

GUÍA de

DOLORES CRÓNICOS

para **PERIODISTAS**



FEDELAT
Federación Latinoamericana de
Asociaciones para el Estudio del Dolor



GRÜNENTHAL



RED M P C
RED MEXICANA DE PERIODISTAS DE CIENCIA

Presentación

Con gran satisfacción presentamos la **Guía de dolor crónico para periodistas**, documento de consulta con información médica relevante y recomendaciones para el abordaje periodístico de esta enfermedad. Su propósito es **brindar herramientas** a los especialistas de comunicación que permitan contribuir a mejorar el entendimiento acerca del **dolor crónico** y su impacto en la calidad de vida de quienes lo padecen, así como visibilizar la problemática que enfrentan los pacientes latinoamericanos para acceder a un diagnóstico oportuno y a un tratamiento adecuado.

Esta guía es producto de la colaboración entre la Federación Latinoamericana de Asociaciones para el Estudio del Dolor (FEDELAT); la Red Mexicana de Periodistas de Ciencia (RedMPC); y Grünenthal, compañía farmacéutica global, líder en el manejo del dolor, organizaciones cuyo compromiso de **promover el conocimiento y el diálogo sobre esta enfermedad** hizo posible tener un acercamiento real al dolor crónico.

Finalmente, extendemos nuestro agradecimiento al Dr. João B. García, presidente de FEDELAT; a Ginarely Valencia, integrante de la RedMPC; y a Nora Bär, periodista científica y editora de Salud y Ciencia del diario La Nación; quienes contribuyeron en la asesoría, revisión y redacción de contenidos.

Esperamos que esta guía sea de suma utilidad para los profesionales de la comunicación interesados en la cobertura de una enfermedad que, aunque silente, afecta a más de 190 millones de personas en Latinoamérica y reviste un importante desafío de salud pública para autoridades, expertos, pacientes y la sociedad en general.



Introducción

El dolor es una respuesta a un estímulo nocivo sobre el organismo que tiene una función protectora. Sin embargo, cuando este se prolonga por más de tres meses, se considera crónico y deja de cumplir un propósito útil. El dolor y, en particular, el dolor crónico es una enfermedad silenciosa, invisible para quien no la padece y subjetiva, por lo cual tiende a no ser valorada y abordada adecuadamente.

No existen pruebas con sustento científico para detectar el dolor o cuantificar su intensidad ante los ojos de los demás, no obstante, afecta significativamente la calidad de vida de las personas, tanto en su bienestar físico y funcionalidad, como en casi todos los aspectos de su vida: el laboral, el psicológico, el familiar y el personal.

La Federación Latinoamericana de Asociaciones para el estudio del Dolor (FEDELAT) estima que afecta a alrededor de 190 millones de personas en la región; aún así el debate público sobre esta enfermedad no es suficiente e incluso pasa desapercibido tanto por los pacientes como por los médicos tratantes y las autoridades, lo que lo convierte en uno de los problemas de salud pública más subestimados del mundo.

La aparición de la COVID-19 ha agravado la ya precaria situación de los pacientes que sufren dolor crónico en América latina, donde además de las escasas políticas para su abordaje integral en la mayoría de los países de la región, su atención ha sido relegada para poder destinar esfuerzos y recursos a la contención de la pandemia.

En este contexto, los medios de comunicación y periodistas juegan un

papel fundamental para presentar la información a la audiencia de una manera responsable y ética, que evidencie la situación de la enfermedad, así como sus principales desafíos y las soluciones o propuestas con las que se cuenta actualmente.

Para ello, es muy importante que los especialistas de la comunicación comprendan el problema a fondo, estén informados y capacitados en los aspectos generales e impacto del dolor crónico.

El objetivo de este documento es brindar herramientas para el abordaje periodístico de uno de los principales problemas de salud pública en América Latina, que tenga al paciente en el centro, considere información basada en la evidencia y en el derecho de las personas a vivir sin dolor.

No es fácil hablar del dolor, pero sí es necesario, y juntos esperamos hacer frente a este desafío.

Consideraciones generales para el abordaje del dolor con cualquier fármaco que contiene un mecanismo de acción opioide

Grünenthal, comprometido con contribuir a resolver los desafíos relacionados con los opioides a nivel mundial, comparte las consideraciones generales para el abordaje del dolor con cualquier fármaco que contiene un mecanismo de acción opioide.

- Es esencial un abordaje individualizado y centrado en el paciente para el diagnóstico y tratamiento del dolor con el fin de establecer una alianza terapéutica entre el paciente y el clínico. Se deben considerar aspectos del paciente que puedan afectar a la dosis de opioide antes de iniciar el tratamiento con el mismo (1).
- En pacientes con dolor agudo (ej. dolor postquirúrgico) el uso de la medicación debería ser por el menor tiempo necesario (1).
- Todos los pacientes deben ser seleccionados cuidadosamente, los factores de riesgo de abuso deben de ser evaluados y se debe de establecer una monitorización regular para asegurar que los opioides se utilizan de forma apropiada (3,4) y alineada con los objetivos de tratamiento (intensidad de dolor y funcionalidad) acordados con el paciente (2,3).
- Los pacientes deben ser informados de los potenciales efectos adversos de los opioides, así como de su potencial de desarrollar tolerancia, dependencia y adicción (2,3).
- Es importante utilizar óptimamente abordajes multimodales no-opioides tanto en dolor agudo como en dolor crónico antes de escalar a analgésicos opioides o de combinar con terapia con opioides (1).
- La adicción es posible incluso cuando los opioides se toman según lo indicado (4). La prevalencia exacta del abuso en pacientes tratados con opioides para dolor crónico es difícil de determinar (5).
- En el tratamiento con opioides a largo plazo se requiere realizar revisiones clínicas regulares, para evaluar, por ejemplo, el control del dolor, el impacto en el estilo de vida, bienestar físico y psicológico, efectos adversos y necesidad de continuar el tratamiento (2).
- Cualquier tratamiento con opioides a largo plazo debe ser monitorizado y re-evaluado regularmente incluyendo la titulación descendente de la dosis o la discontinuación del tratamiento (2,3).
- Los signos de trastorno de uso de opioides deben ser monitorizados y abordados (2,3).
- Los pacientes y el público en general se pueden beneficiar de materiales educativos claros y de iniciativas de concienciación para favorecer el uso racional de los opioides (6).

