El problema del dolor crónico

F. Vidal López y J.L. Aguilar Sánchez

Hospital Universitario Germans Trias i Pujol. Badalona. Barcelona.

Introducción

El dolor crónico es aquel que persiste mucho más que el tiempo normal de curación previsto, no habiéndose resuelto con los tratamientos efectuados cuando se tiene una expectativa de que esto ocurra[1].

También se define, arbitrariamente, como el dolor que dura más de 3 o 6 meses, aun habiéndose realizado los tratamientos adecuados.

Es más frecuente en la edad media de la vida (30-60 años), no distingue sexo, y no siempre hay un sustrato físico que lo justifique. Es causa de graves problemas para la sanidad y la economía de los países industrializados, en los que su coste llega a ser el 2,5% del PIB[2]. Sus síntomas, de difícil tratamiento, se acompañan de sufrimiento y alteraciones de la vida del individuo en todos sus ámbitos.

Para muchos expertos sólo se debería hablar de dolor crónico cuando altera la función laboral y la actividad social y obliga con frecuencia a la utilización de los servicios sanitarios.

Sternbach[3] habla de «síndrome del dolor crónico», cuando con el dolor coexisten depresión, estrés, alteración de actividades personales, laborales, familiares, etc., y el paciente adopta el papel de enfermo crónico.

Ante su dificultad terapéutica, de las medidas preventivas deberían esperarse grandes beneficios para el individuo y la sociedad.

Prevalencia del dolor crónico en la población general

Los datos sobre prevalencia de dolor crónico son escasos y muy variables, ya que se utilizan diferentes definiciones y diferentes métodos de valoración. Con frecuencia sólo se tiene en cuenta la duración (más de 3-6 meses), sin valorar la intensidad ni la repercusión funcional[1].

Al mismo tiempo hay estudios sobre entidades patológicas aisladas en países diferentes, lo que nos da una información fragmentada e incompleta.

En estudios epidemiológicos se debería diferenciar el dolor recurrente del dolor persistente, ya que provoca alteración funcional y del incapacitante, lo que hace valorar al dolor crónico como algo dinámico con cambios individuales en el tiempo[4].

En la tabla I aportamos unos datos orientativos. Bonica[5] cree que afecta a un tercio de la población de los países industrializados.

Para otros autores la prevalencia es incluso mayor, pero si nos referimos sólo a dolor crónico persistente de gran intensidad e incapacitante en algún grado, éste afecta entre el 1 y el 12% de la población[1,4,6,7].

Esos pacientes, en su mayor parte en la edad media de su vida, sufren de dolores articulares, lumbalgias, cervicalgias, dolores musculares, cefaleas, etc., sin diferencia de sexos ni de razas.

Las patologías que más incapacidad o disfunción producen a la población general por su intensidad son las lumbalgias y las cefaleas.

El dolor que produce disfunción se da más en trabajadores o empleados y más en ambientes de nivel cultural bajo.

Von Korff[4], en su estudio sobre dolor crónico en el Estado de Washington, relaciona los más altos grados de dolor y disfunción con distintos indicadores sociosanitarios (tabla II).

El dolor es más intenso, persistente y limitante cuando más indicadores (cuatro o más) están

TABLA I
PREVALENCIA DEL DOLOR CRÓNICO EN LA POBLACIÓN GENERAL

País	*Autor / Año*	*Porcentaje*
EE.UU.	Bonica / 1984	33
Suecia	Brattberg / 1989	40
Canadá	Crook / 1984	11
EE.UU.	Nuprin / 1985	5-10
EE.UU.	Van Korff / 1988	12-41
Dinamarca	Andersen / 1987	30

TABLA II
INDICADORES DE DOLOR/DISFUNCIÓN

Bajos ingresos o desempleo
Estrés en vida familiar
Mala salud en general
Uso frecuente del sistema sanitario
Más de 10 prescripciones de analgésicos/año

TABLA III
PACIENTES REFERIDOS A CLÍNICAS DEL DOLOR

Gran afectación emocional
Accidentes laborales
Utilizan mucho el sistema de salud
Dolor constante e intenso
Actitudes negativas de futuro
Gran trastorno funcional

presentes. En este estudio sufren más dolor crónico los separados, divorciados y deprimidos, siendo más frecuentes entre los tipos de dolor investigados la lumbalgia y la cefalea. Los grados IV y V que englobarían a dolor intenso y persistente con limitación de actividad afectaron al 4,5% de la población encuestada.

