencia en el momento del diagnóstico es del 37% de los pacientes⁹, y en fases más avanzadas, del 67%¹⁰.

En la actualidad, la prevalencia de dolor crónico no oncológico según diversos estudios se cifra en 2-40% de la población. En España, se calcula que el dolor crónico afecta al 20% de la población, y supone un

Tabla 1. Fisiopatología del dolor

Tipos	Mecanismo lesional	Descripción	Ejemplos
Nociceptivo somático	Activación de receptores de: – Piel – Músculos – Articulaciones	– Sordo – Continuo o episódico – Bien localizado	– Dolor reumático – Dolor traumático – Metástasis óseas
Nociceptivo visceral	Activación de receptores viscerales	– Profundo – Operativo – Mal localizado	– Pankreatitis – Cólico renal – Dismenorrea
Neuropático	Lesión de: – SNP – SNC	– Urente – Quemante – Lancinante	– Neuropatía diabética – Neuralgia postherpética – Dolor post-ictus
Psicógeno	Sin causa orgánica aparente	– Clínica abigarrada – Componente emocional importante	– Somatizaciones – Trastorno somatomorfo indiferenciado – Trastorno por dolor
Mixto	Cualquier combinación de los anteriores	– Clínica según tipo implicado	– Lumbociatalgia

SNP: sistema nervioso periférico; SNC: sistema nervioso central.

coste en cuidados médicos y en pérdida de productividad superior a los 70 billones de euros al año.

Se calcula que un 25% de los pacientes con dolor crónico presenta signos de depresión neurótica, y un 25% trastornos psicológicos, que pueden ser primarios o secundarios a la enfermedad orgánica de base.

La revisión de varios estudios epidemiológicos del dolor que relacionan salud y calidad de vida ponen en evidencia que más del 50% de la población que padece dolor crónico presenta depresión o ansiedad. Y comparada con la población normal, presenta un nivel de bienestar físico, psicológico y social considerablemente reducido.

Por todo ello, parece importante detenerse y reflexionar en el caso concreto y complejo del dolor crónico, tanto por su prevalencia e incidencia en nuestras consultas como por la complejidad de su abordaje, constituyendo en numerosas ocasiones una enfermedad en sí misma. Y en esta línea, un grupo europeo multidisciplinar de expertos ha respaldado una declaración en la que se pide a las instituciones y gobiernos de la Unión Europea que reconozcan el dolor crónico como una enfermedad en sí misma. Y en este punto, tramadol juega un papel importante en el ámbito de la Atención Primaria.

TRATAMIENTO DEL DOLOR

En el tratamiento del dolor se deben utilizar tanto medidas farmacológicas como no farmacológicas, así como no olvidar el tratamiento etiológico.

El objetivo principal del tratamiento de un paciente que sufre dolor no debe ser solo el alivio sintomático del mismo, sino la mejoría de su estado psicológico y social, la recuperación funcional y, especialmente, su reincorporación a la actividad laboral. Por tanto, el tratamiento debe incluir idealmente tres vertientes: psicológica, física y rehabilitadora.

Deben tenerse en cuenta las siguientes normas generales respecto al tratamiento del dolor:

- Identificar el origen del dolor y su mecanismo de producción.
- Evaluar y medir correctamente el dolor en cuanto a su intensidad, tipo y localización, así como el grado de mejoría clínica y la satisfacción del paciente con el tratamiento.
- Elegir el tratamiento farmacológico más adecuado teniendo en cuenta: las características del dolor (duración, intensidad y cualidad), el fármaco (comienzo y duración del efecto analgésico, vía de administración disponible) y las características del paciente (edad, enfermedades asociadas, fármacos

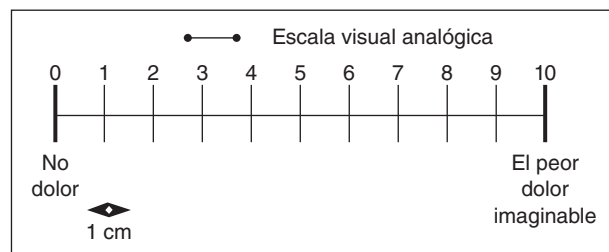


Figura 2. Escala visual analógica (EVA).

