



Prevalencia y patrones de uso de cannabis medicinal en pacientes con dolor crónico del Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela, 2025

Br. Francisco Fernández, Dra. Irene Wood, Dra. Natalia Bernardi, Dra. Noelia Speranza

Resumen

El dolor crónico (DC) constituye una de las principales causas de consulta y aún hoy representa un desafío terapéutico por su complejidad, impacto funcional y refractariedad a los tratamientos convencionales. En los últimos años, aumentó el interés por el uso de cannabis medicinal (CM) como alternativa terapéutica, aunque la evidencia disponible continúa siendo limitada. Este estudio tuvo como objetivo determinar la prevalencia y los patrones de uso de CM en pacientes con DC asistidos en la Unidad de Cuidados Paliativos y la Unidad Interdisciplinaria para el Manejo del Dolor del Hospital de Clínicas durante 2025. Se realizó un estudio observacional, transversal y descriptivo mediante encuesta estructurada y revisión de historias clínicas. Se incluyeron 44 pacientes, predominantemente mujeres (70,5%), con una edad media de 56,7 años. La mayoría presentó dolor severo (65,9%) y utilizaba múltiples analgésicos y coadyuvantes. La prevalencia de uso de CM fue de 4,5% (n=2). Los usuarios de CM reportaron una leve mejoría del dolor y beneficios adicionales sobre ansiedad y síntomas depresivos. Se observaron diferencias clínicas y terapéuticas entre los pacientes con dolor oncológico y no oncológico. Los resultados evidencian una baja utilización de CM en esta población, pese al interés manifestado por numerosos pacientes en acceder a esta alternativa terapéutica.

Palabras clave.

Dolor crónico, cannabis medicinal, estudios de utilización de medicamentos, dolor oncológico, cuidados paliativos.

Introducción

El dolor es una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada a daño tisular real o potencial. Se considera dolor crónico (DC) cuando persiste o recurre durante más de tres meses. Actualmente constituye uno de los principales problemas de salud pública debido a su elevada prevalencia, impacto sobre la calidad de vida, discapacidad asociada y elevados costos sanitarios (1).

El tratamiento del DC suele ser complejo y frecuentemente insuficiente. Muchos pacientes continúan experimentando síntomas significativos a pesar de recibir tratamientos farmacológicos y no farmacológicos adecuados. Esta situación favorece la búsqueda de estrategias terapéuticas complementarias. Entre ellas, el uso de cannabis medicinal (CM) despertó un creciente interés internacional. Los cannabinoides son capaces de interactuar, entre otros sistemas, con el sistema endocannabinoide (SEC), una red fisiológica involucrada en la modulación del dolor, la inflamación, el estado de ánimo y otros procesos biológicos. Los dos fitocannabinoides más estudiados son tetrahidrocannabinol (THC), responsable de gran parte de los efectos analgésicos y psicoactivos, y cannabidiol (CBD), que posee propiedades antiinflamatorias y moduladoras, sin generar efectos psicoactivos significativos (2).

Aunque algunos estudios sugieren beneficios potenciales del CM en determinados tipos de dolor, especialmente el DC neuropático, la evidencia aún presenta limitaciones metodológicas y persisten incertidumbres respecto a dosis, formulaciones, vías de administración y seguridad a largo plazo(3,4). Por ello, resulta relevante generar información local sobre el uso real de estos productos en pacientes con DC.

La investigación preclínica en DC demostró que los cannabinoides pueden modular mecanismos relacionados con la nocicepción, la inflamación y la sensibilización central. Particularmente, el uso de CBD mostró efectos beneficiosos sobre la hiperalgesia y la alodinia en modelos experimentales. A nivel clínico, algunas revisiones sistemáticas y guías internacionales coinciden en que CM puede proporcionar beneficios modestos en determinados pacientes con DC, especialmente cuando los tratamientos convencionales no logran un adecuado control de los síntomas(5). Sin embargo, los resultados son heterogéneos y la magnitud del beneficio suele ser moderada.

