



FACULTADE DE ENFERMARÍA

TRABAJO DE FIN DE GRADO

El paciente con dolor crónico: prevalencia, manejo y psicología

Curso: 2021-2022

Autora: Irene Gómez Tomé

Tutora: Mónica Antelo Martelo

Convocatoria: junio 2022



FACULTADE DE ENFERMARÍA

UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE
COMPOSTELA

Grao en Enfermaría

O Proxecto de Fin de Grao titulado: “El paciente con dolor crónico: prevalencia, manejo y psicología”, foi realizado por o/a abaixo asinante.

Santiago de Compostela, 30 de maio de 2022

O/a alumno/a,

Fdo.: Irene Gómez Tomé

V° B°

O/A titor/a

Fdo.: MONICA ANTELO MARTELO

RESUMEN

Introducción: El dolor crónico es una de las alteraciones de la salud más prevalentes en España, llegando a provocar limitaciones para el desarrollo normal de las actividades básicas de la vida diaria. Su prolongación ilimitada en el tiempo hace que se relacione directamente con la esfera psicosocial de los pacientes que lo padecen, requiriendo en numerosas ocasiones un apoyo adicional a este nivel. Todo ello ha motivado en los últimos años la creación de las Unidades de Tratamiento de Dolor, con el fin de tratar específicamente a las personas afectadas de manera integral e individualizada.

Objetivos: Estudiar la prevalencia del dolor crónico en España, conocer el papel de la enfermería en las Unidades de Dolor e investigar la relación existente entre el padecimiento del dolor crónico y la esfera psicosocial.

Material y métodos: Se llevó a cabo una revisión bibliográfica sistemática, efectuando una búsqueda metódica entre octubre de 2021 y febrero de 2022, obteniendo un total de 81 resultados, de los que se seleccionaron finalmente 7 artículos para analizar, tras la aplicación de los criterios de inclusión y exclusión.

Resultados: Se pone de manifiesto que el dolor crónico supone un problema de salud pública en la actualidad en España, sumado a la creciente evidencia de que el papel de la enfermería es clave en el manejo multidisciplinar de los pacientes con dolor crónico. Por último, se confirma la estrecha relación entre dicha afectación y la esfera psicosocial de los pacientes que lo padecen.

Conclusiones: El dolor crónico supone una de las principales causas de demanda asistencial en España; el/la enfermero/a constituye un nexo de unión, siendo por ello esencial en el manejo de estos pacientes; por último, determinados estados mentales pueden afectar a la cronificación del dolor.

Palabras clave: Dolor crónico, Prevalencia, Unidad del Dolor, Enfermería, Psicología, Enfoque multidisciplinar, Tratamiento.

RESUMO

Introdución: A dor crónica é unha das alteracións de saúde máis prevalecentes en España, chegando a provocar limitacións para o desenvolvemento normal das actividades básicas da vida diaria. A súa prolongación ilimitada no tempo fai que se relacione directamente coa esfera psicosocial dos pacientes que o padecen, requirindo en numerosas ocasións un apoio adicional a este nivel. Todo iso motivou nos últimos anos a creación das Unidades de Tratamento de Dor, co fin de tratar especificamente ás persoas afectadas de maneira integral e individualizada.

Obxectivos: Estudar a prevalencia da dor crónica en España, coñecer o papel da enfermería nas Unidades de Dor e investigar a relación existente entre o padecemento da dor crónica e a esfera psicosocial.

Material e métodos: levouse a cabo unha revisión bibliográfica sistemática, efectuando unha procura metódica entre outubro de 2021 e febreiro de 2022, obtendo un total de 81 resultados, dos que se seleccionaron finalmente 7 artigos para analizar, tras a aplicación dos criterios de inclusión e exclusión.

Resultados: Ponse de manifesto que a dor crónica supón un problema de saúde pública na actualidade en España, sumado á crecente evidencia de que o papel da enfermería é clave no manexo multidisciplinar dos pacientes con dor crónica. Por último, confirmase a estreita relación entre a devandita afectación e a esfera psicosocial dos pacientes que o padecen.

Conclusións: A dor crónica supón unha das principais causas de demanda asistencial en España; o/a enfermeiro/a constitúe un nexo de unión, sendo por iso esencial no manexo destes pacientes; por último, determinados estados mentais poden afectar á cronificación da dor.

Palabras chave: Dor crónica, Prevalencia, Unidade da Dor, Enfermería, Psicoloxía, Enfoque multidisciplinario, Tratamento.

ABSTRACT

Introduction: Chronic pain is one of the most prevalent health disorders in Spain, causing limitations for the normal development of basic activities of daily living. Its unlimited prolongation in time means that it is directly related to the psychosocial sphere of the patients who suffer from it, requiring on numerous occasions additional support at this level. All this has led in recent years to the creation of Pain Treatment Units, with the aim of specifically treating those affected in a comprehensive and individualized way.

Objectives: To study the prevalence of chronic pain in Spain, to know the role of nursing in Pain Units and to investigate the relationship between chronic pain and the psychosocial sphere.

Material and methods: A systematic literature review was carried out, performing a methodical search between October 2021 and February 2022, obtaining a total of 81 results, from which 7 articles were finally selected for analysis, after applying the inclusion and exclusion criteria.

Results: It is clear that chronic pain is currently a public health problem in Spain, in addition to the growing evidence that the role of nursing is key in the multidisciplinary management of patients with chronic pain. Finally, the close relationship between this affectation and the psychosocial sphere of the patients who suffer from it is confirmed.

Conclusions: Chronic pain is one of the main causes of demand for care in Spain; the nurse is a link, being therefore essential in the management of these patients; finally, certain mental states may affect the chronification of pain.

