

Dades, reflexions i propostes de millora

Antònia Bassols¹, Montserrat Cañellas¹, Fèlix Bosch² i Josep-Eladi Baños²

¹Servei d'Anestesiologia, Reanimació i Tractament del Dolor. Corporació Parc Taulí, Sabadell. ²Departament de Ciències Experimentals i de la Salut. Facultat de Ciències de la Salut i de la Vida. Universitat Pompeu Fabra.

"Tots hem de morir. Però considero com el meu gran privilegi l'estalvi de dies de tortura. El dolor és un tirà encara més terrible que la pròpia mort."

Albert Schweitzer

Zwischen Wasser und Urwald
(1920)

Resum

Malgrat que els analgèsics constitueixen un dels grups farmacològics més prescrits, la prevalença del dolor és elevada a les societats occidentals. A Catalunya, la situació és molt similar i en el present article hom analitza les dades empíriques i es proposen algunes estratègies per millorar el tractament del dolor al nostre medi.

La magnitud d'un problema: les dades

El dolor és un problema de salut pública de gran importància arreu del món. Avui encara hi ha una gran i àmplia separació entre l'elevat desenvolupament de coneixements sobre ell i l'aplicació efectiva dels tractaments analgèsics. No és doncs estrany que la *International Association for the Study of Pain* (IASP) i la *World Health Organization* (WHO) anunciaren l'any 2004 l'alleujament del dolor com un dels drets humans fonamentals¹.

El dolor és una de les causes que més afecta a la qualitat de vida de la població general amb importants conseqüències en l'àmbit personal, familiar i laboral², tal com demostren els estudis realitzats arreu del món occidental en els darrers vint anys. No és aquest el lloc d'esmentar les troballes de cadascun d'ells i els autors aconsellen la lectura de dues revisions sobre aquest tema als lectors interessats^{3,4}. De forma global, els resultats d'aquests treballs mostren que la prevalença oscil·la molt depenent de les poblacions seleccionades; tanmateix, són similars respecte a les característiques del dolor: és més freqüent en

dones, predomina el dolor de llarga durada, augmenta amb l'edat i hi ha una elevada freqüència de cefalea, mal d'esquena i dolor a les extremitats inferiors. En general s'ha observat una limitació de l'activitat habitual en les persones que pateixen dolor, ha afectat l'activitat laboral i ha generat importants pèrdues de dies de treball. Només alguns dels estudis determinen una gran utilització dels serveis de salut amb un nombre elevat de consultes a diferents professionals i la realització de diferents estratègies terapèutiques. Un estudi realitzat fa uns anys mostrà que les dades de característiques del dolor i de terapèutiques emprades eren similars en la població catalana^{2,5}. S'estudià una mostra representativa de 1.964 persones adultes i s'observà com a dada principal una prevalença de dolor del 78,6%, significativament inferior en homes i amb tendència a augmentar amb l'edat, encara que en el grup de més de 71 anys disminuï. Les localitzacions més habituals del dolor van ser l'esquena (més en dones i en totes les edats), el cap (sobretot en dones i persones joves) i les cames (preferentment en persones grans). Les etiologies més citades foren les malalties osteoarticulars, la migranya i les relacionades amb el treball. La majoria manifestà patir dolor des de feia més de tres anys i el 23% qualificà el dolor entre molt intens i insuportable. L'opció terapèutica més triada fou la visita mèdica (66,3%), seguida de l'automedicació (27,6%), les teràpies complementàries (20,5%), la rehabilitació física (13,8%), l'ingrés hospitalari (2,6%) i un 10,6% s'abstingué de cap tractament. El tractament més prescrit fou el farmacològic. L'àcid acetilsalicílic fou l'analgèsic més escollit per l'automedicació. El dolor afectà l'activitat habitual (31,7%) i durant un llarg període de temps. Les activitats més limitades van ser caminar de pressa, treballar, estudiar, fer la feina de casa, dormir i pujar i baixar escales i manifestaren estar gairebé impossibilitats un 10,4% dels afectats. El dolor motivà enllitament a un 19,6% de persones, baixa laboral a un 10,2% de treballadors remunerats i incapacitat total a un 3,3% de la població amb dolor.

En l'àmbit hospitalari, diversos estudis també han detectat una prevalença elevada de dolor. A Catalunya, el primer estudi fou publicat per Baños i cols.⁶ l'any 1989 en pacients amb dolor postoperatori. Revelà una prevalença elevada en els primers dies després de la intervenció i una terapèutica analgèsica insuficient, tant pel tipus d'analgèsic triat (gairebé sempre un AINE), pauta (majoria "a

