



# Antiinflamatorios no esteroideos: manejo del **dolor Crónico**



El dolor es una de las causas más comunes de consulta médica, se considera que aproximadamente el 70% de los pacientes que acuden a una visita al médico, lo hacen debido a la presencia de algún tipo de dolor.<sup>1,3</sup>

De acuerdo con la clasificación de la Asociación Internacional para el estudio del dolor (IASP, por International Association for the Study of Pain) se ha definido el **Dolor Crónico** como "el dolor que se extiende más de 3 ó 6 meses desde su aparición o que se extiende más allá del período de curación de una lesión tisular, o está asociado a una condición médica crónica". En ocasiones las posibilidades de identificar rápidamente la patología causal son bajas e insuficientes para explicar la presencia e intensidad del dolor que puede variar de leve a intenso.<sup>1,4</sup>

Algunos tipos de Dolor Crónico tienen unos patrones y características bien definidas, mientras que otros no lo tienen, y es difícil diagnosticar la causa. Sin embargo, independientemente del momento en cual se sienta dolor durante el curso de una enfermedad, es importante recordar que el dolor siempre se puede tratar y que la mayoría de los tipos de dolor se pueden controlar o aliviar.<sup>5</sup>

## Consideraciones etiológicas y epidemiológicas

La etiología del dolor es diversa y puede deberse a una lesión aguda que evoluciona a Dolor Crónico como, latigazo cervical, trauma, cirugía, o diferentes enfermedades crónicas como, osteoartritis, lumbalgia, dolor miofascial, fibromialgia, cefaleas, dolor abdominal crónico (pancreatitis, úlcera péptica, colon irritable), miembro fantasma, neuralgias (post herpética, trigeminal).<sup>5-6</sup>

Recordemos que el dolor crónico puede ser Nociceptivo, Neuropático o ambos y, a pesar de que el dolor crónico es común, existe escasa literatura que refleja la epidemiología del dolor crónico dentro de la población, sin embargo, las estadísticas reflejan que el dolor crónico no oncológico es más frecuente en las mujeres, en las personas mayores y está presente cuando existen otras enfermedades de base.<sup>8-9</sup>

A diferencia del dolor agudo, para lograr un tratamiento adecuado del dolor crónico y mejorar la calidad de vida de los pacientes, el tratamiento farmacológico por sí solo no siempre es suficiente, a menudo es necesario un enfoque multidisciplinario que incluya tratamiento médico, fisioterapia, psicoterapia y enfermería para lograr un buen alivio del dolor y fomentar la autogestión del paciente, ya que el dolor crónico puede limitar la calidad de vida y originar problemas graves de salud adicionales. Es importante encontrar un tratamiento efectivo y seguro para el alivio del dolor.<sup>8-11</sup>

## Tipos de dolor crónico nociceptivo: dolor somático y visceral

Hay dos tipos de dolor nociceptivo, conocidos como dolor somático y visceral, que son distintos en naturaleza; el dolor nociceptivo somático se debe a lesiones en los tejidos corporales tales como piel, músculos, cápsulas articulares, y huesos. Este tipo de dolor es generalmente localizado, aunque pueda progresar a dolor generalizado en pocas horas, si existe presencia de dolor somático profundo en músculos y hueso.<sup>7-12</sup>

El dolor nociceptivo visceral es el dolor que se origina por una lesión o disfunción de un órgano interno o sus serosas y suele estar mediado por los receptores de estiramiento, isquemia e inflamación, se caracteriza por ser tipo cólico cuando la víscera es hueca, generalmente es profundo, difuso, mal localizado que en ocasiones se irradia o se refiere en un área distante al órgano afectado.<sup>8-10</sup>

## Manejo del dolor nociceptivo

Las opciones de tratamiento se dividen en no farmacológicas, farmacológicas e intervencionismo. Pueden usarse de manera aislada o en conjunto dependiendo de cada caso, pero se sugiere en principio un manejo multimodal y siempre teniendo en cuenta el balance entre riesgo y beneficio.<sup>7-8</sup>

Someter a un paciente a tratamientos prolongados conlleva un riesgo de causar iatrogenias a nivel hepático, gástrico y renal.