1. Pain management best practices Inter-Agency Task Force report: Updates, gaps, inconsistencies, and recommendations. [Internet]. U.S. Department of Health and Human Services: 2019. [Citado 23 Ene 2020]. Disponible en: <https://www.hhs.gov/sites/default/files/pmtf-final-report-2019-05-23.pdf> 2. O'Brien T, Chrstrup L, Drewes A, Fallon M, Kress H, McQuay H, et al. European Pain Federation position paper on appropriate opioid use in chronic pain management. Eur J Pain 2017;21(1):3-192. 3. Opioids aware. [Internet]. Faculty of Pain Medicine of the Royal College of Anaesthetists. [Citado 23 Ene 2020]. Disponible en: <https://www.rcoa.ac.uk/faculty-of-pain-medicine/opioids-aware> . 4. Kosten T, George T. et al. The neurobiology of opioid dependence: Implications for treatment. Scie Pract. Perspect. 2002;1(1):13-20. 5. Rosenblum A, Marsch L, Joseph H, Portenoy R. et al. Opioids and the treatment of chronic pain: Controversies, current status, and future directions. Exp. Clin. Psychopharmacol. 2008;16(5):405-416. 6. Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). Addressing problematic opioid use in OECD countries. OECD Health Policy Studies. Paris: OECD Publishing; 2019. [Citado 23 Ene 2020]. Disponible en: <http://www.oecd.org/health/addressing-problematic-opioid-use-in-oecd-countries-a18286f0-en.htm>

Índice

■	1. Entendiendo el dolor _____	6
	A. Conceptos básicos	
	• ¿Qué es el dolor?	
	• Tipos de dolor	
	• Diferencias entre el dolor agudo y crónico	
	• Causas del dolor crónico	
	• Cronificación del dolor	
	• Aspecto psicológico del dolor	
	B. Diagnóstico y tratamiento del dolor	
	• ¿Cómo se evalúa el dolor?	
	a. Historia del paciente	
	b. Examen clínico exhaustivo	
	c. Escalas de medición del dolor	
	• Abordaje del dolor: ¿cuál es la estrategia adecuada para afrontar un tratamiento del dolor?	
	• Opciones de tratamiento para combatir el dolor	
■	2. El dolor crónico en América Latina _____	15
	A. Prevalencia del dolor crónico	
	B. Impacto en la calidad de vida de los pacientes	
	C. ¿Cómo y dónde se trata el dolor crónico en la región?	
■	3. Criterios para una cobertura periódica de calidad sobre el dolor crónico _____	19
■	4. Glosario de términos. El ABC del dolor _____	22
■	5. Fuentes de información sobre el dolor _____	26
	A. Webs y fuentes	
	B. Bibliografía	

Entendiendo el dolor

01

Conceptos básicos

¿Qué es el dolor?

La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP, por sus siglas en inglés) define el dolor como **“una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada con, o similar a la asociada con, daño tisular real o potencial”**.¹

Para la mayoría de las personas, el dolor es simplemente una sensación desagradable y molesta que les impide realizar sus tareas diarias. Este puede aparecer como un

pinchazo, hormigueo, picadura, ardor o molestia cuya aparición alerta al organismo e indica que algo no funciona de forma adecuada.

Dependiendo de factores como la causa o duración del dolor, puede ser clasificado como agudo o crónico. En el caso de este último, está clasificada como una enfermedad en sí misma en la Clasificación Internacional de Enfermedades (ICD-11 por sus siglas en inglés) y requiere un abordaje integral para su tratamiento.

Tipos de dolor

El dolor se clasifica según su **duración, pronóstico y mecanismo** de relación con la causa que lo originó:

TABLA I. Clasificación del dolor según su duración, pronóstico y mecanismo de relación a la causa que lo originó		
Según evolución en el tiempo	Agudo	Dolor con una duración menor a tres meses, con escaso componente psicológico.
	Crónico	Es aquel que persiste o es recurrente por más de tres meses, suele acompañarse de un componente psicológico.
Según su intensidad (de acuerdo con la escala de dolor manifestada por el paciente)	Leve	Permite realizar las actividades habituales (EVA* de 0 a 4).
	Moderado	Interfiere con las actividades habituales (EVA* de 4 a 7).
	Intenso	Interfiere con el descanso (EVA* de 7 a 10).

¹ International Association for the Study of Pain. IASP Terminology en: <https://www.iasp-pain.org/terminology?navItemNumber=576#Pain> Visitado por última vez en: 07/09/2020 Mod. <https://www.iasp-pain.org/Accesso> 7/Sept/2020.