Resumiendo, la prevalencia de dolor crónico intenso con alteraciones funcionales afectaría a un 1-12% de la población, que requeriría tratamientos especializados.

El dolor crónico en clínica del dolor

Sólo un 3% de los pacientes con dolor son remitidos a un especialista (Nuprin Pain Report)[6].

Algunos son remitidos a clínicas del dolor, generalmente muy tardíamente, con independencia de la duración o de la localización del dolor.

Los pacientes que son referidos por los médicos a las unidades de tratamiento del dolor responden a un perfil que exponemos en la tabla III[8], con cambios fisiológicos y de conducta de difícil solución.

Los diagnósticos son diversos pero pueden ser agrupados bajo distintas categorías.

1. Dolor nociceptivo, por estímulos periféricos sostenidos se producen alteraciones en el nociceptor y en las vías aferentes periféricas, espinales y supraspinales, persistiendo el dolor aunque pueda haber desaparecido la causa inicial.

2. Dolor neurogénico, consecutivo a lesiones o alteraciones periféricas o centrales del sistema nervioso.

3. Dolor mixto, que englobaría ambas etiologías.

4. Dolor psicógeno o idiopático, cuando no existe ninguna causa objetiva que lo justifique.

Un porcentaje importante, superior al 10%[9], llega sin diagnóstico, desconociéndose la causa del dolor.

Los diagnósticos más frecuentes, excluido el dolor del cáncer, son dolores de origen vertebral, cuadros postraumáticos o posquirúrgicos, neuralgias postherpéticas, etc.

Ektor-Andersen[7] evalúa al paciente con dolor crónico que llega a su clínica del dolor y encuentra que el dolor es en un 48% de origen nociceptivo y en un 31,5% neurogénico; mixto en un 8,2%; psicógeno en un 1,8%, y de origen desconocido en un 6,7%.

Revisando nuestros últimos 100 pacientes, un 18% presenta dolor por cáncer, un 28% dolor neurogénico, un 14% de pacientes cefaleas, dolor psicógeno o sin diagnóstico, y un 40% dolor predominantemente nociceptivo o mixto (síndrome poslaminectomía).

A destacar que un 30% de los pacientes son posquirúrgicos.

Evaluación del paciente

La prioridad es establecer un diagnóstico, si no lo hubiera, o confirmarlo.

Historia

Habitualmente el paciente presenta dolor de larga duración, frecuentemente tras trauma o cirugía.

De los muchos tratamientos recibidos ninguno le ha aliviado.

El dolor es como antes o peor y más incapacitante.

Su vida está organizada alrededor del dolor, con excesiva atención; así mismo, tiene trastornos emocionales y del sueño.

Ante escalas o cuestionarios demuestra una intensidad de dolor sobreestimada.

Con frecuencia consume analgésicos y sedantes y está de baja laboral.

Exploración física

Hay que explorar al paciente meticulosamente, para confirmar o no el diagnóstico. Es posi-

ble el hallazgo de causas orgánicas, a veces incurables, pero pueden encontrarse hallazgos no valorados, ya que no es siempre lo más evidente lo que provoca el dolor. Se deben marcar la localización del dolor y su intensidad en un mapa de dermatomas.

El paciente suele tener una tolerancia al dolor disminuida, lo que puede apreciarse durante la exploración.

