

Cátedra
Extraordinaria del Dolor
"FUNDACIÓN GRÜNENTHAL"
Universidad de Salamanca



CALIDAD DE VIDA Y DOLOR REUNIÓN DE EXPERTOS



Universidad de Salamanca

CALIDAD DE VIDA Y DOLOR

REUNIÓN DE EXPERTOS

Salamanca 28 y 29 de Septiembre de 2009

Cátedra Extraordinaria del Dolor
FUNDACIÓN GRÜNENTHAL
Universidad de Salamanca

Copyright: FUNDACIÓN GRÜNENTHAL
Depósito Legal: M-33226-2010
Reservados todos los derechos.

CALIDAD DE VIDA Y DOLOR

REUNIÓN DE EXPERTOS

Entidades Colaboradoras:

Universidad de Salamanca
Complejo Hospitalario de Salamanca
Sociedad Española de Odontología
Sociedad Española de Anestesiología Reanimación y Terapéutica del Dolor
Sociedad Española de Reumatología
Sociedad Española del Dolor
Sociedad Española de Medicina General
Sociedad Española de Geriátría

Cátedra Extraordinaria del Dolor
FUNDACIÓN GRÜNENTHAL
Universidad de Salamanca

DIRECTOR Y COORDINADOR DEL CURSO

Prof. Clemente Muriel Villoria

Catedrático de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor
Hospital Clínico Universitario, Universidad de Salamanca

Director de la Cátedra Extraordinaria del Dolor
“FUNDACIÓN GRÜNENTHAL”
Universidad de Salamanca

PARTICIPANTES

Prof. Clemente Muriel Villoria

Catedrático de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor
Hospital Clínico Universitario, Universidad de Salamanca
Director de la Cátedra Extraordinaria del Dolor
“FUNDACIÓN GRÜNENTHAL”
Universidad de Salamanca

Dr. Guillermo Castillo Acero

Director Acceso a la Salud y Comunicación.
Fundación Grünenthal

Dra. Isabel Sánchez Magro

Director Médico.
Grünenthal Pharma, S.A.

Prof. Inmaculada Failde Martínez

Área Medicina Preventiva y Salud Pública.
Universidad de Cádiz

Dr. Jesús Andrés Sánchez Escobar

Psicólogo.
Toledo

Dr. Luis Miguel Torres Morera

Jefe de Servicio de Anestesia-Reanimación y Tratamiento del Dolor.
H.U. Puerta del Mar. Cádiz

Dr. Albert J. Jovell Fernández

Director General Fundació Josep Laporte.
Foro Español de Pacientes.
UAB-Universidad de los Pacientes

Dra. Ana M^a Casas Fernández de Tejerina

Servicio de Oncología Médica.
Hospital Universitario Virgen del Rocío.
Sevilla

Dr. Jorge Contreras Martínez

Servicio de Oncología Radioterápica.
Hospital Carlos Haya. Málaga

Dra. Amparo Mogollo Galván

Coordinadora de la Unidad de Cuidados Paliativos.
H.U. Puerta del Mar. Cádiz

Dr. Alejandro Tejedor Varillas

Médico de Familia.
Coordinador Grupo de Reumatología SemFyC

Dr. José Ignacio Calvo Sáez

Jefe Unidad del Dolor.
Hospital de Navarra

Dr. Jaime Calvo Alén

Servicio de Reumatología
Hospital Sierrallana. Santander

Dra. Carmen Navarro Ceballos

Servicio de Geriátría
Hospital Severo Ochoa. Leganés. Madrid

Dr. Francisco Reinoso Barbero

Jefe Clínico de Anestesia Pediátrica.
Hospital Universitario La Paz.
Madrid

Dr. Javier Montero Martín

Departamento de Cirugía.
Universidad de Salamanca

SUMARIO

SUMARIO	9
PRÓLOGO	11
EPIDEMIOLOGÍA EN LA EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON DOLOR CRÓNICO.....	13
CALIDAD DE VIDA DESDE LA PERSPECTIVA DEL SER HUMANO	21
METODOLOGÍA EN LA EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA	39
DOLOR Y CALIDAD DE VIDA.....	43
CALIDAD DE VIDA Y DOLOR ONCOLÓGICO	49
CALIDAD DE VIDA Y DOLOR EN ONCOLOGÍA RADIOTERÁPICA.....	61
CALIDAD DE VIDA EN EL PACIENTE CON DOLOR EN FASE DE CUIDADOS PALIATIVOS	65
CALIDAD DE VIDA Y DOLOR OSTEOARTICULAR CRÓNICO EN LA CONSULTA DE ATENCIÓN PRIMARIA	73
CALIDAD DE VIDA EN EL MANEJO DEL DOLOR OSTEOARTICULAR EN LA CONSULTA DE LA UNIDAD DE DOLOR	81
CALIDAD DE VIDA EN EL MANEJO DEL DOLOR OSTEOARTICULAR EN LA CONSULTA DE REUMATOLOGÍA	89
CALIDAD DE VIDA Y DOLOR EN EL PACIENTE CON DEMENCIA.....	95
AFECTACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA EN NIÑOS.....	105
CALIDAD DE VIDA Y DOLOR EN EL PACIENTE ODONTOLÓGICO	113
CONCLUSIONES	121

