



EL TRISTE REFLEJO DE UNA PROBLEMÁTICA VIGENTE

EPIDEMIOLOGÍA Y REPERCUSIONES DEL DOLOR

Fèlix Bosch, Antònia Bassols y Josep-Eladi Baños

La disponibilidad de analgésicos para el tratamiento de la mayoría de afecciones dolorosas ha demostrado ser insuficiente para conseguir aliviar adecuadamente el dolor. Este síntoma continúa presente con una prevalencia exageradamente alta entre la población general. Hay muchos factores que pueden condicionar el inadecuado tratamiento del dolor y hay que ser conscientes de que este hecho genera importantes repercusiones, tanto personales como colectivas.

Todo el mundo sabe lo que es el dolor y que está presente tanto en nuestra vida cotidiana como en el ámbito médico asociado a determinadas enfermedades. En este último entorno hay evidencias de que el dolor es uno de los principales motivos de consulta. Su alta prevalencia y la insuficiente evaluación e inadecuado tratamiento que recibe se convierten a menudo en motivo de preocupación.

En la bibliografía científica se puede encontrar mucha información referente a las diversas preguntas que se generan en torno al dolor y a su problemática. En este artículo se introducirá una visión general sobre algunos de estos temas con la intención de que los lectores dispongan de información suficiente y puedan extraer una conclusión sobre la problemática actual del dolor y su tratamiento. En definitiva, el dolor continúa presente con una prevalencia exageradamente alta, y, a pesar de disponer de fármacos para aliviarlo, hay muchos factores que condicionan aún un tratamiento insuficiente con las repercusiones que este hecho genera. Es por eso que hablamos del triste reflejo de una problemática aún vigente.

■ TIPOS DE DOLOR

Entre las muchas clasificaciones posibles, el dolor se puede dividir en agudo y crónico. Pero también según su etiología, mecanismos fisiopatológicos, sintomatología, función biológica, intensidad y estrategia diagnósti-

ca y terapéutica. De hecho, mientras que el dolor agudo constituye el síntoma de una determinada enfermedad, el dolor crónico con frecuencia se establece como la enfermedad misma.

El dolor agudo se define como una compleja constelación de experiencias sensoriales, perceptivas y emocionales que llevan asociadas respuestas vegetativas, psicológicas, emocionales y conductuales. Principalmente se genera por estímulos nociceptivos, mientras que los factores psicológicos tienen un papel menos importante. Constituye un mecanismo biológico de alarma de primera línea y, en general, sus mecanismos de producción son bien conocidos. El diagnóstico no es difícil y, con excepciones, el tratamiento médico o quirúrgico es eficaz. No obstante, una terapéutica inadecuada puede comportar, en algunas ocasiones, la cronificación del dolor.

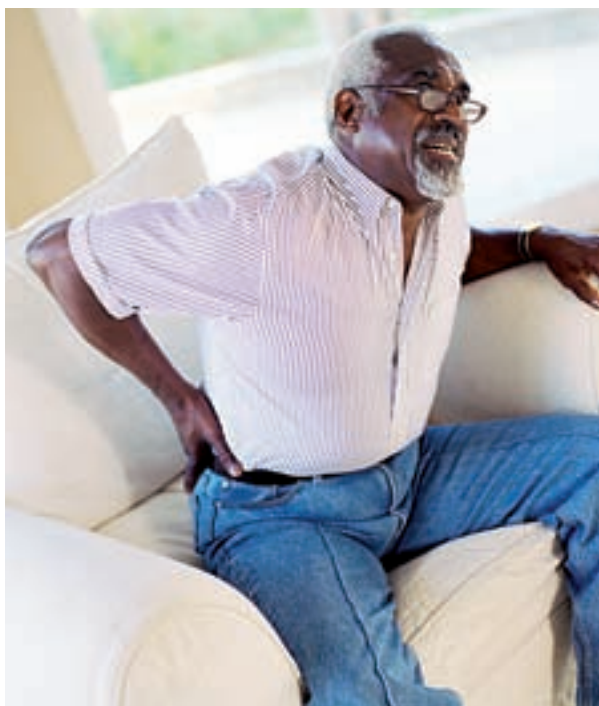
El dolor crónico no causa alteraciones notables de las respuestas simpáticas y neuroendocrinas. Puede deberse no tan solo a la cronificación de procesos patológicos agudos sino también a alteraciones psicopatológicas o factores ambientales. Asimismo, el dolor crónico está desposeído de función biológica y con frecuencia implica alteraciones físicas, emocionales, sociales y económicas que dificultan profundamente la vida del enfermo.

