

# Tratamiento del dolor osteomuscular crónico

José J. Noceda Bermejo, Carme Moret Ten y Iosu Lauzirika Alonso

**Objetivo.** Describir la prevalencia de uso de los 3 escalones analgésicos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en los pacientes con dolor crónico osteomuscular en 2 centros de atención primaria mediante entrevistas personales durante el segundo semestre de 2003 y el primero de 2004.

**Diseño.** Estudio descriptivo, observacional, transversal.

**Emplazamiento.** Centros de Salud de Puerto de Sagunto (Valencia) y Alto Palancia (Castellón).

**Participantes.** Participaron 320 usuarios de los citados centros con dolor osteomuscular crónico.

**Método.** Muestreo aleatorio, sistemático, de los pacientes. Datos obtenidos a partir de las historias clínicas y entrevistas personales.

**Resultados.** El 38,7% de los pacientes no tomaba ninguna medicación para el control del dolor o lo hacían en dosis insuficientes. El 54,7% empleó fármacos del primer escalón de la OMS y el 6,6%, del segundo. No hubo ningún paciente en tratamiento con opioides mayores. Hay diferencias significativas a la hora de pautar los distintos tratamientos analgésicos según el sexo, el nivel de estudios y la actividad laboral de los pacientes. Las características del dolor crónico (causa y duración de los síntomas) también influyen en la decisión terapéutica. Hay una tendencia creciente a la prescripción de analgésicos según aumenta la intensidad del dolor.

**Conclusiones.** Hay un elevado porcentaje de la población sin tratamiento para el dolor crónico osteomuscular. Se constata una infrutilización de los analgésicos opioides para el tratamiento del dolor.

**Palabras clave:** Calidad de vida. Dolor crónico. Artrosis. Lumbalgia. Analgésicos. Cumplimiento.

## TREATMENT OF CHRONIC OSTEOMUSCULAR PAIN

**Objective.** To describe the prevalence of use of the 3 analgesic steps of the WHO in patients with chronic osteomuscular pain at 2 primary care centres, by means of personal interviews during the second semester of 2003 and first of 2004.

**Design.** Cross-sectional, observational, descriptive study.

**Setting.** Health centres of Puerto de Sagunto (Valencia) and Alto Palancia (Castellón), Spain.

**Participants.** Three-hundred and twenty users of the above centres with chronic osteomuscular pain.

**Method.** Systematic random sampling of the patients. Data collected from clinical histories and personal interviews.

**Results.** Thirty-eight percent (38.7%) of the patients did not take medication to control pain or did so at insufficient doses; 54.7% used drugs of the first step of the WHO; and 6.6%, of the second. There were no patients in treatment with strong opioids. Significant differences at the time of prescribing the different analgesic treatments existed, depending on sex, educational background and patients' job. The characteristics of chronic pain (aetiology and duration of symptoms) also affected the therapy decision. There was a tendency to prescribe more analgesic as pain intensified.

**Conclusions.** There is a high percentage of the population without any treatment for chronic osteomuscular pain. Opioid analgesics are under-used to treat pain.

**Key words.** Quality of life. Chronic pain. Arthrosis. Lumbalgia. Analgesics. Compliance.

Medicina Familiar y Comunitaria.  
Hospital de Sagunto. Sagunto.  
Valencia. España.

Correspondencia:  
J.J. Noceda Bermejo.  
Avda. Baleares, 46-14. 46023  
Valencia. España.  
Correo electrónico:  
noceda@comv.es

Manuscrito recibido el 7-4-2006.  
Manuscrito aceptado para su  
publicación el 28-6-2006.

