

10 artículo

Antonia Bassols [[Buscar autor en Medline](#)]

Josep-E. Baños [[Buscar autor en Medline](#)]



La epidemiología del dolor en España

[Ver resumen y puntos clave](#)

[Ver texto completo](#)

[Volver al sumario](#)

Texto completo

CONSIDERACIONES GENERALES

El dolor es una experiencia humana universal y un problema de salud pública de gran importancia en todo el mundo. En el año 2004 *la International Association for the Study of Pain (IASP)* y la *World Health Organization (WHO)* anunciaron el alivio del dolor como uno de los derechos humanos fundamentales⁴.

Afecta, de forma relevante, la calidad de vida de la población general con importantes consecuencias personales, familiares y laborales. Limita la actividad habitual, obliga a guardar reposo en cama, es motivo de incapacidad laboral e incluso genera invalidez total. El dolor es uno de los principales problemas de salud pública por su gran repercusión socioeconómica. Constituye uno de los motivos más frecuentes de utilización de los servicios de salud⁵⁻⁷. Genera muchas consultas médicas, comporta la realización de múltiples pruebas diagnósticas, conlleva el empleo de diversas estrategias terapéuticas y también el uso múltiples terapias complementarias. Los analgésicos son el primer grupo de consumo de medicamentos, tanto por prescripción médica como por automedicación^{8,9}. Algunos autores^{10,11} han sugerido que los costes directos e indirectos generados por el dolor pueden suponer alrededor del 2,8 % del Producto Nacional Bruto de los países industrializados. De todo lo descrito se deduce que el dolor constituye una problemática que sobrepasa el marco estrictamente personal y sanitario para convertirse en un problema o enfermedad social. En este sentido, Wall y Jones¹² definieron el dolor en las sociedades occidentales como una epidemia silenciosa.

Crombie¹³ ha sugerido que los estudios epidemiológicos proporcionan importantes evidencias sobre el grado de afectación del dolor, contribuyen a entender las causas y prevenirlas y ayudan a mejorar la planificación sanitaria. En este contexto los estudios epidemiológicos permitirían establecer la dimensión del problema y posibilitarían el desarrollo de medidas específicas para su solución.

En los últimos veinte años diversos estudios han determinado la presencia de dolor en la población general, la mayoría realizados en

bibliografía

1. Bassols A, Bosch F, Campillo M, Cañellas M, Baños JE. An epidemiological comparison of pain complaints in the general population of Catalonia (Spain). *Pain* 1999; 83:9-16.
2. Gabinete de Estudios Sociológicos Bernard Krief. Libro Blanco sobre el dolor: El dolor en la práctica diaria del médico de atención primaria. Madrid, 1998.
3. Català E, Reig E, Artés M, Aliaga L, López S, Segú JL. **Prevalence of pain in the Spanish population: telephone survey in 5000 homes.** *Eur J Pain* 2002; 6:133-140.
4. Brennan F, Cousins MJ. Pain relief as a human right. *Pain: Clin Updates* 2004; XII(5):1- 4
5. Frölund F, Frölund C. Pain in general practice, pain as a cause of patient-doctor contact. *Scand J Prim Health Care* 1986; 4:97-100.

Ver más

enlaces

No hay enlaces de interés



un grupo reducido de países de influencia anglosajona y en el norte de Europa^{10,14-27}. De forma global, estos estudios evidencian una elevada prevalencia, pero con una gran variabilidad. Sin embargo, los resultados son similares respecto a las características del dolor: es más frecuente en mujeres, aumenta con la edad, predomina el dolor de larga duración y las localizaciones más citadas son la espalda, la cabeza y las extremidades inferiores. En general, se ha observado una limitación de la actividad habitual y unas importantes pérdidas de días de trabajo. Solo algunos estudios determinan una gran utilización de los servicios de salud con un elevado número de consultas a diferentes profesionales y la realización de diferentes estrategias terapéuticas. Últimamente se han publicado algunos estudios en grupos concretos de dolor relacionados con la importante repercusión económica. En Australia el dolor crónico motiva una elevada utilización de los servicios de salud²⁸ y la migraña en Francia y en España^{29,30} genera un elevado coste económico.

La importante variabilidad en la prevalencia podría explicarse, en parte, por las limitaciones metodológicas inherentes a este tipo de estudios, ya sea por la utilización de diferentes definiciones de dolor, por la dificultad en el conocimiento exacto del diagnóstico etiológico, como por la complejidad de este síntoma. Además, los estudios han evaluado la presencia de dolor en períodos diferentes y se consideran preferentemente los dolores crónicos. Un problema adicional es la imposibilidad de que los estudios epidemiológicos sobre dolor no puedan extrapolarse automáticamente de unos países a otros por las limitaciones ya mencionadas y la existencia de múltiples factores que los diferencia como geográficos, sociales, religiosos o culturales.