Según su función fisiológica, el dolor se ha clasificado en adaptativo y desadaptativo. El adaptativo contribu-

«EL DOLOR CONTINÚA
PRESENTE CON
UNA PREVALENCIA
EXAGERADAMENTE ALTA
Y HAY MUCHOS FACTORES
QUE CONDICIONAN
AÚN UN TRATAMIENTO
INSUFICIENTE»

A la izquierda, Marusela Granell. *Paseo por el amor y la muerte*, 2011. Fotografía, dimensiones variables.





© BananaStock Ltd.

Los dolores de espalda y de cabeza son algunos de los dolores más frecuentes entre la población adulta. Los diferentes estudios publicados han intentado definir el problema del dolor en diferentes poblaciones tanto de manera cualitativa como cuantitativa.

ye a la supervivencia de la especie porque protege el organismo ante la lesión o facilita la curación cuando esta protección no ha sido posible. Lo son el dolor fisiológico y el inflamatorio (concebido como aquel que contribuye a la reparación tisular). El desadaptativo sería expresión de una operación patológica del sistema nervioso: el dolor es la enfermedad. Lo son el dolor neuropático y el funcional. El dolor funcional se refiere a una situación de hipersensibilidad al dolor que es consecuencia de un procesamiento anormal de los estímulos nociceptivos aferentes, es decir, aquella situación en que la sensibilidad del dolor está amplificada, como en la fibromialgia, el síndrome del colon irritable, la cefalea tensional y algunos dolores torácicos no cardíacos.

■ ESTUDIOS SOBRE LA PREVALENCIA DEL DOLOR

Los diferentes estudios publicados hasta la actualidad han intentado definir el problema del dolor en diferentes poblaciones tanto de manera cualitativa como cuantitativa. Unos se han realizado en población general y

otros en enfermos hospitalizados. También hay trabajos realizados en atención primaria y en determinadas enfermedades.

El estudio clásico de referencia sobre la prevalencia del dolor en la población general se publicó en 1984 y se realizó en Canadá (tabla 1). Permitió obtener gran cantidad de información sobre la presencia de dolor, sus características, la repercusión social y su coste económico. Evidenció que el dolor constituía una experiencia cotidiana en un elevado número de personas (en torno al 20%), además de constatar que la localización más habitual es la espalda. Le han seguido varios estudios que tuvieron lugar en los Estados Unidos de América, Dinamarca, Suecia y Nueva Zelanda, con conclusiones muy similares.

En 1996 se realizó un estudio sobre la prevalencia del dolor en la población general adulta de Cataluña que se publicó tres años más tarde (tabla 1). La prevalencia del dolor durante los últimos seis meses anteriores a la encuesta fue elevada (79%), apareció en todas las edades con tendencia a aumentar en personas mayores, y fue más prevalente en mujeres. Los dolores más frecuentes fueron el de espalda y el de cabeza. Destacó el elevado porcentaje de dolor crónico y su alta intensidad. También se analizaron las opciones terapéuticas y las repercusiones del dolor. Un estudio posterior realizado en todo el territorio español demostró que el 30% había sufrido dolor el día anterior a la entrevista y el 43% la semana anterior (tabla 1).

Otros estudios han explorado la prevalencia del dolor en enfermos hospitalizados, con resultados también bastante alarmantes. A pesar de tratarse de un entorno hospitalario se evidencia una elevada incidencia de dolor tanto en especialidades médicas como quirúrgicas y tanto en niños como en adultos.

Uno de los primeros estudios hospitalarios sobre la prevalencia del dolor tuvo lugar en los EEUU. Los autores encontraron elevada presencia de dolor intenso, insuficiente dosificación de los analgésicos e incumplimiento por parte de la enfermería de las pautas prescritas. Estudios posteriores también mostraban que a menudo las pautas se dejan a demanda de los pacientes y que incluso enfermos con dolor no habían recibido ningún analgésico.