Valoración psicológica

Existe gran número de cuestionarios, algunos muy complejos que, interpretados por personal especializado, nos informan del perfil psicológico.

Nos encontraremos con pacientes ansiosos, deprimidos y con trastornos emocionales y de conducta.

Algunos expertos abogan por cuestionarios breves que puedan ser interpretados por el médico (no necesariamente por el psicólogo) que le visita, y reservan los tests y cuestionarios más complejos para trabajos de investigación o para pacientes especialmente difíciles.

Exploraciones complementarias

El paciente suele ser remitido con las exploraciones adecuadas (laboratorio, radiología y EMG, etc.) que no conviene repetir innecesariamente en una escalada muchas veces inútil.

Consulta pluridisciplinaria

Las unidades españolas responden en general al modelo monodisciplinario. En su mayor parte dependen de anestesiología, y en menos ocasiones de neurocirugía u otra especialidad. Estas unidades cuentan con consultores: psicólogos, neurólogos, rehabilitadores, etc., que participan ocasionalmente. Esto hace difícil la consulta pluridisciplinaria, salvo para casos difíciles y un número limitado de pacientes. Una consulta pluridisciplinaria no puede ver más de 3-4 casos/día[10], lo que sería incompatible con el gran número de consultas que genera una clínica del dolor.

Tratamiento del dolor crónico en clínica del dolor

Las unidades de tratamiento del dolor emplean un buen número de terapéuticas que van desde el tratamiento farmacológico hasta la implantación de sofisticados aparatos de perfusión o neurostimulación.

TABLA IV
FÁRMACOS EMPLEADOS EN EL TRATAMIENTO DEL DOLOR CRÓNICO

Analgésicos
Antidepresivos tricíclicos
Anticonvulsionantes
Neurolépticos
Fenotiacinas
Guanetidina
Baclofeno
Dantroleno
Benzodiacepinas

Tratamiento farmacológico

Casi el 100% de los pacientes que son remitidos a una clínica del dolor ya ha recibido tratamiento farmacológico y/o se han automedicado.

Bernd[11] investigó en 109 pacientes remitidos a una clínica del dolor el tratamiento recibido antes de su admisión: 90 (82%) recibían 2 medicamentos/día de media (rango 1-8) especialmente (53%) analgésicos y psicotropos (32%). Un 38% (41 pacientes) consumían más de 3 medicamentos/día.

Un 21% ocultaron el consumo de fármacos no prescritos (benzodiacepinas, codeína, y otros), que utilizaban de forma abusiva.

Los fármacos más empleados en las clínicas de dolor son expuestos en la tabla IV, y es frecuente que se asocien dos o más de ellos. En el tratamiento del dolor neurogénico: antidepresivos tricíclicos, anticonvulsionantes y analgésicos. En el dolor nociceptivo: AINE, analgésicos y antidepresivos tricíclicos. De modo excepcional en ambos grupos, se utilizan opiáceos en casos rebeldes. Un porcentaje importante desobedece las órdenes médicas, con peores resultados.

Los tratamientos farmacológicos se emplean en casi todos los pacientes y se asocian con frecuencia a infiltraciones con anestésicos y/o corticoides y otras terapéuticas.

Infiltraciones epidurales en lumbalgias (low back pain)

Las infiltraciones epidurales con anestésicos y/o corticoides han sido empleadas con distin-

tos resultados en *low back pain*. Dependiendo de la cronicidad, etiología del dolor, etc., se observa mejoría en un 17 a 70% de los pacientes tratados.

Recientemente, Hopwood[12] analiza 32 factores clínicos en 209 pacientes con dolor de origen vertebral tratados con infiltraciones epidurales de triamcinolona diacetato, asociándose con fracaso del tratamiento los siguientes factores:

1. Pacientes desempleados al inicio del tratamiento, pero ¿están sin trabajo por dolor más intenso, por incapacidad o por alteraciones psicológicas?