LOS ESTUDIOS REALIZADOS EN ESPAÑA

El primer estudio realizado en España sobre prevalencia del dolor en la población general, así como sus características, las diferentes opciones terapéuticas y las repercusiones personales, sociales y laborales, se llevó a cabo en Cataluña en una muestra representativa y aleatoria de 1964 personas adultas mediante una encuesta telefónica donde se analizó la presencia de dolor durante el último medio año³¹⁻³³.

Posteriormente se han publicado otros dos estudios sobre el mismo tema en la población general española. El primero realizado por el *Gabinete de Estudios Sociológicos Bernard Kieffer*² en una muestra de 15.167 personas obtenidas mediante una entrevista al cabeza de familia de 5.068 hogares urbanos, se analizó la presencia de dolor durante los dos meses anteriores. Además de forma complementaria se realizó una encuesta de opinión a 3.262 personas de la muestra anterior que habían padecido algún tipo de dolor. En el tercer³, realizado en una muestra de 4.695 personas adultas de las diferentes CC.AA. de España mediante una entrevista telefónica, se analizó el dolor del día anterior, el tratamiento y las consecuencias.

PREVALENCIA Y CARACTERÍSTICAS DEL DOLOR

El estudio de Bassols et al.³¹, ya citado en la sección anterior,

estableció una prevalencia global elevada, pues el 78,6% de los entrevistados refirió tener o haber tenido dolor en una o más partes de su cuerpo durante el último medio año (**Tabla 1**). Las mujeres manifestaron dolor con más frecuencia y además lo refirieron en más localizaciones simultáneamente. Se observó una tendencia a que la prevalencia aumentara con la edad, aunque sólo el grupo de personas con más de 70 años era significativamente inferior al grupo de menos de 30 años. No se determinaron diferencias significativas respecto a las demás variables sociodemográficas (población, estado civil, nivel de estudios, situación laboral y clase social). En este estudio, las localizaciones más citadas fueron espalda (área dorsal y lumbar) en más del 50%, así como cabeza y extremidades inferiores. Si se incluyeran las cervicalgias, la prevalencia del dolor de columna sería superior al 70%.

Las etiologías más citadas por los entrevistados fueron las enfermedades osteoarticulares (de predominio en mujeres y aumentando con la edad), la migraña (también de predominio en mujeres, sobretodo jóvenes y destacando una importante disminución a partir de los 50 años) y las laborales. El dolor dental, las gastropatías y las cardiopatías fueron más frecuentes en hombres. Destaca la dismenorrea como causa del 71,5% de los dolores abdominales en mujeres de menos de 50 años.

Predominó el dolor de larga evolución, ya que el 84% de los pacientes refirió que se había iniciado más de 6 meses atrás. Los episodios eran más frecuentes y de más larga duración en mujeres, mientras que los dolores breves predominaron en hombres. El dolor era de intensidad considerable, una cuarta parte de personas lo calificó de muy intenso o insoportable, con una puntuación media de 6 en una escala numérica de 1 a 10. Las mujeres y las personas mayores refirieron dolores de intensidad más elevada.

El dolor de espalda fue el más frecuente, predominó en mujeres y fue similar en todas las edades, la mayoría debido a problemas osteoarticulares y profesionales, destacando que un 23% desconocía la causa. El dolor era de larga evolución, y la mayoría refería que lo padecía desde hacía más de tres años, con episodios muy frecuentes, de predominio continuo y de duración variable, destacando un grupo importante (27%) de más de una semana. La intensidad fue considerable, un 17% entre muy intenso e insoportable y con una media de 6 en la escala numérica de 1 a 10³².

La cefalea fue el segundo dolor más referido, aparece sobretodo en mujeres y personas más jóvenes y en un 65% es atribuible a migraña³³. La cefalea era de larga evolución, con episodios frecuentes, de duración bastante corta y de elevada intensidad (un 26% entre muy intenso e insoportable y con una media de $6,3 \pm 1,8$ en la escala numérica de 10 puntos). El dolor en extremidades inferiores, preferentemente en mujeres y personas mayores, y siendo las enfermedades osteoarticulares el 50% de sus etiologías.

El estudio en la población española realizado por el *Gabinete de Estudios Sociológicos Bernard Kieffer* determinó una prevalencia en los dos meses anteriores a la entrevista del 54,9% (**Tabla 2**), con un predominio en mujeres y personas de más de 61 años. Los tipos de

dolor más frecuentes fueron los de origen ORL (25%), los reumáticos (21%) y los musculoesqueléticos (12%).