El primer estudio hospitalario en nuestro país (Cañellas *et al.*, 1993) mostró que el 55% de los enfermos agudos adultos manifestaba dolor. La prevalencia de dolor fue del 61% en el área pediátrica, y del 35% en las áreas sociosanitarias donde predominan las enfermedades crónicas. Además, en este último grupo se objetivó

«EL DOLOR GENERA GRAVES REPERCUSIONES EN LA VIDA LABORAL, IMPORTANTES PÉRDIDAS DE DÍAS DE TRABAJO E INCLUSO PUEDE MOTIVAR CASOS DE INCAPACIDAD TOTAL.»

AÑO ESTUDIO	PAÍS	REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA
1984	Canadá	CROOK, J.; RIDEOUT, E. y G. BROWNE, 1984. «The Prevalence of Pain Complaints in a General Population». <i>Pain</i> , 18: 299-314.
1985	EEUU	STERNBACH, R. A., 1986. «Survey of Pain in the United States: the Nuprin Pain Report». <i>The Clinical Journal of Pain</i> , 1: 49-53. STERNBACH, R. A., 1986. «Pain and Hassles in the United States: the Nuprin Pain Report». <i>Pain</i> , 27: 69-80.
1987	Dinamarca	ANDERSEN, S. y J. WORM-PEDERSEN, 1987. «The Prevalence of Persistent Pain in a Danish Population». <i>Pain</i> , supl. 4: S332.
1989	Suecia	BRATTBERG, G.; THORSLUND, M. y A. WIKMAN, 1989. «The Prevalence of Pain in a General Population. The Results of a Postal Survey in a County of Sweden». <i>Pain</i> , 37: 215-222.
1991	Nueva Zelanda	JAMES, F. R.; LARGE, R. G.; BUSHNELL, J. A., y J. E. WELLS, 1991. «Epidemiology of Pain in New Zealand». <i>Pain</i> , 44: 279-283.
1991	Reino Unido	BOWSER, D.; RIGGE, M. y L. SOPP, 1991. «Prevalence of Chronic Pain in the British Population: a Telephone Survey of 1,037 Households». <i>The Pain Clinic</i> , 4: 223-230.
1992	Francia	BOUREAU, F. y T. SAHMOUD, 1993. «The Prevalence of Acute and Chronic Pain in the French General Medical Practice». <i>Abstracts from 7th World Congress on Pain</i> . IASP Publications. Seattle.
1996	Cataluña	BASSOLS, A.; BOSCH, F.; CAMPILLO, M.; CAÑELLAS, M. y J. E. BAÑOS, 1999. «An Epidemiological Comparison of Pain complaints in the General Population of Catalonia (Spain)». <i>Pain</i> , 83: 9-16.
1998	España	CATALÀ, E.; REIG, E.; ARTÉS, M.; ALIAGA, L.; LÓPEZ, J. S. y J. L. SEGÚ, 2002. «Prevalence of Pain in the Spanish Population: Telephone Survey in 5,000 Homes». <i>European Journal of Pain</i> , 6: 133-140.
2006	Europa	BREVIK, H.; COLLETT, B.; VENTAFRIDA, V.; COHEN, R. y D. GALLACHER, 2006. «Survey of Chronic Pain in Europe: Prevalence, Impact on Daily Life and Treatment». <i>European Journal of Pain</i> , 10: 287-333. National Health and Wellness Survey. 2008. Disponible en: < http://chsinternational.com >.

Tabla 1. Principales estudios elaborados sobre la población general que recogen información sobre el dolor, sobre su prevalencia y repercusiones.

dolor en un 68% a pesar de tener la analgesia prescrita. Estudios recientes realizados en diferentes hospitales han constatado de nuevo que estos datos tan negativos persisten, tanto en pacientes médicos como quirúrgicos.

■ ¿POR QUÉ SUFRIMOS DOLOR? BARRERAS QUE LIMITAN EL TRATAMIENTO CORRECTO

Hay que destacar, en primer lugar, que los fármacos disponibles hoy han permitido que el dolor agudo pueda ser tratado de manera adecuada en la inmensa mayoría de los enfermos. En el caso de dolor crónico las posibilidades son un poco más limitadas pero no hasta el extremo de encontrarnos con tantos enfermos que, por varios motivos, aún sufren dolor. Ni los analgésicos primarios ni los secundarios han podido evitar que un grupo de cuadros dolorosos continúen constituyendo un problema terapéutico por la incapacidad para aliviarlos debidamente, como, por ejemplo, la mayoría de los dolores neuropáticos. Exceptuando estas situaciones más específicas y minoritarias, no hay ninguna justificación

para no aliviar el dolor que sufren los enfermos. Aun así, el dolor es manifiesto tanto entre la población general como entre los enfermos hospitalizados. La pregunta siguiente es lógica: ¿por qué continuamos sufriendo dolor si se dispone de analgésicos para afrontarlo?

