



Uso de fármacos antiespasmódicos en dolor cólico abdominal

Br. Sophia Pizzolon, Dra. PhD. Irene Wood, Dra. Stephanie Viroga

Introducción

El dolor abdominal es uno de los motivos de consulta más frecuente en la atención tanto en policlínica o de urgencia (1). Dependiendo la causa, evolución y cronicidad, puede afectar de gran manera la calidad de vida de quien lo padece. Este síntoma puede ser la manifestación de muchas entidades de distinta gravedad y tratamiento, algunas de tratamiento médico y otras quirúrgico. Por ello, es muy importante que los profesionales en los servicios de urgencias hospitalarias y extrahospitalarias se familiaricen con los cuadros que pueden expresarse con este síntoma y sepan el tratamiento más adecuado a seguir en cada caso (2). Desde el punto de vista fisiopatológico, existen múltiples tipos de dolor de localización abdominal, siendo los más frecuentes el visceral, parietal referido o neurogénico. El dolor visceral está dado por la estimulación de nervios autonómicos localizados en el peritoneo visceral que recubre las vísceras. El estímulo doloroso puede ser producto de la distensión de una víscera hueca por gases, fluidos o por compromiso capsular en los órganos sólidos producido por edema, abscesos, sangre o lesiones ocupantes de espacio. Suele ser un dolor mal localizado dado que la inervación de las vísceras está dada por múltiples segmentos de la médula espinal. Si la afección corresponde a vísceras que tienen movimientos peristálticos, el dolor es referido como cólico o intermitente. El dolor visceral despierta un componente emocional desagradable acompañado de síntomas del sistema nervioso autónomo como náuseas, vómitos, diaforesis y taquicardia. Puede asociarse a patologías como el síndrome de intestino irritable (SII) o la dispepsia funcional, entre otros (3,4). Dependiendo de la evolución, el dolor puede ser clasificado como agudo y crónico. El dolor abdominal crónico se define cuando su duración es de al menos 3 o 6 meses (3,5). Puede aparecer en ciertas patologías como el SII, una de las patologías más estudiadas en los últimos tiempos entre las que presentan este tipo de dolor, dada la complejidad de su diagnóstico y los componentes psico-emocionales que acompañan este síndrome (4,6).

Estrategias terapéuticas

Para tratar este dolor se cuenta tanto con herramientas no farmacológicas como farmacológicas. Dentro de lo no farmacológico se proponen cambios en el estilo de vida, como la reducción del estrés y el aumento de la actividad física. El rol de la dieta ha sido muchas veces cuestionado y se han propuesto diferentes tipos de dieta. El *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE) recomienda seguir una rutina de comida regular, sin

saltear comidas y da importancia a ingerir dos litros de agua al día y evitar bebidas alcohólicas, gaseosas y cafeína. La ingesta de grasas debería limitarse, ya que se asocia con un empeoramiento de la diarrea y la ingesta de carbohidratos se asocia a empeoramiento de los síntomas. Los pacientes se pueden beneficiar de una dieta rica en fibra soluble, ya que la fibra insoluble puede exacerbar el dolor abdominal y el meteorismo (7).

En cuanto a las estrategias farmacológicas, de acuerdo con el origen del dolor, se han empleado diversos medicamentos con acciones analgésicas, anticolinérgicas, relajantes del músculo liso, procinéticas, etcétera. Por lo tanto, diferentes clases o familias terapéuticas, con diferentes mecanismos de acción, pueden ser usados por sus efectos antiespasmódicos, tal como se lista en la Tabla 1. Entre ellos contamos con fármacos antimuscarínicos (inhiben la contracción del músculo liso gastrointestinal), bloqueantes de canales de calcio (inhiben el transporte de calcio y por lo tanto la contracción del músculo liso gastrointestinal) y relajantes directos del músculo liso (inhiben el transporte de calcio y sodio).

Estos medicamentos, sin embargo, cuentan con escasa evidencia de eficacia en este tipo de dolor. El principal problema en este sentido es que su eficacia es difícil de objetivar, no solo por el componente subjetivo del dolor, sino porque el dolor abdominal puede responder a múltiples mecanismos fisiopatológicos y dichos fármacos, en general, actúan en sobre un único punto de modulación. Otro gran problema asociado a los antiespasmódicos son sus condiciones de venta, que propician la automedicación, sin considerar su perfil de efectos, incluyendo múltiples reacciones adversas e interacciones farmacológicas.