Debido a que generalmente las causas de dolor crónico están relacionadas con patologías osteomusculares (lumbalgia, osteoartritis), debemos señalar que el tener un estilo de vida sano es esencial. De tal modo que es importante motivar al paciente a realizar ejercicio y controlar su dieta para evitar obesidad. Esto siempre será deseable, aunque no siempre se puede conseguir.<sup>6-10</sup>

La OMS clasifica los analgésicos utilizados para este tipo de dolor en una escalera de tres escalones, Fig. 1:

**FIGURA 1**  
Evolución de la escala analgésica de la Organización Mundial de la Salud.<sup>11</sup>



El tratamiento del dolor incluye el uso de los AINES COX1 y COX2. Estos últimos han demostrado ser aproximadamente diez veces más seguros a nivel gastrointestinal que los AINES no selectivos.<sup>8</sup>

## Analgésicos no esteroideos

De las herramientas farmacológicas más utilizadas son los antiinflamatorios no esteroideos (AINEs) y el paracetamol.<sup>10-12</sup> Actualmente contamos con el celecoxib, etoricoxib y parecoxib (éste último inyectable) que han demostrado ser aproximadamente 10 veces más seguros a nivel gastrointestinal que los AINEs no selectivos.<sup>10-12</sup>

Estos medicamentos se desarrollaron con el objetivo de reducir los efectos secundarios frecuentes asociados con los AINEs tradicionales. Los inhibidores selectivos de la COX-2 son tan eficaces como los AINEs tradicionales y podrán ser la opción correcta para el control del dolor a largo plazo sin aumentar el riesgo de síntomas gastrointestinales.<sup>11-15</sup>

Los inhibidores selectivos de la COX-2, otro tipo de AINEs, funcionan ligeramente diferente que los AINEs tradicionales. Un inhibidor selectivo de la COX-2 solo bloquea la enzima COX-2, que causa el dolor e inflamación y ayudan a proteger el sistema gastrointestinal al actuar solo en las enzimas COX-2 y permitir que las enzimas COX-1 funcionen normalmente.<sup>10-20</sup>

## Etoricoxib: eficacia y seguridad en dolor crónico

En el control del dolor y la mejora de la funcionalidad física de los pacientes con **artrosis**, etoricoxib tuvo mayor eficacia respecto de otros AINEs no selectivos y de los inhibidores de la COX-2 y el acetaminofen.<sup>9</sup>

El objetivo del trabajo realizado por los Dres. Stam W, Jansen J, Taylor S y colaboradores y publicado en Open Rheumatol J. 2012; fue evaluar las diferentes estrategias terapéuticas en el tratamiento de la **artrosis** mediante el análisis comparativo de la eficacia del celecoxib, lumiracoxib, etoricoxib, diclofenac, naproxeno, ibuprofeno y paracetamol.<sup>21</sup>

En este metaanálisis se evaluaron los siguientes parámetros, de acuerdo con los criterios Outcome Measures in Rheumatology Clinical Trials (OMERACT): en primer lugar, la intensidad del dolor y la funcionalidad física, en segundo lugar, se analizó el estado clínico del paciente mediante la Patient Global Assessment of Disease Status (PGADS). Los resultados sugieren que etoricoxib (60 mg) mostró la mayor mejoría del dolor y la función física de todas las intervenciones comparadas, de hasta un 90%.<sup>21</sup>