Hay algunas barreras que podrían explicar el insuficiente tratamiento del dolor y que desgraciadamente pueden hacer en muchos casos que persista. Por comentar algunas, la insuficiente información y educación entorno de los temas del dolor es una pieza clave en el grupo de carencias. Dentro de este grupo de limitaciones se incluye la necesidad de conocer las características de la fisiopatología del dolor, su prevalencia, conocer las herramientas de evaluación y prevención y el dominio de los tratamientos existentes. Los profesionales sanitarios deberían ser formados en estos temas y se les debería concienciar de las múltiples repercusiones que puede tener un tratamiento inadecuado del dolor. El a menudo exagerado miedo a las reacciones adversas, sobre todo a los opioides, es un importante condicionante del inadecuado tratamiento del dolor. Hay autores que hablaban



Los factores culturales y sociales también influyen en el dolor. Hay enfermos que entienden el dolor como una parte de la enfermedad y que se resignan a sufrirlo.

de una verdadera «opiofobia» entre determinados profesionales sanitarios.

Además, también representan un papel importante una serie de barreras institucionales y sociales, entre las que se pueden incluir aspectos culturales, actitudinales, educacionales, étnicos y éticos, incluyendo las creencias religiosas. Se ha demostrado que hay enfermos que consideran que el dolor es parte de la enfermedad o un castigo inevitable por haber pecado, y que se obligan a afrontarlo como una manera de fortalecer la salvación eterna. Asimismo, determinados profesionales sanitarios han obedecido creencias religiosas para limitar el uso de los opioides en sus enfermos.

■ LA TRASCENDENCIA DEL DOLOR

Tal como ya se ha comentado, el dolor, bajo una perspectiva fisiológica, tiene unas funciones muy claras. Ahora bien, cuando este dolor pierde el sentido preventivo y

fisiológico adquiere un cariz patológico y aparece la necesidad de evitarlo. En las primeras fases, el dolor puede tener una vertiente de ayuda diagnóstica. Sin embargo, salvo determinadas excepciones, el dolor en el plano asistencial siempre debería ser aliviado. Cuando el dolor persiste aparecen básicamente dos problemas graves: se produce un sufrimiento innecesario en el afectado y, por otro lado, se puede desencadenar una serie de repercusiones fisiológicas como consecuencia del dolor y del sufrimiento mantenidos que en definitiva dificultan la recuperación del enfermo.

A parte de los propios efectos de la sensación dolorosa sobre la persona que la sufre, derivados de la intensidad del estímulo nocivo y de las limitaciones funcionales secundarias, el dolor conlleva unas repercusiones psicológicas que hay que tener también en cuenta. En el caso de los dolores crónicos, esta carga psicológica es mucho más manifiesta que en los agudos. La persistencia del dolor, incluso en dolores agudos, puede agravar



© Fernando Morant

de manera muy importante la evolución del enfermo. El tratamiento adecuado del dolor aliviará el sufrimiento y reducirá las interferencias que este desencadena con el sueño y otros niveles del sistema nervioso (estado cognitivo, confusión, depresión, etc.) y secundariamente puede evitar la aparición de los trastornos que derivan de la llamada fisiopatología de la inactividad como tromboembolismo y llagas de decúbito. Por otro lado, en intervenciones torácicas y abdominales, la presencia de dolor induce la inmovilización de la musculatura respiratoria, lo cual aumenta la retención de secreciones y favorece la formación de atelectasia y aparición de infecciones respiratorias. El dolor del postoperado puede repercutir también sobre el sistema cardiovascular produciendo taquicardia e hipertensión secundarias a la hiperactividad simpática, y puede generar situaciones de isquemia miocárdica. Sobre el sistema gastrointestinal, el dolor mal tratado puede desencadenar náuseas y retraso del restablecimiento de la motilidad intestinal, y a nivel genitourinario, por contracción del esfínter vesical, pue-

