

Epidemiología del dolor crónico

Epidemiology of Chronic Pain

Bautista Sánchez SG, * Jiménez Santiago A. *

* Médico algólogo adscrito a la Clínica del Dolor del Hospital General de México. Secretaría de Salud México.

Correspondencia: Sergio Guillermo Bautista Sánchez. **Correo electrónico:** sgbautista.62@gmail.com

Recibido: 17-08-2013 **Aceptado:** 21-10-2014

RESUMEN

El dolor crónico representa un problema de salud en diferentes países del mundo, su diagnóstico en ocasiones plantea un reto y su tratamiento se complica cuando tiene una causa multifactorial. La prevalencia del dolor crónico varía desde un 16% hasta un 70 %, es más frecuente en mujeres que en hombres, se asocia a enfermedades degenerativas y en edad mayor a los 65 años.

Palabras clave: dolor crónico, epidemiología, dolor neuropático, fisiología del dolor.

ABSTRACT

Chronic pain is a health problem in countries around the world, sometimes the diagnosis is challenging and its treatment is complicated when you have a multifactorial cause. The prevalence of chronic pain varies from 16% to 70%. It is more common in women than in men, is associated with degenerative diseases and in persons aged 65 or more.

Key words: Chronic pain, epidemiology, neuropathic pain, physiology of the pain.

Introducción

El dolor se define según la Asociación Internacional para el Estudio y Tratamiento del dolor (IASP International Association of Study and Treatment of Pain)¹ por sus siglas en inglés como una “sensación desagradable asociada a daño potencial o real de los tejidos y que se expresa en términos de dicho daño”. Existen diferentes clasificaciones para su estudio, pero las más sencillas y más utilizadas, son por su temporalidad en Dolor Agudo y Dolor Crónico², y por etiopatogenicidad en Dolor nociceptivo, neuropático y psicógeno.¹⁻³

El dolor agudo se define como “dolor de reciente aparición y duración limitada, por lo regular tiene una relación temporal y causal identificable a una lesión o enfermedad”,⁴ mientras que al dolor crónico lo podemos definir como “comúnmente persistente más allá del tiempo de curación de una lesión y con frecuencia puede que no haya ninguna causa claramente identificable”.⁴

El dolor nociceptivo³ se subdivide en dolor nociceptivo somático el cual tiene su origen en estructuras como músculos, tendones, articulaciones, ligamentos y huesos; y nociceptivo visceral cuyo origen son vísceras tanto huecas como sólidas. El dolor neuropático de difícil entendimiento y difícil control se define como “dolor real o funcional que se origina en estructuras del sistema nervioso central y periférico”.

El dolor psicógeno es aquel que agotando todas las posibilidades diagnósticas no se encuentra lesión real o funcional de los tejidos y representa sólo el 1% de los pacientes que sufren de dolor crónico o agudo.⁵

El dolor es una experiencia individual, multifactorial influenciado por la cultura, los eventos anteriores de dolor, creencias, estados de ánimo y la capacidad de hacer frente a él.⁶

Bases fisiológicas del dolor

Mucho se ha estudiado el dolor en sus diferentes categorías, en circunstancias normales el dolor es una respuesta o mecanismo de defensa del organismo a los estímulos dañinos, los mecanismos por los cuales se transmite el dolor, consiste en una serie de pasos que inicia con el daño tisular, este estímulo tiene que transformarse en estímulo eléctrico para que pueda propagarse a través de las diferentes fibras nerviosas, a este paso se le llama transducción⁷, una vez que el estímulo ya sea térmico, de presión o de lesión se convierte en estímulo eléctrico viaja por las fibras nerviosas, especialmente las fibras nerviosas alfa (α) delta (Δ) y sigma (Σ), los cuales se hacen llamar fibras aferentes primarias, el mecanismo por el cual viaja el estímulo a través de estas fibras es lo que se conoce como conducción o transmisión, al llegar a la médula espinal (ME) en las astas dorsales se lleva a cabo un fenómeno neuroquímico en el cual se discriminan los estímulos que llegan de la periferia, dando paso a un proceso llamado modulación, la organización de la médula espinal en capas, según Rexed,⁸ permite que el estímulo en forma de potencial de acción (el potencial de acción es lo que se conoce como cambio de polaridad de una fibra nerviosa en su membrana) se discrimine en las capas 1 a 5 de la ME y es así como dicho estímulo sigue su viaje, ahora a través de las llamadas vías ascendentes del dolor, denominadas tractos espinotalámicos y tracto espinoreticular, una vez que el estímulo es conducido hasta el tálamo en el núcleo postero-ventro-lateral, de aquí, el estímulo viaja hasta la corteza cerebral donde el dolor se hace consciente y sentimos dolor como tal.