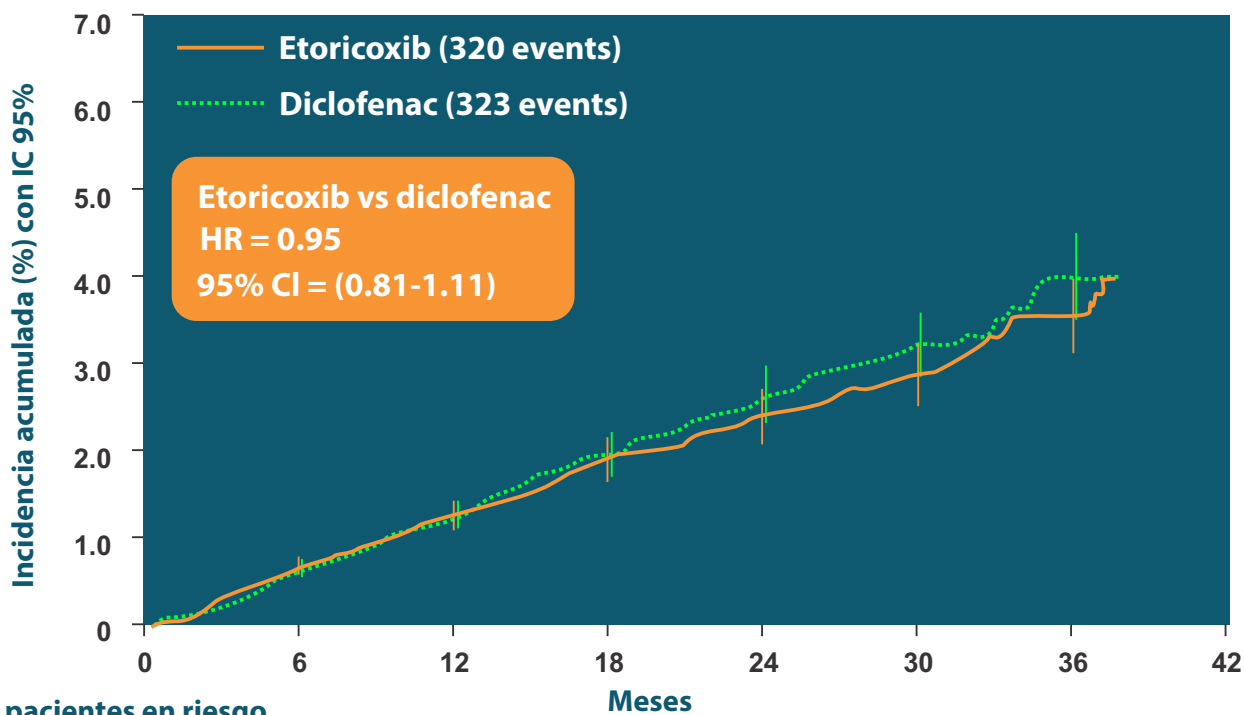
Otro importante metaanálisis llevado a cabo por Zhang S y colaboradores, dirigido a determinar la eficacia/seguridad de etoricoxib en comparación con otros AINEs para el manejo del dolor en pacientes con **gota aguda**, etoricoxib (120 mg/día) disminuyó en 50% la intensidad del dolor y en este aspecto tuvo la misma eficacia analgésica que diclofenaco e indometacina, con una incidencia significativamente menor de eventos adversos que estos AINEs.<sup>22</sup>

En los pacientes del estudio EDGE que durante un año incluyó a 7.111 pacientes con edad promedio de 64 años, que presentaban comorbilidades (45 % sufría hipertensión arterial y 37 % estaba considerado como portador de alto riesgo para enfermedad), no se presentaron diferencias en los promedios de eventos cardiovasculares entre etoricoxib y diclofenaco durante el desarrollo del estudio, en el cual fueron tratados con 90 mg/día de etoricoxib o 50 mg de diclofenaco tres veces al día. Los estudios realizados en personas sanas han demostrado que etoricoxib no inhibe la agregación plaquetaria ni prolonga el tiempo de sangrado, adicionalmente tiene una vida media de 22 horas, lo que facilita la administración cada 24 horas.<sup>23</sup>

El estudio MEDAL realizado para evaluar el riesgo relativo de los eventos cardiovasculares trombóticos con etoricoxib en dosis de 60 o 90 mg al día y 150 mg de diclofenaco al día, en pacientes con **osteoartritis** (24.913 pacientes) y **artritis reumatoide** (9.787 pacientes), determinó que los eventos cardiovasculares trombóticos se presentaron en 320 pacientes que recibieron etoricoxib (1.24 por 100 pacientes-año) y 323 pacientes tratados con diclofenaco (1.30 por 100 pacientes-año), llevando a una relación de riesgo de 0.95 (IC 95 %, 0.81-1.11) comparando ambos fármacos. Por lo que se concluyó que el promedio de eventos adversos cardiovasculares a largo plazo es similar con etoricoxib y diclofenaco.<sup>24</sup>

FIGURA 2

Estudio Medal: Incidencia acumulada de eventos trombóticos



No. de pacientes en riesgo

	0	6	12	18	24	30	36
Etoricoxib	16,819	13,359	10,733	8277	6427	4024	805
Diclofenac	16,483	12,800	10,142	7901	6213	3832	815

Durante la investigación financiada por la Agency for Healthcare Research and Quality (Agencia para la Investigación y la Calidad de la Atención Médica; AHRQ por su sigla en inglés), los investigadores examinaron 156 estudios sobre los tratamientos no invasivos para el dolor lumbar. El criterio de evaluación principal de eficacia fue el cambio en las escalas de intensidad de dolor y las variables secundarias de eficacia y de otro tipo incluyeron: cambios en el cuestionario de discapacidad de Roland y Morris (RMDQ), la evaluación global del paciente de la respuesta al tratamiento (PGART) y dolor de espalda baja en la escala de Bothersomeness (LBP-BS).

