



# ***Estudio descriptivo sobre el perfil de los pacientes derivados a la Unidad de Tratamiento del Dolor Crónico del Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín (UTDC-HUGCDN) como base para la reorganización de esta***

*Descriptive study on the profile of patients sent to the Chronic Pain Treatment Unit of the University Hospital of Gran Canaria Dr. Negrín (UTDC-HUGCDN) as a basis for the reorganization of this*

M. A. Caramés Álvarez, M. Navarro Rivero, C. Pérez-Lehmann, J. Hernández Rodríguez, J. Lázaro Orchilla y B. Clavo Varas

*Unidad del Dolor Crónico y Neurocirugía Funcional. Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín. Las Palmas de Gran Canaria, España*

## RESUMEN

**Objetivo:** Conocer las necesidades y fortalezas de nuestra Unidad derivadas del conocimiento del perfil de paciente que es remitido para la atención en la misma.

**Pacientes y métodos:** Estudio descriptivo transversal sobre 5000 pacientes derivados a nuestra Unidad entre 2017 y 2020. Se recogieron de forma anónima los siguientes datos: número de pacientes remitidos por mes, edad, sexo, servicio remitidor, localización del dolor, pacientes/interconsultas preferentes, rechazados y atendidos previamente. De los 1000 primeros pacientes también se registraron los antecedentes quirúrgicos, existencia o no de obesidad y consumo de fármacos psicoactivos.

**Resultados:** Son derivados para valoración unos 1560 pacientes de media anuales (130 al mes), con una edad media de 59,8 años ( $\pm 14,3$ ) de los cuales el 62,6 % son mujeres. Un 62,08 % se encontraba en edad laboral. Los servicios asistenciales que remitieron más pacientes fueron: Traumatología, Neuroci-

## ABSTRACT

**Objective:** Determine the shortcomings and strengths of our pain clinic derived from the knowledge of the profile of the patients who are referred for care in the clinic.

**Patients and methods:** Cross-sectional descriptive study on 5000 patients referred to our pain clinic between 2017 y 2020. The following data were collected: number of patients referred per month, age, sex, referring service, location of pain, patients referred preferentially, rejected patients, and previously attended consultations. Data on surgical history, obesity, and use of psychoactive drugs were also recorded for the first 1000 patients.

**Results:** An average of 1560 patients were referred for evaluation per year (130 per month), with a mean age of 59.8 years ( $\pm 14.3$ ) of which 62.6 % are women and 62.08 % were of working age. The healthcare services that referred the most patients were Orthopedic Surgery, Neurosurgery, Spine Unit and Rehabilitation.

rugía, Unidad de Raquis y Rehabilitación. El 6,6 % de las derivaciones fueron calificadas como preferentes. Fueron rechazadas el 9,98 % de las interconsultas. Los tipos de dolores según su localización más frecuentes fueron: lumbalgia, cervicalgia y dolores generalizados. Se constató la toma habitual de ansiolíticos y/o anti-depresivos en un 34,9 %, el 10,8 % eran obesos y el 10,3 % sufrían dolor crónico postquirúrgico.

**Conclusiones:** El perfil del paciente predominante derivado a nuestra unidad suele ser el de un adulto mayor, en edad laboral, de género femenino, derivado desde el servicio de Traumatología y con dolor en la región lumbar, perfil muy similar al descrito en otras unidades del dolor del mundo occidental desarrollado. Más de 1 de cada 3 pacientes puede sufrir ansiedad y/o depresión, siendo también muy frecuente el dolor postquirúrgico y la obesidad.

**Palabras clave:** Perfil paciente unidad dolor, gestión unidades dolor, planificación asistencial unidad dolor, trastornos psiquiátricos y dolor.

6.6 % of the requests were derived preferentially. Of the referrals, 9.98 % were rejected. The most frequent pain locations were low back pain, neck pain and generalized pain. In the The usual taking of anxiolytics and / or antidepressants was found in 34.9 %, 10.8 % were diagnosed as obese and 10.3 % were referred for chronic postoperative pain.

**Conclusions:** The profile of the predominant patient referred to our pain clinic is an older adult, of working age, female, referred from the orthopedics department and with pain in the lumbar region. This described profile is very similar to other pain units in the developed western world. Almost one in 3 patients may suffer from anxiety and / or depression, and post-surgical pain and obesity are also very common.

**Key words:** Pain unit patient profile, pain unit management, pain unit assistance planning, psychiatric disorders and pain.

## INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO

El conocimiento en detalle de la población atendida por una unidad de tratamiento del dolor crónico es de vital importancia para el diseño de las necesidades de personal y materiales, su organización interna y la coordinación con los servicios remitentes de pacientes. A su vez, la comparación de las características de nuestros pacientes con las de otros estudios realizados sobre pacientes de las unidades del dolor españolas o de otros países nos permite extraer conclusiones sobre la realidad de nuestro hospital, el flujo de pacientes, la visión de nuestra Unidad por parte de los facultativos de otros servicios y las características diferenciales de nuestra sociedad. A tal efecto, diseñamos un estudio que incluyera las variables que considerábamos de mayor relevancia para la reorganización de nuestra Unidad. Tras el estudio pormenorizado de los resultados, diseñamos un plan de reestructuración de la unidad.

## PACIENTES Y MÉTODOS

Realizamos un estudio transversal sobre 5000 pacientes derivados a nuestra unidad entre los meses de julio de 2017 y octubre de 2020. Se recogieron de forma anonimizada los siguientes datos: número de pacientes por mes, edad, sexo, servicio remitente, localización del dolor, pacientes/interconsultas preferentes, rechazados y atendidos previamente. A los 1000 primeros pacientes, además de los datos señalados, se les recogieron los siguientes: pacientes con dolor de origen quirúrgico, coexistencia o no de obesidad y consumo de fármacos psicoactivos, realizándose un análisis específico con estos datos y pacientes. Llevamos a cabo varios estudios de interrelación de los datos

obtenidos, sobre todo de variables sociodemográficas con la localización del dolor. Los datos fueron obtenidos del formulario de interconsulta, de la historia informatizada de atención primaria (AP) y, en menor medida, de la historia clínica de atención especializada (Programa Drago), incorporados a una base de datos Excel y analizados estadísticamente. Se ha calculado la frecuencia y porcentaje en las variables cualitativas y el intervalo de confianza mediante el método de Clopper-Pearson. Las variables cualitativas se han analizado utilizando el test Chi cuadrado de Pearson. La variable numérica (edad) se ha comparado mediante la *t* de Student para varianzas iguales. Se considera significativo un valor de *p* inferior a 0,05. El programa estadístico utilizado ha sido R Core Team 2020, versión 4.0.2.