En situaciones de peligro o de gravedad, lo descrito en el párrafo anterior sucede normalmente, sin embargo en situaciones de enfermedad o situaciones crónico-degenerativas el dolor regularmente acompaña estas situaciones. El dolor crónico es una mala experiencia que poco a poco deteriora el estado de salud y después mental de un individuo, deteriora su calidad de vida y es capaz de crear un estado emocional con tendencias hacia la depresión. El dolor crónico cuando está presente y no responde a tratamientos propuestos por los médicos, entonces puede convertirse en un problema de salud pública.

Definición

En un panorama general, podemos darle dos enfoques al dolor, el primer enfoque se centra en un contexto simplista de ver el dolor, desde este punto de vista hay quienes afirman que el dolor es meramente un síntoma y como tal hay que tratarlo, pero si nos quedamos en este concepto simplista del dolor, podemos caer en errores, especialmente de mala atención, errores diagnósticos sobre todo de errores sistemáticos de tratamiento del mismo. Ver al dolor crónico con este enfoque simplificador nos lleva al deterioro en la metodología de su abordaje terapéutico, es darle poca importancia a quienes lo padecen y es encasillarlo en ese falso concepto de somatización conduciendo esto a malas respuestas terapéuticas.

El segundo enfoque que podemos darle al dolor crónico es algo más complejo, es conceptualizarlo desde el punto de vista sintomático, subjetivo, fisiopatológico y sobre todo de cómo afecta la integridad de esa unidad biopsicosocial que representa un ser humano.

Si deseáramos definir el dolor vamos a encontrar infinidad de conceptos que van a carecer de mucha información y que no se va a poder aplicar a todas las entidades de enfermedad, ni a todos los seres humanos, aunque creamos que hemos construido la mejor definición del mismo.

El dolor y su estudio es tan complejo como complejo lo queramos ver cada uno de nosotros, porque implícitamente el dolor es un concepto abstracto y subjetivo de cada individuo, lo que hace muy difícil definirlo para todas las personas que lo sufren. En este contexto y en ese sentido podemos decir que el dolor es una experiencia emocional que va a ser diferente en cada individuo, definirlo entonces resulta algo casi imposible de realizar y siempre le quedaremos a deber. De modo que para poder manejarlo partimos de la propuesta de la IASP (*International Association Study and Treatment of Pain*) en la década de los años ochenta del siglo pasado y que efectivamente no es perfecta ni aplica para todos los grupos de edad en todos los individuos.

Según la IASP “El dolor es una experiencia emocional desagradable acompañada o no a daño tisular y que se expresa en términos de dicho daño”. Si creíamos que esta definición nos iba a sacar de dudas y que se podía aplicar a toda la gente, pues simplemente nos equivocamos, pero para fines de este artículo, nos basaremos en la misma por ser la más aceptada internacionalmente.

Clasificación del dolor

Aunque existen muchas formas de clasificar el dolor, empezaremos por la clasificación más simple de todas y esta es de acuerdo a su temporalidad y distingue entre el dolor Agudo y el Crónico, sin embargo, resulta irónico a veces no poder determinar cuándo un dolor es agudo y cuando es crónico, ya que muchos autores no se ponen de acuerdo en definir cuándo un dolor es agudo y hay quienes afirman que un dolor crónico es aquel que persiste más de tres meses y otros hasta los seis meses, pero si seguimos estos conceptos de la cronicidad del dolor, entonces tendríamos que aceptar que un dolor es agudo antes de los tres o seis meses.

