

Uso de tramadol en ancianos en Atención Primaria

D. BOTTARO PARRA¹, A. AUMALA AGUILERA² Y J.M. SOTOCA MOMBLONA³

RESUMEN

El dolor en Atención Primaria sigue siendo uno de los primeros motivos de consulta de la población, y nuestra población anciana no es ajena a ello. El enfoque terapéutico del dolor en la población anciana no difiere mucho del de la población general, pero aun así, existen ciertas consideraciones que hay que tener en cuenta. Si bien los antiinflamatorios no esteroideos (AINE) son los medicamentos que más se usan en Atención Primaria, un gran porcentaje de estas personas no tiene un buen control del dolor o el riesgo que implica usar AINE no compensa el beneficio que este puede aportar. Por esta razón es necesario conocer otras alternativas terapéuticas, como tramadol, para el tratamiento del dolor en pacientes ancianos que acuden a las consultas de Atención Primaria.

Palabras clave: Población anciana. AINE. Tramadol.

ABSTRACT

In primary care, pain remains one of the top reasons for consultation in elderly populations and we are no stranger to this event. The therapeutic approach of pain in the elderly population is not very different to that of the general population, but still there are certain considerations to be taken into account. Although NSAID (non-steroidal anti-inflammatory drugs) are the drugs most frequently used in primary care, a large percentage of these people do not have good control of pain, or the risk of NSAID use is not offset by the benefits they bring. It is therefore necessary to know of alternative therapies such as tramadol for pain treatment in elderly patients attending primary care consultations. (DOLOR. 2013;28:171-4)

Corresponding author: David Bottaro Parra, bottaro05@gmail.com

Key words: Elderly population. NSAID. Tramadol.

¹Residente de cuarto año de 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:

David Bottaro Parra

E-mail: bottaro05@gmail.com

INTRODUCCIÓN

La senescencia es el deterioro físico, mental y psicológico establecido independiente de la edad cronológica. Existen muchas definiciones en las cuales se habla de ancianidad a partir de los 60 años; nosotros, en cambio, tomaremos como referencia los 65 años de edad.

El envejecimiento de la población es una realidad que vemos día a día en la consulta de Atención Primaria, y de la cual las autoridades sanitarias están al tanto. Durante los últimos 35 años la población española ha aumentado considerablemente, y se ha convertido en una sociedad envejecida con una esperanza de vida de 81,2 años. Se estima que hay un incremento de un año adicional de esperanza de vida por cada periodo temporal de cinco años¹.

Los ancianos constituyen un colectivo importante que acude a la consulta de Atención Primaria y que tiene como principal característica la prevalencia de múltiples problemas de salud, en su mayoría de tipo crónico, de los cuales el dolor es uno de los más destacados.

Según Mantyselka, et al., entre el 35-45% de los motivos de consulta de la población mayor de 65 años en los centros de Atención Privada están asociados al dolor, siendo las enfermedades musculoesqueléticas la principal causa².

La prevalencia estimada sugiere que aproximadamente el 60% de los ancianos de la comunidad y hasta un 80% de los institucionalizados experimentan dolor de forma sustancial³.

El dolor crónico en los pacientes ancianos puede originar diversas alteraciones del comportamiento, el estado de ánimo y la autonomía, tales como aislamiento social, depresión, insomnio y limitaciones de la marcha⁴.

El manejo del dolor en la población anciana tiene ciertas diferencias con respecto al del resto de la población, ya que el envejecimiento trae consigo cambios en la farmacocinética, los mecanismos homeostáticos y las funciones neuroendocrinas, por lo que aumenta el riesgo de padecer otras comorbilidades.