Posteriormente comparamos nuestros resultados con los de otros estudios nacionales y extranjeros.

Hemos de tener en cuenta las siguientes consideraciones: en nuestra unidad no está permitida la derivación directa desde AP, salvo en casos excepcionales; en la localización definida como lumbalgia se incluyen, además de las lumbalgias puras, las lumbalgias irradiadas (lumbociáticas o lumbocrualgias); los dolores de miembros inferiores (MMII) no incluyen las coxalgias y las gonalgias, que se han contabilizado por separado; las espondilalgias incluyen a aquellos pacientes que refieren dolores de columna en 2 o 3 niveles; los dolores pélvicos incluyen los dolores genitales, y los dolores inguinales han sido separados de los dolores abdominales.

## RESULTADOS

Los meses con mayor número de derivaciones de pacientes han sido marzo, junio y octubre, y los de

menores remisiones agosto y diciembre. Las 2 primeras oleadas de COVID sufridas se han visto reflejadas en un descenso de remisiones de 188 pacientes en los 3 meses de la primera oleada, 66 pacientes menos al mes, y 80 pacientes menos en los 2 meses de la segunda oleada, unos 40 pacientes menos cada mes (Figura 1).

La edad media de la muestra fue de 59,8 años  $\pm$  14,3 (rango 14-96), estando en edad laboral 3104 pacientes (62,08 %) y siendo mujeres 3130 (62,6 %) (Tabla I).

Las localizaciones más frecuentes de dolor en los pacientes derivados a la Unidad son lumbar, cervical, los dolores generalizados, las espondilalgias y los dolores en los MMII (Tabla I).

Los pacientes en edad laboral padecen en mayor proporción que los pacientes mayores cervicalgias, dolores espinales en varias localizaciones, dolores de abdomen, coxigodinas e inguinodinas, y menos frecuentemente gonalgias, coxalgias y dolores en varias localizaciones (Tabla I).

En las mujeres encontramos, con respecto a los varones, una mayor proporción de dolores generalizados y gonalgias, y menos dolores pélvicos, de MMII, lumbalgias e inguinodinas (Tabla I).

Fueron considerados como pacientes preferentes 270, el 5,4 % del total (Tabla II), siendo calificados como tales en mayor proporción que los no preferentes los dolores en miembros, tórax y cara, y menos frecuentemente los dolores de la columna, los generalizados y los de grandes articulaciones.

Los servicios asistenciales que nos remitieron más pacientes fueron Traumatología, Neurocirugía, Unidad de Raquis y Rehabilitación (Figura 2).

Fueron rechazadas 497 peticiones de interconsulta (9,94 %). Las causas más frecuentes de rechazo fueron: ser de otra área asistencial, no tomar ningún fármaco antiálgico, ausencia de alternativa terapéutica (generalmente ya reconocida al alta previa del paciente) o no haber sido estudiada adecuadamente la patología causante del dolor. El 23,13 % de los pacientes recha-

zados ya habían sido atendidos en la Unidad previamente. Fueron rechazadas en mayor proporción, con respecto a las no rechazadas, las interconsultas de pacientes con dolores generalizados y con gonalgias y menos frecuentemente con lumbalgias y omalgias (Tabla II).

Un total de 732 pacientes de la muestra general (14,6 %) ya habían sido atendidos en la unidad y fueron remitidos nuevamente. Respecto a los que no habían sido atendidos previamente, vemos mayor proporción de dolores generalizados y faciales, con una diferencia casi significativa en este último caso (Tabla III).

De los 1000 primeros pacientes 108 (10,8 %) estaban diagnosticados como obesos. De estos pacientes obesos, 49 (45,3 %) estaban tomando ansiolíticos y/o antidepresivos. 103 (10,3 %) fueron derivados por dolor crónico postquirúrgico.

En estos 1000 primeros pacientes, 349 (34,9 %) tenían prescritos ansiolíticos o antidepresivos en el momento de la remisión, por lo cual probablemente se pueda considerar que padecen un trastorno por ansiedad, por depresión o mixto. No hemos considerado como probables pacientes con estos trastornos a aquellos que solo tenían prescrito un hipnótico o el anti-depresivo recetado lo era presumiblemente para el tratamiento del dolor (duloxetina o amitriptilina con mayor frecuencia). De estos 349 pacientes, el 35,5 % tenía prescritos ansiolíticos más antidepresivos, el 40,2 % solo antidepresivos y el 24,2 % solo ansiolíticos. Otras características de esta submuestra se reflejan en la Tabla IV.

## DISCUSIÓN

Nuestra Unidad del Dolor Crónico está clasificada como de nivel III según la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP) o de nivel IV según la clasificación de la Sociedad Española del Dolor (SED). Se trata de una unidad multidisciplinar de máxima complejidad,