Tabla 1. Mecanismo de acción de medicamentos antiespasmódicos disponibles en Uruguay (5,8–10).

Fármaco	Mecanismo de acción					FTM	CDF
	Anti colinérgico	Inhibidores de canales de Ca	Agonistas de receptores opioides	Bloqueadores de canales de potasio	Relajantes de músculo liso		
Butilhioscina	X					X	X ^A
Homatropina Metilbromuro	X					X	X ^B
Propinoxato	X					X	X ^C
Pinaverio		X				X	
Mebeverina					X	X	
Papaverina					X		
Trimebutina		X	X	X			
Isopropamida*	X						X ^D
Diciclomina*	X				X		X ^E
Metescopolamina*	X						X ^F

FTM: Formulario Terapéutico de Medicamentos; CDF: combinaciones a dosis fijas. *solo disponibles como CDF.

^A: analgésicos (dipirona, ibuprofeno, paracetamol); ^B: analgésicos (ibuprofeno, dipirona); ^C: analgésico (clonixinato de lisina), sedantes (diazepam); ^D: sedantes (alprazolam, diazepam); ^E: sedantes (clordiazepóxido) y antiespumantes (simeticona); ^F: antipsicóticos, anestésicos (clorpromazina, procaína)

Estos fármacos se encuentran disponibles para ser administrados por vía oral como gotas o comprimidos. A su vez, existe la posibilidad de la administración intramuscular o intravenosa, como es el caso de la butilioscina o propinoxato (8,9).

Las indicaciones de los fármacos listados son: trastornos espasmódicos del tracto gastrointestinal, las vías biliares o el tracto genitourinario. Otras indicaciones pueden incluir SII, dismenorrea, dispepsia. En particular, los agentes antiespasmódicos pueden reducir el dolor asociado con el SII a través de la inhibición de las vías contráctiles en la pared intestinal y mejoran los hábitos intestinales al aumentar el tiempo de tránsito colónico, reduciendo así la frecuencia de las deposiciones (6).

Se encuentran también disponibles en forma de combinaciones a dosis fijas (CDF), cuya indicación se amplía a cuadros espasmódicos en los que predomina el componente doloroso o el tratamiento de dispepsias y disquinesias. Cabe destacar que, en esta presentación como CDF, están sujetos a un amplio uso en forma de automedicación. En particular, en las CDF conteniendo benzodiazepinas, las mismas se encuentran en dosis menores a las presentaciones usadas como ansiolíticos/sedantes (3,5 o 5 mg vs 10 mg para diazepam, 0,25 mg vs 0,5, 1 o 2 mg para alprazolam). Sin embargo, la posología recomendada para estas indicaciones de las CDF permite alcanzar la misma dosis/día que en el caso de las presentaciones de benzodiazepinas indicadas como ansiolíticos/sedantes. Cabe destacar que dichas CDF no requieren receta de psicofármacos para su dispensación y habitualmente no se advierte a los usuarios las interacciones ni los efectos adversos asociados con su uso, contribuyendo a una baja percepción del riesgo (11,12).

Por otro lado, en un estudio reciente realizado en varios países, los fármacos para el tratamiento de espasmos y dolores abdominales resultaron ser usados en forma frecuente y como automedicación, en particular con predominio de antiespasmódicos en LA y de antiácidos en algunos países europeos. El principal objetivo buscado por los usuarios, referido como motivación para la automedicación, fue el rápido alivio de los síntomas (13).

Evidencia de eficacia de antiespasmódicos

Un estudio de la *American College of Gastroenterology* comparó la efectividad de los distintos grupos de fármacos antiespasmódicos, concluyendo que la escasez de datos disponibles no permite realizar recomendaciones de efectividad generalizando los efectos por grupos o clases farmacológicas, sino que deben realizarse fármaco a fármaco (5).