Durante la investigación se comparó la eficacia y seguridad de etoricoxib 60 mg/día en pacientes con presencia de dolores de espalda crónico (DLC) vs. diclofenaco 150 mg/día en un periodo de 4 semanas.

En este estudio multicéntrico, aleatorizado, doble ciego, con un grupo de cuatrocientos cuarenta y seis pacientes adultos con lumbalgia crónica y empeoramiento del dolor tras la interrupción de la medicación analgésica pre-estudio, los resultados mostraron que las encuestas realizadas a los pacientes cambiaron desde el inicio para etoricoxib, lo que indica una eficacia sustancial en el alivio del dolor. Etoricoxib mejoró todos los resultados de eficacia secundaria y otras. No hubo diferencias estadísticamente significativas entre los

grupos, diferencias en la proporción de pacientes con uno o más eventos adversos clínicos (AES) (etoricoxib 35%, diclofenaco 39%), o la proporción de pacientes que abandonaron el estudio debido a eventos adversos (etoricoxib 7%, el diclofenaco 5%).

Se concluyó que los resultados de este estudio confirman que, en pacientes adultos con lumbalgia crónica, etoricoxib 60 mg una vez al día durante 4 semanas es eficaz para el alivio del dolor y mejoría de la función física y comparable a altas dosis de diclofenaco 150 mg al día.<sup>25</sup>

Además, el Colegio Americano de Médicos (ACP) desarrolló una guía para presentar la evidencia y brindar recomendaciones clínicas sobre el tratamiento no invasivo del dolor lumbar, para esto se realizaron búsquedas actualizadas hasta noviembre de 2016. Los resultados clínicos evaluados incluyeron reducción o eliminación del dolor lumbar, mejoría en la función general y específicamente de la espalda, mejoría en la calidad de vida relacionada con la salud, reducción de la discapacidad laboral y regreso al trabajo.

Por lo cual la recomendación de los médicos es que los pacientes con dolor lumbar crónico que han tenido una respuesta inadecuada al tratamiento no farmacológico, se debe considerar el tratamiento farmacológico con antiinflamatorios no esteroideos como tratamiento de primera línea.<sup>26</sup>

## Conclusiones

El tratamiento del dolor se basa en unos conceptos fundamentales:

El dolor se puede tratar correctamente si se evalúa correctamente. La única persona que puede evaluar la intensidad del dolor es el propio paciente. El uso de escalas de evaluación del dolor es invaluable.

El tratamiento del dolor debe ser lo más rápido posible.

Se recomienda administrar analgésicos con anticipación cuando sea apropiado (por ejemplo, antes de realizar procedimientos dolorosos).

Los analgésicos deben prescribirse y administrarse a intervalos de tiempo fijos (no a demanda).

En pacientes adultos con lumbalgia crónica, etoricoxib 60 mg una vez al día durante 4 semanas es eficaz para el alivio del dolor y mejoría de la función física.

La combinación de diferentes fármacos analgésicos (analgesia multimodal) resulta ventajosa.

El tratamiento y la dosis elegidos están guiados por la evaluación de la intensidad del dolor, pero también por la respuesta del paciente que puede variar significativamente de una persona a otra.