Key words: Chronic pain, Prevalence, Pain Unit, Nursing, Psychology, Multidisciplinary approach, Treatment.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	1
2. JUSTIFICACIÓN	4
3. OBJETIVOS	4
4. MATERIAL Y MÉTODOS	5
5. RESULTADOS DE LA BÚSQUEDA	7
6. RESULTADOS POR OBJETIVOS	11
6.1. Estudiar la prevalencia de dolor crónico en España	11
6.2. Conocer el papel de enfermería en las unidades de dolor.	12
6.2.1. El equipo multidisciplinar. Ventajas y beneficios para el paciente.....	12
6.2.2. Papel de enfermería como parte del equipo multidisciplinar en las unidades de dolor.....	13
6.2.3. Pruebas diagnósticas para detectar y cuantificar el dolor crónico.....	14
6.3. Investigar la relación existente entre el dolor crónico y la esfera psicosocial	
6.3.1. Explicación neurológica	16
6.3.2. Afectación psicológica en la infancia y la adolescencia	17
6.3.3. El apoyo social	18
7. DISCUSIÓN	18
8. CONCLUSIONES	20
9. BIBLIOGRAFÍA	21

ÍNDICE DE TABLAS

1. Tabla 1: Palabras clave utilizadas para la búsqueda.....	6
2. Tabla 2: Criterios de inclusión y exclusión.....	6
3. Tabla 3: Clasificación y resumen de los artículos empleados.....	8

ÍNDICE DE FIGURAS

1. Flujograma 1: Estrategia de búsqueda en las bases de datos utilizadas.....	7
---	---

1. INTRODUCCIÓN

El dolor se define como “*una experiencia emocional y sensorial desagradable, asociada a un daño tisular, real o potencial, o descrito en términos de ese daño*” según la IASP (International Association for Study of Pain) (1). Además, es un fenómeno multidimensional con componentes sensoriales, fisiológicos, cognitivos, afectivos, conductuales y espirituales (2).

Es una experiencia subjetiva que no puede medirse, por lo que se trata de un síntoma y no de un signo, existiendo una gran variabilidad individual en la percepción. Es importante saber que el umbral del dolor es la cantidad de estimulación que precisa la persona para que comience a percibirlo como doloroso, mientras que la tolerancia al dolor hace referencia a la cantidad máxima de dolor que la persona es capaz de soportar. (2)

Asimismo, existen diferentes tipos de dolor, entre los que se encuentran:

1. Dolor agudo: es aquel que tiene una duración inferior a 6 meses. Desaparece con la curación o cuando se elimina el estímulo nociceptivo.
2. Dolor crónico: aquel que tiene una duración superior a 3 meses. Forma parte del proceso de enfermedad.
3. Dolor psicógeno: dolor sin base orgánica.
4. Dolor neuropático: aquel que surge como consecuencia directa de una lesión o enfermedad que afecta al sistema somatosensorial, pudiendo ser central o periférico. (1)

Por lo tanto, el dolor crónico se caracteriza por su duración, superior a tres meses, y por la posibilidad de ser de tipo continuo o intermitente, presentándose más de cinco días por semana. (3)

En lo que se refiere a tipos de dolor crónico hay varias clasificaciones, según el aspecto en el que nos basemos.

De acuerdo con la clasificación del DSM-5, el dolor crónico corresponde a un “trastorno por síntomas somáticos, con predominio de dolor”. (4)

Por su parte, la clasificación ICD-11 afirma que es aquel “dolor persistente o recurrente que dura más de 3 meses”. (4)

Dependiendo del órgano afectado y de las características del dolor, este último lo divide en 7 tipos, con subcategorías.

1. Dolor crónico primario.
2. Dolor crónico oncológico.
3. Dolor crónico post quirúrgico y post traumático.
4. Dolor crónico neuropático.
5. Dolor crónico orofacial y cefálico.
6. Dolor crónico visceral.
7. Dolor crónico músculo-esquelético. (4)

A pesar de estar infradiagnosticado y subtratado, el dolor crónico constituye uno de los problemas de mayor prevalencia en la medicina actual y, por tanto, un problema de salud pública. Afecta en la actualidad al 12% de la población española. Es decir, aproximadamente 5 millones de personas sufren dolor crónico a diario. (5)

Cuando el dolor crónico es grave e intratable, pasa a formar parte de la vida del individuo afectado, pudiendo causar estrés y sufrimiento, provocando en consecuencia un gran impacto multidimensional en la vida de los pacientes, de la familia y de la comunidad y afectando su entorno laboral y familiar considerablemente (6).

Esto nos lleva a considerar la relación entre el dolor crónico y la esfera psicológica (7), habiéndose demostrado la importancia de dicha asociación. Este hecho se ha explicado mediante el *modelo biopsicosocial*, basado en que el dolor es un patrón de comportamiento psicofisiológico interactivo que no puede dividirse en componentes psicosociales y físicos distintos. Según esta teoría, el organismo responde al estímulo doloroso como un todo, activándose una secuencia de procesos psicológicos que funcionan como un sistema concatenado. (8)

Como consecuencia, los individuos con dolor crónico presentan cambios de comportamiento,

afectivos y emocionales serios, llegando a desarrollar trastornos como ansiedad, depresión e hipocondría. (7)

Dado que el manejo del dolor en estos pacientes se ha convertido en un indicador relevante de buena práctica clínica y de la calidad asistencial (9), es imprescindible la gestión del mismo mediante intervenciones y técnicas específicas desde una perspectiva multidisciplinar en la que la enfermera juega un importante papel. (10)

De esta necesidad surgen las Unidades de Tratamiento del Dolor, que se han ido desarrollando en los centros sanitarios de nuestro país durante los últimos 30 años, con el objetivo de atender las necesidades específicas de aquellos pacientes que se ven afectados diariamente por un dolor de tipo crónico. Para ello, elaboran planes de tratamiento integral con el que poder recuperar el bienestar físico y emocional del paciente. (10)

La Unidad de Tratamiento del Dolor (UTD) se define como una organización de profesionales sanitarios que ofrecen asistencia multidisciplinar, cumpliendo los requisitos estructurales, funcionales y organizativos que garantizan condiciones de calidad, seguridad y eficiencia adecuadas para atender al paciente con dolor crónico que precise asistencia especializada. (7)

Los servicios que emplean estas unidades son heterogéneos y se utilizan tratamientos tanto farmacológicos como no farmacológicos, siempre de manera individualizada.