## Introducción

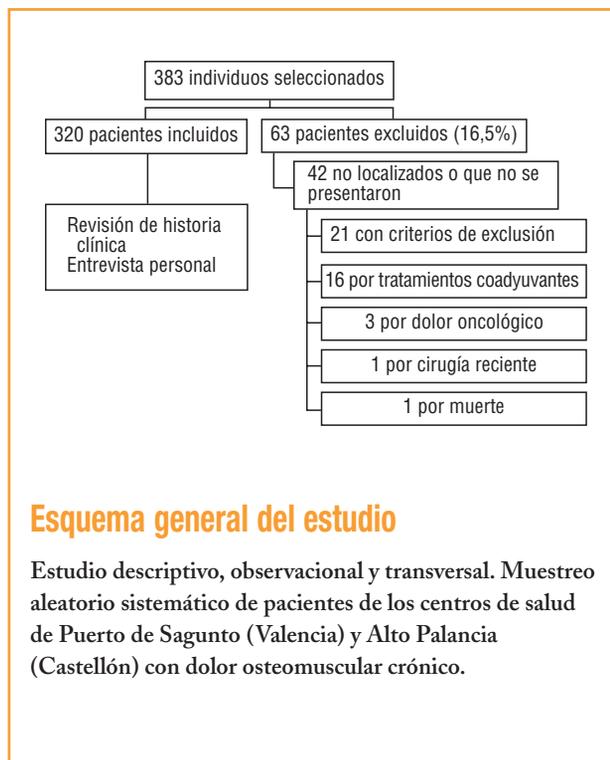
La inadecuada atención del dolor aumenta la angustia de las personas; muchas viven con dolor hasta el punto de que algunas llegan a considerar esta experiencia como una parte inevitable de la vida. El 50% de la población general padece algún tipo de dolor crónico por lo menos una vez en la vida<sup>1</sup>. El tratamiento de cualquier dolor crónico debe basarse en la Escala Analgésica de la Organización Mundial de la Salud (OMS)<sup>2</sup>. El 75% de los pacientes con dolor crónico recibe al menos un analgésico; los antiinflamatorios no esteroideos (AINE) son los más utilizados. Sólo el 6,4% de los pacientes en España recibe algún tipo de derivado opioide, lo que implica la cuarta parte del uso que tienen estos fármacos en otros países europeos como Alemania o Francia<sup>3</sup>. El objetivo del tratamiento es minimizar el dolor y así mejorar la calidad de vida del paciente<sup>4,5</sup>. Nuestro propósito es describir la prevalencia de uso de los 3 escalones terapéuticos de la OMS en los pacientes con dolor osteomuscular crónico y usuarios de 2 centros de atención primaria, mediante la realización de entrevistas personales durante el segundo semestre de 2003 y el primero de 2004.

## Participantes y métodos

Se trata de un estudio descriptivo observacional transversal. Los datos se han obtenido a partir de información contenida en las historias clínicas de atención primaria y de una entrevista personal con cada paciente, donde se han completado las variables de estudio y se ha medido la intensidad del dolor crónico mediante la aplicación de una escala visual analógica (EVA).

Se realizó un muestreo aleatorio sistemático de los pacientes con dolor osteomuscular crónico y se recogió una muestra de 320 pacientes usuarios de 2 centros de salud. La peor prevalencia esperada fue del 30% de la población<sup>6</sup>. Para un intervalo de confianza (IC) del 95%, el tamaño resultó de 160 pacientes de cada centro. Los participantes en el estudio eran mayores de edad y residentes en la población industrial de Puerto de Sagunto y en las rurales de Segorbe, Altura y Geldo, con dolor crónico de como mínimo 3 meses de evolución y de origen osteomuscular. El criterio que utilizamos para incluir a cada paciente en cada una de las 4 variables de tratamiento (analgésicos no opioides, opioides menores, opioides mayores y sin tratamiento) fue la escala analgésica de la OMS con dosis equivalentes a la dosis diaria definida (DDD), es decir, la dosis media diaria de mantenimiento de un medicamento cuando se usa de manera sistemática en su principal indicación, por una vía de administración determinada y a veces con una concentración dada, expresada en cantidad de principio activo, y que se basa en las recomendaciones de la OMS y su comité de trabajo sobre medicamentos (DURG, Drug Utilization Research Group)<sup>7,8</sup> (tabla 1).

Los criterios de exclusión fueron las enfermedades concomitantes que por sí mismas ocasionaban dolor crónico (cáncer, neuralgias y cefaleas crónicas, dolor visceral, arteriopatías, etc.), usuarios de drogas por vía parenteral (UDVP) y pacientes en tratamiento con corticoides, antidepresivos tricíclicos, anticon-



### Esquema general del estudio

Estudio descriptivo, observacional y transversal. Muestreo aleatorio sistemático de pacientes de los centros de salud de Puerto de Sagunto (Valencia) y Alto Palancia (Castellón) con dolor osteomuscular crónico.

vulsivos, neurolépticos, ansiolíticos, anestésicos, antimigrañosos y antieméticos.

El análisis estadístico consistió en la descripción de la prevalencia de uso de los 3 escalones terapéuticos del dolor de la OMS. Para relacionar las distintas variables estudiadas utilizamos la prueba de la  $\chi^2$  para las cualitativas y la de ANOVA para las cuantitativas.

