

Rev Soc Esp Dolor  
2011; 18(4): 219-227

## *Estudio para evaluar el perfil del paciente que acude en primera visita a Unidades de Dolor de centros hospitalarios españoles (estudio PANDHORA)*

A. Montero Matamala<sup>1</sup>, D. Samper Bernal<sup>2</sup>, J. Vidal Fuentes<sup>3</sup>, M. J. Rodríguez Dinten<sup>4</sup>  
y L. Jiménez Cosmes<sup>5</sup>

*Grupo del Dolor Musculo-esquelético de la Sociedad Española del Dolor. <sup>1</sup>Servicio de Anestesiología. Unidad de Dolor. Hospital Universitario Arnau de Vilanova. Lleida. <sup>2</sup>Servicio de Anestesiología. Unidad de Dolor. Hospital Universitario Germans Trias i Pujol. Badalona, Barcelona. <sup>3</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de Guadalajara. <sup>4</sup>Servicio de Anestesiología. Unidad de Dolor. Hospital Central de Asturias. Oviedo. <sup>5</sup>Servicio de Medicina Física y Rehabilitación. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid*

---

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): 219-227.

### ABSTRACT

*Objective:* to define the sociodemographic and clinical profile of patients attending the Pain Unit (PU) for the first time.

*Material and methods:* this was an epidemiological, cross-sectional, multicenter study. Study variables were recorded on a Case Report Form. The investigators collected the sociodemographic and clinical variables of patients who attended the pain unit, complied with eligibility criteria, and gave their written informed consent to participate in the study. One hundred and sixty-five physicians from 107 Pain Units in Spanish hospitals took part in the study with a total of 823 patients.

*Results:* mean age (SD) of patients was 59 (15.1) years; 66.4% were women. The referring specialists were orthopedics (35.1% of patients), followed by general practitioners (24.9% of patients). The mean (SD) pain intensity as measured by a numerical visual scale (NVS) was 7 (1.8). In 33.7% of patients the pain episode lasted from 3 to 12 months. 96.3% of patients presented non-oncologic pain with musculoskeletal pain predominated in 68.6%. The most common sites were the lumbar area in 55.3% of patients and the lower limbs in 40.8%.

On their first visit to the Pain Unit, 7.8% of patients were receiving no analgesic treatment, while 55.2% were on non-steroid anti-inflammatory drugs (NSAIDs), 45.1% on acetaminophen, 31.6% on minor opioids, and 15.7% on major opioids.

*Conclusions:* results show a predominance of musculoskeletal pain, which is located in the lumbar area, long-lasting, and more common in women. NSAIDs are the most common drugs prescribed by clinicians who refer patients to the Pain Unit, with opioids and antiepileptic drugs being used much less frequently.

© 2011 Sociedad Española del Dolor: Published by Arán Ediciones, S.L.

**Key words:** Epidemiological studies. Pain Unit. Types of pain. Musculoskeletal pain. Analgesic therapies.

### RESUMEN

*Objetivo:* conocer el perfil sociodemográfico y clínico de pacientes que acuden en primera visita a la Unidad de Dolor (UD).

---

Financiación: Estudio patrocinado por MEDA PHARMA.  
Conflicto de intereses: No declarados.

Recibido: 18-02-11  
Aceptado: 21-04-11

*Material y métodos:* estudio epidemiológico, transversal y multicéntrico. Las variables del estudio fueron recogidas mediante un Cuaderno de Recogida de Datos. El investigador recogía las variables sociodemográficas y clínicas de pacientes que acudían a la consulta, cumplían criterios de selección y dieron su consentimiento escrito para participar en el estudio.

Participaron 165 médicos de 107 Unidades de Dolor de centros hospitalarios españoles incluyendo 823 pacientes.

*Resultados:* la edad media (DE) de los pacientes era de 59 (15,1) años. El 66,4% eran mujeres. El especialista que remitió más pacientes fue el traumatólogo en un 35,1%, seguido por el médico de familia en un 24,9%. La intensidad media (DE) del dolor medido con la escala visual numérica (EVN) era de 7 (1,8). El 33,7% de los pacientes presentaban una duración del dolor entre 3 y 12 meses.

El 96,3% presentaba dolor no oncológico en el que predominaba en un 68,6% el dolor musculoesquelético y el 3,7% presentaba dolor oncológico. Las localizaciones más habituales correspondían a la zona lumbar en el 55,3% de los pacientes, seguido de las extremidades inferiores en el 40,8%.

El 7,8% de los pacientes llegaron a la UD sin tratamiento analgésico, el 55,2% recibían tratamiento con antiinflamatorios no esteroideos (AINE), el 45,1% con paracetamol, el 31,6% con opioides menores y el 15,7% con opioides mayores.

*Conclusiones:* los resultados demuestran el predominio del dolor musculoesquelético, localizado en región lumbar y con larga duración, siendo más frecuente en mujeres. Entre los fármacos más utilizados por los médicos que derivan pacientes a la Unidad de Dolor, predominan los AINE y en mucha menor proporción los opioides y anticonvulsivantes.

