

Dolor Crónico: Conceptos generales de tipos de dolor y los datos asociados según el último barómetro

Hermann Ribera
Médico anestesiólogo y secretario de la
Sociedad Española del Dolor



© Saned 2023

Reservados todos los derechos. Ninguna parte de esta publicación podrá ser reproducida, almacenada o transmitida en cualquier forma ni por cualquier procedimiento electrónico, mecánico, de fotocopia, de registro o de otro tipo sin el permiso de los Editores.

Sanidad y Ediciones, S.L.

gruposaned@gruposaned.com

Poeta Joan Maragall, 60, 1ª. 28020 Madrid.

Tel.: 91 749 95 00

Carrer Frederic Mompou, 4A, 2ª. 08960 Sant Just Desvern. Barcelona.

Tel.: 93 320 93 30



ÍNDICE

¿Cómo definimos el dolor?: implicaciones biopsicosociales	4
¿Todos los dolores son iguales?: Tipos de dolor	4
¿Cómo sabemos cuánto dolor tiene un paciente?: Instrumentos de medición	5
¿Qué consecuencias en salud tiene el dolor en nuestros pacientes?	7
¿Qué prevalencia actual tiene el DC en España?: resultados del "Barómetro del Dolor"	8
Abordaje terapéutico del dolor crónico: ¿Qué papel tienen las Unidades del Dolor?	9
El dolor agudo postoperatorio: un problema no resuelto	10
¿Qué novedades hay en los tratamientos analgésicos y hacia dónde apuntan las nuevas investigaciones?	11
Conclusiones	11

DOLOR CRÓNICO: CONCEPTOS GENERALES DE TIPOS DE DOLOR Y LOS DATOS ASOCIADOS SEGÚN EL ÚLTIMO BA- RÓMETRO

Hermann Ribera

Médico anestesiólogo y secretario de la Sociedad Española del Dolor

¿CÓMO DEFINIMOS EL DOLOR?: IMPLICACIONES BIOPSICOSOCIALES

El dolor es una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada o similar a la asociada con daño tisular real o potencial, según la definición más reciente de la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (*International Association for the Study of Pain, IASP*)¹. Es, por tanto, una experiencia vital física, cognitiva, evaluativa y emocional.

La percepción del dolor está influenciada por factores biológicos, psicológicos y sociales, de manera que no puede ser explicada exclusivamente por la activación de las neuronas sensoriales². Por todo ello, hoy en día el abordaje terapéutico del paciente con Dolor Crónico (DC) se entiende desde un modelo biopsicosocial y precisa de un enfoque multidisciplinar. El alivio del dolor es un imperativo ético y asistencial que se ha establecido como un objetivo prioritario de la medicina del siglo XXI³. La declaración de Montreal en 2010 de la IASP ratificó formal-

mente la inclusión del acceso al tratamiento analgésico como un Derecho Humano Fundamental⁴.


¿TODOS LOS DOLORES SON IGUALES?: TIPOS DE DOLOR

No todos son iguales ni todos los pacientes los perciben de la misma manera. Desde un punto de vista académico, las diferencias entre ellos varían en función de criterios como son la *duración, la fisiopatología, la etiología* o el *sistema afectado*.

Desde el punto de vista de la *duración*, el dolor puede clasificarse en **agudo** o **crónico**. El *Dolor Agudo* es un mecanismo de alarma ante cualquier agresión externa física o emocional tras un factor desencadenante y que finaliza tras el cese de dicha agresión. Sin embargo, el *Dolor Crónico* persiste más allá de tres meses una vez que la lesión original ha sido reparada. Este tipo de dolor presenta, de forma característica, mecanismos aberrantes de perpetuación y está sujetos a múltiples factores moduladores. De esta manera, el DC se convierte en una enfermedad en sí misma que genera un sufrimiento innecesario no sólo físico, sino también emocional, que puede acabar menoscabando las defensas psicológicas del paciente que lo sufre y evolucionar hacia la ansiedad o la depresión, frecuentemente acompañado de importantes limitaciones funcionales y afectación de su ámbito laboral, social, familiar y personal.

Según la *fisiopatología del dolor*, existen tres tipos de dolor principales:

- o **Dolor inflamatorio**: resultante de lesión de los tejidos no neuronales y debido a la activación de los receptores del dolor o nociceptores. Constituye la forma más común de dolor crónico y los ejemplos más frecuentes son la artrosis, la artritis, la infección o el cáncer.
- o **Dolor neuropático**: consecuencia de una lesión o enfermedad en el sistema nervioso somatosensorial. Los tres cuadros dolorosos paradigmáticos son la



neuralgia del trigémino, la neuralgia postherpética y la polineuropatía diabética. Los mecanismos más comunes son las descargas ectópicas generadas en los nervios periféricos o en los ganglios de la raíz dorsal, la sensibilización central o la pérdida de los controles modulatorios descendentes.

