

CARTAS AL EDITOR

Tratamiento del dolor crónico no oncológico: cambio de paradigma y manejo multidisciplinar

Treatment of non-malignant chronic pain: paradigm shift and multidisciplinary management

N. Varela

Sr. Editor:

Hemos leído con interés el artículo *Terapias no farmacológicas para el dolor crónico no oncológico: percepciones de los pacientes* de Ruiz-Romero y col¹ publicado en el número 44 de la revista Anales del Sistema Sanitario de Navarra, el cual nos ha conducido a reflexionar sobre este muy interesante tema.

El tratamiento dolor crónico no oncológico es sin lugar a dudas uno de los grandes retos de la medicina de nuestro siglo. No solo afecta a una proporción importante de la población sino que, además, su carácter crónico supone un impacto mantenido en el tiempo, con la consecuente pérdida de calidad de vida para los pacientes que lo sufren.

Si nos fijamos en los resultados obtenidos en el estudio *Global Burden of Disease*² (estudio realizado a nivel mundial desde 1990 para evaluar el impacto de las enfermedades a nivel poblacional), podemos destacar que cuatro de las diez patologías que implican mayor número de años vividos con enfermedad (*years lived with disease*, YLD), son condiciones dolorosas, siendo la lumbalgia la patología con mayor cantidad de YLD en todo el estudio. El dolor lumbar es también, en el caso de Europa, la segunda entidad con mayor número de años de

vida ajustados por enfermedad (*disability adjusted life years*, DALY), solo superado por la patología cardíaca isquémica. Estos datos no han variado en las últimas tres décadas.

En 1986, la Organización Mundial de la Salud publicó la bien conocida Escalera Analgésica³ que, es importante recordar, específicamente pretendía promover el uso de opioides mayores para el tratamiento del dolor oncológico. Sin embargo, al cabo de pocos años empezó a aplicarse también a dolor crónico no oncológico. La escalera analgésica de la OMS acabó siendo un dogma en el tratamiento del dolor independientemente de su origen, prescribiéndose opioides mayores de forma crónica; todo ello ha supuesto la actual crisis sanitaria debido a la epidemia de opioides.

Pero los opioides no han sido los únicos fármacos utilizados de forma indiscriminada para el tratamiento del dolor. Solo por destacar uno de ellos, la pregabalina llegó a ser el segundo fármaco con mayor gasto sanitario en el Reino Unido en el año 2016, con 222 millones de libras destinadas a dicho fármaco⁴.

Sin embargo, y pese a todo el esfuerzo y gasto realizado, el dolor sigue siendo un problema de salud pública que seguimos sin poder controlar. Por

Responsable Área de Dolor. Clínica Universidad de Navarra. Pamplona. España.

Correspondencia:

Correspondencia:
Nicolas Varela
Área de Dolor
Clínica Universidad de Navarra
Avda/ Pío XII, 36
31008 Pamplona
España
E-mail: nvarela@unav.es

Recibido: 29/07/2022 • Aceptado: 23/08/2022



© 2022 Gobierno de Navarra. Artículo Open Access distribuido bajo licencia Creative Commons Atribución-Compartirigual 4.0 Internacional. Publicado por el Departamento de Salud del Gobierno de Navarra.

ello, en la última década se le ha ido dando cada vez mayor importancia al modelo biopsicosocial del dolor. Dicho modelo no se centra exclusivamente en la nocicepción (o lo que es lo mismo, la transmisión de una señal nerviosa generada por un receptor del dolor y que se interpreta como tal en el cerebro), sino que añade componentes emocionales y sociales para entender mejor el impacto que tiene el dolor en la vida de los pacientes.

En este sentido, el artículo de Ruiz-Romero y col¹ es particularmente interesante ya que implementa técnicas no farmacológicas para el manejo del dolor y permite obtener evidencia de calidad respecto a la efectividad de estas terapias.

El uso de técnicas no farmacológicas para el tratamiento del dolor no es novedoso en sí mismo. De hecho, cabe mencionar que el manejo no farmacológico del dolor incluye también técnicas basadas en la electricidad (radiofrecuencia y neuroestimulación principalmente) o en ultrasonidos, por nombrar solo alguna, pero esto excede en mucho a este texto y al artículo mencionado.

Centrándonos exclusivamente en el manejo no invasivo, no intervencionista ni farmacológico del dolor, basado en técnicas de psicología y fisioterapia, este es un campo que tiene una larga trayectoria pero que desgraciadamente aún no se ha plenamente incorporado en España. Ya en 2014 existía una revisión Cochrane⁵ con más de 40 ensayos clínicos aleatorizados al respecto.

La *British Pain Society* lleva de hecho muchos años promoviendo los bien conocidos *Pain Management Programmes*, o lo que es lo mismo, programas de manejo del dolor. En la página web de la sociedad⁶ se hace de hecho una clara separación entre las Unidades de Dolor (*Pain Clinics*) y los Programas de Manejo del Dolor. Aunque el personal que se dedica al cuidado de pacientes con dolor crónico suele ser el mismo en la Unidad de Dolor, esta separación teórica y arbitraria tiene de hecho un fundamento muy importante y es de particular importancia que el paciente entienda que ambos tienen objetivos principales diferentes: el de las Unidades de Dolor es el control del dolor, y el del Programa de Manejo del Dolor es la mejora en la calidad de vida del paciente sin necesariamente disminuir los niveles de dolor.