Cabe decir que a una UTD acuden fundamentalmente pacientes con problemas de columna o lumbalgia, cervicalgia, dorsalgia, lumbociática, dolor de la espalda operada o espalda fallida, radiculopatía, ciáticas, sacralgias, dolor miofascial o dolor muscular. (11)

También recurren a estas unidades pacientes con dolor neuropático, neuropatía diabética, neuropatías periféricas, neuralgia postherpética, neuralgia del trigémino, dolor regional complejo, fibromialgia o con molestias severas por artritis o artrosis, más frecuentemente en columna, hombros, caderas o rodillas. (11)

2. JUSTIFICACIÓN

El dolor crónico es una alteración de la esfera de la salud presente en la vida de miles de personas, causando un problema creciente en nuestra sociedad y pudiéndose ver influenciado por factores que ayudan a favorecerlo o perjudicarlo, respectivamente.

Ya en el siglo IV a.C, Aristóteles advirtió en su obra política que el ser humano es un ser social por naturaleza. Siglos después, la evidencia científica de la que disponemos respalda esta afirmación, confirmándose por la Universidad de Harvard que aquellos cuyas relaciones sociales son satisfactorias sufren menos cuando tienen dolor físico, viven más y son más felices.

Dado que los hospitales albergan una demografía muy variada, conteniendo tanto niños como adolescentes, adultos y ancianos, resulta de vital importancia hacer hincapié en la creación en los centros hospitalarios de un entorno especialmente provisto de calidad pero también de calidez humana. En resumen, un entorno en el que, al poder sentirse el paciente tranquilo y seguro, se vea favorecido el proceso de sanación, rehabilitación o reincorporación, durante o tras el padecimiento de un dolor prolongado.

No podemos olvidar que nos estamos refiriendo a personas cuyo dolor se prolonga en el tiempo, en muchos casos de manera indefinida, por lo que, en la medida en que han de adaptarse a vivir con ello de por vida, es esencial que se intente alcanzar el mayor grado de bienestar físico y psicológico posible en cada caso.

3. OBJETIVOS

1. Estudiar la prevalencia de dolor crónico en España.
2. Conocer el papel de enfermería en las unidades de dolor.
3. Investigar la relación existente entre el dolor crónico y la esfera psicosocial.

4. MATERIAL Y MÉTODOS

Para la elaboración de este trabajo se llevó a cabo una revisión bibliográfica sistemática, efectuando una búsqueda metódica entre octubre de 2021 y febrero de 2022 en las bases de datos PubMed, Scielo y Google Académico.

Para formar las ecuaciones de búsqueda, se llevó a cabo la elección de las siguientes palabras clave en español e inglés, combinándolas con los operadores booleanos AND, OR y NOT.

Términos en español	Dolor crónico Prevalencia Enfermería Psicología Unidad del dolor
Términos en inglés	Chronic pain Prevalence Nursing care Treatment Psychology Multidisciplinary approach

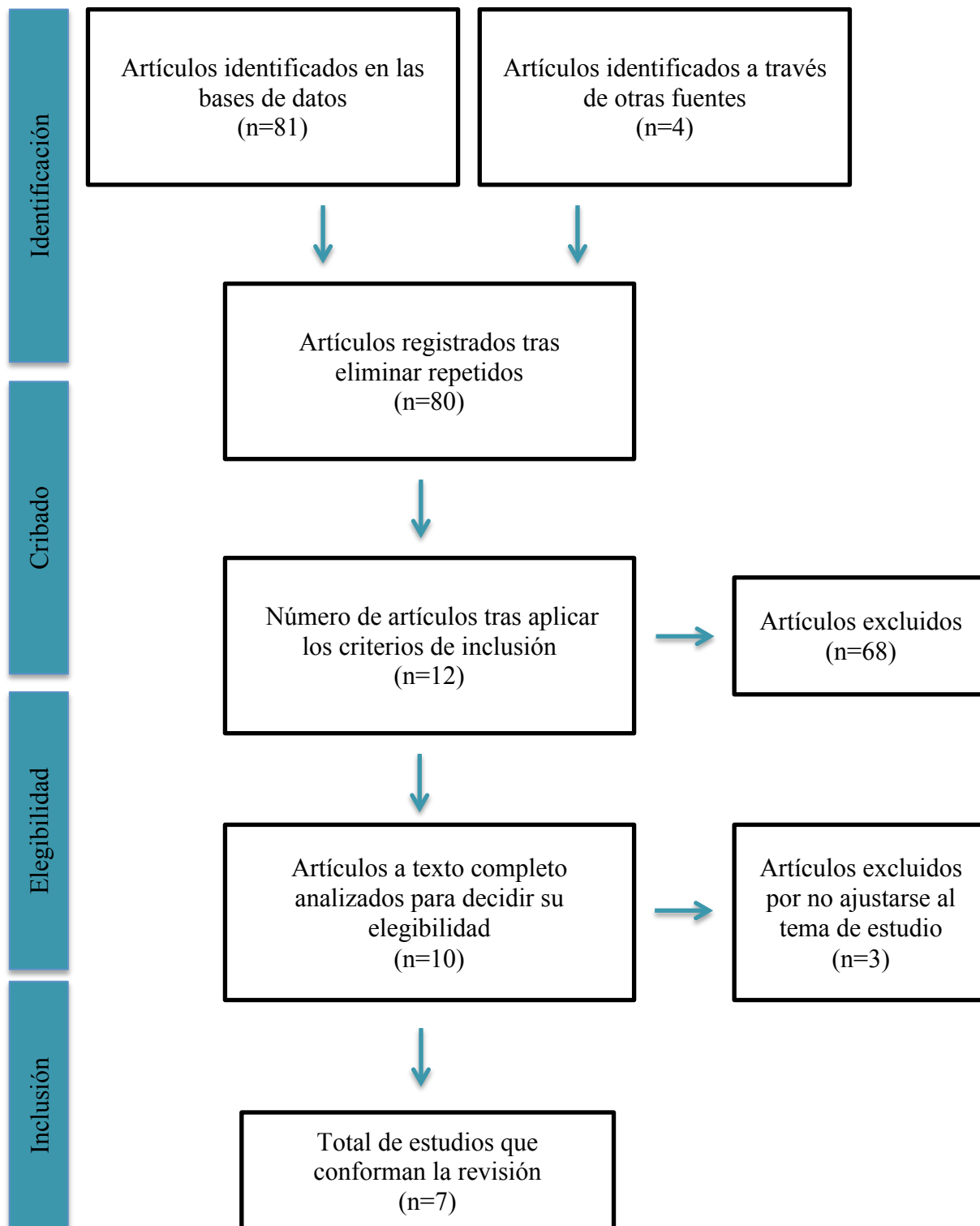
Tabla 1: Palabras clave utilizadas para la búsqueda