Nosotros consideramos que la temporalidad de un dolor no depende de qué tan frecuente lo tengamos, sino cuánto tiempo nos afecta en nuestra vida diaria, por eso yo comparto la definición de que un dolor se hace crónico cuando persiste más allá del tiempo en que la enfermedad que lo genera debería de terminar o curar, aunque aquí es donde vemos exactamente la delicadeza de la definición del dolor crónico, cuando dice “que se acompaña o no de daño tisular...”, ya que aunque aparentemente no se demuestra el daño tisular el dolor puede persistir más allá del tiempo en que la enfermedad ya sanó, y el ejemplo muy claro de esto lo vemos en aquellos pacientes con secuelas de dolor por herpes zoster, el herpes zoster cursa con lesiones dermatológicas las cuales a la vista de los paciente terminan de cicatrizar alrededor de las tres semanas de haber iniciado el *rash* cutáneo, quedando con manchas hipercrómicas en un principio y posteriormente hipocrómicas, pero que aun cuando ya las vesículas no están presentes el dolor queda presente hasta por años. Por otro lado podemos poner un ejemplo muy claro de dolor agudo y este es el dolor agudo postoperatorio, el cual termina en cuanto la lesión quirúrgica cicatriza por completo.

Otra forma de clasificar el dolor es por su intensidad, y para medir esta intensidad existen muchas escalas de medición, aunque ninguna de ellas puede traducir la subjetividad del mismo, por cual no existen hasta el momento dolorímetros que nos permitan decir con toda seguridad que tan intenso es el dolor. De modo que la forma más útil y que todo mundo lo puede entender es clasificar al dolor de acuerdo a la escala de Liker en leve, moderado y severo, existe otra forma de medirlo, que también es útil y la utiliza principalmente el personal de salud, se trata de la Escala Visual Análoga (EVA) y que se puede aplicar en la consulta externa común y en los servicios especializados de clínica del dolor.

La EVA es una forma muy simple de medir el dolor y es la más utilizada en la práctica clínica y consiste en colocar frente al paciente una línea horizontal que marca el nivel del dolor con números progresivos de 0 a 10 donde el 0 representa la ausencia de dolor y el 10 el mayor dolor o el más insoportable que pueda experimentar una persona, en realidad la EVA original carece de numeración y es solo una línea que no está marcada más que con dos números en el extremo izquierdo el 0 y en el extremo derecho el 100.

Existen otras formas más complejas de medir el dolor entre ellas se encuentran algunos cuestionarios que son multimodales, hasta de 70 items que exploran no solamente intensidad, sino otras características más detalladas del dolor, entre ellos se encuentra el cuestionario multimodal de **MaGill**. Otra forma de clasificar el dolor y la más utilizada por los clínicos es la llamada clasificación etiológica del dolor, ésta consiste en clasificar el dolor de acuerdo al tejido tisular donde se genera el mismo. Esta clasificación es muy útil y práctica en el ejercicio clínico ya que nos permite hacer un planteamiento terapéutico del tratamiento del dolor. A ésta clasificación se le conoce como clasificación etiopatogénica del dolor, y se refiere a 1. Dolor nociceptivo, 2. Dolor neuropático y 3. Dolor psicógeno.

Epidemiología del dolor

Muchos son los países que consideran al dolor crónico como un problema de salud pública, si revisamos los datos que arrojan algunos de los estudios más reconocidos internacionalmente nos damos cuenta que el dolor crónico está presente en un porcentaje que varía del 35 % hasta el 70% en algunos países. ¿Es una cifra muy alta? Bueno depende del tamaño de la población en que se ha medido dicho parámetro.

Por ejemplo, en Canadá el dolor crónico en personas de más de 65 años se considera como un problema significativo de salud, tres millones de personas en ese país sufren osteoartritis, uno de cada diez canadienses, en magnitud semejante de hombres y mujeres. La sociedad canadiense del dolor sugiere que un millón de canadienses sufren de dolor neuropático, es decir, el 8.2% de la población general⁹.