- **Dolor nociplástico:** surgido de una alteración de la nocicepción sin evidencia de ninguna lesión como en la fibromialgia, el colon irritable o el dolor orofacial idiopático.

Hay que tener en cuenta que, en ocasiones, los pacientes pueden padecer una combinación de dolor inflamatorio, neuropático y nociplástico.

Según la *etiología del dolor*, se puede clasificar en **oncológico** y **no oncológico**. El dolor oncológico deriva de la propia enfermedad, bien debido a la invasión y compresión de estructuras del proceso tumoral, o bien debido a las comorbilidades o los tratamientos utilizados. El dolor oncológico afecta al 56 % de los pacientes durante el transcurso de su enfermedad y, en fases avanzadas, es superior al 75 %⁵. El dolor no oncológico incluye aquellas dolencias que no son secundarias a un proceso oncológico o a sus tratamientos⁶.

Por último, el dolor se puede clasificar *atendiendo al sistema afectado*: **nervioso**, **respiratorio**, **cardiovascular**, **musculoesquelético**, **cutáneo** y **subcutáneo**, gastrointestinal y genitourinario. Las manifestaciones más comunes del dolor crónico afectan al sistema nervioso y al sistema musculoesquelético³.

Por otro lado, la Organización Mundial de la Salud (OMS) estableció en el 2019 unos grupos de patologías con Dolor Crónico según la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-11⁶:

- **Dolor crónico primario:** caracterizado por la alteración funcional o estrés emocional debido a causas biológicas, psicológicas o sociales.

- **Dolor crónico oncológico:** causado por el cáncer y la metástasis o por su tratamiento.
- **Dolor crónico postquirúrgico o postraumático:** persiste tras un procedimiento quirúrgico o una lesión traumática tras la reparación tisular.
- **Dolor crónico neuropático:** causado por una lesión o enfermedad del sistema nervioso central o periférico.
- **Dolor crónico orofacial y cefalea:** provocado por lesiones orales o faciales y dolor de cabeza que se manifiesta al menos la mitad de los días durante tres meses.
- **Dolor crónico visceral:** se origina en las vísceras torácicas o abdominales.
- **Dolor crónico musculoesquelético:** si aparece en huesos, articulaciones, músculos, columna vertebral, tendones o tejidos blandos.

Antes de iniciar cualquier tratamiento en el paciente con DC, es fundamental una valoración inicial exhaustiva⁷ que debería incluir los siguientes aspectos: la causa inicial, el tipo de dolor (condiciona el tratamiento farmacológico que se indique), la localización del dolor, sus características temporales, los signos y síntomas secundarios, los factores que agravan o alivian el dolor, la intensidad del dolor, el impacto funcional físico y emocional, así como sobre la calidad de vida del paciente y, finalmente, la respuesta a los tratamientos previos.

¿CÓMO SABEMOS CUÁNTO DOLOR TIENE UN PACIENTE?: INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN

Como se ha comentado anteriormente, el dolor es una experiencia subjetiva difícil de valorar con exploraciones físicas o complementarias. Sin embargo, medirlo es fundamental, no sólo desde un punto de vista clínico, sino

DOLOR CRÓNICO: CONCEPTOS GENERALES DE TIPOS DE DOLOR Y LOS DATOS ASOCIADOS SEGÚN EL ÚLTIMO BARÓMETRO

también de investigación para conocer los resultados de nuestros tratamientos analgésicos.

Para ello se han desarrollado unos instrumentos estandarizados y validados que buscan la información directa de los pacientes y que valoran la percepción que experimentan con el dolor. En ellos se recogen diferentes aspectos del dolor como la intensidad, el impacto en sus actividades de la vida diaria, el descanso nocturno y su estado de ánimo entre otros. Esta información es utilizada por los profesionales sanitarios para evaluar el dolor en la práctica clínica habitual y los resultados en salud desde el punto de vista de la investigación⁸.

Estos instrumentos de medición se basan en el uso de escalas y cuestionarios, para ello es imprescindible que el paciente los entienda en un lenguaje comprensible y que ni los familiares ni el profesional sanitario interfieran en su respuesta⁹.

Las escalas unidimensionales se utilizan de forma habitual y evalúan la intensidad del dolor: son sencillas, intuitivas, de fácil manejo y reproducible entre los observadores (Tabla 1).