Las revisiones Cochrane señalaron una eficacia limitada y una frecuencia considerable de efectos adversos asociadas al uso de CM. Por su parte, la *National Academies of Sciences* de Estados Unidos concluyó que existe evidencia sustancial de alivio del DC en adultos asociado al uso de CM, aunque destacó la necesidad de profundizar la investigación sobre seguridad y efectividad. Por su parte, las guías canadienses y australianas recomiendan considerar el CM únicamente como tratamiento adyuvante y en pacientes cuidadosamente seleccionados, priorizando formulaciones ricas en CBD y reservando el uso de THC para casos específicos(6).

En Uruguay, las leyes N° 19.172/2013 y N° 19.847/2019 regulan el cannabis en sus usos recreativo, productivo y medicinal desde 2013, constituyendo a nuestro país en un

importante actor global en esta área. Sin embargo, el CM no se encuentra incluido en el Formulario Terapéutico de Medicamentos (FTM) ni en el Listado de Medicamentos del Hospital de Clínicas (HC), lo que restringe su disponibilidad y acceso(7,8). Los productos de CM registrados a nivel nacional —todos basados en CBD, para uso oral— están aprobados exclusivamente para la epilepsia refractaria(9); ninguno contiene niveles significativos de THC, al que se le atribuye, por su mecanismo sobre el SEC, que podría ser el principal responsable del efecto analgésico del cannabis. Como consecuencia, persiste el uso de preparados artesanales, cuya calidad, composición y seguridad resultan variables e incluso desconocidos.

Paralelamente, los pacientes con DC suelen presentar polifarmacia, utilizando múltiples analgésicos y coadyuvantes. Algunos estudios sugieren que el uso de cannabinoides podría reducir la necesidad de otros analgésicos, especialmente opioides, aunque esta hipótesis aún requiere mayor evidencia(10).

En este contexto, el presente estudio se propuso caracterizar la prevalencia y los patrones de uso de CM en pacientes ambulatorios con DC oncológico y no oncológico asistidos en el HC, con el fin de conocer el lugar que ocupa CM en la terapéutica del DC y generar información preliminar relevante para la toma de decisiones clínicas y sanitarias (11).

Materiales y métodos

Se realizó un estudio observacional, transversal, descriptivo, entre agosto y octubre de 2025. Se incluyeron 44 pacientes ambulatorios mayores de 18 años, con diagnóstico activo de DC, asistidos en la Unidad de Cuidados Paliativos (subgrupo 1, n=20) y en la Unidad Interdisciplinaria del Manejo del Dolor crónico no oncológico (subgrupo 2, n=24). El muestreo fue no probabilístico por conveniencia, con recolección consecutiva hasta alcanzar la saturación de la muestra. Este estudio se enmarcó en el contexto del ciclo de metodología científica 2 de la carrera Doctor en Medicina en el año 2025(11).

Fueron criterios de inclusión: paciente ambulatorio, mayor de 18 años, autoválido, asistido en la Unidad Interdisciplinaria para el Tratamiento del Dolor Crónico no Oncológico y/o la Unidad de Cuidados Paliativos del Hospital de Clínicas, DC activo al momento de la consulta.

Los datos se recopilaron mediante encuesta estructurada presencial y revisión de la historia clínica electrónica, previo consentimiento informado.

Las variables analizadas incluyeron características sociodemográficas, clínicas (intensidad del dolor por escala EVA, tipo y tiempo de evolución), tratamiento farmacológico y uso de CM.

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de Investigación del Hospital de Clínicas.

Resultados

La muestra presentó una media de edad de $56,7 \pm 15,2$ años, con predominio femenino (70,5%) y residencia en Montevideo (56,8%). El 65,9% de los pacientes presentó dolor severo al momento de la entrevista. Los datos se consignan en la Tabla 1.

La mediana de fármacos analgésicos/coadyuvantes utilizados fue de 3; los grupos más frecuentes fueron los AINEs (79,5%), opioides menores (65,9%) y antidepresivos (36,4%) (Tabla 1, Figura 1). Se observaron diferencias significativas en el número de fármacos entre ambos subgrupos ($p < 0,001$), siendo mayor en el subgrupo 2.