© 2011 Sociedad Española del Dolor. Publicado por Arán Ediciones, S.L.

**Palabras clave:** Estudio epidemiológico. Unidad de Dolor. Tipos de dolor. Dolor musculoesquelético. Terapias analgésicas.

---



---

## INTRODUCCIÓN

Según resultados del estudio Pain in Europe (1) realizado a 46.000 personas de 16 países, se desprende que el dolor crónico afecta al 19% de los adultos europeos, siendo España con un 12% el país con menor prevalencia de dolor crónico.

En el estudio de Catalá y Reig (2) la prevalencia de dolor crónico en la población española era del 23,4%.

Se estima que del total de personas que refieren tener dolor, el 60,5% sufren dolor crónico. El dolor crónico musculoesquelético afecta más de 100 millones

de personas en Europa y alrededor de 1 de cada 4 a nivel mundial (3,4).

Otro dato a destacar es el impacto socio-económico del dolor que tiene una repercusión negativa que se refleja en un incremento en número de visitas médicas y aumento de ausencias/bajas laborales (5).

La realización de un estudio epidemiológico dirigido a conocer el perfil del paciente que acude por primera vez a Unidades de Dolor (UD) de centros hospitalarios españoles, permite conocer en mayor profundidad cuál es la situación real del dolor crónico en nuestra sociedad y del paciente derivado a la UD.

Los objetivos del estudio son conocer el perfil sociodemográfico y clínico de los pacientes que acuden en primera visita a la UD de centros hospitalarios españoles; obtener información sobre el manejo terapéutico según el tipo de dolor, localización y comorbilidad del paciente; y valorar las características del dolor en cuanto a duración e intensidad.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio epidemiológico, transversal, multicéntrico. Las variables del estudio fueron recogidas mediante un Cuaderno de Recogida de Datos (CRD), especialmente diseñado para el estudio, donde el investigador recogía las variables sociodemográficas y clínicas de aquellos pacientes que cumplían los criterios de selección y que dieron su consentimiento escrito para participar en el estudio.

Participaron 165 médicos de centros españoles que incluyeron una muestra de 823 pacientes seleccionados de acuerdo con el siguiente criterio: pacientes con más de 18 años que tuvieran dolor crónico, de cualquier tipo y por cualquier causa.

La selección de los pacientes en el estudio se realizó de forma consecutiva, incluyendo cada UD los 5 ó 10 primeros pacientes que acudieron a la consulta por primera vez durante un periodo de inclusión de 3 meses (noviembre 2009-enero 2010).

Dado el carácter exploratorio del estudio y la definición de múltiples variables de resultados, se realizó el cálculo del tamaño muestral en base a suposiciones estadísticas. Para estimar variables dicotómicas con una proporción de 0,50 (valor que requiere un tamaño muestral máximo), con una precisión del 3,75%, un nivel de significación de 0,05 y considerando un 15% de pacientes no evaluables, se requería una muestra mínima de 803 pacientes. La muestra alcanzada finalmente fue de 823 pacientes evaluables, superando la muestra mínima prevista, lo que significa que se han podido es-

timar las proporciones con una precisión superior a la establecida previamente (3,42 puntos porcentuales).

Dado que se pretendía conocer el perfil sociodemográfico y clínico de pacientes que acuden en primera visita a la UD, previamente al inicio del análisis de los datos se ha realizado la validación y depuración de la base de datos para garantizar la calidad de la misma y poder proceder con el análisis de los mismos.

En todas las pruebas estadísticas se ha considerado una  $p = 0,05$  como nivel de significación. Se han utilizado técnicas estadísticas preliminares a la realización de las pruebas descritas en los apartados correspondientes para asegurar el cumplimiento de los supuestos estadísticos. En el caso de no cumplirse los supuestos establecidos se emplearon pruebas equivalentes que no presentaban dichas limitaciones, como por ejemplo, pruebas no paramétricas. El análisis de datos se ha realizado utilizando el paquete estadístico SPSS versión 15.

## RESULTADOS

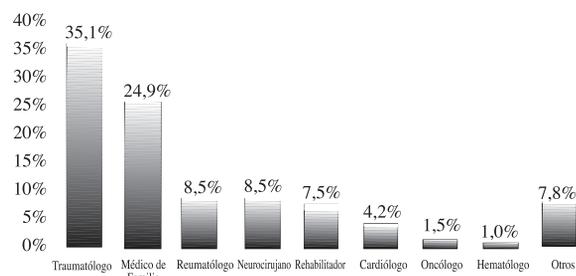
Los resultados que se muestran a continuación corresponden al análisis final del estudio PANDHORA. Han participado 107 Unidades de Dolor de 46 provincias españolas de todas las Comunidades Autónomas (Fig. 1).



**Fig. 1.** Unidades de Dolor que han participado en el estudio PANDHORA.

El especialista que remite más pacientes a la UD es el Traumatólogo seguido por el Médico de Familia, Reumatólogo, Neurocirujano y Rehabilitador (Fig. 2).