<p>Según el mecanismo que lo origina</p>	<p>Nociceptivo</p>	<p>Es el tipo de dolor más frecuente. Es la respuesta del organismo ante un estímulo ofensivo para prevenir un daño mayor. Clasificado en:</p> <p>Somático: Dolor localizado y punzante producido por una lesión a nivel de piel, músculo, ligamentos, articulaciones o huesos. - Ejemplos: dolores provocados por fracturas, lesiones musculares o metástasis óseas.</p> <p>Visceral: Dolor que afecta órganos internos (vísceras torácicas, abdominales y pélvicas), es profundo, opresivo, mal localizado que se extiende más allá del órgano lesionado. - Ejemplos: dolores de tipo cólico, cáncer de páncreas.</p>
	<p>Neuropático</p>	<p>Producido por una lesión o enfermedad del sistema nervioso periférico o central. Se acompaña de alteraciones sensitivas. El paciente lo expresa como sensaciones extrañas y no existe relación causal entre lesión tisular y dolor. Ejemplos: la neuropatía diabética o la neuralgia postherpética.</p>
	<p>Nociplástico</p>	<p>Dolor cuyo origen no es posible identificar en daños de los tejidos ni lesiones estructurales. Encajan en este perfil la fibromialgia, los dolores viscerales, el síndrome de colon irritable y algunos casos de la artrosis con dolor desproporcionado.</p>

* EVA: Escala visual analógica del dolor.

Diferencias entre el dolor agudo y crónico

Se dice que un **dolor es crónico cuando persiste más allá de un periodo de tres meses**, tras la lesión o la patología que lo ocasionó. Sin embargo, en ocasiones se mantiene en ausencia de lesión.

Según la nueva Clasificación Internacional de Enfermedades (ICD-11 por sus siglas en inglés), el dolor crónico es una patología en sí misma, y puede durar desde pocos meses hasta toda la vida. Por ello, amerita

un abordaje integral.

El **dolor agudo** es aquel de **duración menor y con significado de alarma para el organismo**. A diferencia del crónico, este desaparece al cesar la causa que lo originó.

Además de la duración, el dolor agudo y el crónico se diferencian en los aspectos que veremos en la siguiente tabla:

Dolor agudo	Dolor crónico
Origen claro, definido e identificable.	Etiología multifactorial y difuminado.
Útil, nos avisa que hay un proceso patológico en marcha (por ejemplo, una infección, apendicitis).	Carece de función biológica.
La ansiedad es frecuente.	Se suele acompañar de depresión.
Bien localizado e identificado claramente por el paciente.	Más difuso, pero localizado e identificado.
Se utilizan analgésicos en su dosis promedio y el objetivo final del tratamiento será etiológico (tratar la causa).	La dosis debe ser individualizada y personalizada, así como multidimensional, el objetivo final del tratamiento será la readaptación.
	El paciente reconoce al dolor crónico como una enfermedad en sí misma y no como un síntoma.

Causas del dolor crónico

Según los especialistas, el dolor crónico es un **problema de origen multicausal**; es decir, puede tener como antecedentes una infección, algún problema de espalda o enfermedades como el cáncer, la artritis, la fibromialgia, factores psicológicos, entre otros.²

En algunos casos, nunca llega a conocerse la causa del dolor.

Asimismo, es importante tener en cuenta que debido a un tratamiento inadecuado del dolor agudo se podría iniciar un complejo proceso de sensibilización, que derive en la cronicidad del dolor inicial debido a:

- + Diagnóstico tardío de la condición
- + Tratamiento tardío e inadecuado o insuficiente
- + Normalización o desconocimiento del dolor crónico por parte de los pacientes y especialistas

Cronificación del dolor

La cronificación del dolor se describe como la **etapa en la que el dolor agudo inicial evoluciona a un dolor crónico** debido a los diferentes cambios fisiopatológicos en el sistema nervioso periférico y central que persiste más allá del tiempo de curación (mayor o igual a tres meses).³

De esta manera, el paciente empieza a percibir el dolor como un elemento pernicioso por se y, llegado un momento, le preocupa más que la propia enfermedad que lo generó, experimentando el **tránsito de dolor-síntoma a dolor-enfermedad**.

Aspecto psicológico del dolor

Además del impacto en el funcionamiento físico, el dolor puede ocasionar **alteraciones emocionales y psíquicas** por la dificultad o impedimento de hacer una vida normal. Estos trastornos afectan la conducta y el desarrollo del individuo, y pueden presentarse como ansiedad, depresión o perturbaciones del sueño, entre otros.

De acuerdo con datos provistos por la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP) y la Federación Europea del Dolor (EFIC):

Una de cada tres personas es incapaz de mantener un estilo de vida independiente debido a su dolor, mientras que una de cada cuatro personas con dolor crónico informa que las relaciones con la familia y los amigos están tensas o rotas.⁴

Por ello, el componente afectivo ligado a enfermedades crónicas requiere que el médico atienda las necesidades psicológicas de sus pacientes puesto que estas podrían empeorar su estado clínico y afectar severamente su calidad de vida.

³ Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición “Salvador Zubirán”. Departamento de Medicina del Dolor y Palitiva. Cronificación del dolor. Disponible en: <http://www.dolorypaliativos.org/art474.asp> Visitado por última vez en: 09/07/2020

⁴ World Health Organization supports global effort to relieve chronic pain (2004). Disponible en: <https://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr70/en/> Última visita: 24 de agosto de 2020

Diagnóstico y tratamiento del dolor

¿Cómo se evalúa el dolor?