Tabla 1. Características sociodemográficas y clínicas de los pacientes incluidos, Uruguay, 2025.

	Subgrupo 1 Policlínica de cuidados paliativos (n= 20)	Subgrupo 2 Policlínica de dolor crónico (n= 24)	Total (n= 44)
Edad media (años)	60,6 \pm 18,5	53,4 \pm 11,1	56,7 \pm 15,2
Sexo femenino	60,0%	79,2%	70,5%
Procedencia	Montevideo 75,0%	Montevideo 41,7%	Montevideo 56,8%
	Interior 25,0%	Interior 58,3%	Interior 43,2%
Dolor severo (EVA >7)	60,0%	70,8%	65,9%
Mediana de fármacos	2	3	3
Uso de AINEs	65,0%	91,7%	79,5%
Uso de opioides menores	45,0%	83,3%	65,9%
Uso de antidepresivos	10,0%	58,3%	36,4%
Uso de anticonvulsivantes	0%	54,2%	29,5%
Uso de CM	5,0%	4,2%	4,5%

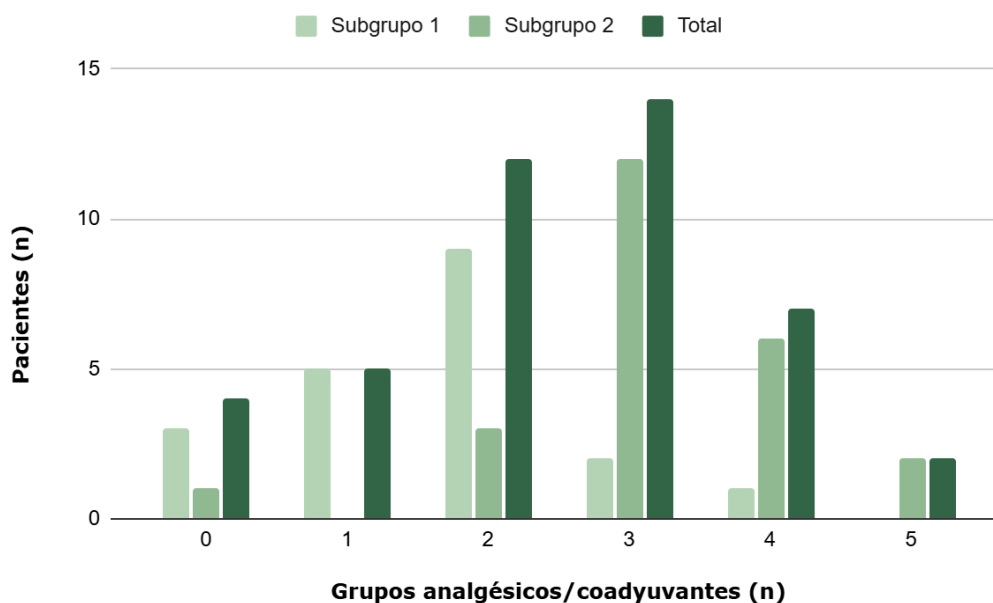


Figura 1. Distribución del número de fármacos analgésicos y coadyuvantes utilizados.

La **prevalencia de uso de CM fue de 4,5% (n=2)**. Ambos pacientes eran mujeres, una asistía a la Unidad de Cuidados Paliativos (n=1), y otra asistía a la Unidad Interdisciplinaria del Manejo del Dolor crónico no oncológico (n=1), utilizaban preparados no registrados de CM (en un caso administrado por vía inhalada; en un caso administrado vía oral, de elaboración por asociación de usuarios), ambas desconocían la concentración de THC/CBD, y refirieron haber iniciado el uso por sugerencia de terceros. Ambas reportaron mejoría leve del dolor y efectos terapéuticos adicionales (ansiolisis y reducción de síntomas depresivos, respectivamente), con efectos adversos leves (sequedad bucal y náuseas). Solo una de ellas tenía registro del uso de CM en su historia clínica.