Para el cribado de estos artículos se utilizaron los siguientes criterios de inclusión y exclusión:

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
<ul style="list-style-type: none">- “Systematic review”- Textos académicos completos (<i>free full text</i>)- Textos de rigor científico, objetivados- Textos publicados en los últimos 15 años- Textos en lenguaje inglés o español	<ul style="list-style-type: none">- Textos no disponibles en versión completa- Textos no objetivados, subjetivos, de opinión- Textos con fecha de publicación anterior a 2006- Textos en idiomas distintos a inglés o español

Tabla 2: Criterios de inclusión y exclusión

Tras la combinación de las palabras clave y la aplicación de los criterios de inclusión y exclusión anteriormente mencionados, se seleccionaron un total de 7 artículos para la elaboración del trabajo, siendo estos artículos académicos, revistas científicas y páginas web, respectivamente.



Flujograma 1: Estrategia de búsqueda en las bases de datos utilizadas

5. RESULTADOS DE LA BÚSQUEDA

CITA	TÍTULO	AÑO DE PUBLICACIÓN	AUTORÍAS IMPORTANTES	TIPO DE ESTUDIO	RESUMEN
(11)	“Brain changes associated with cognitive and emotional factors in chronic pain: A systematic review”	2017	A. Malfliet, I. Coppieters, P. Van Wilgen, J. Kregel, R. De Pauw, M. Dolphens, K. Ickmans	Revisión sistemática	<p>Esta revisión pone de manifiesto que los factores cognitivos y emocionales desadaptativos están relacionados con regiones del cerebro involucradas en el dolor crónico.</p> <p>La identificación de estos factores en dichos pacientes podría normalizar, por tanto, alteraciones cerebrales específicas.</p>
(4)	“Dolor crónico y psiquiatría”	2017	Dra. Lina Ortiz, Dra. Maritza Velasco	Revisión sistemática	<p>Existe evidencia que demuestra la relevancia de los factores psicológicos y sociales en la perpetuación del dolor.</p> <p>Las alteraciones en sistemas físicos pueden llevar a cambios conductuales, determinados por modificaciones en circuitos neurales.</p> <p>El tratamiento óptimo se basa en la individualización y la labor multidisciplinar, que demostró ser más efectiva que los tratamientos médicos convencionales.</p>

(12)	“Gestión y actuación enfermera en la unidad de dolor crónico”	2014	M. J. Goberna Iglesias, M. Mayo Moldes y V. Lojo Vicente	Revisión sistemática	<p>Trata la importancia del papel de enfermería en el empoderamiento del paciente con dolor crónico, tratando de aumentar su autonomía y autocuidado.</p> <p>Para ello, se explica la estructuración ideal de las consultas de enfermería dedicadas a este tipo de pacientes, así como también sus intervenciones principales.</p>
(14)	“Consecuencias del dolor crónico en la infancia y en la adolescencia”	2017	Rocío Cáceres-Matos, Eugenia Gil-García, Sergio Barrientos-Trigo, Esther Molina, Ana María Porcel-Gálvez.	<i>Scoping review</i> (revisión sistemática exploratoria)	<p>El dolor se relaciona con tasas elevadas de trastornos del sueño, discapacidad funcional y trastornos del espectro ansiedad-depresión, lo cual se ve agravado considerablemente cuando se trata de niños o adolescentes. En ellos se ven reflejadas la victimización y estigmatización, que contribuyen a un deterioro del desarrollo social y, en consecuencia, a un aislamiento social.</p> <p>Asimismo, se distinguen por un lado factores con riesgo potencial para el padecimiento de dolor de tipo crónico (abuso infantil, abandono, divorcio o muerte de alguno de los progenitores) y, por otro lado, factores protectores (resiliencia o capacidad de adaptación y optimismo).</p>

<p>(7)</p>	<p>“Unidades de dolor en España. Encuesta SED Día del Dolor 2007”</p>	<p>2009</p>	<p>C. de Barutell</p>	<p>Estudio observacional y transversal</p>	<p>El objetivo de este estudio es conocer la situación de las Unidades de Tratamiento del Dolor (UTD) de los hospitales de España, por comunidades autónomas, en relación a su personal, instalaciones y labor asistencial.</p> <p>Se concluye que es imprescindible la creación de UTD en los hospitales de mayor nivel asistencial y regionales, así como también la formación en dolor del equipo de atención primaria (AP), en la medida en que estas unidades desarrollan una importante labor asistencial, pero también docente e investigadora.</p>
<p>(13)</p>	<p>“The development of chronic pain: physiological CHANGE necessitates a multidisciplinary approach to treatment”</p>	<p>2013</p>	<p>Joseph Pergolizzi, Karsten Ahlbeck, Dominic Aldington, Eli Alon, Flaminia Coluzzi, Albert Dahan, Frank Huygen, Magdalena Kocot-Kępska, Ana Cristina Mangas, Philippe Mavrocordatos, Bart Morlion, Gerhard Müller-Schwefe, Andrew Nicolaou, Concepción Pérez Hernández, Patrick Sichère,</p>	<p>Revisión sistemática</p>	<p>El dolor crónico está infradiagnosticado y tratado. Esta situación se verá agravada de manera creciente como consecuencia del envejecimiento poblacional.</p> <p>Este artículo tiene como objetivo principal el fomento del estudio y la formación para el manejo del paciente crónico.</p> <p>Está enfocado en el conocimiento actual sobre el desarrollo del dolor crónico (basándose en el modelo biopsicosocial) y de la labor del equipo multidisciplinario para la obtención de diagnósticos precoces y de terapias eficaces.</p>

