

Tabla 1 Autopercepción de salud en personas en situación de pobreza, multidimensional y por ingresos según sexo y edad

	Pobres por ingresos (NM)			Pobres multidimensionales		
	Mala	Regular	Buena	Mala	Regular	Buena
Total						
Cantidad	77.876	837.604	1.543.012	132.168	1.233.854	2.108.271
Porcentaje	3,2	34,1	62,8	3,8 ^a	35,5 ^a	60,7 ^a
IC 95%	2,87-3,49	32,99-35,17	61,62-63,89	3,46-4,18	34,35-36,70	59,42-61,93
Sexo						
Varón, %	2,77	30,98	66,25	3,46 ^a	32,77 ^a	63,77 ^a
Mujer, %	3,49	36,61	59,90	4,13 ^a	38,12 ^a	57,75 ^a
Edad						
0-10, %	1,57	18,51	79,92	2,18 ^a	17,26 ^a	80,56 ^a
11-20, %	1,44	19,98	78,58	1,45	19,27 ^a	79,28 ^a
21-30, %	1,76	29,30	68,94	1,62 ^a	25,80 ^a	72,58 ^a
31-40, %	2,79	38,90	58,31	2,37 ^a	37,10 ^a	60,54 ^a
41-50, %	4,78	47,63	47,58	5,84 ^a	49,15 ^a	45,01 ^a
51-60, %	7,75	60,31	31,93	6,83 ^a	54,65 ^a	38,53 ^a
61-70, %	8,03	62,83	29,14	7,74 ^a	61,86 ^a	30,40 ^a
71-80, %	6,59	68,71	24,70	7,29 ^a	64,34 ^a	28,37 ^a
81 o más, %	7,93	75,38	16,69	13,43 ^a	61,26 ^a	25,31 ^a

NM: Nueva Metodología, según Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN) 2013.

^a Las diferencias en autopercepción de salud entre pobres multidimensionales y pobres por ingresos son estadísticamente significativas con $\alpha = 0,05$.

Agradecimientos

A los participantes en la encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN) en su versión 2013.

Bibliografía

1. Flaño J, Rioseco A, Baranda B. Salud y Pobreza en Chile. En: Cabieses B, Bernaldes M, Obach A, Pedrero V, editores. Vulnerabilidad social y su efecto en salud en Chile. Santiago, Chile: Grupos Específicos; 2016. p. 260–87.
2. Oshio T, Kan M. Multidimensional poverty and health: Evidence from a nationwide survey in Japan. *Int J Equity Health*. 2014;13:128.
3. Alkire S, Foster J, Seth S, Santos ME, Roche JM, Ballon P. Multidimensional poverty measurement and analysis. Oxford: Oxford University Press; 2015.
4. Manor O, Matthews S, Power C. Comparing measures of health inequality. *Soc Sci MedV* 45. 1997:761–71.
5. Mather T, Banks E, Joshy G, Bauman A, Phongsavan P, Korda RJ. Variation in health inequalities according to measures of socioeconomic status and age. *Aust N Z J Public Health*. 2014;38:436–40.

6. Saito M, Kondo K, Kondo N, Abe A, Ojima T, Suzuki K. Relative deprivation, poverty, and subjective health: JAGES cross-sectional study. *PLoS One*. 2014;9:e111169.

Marcela Oyarte Galvez^{a,b,*}, Báltica Cabiesses Valdés^{a,c} y Victor Pedrero Castillo^a

^a Programa de Estudios Sociales, Facultad de Medicina Clínica Alemana, Universidad del Desarrollo, Santiago, Chile

^b Subdepartamento de Estudios, Departamento de Asuntos Científicos, Instituto de Salud Pública de Chile, Región Metropolitana, Chile

^c Department of Health Sciences, University of York, York, Reino Unido

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: mdoyarte@uc.cl (M. Oyarte Galvez).

<https://doi.org/10.1016/j.aprim.2018.07.013>
0212-6567/

© 2019 Los Autores. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Mitos y realidades en torno al tratamiento del dolor crónico no oncológico. ¿Son los ancianos diferentes?



Myths and realities around the treatment of chronic non-cancer pain. Are the elderly different?

