



Universidad de Valladolid

El dolor crónico nociplástico musculoesquelético: diagnóstico desde la consulta de Atención Primaria

TRABAJO FIN DE GRADO

FACULTAD DE MEDICINA

Departamento de Medicina, Dermatología y Toxicología

Autora: Leticia Palmero Condés

Tutora: Dra. María Pilar del Río Molina

Co – tutora: Dra. Nuria Esther de la Puente Merino

Curso 2022 – 2023





Índice

1. Resumen	3
2. Introducción	4
3. Objetivos	6
4. Materiales y métodos	6
5. Resultados	9
6. Discusión	13
7. Conclusiones	16
8. Bibliografía	18
9. Anexos	19



1. Resumen

El dolor crónico nociplástico es una enfermedad que une la fisiopatología dolorosa con fenómenos de hipersensibilidad y otras comorbilidades como la fatiga crónica. Empleando los criterios clínicos establecidos por la IASP para el dolor crónico nociplástico musculoesquelético se elaboró una entrevista clínica estandarizada y se identificó el tipo de dolor sufrido por 128 pacientes en lo que fue un estudio observacional de corte transversal y retrospectivo. La muestra se obtuvo de la población derivada al fisioterapeuta de un centro de salud en un periodo de tiempo de seis meses. Además del tipo de dolor se recogieron datos sobre la intensidad, la edad, el género, el entorno doméstico, la situación laboral, el nivel de estudios y los antecedentes psiquiátricos de los participantes. 12 pacientes cumplieron los criterios para el dolor nociplástico probable con una intensidad de dolor severa y se encontró asociación estadística entre el dolor nociplástico y la edad, la situación laboral y la presencia conjunta de ansiedad y depresión. La herramienta de la IASP demostró ser completamente válida en atención primaria para el diagnóstico precoz del dolor nociplástico.

Palabras clave: dolor nociplástico, dolor musculoesquelético, atención primaria.

Abstract

Nociplastic chronic pain is a disease that combines pain pathophysiology with hypersensitivity phenomena and other comorbidities such as chronic fatigue. Using the clinical criteria established by the IASP for chronic nociplastic musculoskeletal pain, a standardized clinical interview was prepared and the type of pain experienced by 128 patients was identified in an observational study. The sample was obtained from the population referred to the physiotherapist of a health centre over a period of six months. In addition to the type of pain, data were collected on participants' pain intensity, age, gender, home environment, employment status, educational level and psychiatric history. 12 patients met the criteria for probable nociplastic pain with severe pain intensity and a statistical association was found between nociplastic pain and age, employment status and the co-occurrence of anxiety and depression. The IASP tool proved to be fully valid in primary care for the early diagnosis of nociplastic pain.

Keywords: nociplastic pain, musculoskeletal pain, primary care.



2. Introducción

Tanto en la Encuesta Nacional de Salud del año 2017 como en la Encuesta Europea de Salud del año 2020 se pone de manifiesto la gran prevalencia del dolor como trastorno crónico entre la población mayor de 15 años. Siendo el más sufrido el dolor lumbar crónico seguido del cervical y del dolor de cabeza o migraña predominando todos en mujeres y aumentando su intensidad con la edad. Así, el dolor afecta a más del 56% de la población mayor de 65 años y a casi el 71% de la población de más de 85 años ^{1,2}. Estos datos nos hacen tomar conciencia de que un gran número de personas en nuestro país viven su día a día con dolor. Por ello, no es raro afirmar que el dolor es uno de los síntomas más recurrentes en las consultas de Atención Primaria y, aunque se han escrito diversos artículos sobre su manejo, son pocos los estudios que buscan actualizar y establecer nuevos criterios diagnósticos en este ámbito.

La IASP (siglas en inglés de la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor) define el dolor como *“una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada con, o parecida a la asociada con, daño tisular real o potencial”*. Y aclara que se debe entender el dolor como un concepto aprendido por las personas a través de sus vivencias personales, por tanto, se debe englobar en un modelo de atención biopsicosocial dotándolo así de carácter multidimensional y biográfico. Por ende, siempre debe respetarse el relato de una persona que manifiesta padecer dolor, pues este puede repercutir muy negativamente sobre su función y su bienestar social y psicológico ³.

Ninguna clasificación médica es ideal pues, aunque se intenta, los elementos no son independientes entre sí. En el caso del dolor, la taxonomía resulta aún más complicada debido a su carácter subjetivo y sindrómico. Por tanto, el objeto de clasificar el dolor debe centrarse en la recopilación de datos que se puedan agrupar en diferentes categorías, aunque una no sea excluyente de la otra. La primera propuesta de la IASP para codificar el dolor se realiza en base a su etiología contemplando cinco características: su localización anatómica, el sistema afectado, el tiempo de duración, su intensidad y curso (continuo, intermitente, etc.), y su mecanismo fisiopatológico ⁴. Aunque este sistema de clasificación actualmente no es empleado como tal, sí que dicta bien las cuestiones principales que se deben recoger en una buena anamnesis a un paciente que consulta por dolor.



En la práctica clínica el dolor se clasifica principalmente en base a su temporalidad en agudo o crónico, cuya diferencia principal es una duración inferior o superior a tres meses respectivamente. El dolor agudo es considerado como una respuesta psicofisiológica a un trauma tisular acompañado de procesos inflamatorios cuya función es la supervivencia del individuo. Su manejo y tratamiento es bien conocido y los pacientes suelen responder al empleo de analgésicos según la Escalera analgésica de la OMS. Por el contrario, el dolor crónico carece de beneficios evolutivos y debe verse como una enfermedad en sí misma ligada íntimamente a factores psicológicos como la depresión o la ansiedad, a factores socioculturales como un bajo apoyo social, y a factores biológicos como la genética o el sueño. Además, asocia cambios fisiopatológicos y anatómicos nocivos con el desarrollo de nuevas redes neuronales. El dolor crónico es así una de las principales causas de discapacidad con difícil manejo y tratamiento que debe ser individualizado y multidisciplinar ⁵.