Dado que la complejidad de esta condición no puede ser vista, definida ni sentida por el médico que la diagnostica, la valoración del dolor requiere de una historia completa del paciente, un examen clínico exhaustivo y la utilización de escalas de autoevaluación.

Lo anterior permitirá **estimar la intensidad del dolor** en un paciente y posteriormente dirigir **adecuadamente su tratamiento**.



Historia del paciente:

Esta debe ser detallada y contemplar antecedentes personales como las intervenciones quirúrgicas, patologías previas, alergias y medicación que toma el paciente. Además, debe incluir la localización, duración y causa del dolor.



Examen clínico exhaustivo:

Debe ser integral y pormenorizado; se deben considerar las capacidades del paciente para la realización de actividades y funcionamiento libre de dolor.



Escalas de medición del dolor:

La intensidad del dolor se mide con diferentes escalas gracias a las cuales se puede evaluar, reevaluar y realizar comparaciones.

Abordaje del dolor: ¿cuál es la estrategia adecuada para afrontar un tratamiento del dolor?

Cuando una persona comienza a padecer dolor, lo ideal es **actuar directamente contra su origen**; sin embargo, este no siempre es identificable, lo que representa un riesgo de cronificación.

En ese sentido, es necesario que tanto los pacientes como los especialistas y los médicos de atención primaria estén preparados para atender lo que significa este padecimiento y sus consecuencias, de esta manera podrán manejar la condición de manera global y oportuna para:

- + Reducir su incidencia e intensidad
- + Mejorar la calidad de vida del paciente
- + Disminuir las complicaciones derivadas de una reducción ineficaz del dolor
- + Educar a los pacientes y a sus familiares sobre los beneficios de una analgesia eficaz y sobre los riesgos de un tratamiento inapropiado del dolor

Cuando se habla de **tratamientos para el dolor crónico**, existen cuatro aspectos fundamentales que tomar en cuenta:

- **Enfoque multidisciplinario**, que comprende tanto los tratamientos farmacológicos como la rehabilitación física, el acompañamiento psicológico, la atención a las familias, entre otros.
- **Reincorporación del paciente** a la vida activa personal, social y laboral como objetivo de los tratamientos.
- **Abordaje personalizado e individualizado**, según la historia de cada paciente.
- **Implicancias bioéticas**. Los pacientes tienen derecho a recibir un tratamiento correcto; es decir, que contemple un equilibrio entre los riesgos y los beneficios, y se les debe comunicar de manera clara su situación, el tipo de dolor que padecen y las expectativas del abordaje seleccionado.

Opciones de tratamiento para combatir el dolor

El abordaje biopsicosocial es indispensable y debe ser el norte de todo el tratamiento de dolor crónico. Este modelo toma en cuenta las variables físicas, psicológicas y sociales para tener una mejor comprensión del estado de salud del paciente.

No farmacológicos:

El abordaje biopsicosocial es indispensable y debe ser el norte de todo el tratamiento de dolor crónico. Este modelo toma en cuenta las variables físicas, psicológicas y sociales para tener una mejor comprensión del estado de salud del paciente.

- **Fisioterapia:** tiene como objetivo ayudar a restaurar la función de las articulaciones y mejorar la movilidad del paciente. Los ejercicios físicos, el soporte nutricional y la acupuntura son alternativas que se contemplan en este tipo de tratamiento.
- **Apoyo psicológico:** es complementario al tratamiento médico, contribuye a sobrellevar el efecto negativo que tiene el dolor sobre la funcionalidad y la calidad de vida del paciente.
- **Técnicas intervencionistas:** se concilian con el tratamiento farmacológico, evitan o minimizan el sufrimiento del paciente y el incremento en el uso de medicamentos.



Farmacológicos:

Actualmente representan la base del tratamiento contra el dolor. La elección de la opción más adecuada dependerá de factores como la intensidad y tipo de dolor, características del paciente, tratamientos concomitantes, entre otros.

AINES:

Los AINES (antiinflamatorios no esteroideos) forman un grupo numeroso de fármacos que comparten **acciones terapéuticas y efectos adversos**, presentan estructuras químicas muy distintas y no necesariamente relacionadas entre sí, y tienen en común fundamentalmente sus propiedades analgésicas, antipiréticas y antiinflamatorias.

No producen depresión respiratoria y no inducen tolerancia ni dependencia física. Su eficacia analgésica es limitada (efecto techo) y no dosis dependiente (el incremento de la dosis puede prolongar el efecto, pero no produce más analgesia y aumenta la incidencia de efectos secundarios).

Son efectivos para el tratamiento del dolor leve-moderado, y resultan especialmente eficaces en el dolor nociceptivo con componente inflamatorio o en los de tipo cólico.

En la actualidad constituyen un grupo farmacológico de amplia utilización, no sólo en la práctica clínica, sino también como automedicación.

Opioides:

Los medicamentos opioides, si se utilizan adecuadamente, pueden ser fármacos altamente efectivos para el control del dolor.

La evidencia clínica sugiere que son beneficiosos en algunos pacientes debidamente seleccionados que presenten dolor de gran intensidad y que sean refractarios a otras alternativas terapéuticas.

No obstante, en la actualidad, la sociedad científica reconoce el uso de los opioides en este tipo de pacientes, sabiendo que su utilización debe ir encaminada a aliviar el dolor, reincorporación del paciente a la vida laboral y social y, como consecuencia, a mejorar su calidad de vida.