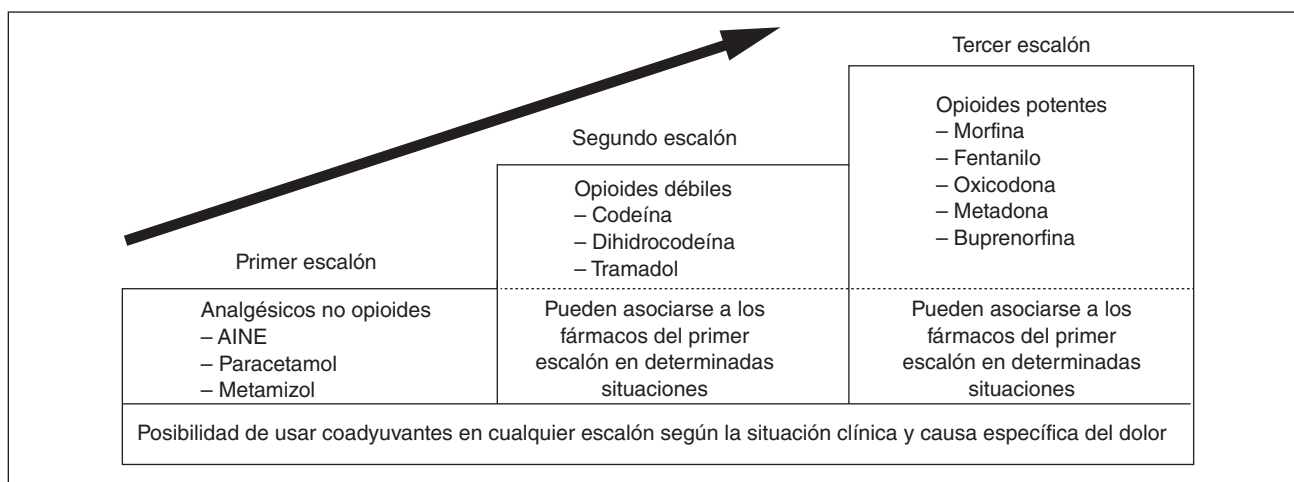


Figura 3. Escala analgésica de la OMS.

que toma, preferencias y respuesta previa a los fármacos).

- Establecer un plan terapéutico siguiendo la escala analgésica de la OMS, potenciando la selección de analgésicos en dosis correctas y las vías de administración adaptadas a las posibilidades de los pacientes, y supervisar la duración de los tratamientos.
- Vigilar y manejar los efectos adversos e interacciones medicamentosas.

MEDIDAS FARMACOLÓGICAS

Dado que el plan terapéutico debe seguir la escala analgésica propuesta por la OMS, resulta necesario el conocimiento de las normas básicas para su utilización:

- Es imprescindible cuantificar la intensidad del dolor antes de iniciar el tratamiento, con el fin de conferir la máxima objetividad a nuestra actuación.
- Puede y debe ser bidireccional, es decir, ascendente o descendente según la intensidad del dolor.
- El cambio de escalón terapéutico se hará si el actual no es suficiente y después de añadir los coadyuvantes pertinentes a cada tipo de dolor.
- Mantener los coadyuvantes en el nuevo escalón.
- La combinación de analgésicos no opioides con opioides potentes o débiles nos puede ayudar a requerir menor dosis de estos y disminuir sus efectos secundarios.
- El tratamiento se debe establecer de forma pautada, no a demanda, adelantándonos a la aparición

del dolor e indicando la dosis de rescate en caso de dolor irruptivo. Una vez establecida la dosis óptima, pautar analgesia a intervalos fijos.

- Creernos el dolor que explique el paciente o el cuidador.
- Valorar los aspectos psicosociales de cada caso, para poder encontrar otras intervenciones complementarias y aumentar la red de apoyo.
- Prever los efectos secundarios de los tratamientos utilizados antes de que aparezcan, así como la evolución del proceso responsable del dolor.

En cuanto a las medidas farmacológicas de mayor interés en Atención Primaria, destacan:

- Analgésicos no opioides.
- Opioides.
- Coadyuvantes.

USO DE OPIOIDES EN ATENCIÓN PRIMARIA

Clasificación de los opioides:

- Opioides débiles:
 - Codeína.
 - Dihidrocodeína.
 - Tramadol.
- Opioides potentes:
 - Morfina.
 - Fentanilo.

- Buprenorfina.
- Metadona.

En la presente revisión nos proponemos centrar la atención en el papel que juegan los opioides, y en concreto tramadol, en el tratamiento farmacológico del dolor, con el fin de desvanecer alguna de las dudas existentes sobre el empleo de los opioides en el tratamiento del dolor crónico no oncológico, y específicamente en el dolor osteoarticular de difícil manejo, entre otras indicaciones.

Varias experiencias respecto al tratamiento farmacológico nos indican que el papel de los opioides en el tratamiento del dolor agudo está ampliamente reconocido, y que existe poca experiencia y una constante controversia en relación a su utilización en el tratamiento del dolor crónico no oncológico, aunque en la última década se ha producido un cambio en relación a la aceptación del tratamiento opioide en el dolor crónico no oncológico.