La edad media (DE) de los pacientes es de 59 (15,1) años, con una edad mínima de 19 y máxima de 95 años.



**Fig. 2.** Especialidad médica que deriva pacientes a la Unidad de Dolor.

El peso medio (DE) en los pacientes del estudio es de 72,9 (13,8) kg y la altura media (DE) de 164,1 (8,7) cm, lo que equivale a un índice de masa corporal (IMC) medio (DE) de 27,1 (4,7) kg/cm<sup>2</sup>. El 42,7% presentaban sobrepeso, el 21,5% obesidad y el 1,2% obesidad mórbida.

El 66,4% de los pacientes que acuden a la UD son mujeres. El 95,9% de los pacientes son de nacionalidad española, el 67,1% están casados, 16,6% viudos y un 11% solteros. El 49,6% han cursado estudios primarios, el 21,4% estudios secundarios y un 15,4% sin estudios.

Las profesiones de los pacientes con dolor crónico son diversas, el 29,6% amas de casa, 12% trabajadores de la construcción, 7,9% administrativos, 7% empleadas domésticas, 6% trabajadores del campo, 5% dependientes y un 34% otras profesiones.

En el momento del estudio, el 60,9% de los pacientes estaban asalariados y el 29% jubilados.

El 12,9% de los pacientes estaban con una baja laboral transitoria, con una duración media en el último año (DE) de 171,9 (131,7) días de baja.

El 74,1% de los pacientes presentaban comorbilidades, entre las que destacaban la hipertensión en el 55,2% de los pacientes, la dislipemia en el 32,8%, la diabetes en un 22,3% y los trastornos de depresión en el 27,4% y de ansiedad en el 25,6% (Tabla I).

En cuanto al tipo de dolor con que se remitieron los pacientes, predominaba el dolor no oncológico en un 96,3% de los casos, en un 3,2% de los pacientes el dolor era oncológico y en un 0,5% presentan los dos tipos.

Entre los pacientes con dolor no oncológico, predominaba el dolor musculoesquelético con un 68%, seguido del neuropático en un 16%, mixto 14% y 2% otros tipos de dolor que incluían los vasculares y viscerales (Fig. 3).

En cuanto al diagnóstico, dentro del dolor musculoesquelético predominaba la lumbociatalgia (27,6%),

**TABLA I. DESCRIPCIÓN DE LAS COMORBILIDADES QUE PRESENTA EL PACIENTE**

Comorbilidades	n	% col.
No	213	25,9%
Sí	610	74,1%
Hipertensión	337	55,2%
Diabetes	136	22,3%
Dislipemia	200	32,8%
Nefropatía	28	4,6%
Insuficiencia renal	28	4,6%
Neuropatía	33	5,4%
Angor	59	9,7%
ACV	26	4,3%
Antiagregación	72	11,8%
Anticoagulación	34	5,6%
Reflujo	50	8,2%
Dispepsia	76	12,5%
Ulcera	30	4,9%
I. Intestinal	9	1,5%
Diverticulosis	13	2,1%
Trastorno depresivo	167	27,4%
Ansiedad	156	25,6%

artrosis generalizada (15%), lumbalgia (13,9), cervicobraquialgia (6,5%), fibromialgia (6,3), dolor postlaminectomía (5,6), dolor miofascial (2,7) y otros diagnósticos (11,2) (Fig. 4).

Las localizaciones más habituales del dolor fueron a nivel lumbar 32,4%, extremidades inferiores 24%, extremidades superiores 9%, cervical 8,2% y generalizado 6,6% (Fig. 5).

La duración del dolor osciló en el 33,7% de los pa-

cientes entre 3 y 12 meses, en el 27,6% entre 1 y 3 años, en el 15,7% entre 3 y 10 años, en el 12,7% más de 10 años y en el 10,3% menos de 3 meses (Tabla II).

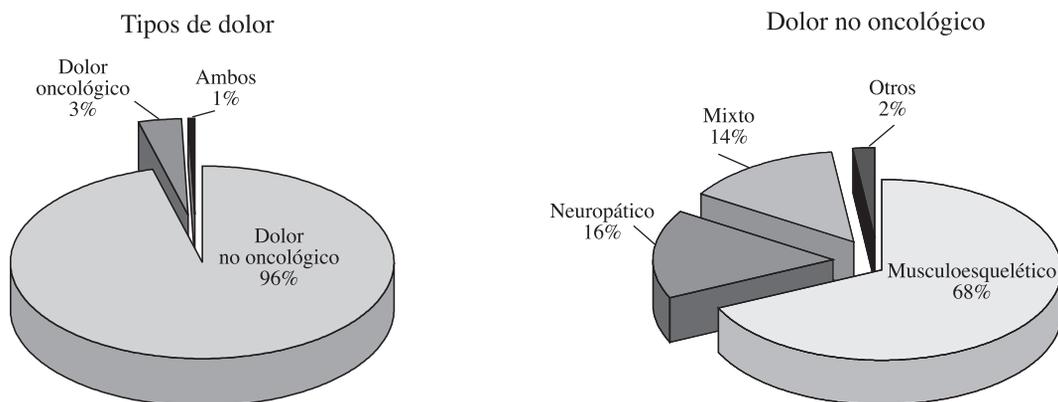
Respecto a la intensidad del dolor, las puntuaciones medias (DE) en la EVN fueron de 7 (1,8) puntos durante la semana previa a la visita y 6,7 (1,9) puntos en el momento de la visita, el menor dolor observado era el nocturno, con una media (DE) de 5,3 (2,9) puntos. Por tipos de dolor el EVN en pacientes con dolor musculoesquelético fue de 4,9, en pacientes con dolor neuropático del 6,2 y en pacientes con dolor oncológico del 5,9.