Por ello, es importante un **enfoque individualizado, centrado en el paciente, en el diagnóstico y tratamiento del dolor** para establecer una alianza terapéutica entre el paciente y el médico.

El dolor crónico en América Latina

02

Prevalencia del dolor crónico

Si bien es cierto que todavía no existen estudios oficiales para determinar la prevalencia del dolor crónico en cada país de la región, la Federación Latinoamericana de Asociaciones para el Estudio del Dolor (FEDELAT) ha estimado que **190 millones de personas padecen esta condición (entre 27% y 42% de la población latinoamericana)**, lo que representaría casi el doble de la incidencia global de esta patología.⁵

Por el momento, solo **Brasil, Colombia y**

México cuentan con estos estudios, que muestran una incidencia de **39%, 31%⁶ y 27%⁷**, respectivamente.

En el caso de **Chile**, en 2014, la Asociación Chilena para el Estudio del Dolor y Cuidados Paliativos (ACHED) realizó la primera investigación sobre prevalencia de dolor crónico no oncológico, la cual concluyó que el **32%** de la población lo padecía principalmente a causa de patologías como **fibromialgia, artrosis, síndrome miofascial y lumbago**.⁸



⁵ 1 de cada 5 personas padece dolor crónico en el mundo: Goldberg, D.S. and McGee, S.J., 2011, Pain as a Global Public Health Priority. BMC Public Health, 11, 770.

⁶ Guerrero M. IX Estudio de Dolor en Colombia - Asociación Colombiana para el Estudio del Dolor 2015. Presentado en XXIV Congreso ACED, Medellín, Septiembre de 2015

⁷ Covarrubias Gómez, Alfredo et al. Epidemiología del dolor crónico en México. Diciembre de 2010. En: <https://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2010/cma104e.pdf> Vitado por última vez en 12/02/2020

⁸ Bilbeny, Norberto & Miranda, Juan & Eberhard, María & Ahumada, Marisol & Méndez, Lorena & Orellana, María & Cid, María Loreto & Ritter, Paola & Fernández, Rodrigo. (2018). Survey of chronic pain in Chile - Prevalence and treatment, impact on mood, daily activities and quality of life. Scandinavian journal of pain. 18. 10.1515/sjpain-2018-0076.

Impacto en la calidad de vida de los pacientes

Cuando se trata de dolor crónico, una de las áreas más afectadas es la física, pero no es la única.

En algunos casos, **la pérdida de funcionalidad es una de las mayores consecuencias**. En otros, **el paciente deja de hacer, o hace con dificultad, actividades tan cotidianas** como trabajar, estudiar, caminar o dormir.

Esto, a su vez, tiene un impacto en el aspecto emocional de la persona y su calidad de vida, debido a la dificultad para desarrollarlas con normalidad.⁹

Según un estudio realizado en Brasil en 2017, el dolor crónico constituye una comorbilidad frecuente entre quienes padecen ansiedad o depresión.¹⁰

Por otro lado, en un estudio realizado en Colombia sobre la relación entre el dolor crónico, el trabajo y la productividad, encontraron que el 30% de los pacientes con esta condición tuvo problemas para trabajar.¹¹

¿Cómo y dónde se trata el dolor crónico en la región?

Actualmente, el dolor crónico no se adscribe a una especialidad médica concreta, dada su naturaleza multifactorial, su abordaje no se enfoca adecuadamente: en la mayoría de los casos **se trata en atención primaria**, pero es motivo de consulta en diferentes especialidades y disciplinas.

⁹ Duenas M et al. A review of chronic pain impact on patients, their social environment and the healthcare systems. En: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4935027/>. Visitado por última vez en 12/02/2020

¹⁰ Melanie S. Askari, Laura Helena Andrade, Alexandre Chiavegatto Filho, Camila Magalhães Silveira, Erica Siu, Yuan-Pang Wang, Maria Carmen Viana, Sílvia S. Martins (2017). Dual burden of chronic physical diseases and anxiety/mood disorders among São Paulo Megacity Mental Health Survey Sample. Recuperado de <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0165032717308364>

¹¹ Castillo-Martínez, Juan & Ballesteros, Sílvia (2016). Trabajo, Productividad y Dolor Crónico. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/308169871_Trabajo_Productividad_y_Dolor_Cronico

Esto hace que los pacientes deban peregrinar por el sistema público, consumiendo recursos y salud en un camino tortuoso y costoso hasta que recibe el diagnóstico y tratamiento adecuados.

Los especialistas reunidos en el XXXIX Congreso Internacional de Dolor y Cuidados Paliativos, realizado en noviembre del 2019, coincidieron en que desde que el paciente llega a atenderse con un médico general hasta el momento en que es referido a un especialista en dolor, pueden pasar incluso dos años.

Actualmente, no se cuenta con cifras oficiales sobre el número de unidades de dolor que existen en la región, sin embargo, estas suelen estar ubicadas en las ciudades capitales y son escasas para atender las demandas de la población.

En la mayoría de los casos, el dolor crónico se atiende como parte de otras patologías, como el cáncer o la artrosis. Es lo que ocurre en Brasil, México, Colombia, Ecuador, Costa Rica y Guatemala. En países como Ecuador solo se brinda atención en dolor crónico si el paciente tiene enfermedades avanzadas, como parte de las políticas de cuidados paliativos.

En **Brasil** hay un Protocolo Nacional para el Tratamiento del Dolor Crónico desde el 2012 que actualmente está siendo revisado por el gobierno con la ayuda de profesionales de varias especialidades.