2. Bajo nivel de educación. A más nivel de educación, acostumbran a desempeñar trabajos menos duros físicamente que pueden continuar realizando.

3. Tabaquismo, peor salud en general. Disminución del flujo sanguíneo. La tos produciría compresiones repetidas de la raíz.

4. Duración del dolor. Con cronicidad, peor respuesta.

5. Diagnóstico. El dolor no radicular (osteoarticular) muestra una peor respuesta.

6. Ante varios factores asociados recomiendan abstenerse del tratamiento.

Otros factores que empeoran el pronóstico son: dolor constante, trastornos del sueño, lesión laboral o posquirúrgica y consumidores de analgésicos. No afectan al pronóstico la edad, el sexo ni la raza.

Las indicaciones de las infiltraciones epidurales deberán hacerse según esos factores predictivos y teniendo en cuenta la causa etiológica[13]. Pero, además y sobre todo, los síntomas poslaminectomía con su componente neurogénico exigirán un enfoque terapéutico global: farmacológico, de rehabilitación, etc.

Tratamientos multimodales o multidisciplinarios

Con frecuencia, el dolor crónico supera una única terapéutica y puede exigir programas que combinan técnicas de clínica del dolor con terapéutica física, rehabilitación y tratamientos psicológicos y psicosomáticos:

Técnicas de relajación y *biofeedback*.

Técnicas cognitivas, facilitando y reforzando estrategias de enfrentamiento al dolor y no de sumisión.

Modificación de conducta y hábitos en sus aspectos familiar y social.

TABLA V
PROGRAMAS DE TRATAMIENTO

Criterios de exclusión
Estado médico
Pendiente de tratamiento medicoquirúrgico
Dolor inferior a 3 meses
Incapacidad física
Demográficos
Edad (18-60)
Sólo el 23 % de más de 50 años vuelve al trabajo
El 55 % de los menores de 50 años sí vuelven
Situación familiar
Psicopatología
Tendencias suicidas
Drogodependencia
Médico-legal
Litigación pendiente
Falta de motivación
Actitud negativa

Los objetivos son reducir el dolor, la medicación analgésica y la dependencia de los servicios sanitarios, así como reforzar el apoyo familiar y social, con el objetivo fundamental que es la vuelta a la actividad laboral[14,15].

Los programas de tratamiento son muy variables en sus planteamientos, número de sesiones, etc., y se exigen unas condiciones para entrar en ellos. Turk[14] considera como criterios de exclusión (tabla V) que el paciente esté pendiente de estudio o de tratamiento o que su estado físico le impida seguir los rigurosos ejercicios del programa.

No aceptan pacientes mayores de 60 años, ya que sólo en el 23% de los mayores de 50 años se consigue el objetivo de la vuelta al trabajo. Se exige una situación familiar estable, emocional y económicamente.

No se aceptan psicópatas ni pacientes con tendencias suicidas, drogodependientes con litigación pendiente, o con actitudes negativas.

Los resultados de estos tratamientos son difíciles de evaluar y cuestionables por la variedad de criterios de buen resultado, la diversidad de métodos y el corto seguimiento (tabla V).

En general completan el programa un 30-60% de pacientes, siendo el porcentaje de buenos resultados un 30-50%[16]. La eficacia del

tratamiento debería compararse con otros grupos de pacientes tratados con otros programas.

Otros tratamientos

En ocasiones, el paciente con dolor crónico al que no hemos conseguido aliviar, debe ser valorado para incluirlo en procedimientos más agresivos: opiáceos, bombas implantables para perfusión intratecal de mórficos y/o anestésicos locales o neurostimulación medular.

En la utilización de mórficos y anestésicos locales debe tenerse en cuenta que se deberán administrar durante años, valorando los riesgos y beneficios[17].

Antes de la utilización de implantes para perfusión o neurostimulación medular, deben ser realizados tests de efectividad y una selección muy rigurosa de los pacientes.