Por otro lado, también se utilizan de forma habitual en la práctica clínica los cuestionarios multidimensionales que evalúan diferentes aspectos o dimensiones del dolor (Tabla 2). Pueden ser *genéricos* que son aplicables a cualquier tipo de población

Tabla 2 • Cuestionarios multidimensionales para la valoración del dolor

Cuestionario de Dolor de Mc Gill (MPQ)	Es uno de los más utilizados. Explora las esferas sensorial y afectiva. A los pacientes se les pide que escojan un adjetivo de cada 20 subclases de grupos de adjetivos. Cada palabra se asocia a una puntuación específica. Los índices de dolor se calculan para la puntuación total, así como para cada dimensión. Es útil para discriminar entre pacientes que tienen clases diferentes de dolor. Existe una adaptación española.
Cuestionario Breve del Dolor (Brief Pain Inventory)	Desarrollado originalmente para el dolor oncológico; es muy utilizado en clínica e investigación para evaluar la intensidad e impacto del dolor y los efectos del tratamiento analgésico.

Tabla 1 • Cuestionarios unidimensionales para la valoración del dolor

Esca la	Características	Interpretación
Esca la Visual Analógica (EVA)	Permite medir la intensidad del dolor. Consiste en una línea horizontal de 10 centímetros, en cuyos extremos se encuentran las expresiones extremas de dolor. En el izquierdo se ubica la ausencia y en el derecho la mayor intensidad. El paciente marca en la línea la intensidad que se correlaciona con un número por la otra cara.	<ul style="list-style-type: none"> • Sin dolor • Máximo dolor
Esca la Numérica (EN)	Esca la numerada del 1-10, donde 0 es la ausencia y 10 la mayor intensidad; el paciente selecciona el número que mejor evalúa la intensidad del síntoma. Es el más sencillo y el más usado.	<ul style="list-style-type: none"> • 0=Sin dolor • 10=Máximo dolor
Esca la verbal simple (EVS)	Expresa la intensidad de síntomas en categorías, lo que resulta más sencillo.	<ul style="list-style-type: none"> • 0=Nada • 4=Poco • 6=Bastante • 10=Mucho

para conocer el impacto del dolor en su calidad de vida (**Tabla 3**); o *específicos*, cuando están centrados en un síndrome doloroso concreto como el dolor neuropático (**Tabla 4**).

Los cuestionarios más utilizados en investigación por su sencillez, validez y fiabilidad para valorar el estado gene-

Tabla 3 • Cuestionarios para valorar la calidad de vida relacionada con la salud

Cuestionario de Salud SF-36	<ul style="list-style-type: none"> • Función física (10 ítems) • Rol físico (4 ítems) • Dolor corporal (2 ítems) • Salud general (5 ítems) • Vitalidad (4 ítems) • Función social (2 ítems) • Rol emocional (3 ítems) • Salud mental (5 ítems) • Evolución declarada de la salud (1 ítem)
Cuestionario Euroqol-5D	<ul style="list-style-type: none"> • Movilidad • Autocuidado • Actividades habituales • Dolor/ malestar • Ansiedad/depresión

Tabla 4 • Cuestionarios para la valoración del dolor neuropático

Cuestionario DN4	Consta de siete ítems referidos a síntomas y tres referidos a la exploración. Es fácil de puntuar. Una puntuación total de 4/10 o mayor sugiere dolor neuropático. Se ha validado en 15 idiomas, entre ellos el español.
Test de Lattinen	Es muy utilizado en las Unidades de Dolor y valora diferentes aspectos que, sumados, dan una idea general del estado del paciente. Es fácil de utilizar y ha sido validado recientemente.
LANNS Pain Scale	Contiene cinco síntomas y dos ítems de examen clínico. Una puntuación de 12 o más posibles, sugiere dolor neuropático. Está validado en español.
Pain DETECT	Incorpora un cuestionario con nueve ítems que no requiere examen clínico. Está validado en español.

ral de salud en el paciente con DC, son el SF-36¹⁰ y el cuestionario EuroQuol-5D¹¹ (**Tabla 3**).

¿QUÉ CONSECUENCIAS EN SALUD TIENE EL DOLOR CRÓNICO EN NUESTROS PACIENTES?

El DC tiene un destacado *impacto social y económico* a nivel mundial por ser una patología crónica frecuente y con gran repercusión a nivel físico, psicológico, social y laboral en la vida de los pacientes. Estudios realizados en el 2014¹² estimaron una prevalencia global del DC del 20 %, lo que supondría alrededor de 1.600 millones de pacientes en el mundo. En Europa, estudios de los años 2006¹³ y 2011¹⁴ establecían la prevalencia del DC en un 19 %, lo que supondría 140 millones de afectados. Finalmente, en España se llevaron a cabo estudios en los años 2011 y 2016 que cifraban la prevalencia entre un 17-18 % de la población, es decir, alrededor de 8 millones de personas¹⁵. En el año 2017, la Encuesta Nacional de Salud analizó los principales problemas de salud y destacaron entre las patologías asociadas al DC, el dolor lumbar (19,7 % de la población), la artrosis (18,2 %), el dolor cervical (15,8 %) y la migraña (9,5 %).