Tradicionalmente, el dolor cónico se ha dividido en nociceptivo y neuropático, acuñándose en los últimos años un tercer descriptor, el dolor nociplástico. Las características de los tres tipos se muestran resumidas en el [anexo 1](#). Por su parte, el concepto de dolor nociplástico hace referencia a una categoría con base fisiológica aplicable principalmente a las afecciones de dolor crónico primario descritas en la nueva CIE 11 de la OMS. Supone una interacción dinámica de varios mecanismos que causan o amplifican el dolor impulsado por el sistema nervioso, por factores psicológicos o por ambos, siendo así la expresión de varios procesos multifactoriales originados en distintos niveles del sistema nervioso. No es raro por ello su asociación a otros síntomas como la fatiga crónica, la fotosensibilidad, la hiperacusia y la alteración del estado de ánimo y de las funciones cognitivas superiores como la memoria, adquiriendo así su condición de síndrome ⁶.

Teniendo en cuenta que el dolor del sistema musculoesquelético destaca en las encuestas de salud como el más prevalente, la IASP se ha propuesto encontrar criterios que sean útiles en la clínica para identificar el nuevo concepto de dolor nociplástico que afecte a este sistema. Los criterios clínicos propuestos no establecen certeza en que la presencia de unos u otros sirvan para la calificación de dolor nociplástico definitivo, pues faltan pruebas diagnósticas para confirmar la presencia de la nocicepción alterada. Para obtener el calificativo de ser probablemente nociplástico el dolor tiene que haber empezado hace más de 3



meses, tener una distribución regional difusa, no explicarse del todo por mecanismos nociceptivos o neuropáticos y presentar fenómenos de hipersensibilidad y presencia de otras comorbilidades. Sin la presencia de estas últimas sólo se llegaría a la categoría de posible dolor nociplástico. El algoritmo diagnóstico y algunas aclaraciones sobre ciertos criterios clínicos se especifican en el [anexo 2](#)¹.

3. Objetivos

Este estudio se plantea con el objetivo principal de conocer si podemos identificar el dolor crónico nociplástico que afecta al sistema musculoesquelético basándonos en los criterios clínicos propuestos por el grupo de trabajo de la IASP.

Entre los objetivos secundarios nos planteamos determinar la incidencia del probable o posible dolor nociplástico musculoesquelético entre aquellos usuarios de un centro de salud derivados a la unidad de fisioterapia. Además de actualizar los tipos de dolor crónico, sus criterios diagnósticos, mejorar su anamnesis en la práctica diaria de la consulta y estudiar su relación con otros datos sociodemográficos.

4. Material y métodos

Se llevó a cabo un estudio observacional descriptivo de corte transversal y retrospectivo. En la muestra poblacional fueron incluidos todos los adultos derivados desde la consulta de Atención Primaria a la Unidad de Fisioterapia de un Centro de Salud del Área Oeste de la provincia de Valladolid. El periodo de recogida de la muestra fue desde julio de 2022 hasta diciembre de 2022.

Para garantizar el anonimato de la muestra el listado de pacientes atendidos en la unidad de fisioterapia durante el periodo de tiempo de estudio se le proporcionó al investigador únicamente identificados con un número de teléfono. Así mismo se siguió la legislación vigente sobre protección de datos de carácter personal (Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica); lo establecido en el Reglamento (UE) 2016/679 de 27 de abril relativo a la protección de las personas físicas en relación al tratamiento



de sus datos personales; la Ley Orgánica de 3/2018 de 5 de diciembre, de Protección de datos personales y garantía de los derechos digitales; y el Real Decreto 1720/2007 de 21 de diciembre.

Se estableció como criterio de inclusión haber padecido dolor musculoesquelético durante más de tres meses, acorde con la definición de dolor crónico. Por su parte, en los criterios de exclusión se incluyó el haber padecido dolor musculoesquelético durante menos de 3 meses, es decir, dolor agudo, o que el dolor fuera de origen oncológico. También se excluyeron aquellos adultos que padecían algún tipo de deterioro cognitivo o/y limitación sensorial que impidiera contestar a la encuesta clínica, así como la negativa del paciente a participar.

Para la recogida de la información se elaboró un cuestionario basado en las características de cada tipo de dolor descritas en la bibliografía consultada y siguiendo el orden establecido en el algoritmo de la IASP (Anexos [1](#) y [2](#)). El objetivo del cuestionario es estandarizar la entrevista clínica de los pacientes y facilitar al entrevistador la desviación del paciente hacia un lado u otro del algoritmo. Consta así de 18 interrogaciones dicotómicas de respuesta Sí/No que se podrán ir realizando o no según se consideren necesarias para discriminar entre los distintos tipos de dolor. Las preguntas realizadas se pueden consultar al final de este documento en el anexo [3](#). Las dos primeras cuestiones son clave para incluir o no al paciente en el estudio, después siguen preguntas definitorias de cada tipo de dolor y, por último, un apartado de cuestiones que pretenden explorar los fenómenos de hipersensibilidad y las comorbilidades asociadas comúnmente al dolor nociplástico.

La hipersensibilidad es una característica que no se recoge habitualmente en la práctica clínica, por ello, la inclusión de cuestiones que la exploren y la formación del investigador en esta práctica ha sido clave en este estudio. Para evaluar la hipersensibilidad al dolor evocado se preguntó sí el roce de la ropa en la piel, la presión del cinturón, el bolso o el sujetador se percibía como algo doloroso o desagradable. La evaluación de la hipersensibilidad estática se llevó a cabo preguntado sí permanecer mucho tiempo sentado en una silla les producía dolor, y para la hipersensibilidad dinámica se preguntó sí la actividad física como caminar les causaba dolor. El aumento del dolor al contacto con el agua fría o caliente es típico de la hipersensibilidad térmica.



