

## I. Introducción: La Filosofía del Manejo del Dolor

El manejo del dolor se fundamenta en la máxima de Lord Kelvin: **"Lo que no se define, no se puede medir. Lo que no se mide, no se puede mejorar. Lo que no se mejora, se degrada siempre."** Esta premisa es crucial para un abordaje eficaz del dolor.

El dolor es una experiencia inherentemente subjetiva y emocional. Como citó René Leriche, **"El único dolor tolerable, es el dolor ajeno"**. Esta idea se complementa con la definición de Margo McCaffery (1968): **"El dolor es lo que la persona que lo experimenta dice que es, y existe cuando la persona que lo experimenta dice que existe."** La fuerte conexión entre sensación y emoción es fundamental, ya que **"Solo recordamos lo que nos emociona"**. Esta interconexión significa que toda experiencia dolorosa implica:

1. **Sensación:** Percepción y localización del dolor.
2. **Emoción:** Una experiencia afectiva desagradable que sirve como mecanismo de defensa y aprendizaje.
3. **Cognición:** Aprendizaje y evitación de futuras agresiones similares.

## II. Definición y Valoración del Dolor Agudo

El primer paso para una estrategia eficaz de control del dolor es una correcta identificación de sus características y tipo.

### A. Dolor Agudo vs. Dolor Crónico:

Característica	Dolor Agudo	Dolor Crónico
<b>Duración</b>	Corta duración, inicio repentino	Persiste más allá de la lesión tisular (> 3 meses)
<b>Función</b>	Protectora (alarma)	No protectora; destructiva para la persona
<b>Origen</b>	Estímulo nociceptivo, lesión tisular	Incierto, multifactorial
<b>Naturaleza</b>	Síntoma	Enfermedad
<b>Tratamiento</b>	Mecanismos resolutivos	Mucho más difícil de tratar

Es **"importantísimo el que podamos atajar el dolor agudo para no convertirlo en dolor crónico"**, ya que el dolor agudo es "útil" (función de alarma), mientras que el dolor crónico es "inútil" y "destruye" a la persona.

### B. Tipos de Dolor según Fisiopatología:

- **Nociceptivo:** Dolor localizado (puede ser referido), con buenos descriptores verbales, y que responde bien a la analgesia. Se debe a la activación de nociceptores por lesión o enfermedad.
- **Neuropático:** Dolor en territorio de inervación, con malos descriptores verbales (quemazón, fuego, electricidad, acorchamiento, picor, hormigueo, agujas), y que responde parcialmente a la analgesia. Se debe a lesión o enfermedad del SNC/SNP.
- **Mixto:** Combinación de ambos.
- **Nociplástico:** Dolor que se genera sin una agresión clara, a menudo visto en dolor crónico.

### C. Preguntas Clave para la Anamnesis (Valoración Diagnóstica):

- ¿Cuál es la frecuencia del dolor?

- Cronología (mañana/noche, reposo/movimiento, continuo/intermitente).
- Tiempo de aparición y evolución.
- ¿Dónde se localiza? ¿Se irradia?
- ¿Cómo lo definiría (penetrante, punzante, opresivo...)?
- ¿Con qué se alivia/exacerba?
- Historia familiar de otros casos de dolor.
- Síntomas acompañantes.
- Factores que lo modifican (movimiento-reposo, calor-frío, medicación).

### III. Fisiopatología del Dolor Agudo (Para no avezados)

El dolor es un proceso multifactorial. La principal causa es la **inflamación**, que comienza periféricamente y aumenta la sensibilidad de las terminaciones nerviosas y nociceptores.

**A. Neuromodulación:** Modificaciones de la información nocigénica debido a la integración de distintos sistemas neurobiológicos.