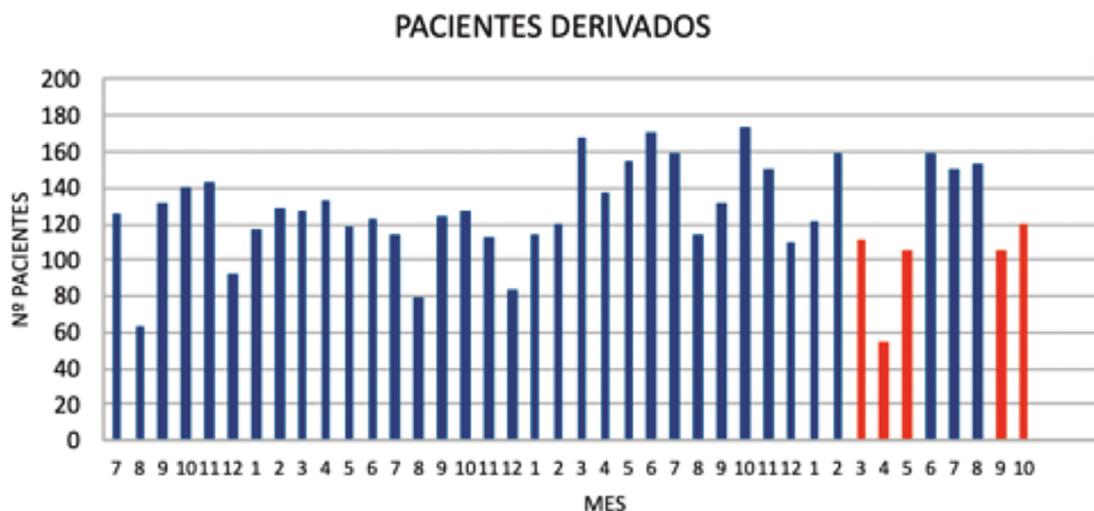


Fig. 1. Pacientes derivados por mes desde julio de 2017 hasta febrero de 2020.

**TABLA I**  
**PACIENTES EN EDAD LABORAL Y MUJERES SEGÚN LOCALIZACIÓN DEL DOLOR**

Localización	N = 5000	Edad laboral N = 3104	pA	pB	Valor de p	IC 95 % diferencia proporcional	Mujeres N = 3130	pA	pB	Valor de p	IC 95 % diferencia proporcional
Lumbalgia	3149	1924	61,98	64,61	0,066	-0,05-0	1937	61,88	64,81	<b>0,041</b>	-0,06-0
Cervicalgia	287	226	7,28	3,22	< <b>0,001</b>	0,03-0,05	189	6,04	5,24	0,267	-0,01-0,02
Dolores generalizados	199	113	3,64	4,54	0,134	-0,02-0	172	5,5	1,44	< <b>0,001</b>	0,03-0,05
Espondilalgia	190	134	4,32	2,95	0,018	0-0,02	120	3,83	3,74	0,932	-0,01-0,01
MMIi	152	86	2,77	3,48	0,182	-0,02-0	81	2,59	3,8	<b>0,02</b>	-0,02-0
Omalgia	110	73	2,35	1,95	0,403	0-0,01	69	2,2	2,19	1	-0,01-0,01
Gonalgia	100	19	0,61	4,27	< <b>0,001</b>	-0,05- -0,03	81	2,59	1,02	< <b>0,001</b>	0,01-0,02
Tórax	98	62	2	1,9	0,889	-0,01-0,01	63	2,01	1,87	0,808	-0,01-0,01
Dolor pélvico	96	64	2,06	1,69	0,407	0-0,01	47	1,5	2,62	<b>0,007</b>	-0,02-0
Coxalgia	92	29	0,93	3,32	< <b>0,001</b>	-0,03- -0,01	62	1,98	1,6	0,395	0-0,01
Inguinodinia	71	57	1,84	0,74	<b>0,002</b>	0-0,02	18	0,58	2,83	< <b>0,001</b>	-0,03- -0,01
Dolor facial	68	37	1,19	1,64	0,235	-0,01-0	42	1,34	1,39	0,986	-0,01-0,01
Dolores varias localizaciones	67	21	0,68	2,43	< <b>0,001</b>	-0,03- -0,01	47	1,5	1,07	0,247	0-0,01
MMSS	63	45	1,45	0,95	0,159	0-0,01	43	1,37	1,07	0,422	0-0,01
Abdomen	58	44	1,42	0,74	<b>0,041</b>	0-0,01	32	1,02	1,39	0,299	-0,01-0
Dorsalgia	57	35	1,13	1,16	1	-0,01-0,01	30	0,96	1,44	0,154	-0,01-0
Cefaleas	29	19	0,61	0,53	0,849	0-0,01	18	0,58	0,59	1	0-0
Coxigodinia	24	22	0,71	0,11	<b>0,005</b>	0-0,01	17	0,54	0,37	0,533	0-0,01

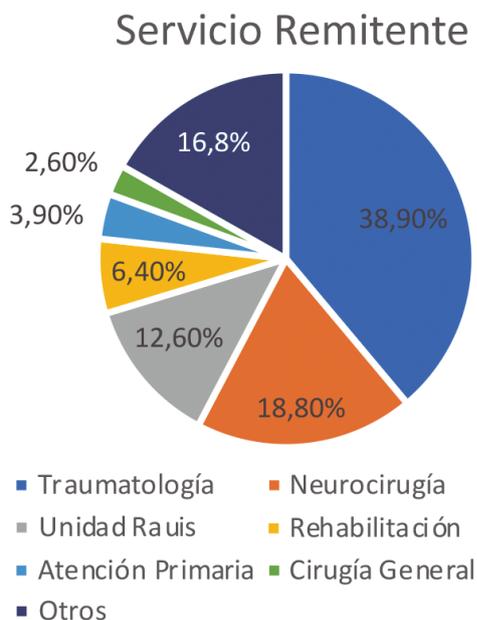
MMIi: miembros inferiores. MMSS: miembros superiores.  
 Comparación de proporciones (pA = porcentaje de pacientes en edad laboral o mujeres; pB = porcentaje de pacientes en edad "no laboral" o varones).