La descripción que se hace en el artículo de Ruiz-Romero y col¹ del taller impartido se corresponde perfectamente con un programa de manejo del dolor y es una gran alegría saber que este

tipo de iniciativas se están dando en España. Esta es, en mi opinión, la mayor novedad que presenta el estudio, dado que la experiencia española en este tipo de programas es francamente limitada. Además, el estudio muestra una excelente metodología, aunando un análisis cuantitativo a uno cualitativo, aunque me siento en la obligación de corregir a los autores cuando mencionan en la discusión que *los estudios publicados realizan análisis cuantitativos, pero no se ha encontrado un abordaje cualitativo*. Esto no es del todo cierto, dado que existen multitud de análisis cualitativos de programas de manejo del dolor. El NHS británico tiene una muy amplia experiencia en este sentido, con programas organizados por psicólogos, fisioterapeutas y terapeutas ocupacionales, que han publicado multitud de estudios en los cuales se realiza un análisis cualitativo⁷.

Pero sin querer entrar en este debate, quiero felicitar a los autores por la elección de este tipo de análisis. La finalidad principal de un programa de manejo del dolor no es la disminución de los niveles de dolor, dato siempre subjetivo, sino la mejoría de la calidad de vida de los pacientes o, dicho de otra forma, permitirles desarrollar su vida de forma más plena y satisfactoria a pesar del dolor. Por supuesto, cuando mejora la calidad de vida también se percibe menos dolor, dado que el dolor crónico no es solo un síntoma sino, sobre todo, una vivencia. Sin embargo, el enfoque de estos programas radica en no centrarse tanto en disminuir el dolor como en mejorar otros aspectos.

En el artículo¹ he echado en falta que se detallara un poco más los talleres en sí mismos. El programa tuvo una duración de 16 horas y el artículo menciona el contenido en escasamente 15 líneas. Una iniciativa tan buena y novedosa en España merecería ser más ampliamente desarrollada y detallada para que otros centros puedan implementarlo a su vez.

También hubiera sido deseable una descripción más detallada de las condiciones dolorosas de los pacientes que participaron en los talleres. La principal limitación de la mayoría de los estudios que se realizan en Medicina del Dolor tiene que ver con la selección de pacientes. Las localizaciones de los dolores mencionadas en el artículo se corresponden todas a articulaciones, y por lo tanto nos lleva a pensar en una muestra de pacientes con dolor principalmente óseo-muscular y potencialmente nociceptivo. Esto supondría una limitación muy importante a la hora de aplicar este programa a

pacientes con otros tipos de dolores (neuropáticos, nociplásticos o mixtos).

Finalmente, tal y como mencionan los autores, una limitación notable del estudio es la ausencia de datos a largo plazo. Lo más complejo a la hora de realizar un Programa de Manejo del Dolor es conseguir que se mantengan los beneficios en el tiempo, y por ello animo sinceramente al equipo del Hospital San Juan de Dios del Aljarafe a que mantengan contacto con los pacientes para poder evaluar los efectos de sus talleres a largo plazo y, por supuesto, a compartirlo con nosotros.

BIBLIOGRAFÍA

1. RUIZ-ROMERO MV, GUERRA-MARTÍN MD, ÁLVAREZ-TELLADO L, SÁNCHEZ-VILLAR E, ARROYO-RODRÍGUEZ A, SÁNCHEZ-GUTIÉRREZ MC. Terapias no farmacológicas para el dolor crónico no oncológico: percepciones de los pacientes. *An Sist Sanit Navar* 2021; 44: 61-69. <https://doi.org/10.23938/ASSN.0927>
2. VOS T, LIM, SS, ABBAFATI, C, ABBAS, KM, ABBASI, M, ABBASIFARD, M et al. Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990-2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet* 2020; 396: 1204-1222. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30925-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30925-9)
3. World Health Organization. Repositorio Institucional para Compartir Información. Cancer pain relief. Geneva: WHO, 1986. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43944>
4. CURTIS HJ, GOLDACRE B. OpenPrescribing: normalised data and software tool to research trends in English NHS primary care prescribing 1998-2016. *BMJ Open* 2018; 8: e019921. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-019921>
5. KAMPER SJ, APELDOORN AT, CHIAROTTO A, SMEETS RJEM, OSTELO RWJG, Guzman J et al. Multidisciplinary biopsychosocial rehabilitation for chronic low back pain. *Cochrane Database Syst Rev* 2014; CD000963. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000963.pub3>
6. The British Pain Society. People living with pain. <https://www.britishpainsociety.org/people-with-pain/>
7. WILSON S, CHALONER N, OSBORN M, GAUNTLETT-GILBERT J. Psychologically informed physiotherapy for chronic pain: patient experiences of treatment and therapeutic process. *Physiotherapy* 2017; 103: 98-105. [doi:10.1016/j.physio.2015.11.005](https://doi.org/10.1016/j.physio.2015.11.005)