Otro punto importante de la entrevista fue preguntar acerca de las comorbilidades relacionadas con el dolor, algo que tampoco se suele explorar en la práctica clínica y, que, según el algoritmo de la IASP, es clave para llegar a la definición de probable dolor nociplástico. La presencia de malestar o aumento de dolor ante la luz, el sonido o los olores, el cansancio extremo todo el día, los problemas de sueño y las dificultades en la memoria o en la capacidad de concentración fueron los síntomas explorados para esta categoría de dolor.

Así, entre los pacientes que cumplieron criterios de inclusión, se obtuvo la variable tipo de dolor crónico musculoesquelético según el algoritmo de la IASP y la severidad percibida según la puntuación en la escala visual analógica de dolor (EVA). Además, en estos pacientes también se recogió algún dato sociodemográfico como la edad, el género, el entorno doméstico, la situación laboral, el nivel de estudios y si presentaba problemas de ansiedad y/o depresión. La base de datos se creó en una hoja de Excel y posteriormente fue volcada al programa SPSS 26 para su análisis estadístico.

Para facilitar el análisis estadístico las variables cualitativas fueron codificadas con números y las variables cuantitativas fueron agrupadas en rangos transformándolas así en variables cualitativas nominales. A continuación se exponen las variables recogidas y su codificación: tipo de dolor crónico musculoesquelético (nociceptivo = 1, neuropático = 2 y nociplástico = 3), EVA (dolor leve 1 – 3 = 1, dolor moderado 4 – 7 = 2, dolor severo 8 – 10 = 3), edad (menor de 45 años = 1, entre 46 y 65 años = 2 y mayor de 66 años = 3), género (femenino = 1, masculino = 2), entorno doméstico (vive en familia = 1, vive solo = 2), situación laboral (activo = 1, de baja laboral = 2, desempleado = 3, incapacitado = 4, jubilado = 5, ama de casa = 6), nivel de estudios (sin estudios = 1, primarios = 2, secundarios = 3, superiores = 4) y antecedentes psiquiátricos (niega = 1, ansiedad = 2, depresión = 3 y ambas = 4).

Sobre estas variables se realizó un análisis descriptivo recogiendo medidas de moda, frecuencias y porcentajes, además de medir asociación bivariable entre algunas de ellas, como por ejemplo el tipo de dolor crónico musculoesquelético con los antecedentes psiquiátricos o el entorno doméstico y la puntuación en la EVA con el género. El valor p para medir esta asociación se obtuvo utilizando la prueba de la Chi-Cuadrado de Pearson con un nivel de significación, alfa, establecido en 0'05. En aquellas variables que demostraron asociación

estadísticamente significativa ($p < 0'05$) se empleó la V de Cramer para medir la fuerza de esta asociación y se realizaron comparaciones post – hoc en variables de más de dos niveles para estudiar en cuál de ellos se encontraba esta diferencia significativa con un intervalo de confianza del 95%. Así, los valores residuales corregidos superiores a 1'96 con signo positivo en el cruce de las categorías de dos variables fueron considerados relacionados positivamente.

5. Resultados

De la muestra poblacional definida inicialmente para el periodo de estudio seleccionado se obtuvo una lista con 300 pacientes identificados exclusivamente por su número de teléfono. Se emplearon siete días para realizar todas las llamadas obteniéndose una participación en el estudio del 70'7%. Tras aplicar los criterios de inclusión y exclusión y suprimir también aquellas personas que no contestaron al teléfono tras dos llamadas no consecutivas en distintos días, la muestra final de estudio fue de 128 participantes ($n = 128$). Estos resultados quedan recogidos en la siguiente figura.



Figura 1. Esquema general de la muestra final del estudio.

La muestra final estuvo dominada por el género femenino, participando un total de 91 mujeres. La franja de edad que predomina es entre los 46 y los 65 años, seguida de cerca por los mayores de 66 años, teniendo así más del 91% de la muestra 46 años o más. Respecto al entorno doméstico se encontró que la mayoría viven en familia.

La situación laboral predominante fue el estar jubilado, seguido por los que están activos laboralmente y los dedicados a las tareas del hogar. El 62'5% de la muestra tiene estudios primarios y secundarios, repartiéndose el resto entre los que gozan de estudios superiores y los que no tiene estudios. En cuanto a los problemas psiquiátricos padecidos por la muestra, el 54'7% refirió tener algún trastorno ansioso, depresivo o ambos. En la figura siguiente se recogen estos datos sociodemográficos en detalle.

Variables	Frecuencia (n = 128)	Porcentaje (%)
Género		
Femenino	91	71,1
Masculino	37	28,9
Edad		
≤ de 45 años	11	8,6
Entre 46 y 65 años	62	48,4
≥ de 66 años	55	43
Entorno doméstico		
Vive en familia	102	79,7
Vive solo	26	20,3
Estado laboral actual		
Activo	34	26,6
Baja laboral	14	10,9
Desempleado	15	11,7
Incapacidad	2	1,6
Jubilado	43	33,6
Ama de casa	20	15,6
Nivel de estudios		
Sin estudios	16	12,5
Primarios	41	32
Secundarios	39	30,5
Superiores	32	25
Antecedentes psicológicos		
Niega	58	45,3
Ansiedad	19	14,8
Depresión	11	8,6
Ansiedad y depresión	40	31,3

Figura 2. Datos sociodemográficos

Empleando el algoritmo de la IASP para el dolor crónico musculoesquelético y ayudado por el cuestionario el investigador obtuvo que el dolor crónico más repetido entre los participantes fue el dolor neuropático, presentándolo un 74,2% de los encuestados. El dolor nociceptivo se encontró en un menor número de casos y el dolor nociplástico quedó en tercer lugar con tan solo un 9'4% de la muestra.

Tipo de dolor según el algoritmo de la IASP

	Frecuencia	Porcentaje
Nociceptivo	21	16'4
Neuropático	95	74'2
Nociplástico	12	9'4
Total	128	100

Figura 3. Resultado de los tipos de dolor crónico musculoesquelético según el algoritmo de la IASP

La intensidad del dolor percibido fue medida a través de la EVA, obteniéndose como moda el número 8, perteneciente al rango de dolor severo en el cual se situaron el 59'4% de los encuestados. La puntuación entre el 4 y el 7 se llevó a 39'8% de la muestra con un dolor, por tanto, moderado.