Fisiopatológicamente se conocen mecanismos tanto inhibidores como excitadores de la nocicepción. Esta

Tabla 1. Características del dolor de acuerdo a su clasificación fisiopatológica

	Nociceptivo, somático y superficial	Nociceptivo, somático y profundo	Nociceptivo y visceral	Neuropático
Origen del estímulo	Piel y tejido subcutáneo. Mucosa de la boca, nariz, senos, uretra y ano	Huesos, músculos, articulaciones, tendones y ligamentos. Cápsulas de órganos y membranas mesoteliales (pleura y peritoneo)	Órganos sólidos o huecos. Masas tumorales profundas. Ganglios linfáticos profundos	Daño de las vías nociceptivas
Ejemplos	Úlceras de decúbito. Estomatitis	Artritis. Distensión o inflamación de la cápsula hepática	Masas abdominales o torácicas profundas. Cólico biliar o ureteral	Invasión tumoral del plexo braquial o lumbosacro. Neuralgia postherpética, dolor de miembro fantasma
Descripción	Punzante o como roer	Dolor sordo mantenido, localizado	Dolor sordo profundo, poco localizado	Alodinia.
Localización	Muy bien definido	Bien definido	Pobrementemente definido	Dolor en área adormecida
Movimiento	No altera el dolor	Empeora el dolor	Puede mejorarlo	Distribución de dermatoma o nervio periférico
Referido	No	Sí	Sí	Empeora por tracción de nervios
Alteración local	Sí	Sí	A veces	Sí
Efectos autonómicos	No	No	Náuseas, vómitos, sudoración y cambios en la presión arterial y pulso	No
				Inestabilidad autonómica, enrojecimiento, sudoración, enfriamiento, cianosis

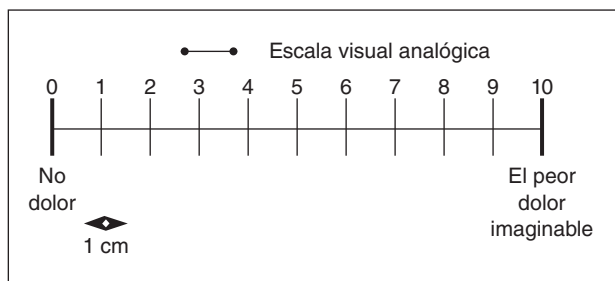


Figura 1. Escala visual analógica (EVA).

clasificación aporta ventajas en el momento de realizar la elección terapéutica. La tabla 1 nos muestra las características de cada tipo de dolor de acuerdo a su etología.

La valoración del dolor en pacientes ancianos puede ser una tarea difícil, sobre todo porque tanto la experiencia dolorosa como la expresión de la misma contienen un gran componente subjetivo. Los trastornos de memoria, depresión y deterioro cognitivo también dificultan la valoración del dolor en el paciente anciano⁵.

La evaluación de los síntomas es un paso importante, por lo que se han desarrollado varias escalas que valoran el grado de dolor que sufren los pacientes. La más utilizada es la escala visual analógica (EVA), pues es de fácil aplicación y se puede modificar según el nivel educativo o la presencia de deterioro cognitivo (Fig. 1).

Por lo general, los pacientes ancianos que acuden a los centros de Atención Primaria son personas pluri-patológicas y, por lo tanto, polimedicadas. Entre las enfermedades concomitantes que encontramos con

mayor frecuencia destacan la hipertensión arterial, diabetes *mellitus*, dislipemias y enfermedades gástricas. Cabe destacar que muchos de los pacientes también presentan disminución del filtrado glomerular, bien sea por enfermedades renales asociadas o por senilidad, lo cual provoca que la prescripción de un fármaco para tratar el dolor sea una tarea complicada.

El tratamiento del dolor en pacientes ancianos en Atención Primaria se basa en la escala analgésica del dolor de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (Fig. 2), y los AINE y los opioides débiles son los fármacos más utilizados (escala I y II para dolores leves y moderados), siempre teniendo en cuenta los beneficios y los efectos secundarios de cada medicamento.

Si bien paracetamol e ibuprofeno son los fármacos que más se prescriben, y que incluso el mismo paciente se autoadministra por su fácil accesibilidad, en ocasiones tenemos que buscar otras opciones, bien sea por mal control del dolor o por los efectos secundarios del medicamento (p. ej., hemorragias digestivas, insuficiencia renal, incremento del riesgo cardiovascular...). A pesar de que paracetamol es el fármaco de elección para el tratamiento de la mayoría de dolores de origen osteoarticular^{2,5,9-11}, en ocasiones puede ser insuficiente, por lo que la opción terapéutica más adecuada es la adición de un opiioide débil, como tramadol.