Un factor clave asociado a su elevada prevalencia es el *envejecimiento progresivo de la población* en los países desarrollados, lo que hace pensar en un aumento de su prevalencia en los próximos años y, por lo tanto, un aumento del gasto sanitario y de la inversión en recursos suficientes para cubrir su demanda. Según las estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), *la población mayor de 60 años se duplicará en las próximas tres décadas*, lo que supondrá un 22 % de la población mundial, aproximadamente 2.100 millones de personas¹⁶. Los dos principales factores que explican esta tendencia en el índice de envejecimiento en la población española son la baja natalidad y el aumento de la esperanza de vida, cifrada en el 2022 en el 85,8 % en las mujeres y del 83,1 % en los hombres¹⁷. De hecho, las previsiones más recientes esti-

DOLOR CRÓNICO: CONCEPTOS GENERALES DE TIPOS DE DOLOR Y LOS DATOS ASOCIADOS SEGÚN EL ÚLTIMO BARÓMETRO

man que *España será el país más envejecido del mundo en el año 2050*, concretamente 15,7 millones de personas serán mayores de 65 años y 5,8 millones de personas mayores de 80 años⁹.

Estudios llevados a cabo en el año 2006 determinaron que el DC genera unos gastos superiores al 1,5 % del Producto Interior Bruto en los países desarrollados, lo que refleja la elevada repercusión de la enfermedad en los sistemas sanitarios¹⁸.

¿QUÉ PREVALENCIA ACTUAL TIENE EL DC EN ESPAÑA?: RESULTADOS DEL “BARÓMETRO DEL DOLOR”

Las instituciones Fundación Grünenthal y el Observatorio del Dolor de la Universidad de Cádiz, recientemente han desarrollado un estudio en el que se analiza la situación del DC en España en el año 2022 publicado en el documento “**Barómetro del Dolor Crónico en España**”. Este trabajo renueva la información de la disponemos actualmente acerca del impacto del DC a través de una encuesta a nivel nacional de la población adulta española y, al final, establece un decálogo de retos futuros que deberemos afrontar para poder dar respuesta a las limitaciones y necesidades identificadas.

En este estudio se entrevistaron a 7.058 pacientes y los datos generales más relevantes fueron los siguientes: la prevalencia del DC fue del 25,9 % de la población sin diferencias significativas entre las diferentes comunidades autónomas, 30,5 % en mujeres y 21,3 % en hombres, con una edad media de 51,5 años y una duración media de 6,8 años. El segmento de edad más afectada fue entre los 55-75 años (30,6 %) y el 22,2 % de los pacientes padecían depresión y un 27,6 % ansiedad. La tasa de bajas laborales debidas al DC fue el 28,6 % y el 32,3 % tuvo que abandonar su trabajo. El tiempo de duración de las bajas laborales requeridas por los pacientes se prolongó durante una media de 4,6 meses.

En cuanto a la intensidad del dolor en una escala del 0 (ausencia de dolor) al 10 (dolor insoportable), en las últimas cuatro semanas la intensidad media del dolor crónico padecido por los pacientes se situó en 6,8 puntos. La mayor parte de los pacientes (57,6 %) presentaban “mucho” dolor (intenso), correspondiente con una puntuación entre 7 y 9 en la escala de intensidad. El 33,3 % de los individuos con dolor crónico manifestaron una intensidad “moderada” del mismo (puntuaciones entre 4 y 6) y un 4,7 % “muy poco o poco” dolor (puntuaciones entre 1 y 3, leve). El 4,4 % de los pacientes sufrían dolor crónico de una intensidad “insoportable” (severo).

En cuanto a las causas del dolor, entre los pacientes con dolor crónico intenso, la principal fue por dolor lumbar en el 61,1 % de los casos, las contracturas musculares en el 54,2 % y la migraña en el 34,2 %. Las extremidades y articulaciones son las regiones corporales en las que mayoritariamente se localiza el dolor crónico en un 33,1 % de pacientes. El dolor de espalda (28 %) y el dolor generalizado (13,2 %) fueron también localizaciones frecuentes de la enfermedad.

Por otro lado, hasta un 42,1 % de los encuestados acudieron a los servicios sanitarios, el 86,7 % habían visitado Atención Primaria en el último mes, el servicio más solicitado. La atención por otras especialidades se solicitó en el 69,9 % (la más frecuente traumatología en el 47,7 %), en los servicios de urgencias en el 45 % y la atención hospitalaria en el 23,7 %. En cuanto a las Unidades del Dolor, el 24,1 % recibieron su atención y el tiempo de espera medio para el acceso a estas unidades fue de 10,5 meses.