Sr. Editor:

Como se expone en el artículo «Haciendo equilibrios entre los riesgos y beneficios del tratamiento farmacológico en demencia, dolor crónico y anticoagulación en personas mayores»¹ no hay estudios específicos de la efectividad de los tratamientos en dolor crónico no oncológico (DCNO) en ancianos. A falta de ellos lo más práctico sería asimilarlos a la población general, considerando sus particularidades. El objetivo terapéutico es mejorar la funcionalidad física,

psíquica y social del paciente. Los fármacos son la opción terapéutica más utilizada, aunque no deberían ser el pilar fundamental del tratamiento multidisciplinario del dolor. La evidencia en la efectividad de los tratamientos farmacológicos en DCNO ha cambiado en los últimos años, dejándonos un panorama desolador a la hora de elegir medicamentos de eficacia demostrada: el paracetamol efecto similar a placebo en el dolor lumbar y efecto clínicamente no importante en dolor de cadera y rodilla²; los antiinflamatorios de segunda línea o coadyuvantes² (mejoran el dolor lumbar NNT de 6, pero la magnitud de la diferencia de los resultados entre grupo intervención y grupo placebo no es clínicamente importante); recomendación de limitar los analgésicos opioides a casos seleccionados² (mejoran modestamente a corto plazo el dolor crónico de espalda en los pacientes que los toleran, pero el efecto no es clínicamente importante y se carece de evidencia a largo plazo); el papel de los gabapentinoides es incierto, siendo inefectivos en cialgia crónica²; la prescripción de duloxetina como coadyuvante para el dolor crónico² aparece avalada por una revisión Cochrane con beneficios discretos (NNT 5 para neuropatía diabética y NNT de 8 en fibromialgia).

Además, los opioides no son tan seguros como pensábamos. Aumentan la mortalidad por todas las causas³, habiendo estudios en ancianos donde se observa que provocan acontecimientos adversos graves: después de un año de uso el número necesario para dañar para los opiáceos es clínicamente relevante, siendo 17 para los eventos cardiovasculares, 19 para hospitalización por un evento adverso, de 26 de fractura y 27 para mortalidad por cualquier causa⁴.

El abordaje del DCNO debe centrarse en la perspectiva biopsicosocial, donde el pilar fundamental del tratamiento multidisciplinario son los tratamientos no farmacológicos: educación y ejercicio² (la educación estructurada en dolor también se aplica en ancianos⁵). Creemos que el DCNO es un ejemplo de sobretratamiento donde deprescribir puede ser la mejor medicina; las recomendaciones del artículo podrían aplicarse a los pacientes con enfermedad avanzada y pronóstico de vida limitado, para el resto la deprescripción consensuada (empezando por opioides mayores) parece la opción más razonable. En casos especiales donde no fuera posible consensuarlo el uso de opioides podría ser de la potencia y dosis más baja posible y de manera intermitente⁶.

Existen grandes diferencias entre la evidencia y la práctica². Para abordar el DCNO primero deberíamos bajar las creencias erróneas en torno a causas, pronóstico y efectividad de los tratamientos en los profesionales de la salud.

Bibliografía

1. Fernández Domínguez MJ, Hernández Gómez MA, Garrido Barral A, González Moneo MJ. Haciendo equilibrios entre los riesgos y beneficios del tratamiento farmacológico en demencia, dolor crónico y anticoagulación en personas mayores. *Atención Primaria*. 2018;50:39–50 [consultado 22 Feb 2019] Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656718305134>
2. Foster NE, Anema JR, Cherkin D, Chou R, Cohen SP, Gross DP, et al. Prevention and treatment of low back pain: Evidence, challenges, and promising directions. *Lancet*. 2018;391:2368–83 [consultado 14 Abr 2018] Disponible en: [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(18\)30489-6/abstract](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(18)30489-6/abstract)
3. Ray WA, Chung CP, Murray KT, Hall K, Stein CM. Prescription of Long-Acting Opioids and Mortality in Patients With Chronic Non-cancer Pain. *JAMA*. 2016;315:2415–23.
4. Torres LM, Trinidad JM, Calderón E. Riesgos del uso de opioides en ancianos en EE. UU. *Rev Soc Esp Dolor*. 2012;19:108–9 [consultado 18 Ene 2019] Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1134-80462012000200008&lng=es&nrm=iso&tlng=es
5. Schofield P. The Assessment of Pain in Older People: UK National Guidelines. *Age Ageing*. 2018;47 Suppl 1:i1–22.
6. Opioids-chronic.pdf. [consultado 26 Ene 2019] Disponible en: <https://bpac.org.nz/2018/docs/opioids-chronic.pdf>

María Victoria García Espinosa*
e Isabel Prieto Checa

Centro de Salud Los Alpes, Madrid, España

* Autor para correspondencia.
Correo electrónico: vgespinosa@gmail.com
(M.V. García Espinosa).

<https://doi.org/10.1016/j.aprim.2019.02.007>
0212-6567/

© 2019 Los Autores. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).