Correspondència: Dr. Josep-E. Baños
Facultat de Ciències de la Salut i de la Vida
Universitat Pompeu Fabra
C. Dr. Aiguader, 80
08003 Barcelona
Tel. 93 542 29 50
Adreça electrònica: jbanos@imim.es

demanda"), posologia (dosis massa baixes) com administració (menor de la dosi prescrita). Malauradament, aquestes dades es confirmaren en estudis posteriors. Així, Vallano i cols.⁷ trobaren una prevalença de dolor del 75% el primer dia del postoperatori en pacients intervinguts de cirurgia digestiva, i la seva intensitat fou elevada en un 38% d'ells. L'estudi de Cañellas i cols.⁸ amb pacients adults, pediàtrics i crònics hospitalitzats en àrees mèdiques i quirúrgiques mostrà prevalences de dolor del 55%, 61% i 35%, respectivament. El 45% de pacients adults tenien prescrita terapèutica analgèsica i, malgrat això, un 30% referiren dolor, d'intensitat considerable en el 31% dels quirúrgics i 46% dels mèdics. Els resultats no havien de sorprendre a ningú: eren molt similars als descrits per autors anglosaxons i escandinaus per als seus hospitals en els anys anteriors.⁹ Un estudi recent realitzat a Catalunya analitzant el tractament del dolor en els hospitals més importants ha mostrat que la situació encara es troba lluny de ser òptima i que moltes de les troballes dels anys anteriors persisteixen (Vallano i Baños, dades no publicades).

Creiem que aquestes dades són suficients per establir la importància del problema. El dolor, el més universal dels símptomes, constitueix un problema seriós per la seva freqüència, repercussions i costos de tota mena. En determinades ocasions, les opcions terapèutiques són limitades, com és el cas dels dolors neuropàtics i alguns musculoesquelètics. En d'altres no és així, com en el dolor postoperatori. Però la veritat és que, com mostren els estudis en la població general, una elevada proporció de persones són víctimes de processos dolorosos amb freqüència. Què és pot fer?

El per què de la situació: algunes reflexions i propostes de millora

La consideració que mereix el dolor no pot ser única, doncs cada situació clínica és diferent i la repercussió que té en cada individu no pot ser generalitzada, com passa en qualsevol àmbit de la medicina. Amb objectius merament didàctics, però conscients de la simplificació que suposa, podríem dividir les entitats doloroses segons el grau d'alternatives terapèutiques en quatre grups:

- I. Dolor alleujat adequadament: hi ha remeis d'elevada eficàcia i que són emprats de forma òptima: cefalea de tensió, dismenorrea, neuràlgia del trigemí, migranyes.
- II. Dolor alleujat inadequadament: hi ha remeis d'elevada eficàcia i que són emprats de forma subòptima: dolor postoperatori, dolor neoplàstic.
- III. Dolor alleujat inadequadament: hi ha remeis d'eficàcia parcial i que són emprats de forma òptima o subòptima: radiculopaties, neuràlgia postherpètica, dolor artròsic, artritis reumatoide.
- IV. Dolor alleujat inadequadament: no hi ha remeis clarament eficaços que s'empenen de forma empírica i d'eficàcia imprevisible: fibromiàlgia, algunes lumbàlgies, distròfia simpàtica reflexa.

Els dolors de tipus I no suposen un problema a la clínica, sempre que el diagnòstic sigui adequat i els medicaments s'emprin de forma adequada, com és generalment el cas. Evidentment, una migranya mal classificada o una neuràlgia del trigemí no milloraran fins que es faci un diagnòstic correcte i s'estableixi el tractament que pertoca. En poques ocasions això deixa de ser així. A l'altra banda de l'espectre tenim els dolors de tipus IV, on les possibilitats terapèutiques es troben limitades pel desconeixement de la fisiopatologia de la malaltia. Habitualment els tractaments analgèsics convencionals són ineficaços i el dolor esdevé un malson per als pacients i també per als metges que veuen com els esforços són en va. Els dolors de tipus II i III mereixen una atenció més detallada.

Per què no són emprades òptimament les eines analgèsiques per tractar el dolor quan es troben disponibles? Evidentment no existeix una resposta única en tots els casos, però podríem parlar de l'existència de tres tipus de factors: coneixements insuficients, destreses inadequades i actituds negatives.

El dolor no és considerat de forma prioritària en els plans d'estudi dels professionals sanitaris, malgrat ser sovint la primera causa de consulta. En moltes ocasions es considera només un símptoma i això impedeix que es reconegui que pot esdevenir ell mateix la malaltia. En ocasions, l'absència de reconeixement de les seves característiques subjectives i de les clares diferències d'estímul-resposta d'un pacient a un altre no fa més que empitjorar la situació. Si hi afegim un notable desconeixement de com emprar els analgèsics de forma adequada (el que no vol dir sempre emprar-ne més), les coses empitjoren notablement.

Les destreses per tractar el dolor no es troben gaire desenvolupades en molts professionals. L'ús de mètodes de valoració adequats (més enllà d'una escala analògica visual mal compresa) no és un fet generalitzat. La farmacoteràpia analgèsica com únic mètode de tractament sense consideració de la intervenció psicològica i de la fisioteràpia com opcions terapèutiques, dificulta l'establiment de pautes de tractament òptim. Ho escrivim perquè, en el nostre medi, hom ha demostrat que la intervenció pluridisciplinària recupera pacients amb dolor crònic de llarga evolució¹⁰. Per aquí hi ha molt a fer.