El tercer estudio de Català et al.³ mostró una prevalencia de dolor inferior a los estudios anteriores, principalmente debido a que se analizó sólo el dolor del día de la entrevista y de la semana anterior, siendo los resultados del 29,6% y 43,2%, respectivamente. También confirmó la mayor prevalencia en las mujeres y su relación con la edad. Las localizaciones más habituales fueron la espalda, las extremidades inferiores (que aumentaba con la edad) y la cabeza (que disminuía con la edad). Predominó el dolor de larga evolución, pues un 60,5% declaró tener el proceso dolor desde hacía más de tres meses. Los dolores más intensos fueron los de extremidades inferiores, espalda y cabeza (**Tabla 3**).

CONDUCTA TERAPÉUTICA

El dolor motivó el seguimiento de diversas opciones para tratarlo (**Tabla 4, Figuras 1 y 2**), siendo las más escogidas la consulta médica seguida de automedicación, las terapias complementarias, la rehabilitación física y el ingreso hospitalario. Pese a todo, un 10,6% se abstuvieron de cualquier tratamiento. Se evidenció una clara relación entre la intensidad del dolor y la conducta escogida. A menudo se optó por más de una terapia³¹.

La visita médica fue la opción más elegida, y casi la mitad la asociaron a otras opciones, sobre todo medicinas complementarias y rehabilitación física. Las mujeres y las personas con dolores intensos fueron quienes consultaron más al médico. El número de visitas aumentó con la edad y la mayoría realizadas en centros del *Servei Català de la Salut* (72,6%). Los dolores que generaron mayor número de consultas fueron los de espalda, extremidades inferiores y cabeza (**Tabla 5**). El tratamiento más prescrito fue el farmacológico, empleando un largo número de medicamentos, siendo los AINE (70%) los fármacos más citados, seguidos de los antibióticos, los antiácidos, los psicotrópicos, los preparados de calcio y los corticoides. Los analgésicos más prescritos fueron el paracetamol, el diclofenaco y los salicilatos. El alivio del dolor fue variable, elevado en odontalgias, cefaleas y dolores abdominales, y peor en dolores de columna y extremidades inferiores.

Eligieron más la automedicación las mujeres, las personas jóvenes, con dolores de mediana intensidad y con frecuencia por cefaleas y odontalgias. Más de la mitad la asociaron a otras opciones terapéuticas. La mayoría de personas conocía el nombre del medicamento (96,7%), sobre todo escogido por iniciativa propia. El analgésico más citado fue ácido acetilsalicílico seguido de paracetamol. Su elección varió según la edad y el sexo: el uso de ácido acetilsalicílico aumentó con la edad y el de paracetamol siguió una evolución inversa, y los hombres optaron más por el ácido acetilsalicílico (**Figuras 3 y 4**).

Las mujeres y las personas de mediana edad fueron las que escogieron más a menudo alguna forma de terapia complementaria, habitualmente asociada a otras opciones terapéuticas. Las localizaciones más frecuentes fueron columna vertebral y abdomen y la intensidad del dolor elevada. Se utilizaron múltiples remedios,

como infusiones, masajes, calor local, acupuntura, naturopatía, consulta a la curandera y homeopatía.

Siguieron algún tipo de rehabilitación tanto hombres como mujeres, menos las personas jóvenes, con dolor de intensidad considerable y sobre todo por dolor de columna y extremidades inferiores. Los procedimientos más usados fueron el ejercicio físico y la electroterapia. Los hombres y las personas mayores fueron los que ingresaron mas al hospital, sobretodo por dolor torácico y de intensidad elevada.

La encuesta complementaria de opinión realizada por el *Gabinete de Estudios Sociológicos Bernard Kie²* señaló que entre el 24% y el 60% de personas consultaron al médico, en función del tipo de dolor (**Tabla 2**). La mayoría siguieron algún tratamiento farmacológico, ya fuera por prescripción facultativa o por automedicación. Las mujeres y las personas con dolor de origen otorrinolaringológico o con dismenorrea fueron las que consumieron más fármacos.

Català et al.³ determinaron que el tratamiento farmacológico lo siguió la mitad de personas entrevistadas, pero una fracción importante se abstuvieron de cualquier tratamiento y algunas escogieron otras opciones terapéuticas, como rehabilitación o terapias complementarias (**Tabla 3**). Los analgésicos más citados fueron el ácido acetilsalicílico, el paracetamol y el metamizol. La mayoría de fármacos eran prescritos por el médico o la enfermera, bastantes en forma de automedicación y sólo algunos recomendados por los familiares, los amigos o el farmacéutico.