**«DOLORES INNECESSARIOS SERÍAN
AQUELLOS QUE PERSISTEN A
CONSECUENCIA DE UN TRATAMIENTO
INADECUADO, INSUFICIENTE O
INEXISTENTE»**

den aparecer problemas de retención urinaria, además de posibles alteraciones del sistema inmunitario. A nivel musculoesquelético, el propio dolor puede provocar, por vía refleja, espasmos dolorosos que se añadirán al dolor del trauma quirúrgico. Además, la inactividad muscular secundaria al dolor facilita la atrofia del músculo, altera el metabolismo y, por tanto, retrasa la recuperación del enfermo. Otras respuestas pueden aparecer secundariamente al estrés quirúrgico, con repercusiones hemodinámicas o cambios de la temperatura corporal, e incluso la inactividad puede incidir sobre el sistema nervioso central. Todos estos hechos, a parte de la repercusión directa en la calidad de vida del enfermo y en su evolución clínica, suponen un coste económico sustancial porque alargan la estancia hospitalaria del enfermo.

La información aportada por los principales estudios epidemiológicos publicados sobre las repercusiones del dolor es reducida y desigual. Se ha constatado que en general una tercera parte de las personas que sufren dolor manifiestan una limitación de sus actividades habituales. De la misma manera, el dolor genera graves repercusiones en la actividad laboral, importantes pérdidas

EL SÍNTOMA MÁS UNIVERSAL



El dolor

PILAR GOYA LAZA Y M^a
ISABEL MARTÍN FONTELLES
CSIC - Catarata. Madrid,
2010. 194 páginas.

A pesar de que el dolor es el síntoma más universal y de que todos los humanos lo hemos experimentado en algún momento de nuestra vida, no es frecuente encontrar libros dedicados a él fuera de la esfera de lo puramente técnico. Este nuevo volumen de la colección «¿Qué sabemos de?», editada por el CSIC, nos aproxima en cinco breves capítulos a los aspectos fundamentales del dolor, con un lenguaje claro y comprensible para personas sin formación sanitaria. Sus autoras, procedentes del mundo de la química médica (Goya Laza) y de la farmacología (Martín Fontelles), demuestran un excelente conocimiento del tema. Solo quien conoce en profundidad el mundo del dolor

puede hacer un resumen tan breve pero preciso.

El recuerdo histórico repasa de forma documentada tanto la evolución de la percepción del dolor como de los medicamentos para tratarlo. Respecto a los últimos, se insiste en la idea del trabajo multidisciplinar como base para obtenerlos y en cómo el desarrollo de la química, pero también la invención de un objeto hoy tan habitual como la jeringuilla, contribuyeron a un control efectivo del dolor. El segundo capítulo repasa los fundamentos neurofisiológicos de la percepción dolorosa, con un lenguaje alejado de tecnicismos, y termina con un comentario sobre las distintas clasificaciones de los tipos de dolor atendiendo a la causa, duración, intensidad, etc.