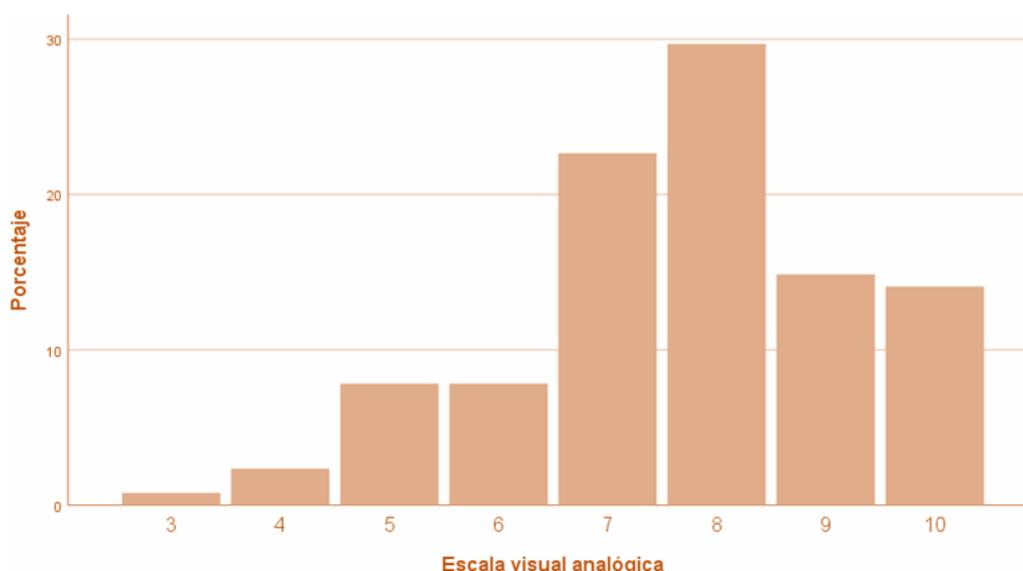


Figura 4. Distribución de las puntuaciones en la EVA

La distribución de la variable EVA agrupada en rangos y en relación con el género mostró dominancia del dolor severo en el género femenino, mientras que

entre la población masculina el dolor se situó en moderado y severo de forma similar.

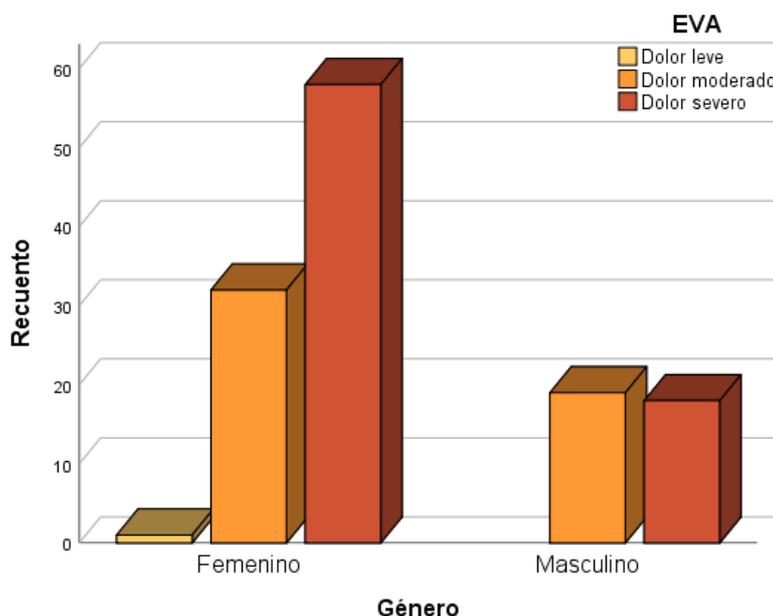


Figura 5. Distribución de la intensidad del dolor agrupada en rangos según el género.

El análisis bivariable de la relación entre el tipo de dolor obtenido según el algoritmo de la IASP y la edad de la muestra poblacional mostró una asociación estadísticamente significativa ($p = 0'03$), por tanto, se rechazó la hipótesis nula y se aceptó la hipótesis alternativa que indica que las variables son dependientes entre sí o están asociadas, aunque la fuerza de asociación entre ambas variables fue moderada (V de Cramer = $0'205$). Las comparaciones post – hoc muestran diferencias estadísticamente significativas en el cruce de las categorías de pacientes con dolor neuropático y pacientes con dolor nociplástico probable ambas entre los intervalos de edad de 46 y 65 años y los mayores de 66 años.

El tipo de dolor clasificado según el algoritmo de la IASP y la situación laboral actual también mostraron una asociación estadísticamente significativa ($p = 0'03$) aumentando la probabilidad de que las variables no sean independientes entre sí. La fuerza de asociación entre ambas variables fue moderada (V de Cramer = $0'279$). El análisis post – hoc arroja una relación positiva entre las categorías de dolor nociplástico probable y situación de baja laboral (residuo corregido = $3'6$).

Las últimas variables en revelar una asociación relevante estadísticamente han sido el tipo de dolor catalogado según el algoritmo de la IASP y la presencia de antecedentes psicológicos ($p = 0'002$). La fuerza de esta relación entra en rango



de ser moderada (V de Cramer de 0'289) y las verificaciones post – hoc mostraron asociación positiva en la encrucijada entre el nivel de dolor nociplástico probable y sufrir problemas de ansiedad y depresión (residuo corregido = 4'1).

No se encontró una asociación estadísticamente significativa entre el tipo de dolor según el algoritmo de la IASP y las variables género ($p = 0'247$), entorno doméstico ($p = 0'182$), nivel de estudios alcanzados ($p = 0'736$) e intensidad de dolor según la EVA ($p = 0'083$).