Previamente a la visita en la UD, el 7,8% de los pacientes estaban sin tratamiento farmacológico; el 55,2% recibían tratamiento con AINE; el 45,1% paracetamol; el 31,6% opioides menores y el 15,7% con opioides mayores. El 24,2% de los pacientes recibieron otras terapias analgésicas.

El tratamiento previo a la visita a la UD fue prescrito en un 46,3% por el médico de familia y en el 31,1% por el traumatólogo.

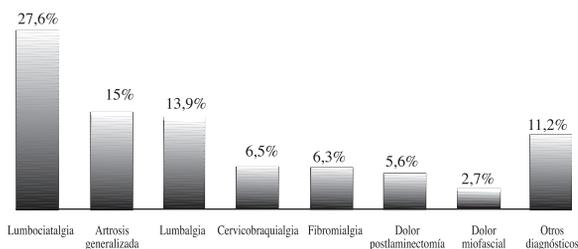
Una vez visitados los pacientes en la UD, los datos recogidos mostraron que los diagnósticos de derivación se mantenían, destacando que de los 96,3% pacientes con dolor no oncológico un 86,2% tenían dolor musculoesquelético, un 22,2% dolor neuropático y un 28,9 dolor mixto (deben entenderse los porcentajes teniendo en cuenta que un paciente podía tener más de un tipo de dolor).

Si en lugar de obtener los porcentajes sobre el número de pacientes consideramos el total de tipos de dolor registrados (823 pacientes respecto a 1.379), los datos obtenidos mostraban que el 65,7% eran dolor musculoesquelético, el 13,3% neuropático, el 16,5%

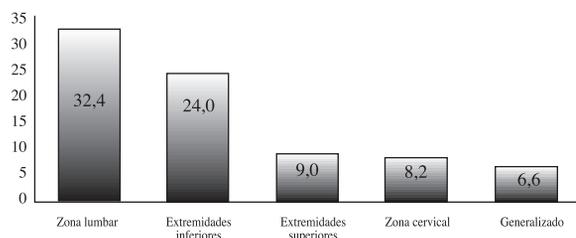
**Fig. 3.** Tipos de dolor.

**TABLA II. DURACIÓN DEL DOLOR**

Menos de 3 meses	75	10,3%
Entre 3 y 12 meses	249	33,7%
Entre 1 y 3 años	204	27,6%
Entre 3 y 10 años	116	15,7%
10 años o más	94	12,7%



**Fig. 4.** Diagnósticos de dolor musculoesquelético.

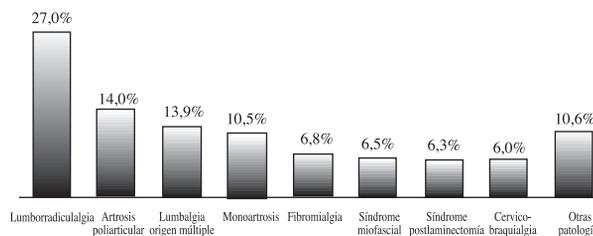


**Fig. 5.** Localización del dolor.

dolor mixto y el 4,5% corresponde a otros tipos de dolor (visceral, isquémico,...).

En la UD los diagnósticos principales que ocasionaban dolor musculoesquelético fueron: lumborradiculalgia (27%); lumbalgia de origen múltiple (11,6%); artrosis poliarticular (14%); monoartrosis (10,5%), siendo rodilla, cadera y hombro las principales articulaciones afectadas. Fueron diagnosticados de fibromialgia un 6,8%, síndrome miofascial (6,5%), síndrome postlaminectomía (6,3%), cervicobraquialgia (6%), los 10,6% restantes correspondían a diversas patologías (tendinitis, bursitis, dolor postraumático,...) (Fig. 6).

En los tratamientos farmacológicos prescritos por los médicos de la UD, se observó un incremento de los opioides menores de 31,6 a 50,5%, de opioides mayo-



**Fig. 6.** Diagnóstico dolor musculoesquelético en la Unidad de Dolor.

res de 15,7 a 19,4%, de antidepresivos de 15,9 a 27,2% y de anticonvulsivantes del 21,3 al 47,1%. Por el contrario, disminuyó el uso de AINE de un 55,2 a un 30,9%, de relajantes musculares de un 14,7 a un 9,2%, de corticosteroides de un 2,7 a un 0,4%. Un 6,3% de los pacientes no fueron tratados farmacológicamente (Tabla III).