Tramadol es un fármaco perteneciente a la familia de los opiáceos débiles, ubicado en la segunda escala del dolor, que carece de los efectos secundarios de los AINE y que tiene una buena respuesta analgésica. Tramadol produce analgesia por dos mecanismos:

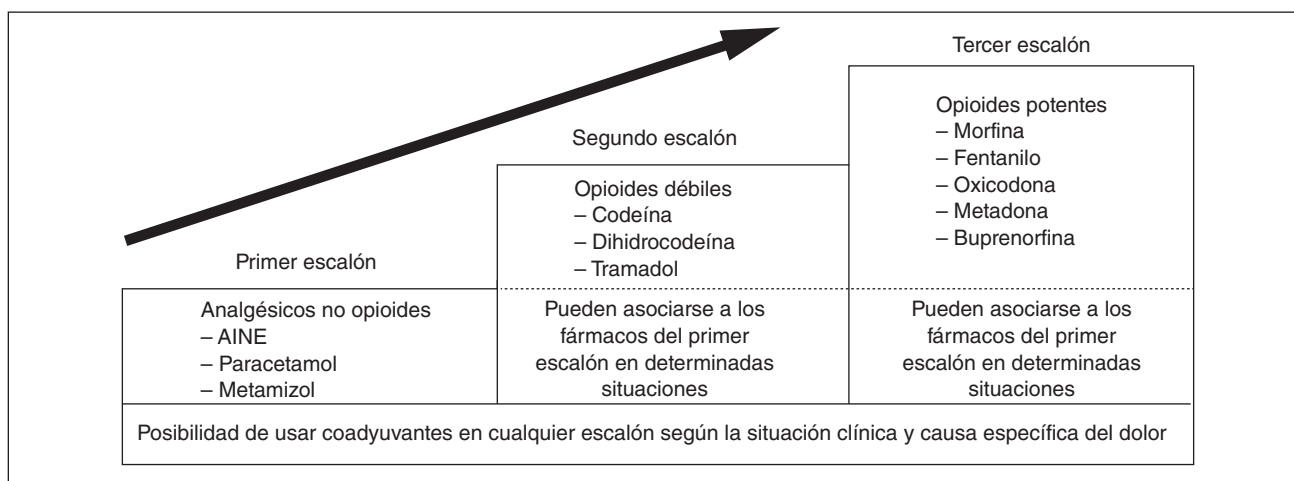


Figura 2. Escala analgésica del dolor según la OMS.

uno opioide (receptores μ) y otro no opioide (inhibición de la recaptación de monoaminas), lo que explica su comportamiento en dosis analgésicas: menor depresión respiratoria, hipotensión o dependencia⁴. Si se comparan los efectos analgésicos de tramadol, morfina y dihidrocodeína, tramadol es igualmente efectivo y tiene significativamente menos interferencias con la función gastrointestinal que los otros opioides⁶.

Tramadol se absorbe rápidamente, con concentraciones séricas máximas 2 h después de su ingestión⁷. La dosis recomendada es de 50-100 mg/6-8 h vía oral, subcutánea o endovenosa, y la dosis máxima recomendada es de 400 mg/día, aunque en pacientes ancianos se reduce a la mitad. Suele producir menos estreñimiento que codeína, pero es aconsejable administrar un laxante profiláctico⁸. El tratamiento con tramadol se inicia con 25 mg/12 h, con un aumento progresivo según las necesidades².

Tramadol ha demostrado ser eficaz en el alivio del dolor en enfermedades asociadas a la vejez, tales como osteoartritis, dolor lumbar crónico, neuropatía diabética y fibromialgia⁹.

Se han realizado ensayos clínicos comparativos entre tramadol e ibuprofeno en los cuales se ha demostrado su similar eficacia en el manejo de los signos y síntomas de la osteoartrosis, demostrado con la disminución de la intensidad de dolor valorada con la EVA¹⁰.

En el tratamiento del dolor lumbar crónico, tramadol, los opioides y otros medicamentos coadyuvantes pueden ser beneficiosos en aquellos pacientes que no respondan al tratamiento con AINE¹¹.