En cuanto a las limitaciones en las actividades diarias, la más comprometida en los encuestados fue levantarse de una silla o de la cama en el 62,2 %. Por el contrario, la actividad que presentaba una mayor autonomía era alimentarse, generando dificultades tan sólo en un 26,1 % de los casos. Las dificultades para conciliar el sueño se documentaron en un 64,8 % de los encuestados.

Como *conclusiones* del Barómetro del Dolor, la prevalencia de dolor crónico en la población española fue del 25,9 %, lo que significa que 9 millones de personas padecen esta enfermedad y es más frecuente entre mujeres en la edad media de la vida. Además, el DC genera un gran impacto desde el punto de vista de la duración y de la intensidad. El dolor más frecuente se localiza en la zona lumbar. Levantarse de la silla o de la cama es la limitación funcional más habitual y hasta el 28,6 % de los encuestados precisaron de una baja laboral a causa del dolor en el último año, dato que pone en evidencia las repercusiones socioeconómicas que supone este dato. La ansiedad y la depresión son enfermedades asociadas al dolor crónico, lo que pone de manifiesto la importancia que tiene la prevención y el cuidado de la salud mental en este ámbito.

ABORDAJE TERAPÉUTICO DEL DOLOR CRÓNICO: ¿QUÉ PAPEL TIENEN LAS UNIDADES DEL DOLOR (UDO)?

Como se ha comentado anteriormente, es imprescindible entender el dolor desde una perspectiva *biopsicosocial* debido a la naturaleza multidimensional del dolor. Por lo tanto, su tratamiento adecuado precisa de un *enfoque multidisciplinar* mediante la combinación de intervenciones terapéuticas farmacológicas, no farmacológicas (dieta, ejercicio, terapia cognitivo-conductual y autocuidados) e intervencionistas. La combinación de estos tratamientos ha demostrado mejorar los resultados en términos de alivio del dolor, la funcionalidad y aumento de la calidad de vida en salud¹⁹.

Las unidades del dolor multidisciplinares basadas en el modelo biopsicosocial han demostrado ser eficaces y rentables. Sin embargo, en España los largos tiempos de espera para las citas y la accesibilidad desde Atención Primaria siguen siendo un problema muy importante²⁰.

Las UDO son unidades médicas hospitalarias que ofrecen una asistencia multidisciplinar en un espacio específico. Este

espacio debe cumplir unos requisitos estructurales, funcionales y organizativos recogidos en el Documento de Estándares del Ministerio de Sanidad²¹. La mayoría de las UDO cubren la atención a los pacientes con DC oncológico y no oncológico. Sin embargo, algunas también ofrecen una cobertura asistencial al dolor agudo, especialmente al dolor agudo postoperatorio de una manera integral. Por lo tanto, las UDO son heterogéneas en cuanto a origen, organización, cartera de servicios y profesionales que forman parte de ellas.

En España existen diferentes niveles de UDO en función de su grado de especialización, desde el nivel I (unidisciplinares) hasta las de nivel IV (multidisciplinares). La necesidad real de disponer de una UDO de nivel IV se ha calculado necesaria entre los 1 y 2 millones de habitantes. En la **tabla 5** se exponen los *objetivos de una UDO*.

Tabla 5 • Objetivos de una Unidad del Dolor

Aliviar el dolor
Aumentar la capacidad funcional
Mejorar la calidad de vida
Racionalizar la medicación analgésica
Educar a los cuidadores y familiares del paciente
Favorecer el autocuidado del paciente
Atender a los aspectos emocionales, sociales, familiares y ocupacionales
Recoger y evaluar los resultados de los tratamientos
Investigar sobre la epidemiología, etiología, evaluación y de los tratamientos

En general, los criterios de derivación a las UDO más frecuentes son los siguientes:

- Pacientes con dolor crónico refractarios a los tratamientos analgésicos convencionales
- Dolor intenso con afectación en la calidad de vida del paciente

DOLOR CRÓNICO: CONCEPTOS GENERALES DE TIPOS DE DOLOR Y LOS DATOS ASOCIADOS SEGÚN EL ÚLTIMO BARÓMETRO

- Pacientes tributarios de tratamientos intervencionistas
- Pacientes en tratamiento con opioides a dosis elevadas o con efectos secundarios intolerables
- Pacientes complejos (pluripatológicos y polimedcados) con cuadros dolorosos difíciles (por ejemplo, dolor neuropático)
- Pacientes con dolor oncológico difícil refractarios a los tratamientos hasta el tercer escalón de la OMS

Es importante comprender que cuando los pacientes con DC son refractarios a los tratamientos farmacológicos, es necesario recurrir a las técnicas intervencionistas que ofrecen las UDO. Existe un amplio panel de procedimientos intervencionistas que ha ido aumentando en los últimos años, de manera que los médicos que integran las UDO actualmente están formados específicamente y los equipos sanitarios altamente cualificados para ofertar dicha asistencia, junto con unos recursos técnicos y una estructura organizativa adecuada para ello.

