

Basilio José de la Torre Escuredo

Jefe de Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología

Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid.

Profesor Asociado de Cirugía. Universidad de Alcalá

DOLOR CRÓNICO

Podemos definir el dolor crónico, como aquel dolor que persiste un mes después del curso habitual de una enfermedad aguda, tiempo razonable para que se limite una lesión, o aquel que se asocia con un proceso patológico crónico que causa dolor continuo.

Para establecer la diferencia entre el dolor agudo y crónico no se tiene en cuenta un período de tiempo concreto, sino otros aspectos que les hacen diferentes. Los efectos fisiopatológicos son diferentes, y muchos pacientes con dolor crónico no manifiestan respuestas autonómicas características del dolor agudo (aumento del tono simpático y de la función neuroendocrina), sino que estas respuestas simpáticas y neuroendocrinas se convierten en vegetativas. Por otro lado, a diferencia del dolor agudo, el dolor crónico puede estar provocado por factores ambientales o psicopatológicos. Otra importante diferencia es que el dolor persistente puede desencadenar consecuencias emocionales y físicas graves, así como económicas y generar tensiones sociales del paciente con la familia. Todo esto hace que esta entidad constituya uno de los problemas de salud más costosos para la sociedad en la actualidad.

Existen argumentos para pensar que el coste personal, económico y social del dolor crónico está subestimado, ya que con frecuencia coexiste con patologías como: depresión (1), enfermedad coronaria y enfermedades cerebrovasculares (2), consideradas por la OMS como los procesos más prevalentes y de mayor fuente de gastos para 2030.

La prevalencia global del dolor crónico en Europa es del 19 %, siendo en España de las más bajas, del 12 % (3). Esta prevalencia es más común en individuos de mayor edad (42,6 % de las personas mayores de 65 años) (4), y es más frecuente en mujeres (5), en las que se ha descrito un menor umbral y menor tolerancia al dolor. Por otra parte, se ha demostrado que está inversamente relacionada con el nivel socioeconómico. Así, se ha señalado que individuos que viven en circunstancias socioeconómicas adversas experimentan el dolor con más frecuencia y de mayor intensidad (6).

Dentro de las distintas formas de dolor crónico, el dolor neuropático es uno de los más estudiados, llegando su prevalencia hasta el 52 % en algunas series (7). Igualmente frecuente es el dolor de causa musculoesquelética, siendo la lumbalgia la patología más prevalente, seguida de la artrosis de rodilla y de manos (8). Otros de los cuadros que más atención ha recibido en los

últimos tiempos es la fibromialgia (9). Estos resultados son similares a los observados en otros países, donde también se ha encontrado una mayor frecuencia de esta enfermedad en mujeres, preferentemente de mediana edad y asociado a otras enfermedades coexistentes, como ansiedad, depresión y trastornos del sueño.

Hemos de considerar, que el dolor crónico se asocia con relativa frecuencia a otros procesos patológicos, y que estos favorecen la aparición de dolor. Así, determinadas patologías como las enfermedades coronarias, la diabetes, la hipercolesterolemia, la hipertensión, las enfermedades del sistema nervioso o las enfermedades del sistema musculoesquelético y la obesidad, entre otras, se han asociado a presencia de dolor, así como otras enfermedades de la esfera mental, como la ansiedad y la depresión (10). El trastorno depresivo más común en pacientes con dolor es la depresión mayor, siendo esta aún más elevada en el caso del dolor de origen neuropático (11). Teniendo en cuenta esta relación entre el dolor crónico, depresión y ansiedad, parece evidente la necesidad de evaluar estos trastornos mentales en los pacientes con dolor, y que los profesionales de salud mental se involucren en su difícil manejo.

Son claras las consecuencias que el padecimiento de dolor crónico tiene sobre el paciente. Destaca las limitaciones para las actividades de la vida diaria, así como consecuencias sociales y laborales, de calidad de vida, y consecuencias directas sobre el sistema sanitario (12). Se ha puesto de manifiesto la fuerte asociación entre el dolor y la disminución de la actividad física, lo que conlleva una disminución progresiva de la fuerza muscular, la flexibilidad y por consiguiente el aumento de peso (13-14). Todo esto provoca que muchos individuos tengan bastantes problemas para realizar actividades tan esenciales de la vida diaria como levantarse o sentarse. Otro aspecto importante que hay que considerar cuando se valora la vida diaria del individuo con dolor son las alteraciones del sueño, que son comunes en estos pacientes y pueden deberse a problemas relacionados con la cantidad y con la calidad del mismo e, incluso, ser indicativos de problemas de salud física y mental (3). Pueden llegar a aumentar el estrés de la vida cotidiana, producir alteraciones de la memoria y de la capacidad cognitiva, e incluso un aumento en el número de errores en la realización de las tareas en el trabajo y en el hogar.