Los estudios demuestran mejorías del dolor y funcionalidad con el uso de tramadol a corto plazo, aunque a largo plazo no se evidencian beneficios¹².

El mecanismo de acción de tramadol es similar al de los antidepresivos tricíclicos debido a la recaptación de serotonina/noradrenalina. El comienzo de la analgesia es más rápido y no tiene efectos secundarios colinérgicos, por lo que también es una buena alternativa para el tratamiento de la neuropatía diabética⁹. Por otra parte, tramadol es metabolizado por isoenzimas del citocromo P450 a nivel hepático, lo cual hay que tener en cuenta, ya que en los ancianos el metabolismo hepático de los fármacos se ve afectado. También hay una disminución de la absorción intestinal. Estos dos factores son muy importantes porque conllevan una disminución de proteínas plasmáticas, provocando que las concentraciones de

tramadol sean mayores y causen toxicidad; sin olvidar que la prevalencia de insuficiencia renal en pacientes ancianos es elevada, por lo que aumenta el riesgo de intoxicaciones^{2,10}.

Se realizó un estudio doble ciego y aleatorio en una población de 308 personas mayores de 65 años con osteoartritis para evaluar la eficacia y la seguridad de tramadol combinado con acetaminofen, en el cual se concluyó que esta combinación es bien tolerada¹³.

CONCLUSIÓN

Tramadol es un medicamento útil y seguro para el tratamiento del dolor en personas ancianas en Atención Primaria. Su gran efecto analgésico puede utilizarse para el manejo del dolor moderado tanto de origen musculoesquelético como de origen neuropático. En vista de que la gran mayoría de los pacientes ancianos que acude a las consultas de Atención Primaria son pacientes pluripatológicos y polimedicados, hay que tener precauciones con el control del dolor. Con tramadol, o la combinación de este con paracetamol, se consiguen mejores controles del dolor y menos efectos secundarios que con la utilización de AINE.

BIBLIOGRAFÍA

1. http://www.ivie.es/downloads/2010/03/NP_tablas_mortalidad_lvie_240310.pdf
2. Collado A. Dolor en el anciano. Dolor nociceptivo. En: Dolor en paciente anciano. Reunión de expertos. 2004. p. 39-47.
3. Herr KA, Garand L. Assessment and measurement of pain in older adults. Clin Geriatr Med. 2001;17(3):457-78.
4. <http://www.elmedicoactivo.com/ap1/emiold/documentos/anuarioap2001/116-121.pdf>
5. Ferrell BA, Ferrell BR. Principles of pain management in older people. Compr Ther. 1991;17(8):53-8.
6. <http://www.uca.es/catedra/fundacion-grunenthal/cursos/curso-manejo-de-opioides/opioides-en-dolor-cronico-uso-habitual1-ortega.pdf>
7. Katz WA. Pharmacology and clinical experience with tramadol in osteoarthritis. Drugs. 1996;52 Suppl 3:39-47.
8. Porta J, Gómez Batiste X, Tuca A. Control de síntomas en pacientes con cáncer avanzado y terminal. Arán Ediciones; 2008. p. 72.
9. Schnitzer TJ. Managing chronic pain with tramadol in elderly patients. Clinical Geriatrics. 1999;7:35-45.
10. Dalgin P, TPS-OA Study Group. Comparison of tramadol and ibuprofen for the chronic pain of osteoarthritis. Arthritis Rheum. 1997;40(Suppl 9):S86. [abstract]
11. Last AR, Hulbert K. Chronic low back pain: evaluation and management. Am Fam Physician. 2009;79(12):1067-74.
12. Schnitzer TJ, Gray WL, Paster RZ, Kamin M. Efficacy of tramadol in treatment of chronic low back pain. J Rheumatol. 2000;27(3):772-8.
13. Rosenthal NR, Silverfield JC, Wu SC, Jordan D, Kamin M; CAPSS-105 Study Group. Tramadol/acetaminophen combination tablets for the treatment of pain associated with osteoarthritis flare in an elderly patient population. J Am Geriatr Soc. 2004;52(3):374-80.