EL DOLOR AGUDO POSTOPERATORIO (DAP): UN PROBLEMA NO RESUELTO

Se realizan más de 300 millones de intervenciones quirúrgicas al año en todo el mundo y cada año siguen aumentando a un ritmo anual estimado de un 5 % paralelamente a la complejidad y a las comorbilidades de los pacientes²². Sin embargo, el dolor postoperatorio agudo asociado a estas cirugías sigue estando mal gestionado desde hace muchos años. Actualmente la prevalencia en los hospitales sigue siendo alta a pesar del avance en los conocimientos sobre la fisiopatología del dolor agudo y crónico, la incorporación de nuevos fármacos y técnicas analgésicas, guías clínicas o la organización a través de las Unidades de Dolor Agudo (UDA): entre un 30-80 % de los pacientes experimentan dolor moderado-intenso tras las 24 horas de


una intervención quirúrgica²³ y su prevalencia ha permanecido alta durante las últimas cuatro décadas²⁴. Dicho en otras palabras: estos avances no sólo no han logrado obtener mejoras en el control del dolor agudo postoperatorio (DAP), sino que sigue tratándose de forma inadecuada en nuestros hospitales.

Por otro lado, un insuficiente control del DAP está demostrado que puede dar lugar a una transición mórbida a dolor crónico postquirúrgico si persiste más allá de los tres meses de la cirugía²⁵ que son un auténtico reto terapéutico para las Unidades de Dolor Crónico y que, además, suponen un deterioro de la calidad de vida del paciente debido a sus repercusiones físicas, psicológicas y económicas.

Los médicos anestesiólogos son los profesionales más cualificados en el tratamiento del DAP por formación, conocimiento y capacitación para la utilización de las técnicas analgésicas especializadas en los diferentes procedimientos quirúrgicos. Este hecho refuerza la idea de que el liderazgo de la gestión del DAP debería recaer en los Servicios de Anestesiología y de las Unidades del Dolor, aunque también de los servicios quirúrgicos, de enfermería y farmacia hospitalaria. Además, la comunicación entre profesionales y la planificación conjunta son elementos fundamentales para la obtención de buenos resultados: en definitiva, es imprescindible una estrecha colaboración interdisciplinar.

La *analgesia multimodal* es el eje vertebrador para obtener un buen control del DAP: se basa en la combinación de analgésicos y/o vías de administración diferentes para obtener un efecto sinérgico de forma individualizada y en función del procedimiento quirúrgico²⁶.

La gestión del DAP más adecuada se organiza en los hospitales a través de las Unidades de Dolor agudo (UDA)²⁷. Su estructura organizativa debe incluir la valoración y el registro diario de los resultados de los tratamientos analgésicos, la cobertura asistencial las 24 horas del día, la utilización de protocolos basados en las guías clínicas, la



educación y la información al paciente, la comunicación interdisciplinaria y la formación de los profesionales sanitarios implicados en el DAP. En los últimos años, en muchos hospitales ya se están desarrollando nuevos modelos asistenciales consistentes en "Servicios de Dolor Perioperatorio". Su objetivo es la cobertura completa del DAP desde el período preoperatorio hasta el postoperatorio en el domicilio del paciente²⁸.

¿QUÉ NOVEDADES HAY EN LOS TRATAMIENTOS ANALGÉSICOS Y HACIA DÓNDE APUNTAN LAS NUEVAS INVESTIGACIONES?

En los últimos años, el número de trabajos de investigación ha aumentado de forma considerable y ha permitido el desarrollo de moléculas que actúan sobre nuevas dianas terapéuticas. Desafortunadamente, la mayoría de estos fármacos están en desarrollo preclínico o han fracasado en los ensayos clínicos. Concretamente, se están investigando cómo actúan nuevos fármacos sobre los receptores TRPV1, los canales del sodio 1.7 y del potasio, los microRNA, los receptores cannabinoides CB2, los receptores de la microglía (que se sobreexpresan en situaciones de cronicación del dolor) y los receptores de la mitocondria. Un gran avance sería el que nos pudiera ofrecer la farmacogenética en un futuro para poder entender las diferencias entre la percepción dolorosa de un paciente respecto a otro y, además, poder dirigir nuestras dianas terapéuticas de forma selectiva. En todo caso, todavía se requieren ensayos clínicos multicéntricos a gran escala para evaluar la eficacia de los fármacos que actúan sobre dichas nuevas dianas terapéuticas.