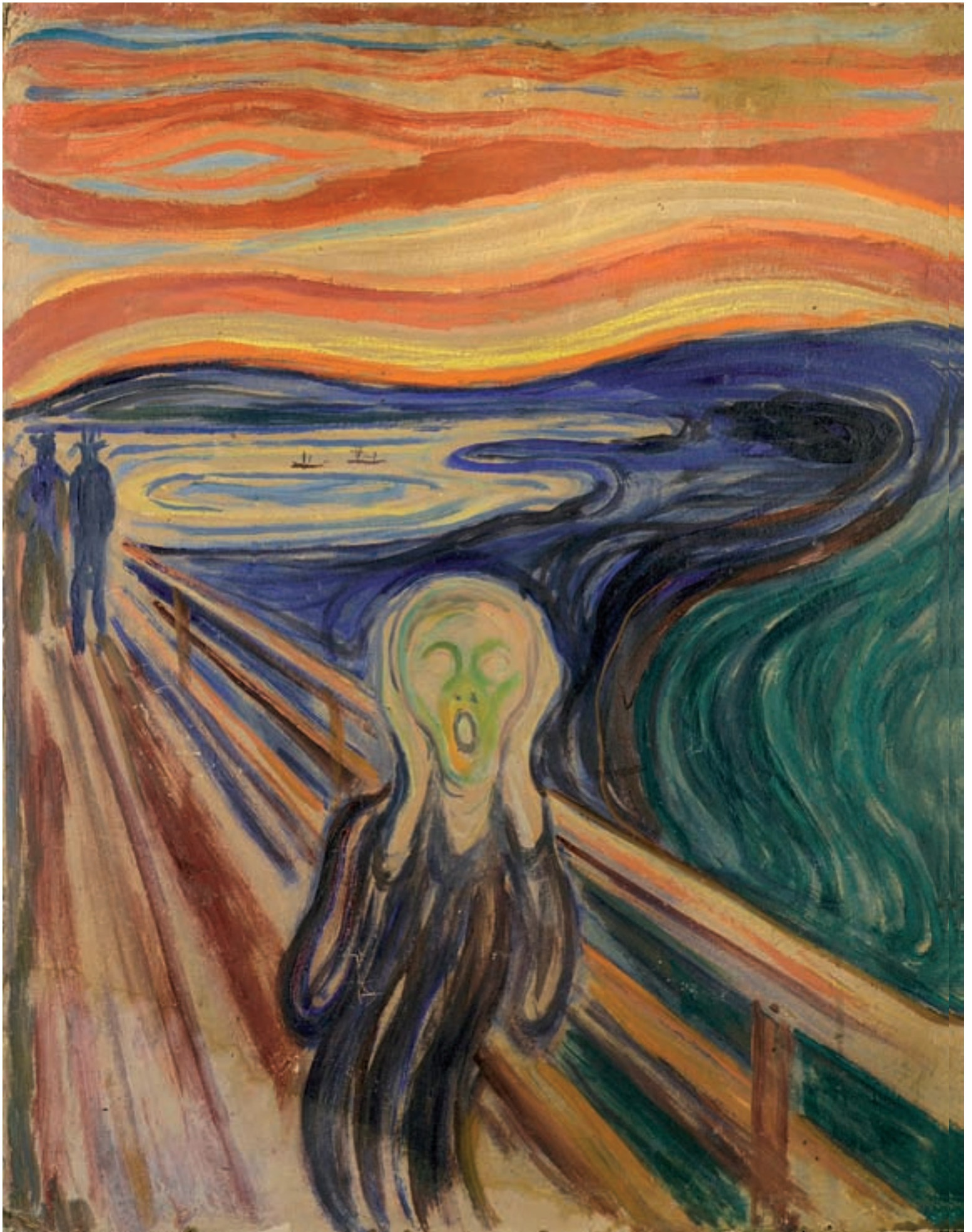
Los dos capítulos siguientes revisan los tratamientos, sin olvidar las posibilidades de la psicoterapia o la importancia de la actitud del paciente ante el cuadro doloroso. La parte más extensa está dedicada a las técnicas de administración de los diferentes fármacos y al estudio de estos, analizando las posibilidades del paracetamol, los antiinflamatorios no esteroideos, los opioides y el papel que pueden representar los llamados tratamientos coadyuvantes, como antidepresivos o antiepilépticos, de uso cada vez más frecuente asociados a los analgésicos, y concluye con unas tablas que ayudan a situar los diferentes fármacos comercializados en España.

El último capítulo es una original aportación que revisa las posibilidades de futuro incluyendo no solo la búsqueda de dianas alternativas o de nuevas moléculas, sino las posibilidades de la farmacogenética y la terapia génica, con información muy reciente sobre los campos citados.

La obra se completa con una selección de referencias bibliográficas en la que se echa de menos alguna relacionada con aspectos sociales o éticos del dolor y su tratamiento, y un cuidadoso glosario que ayudará al lector a comprender el libro. Se trata, en suma, de una obra muy recomendable para quien desee introducirse en el mundo del dolor en breve tiempo. Leerlo incita a la búsqueda de otras lecturas para ampliar la información.

FRANCISCO JOSÉ MORALES OLIVAS
Catedrático de Farmacología. Universitat de València







© Fundación Chirivella Soriano

El arte puede llegar a reflejar de manera muy fidedigna no solo la elevada intensidad del dolor sino también la desesperación que puede ocasionar. A la izquierda, Edvard Munch. *El grito*, 1893. Óleo, temple y pastel sobre cartón, 73,5 x 91 cm. Arriba, Juan Barberà. *El grito*, 2010. Óleo sobre tela, 133 x 192 cm.

de días de trabajo, e incluso puede motivar casos de incapacidad total. En definitiva, las implicaciones socioeconómicas convierten el dolor en un problema importante en la salud pública.

