

Aspectos epidemiológicos relacionados con el dolor en la población adulta

Epidemic aspects related with pain in the adult population

Dr. Roberto Medrano García ^I; Dr. C Ariel Varela Hernández ^{II}; Dr. Miguel Domínguez Nápoles ^{III}; Dr. Guillermo Pardo Camacho ^{IV}; Dra. Yamila Acosta Davison ^V; Dr. C. Guillermo Pardo Cardoso ^{VI}

I Especialista de II Grado en Neurocirugía. Profesor Auxiliar. Hospital Universitario Manuel Ascunce Domenech. Camagüey, Cuba. rmedrano@finlay.cmw.sld.cu

II Doctor en Ciencias Médicas. Especialista de II Grado en Neurocirugía. Profesor Asistente.

III Especialista de II Grado en Neurocirugía. Profesor Instructor.

IV Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Profesor Instructor.

VI Doctor en Ciencias Físico Matemáticas. Profesor Titular.

RESUMEN

Fundamento: el dolor constituye una problemática que rebasa el marco estrictamente personal y sanitario para convertirse en un problema o enfermedad social. **Objetivo:** caracterizar algunas variables epidemiológicas en las personas afectas de dolor en la población adulta de la ciudad de Camagüey. **Métodos:** se realizó un estudio de corte observacional, explicativo y transversal en la población adulta de la ciudad de Camagüey desde enero de 2005 hasta abril de 2007. Se utilizaron técnicas de distribución de frecuencias, por ciento y test de hipótesis de proporciones. Se estudiaron las principales variables epidemiológicas relacionadas con el dolor **Resultados:** el 67% de las personas estudiadas refirieron dolor, el 58,7% de los mismos con valores de tres a cinco de la escala analógica, el dolor crónico se presentó en el 33,4%, un 55,4% mostró una edad entre 31 y 50 años, la prevalencia fue del 95,7 % para la raza blanca, las osteoartropatías fueron las más frecuentes dentro de las patologías encontradas con el 53,9%, el 40,7% acudió a consulta

pero se automedicaban el 57,5% de las personas. **Conclusiones:** existe una alta prevalencia del dolor en la población camagüeyana, presentándose de forma persistente o crónica en dos de cada tres personas de la muestra.

DeCS: DOLOR/epidemiología;MEDICINA SOCIAL; PREVALENCIA; ESTUDIOS TRANSVERSALES; ADULTO

ABSTRACT

Background: pain constitutes a problem that exceeds the strictly personal and health framework to become a problem or social illness. **Objective:** to characterize some epidemic variables in people affected of pain in the adult population of Camagüey city. **Method:** an observational, explanatory and cross-cut study in the adult population of Camagüey city was conducted from January 2005 to April 2007. Frequency distribution techniques were used; percent and proportions hypothesis tests were used. The main epidemic variables related with pain were studied. **Results:** the 67% of studied people referred pain, the 58,7% of them with values from three to five of the analog scale, chronic pain was presented in 33,4%, the age group between 31 and 50 years predominated, the white race was the one that prevailed with the 95,7%, osteoarthropathies was the most frequent within pathologies with 53,9%, the 40,7% were attended at consultation but were self-medicated the 57,5%. **Conclusions:** a high prevalence of pain in the population of Camagüey exists, being presented persistent or chronic form in two out of three people of the sample.

DeCS: PAIN/epidemiology; SOCIAL MEDICINE; PREVALENCE; CROSS-SECTIONAL STUDIES, ADULT

INTRODUCCIÓN

El dolor se considera una respuesta neurofisiológica muy compleja, que se diferencia notablemente de cualquier otra experiencia sensorial. La complejidad de la respuesta dolorosa hace difícil conceptualizarla adecuadamente. La definición de la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP) es: "el dolor es una experiencia o vivencia sensorial y afectiva desagradable, asociada a lesión tisular real o potencial, que se describe en términos de dicha lesión." ¹

Por su gran repercusión socioeconómica el dolor se considera uno de los principales problemas de salud pública. Dicha repercusión se manifiesta, por

ejemplo, en el hecho de que supone uno de los motivos más frecuentes de consulta médica y de utilización de los servicios de salud, mientras que en lo que a gastos de medicamentos se refiere, los analgésicos constituyen uno de los primeros renglones de consumo, tanto por prescripción médica como por automedicación.