- **Transducción:** Conversión de un estímulo nocivo en señal eléctrica por nociceptores (mecánicos, térmicos, polimodales, silentes). Se produce una "sopa inflamatoria" de sustancias químicas (ej. Glu, 5HT, Noradrenalina, Sustancia P) que despolarizan los canales nerviosos.
- **Sensibilización Periférica (reversible):** Mayor sensibilidad y actividad espontánea patológica de los nociceptores debido a cambios en los canales de Ca<sup>++</sup> y Na<sup>+</sup>.
- **Sensibilización Central (difícilmente reversible):** Alteración del procesamiento de estímulos dolorosos en el SNC. Aumento de actividad excitatoria en vías ascendentes y disminución de controles inhibitorios en vías descendentes. Resulta en una "desregularización" y es "muy difícil de tratar".
- **Conducción:** Transmisión de la señal desde los nociceptores hasta el asta dorsal de la médula espinal.
- **Transmisión:** Neuronas de segundo orden en el asta dorsal procesan la señal (clase I: mecanorreceptoras, clase II: amplio rango dinámico, clase III: identifican carácter nocivo).
- **Modulación:** Regulación de la intensidad de la respuesta tanto en el asta dorsal (neuronas intrínsecas espinales inhibitorias, vías descendentes con 5HT y NA) como en el cerebro.
- **Percepción (Matriz del Dolor):** Integración de aspectos sensorial-discriminativo (localización), afectivo-motivacional (emoción, ej., depresión, ansiedad) y cognitivo-evaluativo (aprendizaje, memorización). Esta integración da lugar a la sensación de dolor y la respuesta individual.

### IV. Medición del Dolor

La medición es crucial para "**saber de dónde partimos**" y "**a dónde llegamos**" en el tratamiento, valorar resultados terapéuticos y permitir comparaciones entre profesionales.

### A. Escalas de Valoración:

- A pesar de la subjetividad del dolor, es fundamental utilizar herramientas de medición. La **Escala Visual Analógica (EVA)** es una herramienta común. Se sugiere una versión **vertical** (tipo termómetro) que combina escalas visuales (Wong-Baker facial, Nayman lumínica) con una escala numérica en el reverso, facilitando su uso en pacientes iliterados o con deterioro cognitivo. El número (ej., 7 sobre 10) permite la comparación objetiva.
- **Alerta EVA 5:** Si el EVA es 5 sobre 10 o más y no se baja, hay una alta probabilidad de cronificación del dolor.

### B. Ascensor Analgésico (Concepto Dinámico y de Inmediatez):

- Supera la "escalera analgésica" de la OMS, que obliga a un ascenso gradual. El "ascensor" permite adaptar el tratamiento a la intensidad del dolor de forma inmediata.
- **Piso 1 (Leve, EVA 1-3):** Analgésicos no opioides (AINEs, paracetamol, metamizol).
- **Piso 2 (Moderado, EVA 4-6):** Opioides débiles (tramadol, codeína) combinados con analgésicos no opioides.
- **Piso 3 (Intenso, EVA 7-10):** Opioides potentes (morfina, buprenorfina, fentanilo, oxicodona, hidromorfona, tapentadol).
- **Piso 4 (Severo/Insoportable):** Unidades especializadas del Dolor (cuando no hay respuesta al tratamiento en niveles previos).

### V. Mejora del Manejo del Dolor: Avances Terapéuticos

#### A. Terapia Multimodal:

- Empleo simultáneo de distintas clases o modalidades de analgésicos que actúan en diferentes receptores y vías de transmisión del dolor, buscando un mejor control.
- El futuro se dirige a identificar síntomas, cuadros clínicos y sustancias involucradas para buscar fármacos específicos.
- La mayor parte del dolor es multifactorial. Los **fenotipos de dolor** explican por qué diferentes fármacos responden de manera diferente en distintos pacientes.

#### B. Novedades Farmacológicas:

- **Pregabalina Liberación Prolongada:** Misma eficacia analgésica con menores efectos secundarios (somnolencia, mareos) y mejor adhesión al tratamiento.
- **Tapentadol Liberación Inmediata:** Mayor eficacia analgésica que morfina o tramadol, con menores efectos secundarios (especialmente gastrointestinales). Perfil neuropático, ayuda a la recaptación de noradrenalina, siendo útil en dolor neuropático.
- **Cocrístaes de Fármacos Analgésicos (Asociaciones Farmacológicas a Dosis Fijas - ADF):** Forma farmacéutica con 2 o más principios activos en una sola unidad de administración.