■ ÚLTIMAS REFLEXIONES

Autores de referencia en temas de dolor como Ronald Melzack y Patrick D. Wall publicaron dos artículos con títulos impactantes: «La tragedia del dolor innecesario» (Melzack, 1990) y «Derrotando al dolor. La guerra contra una epidemia silenciosa» (Wall, 1991). Desgraciadamente las reivindicaciones de los años noventa están aún plenamente vigentes en la actualidad. Por lo que se ha comentado en este capítulo el dolor podría considerarse como un problema que ha dejado de ser estrictamente médico para transformarse en un tema de importancia social con una trascendencia económica de la que somos poco conscientes. Parece como si la sociedad moderna, con sus avances científicos y progresos tecnológicos, haya sido incapaz de aliviar uno de los síntomas más antiguos y frecuentes que afectan a la humanidad.

Hace más de veinte años que ya se denunciaban los dolores innecesarios y ahora aún debemos insistir en su existencia. Retomando la definición de Melzack, dolores innecesarios serían aquellos que persisten a consecuencia de un tratamiento inadecuado, insuficiente o inexistente, a pesar de disponer de medidas para aliviarlos. Los ejemplos más claros de dolor innecesario son el dolor post-

operatorio, el neoplástico y el pediátrico. Íntimamente relacionado con este problema, conviene recordar que la persistencia del dolor innecesario sería consecuencia de lo que podría denominarse negligencia terapéutica.

Hemos visto que, por los estudios realizados en los últimos años en países occidentales, el dolor es una de las causas que más afectan a la calidad de vida de la población. Este dato es alarmante y se repite durante las últimas décadas, cuando en realidad no hay ninguna justificación para que se produzca porque se dispone de herramientas farmacológicas suficientes para aliviar la mayoría de los dolores. También se ha visto que estos dolores, además, generan importantes consecuencias de carácter personal, familiar y social. Por tanto, habría que insistir en la necesidad de concienciar a la población de que el sufrimiento del dolor no está justificado y de la necesidad de motivar a los profesionales sanitarios para que lo traten adecuadamente. Pensamos que todos estos argumentos son más que suficientes para elaborar planes para tratar el dolor, que alivien a los enfermos y permitan reducir los elevados gastos sociales y económicos que conlleva el dolor. Es por eso que la IASP (acrónimo en inglés de Asociación Internacional para el Estudio del Dolor) y la OMS (Organización Mundial de la Salud) han tomado iniciativas en los últimos años para conseguir que el alivio del dolor sea uno de los derechos fundamentales de la sociedad.

Esperemos que estas iniciativas puedan, si no frenar del todo, por lo menos contrarrestar este triste reflejo de una problemática aún vigente. ☺

BIBLIOGRAFÍA

- ALIAGA, L. *et al.* (eds.), 2009. *Tratamiento del dolor. Teoría y Práctica*. 3ª edición. Permanyer. Barcelona.
- BASSOLS, A. y E. CATALÀ, 2002. «Prevalença del dolor a la població de Catalunya». In BUSQUETS, C. y M. V. RIBERA (dirs). *Unitats de dolor. Realitat avui, reptes per al futur*. Acadèmia de Ciències Mèdiques de Catalunya i Balears. Barcelona.
- BOSCH, F. y J. E. BAÑOS, 1993. «Religious Beliefs of Patients and Caregivers as a Barrier to the Pharmacologic Control of Cancer Pain». *Clinical Pharmacology & Therapeutics*, 72: 107-111.
- CANELLAS, M. *et al.*, 1993. «Prevalencia del dolor en pacientes hospitalizados». *Medicina Clínica*, 101: 51-54.
- MELZACK, R., 1990. «The Tragedy of Needless Pain». *Scientific American*, 262: 27-33.
- WALL, P. D. y M. JONES, 1991. *Defeating Pain. The War Against a Silent Epidemic*. Plenum. Nueva York.

Fèlix Bosch. Director de la Fundación Dr. Esteve y profesor del Departamento de Ciencias Experimentales y de la Salud. Universidad Pompeu Fabra, Barcelona.
Antònia Bassols. Médica adjunta del Servicio de Anestesia, Hospital de Sabadell. Corporación Sanitaria Parque Taulí.
Josep-Eladi Baños. Profesor titular del Departamento de Ciencias Experimentales y de la Salud. Universidad Pompeu Fabra, Barcelona.