

Según expertos de la Sociedad Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología (SECOT) y de la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI) en sendas mesas redondas en los congresos nacionales de ambas entidades

“Es esencial garantizar que todos los profesionales sanitarios, más allá de los médicos, estén permanentemente formados en dolor agudo”

- El 70% de las visitas a los servicios de urgencia son por dolor agudo
- El 39% de los pacientes de Atención Primaria consultan por dolor y, de estos casos, el 78% padece dolor agudo. Además, en medicina interna, entre el 30% y el 40% de los pacientes que ingresan en el hospital tienen dolor agudo
- Por esta razón, los expertos reclaman la creación de una guía y estrategia globales y específicas para el abordaje y el tratamiento del dolor agudo
- La situación de pandemia por la COVID-19 ha dificultado y retrasado el diagnóstico de algunas enfermedades que cursan con dolor agudo

Barcelona, 9 de diciembre de 2021.- El 70% de los pacientes que acuden a los servicios de urgencias presentan dolor agudo. Al menos uno de cada tres pacientes de medicina interna con ingreso hospitalario presenta este síntoma. Y el 78% de los pacientes con dolor que acuden a la consulta de Atención Primaria presentan dolor agudo. Esto le convierte en un problema sanitario. Por este motivo, los expertos reclaman una formación permanente en dolor agudo para todos los profesionales sanitarios, no sólo los médicos. Y que, junto con esta formación, se cree un protocolo para el abordaje y tratamiento global del dolor agudo en España, algo que hoy no existe.

Son las principales demandas formuladas por los expertos durante sendas mesas redondas sobre dolor agudo en el marco de los congresos nacionales de la Sociedad Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología (SECOT) y de la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI).

Según el **Dr. Jesús Díez Manglano**, presidente de la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI) y médico internista en el Hospital Royo Villanova de Zaragoza, *“existen protocolos para dolores muy específicos, como el dolor postoperatorio, por ejemplo, pero no para el dolor agudo. Si buscamos una guía del tratamiento del dolor en general que haga referencia al dolor agudo, tenemos la guía del Consejo General de Colegios de Médicos, que es del año 2004”* Y afirma que, *“junto a la creación de una estrategia del abordaje y tratamiento del dolor agudo, desde un punto de vista global, tenemos la obligación de garantizar que todos los profesionales estén formados en este ámbito”*.

Por su parte, el **Dr. Ricardo Mencía**, jefe de unidad de cadera del Hospital Universitario de León y vocal de Asuntos Profesionales de la SECOT, afirma que *“hace falta una mayor formación de los profesionales en el tratamiento del dolor agudo, tanto en pregrado como en postgrado, y a la población general. Y también estrategias, planes y guías nacionales más concretas y con pautas claras para los profesionales, así como mayores recursos para la investigación y el tratamiento del dolor agudo”*.

Con respecto a la I+D en dolor, el **Dr. Díez Manglano** señala que *“es algo tan transversal que muchas veces se aborda parcialmente. Abordamos una determinada enfermedad que provoca un tipo de dolor específico e investigamos en este sentido. Pero hay poca investigación focalizada en dolor porque se difumina en el abordaje de las distintas tipologías del dolor, ya sea postoperatorio, debido a una cardiopatía isquémica aguda, un tromboembolismo pulmonar, o a lo que ya llamamos long COVID-19”*.

Los expertos también han reclamado disponer de Unidades de Dolor Agudo. *“En hospitales, centros de salud, servicios de urgencias... cuando hablamos de las Unidades de Dolor, siempre nos referimos al dolor crónico o postoperatorio, pero debería haber Unidades de Dolor Agudo”*, según el **Dr. Mencía**, quien, además, ha destacado la necesidad de mejorar el abordaje del dolor postoperatorio. *“Cada vez hacemos más cirugías mayores ambulatorias y es crucial que los pacientes vayan a casa con una analgesia correcta. Sobre todo, porque el postoperatorio con dolor condiciona la evolución de esa intervención, los pacientes se recuperan más tarde, la rehabilitación es más complicada... Actualmente, un porcentaje importante de pacientes sometidos a cirugía ambulatoria reingresa en el plazo de 24 horas por un mal control del dolor”*.

¿Qué es antes: el dolor agudo o la enfermedad?

Es importante tener presente que el dolor agudo es un síntoma y que debe estudiarse qué lo provoca, y que también se puede cronificar. *“La enfermedad aguda provoca dolor, pero el dolor agudo también causa enfermedad. En algunos casos se cronifica y provoca la aparición de patologías cardiovasculares, respiratorias... especialmente en personas que ya presentan más comorbilidad asociada y más edad”*, según el **Dr. Díez Manglano**.