Medicamentos como antidepressivos, antiepilépticos, opioides y analgésicos antiinflamatorios son distribuidos de forma gratuita para los pacientes atendidos en servicios especializados en dolor.

En otros países, se están realizando esfuerzos para lograr avances en el mediano plazo. Es el caso de Chile, donde, si bien el dolor crónico no está considerado dentro el plan de salud, se está trabajando en unas guías clínicas con el Ministerio de Salud, para mejorar la atención primaria. Asimismo, las sociedades científicas están llevando a cabo esfuerzos para que se reconozca como una patología y sus cuidados sean cubiertos por el sistema de salud, sin importar su origen.

Debido a la crisis sanitaria causada por la COVID-19 miles de pacientes en Latinoamérica se vieron forzados a detener indefinidamente su tratamiento contra el dolor crónico. FEDELAT estima que alrededor de la mitad los pacientes con dolor crónico carecieron de un tratamiento integral durante la pandemia, lo que comprende terapias farmacológicas, físicas y psicológicas.

Para manejar la situación de la población afectada, los hospitales y los especialistas están apoyándose en la tecnología para realizar teleconsultas y, de acuerdo con las medidas de reactivación de cada país, se ha habilitado progresivamente la atención presencial en consultas privadas.

Criterios para una cobertura periodística de calidad sobre el dolor crónico

03

— 01 Tener presente el objetivo

Al elegir el tema, el principal criterio debe ser el interés público: identificar **aspectos poco abordados** en los medios de comunicación sobre el dolor crónico, su **impacto en la salud** de la población y sus **consecuencias socioeconómicas**. Al desarrollar una cobertura periodística tener en claro por qué es importante para la sociedad abordar esa temática.

— 02 Aspirar a un periodismo de calidad para la toma de decisiones

Tenga presente que su trabajo periodístico aporta a generar conciencia entre la ciudadanía sobre el dolor crónico como una enfermedad, que no debe normalizarse y que necesita ser **tratada oportunamente**. Incorporar el tema en la agenda pública a través de **información de calidad** permitirá una mejor toma de decisiones de la sociedad.

— 03 Hacer una cobertura basada en evidencia científica

Una de las tareas fundamentales del periodismo es la **verificación y recurrir a información científica** permitirá ofrecer argumentos relevantes en la cobertura del dolor crónico. Sin embargo, siempre se debe **corroborar los datos y las declaraciones** para evitar dar información falsa disfrazada de verdad científica.

— 04 Identificar posibles conflictos de interés

Mantener una mirada crítica de la información que proporcionan las fuentes para descartar cualquier conflicto de interés. **Investigar qué instituciones, empresas, laboratorios y/o farmacéuticas** están detrás cuando se difunde un hallazgo.

— 05 Entender para poder informar mejor

Consultar artículos especializados e investigar qué significa cada concepto para explicarlo mejor a sus audiencias. Evitar tecnicismos, pero no subestimar al lector con información básica, ni faltar al rigor por temor a que ésta no pueda ser entendida. **Conocer a profundidad el tema** permitirá prevenir sesgos, estigmas y/o sobredimensionar la investigación.

— 06 Transparentar la información

En el periodismo se requiere precisión, rigor y transparencia. Al referir alguna investigación científica o un posible tratamiento ser muy claros en el tamaño de la muestra o la fase de investigación en la que se encuentra para no causar alarma o generar falsas expectativas. **Ser transparente sobre las fuentes y los métodos** evitará caer en el sensacionalismo o la trivialización.

— 07 Buscar el equilibrio

Entrevistar a todas las partes involucradas y buscar la pluralidad de las fuentes: especialidades, géneros, expertos, pacientes, industria, etc. Aporte una mirada integral y reflexiva, así como alternativas de solución

— 08 Humanizar las historias

Cuando se tocan temas de salud no estamos hablando únicamente de cifras o datos duros, **recuerde que hay personas detrás de cada uno de ellos**. Presentar casos o testimonios ayuda a contextualizar el trabajo periodístico y hacer evidente la urgencia de abordar y atender el tema.

— 09 Respetar la integridad y la seguridad de las personas

Cuide siempre la dignidad de las fuentes, **evite exponer su seguridad o explotar su vulnerabilidad**. Siempre dé un trato respetuoso a la fuente y proteja la identidad cuando se trate de infantes.

— 10 Buscar formatos atractivos para la audiencia

Innovar en la manera de publicar su trabajo periodístico. **Desarrolle formatos atractivos para diferentes audiencias en los distintos entornos digitales**; el dolor es un tema por el que todas las personas, sin importar su edad o condición socioeconómica, se han visto afectados. Democratice la información y preserve su calidad por encima de la forma.

Glosario de términos. El ABC del dolor

04

Para una mejor comprensión de la condición, compartimos un **listado de términos** que pueden ser utilizados por los especialistas en dolor, así como en textos académicos y científicos sobre el dolor crónico.