**TABLA III. TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO**

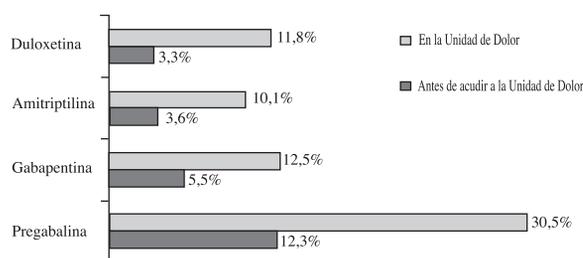
Tratamiento	Antes UD	Después UD
AINE	55,2%	30,9%
O. menores	31,6%	50,5%
O. mayores	15,7%	19,4%
Anticonvulsivantes	21,3%	47,1%
Antidepresivos	15,9%	27,2%
R. musculares	14,7%	9,2%
Corticoides	2,7%	0,4%
Sysadoa	1,1%	1,0%
Anestésicos	0,7%	1,5%
Otros analgésicos	0,4%	0,1%
Sin tratamiento	7,8%	6,3%

En relación a los AINE, el paracetamol se mantuvo en tasas similares de 45,1 a 43,9%, el ibuprofeno disminuyó del 17,9 a 8,7%, el diclofenaco del 6,1 a 1,5%, el dexketoprofeno del 3,5 al 2,7% y el metamizol del 6,3 al 2,3%. Aumentó la prescripción de celecoxib del 2,6 al 7,4%, de etoricoxib de 1,8 al 2,8% y de nabumetona en un 1% (Tabla IV).

Entre los fármacos coanalgésicos se observó un incremento de su utilización en la UD. La pregabalina pasó del 12,3 al 30,5%, la gabapentina del 5,5 al 12,5%, la duloxetina del 3,3 al 11,8% y la amitriptilina del 3,6 al 10,1% (Fig. 7).

**TABLA IV. TRATAMIENTO CON AINE**

AINE	Antes UD	Después UD
Paracetamol	45,1%	43,9%
Ibuprofeno	17,9%	8,7%
Metamizol	6,3%	2,3%
Diclofenaco	6,1%	1,5%
Dexketoprofeno	3,5%	0,6%
Celecoxib	2,6%	7,4%
Etoricoxib	1,8%	2,8%
Nabumetona	–	1,0%

**Fig. 7.** Fármacos coanalgésicos más utilizados.

Entre los opioides menores utilizados en la UD, el tramadol aumentó de un 24,5 a un 47,1%. Respecto a los opioides mayores, el fentanilo aumentó del 7,5 al 9%, la oxycodona del 1,3 al 3,9%, la hidromorfona de un 0,9 a un 1,8%, la morfina de un 0,6 a un 1%, mientras que la buprenorfina disminuyó de un 3 a un 2,7% (Tabla V).

**TABLA V. FÁRMACOS OPIOIDES**

Opioides	Antes UD	Después UD
Tramadol	24,5%	47,1%
Fentanilo	7,5%	9%
Oxycodona	1,3%	3,9%
Hidromorfona	0,9%	1,8%
Morfina	0,6%	1,0%
Buprenorfina	3,0%	2,7%

Dentro del grupo de fármacos coadyuvantes disminuyó la utilización del tetrazepam del 4,4 al 1,6%, diazepam del 4 al 2% y aumentó el uso de la ciclobenzaprina del 0,6 al 2,2%. Los fármacos SYSADOA se mantuvieron en un porcentaje de prescripción alrededor del 1% y los corticosteroides disminuyeron del 2,7 al 0,4% (Tabla VI).

En la UD se programaron técnicas intervencionistas al 55% de los pacientes. Las técnicas más utilizadas

**TABLA VI. FÁRMACOS COADYUVANTES**

Coadyuvantes	Antes UD	Después UD
Tetrazepam	4,4%	1,6%
Diazepam	4%	2%
Sysadoa	1,1%	1,0%
Ciclobenzaprina	0,6%	2,2%
Corticosteroides	2,7%	0,4%

fueron las infiltraciones epidurales con corticosteroides (31%), las infiltraciones de articulaciones zigoapofisarias vertebrales (14,7%), los bloqueos nerviosos periféricos (10,8%) y la radiofrecuencia de raíces nerviosas (6,6%) (Tabla VII).

**TABLA VII. TÉCNICAS INTERVENCIONISTAS**

Técnicas intervencionistas	Unidad de Dolor
Infiltraciones epidurales con corticosteroides	31,0%
Infiltración articulaciones zigoapofisarias vertebrales	14,7%
Bloqueos nerviosos periféricos	10,8%
Radiofrecuencia raíces nerviosas	6,6%

## DISCUSIÓN

El estudio PANDHORA es el primer estudio epidemiológico realizado a nivel nacional y europeo, con el fin de conocer el perfil sociodemográfico y clínico de pacientes que acuden en primera visita a la Unidad de Dolor de centros hospitalarios españoles.