Tampoco se encontró asociación estadísticamente relevante entre la intensidad subjetiva del dolor medida a través de la EVA y el resto de las variables: edad ($p = 0'122$), género ($p = 0'208$), entorno doméstico ($p = 0'688$), estado laboral actual ($p = 0'662$), nivel de estudios alcanzado ($p = 0'125$) y antecedentes psiquiátricos ($p = 0'301$).

Cabe destacar que, aunque no se han encontrado asociaciones estadísticamente significativas entre la intensidad subjetiva del dolor padecido y las distintas variables, más del 60% de las personas desempleadas, jubiladas y amas de casa calificaron su dolor como severo otorgándole más de 7 puntos. Esto también ocurrió con las personas sin estudios o con estudios primarios, en donde más del 70% situó su dolor en el rango de dolor severo. Por último, entre los encuestados que refirieron tener antecedentes de depresión, más del 80% calificó su dolor como severo, lo cual sucedió sólo entorno al 60% de los que refirieron padecer sólo ansiedad y en el 67% de los que dijeron tener tanto problemas de ansiedad como de depresión.

6. Discusión

La muestra de estudio no fue representativa de la población adulta española, ya que en el rango de menores de 45 años tan sólo hubo 11 participantes, agrupándose el resto entre los mayores de 46 años. Además, la participación fue predominantemente femenina, habiendo casi el triple de mujeres que de hombres. Ante esta falta de personas de género masculino y adultos de entre 18 y 45 años no podemos corroborar que el dolor crónico sea un trastorno más prevalente en la población añosa y femenina, tal y como sí afirman las encuestas



de salud [1,2](#). Sin embargo, está muestra sí fue representativa de la población que acude con más frecuencia a la consulta del médico de familia [2](#).

La taxonomía del dolor es sumamente complicada debido a su gran componente subjetivo, pero, aunque las características definitorias de cada tipo de dolor no son exclusivas y en ocasiones se han detectado rasgos de varios tipos de dolor en un mismo paciente, no se han encontrado grandes dificultades a la hora de discriminar entre el tipo de dolor predominante a medida que se avanzaba en el cuestionario del [anexo 3](#) durante las entrevistas. Cabe destacar que en muchas ocasiones los fenómenos de hipersensibilidad han sido clave para discernir entre dolor neuropático y nociplástico.

Según datos recogidos en otros estudios, el dolor crónico tiene una elevada prevalencia en personas con bajo nivel educativo, bajo nivel socioeconómico y escaso apoyo social. Además, interfiere estrechamente en el desempeño laboral y está íntimamente ligado a factores psicológicos como la depresión y la ansiedad [5](#). La investigación llevada a cabo en este trabajo encontró que entre los pacientes con dolor crónico predominaba un nivel de estudios medio y no bajo. La situación laboral de los participantes no supuso un dato relevante, pues la mayoría estaban jubilados y entre los que estaban en edad de trabajar la mayoría no estaba de baja como cabría haber esperado. Es cierto que no se recogieron datos sobre el puesto laboral y quizás conocer la proporción de autónomos habría sido esclarecedor en por qué no se encontraron más participantes de baja. Sí se detectó un elevado número de problemas de ansiedad, depresión o ambos, corroborando la mayor prevalencia de estos problemas en los pacientes con dolor crónico.

El entorno doméstico se valoró en los participantes con el objetivo de conocer si podían tener mayor o menor apoyo social, pero asemejar el tener apoyo social a vivir sólo o en familia fue presuntuoso y no obtuvo un resultado acorde a lo esperado según la bibliografía para el dolor crónico ni relación con el tipo de dolor padecido. El vivir en familia no supone que la persona se sienta acompañado y apoyado en su proceso patológico, incluso es conocido que la angustia emocional de los conflictos familiares puede ser un desencadenante y agravante del dolor [6](#). Por otra parte, el hecho de vivir solo no quiere decir que la persona no tenga apoyo social.



Estudios internacionales muestran que el dolor nociplástico está presente en el 5 - 15% de la población general y es más prevalente en mujeres ⁶. En esta investigación el dolor nociplástico musculoesquelético estuvo presente en el 9'4% de la muestra, similar a lo esperable según los estudios. El género femenino dominó en este tipo de dolor con 11 mujeres y sólo 1 hombre y, aunque la participación masculina en el estudio fue baja, este dato fue acorde a la literatura consultada.

Un hallazgo preocupante del estudio es que la intensidad del dolor más repetida fue de 8, a tan solo dos puntos del peor dolor imaginable que sería el 10. Así, el dolor severo estuvo presente en más de la mitad de los encuestados poniendo de manifiesto que la población con dolor crónico vive con niveles de dolor muy elevados. Aunque no se encontró relación estadística entre la intensidad del dolor con ninguna de las variables analizadas, sí fue clínicamente relevante descubrir que aquellos participantes que gozaban de más tiempo libre le otorgaban grados más severos a su dolor. Igualmente, las personas sin estudios o con un nivel bajo de los mismo también situaron más a menudo su dolor por encima de los 7 puntos. Los problemas de depresión también incrementan la intensidad del dolor percibido.

No se ha encontrado en la literatura precedente que haya empleado el algoritmo de la ISAP para clasificar el dolor crónico musculoesquelético desde la consulta de atención primaria. Por tanto, no podemos comparar los resultados obtenidos en este estudio con ningún otro. En el análisis de asociación bivariante se han obtenido datos de que tanto el dolor neuropático como el dolor nociplástico aparecen en edades superiores a los 46 años. Esto no es de extrañar si tenemos en cuenta que la alteración de la nocicepción aumenta con la duración del dolor ⁷.

El tipo de dolor también encontró relación significativa con la situación laboral, especialmente el padecer dolor nociplástico y estar de baja laboral. El dolor nociplástico se dio en un 92% en mujeres entre los 46 y los 65 años, una edad en la que todavía se está activo laboralmente. Esta cuestión deja entrever que el dolor nociplástico puede ser un síndrome totalmente incapacitante para el desempeño laboral y de las actividades cotidianas afectando así al desarrollo económico y psicosocial de los afectados.