Discusión

Se identificó una baja prevalencia de uso de CM (4,5%), sin diferencias entre subgrupos. Esta baja prevalencia podría explicarse por múltiples factores: la ausencia de CM en el FTM y en el listado de medicamentos del HC, el uso "off label" de los preparados disponibles, su costo elevado, la falta de estandarización en las formulaciones, la restricción regulatoria al contenido de THC (<1%) y la escasa formación profesional en el tema. Durante las entrevistas un número considerable de pacientes manifestó interés en utilizar CM para el tratamiento de su dolor, lo que refleja una apertura creciente de la comunidad hacia esta alternativa terapéutica.

Se observaron algunas diferencias entre las variables relevadas para ambas policlínicas. El subgrupo 1 presentó una media de edad mayor al subgrupo 2, si bien estas diferencias no fueron estadísticamente significativas. (12) Las diferencias entre subgrupos de residencia

pueden deberse a una distribución particular de diferentes policlínicas especializadas de dolor en el territorio nacional. Los pacientes de CP presentaban principalmente dolor oncológico, mientras que en la policlínica de DC predominó el dolor neuropático y radicular. El tiempo de evolución del dolor fue considerablemente mayor en los pacientes con dolor no oncológico. En cuanto a la severidad del dolor, la intensidad fue elevada en toda la muestra: 65,9% de los pacientes presentó dolor severo al momento de la entrevista, sin diferencias significativas entre subgrupos. Este resultado concuerda con la complejidad clínica de una población que, pese a recibir atención especializada, mantiene una importante carga de síntomas(13).

Se observaron asociaciones estadísticamente significativas entre el tipo de dolor (oncológico, neuropático, musculoesquelético, postquirúrgico) y el uso de determinados grupos farmacológicos, en línea con las recomendaciones internacionales para el tratamiento del dolor oncológico y neuropático. Las diferencias entre subgrupos (mayor número de fármacos y mayor intensidad de dolor en el subgrupo 2) podrían explicarse por la evolución más prolongada y variable del dolor no oncológico, así como su mayor complejidad terapéutica(14).

Los dos usuarios de CM reportaron mejoría subjetiva del dolor y efectos terapéuticos adicionales, con efectos adversos leves. En ambos casos el CM se utilizó como adyuvante del tratamiento convencional. Se destaca que ninguno de los productos utilizados estaba registrado, lo que plantea interrogantes sobre calidad, seguridad y eficacia. La baja prevalencia observada probablemente se relacione con barreras regulatorias, económicas y asistenciales, incluyendo la ausencia de productos en el sistema público, la limitada disponibilidad de preparados con THC y la escasa capacitación profesional sobre el tema(15–17).

En suma

Los resultados muestran que el cannabis medicinal ocupa actualmente un lugar marginal en el tratamiento del dolor crónico en una población que se atiende en policlínicas especializadas de dolor del HC. Esta realidad sucede a pesar de la elevada carga de dolor, de fármacos analgésicos y coadyuvantes utilizados y del interés manifestado por los pacientes hacia el uso de CM. Los usuarios identificados reportaron beneficios clínicos percibidos y escasos efectos adversos, aunque el uso de preparados no registrados limita la interpretación de estos hallazgos.

Se requieren estudios con mayor tamaño muestral y seguimiento longitudinal que permitan evaluar con mayor precisión la efectividad, seguridad e impacto de CM sobre la reducción en número o dosis de otros tratamientos analgésicos y/o sus efectos adversos. Si bien se trata de un estudio preliminar, los resultados de este trabajo sugieren que el acceso a CM continúa condicionado por barreras regulatorias, económicas y asistenciales. Asimismo, evidencian la necesidad de fortalecer la formación de los profesionales de la salud, promover la utilización

de productos estandarizados y generar evidencia clínica de calidad que permita definir el lugar del CM en el tratamiento del dolor crónico en Uruguay.