En cualquier caso, el dolor constituye una problemática que rebasa el marco estrictamente personal y sanitario para convertirse en un problema o enfermedad social.²⁻⁵

Algunos autores sugieren que el coste del dolor en todos sus aspectos (diagnóstico, hospitalización, medicamentos, rehabilitación, días perdidos de trabajo, subsidios por invalidez) pueden suponer alrededor del 2,5% del producto interno bruto (PIB) de los países industrializados.⁶

Camagüey es una provincia de la región centro oriental de Cuba con una población estimada en unos 800000 habitantes, residiendo en la ciudad cabecera del mismo nombre unos 300 000 habitantes, con una cobertura total de servicios de salud en la atención primaria y secundaria. Pocos estudios han determinado la presencia de dolor en la población general, cómo repercute en las actividades diarias, la calidad de vida y en la utilización de los recursos sanitarios. La mayoría se han realizado en países anglosajones, Francia, España, norte de Europa e Israel.

En Cuba no hay referencias sobre estudios de esta índole, desconociéndose el comportamiento del problema. Se carece en el Sistema Nacional de Salud de una metodología para la evaluación sistemática e integral del dolor. Por tal razón llevamos a cabo este estudio para caracterizar a las personas afectas de dolor en la población adulta de la ciudad de Camagüey en cuanto a: edad, tipo e intensidad del dolor, causa y localización, asistencia a la consulta médica, modalidades de tratamiento empleadas y la práctica de automedicación.

MÉTODO

Se realizó un estudio de corte observacional, descriptivo y transversal en la ciudad de Camagüey, desde enero de 2005 hasta abril de 2007. Se diseñó la muestra por conglomerados a partir de la selección al azar de dos cuadras de habitantes correspondientes a las áreas de salud PIRRE, Norte, Centro y Tula Aguilera, comprobándose que el número de personas incluidas tuvo un número similar en cada una de las mismas.

La muestra quedó constituida por 113 individuos que se sometieron a una entrevista mediante la visita al hogar. En cada caso se llenó una encuesta con las variables: Presencia de dolor, Edad, Tipo de dolor, Localización, Causa, Intensidad del dolor, Asistencia a consulta médica, Modalidades terapéuticas, Automedicación y Limitaciones.

Mediante el paquete estadístico SPSS versión 15.0 se procesó la información mediante distribuciones de frecuencias y por ciento, así como test de hipótesis de proporciones con un intervalo de confianza del 95%.

RESULTADOS

Del total de 113 personas, 79 refirieron haber sufrido dolor en las últimas cuatro semanas en relación al momento de la entrevista (69,9% de la muestra). Predominó el dolor persistente y el crónico, ambos tipos representaron el 32,91% y el 48,1% del total de individuos con dolor respectivamente. Los grupos de edades más afectados fueron en orden de frecuencia el de 51 a 70, seguido por el 31 a 50 (55,69% y 55,69% en cada caso). (Tabla 1)

Tabla 1. Individuos según edad y tipo de dolor

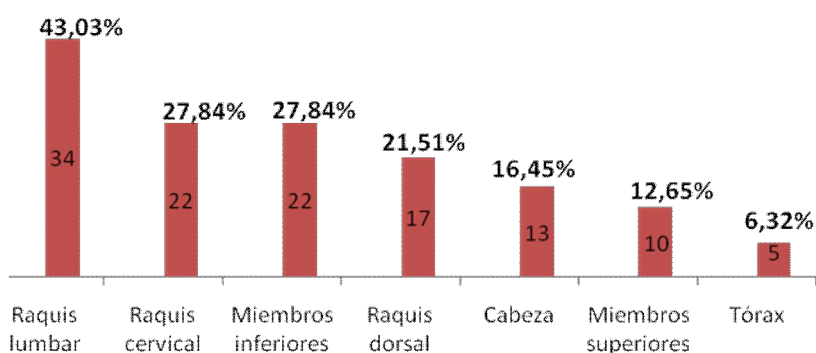
Edad	Tipo de dolor				
	Agudo	Persistente	Crónico	Total	Porcentaje
18-30 años	1	1	0	2	2,53
31-50 años	6	17	21	44	55,69
51-70 años	5	8	13	26	32,91
+ 70 años	3	0	4	7	8,86
Total (n=113)	15	26	38	79*	69,9**
Porcentaje	18,98	32,91	48,1		

Leyenda: * $p < 0,05$. ** Se calcula el % con respecto a la muestra.