Finalment, però no en darrer lloc, les actituds. Existeix tant en professionals sanitaris com en la població general una creença errònia del que significa el dolor. Com s'ha esmentat prèviament, entre els primers el dolor és una dada semiològica més que un quadre clínic determinat. Com a tal, es considera que té valor diagnòstic primari, és una conseqüència inevitable de la malaltia o de l'acte quirúrgic i la seva intensitat està relacionada amb la lesió tissular. Aquestes assumpcions són correctes però l'estricta consideració pot ignorar altres aspectes rellevants. S'ignora massa sovint el sofriment que pot causar en els qui el pateixen tant per l'estímul merament nociceptiu com per

TAULA Algunes propostes per millorar el tractament del dolor en el nostre medi

Educatives
• Presència d'assignatures específiques en tractament del dolor en els plans d'estudi. • Formació en els principis de tractament del dolor en els programes de les especialitats mèdiques assistencials. • Coneixement de la farmacologia bàsica dels analgèsics i del seu ús òptim.
Organitzatives
• Visibilitat del dolor mitjançant la determinació periòdica de la seva intensitat al costat d'altres variables fisiològiques. • Prevenció de la cronificació del dolor amb programes específics. • Creació d'unitats multidisciplinàries per tractar els dolors crònics de control difícil. • Consideració de l'alleujament del dolor com un indicador real de qualitat assistencial amb establiment de programes per a detectar el tractament insuficient.
Actitudinals
• Consideració del dolor com a una prioritat assistencial en tots els serveis implicats. • Elaboració de programes específics per fer conèixer als pacients les possibilitats terapèutiques. • Actuacions per deixar de considerar el dolor com una seqüela inevitable de les malalties, dels procediments mèdics o de les intervencions quirúrgiques

la limitació de l'activitat funcional i el deteriorament conseqüent de la qualitat de vida. En segon, no considera que la persistència de l'estímul nociceptiu pot causar una cronificació irreversible. En tercer, no existeix una relació directa entre lesió anatòmica i percepció del dolor. A més, també hi ha dades que les pròpies creences religioses dels professionals sanitaris puguin induir un tractament incorrecte del dolor.¹¹ Tot plegat condiciona que el dolor no sigui considerat com una prioritat assistencial i, en conseqüència, tractat de forma inadequada. Però la responsabilitat no queda només en el cantó dels professionals sanitaris. És creença comuna entre els pacients que algunes situacions, com les intervencions quirúrgiques, s'associen irremissiblement a dolor que cal suportar amb resignació. La ignorància sobre els possibles tractaments disponibles, la por als efectes indesitjables d'alguns medicaments (com els opioides) o la suposada acció benèfica (física o espiritual) del dolor fan la resta.

Què pot fer-se per canviar la situació i allunyar el dolor de les nostres vides quan això sigui possible? La Taula inclou deu propostes per permetre que això comenci a ser possible, però segur que els lectors hi podrien afegir-ne més. Aconseguir una millora substancial del dolor no és tasca fàcil, però cal avançar en el camí per què articles com aquest perdin tota validesa i esdevinguin una curiositat històrica el més aviat possible.

REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES

1. Brennan F, Cousins MJ. Pain relief as a human right. *Pain: Clin Updates* 2004; XII(5):1-4.
2. 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.
3. Bassols A, Bosch F, Baños JE. Epidemiología del dolor en la población general. *Dolor* 2000;15:149-58.
4. Harstall CH, Ospina M. How prevalent is chronic pain? *Pain: Clin Updates* 2003; XI(2):1-4.
5. Bassols A, Bosch F, Baños JE. How does general population treat their pain? A survey in Catalonia (Spain). *J Pain Symptom Manage* 2002;23:318-28.
6. Baños JE, Bosch F, Ortega F, Bassols A, Cañellas M. Análisis del tratamiento del dolor postoperatorio en tres hospitales. *Rev Clin Esp* 1989;184:177-81.
7. Vallano A, Aguilera C, Arnau JM, Baños JE, Laporte JR and the Postoperative Analgesia Study Group of the Spanish Society of Clinical Pharmacology. Management of postoperative pain in abdominal surgery in Spain. A multicentre drug utilization study. *Br J Clin Pharmacol* 1999;47:667-73.
8. Cañellas M, Bosch F, Bassols A, Rué M, Baños JE. Prevalencia del dolor en pacientes hospitalizados. *Med Clin* 1993;101:51-4.
9. Baños JE, Bosch F. Problemas específicos de la terapia antiálgica en el medio hospitalario. *Med Clin (Barc)* 1996;106:222-6.
10. Collado Cruz A, Torres Mata X, Arias Gassol A, Cerdá Gabaroi D, Vilarrasa R, Valdes Miyar M, Muñoz-Gómez J. Eficacia de un tratamiento multidisciplinario del dolor crónico con afectación del aparato locomotor. *Med Clin (Barc)* 2001;117:401-5.
11. Bosch F, Baños JE. Religious beliefs of patients and caregivers as a barrier to the pharmacologic control of cancer pain. *Clin Pharmacol Ther* 2002;72:107-11.