A raíz de la situación de pandemia actual, con el confinamiento, el cierre de algunas consultas sanitarias, así como de gimnasios y de centros deportivos, y el miedo de los propios pacientes a acudir a los centros sanitarios debido a la COVID-19, el número de personas con riesgo de cronificar su dolor ha aumentado. De hecho, la Sociedad Española del Dolor ha señalado que la situación de 2020 ha generado que el 59,4% de las personas con dolor crónico hayan empeorado su condición.

“El problema es el paciente con dolor reagudizado, el paciente que está en lista de espera, que han aumentado mucho, y ese dolor se ha reagudizado”, explica el **Dr. Mencía**. *“Según los datos de un reciente estudio norteamericano en pacientes que están esperando una operación de cadera, el 20% afirma que su dolor es peor que la muerte”*.

Los expertos también han hablado sobre el componente inflamatorio del dolor agudo. *“La inflamación causa dolor y el dolor acaba causando inflamación. Es un círculo que, en la mayoría de los casos, siempre va unido -excepto situaciones muy específicas como, por ejemplo, el dolor de un miembro fantasma. Y debemos tener en cuenta no sólo el componente inflamatorio del dolor, sino también el componente analgésico”.*

Por esta razón, es importante promover la innovación en el tratamiento del dolor, sobre todo mediante combinaciones de medicamentos que actúen simultáneamente sobre el dolor y la inflamación. Recientemente, por ejemplo, la FDA -agencia del medicamento en Estados Unidos- ha autorizado un nuevo fármaco¹ consistente en un cocrystal de celecoxib y tramadol con capacidad analgésica multimodal y antiinflamatoria para el tratamiento del dolor agudo moderado a severo en pacientes adultos desarrollado por el equipo interno de investigación de ESTEVE focalizado en el área terapéutica del dolor^{2,3,4,5,6,7,8,9,10}.

Ambos doctores coinciden en señalar que *“esta nueva forma galénica constituye un nuevo modo de administrar dos principios activos que en la formulación clásica interfieren y aprovechar las propiedades de ambos fármacos”*, con las ventajas que ello supone para los profesionales sanitarios y para los pacientes, quienes podrán disponer de una nueva opción en su arsenal terapéutico.

El compromiso de ESTEVE con el dolor

ESTEVE es una empresa focalizada en medicina especializada con una amplia experiencia en el área terapéutica de la neurología, concretamente en el dolor crónico y agudo, donde su objetivo es desarrollar tratamientos pioneros e innovadores que respondan a necesidades no cubiertas de los pacientes y de los profesionales sanitarios. El pasado mes de octubre, la compañía recibió la aprobación del primer medicamento de investigación propia por parte de la FDA¹, un tratamiento innovador, primero de su clase, compuesto por una forma de cocrystal de antiinflamatorio (celecoxib) y analgésico (tramadol) para el dolor agudo en pacientes adultos^{2,3,4,5,6,7,8,9,10}.

Acerca de ESTEVE

ESTEVE (www.esteve.com) es una compañía farmacéutica global con sede en Barcelona. Avanzar en innovación para mejorar la vida de las personas, es su misión y desde su fundación en 1929, su foco ha sido aportar soluciones para necesidades médicas no cubiertas. ESTEVE tiene una importante presencia en Europa a través de filiales subsidiarias e instalaciones productivas propias dedicadas al desarrollo y fabricación de principios activos farmacéuticos en España, México y China, y una planta farmacéutica en Alemania.

Para más información, contactar con:

Olga Cajal, Comunicación ESTEVE, Tel. 93 446 62 60, ocajal@esteve.com
M^a José Egea, Atrevia, Tel. 93 419 06 30, mjegea@atrevia.com

¹ <https://www.accessdata.fda.gov/scripts/cder/daf/index.cfm?event=overview.process&ApplNo=213426>

² British Journal of Clinical Pharmacology. 2017;83(12):2718-2728.

³ British Journal of Clinical Pharmacology. 2018;84(1):64-78.

⁴ Drugs in R&D. 2018;18(2):137-148.

⁵ Clinical Drug Investigation. 2018;38(9):819-827.

⁶ Expert Opinion on Investigational Drugs. 2019;28(5):399-409.

⁷ Journal of Pain Research. 2019;12:2679-2689.

⁸ Journal of Pain Research. 2019;12:2679-2689.

⁹ Crystal Growth & Design. 2017;17(4):1884-1892 and 2019;19(6):3172-3182

¹⁰ Journal of Pain. 2016;17(2):131-157.