Fuente: encuesta

La localización más frecuente de dolor fue la del raquis lumbar con 34 pacientes (43,03% del grupo de individuos con dolor), seguida del raquis cervical y de los miembros inferiores con 22 enfermos (27,84%) en cada caso. (Gráfico 1)

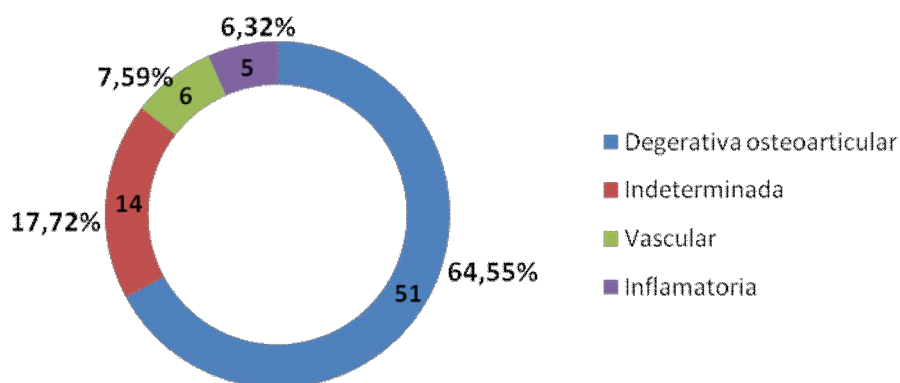
Gráfico 1. Individuos según localización del dolor. (n=79)



Fuente: encuesta

La causa que más se registró fue la enfermedad degenerativa osteoarticular en 51 pacientes (64,55%). Les siguió la causa desconocida en 14 individuos (17,72%), referida principalmente por personas que no fueron estudiadas por los médicos. (Gráfico 2)

Gráfico 2. Pacientes según etiología del dolor. (n=79)



Fuente: encuesta

La intensidad del dolor evaluada por la Escala Analógica Visual (EAV) discriminó que la mayoría de las personas con dolor referían intensidades entre 3 y 5 de un máximo de 10; el 21,51% intensidad de 3, el 20,25% intensidad de 5 y el 17,72% intensidad de 4. Por otro lado, los pacientes que mostraron los valores más elevados de intensidad del dolor presentaron modalidad crónica (10 de los 11 enfermos con valor de 8 en la EAV). (Tabla 2)

Tabla 2. Individuos según el valor de la Escala Analógica Visual y tipo de dolor

Escala Analógica	Tipo de dolor				Porcentaje
	Agudo	Persistente	Crónico	Total	
1	0	2	0	2	2,53
2	0	8	2	10	12,65
3	6	7	4	17	21,51
4	3	5	6	14	17,72
5	3	2	11	16	20,25
6	0	1	4	5	6,32
7	1	0	0	1	1,26
8	1	0	10	11	13,92
9	1	0	0	1	1,26
10	0	1	1	2	2,53

Fuente: encuesta

El 40,7% de las personas que experimentaron dolor acudieron a consulta, mientras que el 57,5% se automedicó, los analgésicos y los antiinflamatorios no esteroideos (AINES) fueron los fármacos más frecuentemente utilizados. (Tablas 3 y 4)

Tabla 3. Distribución de individuos según su asistencia a la consulta médica

Individuos encuestados	Frecuencia	%
------------------------	------------	---

No asistió	33	41,77
Asistió	46	58,22
Total	79	100

Fuente: encuesta.