En el estudio se incluyeron 823 pacientes y han colaborado 165 especialistas de 107 Unidades de Dolor, distribuidas en 46 provincias de todas las Comunidades Autónomas Españolas.

Según los resultados del estudio, la especialidad médica que remite más pacientes a la Unidad de Dolor es la Traumatología seguida por Medicina de Familia.

El tratamiento previo a la visita a la Unidad de Dolor fue prescrito en el 46,3% de los pacientes por el médico de familia y en el 31,1% por el traumatólogo, resultados que son similares a los del estudio Pain in Europe (1) en el que 70% de los pacientes con dolor crónico son controlados por el médico de familia y el 27% por traumatología. Nuestros resultados sugieren que muchos de los pacientes vistos por el médico de

familia son remitidos previamente al médico traumatólogo y posteriormente a la Unidad de Dolor.

La edad media de los pacientes remitidos a la Unidad de Dolor es de 59 (15,1) años, siendo el sexo femenino el predominante con un 65%, datos que coinciden con otros estudios epidemiológicos (6,7).

Un dato a destacar es que prácticamente más del 50% de los pacientes presentan sobrepeso, con el impacto negativo que ello supone en los dolores musculoesqueléticos (8).

Continuando con los hallazgos sociodemográficos, y referente al estado civil de los pacientes, el porcentaje que potencialmente viven solos es alto; la suma de solteros y viudos supera el 25%.

En cuanto al nivel educativo de los pacientes, los datos son preocupantes, ya que si sumamos los pacientes con estudios primarios y los que no tienen estudios, se alcanzan porcentajes por encima del 65%.

Desde el punto de vista laboral predominan las amas de casa y los trabajadores asalariados con actividades que requieren esfuerzo físico, grupo en el que se deben incluir las empleadas domésticas. El 73,9% de los pacientes presentan comorbilidades, entre las que destacan la hipertensión, la dislipemia y la diabetes. Mención especial merece el alto porcentaje, más del 50%, de pacientes con trastornos de ansiedad y depresión. En el estudio Pain in Europe de los 16 países que participaron, España presentó la tasa más alta de pacientes con depresión (29%). Diversos estudios demuestran que la actividad laboral y el estado psicológico del paciente son factores de importancia en la evolución del dolor crónico musculoesquelético (9,10).

En cuanto al tipo de dolor con que se remite el paciente a la Unidad de Dolor, predomina el dolor no oncológico (96,3%) con sólo un 3,7% de dolor oncológico. Ello puede deberse a la mayor implicación durante los últimos años de los médicos oncólogos, radioterapeutas y de cuidados paliativos, en el tratamiento del dolor en el cáncer.

De los dolores no oncológicos, hay una alta prevalencia de pacientes remitidos con dolor musculoesquelético y en menor frecuencia con dolor neuropático, resultados similares a otros estudios (11,12).

En cuanto al diagnóstico, dentro del dolor musculoesquelético, casi un 40% de pacientes son remitidos por dolor lumbar con o sin radiculalgia a extremidades inferiores, seguido por la artrosis generalizada, resultados similares a los publicados por otros autores (7,13,14).

Según el estudio ITACA (15) en España, el dolor osteoarticular es el que genera más consultas, siendo la afectación en columna vertebral la más frecuente.

Con respecto a la duración del dolor, se observa que

en más del 50% de los pacientes la duración oscila entre 3 meses y 3 años, con una intensidad media alta de 7 puntos en la EVN en el momento de la visita.

Se observaron diferencias estadísticamente significativas en la intensidad del dolor nocturno según el tipo de dolor, los pacientes con dolor musculoesquelético presentaban menos dolor que los pacientes con dolor neuropático u oncológico.

Con respecto a los tratamientos, más del 50% de los pacientes estaban recibiendo previamente a ser remitidos a la Unidad de Dolor, tratamiento con AINE y paracetamol, y en menor proporción opioides. Nuestros resultados son similares a los obtenidos en la encuesta telefónica realizada a la población general en el estudio Pain in Europe donde un 44% se trataba con AINE, un 23% con opioides menores y un 5% opioides mayores.

En cuanto a los tratamientos prescritos en la Unidad de Dolor cabe destacar el incremento importante en la prescripción de opioides menores en un 60%, de opioides mayores en un 23,5%, de antidepresivos en un 71%, y sobre todo el de fármacos anticonvulsivantes en un 121%. Por el contrario disminuyó el uso de AINE en un 78,6%, de relajantes musculares en un 60% y de corticosteroides en un 57,5%.

Llama la atención la importante disminución en la prescripción de AINE por los médicos de la Unidad de Dolor, y la tendencia a utilizar AINE selectivos y de vida media más larga, ello se puede deber a la alta sensibilidad entre los médicos de las Unidades de Dolor respecto a los efectos secundarios de los AINE y la tendencia en disminuir en lo posible el número de tomas diarias de fármacos.