Tampoco es raro que a esta discapacidad se asocien a menudo problemas de ansiedad y depresión. Estas patologías son comunes en el dolor crónico y padecer ambas es especialmente común en el dolor nociplástico probable. Habitualmente, el diagnóstico de este tipo de dolor es de exclusión, lo cual lleva a su demora y a un empleo elevado de pruebas y consultas médicas. Esta situación incrementa la incertidumbre de los pacientes y merma su paciencia y su confianza en los profesionales médicos⁶. Todo ello sumado a la poca eficacia de los tratamientos para el dolor nociplástico contribuyen a empeorar su estado de ánimo, a la aparición de los problemas mentales y a su persistencia en el tiempo.

En el presente estudio padecer un tipo de dolor u otro no dependió del género ni del nivel de estudios alcanzados por la persona. Por tanto, ser hombre o mujer y haber estudiado o bien hasta el graduado escolar o bien hasta la universidad no deben suponer factores condicionantes para un tipo de dolor u otro.

Fortalezas del estudio:

Se obtuvo una participación en la encuesta del 70'7%. Entre los 300 seleccionados para el estudio contestaron al teléfono y aceptaron participar 212 personas. El número de observaciones totales fue superior a 30 (n = 128) lo cual aporta precisión al test Chi – Cuadrado.

Debilidades del estudio:

En la prueba de Chi – cuadrado de Pearson el número de observaciones esperadas en alguno de los niveles fue igual o menor a 5 por lo que la aproximación por este test perdió aquí precisión.

7. Conclusiones

El término de dolor crónico nociplástico llegó al vocabulario galeno hace unos años y debe ser incorporado a la práctica médica diaria. Su diagnóstico precoz desde atención primaria es clave para evitar el empleo indiscriminado de recursos médicos, el desgaste de la relación del Sistema Sanitario con el paciente y la propia frustración de estos al no obtener una explicación a sus dolencias que lleve al empeoramiento de sus síntomas y a la aparición de comorbilidades.



La herramienta proporcionada por el grupo de trabajo de la IASP en forma de algoritmo diagnóstico ha demostrado ser útil para discriminar entre los distintos tipos de dolor crónico que presentan los pacientes, aunque por el momento está labor solo se pueda llevar a cabo con el dolor musculoesquelético. Otro punto en contra es que el diagnóstico de dolor nociplástico sólo se puede establecer como posible o probable al carecer de pruebas diagnósticas válidas [7](#).

La necesidad de investigar sobre los diferentes tipos de dolor y, en especial, sobre el dolor nociplástico radica en el obtener un mejor conocimiento de las condiciones dolorosas para poder proporcionar una mejor atención clínica. El marco de las características del dolor y sus tipos está en constante evolución y aún faltan por identificar muchas vías fisiopatológicas, mecanismos subyacentes y biomarcadores que puedan orientar a pruebas diagnósticas sensibles y específicas, así como a tratamientos más eficaces y óptimos.

El campo del dolor es complicado y desmotivador para la comunidad científica por carecer a menudo de resultados válidos y fiables, lo cual es debido en parte a su amplio carácter subjetivo. Conocer el dolor y sus características depende exclusivamente de los descriptores empleados por los sujetos que lo padecen y estas descripciones a su vez están influenciadas por las vivencias personales de cada persona y su tolerancia al dolor.

Los profesionales de la Atención Primaria no sólo tienen la labor de identificar el tipo de dolor que padecen sus pacientes, sí no también conocer su intensidad y las repercusiones psicosociales que tiene en las actividades de su vida diaria. Frenar el avance del síndrome doloroso no sólo depende del tratamiento farmacológico. En el dolor crónico una parte fundamental del tratamiento es la educación para la salud y el fomento de hábitos de vida saludable como la práctica de ejercicio, el control del peso, las medidas higiénicas del sueño y los mecanismos de afrontamiento positivo del estrés. La terapia cognitivo conductual que aborda la psicología y la medicina rehabilitadora del sistema musculoesquelético que aporta la fisioterapia, son claves para el tratamiento y la recuperación de estos pacientes [5,6](#) quedando así patente la necesidad de un abordaje multidisciplinar.