			Michael Schäfer & Giustino Varrassi.		<p>Para ello, se explican los diferentes métodos de diagnóstico y cuantificación del dolor, divididos en tests, investigaciones clínicas y análisis de sangre, respectivamente.</p> <p>Asimismo, se hace una distinción entre dolor neuropático y nociceptivo, siendo el primero más severo.</p>
(15)	“A review of chronic pain impact on patients, their social environment and the health care system”	2016	María Dueñas, Begoña Ojeda, Alejandro Salazar, Juan Antonio Mico, Inmaculada Failde.	Revisión sistemática	<p>Se trata de una revisión en la que se evalúa, mediante la comparación de varios estudios, cómo el dolor crónico influye en las actividades diarias y la calidad de vida del paciente, así como sus repercusiones en el ámbito laboral, familiar y social.</p> <p>Se enfatiza en la necesidad de adoptar un enfoque multidisciplinario del tratamiento para obtener mejoras más integrales para estos pacientes. Para ello, es imprescindible la intención o motivación de cambio, que es uno de los predictores clave de las modificaciones conductuales, donde la concienciación es clave.</p>

Tabla 3: Clasificación y resumen de los artículos empleados

6. RESULTADOS POR OBJETIVOS

6.1. Estudiar la prevalencia de dolor crónico en España.

Tal y como se ha mencionado anteriormente, el dolor crónico tiene una prevalencia del 12% en España (aproximadamente cinco millones de personas). Esto quiere decir que el dolor crónico supone uno de las principales causas de demanda asistencial en nuestro país, convirtiéndose así en un problema de salud pública (7).

Sin embargo, a pesar de que se trata de la causa más frecuente de solicitud de asistencia médica en nuestros días, solo el 14% de los pacientes con dolor crónico reciben un tratamiento adecuado, según los organismos oficiales, y el 27% no recibe ningún tratamiento. El 4% de los afectados se vio obligado a cambiar de trabajo a causa del dolor y prácticamente el 30% precisó consultar con tres o más médicos de distintas especialidades. (7)

Además, el estudio “Pain in Europe” declara que cada paciente activo pierde al año alrededor de 16 días laborales. Esta encuesta se realizó entre noviembre de 2002 y enero de 2003, siendo el mayor estudio sobre dolor llevado a cabo hasta la fecha, habiendo entrevistado a 46.000 sujetos de 16 países europeos. Su objetivo principal era estimar la prevalencia del dolor crónico en Europa. (11)

En base a los resultados del mismo, podemos concluir que España es el país con menos prevalencia de dolor crónico (12%), siendo la media de la encuesta del 19%; es decir, se estimó que 1 de cada 10 españoles presenta dolor crónico, lo que supone aproximadamente un total de 4.950.000 personas. (11)

Se ha estudiado también que la prevalencia del dolor crónico aumenta con la edad, es mayor en mujeres que en hombres y en sujetos de nivel socioeconómico bajo. (11)

Entre las zonas más frecuentes en las que los pacientes refieren padecer dolor crónico se incluyen región lumbar, rodillas, cabeza y cuello (11), siendo el primero el de mayor prevalencia y causante de más días de ausencia al trabajo y el que solicita más compensaciones (12).

Por otra parte, cabe mencionar que la prevalencia del dolor crónico en la infancia y la adolescencia se sitúa entre el 11% y el 40% en los países desarrollados (14).

En 1998, la Sociedad Española del Dolor (SED) realizó un estudio acerca de la prevalencia de dolor en España (encuesta SED), dirigida por Catalá y Reig. Los resultados evidencian que el 70% de los participantes tuvo dolor físico durante el día anterior a la entrevista (37,6% mujeres, 21,1% varones), y este apareció en el 42,6% en mayores de 65 años. La mayoría de usuarios (60,5%) presentaba dolor crónico de más de 90 días de duración. (7)

Además, la SED, a través de su Comité de Acreditación, ha definido también los diferentes modelos de unidades del dolor con los requisitos indispensables, tanto técnicos como asistenciales para cada nivel.

Hay 356 médicos de diferentes especialidades que se dedican al tratamiento del dolor, destacando significativamente los anestesiólogos (86%), seguidos de neurocirugía y medicina familiar y comunitaria (3% cada una de ellas), medicina interna (2%), rehabilitación (2%), psiquiatría (1%), reumatología (1%), neurología (0,84%) y otras (0,56%). (7)

Además, se concluyó que 124 DUE (Diplomado Universitario de Enfermería) trabajan en 82 unidades (86%), lo que hace una media de 1,51 DUE por unidad, careciendo de dichos profesionales 13 unidades (13%). De ellos, el 74% tiene dedicación exclusiva y el 26% dedicación parcial. (7)

Todo esto supone una gran repercusión a nivel social, tanto para los pacientes que lo padecen, como para los equipos asistenciales que los tratan. Por ello, cada vez cobra más importancia la necesidad de crear servicios especializados.

6.2. Conocer el papel de enfermería en las unidades de dolor.

6.2.1. El equipo multidisciplinar. Ventajas y beneficios para el paciente.

Existen diferentes diagnósticos enfermeros reales y potenciales, cuyo objetivo es mejorar la calidad de vida de los pacientes con dolor crónico.

No obstante, teniendo en cuenta la dificultad de la experiencia dolorosa, la clave para un óptimo manejo de este tipo de pacientes se basa en la colaboración de los distintos profesionales de salud, formando así un equipo multidisciplinar que, en su conjunto, abordará los cuidados del paciente desde un punto de vista integral. (12)

De esta manera, los pacientes podrán beneficiarse no solo de un diagnóstico rápido y certero, sino también de una continuidad en la atención y un tratamiento individualizado, adaptado a sus necesidades. (12)

Además, este modo de trabajo ayuda a reforzar la capacidad de autocuidado del paciente, así como también a paliar los posibles efectos secundarios al tratamiento, obteniendo resultados gratificantes para el paciente y para el sistema sanitario. (12)

De hecho, se ha evidenciado mediante estudios que este método asistencial produjo una disminución de la intensidad del dolor en pacientes con dolor lumbar crónico, fibromialgia y dolor temporomandibular (13).