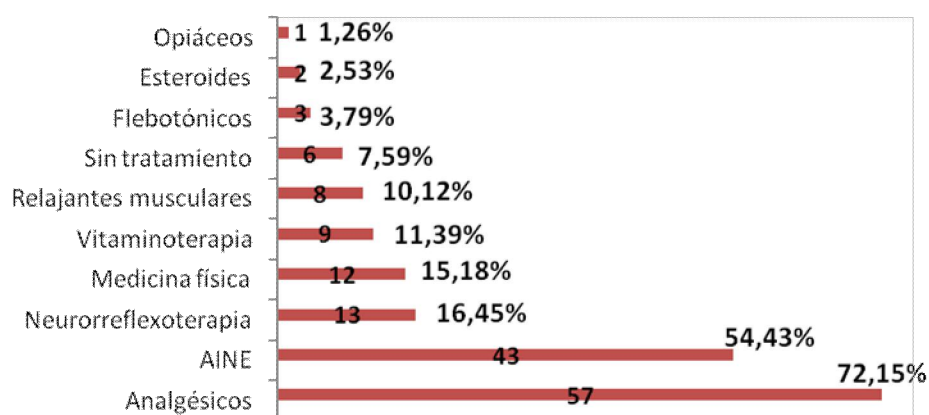
Tabla 4. Distribución de individuos en relación a la automedicación

Pacientes encuestados	Frecuencia	%
No se automedica	14	17,72
Se automedica	65	82,27
Total	79	100

Fuente: Encuesta

Los analgésicos y los antiinflamatorios no esteroideos (AINES) fueron los fármacos más utilizados (72,15% y 54,43% respectivamente). Sólo acudieron a tratamiento con técnicas neuroreflexoterápicas y de medicina física menos de un 15%. El 7,59% de las personas que experimentaron dolor se abstuvieron de utilizar alguna medida para el alivio del mismo, pero con intensidades bajas en la EAV. (Gráfico 3)

Gráfico 3. Pacientes según modalidad terapéutica empleada. (n=79)

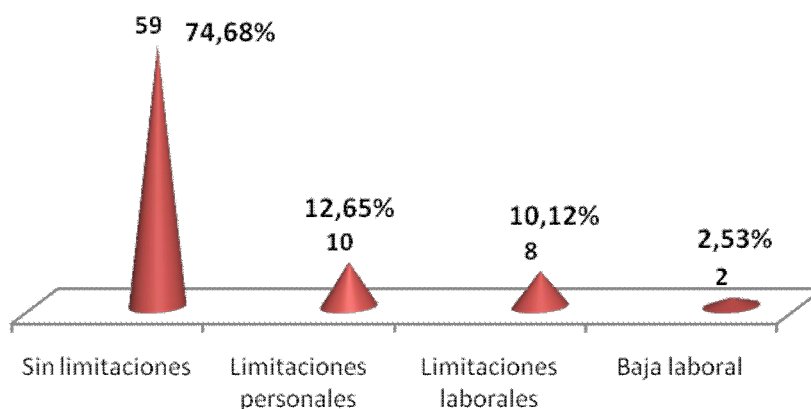


Fuente: encuesta

El dolor provocó limitaciones habituales en su vida solo en diez de las personas afectadas (12,65%) y limitaciones laborales en ocho (10,12%). El 2,53% de

las personas con dolor fueron baja laboral. Todo lo cual nos indica que a pesar de altas gradaciones de dolor en un número importante de individuos, esto no significó una repercusión de gran magnitud en la actividad social de los mismos. (Gráfico 4)

Gráfico 4. Pacientes según limitaciones causadas por el dolor. (n=79)



Fuente: encuesta

DISCUSIÓN

Cada año entre el 15 y el 20% de la población total de los Estados Unidos experimenta dolor agudo. El dolor crónico es dos veces más común. Este es la razón más frecuente de consultas médicas, excediendo los 200 millones anuales.⁷⁻¹⁰ En nuestra casuística se obtuvo un 13,3% de dolor agudo y el dolor crónico cuadruplicó al primero. Si bien es cierto que se han conseguido grandes avances en el tratamiento del dolor agudo y en el dolor oncológico, no ha sido así en el dolor crónico.¹¹⁻¹⁴ La industria, el tráfico, la cirugía, el deporte y las enfermedades producen un gran número de pacientes con dolor crónico, que los avances médicos no han conseguido frenar. Entre el uno y 10% de la población general sufre dolor crónico intenso y persistente con discapacidad y con grandes dificultades terapéuticas. Este problema va en aumento. El dolor es muy costoso a los empleadores norteamericanos, aproximadamente llegan a los 80000 millones de dólares y cerca de 50 millones de días de trabajo perdidos, por lo que se considera un gran problema social y personal.¹⁵⁻¹⁸ En nuestra investigación se obtuvo alrededor del 9% de personas con las características de dolor crónico intenso, definidas por una EAV entre ocho y diez.