TABLA II  
PACIENTES PREFERENTES Y RECHAZADOS SEGÚN LOCALIZACIÓN DEL DOLOR

Localización	Preferentes N = 270	pA	pB	Valor de p	IC 95 % diferencia proporcional	Rechazados N = 497	pA	pB	Valor de p	IC 95 % diferencia proporcional
Lumbalgia	104	31,52	65,2	< 0,001	-0,39- -0,28	280	56,34	63,71	0,001	-0,12- -0,03
Cervicalgia	10	3,03	5,93	0,027	-0,05- -0,01	22	4,43	5,93	0,207	-0,04-0,01
Dolores generalizados	3	0,91	4,2	0,001	-0,05- -0,02	53	10,66	3,24	< 0,001	0,05-0,1
Espondilalgia	4	1,21	3,98	0,007	-0,04- -0,01	17	3,42	3,84	0,732	-0,02-0,01
MMII	35	10,61	2,51	< 0,001	0,05-0,12	9	1,81	3,18	0,123	-0,03-0
Omalgia	2	0,61	2,31	0,048	-0,03- -0,01	3	0,6	2,38	0,017	-0,03- -0,01
Gonalgia	0	0	2,14	0,002	-0,03- -0,02	49	9,86	1,13	< 0,001	0,06-0,11
Tórax	16	4,85	1,76	< 0,001	0,01-0,06					
Dolor pélvico	6	1,82	1,93	1	-0,02-0,01					
Coxalgia	3	0,91	1,91	0,285	-0,02-0	11	2,21	1,8	0,634	-0,01-0,02
Inguinodinia	5	1,52	1,41	0,809	-0,01-0,02					
Dolor facial	20	6,06	1,03	< 0,001	0,02-0,08					
Dolores varias localizaciones	1	0,3	1,41	0,13	-0,02-0	6	1,21	1,35	0,948	-0,01-0,01
MMSS	22	6,67	0,88	< 0,001	0,03-0,09					
Abdomen	7	2,12	1,09	0,104	-0,01-0,03					
Dorsalgia	6	1,82	1,09	0,273	-0,01-0,02					
Cefaleas	3	0,91	0,56	0,436	-0,01-0,02					
Coxigodinia	1	0,3	0,49	1	-0,01-0,01					

MMII: miembros inferiores. MMSS: miembros superiores.

Comparación de proporciones (pA = porcentaje de pacientes preferentes o rechazados, pB = porcentaje de pacientes no preferentes o no rechazados).



**Fig. 2.** Pacientes remitidos por cada servicio.

cuyo personal en la actualidad lo componen 2 anestesiólogos, 2 médicos rehabilitadores, 1 neurocirujano, 1 oncólogo radioterapeuta, 1 psiquiatra, 2 enfermeras, 1 auxiliar de enfermería, 1 auxiliar administrativa y al menos 1 médico residente, aunque solo 3 de los médicos están trabajando a tiempo completo en la unidad.

Actualmente acceden a nuestras consultas algo más de 1500 pacientes nuevos al año; desde 2017 este número se ha ido incrementando anualmente. Los meses en los cuales se derivó a menos pacientes se corresponden lógicamente con aquellos en los cuales hay más personal de vacaciones (agosto y diciembre) y aquellos en los cuales se derivó a más fueron los que tienen más días hábiles y son menos tributarios de ser elegidos para libranzas laborales (marzo, junio y octubre). Destacar la caída de derivaciones en relación con las "oleadas" de COVID-19 y su evolución; así en la primera oleada constatamos un descenso de alrededor de 60 pacientes al mes durante 3 meses, en la segunda de unos 40 pacientes al mes durante 2 meses y en la tercera poco más de 20 y durante un solo mes (cifra no incluida en este estudio por ser recogida a posteriori). Esto nos puede indicar que hay una adaptación progresiva que tiende a normalizar la actividad asistencial con el paso del tiempo, tras el impacto inicial ya documentado en varios estudios (1,2), amoldándonos a esta nueva realidad y tendiendo a minimizar el impacto de la COVID-19 en la asistencia sanitaria.

**TABLA III**  
PACIENTES ATENDIDOS PREVIAMENTE SEGÚN LOCALIZACIÓN DEL DOLOR

Localización	Ya atendido previamente N = 732	pA	pB	Valor de p	IC 95 % diferencia proporcional
Lumbalgia	468	63,93	62,82	0,591	-0,03-0,05
Cervicalgia	30	4,1	6,02	0,048	-0,04-0
Dolores generalizados	52	7,1	3,44	< 0,001	0,02-0,06
Espondilalgia	30	4,1	3,75	0,725	-0,01-0,02
MMII	15	2,05	3,21	0,116	-0,02-0
Omalgia	13	1,78	2,27	0,478	-0,02-0,01
Gonalgia	12	1,64	2,06	0,541	-0,02-0,01
Tórax	7	0,96	2,13	0,048	-0,02-0
Dolor pélvico	12	1,64	1,97	0,65	-0,01-0,01
Coxalgia	15	2,05	1,8	0,759	-0,01-0,01
Inguinodinia	10	1,37	1,43	1	-0,01-0,01
Dolor facial	16	2,19	1,22	0,055	0-0,02
Dolores varias local	9	1,23	1,36	0,914	-0,01-0,01
MMSS	7	0,96	1,31	0,537	-0,01-0,01
Abdomen	11	1,5	1,1	0,453	-0,01-0,01
Dorsalgia	10	1,37	1,1	0,663	-0,01-0,01
Cefaleas	6	0,82	0,54	0,509	0-0,01
Coxigodinia	4	0,55	0,47	1	-0,01-0,01

MMII: miembros inferiores. MMSS: miembros superiores.

Comparación de proporciones (pA = porcentaje de pacientes ya atendidos previamente, pB = porcentaje de pacientes no atendidos previamente).

TABLA IV  
PACIENTES CON FÁRMACOS PSICOACTIVOS Y OTRAS VARIABLES

<i>Variables</i>	<i>Fármacos psicoactivos</i>	<i>pA</i>	<i>pB</i>	<i>Valor de p</i>	<i>IC95 % diferencia proporcional</i>
Mujeres	244	69,91	58,68	< 0,001	0,05-0,18
Obesidad	49	14,04	9,06	0,021	0-0,09
Dolor postquirúrgico	47	13,47	8,6	0,021	0-0,09
Rechazados	44	12,61	8,45	0,047	0-0,08
Preferentes	13	3,72	8,14	0,011	-0,08- -0,01
Lumbalgias	219	62,75	62,67	1	-0,06-0,06
Dolores generalizados	24	6,88	2,3	< 0,001	0,01-0,08
Espondilalgias	19	5,44	2,92	0,069	0-0,05
<i>Variable</i>	<i>N1</i>	<i>Media (desviación típica) con fármacos</i>	<i>N2</i>	<i>Media (desviación típica) sin fármacos</i>	<i>Valor de p</i>
Edad	349	60,85 (14,1)	651	58,6 (14,22)	0,01

Comparación de proporciones (pA = proporción A, pB = proporción B).  
En la variable edad, *t* de Student para varianzas iguales.