Existe una necesidad urgente para desarrollar el diseño y síntesis de nuevos agentes analgésicos, aunque se avanza poco a poco en el descubrimiento de nuevos tratamientos analgésicos eficaces que mejorarían el perfil de seguridad existente.

CONCLUSIONES

Debido a la complejidad clínica, etiológica y multidimensional de la experiencia dolorosa, es fundamental la valoración y tratamiento del paciente de forma individualizada e integral. Un equipo multidisciplinar permite abordar de forma multidimensional las esferas fisiológicas, afectivas, cognitivas y sociales del dolor.

Las UDO son unidades asistenciales altamente especializadas en los pacientes con dolores refractarios a los tratamientos analgésicos convencionales; sus criterios de derivación son universales y garantizan el abordaje más adecuado.

A pesar de que el dolor es una experiencia subjetiva, existe una amplia variedad de herramientas basada en escalas y cuestionarios para evaluar la manera en que los pacientes lo perciben y experimentan, de manera que es posible conocer la intensidad de sus dolores y su impacto en su calidad de vida.

En los últimos años hemos avanzado mucho en el conocimiento de la fisiopatología del dolor y de los tratamientos analgésicos. Sin embargo, la prevalencia del dolor, tanto el agudo postoperatorio como el crónico, sigue siendo alta.

En cuanto al DAP, quedan muchas cuestiones por resolver, como qué grupos de pacientes y qué procedimientos quirúrgicos se beneficiarían más de un servicio especializado del dolor, las razones de la alta variabilidad y las barreras para implementar las prácticas basadas en la evidencia, qué información debería recibir el paciente y su familia acerca del manejo del dolor en función de cada región, consenso sobre qué medidas de mejora funcional deberían ser monitorizadas, cómo podríamos evaluar la comunicación entre pacientes y los cuidadores y, por último, la necesidad de llevar a cabo estudios epidemiológicos que evalúen las prevalencias del dolor agudo y crónico postoperatorio así como de los tratamientos analgésicos, inclui-

DOLOR CRÓNICO: CONCEPTOS GENERALES DE TIPOS DE DOLOR Y LOS DATOS ASOCIADOS SEGÚN EL ÚLTIMO BARÓMETRO

dos los fármacos opioides. El objetivo final ha de ser proveer a los pacientes y familias de unos cuidados eficaces y seguros del dolor asociado a los procedimientos quirúrgicos que conduzcan hacia una óptima recuperación con una mínima afectación funcional a corto y largo plazo.

Respecto al DC, la previsión para los próximos años es que su prevalencia vaya en aumento. En cuanto a la estrategia de gestión para afrontar esta situación, es fundamental el adecuado reconocimiento y valoración del DC como enfermedad, para el posterior fomento de la prevención y del abordaje asistencial más adecuado.

Por último, desde la comprensión y la información de la situación actual del dolor en España, es necesario afrontar unas *perspectivas de futuro* que permiten situar al dolor como una prioridad asistencial sanitaria a nivel nacional, con el objetivo de optimizar su gestión para mejorar la calidad de vida de los pacientes. Para ello, se proponen como retos de futuro en el abordaje del dolor los siguientes puntos:

- Visibilizar de la enfermedad a nivel nacional e institucional
- Impulsar la puesta en marcha de nuevos planes y estrategias en el ámbito del dolor a nivel nacional y autonómico
- Generar más iniciativas investigadoras e innovadoras en el ámbito del dolor
- Formación de alianzas entre los diferentes niveles asistenciales con el fin de ofrecer un abordaje multidisciplinar desde un modelo biopsicosocial
- Poner en valor y potenciar el papel de los profesionales de Atención Primaria como primera línea de valoración y tratamiento del paciente con dolor
- Fortalecer la participación de las Unidades del Dolor en el proceso asistencial con dotación de los recursos físicos y humanos adecuados para ello y mejorar el acceso de los pacientes a esta asistencia
- Maximizar la formación de los profesionales sanitarios en el abordaje del dolor y su abordaje terapéutico
- Empoderar a los pacientes en la participación de su proceso asistencial.