- **Ventajas:** Menor riesgo de efectos adversos (por dosis inferiores), inferior coste, facilitan la adhesión, mejora de la tolerancia.
- **Sinergia:Aditiva:** El efecto de A + B es igual a la suma de efectos por separado (ej., tramadol-paracetamol).
- **De Refuerzo o Potenciación:** El efecto de A y B juntos es superior a la suma por separado (ej., amoxicilina-clavulánico, dexketoprofeno-tramadol).
- **Ejemplos de ADF con evidencia:**Paracetamol + Opiode débil (tramadol/codeína): Mejor control y satisfacción en dolor agudo, postoperatorio, musculoesquelético. Útil en cefalea con menor fotofobia y sonofobia.
- AINE/ICOX2 (celecoxib) + Tramadol: **Cocrystal Tramadol/Celecoxib** ha demostrado mayor eficacia analgésica que por separado, rápido inicio de acción, larga duración, buena tolerabilidad, y menos efectos secundarios que AINEs. Indicado en dolor somático agudo moderado a intenso (postoperatorio, musculoesquelético). Celecoxib tiene menor riesgo cardiovascular (junto con naproxeno) y gastrointestinal que otros AINEs.
- Diclofenaco + Misoprostol / Naproxeno + Esomeprazol: Menor tasa de efectos gastrointestinales.
- Tramadol + Diclofenaco: Misma eficacia que tramadol/paracetamol con menos efectos secundarios.
- Tramadol + Dexketoprofeno: Mejor eficacia analgésica, menos efectos secundarios (evidencia moderada).
- Ergotamina + Cafeína: Mejor y más rápido control del dolor, menos náuseas, fotofobia, sonofobia (ej., cefalea pospunción dural).
- **No hay evidencia en la utilidad:** Combinación de 2 AINEs; paracetamol/AINE + BZD; paracetamol/pirazolonas + cafeína (riesgo de rabdomiólisis).

### C. Consideraciones en el Tratamiento con Opioides:

- **Abordaje individualizado y centrado en el paciente:** Evaluar factores de riesgo de abuso, monitorización regular.
- **Informar al paciente:** Sobre efectos adversos, tolerancia, dependencia y adicción. La adicción es posible incluso si se toman según lo indicado.
- **Uso racional:** Utilizar la dosis y duración mínimas necesarias. Para dolor agudo, el menor tiempo posible.
- **Reevaluación regular:** Es esencial para evaluar el control del dolor, impacto en la vida, efectos adversos y necesidad de continuar o desescalar el tratamiento.
- **Rotación de opioides:** Si un opioide causa efectos secundarios intolerables o no es efectivo, se puede rotar a otro opioide, ya que no todos tienen tolerancia cruzada y la variabilidad individual de los receptores MU es alta.

- **Aspectos legales:** Informar al paciente sobre las repercusiones legales (ej., conducir bajo los efectos de opioides prescritos puede requerir justificación médica).

## VI. La Degradación: Desafíos Actuales en el Manejo del Dolor

A pesar de los avances, la gestión del dolor presenta deficiencias:

- **Falta de uso de escalas:** Solo el 10% de los médicos utiliza escalas de dolor.
- **Percepción del paciente:** Un tercio de los pacientes siente que su médico no sabe controlar el dolor; un cuarto relata que su médico rara vez le da importancia a su sintomatología dolorosa.
- **Tratamiento inadecuado:** El 29% de los pacientes considera que no recibe un tratamiento adecuado.
- **Frases a erradicar:** "No será para tanto", "de dolor no se muere", "si dolor [pauta analgésica]". El dolor debe tratarse proactivamente.

## VII. Criterios de Derivación a las Unidades de Dolor

Las Unidades de Dolor son un "bien escaso" con sobrecarga asistencial.

### A. Limitaciones Comunes:

- Falta de unidades en todos los centros hospitalarios.
- Desconocimiento de la cartera de servicios.
- Falsas creencias sobre las técnicas intervencionistas (costosas, poca duración del efecto).