Cómo citar este artículo

Fernández F, Wood I, Bernardi N, Speranza N. Prevalencia y patrones de uso de cannabis medicinal en pacientes con dolor crónico del Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela, 2025. Boletín Farmacológico. [Internet]. 2026.

Bibliografía

1. Carr DB, Goudas LC. Acute pain. The Lancet. junio de 1999;353(9169):2051-8. doi:10.1016/S0140-6736(99)03313-9
2. L. Brunton L, C. Knollmann B. Goodman & Gilman's: The Pharmacological Basis of Therapeutics. 14th ed. McGraw Hill; 2023.
3. Brafford May M, Glode A. Dronabinol for chemotherapy-induced nausea and vomiting unresponsive to antiemetics. Cancer Manag Res. mayo de 2016;49. doi:10.2147/CMAR.S81425
4. Wood I, Purtscher P. Investigación clínica en derivados de cannabis medicinal desde la Unidad Académica de Farmacología y Terapéutica. 2025.
5. Silva-Cardoso GK, Leite-Panissi CRA. Chronic Pain and Cannabidiol in Animal Models: Behavioral Pharmacology and Future Perspectives. Cannabis Cannabinoid Res. 1 de abril de 2023;8(2):241-53. doi:10.1089/can.2022.0096
6. Ateş G, Welsch P, Klose P, Phillips T, Lambers B, Häuser W, et al. Cannabis-based medicines for chronic neuropathic pain in adults. Cochrane Central Editorial Service, editor. Cochrane Database Syst Rev. 19 de enero de 2026;2026(1). doi:10.1002/14651858.CD012182.pub3
7. Ley 19172. 2013.
8. Ley 19847. 2019.
9. Notejane M, Rodríguez A, Speranza N, Giachetto G, Zunino C, Bernardá M. Derivados cannábicos para uso medicinal en niños y adolescentes. 2025.
10. Committee on the Health Effects of Marijuana: An Evidence Review and Research Agenda, Board on Population Health and Public Health Practice, Health and Medicine Division, National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. The Health Effects of Cannabis and Cannabinoids: The Current State of Evidence and Recommendations for Research [Internet]. Washington, D.C.: National Academies Press; 2017 [citado 18 de junio de 2026]. Disponible en: <https://www.nationalacademies.org/publications/24625> doi:10.17226/24625
11. Casavieja F, Fernández F, Piriz A, Rodríguez V, Serrón L, Wood I, et al. Prevalencia y patrones de uso de cannabis medicinal en pacientes con dolor crónico. Uruguay; 2025.
12. Caracterización y seguimiento de una población de uruguayos usuarios de derivados de cannabis medicinal artesanal. Rev MEDICA Urug. 25 de mayo de 2023;39(2). doi:10.29193/RMU.39.2.1
13. Fernando G, Perdamaian TK. Integrating palliative care into primary healthcare systems: Advocacy efforts, milestones and challenges in Asia. Malays Fam Physician. 23 de octubre de 2024;19:61. doi:10.51866/cm0007

14. Una experiencia de trabajo interdisciplinario en dolor crónico. Resultados y desafíos. Rev MEDICA Urug. 1 de marzo de 2019;35(1). doi:10.29193/RMU.35.5
15. Whiting PF, Wolff RF, Deshpande S, Di Nisio M, Duffy S, Hernandez AV, et al. Cannabinoids for Medical Use: A Systematic Review and Meta-analysis. JAMA. 23 de junio de 2015;313(24):2456. doi:10.1001/jama.2015.6358
16. Caracterización y seguimiento de una población de uruguayos usuarios de derivados de cannabis medicinal artesanal. Rev MEDICA Urug. 25 de mayo de 2023;39(2). doi:10.29193/RMU.39.2.1
17. Speranza Mourine N, De Santis A, Wood I, Galarraga F, Jara J, Mansilla S, et al. ¿Quiénes prescriben cannabis medicinal en Uruguay?: estudio preliminar sobre actitudes y conocimientos de los prescriptores. An Fac Med. 6 de marzo de 2025;12(1):e205. doi:10.25184/anfamed2025v12n1a8