BIBLIOGRAFÍA

1. Asociación Internacional para el Estudio del Dolor 2020, IASP Announces Revised Definition of Pain.
2. Organización Mundial de la Salud (OMS), 2022. Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-11 dolor crónico.
3. Torralba A, Miguel A, Darba J. Situación actual del dolor crónico en España: iniciativa "Pain Proposal". *Rev Soc Esp Dolor*. 2014; 21(1):16-22.
4. Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid. Estrategia de atención a pacientes con enfermedades crónicas en la Comunidad de Madrid: Consejería de Madrid;2103. Disponible en www.madrid.org/bvirtual/BVCM017570.pdf.
5. Tuca-Rodríguez A, Gómez-Batiste X, Espinosa-Rojas J, Martínez-Muñoz M, et al. Structure, organisation and clinical outcomes in cancer patients of hospital support teams in Spain. *BMJ Support Palliat Care*. 2012;2(4):356-62.
6. www.dolor.com. Clasificación del dolor crónico según la OMS.
7. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Prácticas seguras para el uso de opioides en pacientes con dolor crónico. 2015. Disponible desde www.sefh.es/sefhpdfs/PRACTICASSEGURASOPIOIDES.pdf
8. Tristancho, R. et al., 2022. ¿Cómo evaluar los resultados en salud en el dolor crónico no oncológico? Investigación cualitativa. *Journal of Healthcare Quality Research*. [Online] [online]. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2603647922000513> (Accessed 8 September 2022).
9. Vicente Herrero, M. T. et al., 2018. Valoración del dolor. Revisión Comparativa de Escalas y Cuestionarios. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*. Available from: http://gestoreditorial.resed.es/DOI/PDF/ArticuloDOI_3632.pdf.
10. Alonso, J. et al. (1995) [The Spanish version of the SF-36 Health Survey (the SF-36 health questionnaire): an instrument for measuring clinical results]. *Medicina Clínica*. 104 (20), 771-776.
11. Cabasés, J. M. (2015) El EQ-5D como medida de resultados en salud. *Gaceta Sanitaria*. [Online] 29 (6), 401-403.
12. Plataforma de Organizaciones de Pacientes & Sociedad Española del Dolor, 2018. El dolor en la enfermedad crónica desde la perspectiva de los pacientes.
13. Breivik H. et al., 2006. Survey of chronic pain in Europe: Prevalence, impact on daily life, and treatment. *Eur J Pain* 2006; 10: 287-333. doi: 10.1016/j.ejpain.2005.06.009.
14. Langley P., 2011. The prevalence, correlates and treatment of pain in the European Union. *Current Medical Research and Opinion* 2011 Feb;27(2):463-80.
15. Langley P. et al., 2011. The prevalence, correlates and treatment of pain in Spain. *J Med Econ* 2011;14(3):367-80.
16. Organización Mundial de la Salud, 2021. Envejecimiento y salud.
17. Expansión, 2022. Esperanza de vida al nacer.
18. Phillips C 2006, Economic burden of chronic pain. *Expert review of Pharmacoeconomics & Outcomes research* 2006 Oct;6(5): 591-601.
19. Scascighini L, Toma V, Dober-Spielmann S, Sprott H. Multidisciplinary treatment for chronic pain: a systematic review of interventions and outcomes. *Rheumatology (Oxford)*. 2008 May;47(5):670-8.
20. Hadi MA, Alldred DP, Briggs M, Marczewski K, Closs SJ. 'Treated as a number, not treated as a person': a qualitative exploration of the perceived barriers to effective pain management of patients with chronic pain. *BMJ Open*. 2017 Jun 12;7(6):e016454.
21. Palanca-Sánchez, I.; Puig-Riera, M.M.; Elola-Somoza, J.; Bernal-Sobrino, J.L.; Paniagua-Caparrós, J.L. Grupo de Expertos. En *Unidad De Tratamiento De Dolor: Estándares Y Recomendaciones*; Política Social e Igualdad, Ministerio de Sanidad: Madrid, España, 2011.
22. Weiser TG, Haynes AB, Molina G, et al. Estimate of the global volumen of surgery in 2012: an assessment supporting improved health outcomes. *Lancet* 2015; 385 (Suppl,2):511.
23. Meissner W, Coluzzi F, Fletcher D, et al. Improving the management of post-operative acute pain: priorities for change. *Curr Med Res Opin* 2015;31:2131e43.
24. Correll DJ, Vlassakov KV, Kissin I. No evidence of real progress in treatment of acute pain, 1993-2012: scientometric analysis. *J Pain Res* 2014;7:199e210.
25. Fletcher D, Stamer UM, Pogatzki-Zahn E, et al. Chronic post-surgical pain in Europe: An observational study. *Eur J Anaesthesiol*. 2015: published online 1 August 2015;32:725-34.
26. Rafiq S, Steinbrüchel DA, Wanscher MJ, et al. Multimodal analgesia versus traditional opiate based analgesia after cardiac surgery, a randomized controlled trial. *J Cardiothorac Surg* 2014; 9:52.
27. MacIntyre PE. Acute pain services – 20 years after Brian Ready where have we been? Where are we going? *Acute Pain* 2008; 10:181 –183.
28. Zaccagnino MP, Bader AM, Sang C, Correll DJ. The Perioperative Surgical Home: A New Role for the Acute Pain Service.