### B. Criterios de Remisión:

- **Diagnóstico causal:** Los pacientes deben ser remitidos cuando ya se ha llegado a un diagnóstico causal. La unidad trata el dolor, no lo diagnostica desde cero.
- **No esperar a prescribir analgesia:** **"NO SE DEBE ESPERAR A QUE EL PACIENTE SEA VISTO POR LA U DOLOR PARA PRESCRIBIR ANALGESIA."** El primer médico que tenga contacto con un paciente con dolor debe iniciar la analgesia.
- **Cuadros de dolor agudo:** Deben remitirse a servicios de urgencias. Las unidades de dolor no proporcionan beneficio inmediato.
- **Dolor refractario:** Pacientes con dolor refractario a un esquema terapéutico adecuado (agotamiento del primer y segundo escalón analgésico de la OMS).
- **Alergias o gran ingesta de analgésicos.**
- **Rápida tolerancia a opioides orales.**
- **Efectos secundarios intolerables a dosis no excesivamente altas de opioides.**
- **Alternativa terapéutica específica:** Pacientes cuyo dolor tiene una alternativa terapéutica propia de las Unidades de Dolor (ej., neuralgia del trigémino, herpes zóster, dolores neuropáticos puros), especialmente si hay alto riesgo de cronificación.

## VIII. Conclusiones

- **La decisión de no tratar el dolor no es inocua**, ni a corto ni a largo plazo.
- **De la escalera al ascensor:** Adoptar un enfoque de tratamiento del dolor que se adapte a la intensidad inicial y permita una desescalada.
- **Considerar ADF analgésicos:** Ofrecen mejor adhesión, menores dosis y menores efectos secundarios.
- **El dolor no es una variable estática:** Es fundamental reevaluar continuamente (etiología, intensidad, tratamiento, reagudizaciones).
- **Colaboración interdisciplinar:** "Si el problema es complicado, mejor trabajar juntos." Las unidades de dolor no solo son para derivar, sino también para consultar.
- **Analgesia preventiva:** Tratar el dolor antes del estímulo quirúrgico, durante la cirugía y mantener el tratamiento en el postoperatorio para evitar que el dolor se establezca y cronifique.

### Anexo: Caso Clínico de Neuralgia del Pudendo (Mujer 35 años)

Este caso ilustra la importancia de la anamnesis completa, la identificación del tipo de dolor y la derivación oportuna:

- **Dolor inicial:** Postoperatorio de hemorroidectomía (dolor somático inflamatorio, moderado-severo).
- **Pauta inicial:** Cocrystal Tramadol/Celecoxib + Metamizol de rescate (adecuado para dolor postoperatorio moderado-severo e inflamatorio).
- **Evolución:** Persistencia de dolor neuropático (calambre, quemazón, hormigueo perineal) desde el postparto (crónico, >11 meses), agravado por la cirugía.
- **Reevaluación AP:** Identificación de dolor neuropático crónico (criterios DN4 positivos: quemazón, calambres, hormigueos).
- **Derivación a Unidad de Dolor:** Necesaria debido a la cronificación, el tipo de dolor (neuropático) y la refractariedad al tratamiento inicial.
- **Tratamiento en UD:** Sustitución de cocrystal por Tramadol retard, adición de Pregabalina y Duloxetina (coadyuvantes para dolor neuropático). Bloqueo diagnóstico del nervio pudendo y posterior radiofrecuencia pulsada.
- **Resultado:** EVA 0, reincorporación laboral.
- **Desescalada analgésica:** Progresiva, manteniendo Duloxetina (antidepresivo con efecto preventivo en dolor neuropático) durante al menos 3 meses para renutrir la mielina y evitar reagudizaciones.
- **Reagudizaciones:** Frecuentemente tienen un componente inflamatorio y pueden tratarse con ADF como el cocrystal de Tramadol/Celecoxib. Se destaca que Tramadol y Celecoxib son

compatibles con la lactancia, desmintiendo mitos comunes que limitan el acceso a analgesia adecuada en mujeres lactantes.