Comparando el perfil de nuestros pacientes con otras series españolas estudiadas (3,4), encontramos coincidencias en datos básicos como la edad media de los pacientes derivados, unos 60 años, y su género, la mayoría de pacientes son mujeres. En nuestros pacientes del género femenino vemos proporcionalmente más dolores generalizados y gonalgias, y menos dolores pélvicos, de MMII, lumbalgias e inguinodinias que entre los varones (Tabla I). Varios estudios confirman que el género femenino es el predominante en la demanda de atención por dolor crónico. La prevalencia del dolor en las mujeres es mayor o estas poseen mayor riesgo de desarrollarlo, mostrando un umbral doloroso más bajo, con mayor sensibilidad térmica o de presión, y manifestando padecer dolor de mayor intensidad (5,6). Por otro lado, las mujeres reaccionan al dolor con un mayor grado de habituación y tolerabilidad y suelen padecer dolor en un mayor número de localizaciones a la vez; ejemplo de ello son enfermedades como la fibromialgia, de clara predominancia femenina (20) mujeres por cada varón (5). En nuestro estudio se refleja este hecho con un claro predominio de los dolores generalizados en mujeres, por el contrario, encontramos menos dolores pélvicos con respecto a hombres. Esto último difiere de la mayoría de las publicaciones sobre el dolor pélvico crónico (7), siendo el motivo que pudiera explicar la menor proporción de mujeres en nuestra muestra la existencia de una Unidad de Suelo Pélvico en el Servicio de Rehabilitación. Nosotros, a diferencia de los resultados del estudio de Dueñas y cols. (8), no hemos encontrado predominancia de dolores de espalda en varones o de miembros en las mujeres.

También se ha justificado la predominancia del género femenino en el dolor crónico por las condiciones laborales, el tipo de ocupación más frecuente, la jerarquía en las empresas y las funciones asignadas, además de su labor en las tareas del hogar (9).

En poblaciones más cercanas culturalmente a nosotros, como Italia (10), los datos se asemejan a los españoles, con una edad media de 56,8 años ( $\pm 11,4$ ) y un 67 % de mujeres entre los pacientes derivados a unidades del dolor. Sin embargo, en Noruega la edad de derivación a unidades del dolor crónico baja a 42 años ( $\pm 15$ ) y sigue predominando el género femenino (el 68 %) (11). Fuera del continente europeo, en países en vía de desarrollo, aunque sigue siendo una constante la predominancia del sexo femenino en las derivaciones a las unidades del dolor, la edad de los pacientes atendidos es sensiblemente menor. La única unidad del dolor en 2017 de la región china de El Tibet publicó un estudio descriptivo sobre las características de los pacientes derivados. Según sus resultados, atendían predominantemente a mujeres (58 %) y la edad media era de 55,61 años ( $\pm 15$ ) (12); los diagnósticos más comunes fueron la neuralgia postherpética y la ciática. En Irán también recogieron los datos demográficos de los pacientes asistentes a una unidad del dolor y concluyeron que el dolor crónico predominaba en los pacientes más añosos, 57 ( $\pm 15$ ) años de media, y en los más obesos, atendiendo con mayor frecuencia a las mujeres que a los hombres (13). Entre los pacientes con dolor crónico secundario a patología raquídea en Cuba, el rango de edad más frecuente está entre 41-60 años (41,5 %) y la predominancia en las mujeres es muy marcada (80,5 %) (14). En otras poblaciones mundiales en vías de desarrollo, como por ejemplo la de Nigeria, la mayoría de las demandas de asistencia por dolor crónico son curiosamente de hombres, en un 61,8 %, y la edad media es de 48,28 años ( $\pm 12,48$ ) (15). Podemos deducir que la población de los países no europeos mencionados no consulta por dolores de intensidad leve o secundarios a artrosis, en muchas ocasiones normalizados como síntomas de la madurez, sino por patologías dolorosas de mayor gravedad

y limitación funcional, sobre todo dolores neuropáticos. Llama la atención la diferencia con el patrón europeo, pero esto podemos relacionarlo con diferencias demográficas en la esperanza de vida, factores culturales y laborales, socioeconómicas y conciencia de enfermedad por parte de la población.

Dos tercios de nuestros pacientes se encuentran en edad laboral, lo cual tiene implicaciones económicas de relevancia derivadas de bajas laborales prolongadas (16). Nuestros datos coinciden con otros estudios en los que, al igual que en la población general, la patología dolorosa de espalda (cervical y lumbar) es la que más afecta a los trabajadores (17,18), existiendo además en nuestra muestra de pacientes en edad laboral una diferencia estadísticamente significativa en cuanto al porcentaje de afectos de cervicalgia y dolores espinales en varias localizaciones con respecto a los que no están en edad laboral. También encontramos más dolores de abdomen, coxigodinas e inguinodinas, y menos gonalgias, coxalgias y dolores en varias localizaciones en un mismo paciente, explicándose lo primero por el esfuerzo laboral y lo segundo por ser patología propia de la edad avanzada (8) (Tabla I).

En los pacientes considerados de atención preferente, el 5,4 % del total, vemos mayor proporción respecto a los no preferentes de dolores en miembros, tórax y cara. Esto se debe a que en estas localizaciones es donde vemos más dolores neuropáticos, los síndromes de dolor regional complejo en los miembros, en el tórax las neuralgias intercostales postquirúrgicas (tras toracotomías y mastectomías) y en la cara las neuralgias del trigémino. Por el contrario, son considerados en menor medida tributarios de atención preferente los dolores de la columna, los generalizados y los de grandes articulaciones (Tabla II).

Cerca del 15 % de los pacientes remitidos ya habían sido atendidos previamente, perdiendo el contacto con la Unidad por alta en las consultas de esta, por decisión del paciente o por fallos en las citas. En este grupo de pacientes vemos más frecuentemente dolores generalizados y faciales. Buena parte de los dolores generalizados son pacientes afectas de síndrome fibromiálgico a las cuales se les dio el alta por ausencia de alternativa terapéutica y continuaron su peregrinaje por diferentes médicos hasta que nuevamente fueron remitidas a nuestra Unidad. Los dolores faciales que son nuevamente remitidos a la Unidad son mayoritariamente neuralgias del trigémino, que por algún motivo dejan de estar controladas y manifiestan un dolor de muy elevada intensidad (Tabla III).