Con respecto al equipo, este ha de estar integrado por profesionales con conocimiento básico de fisiología y de las distintas prácticas clínicas ligadas al dolor crónico. (12)

Un punto clave es la comunicación fluida y la colaboración entre los integrantes del equipo multidisciplinar, que permitirá que se lleve a cabo una labor adecuada, sin visitas, pruebas y costes innecesarios. (12)

6.2.2. Papel de enfermería como parte del equipo multidisciplinar en las unidades de dolor.

Se ha de tener en cuenta que el dolor crónico es una enfermedad y que los pacientes tienen que vivir con ella con una programación previa y no como respuesta al síntoma, con el objetivo de evitar el aumento del nivel de dolor.

La enfermera constituye el nexo de unión entre el paciente, la familia y el resto del equipo asistencial. Para llevar a cabo esta labor, cuenta con funciones específicas de programación, coordinación, asistencial y docente. (12)

En la atención de enfermería en la consulta del dolor la enfermera se encarga de diversos aspectos.

Por un lado, realiza educación para la salud adaptada al tipo de paciente, reforzando lo que le indica el médico en lo referente a:

- Pautas de medicación.
- Programación e información sobre los tratamientos que se realizarán en la unidad.
- Aclarar las dudas que puedan surgir sobre la programación de las distintas técnicas intervencionistas.
- Asegurar una buena oxigenación y nutrición, ya que el dolor está ligado a inflamación y oxidación.
- Importancia del ejercicio físico.
- Técnicas de control de la ansiedad mediante aplicaciones móviles y audios de relajación.
- Autocuidado de la higiene postural: junto con los programas de ejercicio físico, se consideran las intervenciones más eficaces. (12)

Por otra parte, se encarga también de llevar a cabo una atención telefónica cuando sea necesario, de revisar el seguimiento del paciente, así como también de proceder a la administración de tratamientos hospitalarios previamente acordados y contactar con atención primaria. (12)

Es muy importante que el paciente sepa en todo momento la información sobre su tratamiento y sus posibles efectos secundarios, para conseguir que la adherencia al mismo sea la adecuada.

Además, conviene que la familia se implique en el proceso, puesto que facilitará la labor asistencial en la medida en que podrán colaborar activamente con el equipo multidisciplinar.

6.2.3. Pruebas diagnósticas para detectar y cuantificar el dolor crónico.

Con el fin de llevar a cabo una valoración y/o diagnóstico del dolor crónico se requiere un abordaje basado en múltiples pasos, contando para ello con métodos verbales (escalas y entrevistas), conductuales (estado anímico y capacidad funcional) y fisiológicos (toma de constantes vitales y pruebas diagnósticas).

Por un lado, existen diversos tests que permiten identificar y/o cuantificar el nivel de dolor asociado a un paciente:

- El “pain DETECT”: puede identificar la presencia de un componente neuropático en pacientes con dolor lumbar. Tiene una alta sensibilidad y especificidad.

- El “Douleur Neuropathique 4 (DN4)”: este cuestionario fue desarrollado y validado para estimar la probabilidad de que el dolor tenga un componente neuropático.
- La Evaluación Estandarizada del Dolor (StEP): utiliza una entrevista estructurada y un examen estandarizado para diferenciar los fenotipos de dolor, independientemente de su etiología.
- El “Quantitative Sensory Testing”: analiza la percepción en respuesta a estímulos externos de intensidad controlada y es especialmente adecuado para cuantificar el umbral del dolor. (13)

Por otro lado, existen diferentes escalas, que constituyen el método más utilizado para cuantificar el dolor de manera rápida:

- Escala Visual Analógica (EVA): introducida por Scott y Huskisson en 1976. Es una línea horizontal de 10 cm en la que cada centímetro corresponde a un nivel de dolor, siendo 0 ausencia de dolor y 10 el peor dolor imaginable, respectivamente.
- Escala de Puntuación Verbal (EPV): introducida por Keele en 1948. Se compone de una descripción de la intensidad del dolor desde ausencia de dolor, dolor leve, dolor moderado o dolor intenso.
- Escala de Puntuación Numérica (EPN): introducida por Downie en 1978, es una escala que va del 1 al 10, siendo 0 ausencia de dolor y 10 el peor dolor imaginable.
- Escala del dolor con caras: diseñada para medir el nivel de la intensidad del dolor en niños. (13)

Finalmente, se pueden realizar las siguientes pruebas clínicas diagnósticas:

- Rayos X o tomografía computarizada.
- Resonancia magnética: evidencia la relación existente entre el dolor crónico y alteraciones cerebrales en cuanto a su función y estructura.
- Análisis de sangre: pueden indicar la presencia de inflamación o infección. (4)

6.3. Investigar la relación existente entre el dolor crónico y la esfera psicosocial

El dolor es un síntoma que afecta a numerosas esferas. Según la teoría propuesta por McGuire en 1992, las áreas que concierne son: fisiológica, sensitiva, afectiva, cognitiva, conductual y sociocultural. (11)

Los seres humanos, frente a los cambios del medio tanto interno como externo, presentan respuestas fisiológicas y conductuales, que pueden ser adaptativas o desadaptativas.

En el dolor crónico, las alteraciones en sistemas físicos pueden llevar a cambios conductuales, determinados por modificaciones en circuitos neurales y causadas por un procesamiento psicológico alterado. (11)

Por tanto, se puede confirmar que el dolor de tipo crónico hace que se pueda ver alterada la integridad física, pero también mental, pudiendo llegar a desarrollar enfermedades como ansiedad, depresión o hipocondría (7).

Además, la limitación que supone en ocasiones el padecimiento de este tipo de dolor puede afectar al plano económico, en la medida en que puede implicar la necesidad de abandono laboral. Todo esto conlleva un estrés emocional y económico considerables, además de provocar un sentimiento de inutilidad y de dependencia. (7)

Por otra parte, en lo referido al plano afectivo, se puede manifestar su alteración por problemas interpersonales con familiares, compañeros o amigos, lo cual agrava todavía más la situación. (7)

6.3.1. Explicación neurológica

Las regiones cerebrales que aparecen implicadas en el procesamiento del dolor son las cortezas somatosensoriales primaria y secundaria (S1 y S2), médula espinal, tálamo, ínsula, corteza cingulada anterior, corteza prefrontal, áreas mesencefálicas como la sustancia gris periacueductal o cerebelo y estructuras subcorticales que incluyen hipocampo, ganglios basales y amígdala. (11)

Basándose en sistemas cerebrales, existen dos factores esenciales para entender el procesamiento psicológico del dolor.