8. Bibliografía

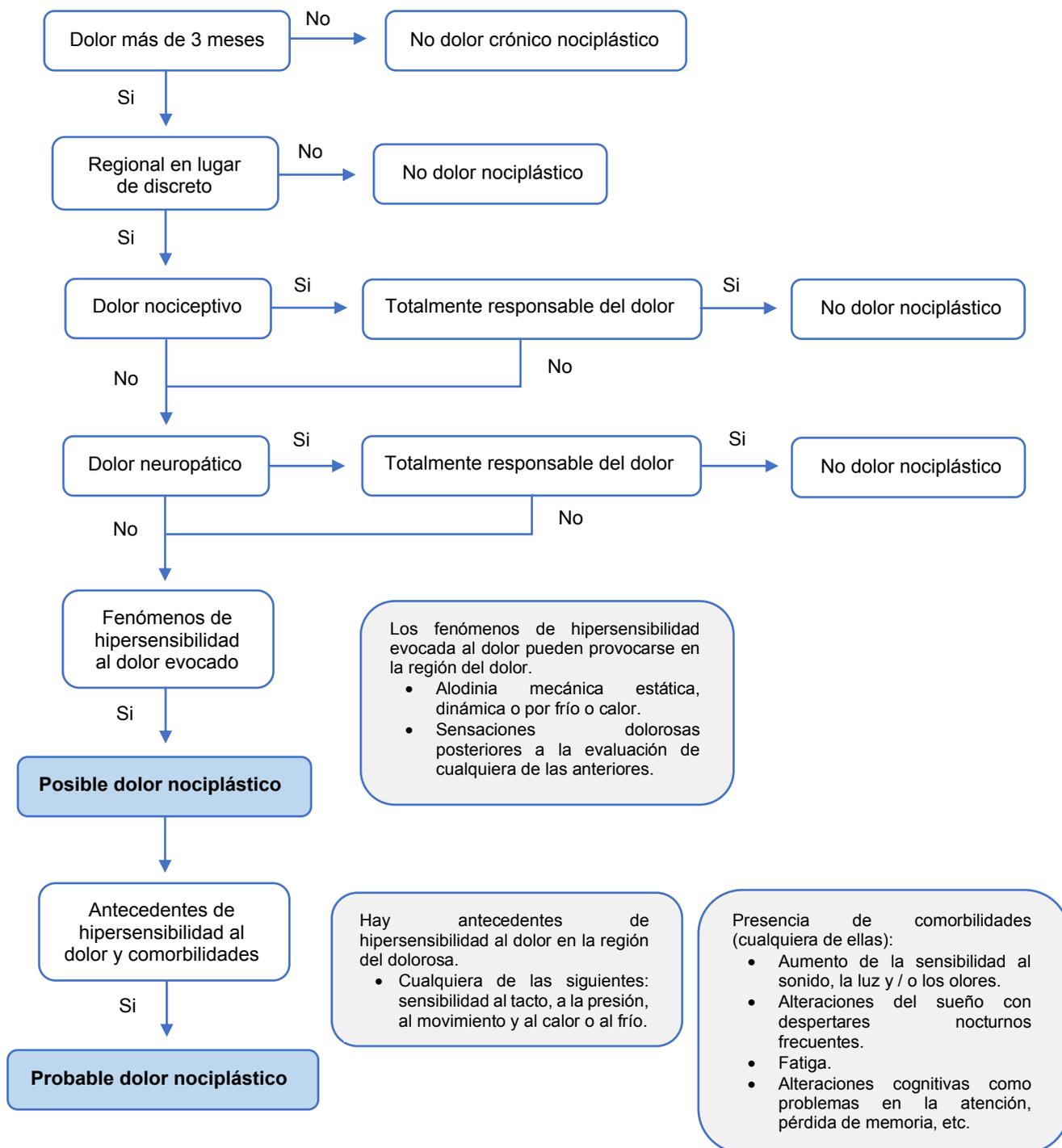
1. Ministerio de Sanidad - Portal Estadístico del SNS - Encuesta Nacional de Salud de España 2017 [Internet]. [citado 17 de diciembre de 2022]. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuesta2017.htm>
2. Ministerio de Sanidad - Portal Estadístico del SNS - Encuesta Europea de Salud en España 2020 [Internet]. [citado 17 de diciembre de 2022]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/EncuestaEuropea/Enc_Eur_Salud_en_Esp_2020.htm
3. Terminology | International Association for the Study of Pain [Internet]. International Association for the Study of Pain (IASP). [citado 13 de diciembre de 2022]. Disponible en: <https://www.iasp-pain.org/resources/terminology/>
4. Merskey H. The Taxonomy of Pain. Medical Clinics of North America. 1 de enero de 2007;91(1):13-20.
5. Cohen SP, Vase L, Hooten WM. Chronic pain: an update on burden, best practices, and new advances. The Lancet. 29 de mayo de 2021;397(10289):2082-97.
6. Fitzcharles MA, Cohen SP, Clauw DJ, Littlejohn G, Usui C, Häuser W. Nociceptive pain: towards an understanding of prevalent pain conditions. The Lancet. 29 de mayo de 2021;397(10289):2098-110.
7. Kosek E, Clauw D, Nijs J, Baron R, Gilron I, Harris RE, et al. Chronic nociceptive pain affecting the musculoskeletal system: clinical criteria and grading system. Pain. 1 de noviembre de 2021;162(11):2629-34.

Anexo 1. Características clínicas distintivas del dolor nociceptivo, neuropático y nociplástico

Nociceptivo	Neuropático	Nociplástico
Daño real o potencial sobre un tejido no neural con activación de los nociceptores	Lesión o enfermedad del sistema nervioso somatosensorial	Nocicepción alterada sin evidencia clara de enfermedad, daño tisular o lesión del sistema nervioso
Dolor palpitante, opresivo	Dolor punzante, eléctrico	Dolor difuso, persistente, visceral
Déficits sensitivos infrecuentes	Cursa con entumecimiento, hormigueo, pinchazos distribuidos en dermatomas	Puede cursar con déficits sensitivos de distribución no dermatomal
Puede tener debilidad inducida por el dolor	En lesiones del nervio motor puede haber debilidad, además de distonía o espasticidad en lesiones del SN.	Fatiga crónica generalizada
Fenómenos de hipersensibilidad infrecuentes	Alodinia o respuesta exagerada a estímulos dolorosos	Hiperalgnesia, alodinia e hipersensibilidad a otros estímulos sensoriales con fotosensibilidad o hiperacusia
Sin signos autonómicos	No son raro los cambios de color, de temperatura, la hinchazón o la sudoración.	Hiperactividad del SNS como en el dolor difuso de la fibromialgia o condiciones de dolor visceral como en el síndrome del intestino irritable
Exacerbaciones poco comunes y en relación con el aumento de actividad	Exacerbación común e impredecible	Exacerbación común y en relación con el estrés psicosocial
Cuentan con tasas más altas de psicopatología, insomnio, obesidad, otras condiciones de dolor, deterioro cognitivo, hipertensión arterial y enfermedad cardiovascular		Asocia angustia psicológica, alteración del estado de ánimo y de funciones cognitivas superiores como la memoria, insomnio, molestias gastrointestinales, sensibilidad a sustancias químicas y otras condiciones de dolor crónico

Tabla de elaboración propia a partir de la bibliografía consultada.

Anexo 2. Algoritmo de identificación y clasificación del dolor crónico nociplástico que afecta al sistema musculoesquelético.



Traducido al español de su versión original en inglés.



Anexo 3. Cuestionario para la recogida de datos en las entrevistas clínicas.