Con respecto al tratamiento con opioides en la Unidad de Dolor, destaca el aumento de los mismos tanto en menores como mayores, con importantes incrementos en el uso de los opioides de más reciente comercialización, como oxycodona e hidromorfona. El único opioide en el que su prescripción disminuyó en la Unidad de Dolor fue la buprenorfina, aunque en cifras absolutas es el tercero más utilizado tras fentanilo y oxycodona.

En más del 50% de los pacientes remitidos a la Unidad de Dolor se indicaron técnicas intervencionistas, lo que demuestra la importancia de las Unidades de Dolor al ofrecer alternativas terapéuticas a aquellos pacientes que padecen dolor crónico severo no controlado.

## CONCLUSIONES

Los resultados del estudio PANDHORA demuestran que existen discrepancias en el enfoque terapéuti-

co de los pacientes con dolor crónico entre los médicos que derivan pacientes y los médicos especialistas de las Unidades de Dolor.

Según el estudio de Sanz Ortiz (16) el consumo de opioides en una comunidad es un indicador del tratamiento adecuado del dolor, por lo que consideramos necesario desarrollar nuevas guías que incluyan criterios claros de derivación y prescripción terapéutica; guías realizadas con el consenso de los médicos de la Unidad de Dolor y de los que derivan pacientes a dichas unidades.

Lograr que los pacientes sean derivados a las Unidades de Dolor tras la utilización adecuada del arsenal terapéutico disponible, facilitaría que estas unidades pudieran dedicarse preferentemente a aquellos pacientes que precisan de opciones terapéuticas más complejas.

Todo ello derivaría en conseguir mejores resultados en el tratamiento del dolor crónico en nuestro país.

## AGRADECIMIENTOS

A los investigadores de 107 Clínicas del Dolor españolas, participantes en el estudio PANDHORA: Alfredo Bondía Gimeno, Alfredo Fernández Esplá, Alfredo Perrucho González, Alicia Alonso Cardaño, Amelia Cabello Torres, Ana Callejo Orcasitas, Ana Esther López, Ana M<sup>a</sup> Bueno Torres, Ángel Palacios Prieto, Antoni López Pujol, Antonio Mendoza Cerezo, Antonio Montes Pérez, Antonio Pajuelo Gallego, Aurora de la Iglesia López, Aurora Pérez Díaz, Avelina Puente Navazo, Begoña Pérez de San Román, Belén Beltrán de Heredia, Carme Busquets Juliá, Camino Rubio Artiga, Carlos Aldaya Valverde, Carlos de Barutell Farinós, Carlos Hugo Salazar, Carlota García Fages, Carme Pérez Torrente, Carmen Martín Pardo, Carmen Sánchez Blanco, Carmen Segura Henríquez, Carolina Medina Ramírez, César Gracia Fabre, Concepción Pérez, Consuelo Nieto Iglesias, David Hernández Martín, Diego Contreras de la Fuente, Elena Catalá Puigbó, Elisa Arbonés Arán, Elisa Montes Benítez, Emilio Bronte Borraz, Estrella Uriarte Brizuela, Eva Camblor Suárez, Eva M<sup>a</sup> Pellejero Collado, Fernando Miralles Pardo, Fernando Neira Reina, Fernando Rodríguez Huertas, Fernando Torre Mollinedo, Francisco Álamo Tomillero, Francisco Gómez Armenta, Francisco González Martín, Francisco López García, Garbiñe Urtusagasti Orue, Germán Cerda Olmedo, Gisela Roca Amatria, Gloria Llauradó Paz, Hermann Josef Ribera Leclere, Inmaculada Concepción, Isabel Bruy Rapior, Javier de Andrés Ares, Inmaculada Muro Castillo, José de Andrés Ares, Javier del Saz de la Torre, Javier Martínez García, Jerónimo Herrera Silva, Jesús Cuenca Peña, Jesús Estrada Fernández, Jesús Javier Cuello Azcarate,