Por un lado, experimentar dolor puede desencadenar eventos neurológicos que llevan a un estado psicológico alterado. (11)

Por otro lado, determinados estados psicológicos pueden conllevar un riesgo elevado de cronificación del dolor, como por ejemplo: creencias culturales, cogniciones del dolor, factores emocionales y respuestas de afrontamiento, factores biológicos como el aporte sensorial y experiencias previas. En el último interfieren procesos como la sensibilización cruzada, que implica que la exposición a un estrés en el pasado confiera mayor sensibilidad a estímulos semejantes. (11)

Además, existen abundantes evidencias de una asociación positiva entre la duración del dolor y la extensión de las alteraciones cerebrales, implicando que cuanto más tiempo dure el dolor, más cambios se producen a nivel cerebral. (11)

A parte de la asociación con cambios cerebrales, la duración del dolor (y por tanto la cronificación), el dolor de tipo crónico se relaciona con componentes cognitivos y emocionales maladaptativos, como el dolor catastrófico, la kinesiofobia (miedo al movimiento o a la lesión) o percepciones dolorosas. (11)

6.3.2. Afectación psicológica en la infancia y la adolescencia

Es importante conocer las alteraciones psicológicas en las etapas más tempranas de la vida, puesto que como se mencionaba anteriormente, serán determinantes para el desarrollo futuro a este nivel.

Entre los factores de riesgo para el desarrollo de dolor crónico en la infancia y adolescencia se encuentran: padecer estrés psicosocial, miedo al dolor y catastrofismo, haber sufrido abuso infantil, abandono o situaciones de divorcio o muerte de alguno de los progenitores. (14)

Por el contrario, actúan como factores protectores la resiliencia o capacidad de adaptación y el optimismo. (14)

Se ha evidenciado que los/las jóvenes experimentan altas tasas de victimización y estigmatización, lo cual puede contribuir al aislamiento social.

Por último, Brattberg concluyó que el 59% de las mujeres y el 33% de los hombres que informaron haber padecido dolor crónico en la infancia lo padecían también en la edad adulta. (14)

6.3.3. El apoyo social

El apoyo social es una de las técnicas utilizadas para mejorar los resultados de salud y un recurso de gran utilidad para ayudar a las personas a lidiar con situaciones de estrés como puede ser el padecimiento de un dolor de tipo crónico. (14).

Se ha demostrado que los programas de rehabilitación multimodal, en combinación con intervenciones psicológicas y la actividad física, disminuyen el dolor de manera considerable. (7) Esto se vio reflejado, por ejemplo, en estudios sobre el manejo del dolor lumbar crónico.

Por otro lado, en un estudio realizado por la universidad de Harvard, encabezado por Robert Waldinger, se llegó a la conclusión de que aquellos cuyas relaciones sociales eran satisfactorias sufren menos cuando tienen dolor físico, viven más y son más felices.

Finalmente, hay que destacar que la motivación de cambiar es esencial para llevar a cabo un cambio de conducta que permita no solo la concienciación del paciente acerca de su situación, sino también la adopción de un estilo de vida más saludable que disminuya la discapacidad ocasionada por su dolor. (15)

7. DISCUSIÓN

Los estudios que se emplearon para realizar la revisión bibliográfica han puesto de manifiesto una serie de puntos que resulta interesante analizar.

Tal y como se muestra en los datos aportados por los textos, el dolor crónico es una alteración del estado de salud de las personas que, debido a su creciente expansión, supone un grave problema de salud pública.

En esta línea, se afirma que el dolor crónico supone la causa más frecuente de demanda asistencial en España. Sin embargo, esto se contradice con lo mencionado en otros textos que refieren que, por norma general, no se hace un diagnóstico precoz del padecimiento de esta alteración. En consecuencia, tampoco se administra a los pacientes el tratamiento adecuado.

Por otro lado, la problemática presente en España con la alta prevalencia de dolor crónico se hace relativa si se contempla desde un punto de vista más global, teniendo en cuenta que el estudio “Pain in Europe” declaró que nuestro país es el que cuenta con menor prevalencia del mismo (12% frente a una media de 19%).

No obstante, se ha demostrado la necesidad de disponer de unidades específicas para el manejo de pacientes con dolor de tipo crónico. Para ello, se considera esencial la mejora de diversos aspectos que todavía muestran carencias en algunos casos. Estos factores son: la organización de la labor asistencial, la formación del personal sanitario en dolor y su manejo para poder llevar a cabo un abordaje adecuado de los pacientes y, por último, la disposición de los profesionales para trabajar como parte de un equipo multidisciplinar que, en su totalidad, aborde la situación de manera integral.

En todo lo mencionado, enfermería cobra un papel imprescindible, observándose que desempeña un amplio abanico de funciones desde la asistencial hasta la docente e incluso investigadora, destacando a este nivel que existen consultas de dolor gestionadas exclusivamente por enfermeros/as, tal y como se menciona en el artículo “Gestión y actuación enfermera en la unidad de dolor crónico (12)”.

Asimismo, los resultados se suman a la creciente evidencia de que existe una relación irrefutable entre el padecimiento de dolor crónico y la variable psicológica.

Cabe decir que, a pesar del componente subjetivo que frecuentemente va ligado al plano psicológico, se ha estudiado exhaustivamente esta asociación, concluyéndose que el padecimiento de dolor puede implicar una alteración psicológica. Por ejemplo, un estado de dolor prolongado puede provocar trastornos del espectro ansiedad-depresión.

Del mismo modo, esta asociación puede tener lugar a la inversa, es decir, que determinados estados psicológicos pueden contribuir a la cronificación del dolor (tal y como se mencionó anteriormente en la afirmación de Brattberg, que refiere que “el 59% de las mujeres y el 33% de los hombres que informaron haber padecido dolor crónico en la infancia lo padecían también en la edad adulta”).

En última instancia, existen limitaciones a este nivel, resaltando que este hallazgo está condicionado por la falta de evidencia que corrobore por completo los mecanismos implicados en cada alteración, pero considerándose igualmente suficiente la información al alcance para confirmar dicha teoría.