La neurostimulación medular puede obtener buenos resultados a largo plazo en 30-40% de pacientes con dolores intratables tras cirugía repetida de columna[18]. Las bombas implantadas programables para perfusión intratecal de fármacos pueden solucionar el dolor rebelde al tratamiento con neurostimulación. Pero estos costosos procedimientos deben ser muy selectivos.

Valoración de los resultados

La valoración de resultados es difícil y se han comunicado datos diversos.

J. Lahuerta[9], en una revisión de 1.000 pacientes de clínica del dolor, consigue un alivio completo en el 11,7% y parcial en el 18,5%. Un 30,2% de sus pacientes se alivian. Otros autores consiguen alivio en porcentajes algo mayores (35-40%).

En el dolor de origen vertebral, los bloqueos epidurales alivian de un 15-70% de los pacientes según un gran número de variables[12,13].

En programas multidisciplinarios mejoran de un 25-70% de los pacientes que los completan[14-19].

Los pacientes no incluidos en «buenos resultados», deben ser enseñados a convivir con su dolor perdiéndole «el respeto», manteniendo una vida activa y equilibrada, estudiándose a sí mismos para buscar qué les beneficia y qué les perjudica, con lo que todos encuentran algún grado de mejoría.

Discusión

Entre un 1 y un 10% de la población general sufre dolor crónico, intenso y persistente con disfunción. Esto supone un gran número de pacientes con grandes dificultades terapéuticas.

El grado de dolor está relacionado con problemas sociales, psicológicos o de conducta. ¿Esto es causa o consecuencia? También existe gran variabilidad en el grado de incapacidad en pacientes con una aparente experiencia dolorosa similar (nivel educacional, expresión del dolor, pacientes empleados o autónomos o en paro).

Con frecuencia, actitudes familiares y médicas que relacionan el trabajo con la agudización del dolor refuerzan y tienden a perpetuar la conducta del paciente. La estructura sanitaria, médicos de asistencia primaria, de empresa, mutuas patronales, especialistas, con bajas laborales, seguimientos difíciles, etc., pueden hacer que varios médicos traten al paciente, con el consiguiente confusionismo y el reforzamiento del papel de enfermo con dolor crónico.

Los pacientes son referidos a la clínica del dolor tardíamente y con dolor intenso. En nuestra experiencia hemos encontrado que en la actualidad se remiten más prontamente la neuralgia postherpética (1-2 meses de evolución) y el dolor posquirúrgico.

En muchos de los pacientes el dolor crónico (20%) es secuela de la cirugía[20]. ¿Es posible la prevención? Evitar lesiones nerviosas quirúrgicas, la analgesia multimodal postoperatoria con AINE-opiáceos-α_2-adrenérgicos, anestésicos locales, los bloqueos anestésicos antes de la amputación de miembros, pueden ser eficaces, aunque están en discusión algunos de estos procedimientos.

Las clínicas del dolor españolas son eminentemente terapéuticas y funcionan con consultores ocasionales. Carecen con frecuencia de psicólogo. La valoración psicológica exigiría cuestionarios cortos que pudiesen ser valorados por personal no especializado.

Los tratamientos son eminentemente farmacológicos y con frecuencia se recetan tres o más fármacos, con lo que se consigue polifarmacia, iatrogenia y abuso de fármacos.

Los programas de tratamiento multidisciplinario son poco utilizados en España y deben ser revisados y comparados estableciendo su eficacia a largo plazo. Para Turk[19] la realización de estos estudios es un empeño casi imposible de ejecutar.

La relación de las unidades de dolor españolas con los servicios de psicología-psiquiatría-rehabilitación suelen ser distantes y poco integradas.

Los métodos de relajación, *biofeedback* o hipnosis no están suficientemente contrastados.