Fueron rechazadas casi el 10 % de las interconsultas. Tras la no pertenencia a nuestra área asistencial, las causas más frecuentes de rechazo, como ya se ha comentado, son el estudio inadecuado de la causa del dolor o el no haber probado tratamientos propios o normales en la especialidad remitente. El 23,13 % ya había sido atendido en la Unidad, siendo dados de alta en muchos casos por ausencia de alternativa terapéutica, por ello esta es la siguiente causa de rechazo del paciente; si el dolor y su causa sigue siendo la misma y no hay innovaciones terapéuticas, será rechazado el paciente por continuar la ausencia de alternativa terapéutica.

Se rechazaron en mucha mayor proporción gonalgias y dolores generalizados (Tabla II).

Los servicios que nos remiten más pacientes son los de Traumatología, Neurocirugía, la Unidad de Raquis y Rehabilitación. Si consideramos que la Unidad de Raquis está formada íntegramente por traumatólogos y la patología que atienden es propia de la traumatología, podemos decir que la mitad de nuestros pacientes proceden de Traumatología (Figura 2).

En otras series estudiadas, las especialidades con mayor derivación a las unidades del dolor suelen ser Traumatología, AP o Reumatología (3,4,19). No obstante, la mayor parte de los pacientes con dolor crónico son controlados en AP, el 70 % según el estudio a nivel europeo de Breivik y cols. (20).

Como ya hemos mencionado, más de un tercio de nuestros pacientes probablemente padece ansiedad o depresión. Es comúnmente conocida la asociación de la ansiedad y depresión con el dolor crónico, si no secundario a este, coadyuvante o precipitador del mismo (21). Más del 50 % de los pacientes con depresión reportan quejas somáticas y por lo menos el 60 % de estos síntomas están relacionados con el dolor (22). Hay evidencia de que la depresión y la ansiedad se asocian al dolor crónico y no solo tienen simultaneidad clínica, sino que se considera que el dolor crónico es un predictor de depresión mayor o empeoramiento de los síntomas ansiosos. También se ha encontrado relación entre la magnitud de la queja por dolor y la intensidad de las manifestaciones depresivas y ansiosas (23,24). En el estudio PANDHORA, la mitad de los pacientes afectos de dolor crónico padece trastornos psiquiátricos (3). Según el estudio ya mencionado de Dueñas y cols., el dolor crónico ocasiona un impacto emocional en los pacientes, generando bastante o mucha tristeza en el 30,2 % y bastante o mucha ansiedad o angustia en el 29,3 %, cifras bastante cercanas a las que vemos en nuestra muestra (8).

Nuestros pacientes con probable trastorno por ansiedad y/o por depresión son en mayor proporción respecto a los que no los padecen: mujeres, con obesidad, sufren dolor postquirúrgico y sus dolores son más frecuentemente generalizados. Por otro lado, es más fácil que sean rechazados y con menor frecuencia son considerados tributarios de atención preferente (Tabla IV). Probablemente se valorará que en estos pacientes las posibilidades de encontrar un tratamiento efectivo están considerablemente disminuidas.

La obesidad está presente en casi el 11 % de los pacientes, cifra muy baja comparada con estudios de prevalencia de la obesidad en Canarias (17,5 % según datos del Ministerio de Sanidad de 2020), lo cual se explica por la gran tolerancia social existente en esta comunidad autónoma hacia la obesidad, tolerancia que incluye a los médicos, que tienden a no reflejar obesidades, incluso de grado II y III, entre los antecedentes de sus pacientes. Entre los posibles pacientes con patología psiquiátrica esta cifra sube al 14 %, pero si miramos los antecedentes de los pacientes obesos podemos comprobar que en casi la mitad de estos (45,3 %) está presente la medicación ansiolítica y/o antidepressiva. Existen estudios que demuestran la asociación entre dolor y obesidad (25) y proponen de manera rotunda al ejercicio físico como parte del manejo del dolor crónico.

En nuestra serie hemos podido ver que en un número importante de los pacientes remitidos la causa de su

dolor está en una cirugía previa (el 10,3 %). Tienen su origen en intervenciones quirúrgicas la mayor parte de las inguinodinia y buena parte de los dolores torácicos, tras mastectomías y toracotomías sobre todo.

Las localizaciones más frecuentes de dolor en los pacientes derivados a la Unidad son lumbar (62,9 %), cervical (5,7 %), los dolores generalizados (3,9 %), las espondilalgias (3,8 %) y los dolores en los MMII (3 %). Si sumamos las gonalgias y coxalgias a otros dolores de los MMII, supondrá casi el 7 % del total, constituyendo la segunda causa de derivación. Por otro lado, si sumamos todos los dolores de origen raquídeo llegamos casi al 73 % de las derivaciones (Figura 2). Por tanto, podemos decir que nuestra unidad del dolor está enfocada claramente al tratamiento del dolor raquídeo, sobre todo al dolor lumbar, algo que parece ser habitual en las unidades del dolor españolas. El dolor lumbar afecta en gran medida a la población en edad laboral, lo cual le confiere una creciente importancia por sus repercusiones derivadas de los costes ocasionados, directos y sobre todo indirectos, los relacionados con el absentismo laboral (26-30).