- **Actividad intrínseca:** es la capacidad del fármaco de iniciar su acción tras su unión con el receptor.
- **Adicción:** término referido al uso compulsivo de drogas, dependencia psicológica y uso continuo. Con frecuencia y equivocadamente, la adicción se confunde con la dependencia física.
- **Agonismo:** respuesta celular a la interacción de un fármaco (agonista) y un receptor que lo activa, produciendo una respuesta.
- **AINEs:** Antiinflamatorios no esteroideos. Grupo de medicamentos ampliamente usados para tratar el dolor, la inflamación y la fiebre.
- **Alodinia:** dolor provocado por un estímulo que, en condiciones normales, no lo provoca (estimulo no nocivo).
- **Analgesia:** ausencia de dolor ante un estímulo normalmente doloroso.
- **Analgésico:** fármaco que disminuye o elimina el dolor.
- **Anamnesis:** es la información proporcionada por el paciente durante el examen clínico. Reúne todos sus datos personales, hereditarios y familiares, anteriores a la enfermedad.
- **Antagonismo:** capacidad del fármaco para inhibir la acción de otro fármaco puede ser: fisiológico, cinético y clínico.
- **Antipirético:** medicamento que controla o disminuye la fiebre.
- **Causalgia:** síndrome caracterizado por dolor quemante, alodinia e hiperpatía, secundario a una lesión nerviosa traumática.
- **Contraindicaciones:** aspectos que se deben tomar en cuenta para evitar efectos secundarios.
- **Cuidado paliativo:** a veces conocido como cuidado de alivio o cuidado terminal. Es el tratamiento integral de enfermedades severas, con énfasis en mantener cómodos a los pacientes que agonizan, a través del control del dolor y el tratamiento de cuestiones psicológicas, sociales y espirituales, en lugar del tratamiento en sí de la enfermedad o estado de salud.

- **Disestesia:** sensación desagradable, espontánea o evocada.
- **Dolor:** señal de alarma de que alguna parte de organismo está siendo alterada o atacada por algo.
- **Dolor central:** asociado con lesiones del Sistema Nervioso Central (SNC).
- **Dolor crónico:** estado permanente de dolor, en el que la causa no puede ser eliminada. Con frecuencia, se asocia el dolor crónico con enfermedades o estados de salud incurables, o intratables, de largo plazo.
- **Dolor fisiológico:** aquel en el que hay una relación entre el estímulo y la respuesta.
- **Dolor patológico:** respuesta anormal a la estimulación dolorosa.
- **Efecto placebo:** fenómeno por el cual los síntomas de un paciente pueden mejorar con la toma de una sustancia inerte (sin propiedades farmacológicas).
- **Efecto terapéutico:** Se refiere al alivio y/o desaparición de un padecimiento del cuerpo y/o del pensamiento, en general va unido al uso de un medicamento.
- **Efecto subclínico:** cuando la dosis es menor de la terapéutica.
- **Efecto secundario:** aquel efecto no deseado, intencional que acompaña al efecto deseado.
- **Eficacia:** Propiedad de un medicamento para que tenga una reacción inmediata y/o favorable, y se ve afectada por dosis inadecuada, administración tardía, esquema incompleto.
- **Estímulo doloroso:** estímulo que produce daño en un tejido normal.
- **Fármaco:** sustancia química que se utiliza en el tratamiento prevención, diagnóstico y curación de ciertas afecciones o enfermedades.
- **Hiperalgnesia:** respuesta exagerada a un estímulo doloroso.
- **Hipoalgnesia:** sensibilidad disminuida a un estímulo doloroso.
- **Hipoestesia:** sensibilidad disminuida a la estimulación sensorial.
- **Indicaciones:** conjunto de circunstancias que se van a presentar en el paciente para indicar un medicamento y no otro.

- **Neuralgia:** dolor en la zona de distribución de uno o varios nervios.
- **Neuritis:** inflamación de uno o varios nervios.
- **Neuropatía:** alteración patológica de un nervio (mononeuropatía, neuropatía múltiple, polineuropatía).
- **Nociceptor:** Receptor sensible a un estímulo doloroso o a un estímulo que se volverá doloroso si persiste.
- **Opiáceos:** drogas que provienen del opio como la morfina.
- **Opioide:** grupo de fármacos utilizados para tratar el dolor de moderado a severo; pueden ser naturales, semisintéticos o sintéticos.
- **Parestesia:** sensación anormal de tipo «calambre» u «hormigueo» espontánea evocada.
- **Potencia:** capacidad de un fármaco para producir una respuesta biológica ideal con una dosis mínima.
- **Prurito:** trastorno cutáneo caracterizado por comezón, suele aumentar en la noche.
- **Polifarmacia:** uso de dos o más medicamentos.
- **Receptor:** parte terminal de una célula nerviosa, sensible a tipos específicos de estímulos físicos o químicos.
- **Reflejo:** acción que se desencadena automática e involuntariamente por un estímulo, con transmisión de los impulsos a través del sistema nervioso y que no alcanzan la mayoría de las veces el nivel consciente o lo alcanzan sólo después de haberse producido una acción.
- **Sensibilidad:** proceso que incluye la transmisión de estímulos, su procesamiento, modulación y finalmente la realización consciente del mismo.
- **Tolerancia:** necesidad de aumentar las dosis de un fármaco para conseguir el mismo efecto terapéutico.
- **Umbral doloroso:** nivel a partir del cual una persona empieza a percibir dolor. Un umbral bajo significa mayor percepción y si es alto lo contrario.

Fuentes de información sobre el dolor

05

Webs y fuentes

Federación Latinoamericana de Asociaciones para el Estudio del Dolor (FEDELAT)

Agrupación de las asociaciones de dolor y capítulos en formación de Latinoamérica que buscan promover e impulsar el desarrollo e implementación del adecuado diagnóstico, estudio y tratamiento del dolor en la región.

<http://fedelat.com/>

International Association for the Study of Pain (IASP)

Se encuentra información centrada en el dolor y los últimos estudios sobre su abordaje y tratamiento. Actualmente cuenta con 6.744 miembros de 107 países.