Como previamente se ha mencionado, el impacto que esta entidad provoca en el ámbito laboral es importante. Los pacientes pierden días de trabajo, tienen, muchas veces, que cambiar de responsabilidades laborales, o bien de trabajo, e incluso, llegar a perderlo. En España, se ha visto que hasta un 12% de las personas con dolor crónico pierden su puesto laboral (10). La vida social es otro de los aspectos que se ve condicionado, provocando una clara disminución de las actividades del tiempo libre y de los contactos sociales (3), no solo de los pacientes, sino también de sus familiares (15).

Por todo lo expuesto, queda bien plasmado cómo el dolor crónico afecta las distintas esferas de los pacientes que lo padecen, por ello es preciso conocer el entorno que rodea a estas

personas para realizar un **enfoque integral, amplio y multidisciplinar**, donde tanto los tratamientos farmacológicos como las medidas no farmacológicas y de promoción de hábitos saludables, permitan una mejoría global de la patología dolorosa y de su repercusión personal, social y económica.

Bibliografía

1. Sternke EA, Abrahamson K, Bair MJ. Comorbid Chronic Pain and Depression: Patient Perspectives on Empathy. *Pain Manag Nurs.* 2016;17(6):363-371. DOI:10.1016/j.pmn.2016.07.003.
2. O'Donnell MJ, Diener HC, Sacco RL, Panju AA, Vinisko R, Yusuf S, PRoFESS trial. Chronic pain syndrome after ischemic stroke: PRoFESS trial. *Stroke.* 2013;44(5):1238-43. DOI:10.1161/STROKEAHA.111.671008. Epub 2013 Apr 4.
3. Breivik H, Collett B, Ventafridda V, Cohen R, Gallacher D. Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life, and treatment. *Eur J Pain.* 2006;10(4):287-333. DOI:10.1016/j.ejpain.2005.06.009
4. Català E, Reig E, Artés M, Aliaga L, López JS, Segú JL. Prevalence of pain in the Spanish population: telephone survey in 5000 homes. *Eur J Pain.* 2002;6(2):133-40. DOI:10.1053/eujp.2001.0310
5. Van Hecke O, Torrance N, Smith BH. Chronic pain epidemiology and its clinical relevance. *British Journal of Anaesthesia.* 2013; 111(1): 13-18 DOI:10.1093/bja/aet 123
6. Sendra-Gutiérrez JM, Asensio-Moreno I, Vargas-Aragón ML. Characteristics and factors associated with depression in the elderly in Spain from a gender perspective. *Actas Esp Psiquiatr.* 2017 Sep;45(5):185-200
7. Pérez C, Ribera MV, Gálvez R, Micó JA, Barutell C, Failde I, Sánchez-Magro I, Stern A. High prevalence of confirmed, but also of potential and believed, neuropathic pain in pain clinics. *Eur J Pain.* 2013;17(3):347-56. DOI:10.1002/j.1532-2149.2012.00204.x
8. Fernández López JC. Artrosis. Fisiopatología, diagnóstico y tratamiento. *Epidemiología de la artrosis en España (capítulo 2).* 2010: 19-30.

9. Collado A, Gomez E, Coscolla R, Sunyol R, Solé E, Rivera J, Altarriba E, Carbonell J, Castells X. Work, family and social environment in patients with Fibromyalgia in Spain: an epidemiological study: EPIFFAC study. *BMC Health Serv Res.* 2014; 14:513. DOI:10.1186/s12913-014-0513-5.
10. Dueñas M, Salazar A, Ojeda B, Fernández-Palacín F, Micó JA, Torres LM, Failde I. A nationwide study of chronic pain prevalence in the general spanish population: identifying clinical subgroups through cluster analysis. *Pain Med.* 2015; 16(4):811-22. DOI:10.1111/pme.12640
11. Ohayon MM, Stingl JC. Prevalence and comorbidity of chronic pain in the German general population. *J Psychiatr Res.* 2012; 46(4):444-50. DOI:10.1016/j.jpsychires.2012.01.001
12. Torralba A, Miquel A, Darba J. Situación actual del dolor crónico en España: iniciativa “Pain Proposal”. *Rev Soc Esp Dolor.* 2014; 21(1): 16-22.
13. Bassols A, Bosch F, Baños JE. How does the general population treat their pain? A survey in Catalonia, Spain. *J Pain Symptom Manage.* 2002; 23(4):318-28.
14. Miró J, Paredes S, Rull M, Queral R, Miralles R, Nieto R, Huguet A, Baos J. Pain in older adults: a prevalence study in the Mediterranean region of Catalonia. *Eur J Pain.* 2007; 11 (1): 83-92. DOI:10.1016/j.ejpain.2006.01.001
15. Ojeda B, Salazar A, Dueñas M, Torres LM, Micó JA, Failde I. The impact of chronic pain: the perspective of patients, relatives, and caregivers. *Fam Syst Health.* 2014; 32(4): 399-407. DOI: 10.1037/fsh0000069. Epub 2014 Jul7.