Joaquín Insausti Valdivia, Joaquín Rodríguez Matallanas, Jordi Guitart Vela, Jordi Serra Oliver, Jordi Torrens Espel, Jorge Juan Moya Riera, José Antonio Sáenz López, José Carlos Muñoz Garrido, José Cid Calzada, José Ignacio Calvo Sáez, José Javier Carceller Ruiz, José López Vidal, José Luis Aguilar Sánchez, José Luis de la Calle Reviriego, José Luis Rodríguez Hernández, José María Cano Darder, José María Lorenzo Alfageme, José Santamaría Vázquez, Josep Vilaplana Birba, Juan Carlos García Collada, Juan Carlos Tornero Tornero, Juan Francisco Mulero, Juan José Arén Frontera, Juan María González Valencia, Juan Miguel Alfaro Moya, Juan Pérez Cajaraville, Juan Santos Lamas, Juan Simón Fernández Muñoz, Julio Gallego González, Julio Martínez Salgado, Leticia Gómez Caro, Lidia Castro Freitas, Liliana Rosa Gómez Caprio, Lorenza Vicente Fatela, Lucía Pérez de Albéniz Vesga, Lucio San Norberto García, Luis Cruces Prado, Luis Javier Jiménez Gómez, Luis Miguel Torres Morera, Luis Santé Serna, Mari Ángeles Canós Verdecho, María Dolores Bedmar Cruz, María Dolores Rodrigo Royo, María Jesús Berro Uriz, María Mar Mateos Pérez, María Mercedes Jiménez Villa, María Teresa Fernández, María Victoria Ribera Canudas, Maite López López, Manuel Alberto Camba, Manuel López Rodríguez, Manuel Ruiz Castro, Manuel Vicente Collado Sánchez, Marco González Cabano, Marcos Castro Bande, Margarita López Rouco, María Díaz Vieito Piélagos, María Isabel Tomé Alén, María Rull Bartomeu, Martín Solá Pares, Martín Zacarías Arcas Molina, Mercedes García Puche, Miguel Ángel Caramés Álvarez, Miguel Ángel García Díaz, Miguel Marín Paredes, Miguel Vila Sánchez, Miquel Casals Merchán, Modesto García Escobar, Mónica Mayo Moldes, Pablo Iglesias Bueno, Pedro Cía Blasco, Pilar Plou García, Presentación Vila Pousada, Rafael Gálvez Mateos, Rafael Salazar Vecino, Raquel González Jiménez, Raquel Peláez Romero, Rocío Perrián Prieto, Rosa María Pereda Marín, Rosa Santillán Fernández, Salvador Ruiz Ortiz, Santiago Beltrán Gonzalo, Sergio Suárez Díaz, Soledad Acedo Gutiérrez, Sonia Ortiz García, Teresa Brid Castañón, Teresa Fernández Rodríguez, Vicente Luis Villanueva Pérez, Vicente Ortiz Pereda, Yésica Ruiz Perera, Yolanda Sastre Peris, Ivonne Gisela Mouvet Cañete.

### CORRESPONDENCIA:

Antonio Montero Matamala  
Servicio de Anestesiología  
Unidad de Dolor  
Hospital Universitario Arnau de Vilanova  
Avda. Alcalde Rovira Roure, 80  
25198 Lleida  
e-mail: amontero@arnau.scs.es

## BIBLIOGRAFÍA

1. 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;10:287-333.
2. Catalá E, Reig E, Artes M, Aliaga L, López JS, Segu JL. Prevalence of pain in the Spanish population: telephone survey in 5000 homes. *Eur J Pain* 2002;6:133-40.
3. White KP, Harth M. The occurrence and impact of generalised pain. *Clin Rheumatol* 1999;13:379-89.
4. Woolf AD. The Bone and Joint Decade 2000-2010. *Ann Rheum Dis* 2000;59:81-2.
5. De Andrés J. Situación actual del tratamiento del dolor crónico en España. *Rev Esp Anestesiología Reanim* 2005;52:127-30.
6. Hasselström J, Liu-Palmgren J, Rasjö Wrååk. Prevalence of pain in general practice. *G. Eur J Pain* 2002;6:375-85.
7. Woolf AD, Zeidler H, Haglund U, Carr AJ, Chaussade S, Cucinotta D, et al. Musculoskeletal pain in Europe: its impact and a comparison of population and medical perceptions of treatment in eight European countries. *Ann Rheum Dis* 2004;63:342-7.
8. Woolf AD, Akesson K. Understanding the burden of musculoskeletal conditions. The burden is huge and not reflected in national health priorities. *BMJ* 2001;322:1079-80.
9. Solidaki E, Chatzi L, Bitsios P, Markatzi I, Plana E, Castro F, et al. Work-related and psychological determinants of multisite musculoskeletal pain. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health* 2010;36:54-61.
10. Bair MJ, Matthias MS, Nyland KA, Huffman MA, Stubbs DL, Kroenke K, et al. Barriers and facilitators to chronic pain self-management: a qualitative study of primary care patients with comorbid musculoskeletal pain and depression. *Pain Medicine* 2009;10:1280-90.
11. Bassols Farrés A, Bosch Llonch F, Eladi Baños J. Epidemiología del dolor en la población general. *Dolor* 2000;15:149-58.
12. Carmona L, Gabriel R, Ballina J, Laffon A. Proyecto EPISER 2000: prevalencia de enfermedades reumáticas en la población española. *Rev Esp Reumatol* 2001;28:18-25.
13. Masters S, Lind R. Musculoskeletal pain. Presentations to general practice. *Australian Family Physician* 2010;39:425-8.
14. Miranda H, Kaila-Kangas L, Heliövaara M, Leino-Arjas P, Haukka E, Liira J, et al. Musculoskeletal pain at multiple sites and its effects on work ability in a general working population. *Occupational and Environmental Medicine* 2010;67:449-55.
15. Casals M, Samper D. Epidemiología, prevalencia y calidad de vida del dolor crónico no oncológico. Estudio ITACA. *Rev Soc Esp Dolor* 2004;11:260-6.
16. Sanz Ortiz J. Utilización de analgésicos opioides en la comunidad de Cantabria en el periodo 2002-2007. *Med Pal* 2010;17:269-75.