## Resultados

De los 320 pacientes entrevistados, el 61,3% recibía tratamiento analgésico, mientras que el 38,7% no tomaba medicación alguna para el control del dolor o lo hacía en dosis insuficientes. El 54,7% empleaba fármacos del primer escalón de la OMS para el control de los síntomas y el 6,6%, del segundo. No hubo ningún paciente en tratamiento con opioides mayores.

Hemos comprobado si hay diferencias significativas a la hora de pautar los distintos tratamientos analgésicos según las variables sociodemográficas y las características del dolor crónico (causa, duración e intensidad) (tabla 2).

Hay diferencias significativas en cuanto al sexo ( $p < 0,001$ ). Un 33,3% de los varones recibe analgésicos del primer escalón, un 12% fármacos opioides y un 54,7% no toma medicación alguna, a diferencia de lo que ocurre con las mujeres, cuyo dolor es tratado con fármacos del primer escalón en un 61,2% de los casos, del segundo en un 4,9% y sin tratamiento en el 33,9%.

**TABLA 1** Índice terapéutico con dosis diarias definidas

Grupo farmacológico	Principio activo	DDD (mg)
Salicilatos	Ácido acetilsalicílico	3.000
	Clonixinato de lisina	700
Anilinas	Paracetamol	3.000
Pirazolonas	Metamizol	3.000
AINE	Aceclofenaco	200
	Celecoxib	200
	Desketoprofeno	75
	Diclofenaco	100
	Flurbiprofeno	200
	Glucosamina	1.500
	Ibuprofeno	1.200
	Indometacina	100
	Ketoprofeno	150
	Ketorolaco	30
	Lornoxicam	12
Meloxicam	15	
Opioides menores	Naproxeno	500
	Piroxicam	20
	Sulindaco	400
	Tramadol	300
Opioides mayores	Codeína	200
	Dihidrocodeína	150
	Fentanilo transdérmico	0,6
	Morfina oral	100

AINE: antiinflamatorios no esteroideos; DDD: dosis diaria definida.

Si atendemos al nivel de estudios, observamos que un 32,5% de los pacientes con estudios secundarios y superiores reciben fármacos del primer escalón, el 22,5% del segundo y el 45% ningún tratamiento. Por otro lado, el 57,9% de los pacientes sin estudios o con estudios primarios toma analgésicos del primer escalón, el 4,3% del segundo y el

37,8% no utiliza tratamiento. Hay diferencias significativas en el tratamiento del dolor crónico en cuanto al nivel de estudios ( $p < 0,001$ ).

Al analizar el tratamiento empleado según la actividad laboral de los sujetos, destaca que de las personas que se encuentran en activo el 52,5% no toma fármacos y el 47,5% restante toma analgésicos del primer escalón.

**TABLA 2** Comparabilidad entre los tratamientos

Variable	p
Edad	0,300
Sexo	0,000*
Estado civil	0,291
Nivel de estudios	0,000*
Actividad laboral	0,132
Actividad física	0,056
Otras enfermedades	0,632
Fármacos acompañantes	0,608
Causa del dolor	0,785
Duración de síntomas	0,011*
Escala visual analógica (EVA)	0,997

\*  $p < 0,05$ ; diferencias estadísticamente significativas.

**TABLA 3** Análisis de la varianza para la edad y el tratamiento

Tratamiento		p	IC del 95 %
Primer escalón	Segundo escalón	0,397	-10,01 a 2,87
	Sin tratamiento	0,980	-3,54 a 3,01
Segundo escalón	Primer escalón	0,397	-2,87 a 10,01
	Sin tratamiento	0,468	-3,28 a 9,88
Sin tratamiento	Primer escalón	0,980	-3,01 a 3,54
	Segundo escalón	0,468	-9,88 a 3,28

**TABLA 4** Análisis de la varianza para número de fármacos y tratamiento

Tratamiento		p	IC del 95 %
Primer escalón	Segundo escalón	0,682	-1,95 a 0,93
	Sin tratamiento	< 0,001	-0,49 a 1,95
Segundo escalón	Primer escalón	0,682	-0,93 a 1,95
	Sin tratamiento	0,016	0,26-3,19
Sin tratamiento	Primer escalón	< 0,001	-1,95 a -0,49
	Segundo escalón	0,016	-3,19 a -0,26

