

El dolor o los dolores. El nuevo paradigma

Uriah M. Guevara-López

La práctica de la medicina ha experimentado en años recientes un giro: las decisiones médicas son analizadas críticamente con base en el número y solidez de las evidencias generadas por la investigación clínica. A esta forma de práctica médica se ha denominado *medicina basada en evidencias* (EBM por sus siglas en inglés).¹ Empleando este método, el clínico busca, selecciona y analiza la validez de la información publicada.

En este ámbito, diversos grupos de expertos, representando a numerosas instituciones y agrupaciones médicas, en forma consensuada han generado documentos conocidos como guías de manejo o parámetros de práctica (*practice guidelines*), basándose en revisiones sistemáticas de la literatura y en opiniones de experimentados clínicos de áreas específicas, con el propósito de proponer recomendaciones que ayuden al médico y a su paciente a tomar decisiones.

En este paradigma se inscriben series de parámetros de práctica para el estudio y tratamiento del dolor, elaboradas por grupos de consenso integrados por docenas de médicos de diversas especialidades, instituciones y lugares. El tema central, el dolor, resultó de la imperiosa necesidad de contar en nuestro país con herramientas que contribuyan al eficiente tratamiento de los diversos síndromes dolorosos que actualmente padecen los pacientes mexicanos, que en su mayoría no son tratados eficazmente.

En nuestro país, las cifras oficiales indican que las cuatro primeras causas de mortalidad son las enfermedades cardiovasculares, la diabetes mellitus, el cáncer y el trauma en sus diversas modalidades;² de éstas, las tres últimas son generadoras de dolor de intensidad, tipos y características diversas. Otra razón que ha apoyado el creciente interés en el tema es el incremento de la esperanza de vida en la población mexicana a 75 años, y con ello el aumento de la frecuencia de los padecimientos crónicos degenerativos, que comúnmente se acompañan de dolor crónico.

Unidad de Medicina del Dolor y Paliativa, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y de la Nutrición "Salvador Zubirán". Unidad Médica de Alta Especialidad "Magdalena de las Salinas", Instituto Mexicano del Seguro Social.

Solicitud de sobretiros:

Uriah M. Guevara-López,
Unidad de Medicina del Dolor y Paliativa,
Instituto Nacional de Ciencias Médicas y de la Nutrición "Salvador Zubirán".
Vasco de Quiroga 15,
Col. Sección XVI,
14000 México, D. F.
E-mail: uriahguevara@yahoo.com.mx

Recibido para publicación: 25-01-2007

Aceptado para publicación: 27-02-2007

La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP) define como *dolor agudo* al de inicio reciente, de duración limitada, que tiene una relación causal identificable (lesión o enfermedad).³

El *dolor perioperatorio* se ha considerado dentro de esta categoría; aun cuando se conocen los beneficios de su tratamiento efectivo, con frecuencia su manejo es inadecuado. Se ha informado que 77 % de los pacientes presenta dolor posterior a la realización de un procedimiento quirúrgico, y de éstos 80 % lo refiere de intensidad moderada a severa. En los pacientes sometidos a cirugía ortopédica o abdominal mayor, 76 % indica dolor de moderado a severo y 5 %, insoportable. De los enfermos atendidos mediante un programa para el manejo del dolor, 80 % presentó alivio adecuado.⁴

A pesar de la inclusión de un número considerable de fármacos analgésicos en la farmacopea de Estados Unidos para el control de este tipo de dolor, 76 % de los pacientes intervenidos electivamente indica dolor moderado o severo en el posoperatorio, lo cual sugiere que además de la disponibilidad de fármacos potentes y variados se requiere atender otras variables.⁴ En México no existen estudios acerca de qué ocurre con los pacientes antes, durante y después de la cirugía, sin embargo, existen indicios de que se sigue la misma tendencia que en los países industrializados.

Una preocupante variedad del dolor es el *neuropático*. En general, su incidencia o prevalencia no está bien determinada debido a la amplia gama de patologías generadoras, las inconsistencias que aún existen en su definición y la gran variedad de manifestaciones clínicas,⁵ sin embargo, se ha estimado que afecta a 3.8 millones de individuos en Estados Unidos. De igual manera se ha estimado que tres millones de estadounidenses padecen neuropatía diabética dolorosa y un millón tiene neuralgia posherpética. En el paciente oncológico se presenta hasta en 35.9 %.^{5,6}

En la población mexicana, la diabetes mellitus es la segunda causa de mortalidad general y la padecen entre 7.5 y 8.18 %, ^{8,9} por lo que se le ha considerado un problema de salud pública. Por otra parte, si se considera que la prevalencia de la neuropatía diabética dolorosa es de 20 a 24 %, ⁷ se podría calcular que una gran cantidad de personas son potenciales portadoras de dolor por esta causa.

