

DOLOR

Vol. 38. Supl. 1 Abril-Junio 2015
p S171

Analgesia placebo: ¿aliada o enemiga?

Dra. María López-Collada Estrada

Toda intervención médica se asocia a un complejo contexto psicosocial que influye en mayor o menor grado en el desenlace terapéutico. Para analizar los efectos del contexto psicosocial de un enfermo, se tiene que eliminar la acción específica de la terapia en cuestión (por ejemplo, de un fármaco) y reproducir un contexto similar en todos los aspectos, a excepción de la acción específica del fármaco. Para esto, se administra un tratamiento (el placebo), que el enfermo considera como un tratamiento efectivo, y por lo tanto, espera una reducción de los síntomas.

Muchos aspectos fundamentales del comportamiento humano no están condicionados por la conciencia. El condicionamiento clásico tiene un rol primordial en la formación de expectativas de un tratamiento médico y respuestas placebo. En el caso de la analgesia placebo, la asociación entre un tratamiento dado (por ejemplo, una inyección que contiene morfina) y el alivio subsecuente del dolor crean un conocimiento predictivo que modula las futuras respuestas a una inyección, incluso si la misma en este caso contiene solución salina. El cerebro humano puede procesar información sensorial incluso antes de que ésta haya alcanzado la conciencia, y la analgesia placebo puede ser detonada de manera inconsciente a través de la misma vía.

Durante una analgesia placebo existe una activación incrementada de la corteza orbito-frontal, una estructura que posee conexiones directas con regiones cerebrales relacionadas con el afecto y la sensación de recompensa. Esto significaría que el alivio del dolor vía analgesia placebo corresponde a una señalización relacionada con el proceso de recompensa, más que una inhibición consciente del proceso nociceptivo. La

interpretación que considera que un analgésico actúa específicamente sobre las vías del dolor, mientras que un placebo lo hace únicamente sobre las vías de las expectativas se vino abajo cuando se demostró que ciertos analgésicos que han probado ser superiores al placebo, únicamente reducen el dolor cuando el paciente está al tanto de su administración. Cualquier tratamiento analgésico consiste invariablemente en dos componentes: el componente farmacodinámico y el placebo.

La relación que tienen el sistema opioide y la analgesia placebo se describió inicialmente demostrando que los efectos analgésicos del placebo pueden ser bloqueados tras la administración de naloxona, un antagonista opioide. Existen mecanismos tanto opioides como no opioides implicados en el proceso.

La analgesia placebo ha probado tener efectividad, aunque menor que cualquier tratamiento estándar y sobretodo una duración considerablemente menor. Decirle a un paciente que se le está administrando un analgésico (y en realidad administrar solución salina) es tan potente como administrar de 6-8 mg de morfina sin que el paciente lo sepa, pero la duración del efecto será menor.

Es complicado esclarecer las circunstancias, si es que existe alguna, en la que la administración de un placebo debería reemplazar a un analgésico activo. El uso de un placebo como monoterapia analgésica está injustificado a menos de que no exista ningún otro tratamiento efectivo disponible o que exista alguna otra circunstancia fuera de lo común, pero sobretodo no deberá de usarse con el fin de comprobar la veracidad del reporte de dolor del enfermo.

LECTURAS RECOMENDADAS

1. Jensen K, Kaptchuk T, Chen X, Kirsh I, Ingvar M, Gollub R. A neural mechanism for nonconscious activation of conditioned placebo and nocebo response. *Cer Cor Advance*. 2014;275:1-8.
2. Peciña M, Zubieta JK. Molecular mechanisms of placebo responses in humans. *Molecular Psychiatry*. 2014;13:1-8.

Este artículo puede ser consultado en versión completa en <http://www.medigraphic.com/rma>