Un metaanálisis (MA) realizado sobre 23 estudios (n=2585) que evaluaron la eficacia de varios antiespasmódicos en el SII, reveló que los fármacos otilonio y alverina/simeticona (no disponibles en Uruguay) favorecen la mejoría global del SII y la combinación de pinaverio/simeticona mostró mejoría en el alivio de la distensión. Respecto a la mejoría del dolor, el resultado fue a favor de los antiespasmódicos en general, respecto a placebo. La adición de simeticona podría mejorar las propiedades de los antiespasmódicos (combinaciones de alverina/simeticona y pinaverio/simeticona) (14).

Perfil de seguridad de antiespasmódicos

El perfil de reacciones adversas a medicamentos (RAM) de los fármacos listados está sujeto a su grupo y mecanismo de acción. Cabe destacar de los anticolinérgicos, las RAM frecuentes como sequedad boca, visión borrosa, taquicardia, disuria, estreñimiento; y algunas contraindicaciones como EPOC severa, glaucoma, hipertrofia prostática, retención urinaria aguda (15). Es importante mencionar que los antimuscarínicos son fármacos potencialmente inapropiados en adultos mayores, tanto por su perfil de seguridad como por sus interacciones y por los efectos cognitivos deletéreos de la carga anticolinérgica (16). Entre los relajantes, se destacan las RAM como reacciones cutáneas, disquinesias, somnolencia, y en algunos fármacos la taquicardia ventricular/arritmias/prolongación del intervalo QT (papaverina) (5,6,14,17).

Las RAM cardiovasculares han limitado en muchos casos el uso de determinados fármacos, como los antagonistas de calcio que, aunque menos habitualmente usados en nuestro país, dio lugar al desarrollo de fármacos con un perfil de acción más selectivo sobre el tracto gastrointestinal. Ejemplos de ello pueden ser mebevirina y pinaverio, dentro de los disponibles en Uruguay, además de alverina, otilonio, florglucinol (17).

Recomendaciones para pacientes y profesionales de la salud

Es importante destacar que es necesario realizar la consulta médica para valorar el tipo y etiología del dolor y descartar afecciones agudas graves antes de utilizar antiespasmódicos. Mencionar otros medicamentos o condiciones de salud existentes para evitar interacciones o complicaciones. Evitar la automedicación y usar los medicamentos según dosis, intervalos y duración prescritos. Si a pesar de cumplir con las indicaciones el dolor persiste, consultar nuevamente con el médico.

Para los prescriptores, se recuerda que es necesario aplicar la guía de la buena prescripción, iniciando por identificar la causa del dolor antes de prescribir antiespasmódicos. A la hora de seleccionar el antiespasmódico adecuado, considerar las comorbilidades y tratamientos concomitantes, sobre todo en pacientes mayores. Es indispensable informar al paciente cómo utilizar el medicamento y alertar sobre los posibles efectos adversos y qué hacer en caso que aparezcan. En pacientes con dolor recurrente o crónico, realizar un seguimiento para investigar causas subyacentes y ajustar el tratamiento si es necesario.

Cómo citar este artículo

Pizzolon, S, Wood, I, Viroga, S Uso de fármacos antiespasmódicos en dolor cólico abdominal. Boletín Farmacológico. [Internet]. 2024. [Citado: año, mes] 2024; 15(3). 5 p.