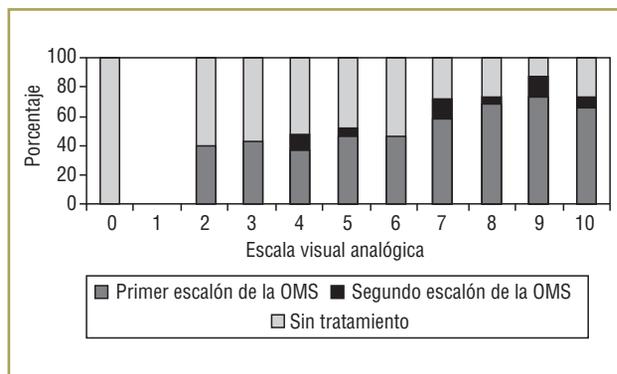
**TABLA 5** Análisis de la varianza para intensidad del dolor y tratamiento

Tratamiento		p	IC del 95 %
Primer escalón	Segundo escalón	0,998	-1,21 a 1,15
	Sin tratamiento	< 0,001	0,62-1,82
Segundo escalón	Primer escalón	0,998	-1,15 a 1,21
	Sin tratamiento	0,040	0,04-2,45
Sin tratamiento	Primer escalón	< 0,001	-1,82 a -0,62
	Segundo escalón	0,040	-2,45 a -0,04

Tras realizar el análisis de la varianza se comprueba que no hay diferencias significativas entre los tratamientos según edad (tabla 3) y el número de fármacos coadministrados (tabla 4). Tampoco hay diferencias relacionadas con el estado civil, la actividad física y la comorbilidad.

Según la etiología del dolor crónico, observamos que el 40,8% de los pacientes con artrosis no toma analgésicos, el 52,7% los toma del primer escalón y el 6,5% del segundo. En la osteoporosis no recibe calmantes el 29,6% y si los toma el 63% del primer escalón y el 7,4% del segundo. El 22,2% de los pacientes con artritis reumatoide no toma analgésicos y los que toman son únicamente del primer escalón. El 42,6% de los pacientes con lumbalgias crónicas no recibe analgesia, el 48,9% lo recibe del primer escalón y el 8,5% del segundo. No hay diferencias significativas según la etiología del dolor.

Según la duración de los síntomas se comprueba que el dolor crónico de menos de 2 años de duración no se trata en el 52,9% de los casos, mientras que recibe medicación del primer escalón el 44,2% de los pacientes y del segundo escalón el 2,9%. El dolor de más de 2 años de duración no se



**FIGURA 1** Tratamiento empleado según la intensidad de los síntomas.

trata en el 34,8% de los casos, toma analgesia del primer escalón el 57,6% y del segundo el 7,6% ( $p = 0,011$ ). Tras realizar el análisis de la varianza se observa que no hay diferencias significativas en el tratamiento según la EVA (tabla 5). No obstante, se percibe una tendencia creciente hacia la prescripción de analgésicos según aumenta la intensidad del dolor que refiere el paciente (fig. 1).

## Discusión

En el presente trabajo, el 38,7% de los pacientes se encuentra sin tratamiento analgésico alguno o lo recibe en dosis inferiores a las DDD. Esta situación puede ser debida tanto al mal cumplimiento por parte del paciente como a la baja prescripción por parte de su médico, o a ambos. La mitad de los pacientes con enfermedades crónicas presenta problemas de cumplimiento<sup>8</sup>, aunque éstos descienden hasta el 20% en las enfermedades reumáticas<sup>9-11</sup>. La explicación según Rigueira et al<sup>11</sup> radica en las características del proceso patológico y las del tratamiento. La mitad de los pacientes no tiene suficiente confianza en su tratamiento farmacológico para el reuma<sup>10</sup> o no está satisfecho con el tratamiento que recibe para el dolor, según EPIDOR. De acuerdo con la literatura científica, hay más varones que mujeres en esta situación<sup>11</sup>. Las mujeres reciben más analgésicos, tal vez debido a la mayor influencia del dolor en su salud física y mental. También se comprueba que tanto las personas en activo como las que tienen estudios secundarios o superiores toman menos medicación para el control del dolor, y que cuanto más dura el dolor más analgésicos consumen.

El tratamiento del dolor a menudo es insuficiente. En la actualidad se recomienda el uso de analgésicos alternativos en los pacientes en los que el dolor no responda a analgésicos no narcóticos<sup>12</sup>. Los opioides deberían ser esenciales dentro de la estrategia terapéutica y, sin embargo, en el

### Lo conocido sobre el tema

- Algunas personas llegan a considerar el dolor como una parte inevitable de la vida.
- Los AINE son los analgésicos más utilizados, mientras que sólo el 6,4% de pacientes en España recibe algún tipo de derivado opioide.
- El objetivo del tratamiento es minimizar el dolor y así mejorar la calidad de vida del paciente.