## REFERENCIAS

1. Miranda, Juan Pablo (1); Quezada, Pablo (2); Caballero, Pablo (2); Jiménez, Leonella (3); Morales, Andrea (4); Bilbeny, Norberto (5); Vega, Juan Carlos. Systematic Review: Epidemiology of Non-oncologic Chronic Pain in Chile. Revista El Dolor 59. 10-17; 2013
2. Schwein DL, Mohny S. EMS, pain assessment and management. StatPearls, StatPeals Publishing, 2020; pags: 1-16; <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK554543/>
3. Hsu JR, Mir H, Wally MK. Clinical practice guidelines for pain management in acute musculoskeletal injury, J Osthop Trauma 2019; 33: 2158-82.
4. Dubin AE, Patapoutian A. Nociceptors: the sensors of the pain pathway. J Clin Invest 2010; 120: 3760-72.
5. Practice Guidelines for Chronic Pain Management. An Update Report by the American Society of Anesthesiologist Task Force on Chronic Pain Management and the American Society of Regional Anesthesia and Pain. Medicine. Anesthesiology, V 112. No 4. April 2010.
6. Van Kleef, M., Mekhail, N., & van Zundert, J. (2009). Evidence-based guidelines for interventional pain medicine according to clinical diagnoses [Editorial]. Pain Practice, 9(4), 247-251. <https://doi.org/10.1111/j.1533-2500.2009.00297.x>
7. Bruce Nicholson, MD. Diagnóstico diferencial: dolor nociceptivo y neuropático. (Am J Manag Care. 2006; 12: S256- S262)
8. Bruce BK, et al., eds. Why pain matters. In: Solutions for Living With Chronic Pain. New York, N.Y.: Oxmoor House; 2016.
9. Bruce BK, et al., eds. Pharmacology. In: Solutions for Living With Chronic Pain. New York, N.Y.: Oxmoor House; 2016.
10. Ángela Mesas Idáñez. Hospital Universitario Vall d'Hebrón. Área de Traumatología. Clínica del Dolor, Servicio de Anestesiología. Noviembre del 2012
11. La escalera analgésica de la OMS y los fármacos del dolor. 1aria.com. En línea: <http://www.1aria.com/contenido/dolor/programa-dolor/dolor-tratamiento/dolor-tratamiento-escalera-oms-farmacos>.
12. Bruce BK, et al., eds. About pain medications. In: Solutions for Living With Chronic Pain. New York, N.Y.: Oxmoor House; 2016.
13. Barbara Woodward Lips Patient Education Center. Questions and answers about opioid pain medications. Rochester, Minn.: Mayo Foundation for Medical Education and Research; 2015.
14. Bruce BK, et al., eds. Developing a pain control program. In: Mayo Clinic Guide to Pain Relief. 2nd ed. Rochester, Minn.: Mayo Foundation for Medical Education and Research; 2013.
15. Rosenquist EWK. Overview of the treatment of chronic non-cancer pain. <https://www.uptodate.com/contents/search>. Accessed Sept. 20, 2017.
16. Chronic pain: In depth. National Center for Complementary and Integrative Health. <https://nccih.nih.gov/health/pain/chronic.htm>. Accessed Sept. 20, 2017.
17. World Health Organization. Ensuring balance in national policies on controlled substances: guidance for availability and accessibility of controlled medicines. 2011. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44519>. [Links]
18. 3. World Health Organization. WHO guidelines on the pharmacological treatment of persisting pain in children with medical illnesses. 2012. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44540>. [Links]
19. 4. Retraction of WHO guidance on opioid use. Bull World Health Organ 2020;98:3. 10.2471/BLT.19.24941731902954 [Links]
20. Jorge García-Andreu. 1Medico Anestesiólogo-Algólogo, Hospital Ángeles. Querétaro. Qro. México. Manejo básico del dolor agudo y crónico. Anestesia en México 2017; Volumen 29: (Supl. No.1) 77-85
21. Stam W, Jansen J, Taylor S y colaboradores. Antiinflamatorios no esteroides en el tratamiento de la artrosis Open Rheumatol J. 2012; 6: 6-20.
22. Zhang S, Zhang Y, Liu P, et al. Efficacy and safety of etoricoxib compared with NSAIDs in acute gout: a systematic review and a meta-analysis. Clin Rheumatol 2016; 35: 151-8.
23. Shaobo Zhang1 & Yibao Zhang1 & Peng Liu1 & Wei Zhang1 & Jing-lin Ma1 & Jing Wang1,2, et al. Efficacy and safety of etoricoxib compared with NSAIDs in acute gout: a systematic review and a meta-analysis. Clin Rheumatol 2015.
24. 54 Cannon CP, Curtis SP, FitzGerald GA. Cardiovascular outcomes with etoricoxib and diclofenac in patients with osteoarthritis and rheumatoid arthritis in the Multinational Etoricoxib and Diclofenac Arthritis Long-term (MEDAL) Programme: a randomized comparison. Lancet 2006; 368: 1771-1781.
25. Zerbin C, Ozturk ZE, Grifka J, Maini M, Nilganuwong S, Morales R. Efficacy of etoricoxib 60 mg/day and diclofenac 150 mg/day in reduction of pain and disability in patients with chronic low back pain: results of a 4-week, multinational, randomized, double-blind study. Current medical research and opinion. 2005
26. Amir Qaseem, MD, PhD, MHA, Timothy J. Wilt, MD, MPH, Robert M. McLean, MD. Tratamientos no invasivos para el dolor lumbar agudo, subagudo y crónico: una guía de práctica clínica del American College of Physicians. Annals of Internal Medicine. abril de 2017



Los conceptos publicados son responsabilidad de la editorial - Intersalud editores SAS - y no reflejan la posición del patrocinador

Material exclusivo para el cuerpo médico



**Eurofarma**  
Ampliando horizontes