<https://www.iasp-pain.org/index.aspx>

International Classification of Diseases (ICD)

Sistema que determina la clasificación y codificación de las enfermedades y una amplia variedad de signos, síntomas, circunstancias sociales y causas externas de enfermedades.

<https://icd.who.int/browse11/l-m/en>

Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME)

Su fin es proveer información sobre las tendencias mundiales de salud.

<http://www.healthdata.org/search>

ISPOR

Consultora en temas de economía de la salud.

<https://www.ispor.org>

Otras sociedades del dolor en LatAm:

Se encuentra información centrada en el dolor y los últimos estudios sobre su abordaje y tratamiento. Actualmente cuenta con 6.744 miembros de 107 países.

Asociación Argentina para el Estudio del Dolor (AAED)

Asociación Boliviana del Dolor (ABD)

<http://www.dolor-bolivia.org.bo/index2.php>

Asociación Chilena para el Estudio del Dolor y Cuidados Paliativos (ACHED-CP)

<https://www.ached.cl/>

Asociación Colombiana para el Estudio del Dolor (ACED)

<https://dolor.org.co/>

Asociación Costarricense de Medicina Paliativa del Dolor (ACMPyMD)

<https://www.facebook.com/asocmepd/>

Asociación Cubana para el Estudio y Tratamiento del Dolor (ACETD)

Asociación Salvadoreña para el Estudio y Tratamiento del Dolor y Cuidados Paliativos (ASEDP)

Asociación Guatemalteca para el Estudio y Tratamiento del Dolor (AGETD)

<https://www.agetd.com/>

Asociación Mexicana para el Estudio y Tratamiento del Dolor (AMETD)

<http://www.ametd.mx/>

Asociación Nicaragüense para el Estudio y Tratamiento del Dolor (ANETD)

Asociación Argentina para el Estudio del Dolor (AAED)

Asociación Mexicana para el Estudio y Tratamiento del Dolor (AMETD)

<http://www.ametd.mx/>

Asociación Istmeña para el Estudio del Dolor (AIPED)

<https://www.facebook.com/pages/category/Organization/Asociacion-Istme%C3%B1a-Para-el-Estudio-del-Dolor-AIPED-316642315129564/>

Asociación Paraguaya para el Estudio y Tratamiento del Dolor (APETD)

Asociación Puertorriqueña para el Estudio y el Tratamiento del Dolor (APREDT)

Asociación Dominicana para el Estudio y Tratamiento del Dolor y Cuidados Paliativos (ADETDCP)

<http://www.adetdcprd.com/>

Asociación Uruguaya para el Estudio del Dolor (AUED)

<http://aued.org/>

Asociación Venezolana para el Estudio del Dolor (AVED)

<https://www.facebook.com/avedorg/>

Asociación Peruana para el Estudio del Dolor (ASPED)

Sociedade Brasileira para o Estudo da Dor (SBED)

<https://sbed.org.br/>

Sociedad Ecuatoriana para el Estudio y Tratamiento del Dolor (SEETD)

<http://sociedadecuatorianadeldolor.com/>

Sociedad Hondureña para el Estudio y Tratamiento del Dolor (SHETD)

Bibliografía

IASP Pain terms: a current list with definitions and notes on usage. Pain 1986; Suplemento 3: S215-S221.

Cruciani, R.A., Nieto, M.J. (2006). Fisiopatología y tratamiento del dolor neuropático: avances más recientes. Revista de la sociedad Española del Dolor. 5: 312-327.

Medicina del Dolor. Dolor crónico y trabajo en equipo pluridisciplinar en:

<https://medicinadeldolor.es/dolor-cronico/unidad-especializada-en-tratamiento-del-dolor/dolor-cronico-y-trabajo-en-equipo-pluridisciplinar/>

Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición “Salvador Zubirán”. Departamento de Medicina del Dolor y Palitiva. Cronificación del dolor. Disponible en:

<http://www.dolorypaliativos.org/art474.asp>

1 de cada 5 personas padece dolor crónico en el mundo: Goldberg, D.S. and McGee, S.J., 2011, Pain as a Global Public Health Priority. BMC Public Health, 11, 770.

Guerrero M. IX Estudio de Dolor en Colombia - Asociación Colombiana para el Estudio del Dolor 2015. Presentado en XXIV Congreso ACED, Medellín, Septiembre de 2015

Covarrubias Gómez, Alfredo et al. Epidemiología del dolor crónico en México. Diciembre de 2010. En:

<https://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2010/cma104e.pdf>

Bilbeny, Norberto & Miranda, Juan & Eberhard, María & Ahumada, Marisol & Méndez, Lorena & Orellana, María & Cid, Maria loreto & Ritter, Paola & Fernández, Rodrigo. (2018). Survey of chronic pain in Chile - Prevalence and treatment, impact on mood, daily activities and quality of life. Scandinavian journal of pain. 18. 10.1515/sjpain-2018-0076.

Duenas M et al. A review of chronic pain impact on patients, their social environment and the healthcare systems.

Melanie S. Askari, Laura Helena Andrade, Alexandre Chiavegatto Filho, Camila Magalhães Silveira, Erica Siu, Yuan-Pang Wang, Maria Carmen Viana, Silvia S. Martins (2017). Dual burden of chronic physical diseases and anxiety/mood disorders among São Paulo Megacity Mental Health Survey Sample.

Castillo-Martínez, Juan & Ballesteros, Silvia (2016). Trabajo, Productividad y Dolor Crónico.

GUÍA de

DOLORES CRÓNICOS

para **PERIODISTAS**