### Qué aporta este estudio

- El 38,7% de los pacientes se encuentra sin tratamiento analgésico alguno o con dosis inferiores a las DDD.
- Hay diferencias significativas en el tratamiento según el sexo, el nivel de estudios y la duración del dolor.
- La prescripción de opioides para el dolor crónico de origen osteomuscular se sitúa en el 6,6%.

presente trabajo se constata su infrautilización. En Europa, la prescripción de fármacos opioides menores se sitúa en un 23%, y en un 5% la de mayores<sup>13</sup>. El consumo de estos medicamentos en España es incluso inferior al del resto de Europa, únicamente de un 6,6% en nuestro trabajo. Hay que resaltar la nula prescripción de opioides mayores para el control del dolor osteomuscular crónico. Es inadmisibles que, iniciado el siglo XXI y disponiendo de recursos para el control del dolor, mantengamos a nuestros pacientes sin la medicación apropiada para el remedio de sus síntomas<sup>14</sup>. Los motivos de esta baja prescripción pueden ser múltiples: potencial adictivo de estos medicamentos, tolerancia, efectos adversos y complicaciones del tratamiento, falsas creencias de la sociedad, excesivos trámites burocráticos, falta de comunicación médico-paciente, educación sanitaria, etc. La posibilidad de conseguir el alivio del dolor y, con ello, una mejora en la calidad de vida de nuestros pacientes debería por sí sola justificar el uso de estos analgésicos.

Es necesario el replanteamiento del médico y de su labor. ¿Qué estamos tratando?, ¿cómo lo hacemos?, ¿está satisfecho el paciente?, ¿tiene una buena calidad de vida?, son algunas de las preguntas que deberemos responder en posteriores trabajos. Las enfermedades reumáticas en atención primaria están siendo infravaloradas y su tratamiento a menudo es insuficiente. Debemos encarar de modo global la enfermedad y reconocer su repercusión en la calidad de vida del paciente.

## Agradecimientos

A Paca Gil Latorre, técnica de Salud Pública de la Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Valencia, por su ayuda en el análisis estadístico del presente trabajo.

## Bibliografía

1. Clark JD. Chronic pain prevalence and analgesic prescribing in a general medical population. *J Pain Symptom Manage*. 2002;23:131-7.
2. World Health Organization. *Cancer Pain Relief*. Geneva: WHO; 1986.
3. Gamero F, Gabriel R, Carbonell J, Tornero J, Sánchez I. Pain in Spanish rheumatology outpatient offices: EPIDOR epidemiological study. *Rev Clin Esp*. 2005;205:157-63.
4. McCarberg BH, Barkin RL. Long-acting opioids for chronic pain: pharmacotherapeutic opportunities to enhance compliance, quality of life, and analgesia. *Am J Ther*. 2001;8:181-6.
5. McCarberg BH, Herr KA. Osteoarthritis. How to manage pain and improve patient function. *Geriatrics*. 2001;56:14-24.
6. Catalá 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.
7. Capellá D, Laporte JR. Métodos aplicados en estudios descriptivos de utilización de medicamentos. En: Laporte JR, Tognon G, editores. *Principios de epidemiología del medicamento*. 20.ª ed. Barcelona: Masson-Salvat Medicina; 1993. p. 67-93.
8. Ministerio de Sanidad y Consumo. Sistema de codificación de principios activos y dosis diarias definidas del INSALUD. 2.ª ed. Madrid: Instituto Nacional de la Salud; 2002.
9. Sackett DL, Snow JC. The magnitude of compliance and non-compliance. En: Haynes RB, Taylor W, Sackett DL, editors. *Compliance in health care*. Baltimore, Londres: The Johns Hopkins University Press; 1979.
10. Martínez-Pardo S, Benito P, Blanch J, Faus S, Duró JC, Gonçalves V. Análisis de la observancia de un programa terapéutico reumatológico. *Rev Esp Reumatol*. 1990;17:123-6.
11. Rigueira AI. Cumplimiento terapéutico: ¿qué conocemos de España? *Aten Primaria*. 2001;27:559-68.
12. Espallargués M, Alonso J, Ruigómez A, Antó JM. Los trastornos osteoarticulares en los ancianos: una aproximación a su impacto poblacional. *Med Clin (Barc)*. 1996;106:601-6.
13. Nikles CJ, Yelland M, Del Mar C, Wilkinson D. El papel de paracetamol en el dolor crónico: Un enfoque basado en la evidencia. *Am J Therapeutics*. 2005;12:80-91.
14. Breivik H, Collett B, Ventafridda V, Cohen R, Gallacher D. Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life, and treatment. *Eur J Pain*. 2006;10:287-333.