¿Hasta cuándo un paciente que no mejora ha de ser tratado por el mismo médico o la misma unidad? ¿Puede ser bueno romper la conexión del médico con el paciente con dolor crónico? ¿Qué pacientes deben ser sometidos a procedimientos terapéuticos agresivos? En cuanto a los opiáceos, los anestésicos locales, intratecales, la neurostimulación, los procedimientos costosos hay que controlar su eficacia a largo plazo, así como la taquifilaxis y la tolerancia.

Finalmente, es necesario estudiar la relación coste/beneficio en clínica del dolor. Faltan estudios que sensibilicen sobre el grave problema que supone para un país el dolor crónico en sus aspectos humano, sanitario y laboral.

BIBLIOGRAFÍA

1. Andersson HI, Ejlersson G, Leden I, Rosenberg C. Chronic pain in geographically defined general population: Studies of diferences in age, gender and social class on pain localization. Clin J Pain 1993; 9: 174-182.
2. Vidal López F. Los costes del dolor. Dolor 1987; 2: 7-8.
3. Sternbach RA. Pain patients: traits an treatment. Nueva York: Academic Press. 1974.
4. Von Korff M, Dworkin SF, Le Resche L. Graded chronic pain status: an epidemiologic evaluation. Pain 1990; 40: 279-291.
5. Bonica JJ. Pain research and theraphy: recent advances and future needs. En: Kruger L, Liebeskind JC, editores. Advances in pain research and theraphy (Vol. 6), Nueva York: Raven Press, 1984.
6. Taylor H, Curran NM. The Nuprin Pain Report. Nueva York: L. Harris and Associates, 1985.
7. Ektor-Andersen J, Janzon L, Sjolund B. Chronic Pain and socio-demografic environment. Results from the pain clinic at Malmo General Hospital in Sweden. Clin J Pain 1993; 9: 183-188.
8. Crook J, Weir R, Tunks E. An epidemiological follow-up survey of persistent pain sufferers in a group of family practice and specialty pain clinic. Pain 1989; 36: 49-61.
9. Lahuerta J. Aspectos de la investigación en la clínica del dolor. En: Barcia Salorio D, Martínez Hernández A, editores. Estudio y tratamiento del dolor. Murcia: Roche, 1985.
10. Rapport sur les unites de traitement de la douleur chonique. Cahiers d'Anestésiologie 1990; 38: 43-53.
11. Bernd S, Maier C, Schütz H-W. Polimedication and medication compliance in patients with chronic non malignant pain. Pain 1993; 52: 331-339.
12. Hapwood MB, Abram SE. Factors associated with failure of lumbar epidural steroids. Regional Anesthesia 1993; 18: 238-243.
13. Benzon H. Epidural steroid injections for low back pain and lumbosacral radiculopathy. Pain 1986; 24: 277-295.
14. Turk DC, Rudy TE. Neglected factors in chronic pain treatment outcome studies-referral patterns, failure to enter treatment and attrition. Pain 1990; 43: 7-25.
15. Ruiz R. Dolor crónico, discapacidad e invalidez. Dolor 1992; 7: 108-109.
16. Maruta T, Swanson DW, Maltardy MJ. Three year follow-up of patients with chronic pain who were treated in a multidisciplinary pain management center. Pain 1990; 41: 47-53.
17. Krames ES. The chronic intraspinal use of opioid and local anesthetic mixtures for the relief of intractable pain: when all else fails. Pain 1993; 55: 1-4.
18. La Porte CD, Van de Kelf E. Spinal cord stimulation in failed back surgery syndrome. Pain 1993; 52: 55-61.
19. Turk DC, Rudy TE, Sorkin BA. Neglected topics in chronic pain treatment outcomes studies: determination of success. Pain 1993; 53: 3-16.
20. Muller A, Sudbrack G. Perioperative pain management for the chronic pain patient. En: Bonet F, editor. Pain control in surgical practice. París: Arnette Blackwell, 1993.