Hay disturbios psicológicos mayores concomitantes con el dolor: ansiedad, depresión, sueño pobre y sufrimiento existencial. Las actividades preventivas con estrategias que incluyen una valoración, diagnóstico y terapéutica precoces deben evitar la cronicidad.¹⁹

En un estudio colaborativo publicado en el escenario de la atención primaria, la OMS reveló que el dolor persistente afligía entre el 5,3 y el 33% de los individuos residentes tanto en países en desarrollo como desarrollados. La frecuencia más baja fue reportada en Nigeria y la mayor en Santiago, Chile. El estudio reveló que el dolor persistente estaba asociado con depresión, la cual afectaba la calidad de vida y redujo el nivel de actividad diaria de los afectados. Se concluyó que la necesidad esencial de trabajar y obtener ganancias puede haber sido una razón por la que mucha gente en países en desarrollo toleran el dolor en vez de ver a los médicos o concurrir a los hospitales. Por lo tanto, la falta de una adecuada red de soporte social y de salud, las implicaciones del costo y la seguridad del trabajo deben influenciar la extensión en la cual las personas de estos países sufren dolor y no buscan ayuda,²⁰ lo que no ocurre en el nuestro, pero si resulta significativo el alto nivel de automedicación en la muestra poblacional estudiada.

Una encuesta a gran escala en Australia en 17000 adultos con dolor diariamente por al menos tres meses (dolor crónico) arrojó un rango de prevalencia de 18,5% y en un estudio similar en Dinamarca se obtuvo un rango de prevalencia del 19%.^{21, 22}

Un detallado estudio de la prevalencia, severidad, tratamiento e impacto social del dolor crónico se llevó a cabo recientemente en 15 países europeos. La prevalencia del dolor crónico estuvo en un rango entre 12 y 30%, cifras similares a aquellas del estudio de la OMS y las nuestras.

Los sitios comunes de dolor fueron la cabeza y el cuello, rodillas y la región lumbar, lo que coincide con nuestros hallazgos. De los respondientes, el 25 % tenía dolor de cabeza o cuello. Aunque el dolor lumbar puede tener una causa neurológica, lo real fue que en la gran mayoría el dolor fue el resultado de desórdenes musculoesqueléticos y mecánicos. Los autores concluyeron que uno de cada cinco europeos sufren de dolor crónico el cual es de moderada severidad en dos tercios y severo en el resto. El estudio también reveló que, en opinión del 40% de los respondientes, su dolor no se trató satisfactoriamente y el 20% reportó depresión. En términos económicos, el 61% eran menos capaces o incapaces de trabajar fuera de sus casas, el 19% había perdido sus empleos debido al dolor y otro 13% había cambiado su trabajo por la misma razón.²³ En nuestra casuística estas cifras son inferiores.

Es evidente por lo tanto para las tres encuestas (previas) que un rango de prevalencia para dolor crónico entre 18-20% debe ser esperado en poblaciones adultas seleccionadas al azar de países desarrollados.^{24,25}