Diferentes estudios señalan que el dolor lumbar, los dolores en los MMII y las cefaleas son los dolores más frecuentes entre la población española, y ello se ha de traducir lógicamente en los tipos de dolores derivados en mayor porcentaje a las unidades del dolor (26,27). Esto coincide con los resultados en nuestra muestra, salvo en el caso de las cefaleas, que son derivadas mayoritariamente a Neurología. En la mayoría de las series españolas publicadas sobre dolor crónico vemos que en la población general predomina el dolor musculoesquelético sobre el neuropático (3), siendo la patología musculoesquelética el principal motivo de consulta en AP (28). Según el estudio ITACA (30) (Impacto del Tratamiento Analgésico sobre la Calidad de vida en Algas) elaborado en 2004 por más de 100 unidades del dolor españolas, el dolor osteoarticular es el que genera más consultas, siendo la afectación en la columna vertebral la más frecuente. El estudio EPISER, realizado por la Sociedad Española de Reumatología, señala que el dolor lumbar supone el 14,8 % de los dolores declarados de forma puntual y el 44,8 % de los pacientes refiere haber padecido algún episodio de lumbalgia en los 6 meses previos a la valoración (26); sin embargo, hay estudios que revelan que la patología artrósica de extremidades es la causa de dolor más frecuente, padeciéndola más del 50 % de los mayores de 65 años (27).

El equipo de Pérez y cols. (29) diseñó un estudio en donde diferentes especialistas de dolor en España describían la presencia de dolor neuropático en los pacientes valorados en un día de consulta. Los resultados mostraron que la aparición del dolor neuropático en unidades del dolor suele representar a un 29,4 % de los pacientes, siendo el tipo más frecuente la lumbociática (dolor mixto) o el dolor radicular puro en el territorio ciático (neuropático puro).

Durante la elaboración de este trabajo se iniciaron paralelamente los procesos de renovación de gestión y reorganización de la Unidad, llevándose a cabo las siguientes acciones:

1. Se contactó con las especialidades que nos derivan más paciente, Traumatología y la Unidad de Raquis, acordando perfiles de pacientes adecuados e inadecuados para la derivación.

2. Tras contactos con la dirección de AP, se acordó la derivación directa de pacientes con dolores neuropáticos graves.
3. Ante el elevado porcentaje de pacientes en edad laboral (el 62 %), se decidió implantar la consulta de preferentes y alta resolución. Además solicitamos a la dirección la adquisición de un nuevo ecógrafo, para la realización de forma preferentemente y rápida de algunas técnicas que pueden facilitar la pronta reincorporación laboral, como los bloqueos facetarios.
4. La comprobación de un elevado porcentaje de pacientes derivados que ya habían sido atendidos previamente (el 15 %) nos ha obligado a acordar que quede plasmada por el médico responsable en la historia clínica electrónica, de forma clara y fácilmente accesible, la causa del alta del paciente y las condiciones en las cuales puede ser readmitido a consulta.
5. Se establecieron protocolos de actuación ante pacientes con obesidades grado II y III y con S. fibromiálgico.
6. Ante el elevadísimo porcentaje de pacientes con probable trastorno psiquiátrico solicitamos la incorporación de un psiquiatra a la Unidad.

## CONCLUSIONES

Las características de nuestros pacientes son similares a las de los derivados a otras unidades del dolor de España y otros países desarrollados. El perfil del paciente predominante suele ser el de un adulto mayor, en edad laboral, de género femenino y que padece un dolor nociceptivo o mixto localizado en la región lumbar. En países en vías de desarrollo la edad media de los pacientes atendidos es menor y posiblemente el porcentaje de dolores neuropáticos de elevada intensidad algica es mayor.

El conocimiento en detalle del volumen de pacientes derivados a nuestra Unidad, la procedencia de estos y sus características, nos ayudan a establecer las medidas de gestión necesarias para modular esta demanda y ofrecer, mediante la adecuación del personal y los medios materiales, una asistencia de calidad, mejorando la accesibilidad y la resolutivez de nuestra atención. Esta información nos ayudará a valorar las fortalezas y debilidades de nuestra Unidad, y con ello, tomar las medidas necesarias para una mejora continua, buscando la excelencia en nuestra labor asistencial.

En nuestra Unidad aún queda mucho trabajo que desarrollar, mejorando el acceso al servicio y la correcta derivación, disminuyendo los tiempos de espera de procedimientos, permitiendo una fluidez en la comunicación telemática con AP, ya que son la clave en el seguimiento de los pacientes crónicos, y valorando la posibilidad de una consulta de acceso directo más fluido desde AP.

## CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Chan DX, Lin XF, George JM, Liu CW. Clinical challenges and considerations in management of chronic pain patients during a COVID-19 pandemic. *Ann Acad Med Singap.* 2020;49(9):669-73. DOI: 10.47102/annals-acad-medsg.2020130.
2. Alcántara A, Pacheco SR. COVID-19 y dolor crónico: muchos interrogantes y pocas certezas. *Semergen.* 2020;46(6):365-7. DOI: 10.1016/j.semereg.2020.08.002.
3. Montero Matamala A, Samper Bernal D, Vidal Fuentes J, Rodríguez Dinten MJ, Jiménez Cosmes L. Estudio para evaluar el perfil del paciente que acude en primera visita a Unidades de Dolor de centros hospitalarios españoles (estudio PANDHORA). *Rev Soc Esp Dolor.* 2011;18(4):219-27.
4. García García JA, Hernández-Puiggròs P, Tesedo Nieto J, Acín Lázaro MP, Carrera González A, Arranz Soler MJ, et al. Patient satisfaction with Spanish pain centers: observational study with more than 3,000 patients. *Pain Res Treat.* 2016;2016:7829585. DOI: 10.1155/2016/7829585.
5. Gallach Solano E, Bermejo Gómez MA, Robledo R, Izquierdo Aguirre RM, Cano Verdecho MA. Determinantes de género en el abordaje del dolor crónico. *Rev Soc Esp Dolor.* 2020;27(4):252-6.
6. Palanca Sánchez I (Dir.), Puig Riera de Coniás MM (Coord. Cient.), Elola Somoza J (Dir.), Bernal Sobrino JL (Comit. Redac.), Paniagua Caparrós JL (Comit. Redac.), Grupo de Expertos. Unidad de Tratamiento del Dolor: Estándares y recomendaciones. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2011.
7. Ahangari A. Prevalence of chronic pelvic pain among women: an updated review. *Pain Physician.* 2014;17(2):E141-7. DOI: 10.36076/ppj.2014/17/E141.
8. Dueñas M, Salazar A, Ojeda B, Palacín F, Micó JA, Torres LM, et al. A nationwide study of chronic pain prevalence in the general Spanish population: identifying clinical subgroups through cluster analysis. *Pain Med.* 2015;16(4):811-22. DOI: 10.1111/pme.12640.
9. Vidal Gamboa C, Hoffmeister Arce L, Benadof D. Factores asociados al dolor musculoesquelético en población trabajadora chilena. *Ciencia y Trabajo.* 2016;18(55):23-7. DOI: 10.4067/S0718-24492016000100005.
10. Latina R, de Marinis MG, Giordano F, Osborn JF, Giannarelli D, di Biagio E, et al. Epidemiology of chronic pain in the Latium Region, Italy: a cross-sectional study on the clinical characteristics of patients attending pain clinics. *Pain Manag Nurs.* 2019;20(4):373-81. DOI: 10.1016/j.pmn.2019.01.005.
11. Stedenfeldt M, Kvarstein G, Nilsen TIL, Schjødtt B, Borchgrevink PC, Halsteinli V. Pre-consultation biopsychosocial data from patients admitted for management at pain centers in Norway. *Scand J Pain.* 2020;20(2):363-73. DOI: 10.1515/sjpain-2019-0076.
12. Shen L, Zhang X, Dawawuzhu, Labaricen, Zhang Y, Xu Z, et al. Pain clinic in Tibet, China: A single-center retrospective study. *Pain Res Manag.* 2019;2019:9161906. DOI: 10.1155/2019/9161906.
13. Hashemi SM, Rohanifar R, Azarfarin R, Razavi SS, Momenzadeh S. A comparison of the sociodemographic and clinical characteristics of patients referring to a pain clinic with subacute and chronic pain. *Anesth Pain Med.* 2016;6(6):e39373. DOI: 10.5812/aapm.39373.
14. Pomares AJ, Rodríguez RT, Pomares J. Variables psicológicas y clínicas presentes en pacientes portadores de dolor crónico de espalda. *Rev Finlay.* 2016;6(1):49-58.
15. Assadeck H, Daouda MT, Djibo FH, Maiga DD, Omar EA. Prevalence and characteristics of chronic pain: experience of Niger. *Scand J Pain.* 2017;252-5. DOI: 10.1016/j.sjpain.2017.07.008.
16. Caramés MA, Navarro M. Costes del tratamiento del dolor versus su no tratamiento. Aproximación a la realidad de Portugal y España. *Dor.* 2016;24:1-9.
17. Kerckhove N, Lambert C, Corteval A, Pereira B, Eschaliér A, Dualé C. Cross-sectional study of prevalence, characterization and impact of chronic pain disorders in workers. *J Pain.* 2021;22(5):520-32. DOI: 10.1016/j.jpain.2020.11.005.
18. García JBS, Hernández-Castro JJ, Nunez RG, Pazos MA, Aguirre JO, Jreige A, et al. Prevalence of low back pain in Latin America: a systematic literature review. *Pain Physician.* 2014;17(5):379-91. DOI: 10.36076/ppj.2014/17/379.
19. Videla S, Català E, Ribera MV, Montes A, Samper D, Fuentes J, et al; Pain Units of Hospitals in Catalonia Group. Characteristics and outcomes of chronic pain patients referred to hospital pain clinics: a prospective observational study. *Minerva Anestesiol.* 2017;83(1):12-22. DOI: 10.23736/S0375-9393.16.10999-X.
20. Breivik H, Collett B, Ventafridda V, Cohen R, Gallacher D. Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life, and treatment. *Eur J Pain.* 2006;10(4):287-333. DOI: 10.1016/j.ejpain.2005.06.009.
21. Malfliet A, Coppieters I, van Wilgen P, Kregel J, de Pauw R, Dolphens M, et al. Brain changes associated with cognitive and emotional factors in chronic pain: a systematic review. *Eur J Pain.* 2017;21(5):769-86. DOI: 10.1002/ejp.1003.
22. Jaracz J, Gattner K, Jaracz K, Górna K. Unexplained painful physical symptoms in patients with major depressive disorder: prevalence, pathophysiology and management. *CNS Drugs.* 2016;30(4):293-304. DOI: 10.1007/s40263-016-0328-5.
23. Arango C, Rincón H. Depressive disorder, anxiety disorder and chronic pain: multiple manifestations of a common clinical and pathophysiological core. *Rev Colomb Psiquiat (Engl Ed).* 2018;47(1):46-55.
24. Kosson D, Malec-Milewska M, Gałązkowski R, Rzońca P. Analysis of anxiety, depression and aggression in patients attending pain clinics. *Int J Environ Res Public Health.* 2018;15(12):2898. DOI: 10.3390/ijerph15122898.
25. Qian M, Shi Y, Yu M. The association between obesity and chronic pain among community-dwelling older adults: a systematic review and meta-analysis. *Geriatr Nurs.* 2021;42(1):8-15. DOI: 10.1016/j.gerinurse.2020.10.017.
26. Humbría A, Carmona L, Peña JL, Ortiz AM. Impacto poblacional del dolor lumbar en España: resultados del estudio EPISER. *Rev Esp Reumatol.* 2002;29(10):471-8.
27. Failde I, Dueñas MA. Epidemiología e impacto de los procesos dolorosos. En: Vidal J (Dir.). *Fundamentos, evaluación y tratamiento. Manual de medicina del dolor.* Madrid: Sociedad Española del Dolor; Ed Médica Panamericana; 2016. p.9-18.
28. Martín E, Woolf AD, Zeidler H, Haglund U, Carr AJ. Evaluación del dolor musculoesquelético crónico en la población adulta española y su manejo en Atención Primaria: actitudes, percepción del estado de salud y uso de recursos sanitarios. *Semergen.* 2005;31(11):508-15. DOI: 10.1016/S1138-3593(05)72981-6.
29. Pérez C, Ribera MV, Gálvez R, Mico JA, Barutell C, Failde I, et al. High prevalence of confirmed, but also of potential and believed, neuropathic pain in pain clinics. *Eur J Pain.* 2013;17(3):347-56. DOI: 10.1002/j.1532-2149.2012.00204.x.
30. Casals M, Samper D. Epidemiology, prevalence and quality of life of non-malignant chronic pain. ITACA study. *Rev Soc Esp Dolor.* 2004;11(5):260-9.