DISCUSIÓN

M.L. MARTÍN: Quizás uno de los dolores de más difícil solución sea el postherpético. Ha comentado usted que en los dolores neuropáticos en general utilizan antidepresivos, analgésicos, anticonvulsionantes, ¿qué opina de la utilización de los anestésicos locales por vía sistémica en el caso de que estos otros métodos no alivien el dolor de neuralgia postherpética?

F. VIDAL: Un factor importante en el dolor herpético, aunque no haya una demostración clara, es la administración precoz del tratamiento. En la última revisión efectuada por nuestro grupo, 8 de 14 pacientes con dolor herpético fueron visitados antes del primer mes. Se acepta que en este momento todavía se pueda hacer una terapéutica preventiva mediante bloqueos anestésicos. Aparentemente el bloqueo anestésico produciría una vasodilatación en la zona y limitaría la lesión nerviosa por acción de la inflamación, además del efecto analgésico indudable. Nuestro enfoque es iniciar el tratamiento multimodal desde el principio, combinando, por ejemplo, los bloqueos con la administración de analgésicos, antide-

presivos, etc. ¿Qué papel desempeñan los anestésicos por vía sistémica? Un porcentaje importante de pacientes, especialmente los de edad avanzada, muestran secuelas del dolor y en ellos, según nuestro protocolo, pueden ensayarse los anestésicos por vía intravenosa o subcutánea. También se han intentado utilizar análogos de la lidocaína por vía oral. En nuestra experiencia los resultados no son muy buenos.

J. DE ANDRÉS: En mi opinión el problema del dolor crónico sigue siendo el desconocimiento de la función que pueden desarrollar las unidades del dolor dentro del esquema sanitario actual. Mi pregunta sería: ¿cree que la afluencia de enfermos está condicionada por el conocimiento que determinados servicios del hospital tienen de la unidad, mientras que otros desconocen realmente la función que pueda tener esta unidad dentro del esquema sanitario en un hospital terciario?

F. VIDAL: He tenido la oportunidad de trabajar en dos hospitales diferentes. En el Hospital Vall d'Hebron nuestros pacientes procedían básicamente del Departamento de Traumatología. Ahora estamos en un hospital general, donde hay un servicio de oncología que desarrolla una actividad creciente. Sin embargo, se podría considerar que un hospital general ubicado en una área sanitaria bien equipada y en donde se conozca la existencia de la clínica del dolor, habría un 25-30% de dolor oncológico, un tercio de dolor neuropático y otro tercio de dolor neurogénico. Creo que sí, que es evidente que no hemos sabido divulgar bien lo que es una unidad de tratamiento del dolor, probablemente porque no hemos tenido apoyo. Por ejemplo, las unidades de paliativos que sólo solucionan una parte del problema del paciente terminal han tenido un desarrollo mucho más rápido y mucho más conocido.

L. ALIAGA: En primer lugar, quería comentar que el porcentaje de neuralgia postherpética ha aumentado muchísimo en nuestra unidad. La pregunta es si la razón estriba en que es una patología en la que obtenemos buenos resultados a diferencia de otras, o se explica por las relaciones que hemos establecido con determinados servicios y no con otros. Creo que queda mucho por hacer en cuanto al trabajo pluridisciplinario y las interconsultas entre diferentes servicios para un tratamiento integral del dolor. Esto puede tener implicaciones, por ejemplo, en la evaluación de nuevas tecnologías en el tratamiento del dolor.

F. VIDAL: Con respecto al tema de la neuralgia postherpética, creo que realmente la sensibilización de los médicos que trabajan en atención primaria es la causa fundamental de que el paciente llegue a la unidad. En cuanto a la evaluación de nuevas tecnologías, existe en el Institut Català de la Salut un departamento médico que estaría encargado de esa evaluación coordinando la cooperación e información de diversos centros o servicios. Hay que tener en cuenta, no obstante, que la revisión y la aceptación de nuevas tecnologías están en relación también con las posibilidades económicas de un programa sanitario.