8. CONCLUSIONES

- El dolor crónico supone uno de las principales causas de demanda asistencial en España, tratándose de un problema creciente de salud pública en la actualidad.
- La prevalencia del dolor crónico aumenta con la edad, es mayor en mujeres que en hombres y en sujetos de nivel socioeconómico bajo.
- El/la enfermero/a constituye el nexo de unión entre el paciente, la familia y el resto del equipo asistencial y cuenta con funciones específicas de programación, coordinación, asistencial y docente.
- Los pacientes con dolor crónico deben vivir con la enfermedad con una programación previa, y no como respuesta al síntoma, para así evitar romper o aumentar el nivel de dolor.
- El dolor de tipo crónico puede afectar a la integridad física pero también mental, pudiendo llegar a desarrollar enfermedades como ansiedad, depresión o hipocondría.
- Determinados estados psicológicos pueden conllevar riesgo de cronificación del dolor.
- Aquellos cuyas relaciones sociales son satisfactorias sufren menos cuando tienen dolor físico, viven más y son más felices.
- El dolor crónico no tiene cura ni va a mejorar drásticamente, pero con un manejo adecuado, los pacientes que lo padecen pueden llegar a ver una “luz” para seguir viviendo con esta condición.

9. BIBLIOGRAFÍA

1. Blankstein U, Chen J, Diamant NE, Davis KD. Altered Brain Structure in Irritable Bowel Syndrome: Potential Contributions of Pre-Existing and Disease-Driven Factors. *Gastroenterology* (New York, N.Y. 1943) [Internet]. 2010 [Consultado el 29/12/2021]. 138(5):1783-1789. Disponible en:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20045701/>
2. Bernadá M. Directrices de la OMS sobre el tratamiento farmacológico del dolor persistente en niños con enfermedades médicas. OMS [Internet]. 2013 Jan 1 [Consultado el 02/01/2022]. Volumen nº 84. 1688-1249. Disponible en:
http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-12492013000200011
3. Hoyos, Juan Antonio [et. al]. Proceso Asistencial Integrado Dolor crónico no oncológico. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales de la Junta de Andalucía [Internet]. 2014. [Consultado el 02/01/2022]. Disponible en:
https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/salud_5af1956f88676_dolor_cronico_julio_2014.pdf
4. Katz J, Rosenbloom BN, Fashler S. Chronic Pain, Psychopathology, and DSM-5 Somatic Symptom Disorder. *Canadian journal of psychiatry* [Internet]. 2015 Apr [Consultado el 29/12/2021]. 60(4):160-167. Disponible en:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26174215/>
5. Apkarian AV, Bushnell MC, Treede R, Zubieta J. Human brain mechanisms of pain perception and regulation in health and disease. *European journal of pain* [Internet]. 2005 [Consultado el 29/12/2021]. 9(4):463. Disponible en:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15979027/>

6. Susan Armijo-Olivo S, Stiles CR, Hagen NA, Biondo PD, Cummings GG. Assessment of study quality for systematic reviews: a comparison of the Cochrane Collaboration Risk of Bias Tool and the Effective Public Health Practice Project Quality Assessment Tool: methodological research. *Journal of evaluation in clinical practice* [Internet]. 2012 Feb [Consultado el 07/01/2022]. 18(1):12-18. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20698919/>
7. de Barutell C. Unidades de dolor en España. Encuesta SED Día del Dolor 2007. *Revista de la Sociedad Española del Dolor* [Internet]. 2009 [Consultado el 13/01/2022]. 16(8):421-428. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/dolor/v16n8/original1.pdf>
8. Turk D., Monarch E. *Psychological Approaches to Pain Management: A Practitioner's Handbook*. 3rd ed.: Nueva York. The Guilford Press. 2018. Página 3-19. Disponible en: <https://www.guilford.com/excerpts/turk3.pdf?t>
9. De la Calle JL, Abejón D, Cid J, del Pozo C, Insausti J [et. al]. Estándares de calidad asistencial y catálogo de procedimientos de las unidades de dolor crónico. *Revista Sociedad Española del Dolor*. [Internet]. 2010 [Consultado el 17/01/2022]. 17:114-33. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-sociedad-espanola-del-dolor-289-articulo-estandares-calidad-asistencial-catalogo-procedimientos-S1134804610700173>
10. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales de la Junta de Andalucía. *Proceso Asistencial Integrado Dolor crónico no oncológico*. [Internet]. 2014 [Consultado el 11/01/2022]. Disponible en: <https://www.juntadeandalucia.es/organismos/saludyfamilias.html>

11. Malfliet A, Coppieters I, Van Wilgen P, Kregel J, De Pauw R [et. al]. Brain changes associated with cognitive and emotional factors in chronic pain: A systematic review. *European journal of pain* [Internet]. 2017 May [Consultado el 29/12/2021]. 21(5):769-786. Disponible en:
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/ejp.1003>
12. Goberna Iglesias MJ, Mayo Moldes M, Lojo Vicente V. Gestión y actuación enfermera en la unidad de dolor crónico. *Revista de la Sociedad Española del Dolor* 2014 Feb 1,;21(1):50-58. Disponible en:
https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462014000100006
13. Pergolizzi J, Ahlbeck K, Aldington D, Alon E, Coluzzi F, Dahan A, et al. The development of chronic pain: physiological CHANGE necessitates a multidisciplinary approach to treatment. *Current Medical Research and Opinion* [Internet] 2013 Sep;29(9):1127-1135. Disponible en:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23786498/>
14. Cáceres-Matos R, Gil-García E, Barrientos-Trigo S, Molina E, Porcel-Gálvez AM. Consecuencias del dolor crónico en la infancia y la adolescencia. *Gaceta sanitaria* [Internet]. 2019 May [Consultado el 02/02/2022]. 33(3):272-282. Disponible en:
<https://www.scielosp.org/article/gs/2019.v33n3/272-282/>
15. Dueñas M, Ojeda B, Salazar A, Mico JA, Failde I. A review of chronic pain impact on patients, their social environment and the health care system. *Journal of Pain Research* [Internet]. 2016 [Consultado el 27/01/2022]. 9:457-467. Disponible en:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4935027/>