CONCLUSIONES

El dolor está presente en una gran parte de la población adulta estudiada. La mayoría lo experimenta de forma crónica y habitualmente se relaciona con las enfermedades degenerativas del raquis lumbar. Aún muchas de estas personas no acuden al médico y se automedican, los analgésicos y los AINES son los fármacos que más se emplean. A pesar de lo anterior, la mayoría de estos individuos no muestran limitaciones en su desempeño personal ni laboral.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- Rodríguez VM. Dolor. En: Dávila Cabo de Villa E, Gómez BC, Álvarez BM, Saíenz CH, Molina LRM, editores. Anestesiología Clínica. Rodas: Damují; 2001.p. 227-52.
- 2- Andersson HI. The course of non-malignant chronic pain: a 12-year follow-up of a cohort from the general population. *Eur J Pain*. 2004; 8:47-53.
- 3- Blyth F, March L, Brnabic A, Cousins M. Chronic pain and frequent use of health care. *Pain*. 2004; 111:51-8.
- 4- Mäntyselkä PT, Turunen JH, Ahonen RS, Kumpusalo EA. Chronic pain and poor self-rated health. *JAMA*. 2003; 290:2435-42.
- 5- Covarrubias Gómez A, Guevara López U, Lara Solares A. Características de los enfermos que acuden a clínicas del dolor por primera vez. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2008; 46(5):467-72.
- 6- Ceraso OL. Profilaxis del Dolor. *Dynia*. 2000; 5:13-47.
- 7- Friebem C H, Willweber-Strumpf A, Zenz M. Chronic pain in primary care. German figures from 1991 and 2006. *BMC Public Health* [serie en internet]. 2009 [citado 11 sept 2009]; 9: [aprox. 10 p.]. Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/9/299>

- 8- González Rendón C, Moreno Monsiváis MG. Manejo del dolor crónico y limitación en las actividades de la vida diaria. *Rev Soc Esp Dolor*. 2007; 6: 422-7.
- 9- Neville A, Peleg R, Singer Y, Sherf M, Shvartzman P. Chronic pain: a population-based study. *Isr Med Assoc J*. 2008; 10:676-80.
- 10-Vidal F. El dolor es una batalla que todavía no hemos ganado. *Dolor*. 2000; 15:146-8.
- 11-Carretero Colomer M. Dolor crónico intenso. Nuevas perspectivas en el tratamiento. *OFFARM*. 2008; 27(2):85-6.
- 12-Cruccu G. EFNS guidelines on neuropathic pain assessment. *Eur J Neurol*. 2004; 11:153-62.
- 13-Medina-Gutiérrez AA, Hernández-Santos JR, Tenopala S. Uso de la estimulación espinal en pacientes con dolor crónico intratable en la Clínica del Dolor del C.M.N. "20 de Noviembre" del ISSSTE. Nuestra experiencia. *Rev Soc Esp Dolor*. 2008; 2:94-103.
- 14-Moulin DE, Clark AJ, Speechley M, Morley-Forster PK. Chronic pain in Canada: prevalence, treatment, impact and the role of opioid analgesia. *Pain Res Manag*. 2002; 7:179-84.
- 15-Bassols A, Bosch F, Baños JE. Epidemiología del dolor en la población general. *Dolor*. 2000; 15:149-58.
- 16-Breivik H, Roseland A, Romundstad L. Assessment of Pain. *Brit J Anesth*. 2008; 10(3):25-32.
- 17-Gibson SJ. IASP global year against pain in older persons:highlighting the current status and future perspectives ingeriatric pain. *Expert Rev Neurother*. 2007; 7:627-35.
- 18-Phillips C. Manejo del dolor: Reflexiones sobre la Economía de la Salud y la Calidad de Vida. *Drugs*. 2003; (Suppl 2):47-50.
- 19-Valls-Llobet C. Dolor crónico y fatiga crónica: una asignatura pendiente. *Medicina Clínica*. 2003; 11: 412-3.
- 20-Gureje O. Persistent pain and well-being: a World Health Organization study In primary care. *JAMA*. 1998; 280:147-51.
- 21-Blyth FM. Chronic pain in Australia: a prebalance study. *Pain*. 2001; 89:127-34.
- 22-Eriksen J. Epidemiology of chronic non-malignant pain in Denmark. *Pain*. 2003; 106:221-8.
- 23-Breivik H, Collet B, Ventafridda V. Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life and treatment. *Eur J Pain*. 2006; 10:287-333.
- 24-Sjogren P, Ekholm O, Peuckmann V, Gronbaek M. Epidemiology of chronic pain in Denmark: an update. *Eur J Pain*. 2009; 13:287-92.

25-World Health Organization. Neurological disorders: public health challenges. Washington: WHO; 2006.

Recibido: 10 de octubre de 2009

Aprobado: 19 de mayo de 2010

Dr. Roberto Medrano García. Email: rmedrano@finlay.cmw.sld.cu