1. Padece dolor musculoesquelético desde hace más de 3 meses.
2. El dolor es profundo y ocupa una región de su cuerpo.
Dolor nociceptivo
3. Ha sufrido algún daño sobre el tejido (traumatismo, cirugía).
4. El dolor es palpitante u opresivo.
Dolor neuropático
5. Padece alguna lesión o enfermedad sobre el sistema nervioso (hernia discal, aplastamiento vertebral, pinzamiento, etc.).
6. El dolor es punzante, eléctrico y siente hormigueo, entumecimiento o pinchazos.
Dolor nociplástico – Fenómenos de hipersensibilidad
7. El dolor es difuso, persistente y visceral.
8. La actividad física como caminar le causa dolor o lo aumenta.
9. Permanecer mucho tiempo sentado le causa dolor.
10. Recibir una ducha o baño de agua fría o caliente le provoca dolor.
11. El roce de la ropa sobre la piel le resulta doloroso o desagradable.
12. La presión del cinturón, del sujetador o del bolso le resulta doloroso o desagradable.
13. En la región dolorosa el dolor aumenta al tacto, la presión, el movimiento, el calor o/y el frío.
14. Siente que el dolor o el malestar aumentan ante el sonido, la luz o los olores.
<u>Comorbilidades asociadas:</u>
15. Tiene problemas para conciliar el sueño.
16. Se encuentra extremadamente cansado todo el día.
17. Siente que no es capaz de memorizar la lista de la compra o que no se acuerda de acontecimientos recientes.
18. Le cuesta concentrarse en las tareas diarias.

EVA (intensidad del dolor del 1 a 10)

Datos sociodemográficos de la muestra

- Edad
- Género: masculino / femenino
- Entorno doméstico: vive solo / vive en familia
- Estado laboral: activo / desempleado / incapacidad / jubilado / ama de casa
- Nivel de estudios: sin estudios / primarios / secundarios (ESO y FP grado medio) / superiores (FP superior y Universidad).
- Antecedentes psiquiátricos: ansiedad / depresión / ansiedad y depresión



Trabajo Fin de Grado

El dolor crónico nociplástico musculoesquelético: diagnóstico desde la consulta de Atención Primaria

Leticia Palmero Condés

Tutorizado por Pilar del Río Molina y Nuria Esther de la Puente Merino

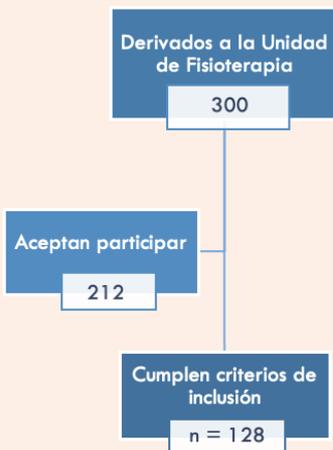
INTRODUCCIÓN

El **dolor crónico nociplástico** supone una interacción dinámica de los mecanismos que causan o amplifican el dolor en el sistema nervioso junto a factores psicológicos, siendo así la expresión de varios procesos multifactoriales y teniendo una clínica característica.

MATERIAL Y MÉTODO

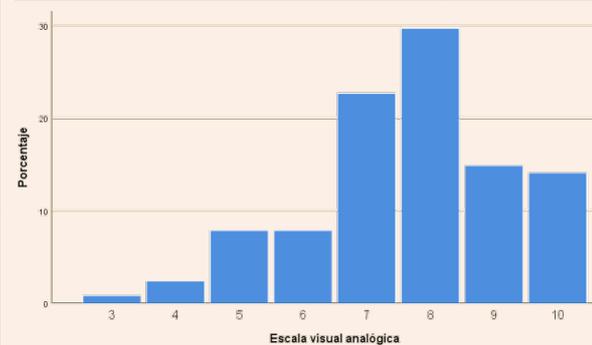
- Estudio **observacional** de corte **transversal** y **retrospectivo**.
- Pacientes tratados por dolor musculoesquelético en la consulta de **fisioterapia** de un **CAP** entre julio y diciembre de 2022.
- Entrevista clínica telefónica.
- Cuestionario de respuesta dicotómica.
- Análisis estadístico descriptivo y de asociación bivariante.

RESULTADOS



Variables		Frecuencia (n = 128)	%
Género	Femenino	91	71,1
	Masculino	37	28,9
Edad	≤ de 45 años	11	8,6
	Entre 46 y 65 años	62	48,4
	≥ de 66 años	55	43
Entorno doméstico	Vive solo	26	20,3
	Vive en familia	102	79,7
Nivel de estudios	Sin estudios	16	12,5
	Primarios	41	32
	Secundarios	39	30,5
	Superiores	32	25
Estado laboral	Activo	34	26,6
	De baja	14	10,9
	Desempleado	15	11,7
	Incapacidad	2	1,6
	Jubilado	43	33,6
	Ama de casa	20	15,6
Antecedentes psicológicos	Niega	58	45,3
	Ansiedad	19	14,8
	Depresión	11	8,6
	Ambas	40	31,3

Tipo de dolor según el algoritmo de la IASP	Frecuencia	Porcentaje
Nociceptivo	21	16,4
Neuropático	95	74,2
Nociplástico	12	9,4
Total	128	100



Análisis bivariante (tipo de dolor según la IASP como variable dependiente)		
Variables independientes	Valor p	V de Cramer
Edad	0.03	0.205
Situación laboral	0.03	0.279
Antecedentes psicológicos	0.002	0.289

CONCLUSIÓN

- ✓ El término **dolor crónico nociplástico** debe ser incorporado a la práctica médica diaria.
- ✓ Su **diagnóstico precoz** es clave para evitar el empleo indiscriminado de recursos médicos y el desgaste de la relación del Sistema Sanitario con el paciente.
- ✓ El **algoritmo** para el diagnóstico del dolor crónico musculoesquelético de la IASP, así como sus criterios clínicos han demostrado ser **útiles**.
- ✓ Los profesionales de la **Atención Primaria** deben conocer las repercusiones psicosociales del dolor sobre las actividades de la vida diaria y establecer programas de **educación para la salud**, de **hábitos de vida saludable** y de **afrentamiento positivo del estrés** como parte de su tratamiento.
- ✓ El dolor crónico debe nutrirse del trabajo en equipo de todos los profesionales de la salud en un **abordaje multidisciplinar**.