Otra enfermedad que tiene como secuela dolor neuropático es el herpes zoster; la tasa anual en la población general es de tres por cada mil habitantes y de 5 a 10 % manifiesta neuralgia posherpética después de un año. En el año 2000, la población de nuestro país fue de más de 97 millones de habitantes, por lo que es posible que cerca de 291,000 personas presentarán herpes zoster anualmente y

cada año entre 14,550 y 29,100 podrían desarrollar dolor de moderado a intenso secundario a la neuralgia posherpética.⁶

Por otra parte, el cáncer es considerado un problema mundial de salud pública.⁷ En el año 2002 se estimó que 24.6 millones de personas en el mundo lo padecían y la mortalidad asociada a esta enfermedad ascendió a 6.7 millones de individuos durante ese año. Durante el 2000 se documentaron 10 millones de nuevos casos de cáncer en el mundo y se prevé que para el 2020 se presentarán cerca de 15 millones de casos nuevos por año. En México, el cáncer es actualmente la tercera causa de muerte; entre 2002 y 2003 contribuyó a 12 % de la mortalidad general, 11.3 % en hombres y 14.6 % en mujeres.²

La etiología del dolor oncológico es multifactorial y hasta en 80 % de los casos puede atribuirse al cáncer mismo, a la terapéutica antineoplásica o a procesos infiltrativos o metastásicos,⁶ siendo su aparición el principal temor de los pacientes y de sus familiares.⁷ También se ha documentado que el dolor oncológico:^{7,8}

- Se debe al tumor en 92.5 % de los casos.
- La mayoría de los pacientes manifiesta dolor intenso.
- 24.8 % de los pacientes refiere dolor en más de un sitio.
- El tiempo de duración promedio es de 5.9 meses.
- 47.5 % de los enfermos presenta dolor nociceptivo.
- 64.4 % de los pacientes presenta “dolor irruptivo”.

En cuanto a la terapéutica, diversos estudios describen que este tipo de dolor es susceptible de control con medidas farmacológicas relativamente sencillas, aun en los pacientes terminales y en cuidados paliativos. Sin embargo, la desinformación genera mal control de este tipo de dolor.⁷ Entre los factores que favorecen el fracaso en la terapéutica analgésica están:

- Lagunas educacionales en los currículos del personal de salud acerca de la evaluación del dolor y el empleo de analgésicos.
- Temor del paciente sobre los efectos adversos de los analgésicos potentes.
- Riesgo de posibles adicciones.
- Normas gubernamentales inapropiadas sobre la disponibilidad y adquisición de analgésicos opiáceos y carencia de una legislación que favorezca el eficaz alivio del dolor.

Se ha reportado que en países industrializados cerca de 40 % de los pacientes recibe su medicación analgésica en forma tardía; de éstos, únicamente 60 % se encuentra satisfecho con la atención brindada,⁸ condición que posiblemente se repite en nuestro país con cifras mayores. Ante este panorama y dadas las carencias existentes en nuestra nación en materia de control del dolor, resulta urgente disponer de herramientas y recursos farmacológicos orientados a revertir tal situación.

Para lograr este propósito, se inició en nuestro país un movimiento tendente a proponer en forma consensuada parámetros de práctica clínica fundamentados científicamente y avalados por numeroso expertos mexicanos e instituciones académicas, que, por un lado, ayuden al personal de salud a la correcta toma de decisiones y, por otro, sirvan de punto de partida a las autoridades de los poderes legislativo y ejecutivo para acordar lo necesario para que quede garantizado el derecho fundamental de todo mexicano a vivir sin dolor y con la mejor calidad de vida posible.

Referencias

1. Evidence-Based Medicine Working Group. Evidence based medicine. A new approach to teaching the practice of medicine. JAMA 1992; 268(17):2420-2425.
2. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. Estadísticas de mortalidad. México: INEGI; 2005. Disponible en www.inegi.gob.mx
3. Merskey N, Bogduk N. Classification of chronic pain, IASP Task Force on Taxonomy. Seattle: IASP Press; 1994
4. American Society of Anesthesiologists. An updated report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Acute Pain Management. Practice guidelines for acute pain management in the perioperative setting. Anesthesiology 2004;100:1573-1581.
5. Dworkin RH. An overview of neuropathic pain: Syndromes, symptoms, signs, and several mechanisms. Clin J Pain 2002;18:343-349.
6. Schmader KE. The epidemiology and impact on quality of life of post-herpetic neuralgia and painful diabetic neuropathy. Clin J Pain 2002;18:350-354.
7. World Health Organization. The world health report 2003: shaping the future. Geneva: WHO Press; 2003.
8. Bruera E, Kim HN. Cancer pain. JAMA 2003;290:2476-2479.