La prevalencia de dolor crónico en Canadá en base a entrevistas telefónicas de la población general con un grado de respuestas del 20 %, resultó en un 25 % de dolor crónico en 2007. Siendo el dolor de espalda baja el de mayor frecuencia.⁹ Un estudio en Reino Unido reporta dolor crónico en 46.5% de la población general, siendo el dolor de espalda baja y la osteoartritis entre los más frecuentes.⁹ En Europa se estima que 1 de cada 5 de la población adulta sufre dolor crónico.¹⁰ En Dinamarca y Suecia la prevalencia de dolor crónico se presenta en 16 % y 18 % respectivamente.⁸

Conclusiones

No existen estudios tan grandes que consideren en forma detallada cada uno de los tipos de dolor que podemos medir e identificar. Algunos de estos estudios se enfocan a medir el dolor por la región anatómica en que se presenta, por ejemplo cefalea o dolor lumbar. En algunas investigaciones se mide el dolor de acuerdo a su temporalidad y el porcentaje que está presente como dolor agudo o crónico. Otros estudios más detallados nos pueden dar cifras de dolor de acuerdo a la clasificación etiopatogénica, de forma tal que nos demuestran datos epidemiológicos de dolor neuropático, otros como crónico-degenerativo y otros más, como de origen benigno o maligno.

Podemos referir prevalencias de dolor crónico en diferentes tipos de dolor, España por ejemplo reporta una prevalencia de dolor neuropático, entendido este según la IASP como dolor iniciado o causado por una lesión primaria o disfunción del sistema nervioso central o periférico, y distribuido de acuerdo a la región anatómica afectada, una tasa de mononeuropatía 60.2 %, polineuropatía 19.5 %, radiculopatía 15.9 %, de origen central 4.4%. El 45.6% de las mononeuropatías fueron trigeminales, con un promedio de dolor de 4 años.

Agradecimientos

Al doctor Francisco Sánchez Beristain, Profesor de Tiempo Completo del Departamento de Biología Evolutiva de la Facultad de Ciencias, UNAM; por su colaboración en la corrección de estilo de los resúmenes en inglés.

Referencias

1. Classification of Chronic Pain, Second Edition "Part III: Pain Terms, A Current List with Definitions and Notes on Usage". IASP Task Force on Taxonomy, IASP Press, Seattle, 1994:209-214
2. Bonica J. *Terapéutica del dolor*, 2ª. Ed, McGraw-Hill Interamericana, México, 1994.
3. ACPA Resource Guide to Chronic Pain Medication & Treatment, 2013. En http://www.theacpa.org/uploads/ACPA_Resource_Guide_2012_Update%20031912.pdf (consultada el 18 de noviembre de 2013).
4. Macintyre PE, Schug SA, Scott DA, Visser EJ, Walker SM; APM: SE Working Group of the Australian and New Zealand College of Anaesthetists and Faculty of Pain Medicine, Acute Pain Management: Scientific Evidence. ANZCA & FPM, Melbourne. 3a. Ed. 2010.
5. Marchand S. Neurophysiology of pain en the phenomenon for pain. IASP press 2012:61-104.
6. Epidemiology of Neuropathic Pain and Its Impact on Quality of Life. *Current Pain and Headache Reports*; 2012;16:191-198.
7. McGreevy K, Bottros M M, Raja, Srinivasa N. *Eur J Pain Suppl*. 2011;5: 365–372.
8. Harker J, Reid KJ, Bekkering GE, Kellen E, Malgorzata M, Riemsma BR, Worthy G, MissoK, and Kleijnen J. Epidemiology of Chronic Pain in Denmark and Sweden. *Pain Research and Treatment*, 2012:1-30.
9. Canadian Guideline for Safe and Effective Use of Opioids for Chronic Non-Cancer Pain
10. Van Hecke O, Torrance N and Smith BH. Chronic pain epidemiology – where do lifestyle factors fit in?. *British Journal of Pain* 0(0) 1–9