EVOLUCIÓN DEL CONSUMO DE OPIOIDES

Hasta la década de 1980 la utilización de los opioides en el tratamiento del dolor, además de circunscribirse casi exclusivamente al tratamiento del dolor agudo y neoplásico, estaba sumamente restringida. Las causas que se barajaban para justificar este hecho eran múltiples, entre las que destacan el miedo al abuso y la adicción, posiblemente como secuelas de los estudios publicados por Kartz (1925)¹¹ y Rayport (1954)¹², en los que se afirmaba la existencia de un número de adictos entre el 9 y el 27% tras el uso de opioides para el tratamiento del dolor¹³. El miedo a los viejos mitos relacionados con el uso de la morfina, como la temida depresión respiratoria, las trabas burocráticas para su dispensación y, sobre todo, el déficit de conocimientos entre los facultativos sobre el uso adecuado de los opioides, eran otros factores que se consideraban relevantes en la justificación de la baja prescripción de opioides^{13,14}.

A partir de la década de 1980 el incremento del consumo de opioides en España ha sido espectacular: se multiplicó por 10 entre 1985 y 1998, pasando de 100 a 1.000 dosis diarias definidas por millón de habitantes (*International Narcotics Control Board*)¹⁵.

Uno de los primeros artículos descritos en la literatura fue el publicado por Taub¹⁶ en 1982, quien sugirió que los opioides podían ofrecer una alternativa válida en el tratamiento del dolor crónico no oncológico.

Desde entonces, la utilización de opioides en pacientes con dolor crónico no oncológico ha sido objeto de debate. El núcleo central de la controversia sería, por un lado, establecer su eficacia analgésica en el tratamiento del dolor crónico no oncológico, y por otro, demostrar que dicho tratamiento no produce un detrimento sustancial para el paciente.

CONCLUSIONES

Teniendo en cuenta el presente contexto, caracterizado por un incremento progresivo del uso de opioides en general, y de tramadol como opioide débil en particular, a lo largo de este monográfico proponemos una revisión detallada de las particularidades de tramadol, profundizando en sus propiedades farmacológicas, sus efectos secundarios e interacciones farmacológicas, y prestando especial atención a su uso en un grupo concreto de la población, los ancianos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sisó AA, Coderch AM, Ramos-Casals M. Abordaje al dolor crónico no oncológico. Sesiones clínicas en APS. SemFYC.
2. Blanco E, Sánchez F. Dolor en Atención Primaria. Nuevos enfoques en dolor. Madrid: MEDEA; 2003.
3. Documentos clínicos SEMERGEN (SEMERGEN DoC). Manejo del dolor en Atención Primaria. 2006.
4. Collins SL, Moore RA, McQuay HJ. The visual analogue pain intensity scale: what is moderate pain in millimetres? *Pain*. 1997;72(1-2):95-7.
5. López-Silva MC, Sánchez de Enciso M, Rodríguez-Fernández MC, Vázquez-Seijas E. Cavidol: calidad de vida y dolor en atención primaria. *Rev Soc Esp Dolor*. 2007;1:9-19.
6. Casals M, Samper D. Epidemiología, prevalencia y calidad de vida del dolor crónico no oncológico. *Estudio ITACA*. *Rev Soc Esp Dolor*. 2004;11:260-9.
7. Català E, Reig E, Artes M, Aliaga L, López JS, Segú JL. Prevalence of pain in the Spanish population: telephone survey in 5000 homes. *Eur J Pain*. 2002;6:133-40.
8. Verhaak PFM, Kerssens JJ, Dekker JJ, Sorbi MJ, Bensing JM. Prevalence of chronic benign pain disorder among adults: a review of the literature. *Pain*. 1998;77:231-9.
9. Ger LP, Ho ST, Wang JJ, Cherng CH. The prevalence and severity of cancer pain: A study of newly-diagnosed cancer patients in Taiwan. *J Pain Symptom Manage*. 1998;15:285-93.
10. Cleeland C, Gonin R, Hatfield A, et al. Pain and its treatment in outpatients with metastatic cancer. *N Engl J Med*. 1994;330:592-6.
11. Kartz L. Types and characteristics of drugs addicts. *Mental Hyg*. 1925;9:300.
12. Rayport M. Experience in the management of patients medically to narcotics. *JAMA*. 1954;156:684-91.
13. Caramés MA, Clavo B, et al. Opioides y atención primaria. Aspectos prácticos. *Revista de Anestesia Regional e Terapia da Dor*. 2004;38:60-3.
14. Rodríguez MJ. Sistematización en la administración de opioides. En: Rodríguez López MJ, editor. *Manual práctico sobre utilización de opiáceos potentes en el tratamiento del dolor crónico*. SED Editorial; 2003. p. 61-77.
15. *International Narcotics Control Board*. Psychotropic substances. United Nations; 2008.
16. Taub A. Opioid analgesics in the treatment of chronic intractable pain of non neoplastic origin. En: Kitamata LM, Collins D, editores. *Narcotic Analgesics in Anesthesiology*. Baltimore: Williams & Wilkins; 1982. p.199-208.