Bibliografía

1. Ugarte MJ. Enfrentamiento del paciente con dolor abdominal. Rev Médica Clínica Las Condes [Internet]. julio de 2021 [citado 27 de noviembre de 2024];32(4):457-65. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0716864021000766>
2. Ostábal Artigas M. Dolor abdominal en urgencias. Med Integral [Internet]. 2002;40(9):379-85. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-integral-63-articulo-dolor-abdominal-urgencias-13041114>
3. Kapural L, editor. Chronic Abdominal Pain: An Evidence-Based, Comprehensive Guide to Clinical Management [Internet]. New York, NY: Springer New York; 2015 [citado 27 de noviembre de 2024]. Disponible en: <https://link.springer.com/10.1007/978-1-4939-1992-5>
4. Baillie S, Norton C, Saxena S, Pollok R. Chronic abdominal pain in inflammatory bowel disease: a practical guide. Frontline Gastroenterol [Internet]. marzo de 2024 [citado 27 de noviembre de 2024];15(2):144-53. Disponible en: <https://fg.bmj.com/lookup/doi/10.1136/flgastro-2023-102471>
5. Brenner DM, Lacy BE. Antispasmodics for Chronic Abdominal Pain: Analysis of North American Treatment Options. Am J Gastroenterol [Internet]. agosto de 2021 [citado 27 de noviembre de 2024];116(8):1587-600. Disponible en: <https://journals.lww.com/10.14309/ajg.0000000000001266>
6. Ranjbar S, Seyednejad SA, Nikfar S, Rahimi R, Abdollahi M. How can we develop better antispasmodics for irritable bowel syndrome? Expert Opin Drug Discov [Internet]. 3 de junio de 2019 [citado 27 de noviembre de 2024];14(6):549-62. Disponible en: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/17460441.2019.1593369>
7. NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE, EXCELLENCE (NICE), NICE. Quality standard topic: Irritable bowel syndrome. Prioritised quality improvement areas for development. [Internet]. 2015. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/qs114/documents/irritable-bowel-syndrome-in-adults-qs-briefing-paper2>
8. Farmanuario [Internet]. [citado 23 de diciembre de 2021]. Portal de Salud y Medicamentos. Disponible en: <https://farmanuario.com/>
9. Ministerio de Salud Pública. Listado de Medicamentos. Consultado mes de 2024; Disponible en: <https://listadomedicamentos.msp.gub.uy/>
10. Ministerio de Salud Pública [Internet]. [citado 16 de julio de 2024]. Formulario Terapéutico de Medicamentos. Disponible en: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/formulario-terapeutico-de-medicamentos-FTM>
11. OMS (Organización Mundial de la Salud). Crece el mapa de motivaciones para automedicarse. <https://www.paho.org/es/noticias/> [Internet]. 2021; Disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias/4-3-2021-crece-mapa-motivaciones-para-automedicarse#:~:text=El%20Observatorio%20del%20Comportamiento%20de,de%20la%20prescripci%C3%B3n%2C%20o%20alterando>
12. Garafoni, F, Viroga, S y Wood, I. Automedicación: ¿un problema o una solución? [Internet]. Boletín farmacológico; 2024. Disponible en: https://www.boletinfarmacologia.hc.edu.uy/images/2024/2024-1/5_Boletin_Automedicacin__1.pdf
13. Mueller-Lissner S, Quigley EMM, Helfrich I, Schaefer E. Drug treatment of chronic-intermittent abdominal cramping and pain: a multi-national survey on usage and attitudes. Aliment Pharmacol Ther [Internet]. agosto de 2010 [citado 27 de noviembre de 2024];32(3):472-7. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2036.2010.04368.x>
14. Martínez-Vázquez MA, Vázquez-Elizondo G, González-González JA, Gutiérrez-Udave R, Maldonado-Garza HJ, Bosques-Padilla FJ. Effect of antispasmodic agents, alone or in combination, in the treatment of Irritable Bowel Syndrome: Systematic review and meta-analysis. Rev Gastroenterol México [Internet]. abril de 2012 [citado 27 de noviembre de 2024];77(2):82-90. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0375090612000109>
15. Brunton LL, Hilal-Dandan R, Knollmann BC, Baldi CT. Goodman & Gilman, Las bases farmacológicas de la terapéutica [Internet]. McGraw-Hill Interamericana; 2019. Disponible en: <https://books.google.com.uy/books?id=MyCPwgEACAAJ>
16. Uso ambulatorio de medicamentos potencialmente inapropiados en adultos mayores usuarios de la RAP Metropolitana de ASSE durante 2019. Rev MEDICA Urug [Internet]. 16 de marzo de 2023 [citado 27 de noviembre de 2024];39(1). Disponible en: <https://revista.rmu.org.uy/index.php/rmu/article/view/1011>
17. Annaházi A. Role of antispasmodics in the treatment of irritable bowel syndrome. World J Gastroenterol [Internet]. 2014 [citado 27 de noviembre de 2024];20(20):6031. Disponible en: <http://www.wjgnet.com/1007-9327/full/v20/i20/6031.htm>