REPERCUSIONES DEL DOLOR

El dolor genera importantes repercusiones personales, laborales y sociales. El estudio de Bassols et al.¹ mostró que afectaba la actividad habitual en un 31,7% de personas y que la duración era elevada con una media de 71,1 días, cabe destacar que en un 10% de personas la limitación puede considerarse crónica. El dolor alteró todas las actividades examinadas y el análisis del grado de limitación estableció que en un 10,4% existía una intensa afectación, especialmente de actividades cotidianas como caminar rápido, trabajar, estudiar, realizar los trabajos domésticos, dormir y subir y bajar escaleras. Necesitaron guardar cama un 19,6% de los entrevistados con una media de 13,3 días. Del grupo de personas con trabajo remunerado, un 10,2% precisaron incapacidad laboral transitoria con una duración media de 47,1 días. El dolor motivó un 3,3% de casos de incapacidad total.

El dolor de espalda es el que causó mas repercusiones tanto personales, laborales como sociales. Un 36,7% de personas tuvo limitada su actividad habitual, que fue de larga duración y casi una cuarta parte precisó encamarse bastante más de una semana. Motivó incapacidad laboral transitoria a un 17% de personas, con una duración variable, destacando que en un 20,7% duró mas de medio año. Además ocasionó un 6,5% de personas con incapacidad total.

La encuesta de opinión realizada por el *Gabinete de Estudios Sociológicos Bernard Kie²* determinó que casi la mitad de personas

con dolorse vieron obligadas a reducir o limitar de alguna forma sus actividades habituales en un promedio de 11 días al mes. Una cuarta parte necesitaron guardar cama durante una media mensual de 3,4 días y un 20% faltaron a su trabajo o estudios un promedio de 4,4 días al mes (**Tabla 2**). El estudio de Català et al.³ también demostró que el dolor interfería la realización de diferentes actividades habituales y de relación (**Tabla 3**).

CONCLUSIONES

La prevalencia del dolor en la población general es elevada. Predomina en mujeres y aumenta con la edad. Las localizaciones más frecuentes son la espalda, la cabeza y las extremidades inferiores. Predomina el de larga evolución y de intensidad considerable.

El dolor motiva el seguimiento de múltiples opciones terapéuticas. Las consultas a distintos profesionales son elevadas, el número de visitas aumenta con la edad y acuden más al médica las mujeres. El tratamiento de elección es el farmacológico, ya sea prescrito o en forma de automedicación, que eligen preferentemente las mujeres y las personas jóvenes.

El dolor afecta de manera considerable la calidad de vida. Limita la actividad habitual, incluso llega a imposibilitarla, obliga a guardar cama, genera incapacidad laboral transitoria y puede llegar a causar invalidez total.

Todos los estudios epidemiológicos realizados durante los últimos veinte años evidencian que la prevalencia del dolor se mantiene dentro de unas cifras escandalosamente elevadas. En determinadas ocasiones las opciones terapéuticas son limitadas, pero en la mayoría de situaciones tenemos tratamientos eficaces para aliviar el dolor. Conociendo la magnitud del problema y disponiendo de recursos suficientes, ¿porqué se continua padeciendo dolor?

Evidentemente no existe una respuesta única, pero se podría hablar de tres tipos de factores que explicarían la mala o nula utilización de los tratamientos disponibles: conocimientos insuficientes, habilidades inadecuadas y actitudes negativas. En los planes de estudio de los profesionales sanitarios el dolor no se considera de forma prioritaria, a pesar de ser habitualmente la primera causa de consulta. A menudo se considera solo un síntoma, en ocasiones no se reconocen sus características, a demás es frecuente desconocer el uso adecuado de los analgésicos.

Las habilidades para tratar el dolor son bastante limitadas. No es habitual utilizar métodos adecuados para evaluar el dolor. A menudo el mejor tratamiento seria la asociación de diferentes opciones, como la intervención psicológica, la rehabilitación física o las terapias complementarias.

Respecto a las actitudes negativas, existe tanto entre los profesionales sanitarios como en la población general una creencia errónea de lo que significa el dolor. Es evidente que es necesario mejorar el tratamiento que se da a los pacientes con dolor. ¿Que se puede hacer?

En primer lugar considerar que el tratamiento del dolor tiene que ser multidisciplinar. A nivel de asistencia primaria y hospitalaria se debe informar y formar al personal sanitario implicado. Se tendría que realizar formación continuada en dolor, incluir los tratamientos no farmacológicos, crear servicios de dolor crónico y agudo y hacer campañas educativas periódicas tanto para el personal sanitario como para los pacientes. A demás se debería intervenir a nivel de la administración para adecuar los recursos económicos, mejorar los servicios de salud, y también modificar los planes de estudio de las profesiones sanitarias.

Si el diagnóstico y el tratamiento del dolor fuera adecuado, se disminuiría su prevalencia y el padecimiento de la población y también reducirían los elevados costes socioeconómicos.