PRÓLOGO

Calidad de vida es un concepto utilizado para evaluar el bienestar social general de individuos y sociedades. El término se utiliza en una generalidad de contextos, tales como sociología, ciencia política, estudios médicos, estudios del desarrollo, etc. No debe ser confundido con el concepto de estándar o nivel de vida, que se basa principalmente en ingresos. Indicadores de calidad de vida incluyen no sólo elementos de riqueza y empleo sino también de ambiente físico y arquitectural, salud física y mental, educación, recreación y pertenencia o cohesión social

El dolor crónico afecta a la salud física y psicológica del que lo padece, con repercusiones sobre las actividades diarias, autonomía, el empleo y el bienestar económico.

Las personas con dolor crónico tienen una afectación multidimensional de la calidad de vida, que supera a otras enfermedades medicas crónicas.

La afectación de la calidad de vida en el dolor crónico es evidente por las limitaciones y repercusiones en los aspectos tanto físicos como psíquicos, sociales y económicos de los pacientes que lo padecen. Además del dolor existen diversos factores que repercuten negativamente sobre la calidad de vida de estos pacientes.

En ocasiones son factores poco modificables como los socioculturales, en cambio sobre otros sí se pueden realizar estrategias de actuación del tipo educativas, preventivas, dietéticas, psicológicas, conductuales etc. Es decir, es preciso conocer el entorno de influencias que rodean a los pacientes con dolor crónico no oncológico para realizar un tratamiento integral desde un punto de vista amplio y multidisciplinar, donde el tratamiento analgésico asociado a medidas no farmacológicas y de promoción de hábitos saludables nos permita una mejora global de la patología dolorosa y de su repercusión personal, social y económica.

Todo lo expuesto justifica que se haya trasladado a esta Monografía, un tema de tanto interés dentro del tratamiento del dolor crónico.

Se trata de una obra sacada de la IX Reunión de Expertos donde se abordan prácticamente toda la temática más actual de esta parcela de la asistencia sanitaria.

En los primeros capítulos se abordan una serie de temas conceptuales, básicos, que no suelen encontrarse en los tratados convencionales de medicina, ni siquiera en publicaciones más específicas de la temática del dolor.

En la última parte de la obra, es donde se trata el problema de forma más específica, concretando aspectos relaciones en función del paciente.

La presencia de numerosos esquemas y tablas dan gran valor didáctico a los textos que van a ayudar al estudioso a comprender mejor los temas.

Debo expresar mi reconocimiento a los autores, y de manera especial a la FUNDACIÓN GRÜNENTHAL, por el gran reto que mantienen de forma permanente hacia la formación en el estudio y tratamiento del dolor.

Profesor Clemente Muriel Villoria

Catedrático de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor
Hospital Clínico Universitario, Universidad de Salamanca
Director de la Cátedra Extraordinaria del Dolor
“FUNDACIÓN GRÜNENTHAL”
Universidad de Salamanca

EPIDEMIOLOGÍA DE LA EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON DOLOR CRÓNICO

Profesora Inmaculada Failde Martínez
Área Medicina Preventiva y Salud Pública.
Universidad de Cádiz.

INTRODUCCIÓN

El dolor crónico es uno de los síntomas más frecuentes, de más difícil tratamiento y que produce un mayor consumo de recursos sanitarios. Es una experiencia compleja difícil de valorar, que afecta la función física, psicológica y social del enfermo que la padece. Sin embargo, y a pesar de su importancia, todavía existen aspectos poco conocidos del dolor crónico, y discrepancias entre los resultados de los estudios que analizan este tema.

En nuestro medio y a partir de la información de un estudio llevado a cabo en distintos países de Europa⁽¹⁾, se observa que aunque la prevalencia de dolor crónico es menor que la observada en otros países, su intensidad es más alta, su duración es de las más prolongadas, y a pesar de los esfuerzos realizados, aún existen dificultades para alcanzar el completo control de este síntoma en un porcentaje muy elevado de los casos. Todo esto hace que en general el paciente se sienta insatisfecho y se afecte profundamente su calidad de vida.

En los inicios del Siglo XXI, los pacientes han dejado de ser meros receptores de la atención sanitaria para convertirse en una pieza clave del sistema sanitario. Así mismo, los profesionales sanitarios cada vez son más conscientes de la necesidad de que el enfermo debe ser escuchado, y estar implicado y participar en la toma de decisiones que afectan su salud y su bienestar. En este contexto, cada vez se tiende más a conocer como el paciente percibe la enfermedad y cómo los tratamientos afectan su vida cotidiana. La forma de evaluar esto de manera válida y fiable es mediante el uso de instrumentos de medidas de resultados en salud o de calidad de vida relacionada con la salud.

El dolor crónico es reconocido como un fenómeno biopsicosocial en el que interactúan factores biológicos, psicológicos y sociales. Esta perspectiva biopsicosocial enfatiza la interpretación que el paciente hace del dolor como la clave de su respuesta al tratamiento y hace especialmente útil en ellos la valoración de la calidad de vida.

CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD EN PACIENTES CON DOLOR CRÓNICO

La calidad de vida ha sido definida por la OMS como la forma en la que el individuo percibe su situación dentro de su cultura y su sistema de valores y que incluye sus objetivos, expectativas e intereses. La Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) es un concepto que se utiliza para identificar la parte de la calidad de vida que se ve influida por la salud del individuo, y que incluye la valoración del impacto de la enfermedad sobre la función física, psicológica y social del paciente. El término CVRS va mas allá de los síntomas tradicionales de la enfermedad, para considerar aspectos relacionados con la sensación subjetiva de bienestar, satisfacción, funcionamiento o discapacidad. Esta nueva consideración, ha hecho que la valoración de la CVRS haya cobrado gran importancia en pacientes con enfermedades crónicas y dentro de este grupo, en los pacientes con dolor crónico.

Diferentes estudios han demostrado que el dolor crónico puede producir discapacidad, y que los pacientes con dolor crónico presentan peor salud física y mental que otros grupos de pacientes crónicos. Alonso y cols⁽²⁾ en un estudio en el que se compara el impacto que tienen sobre la CVRS distintas enfermedades crónicas, observan en los pacientes con Artrosis un efecto sobre la Función Física del cuestionario de salud SF-12 que es comparable al observado en otras enfermedades crónicas como

EPOC o cardiopatía congestiva. Sin embargo, su impacto sobre el componente mental de este cuestionario es mayor. Así mismo, en este estudio se demuestra que el descenso de 5 puntos en la dimensión física del SF-12 es predictivo de un aumento de 27% de incapacidad laboral en 1 año; y de un aumento de 16% de la mortalidad en 5 años⁽²⁾.

Hoffman y Dukes⁽³⁾ en un estudio recientemente publicado en el que se valora el efecto sobre la CVRS de distintas enfermedades causantes de dolor crónico (Figura 1) observan que en todos los procesos considerados se afectan las 8 dimensiones del cuestionario SF-36, aunque los pacientes con Fibromialgia (FM) o con Artritis Reumatoide (AR) son los que presentan peores resultados. De igual manera cuando estos autores analizan el efecto del número de procesos dolorosos sobre las puntuaciones de las dimensiones del SF-36, observan que existe una relación lineal inversa entre ellos.

En España, en el estudio EPISER⁽⁴⁾ llevado a cabo bajo los auspicios de la Sociedad Española de Reumatología y centrado en la patología musculoesquelética, principal causa de dolor crónico, se observa que en todas las enfermedades estudiadas (AR, Lumbalgia, Artrosis de Rodilla y FM) existe en general un mayor efecto sobre el componente físico que sobre el componente mental de la CVRS (especialmente en la AR) y que el impacto sobre el componente mental es más importante en los pacientes con Fibromialgia.

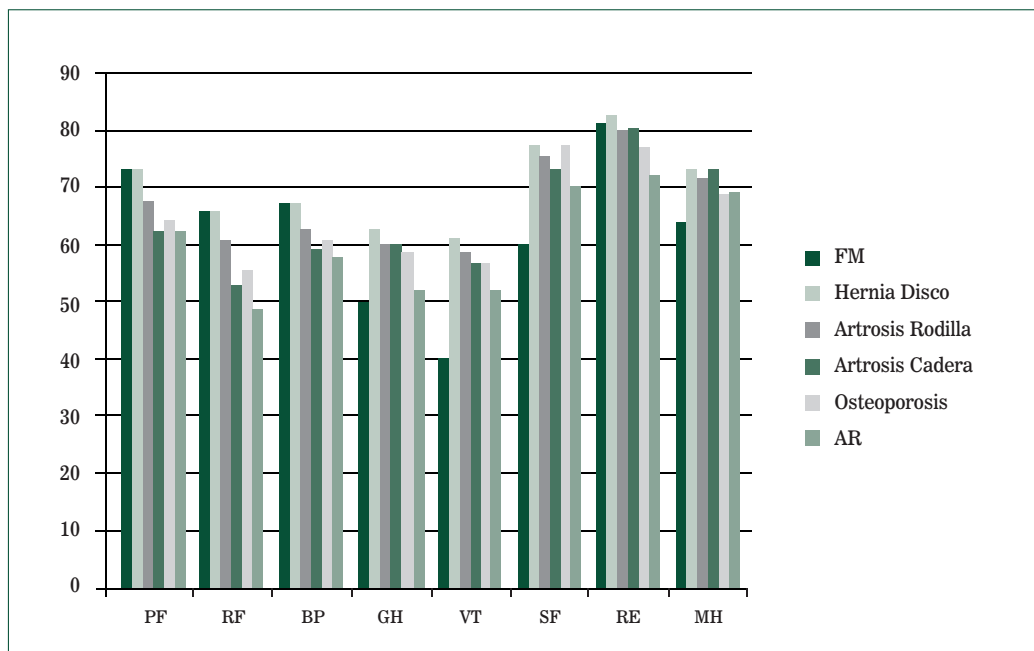


Figura 1. Puntuación del SF - 36 según causa del dolor. Población General.

El efecto del Dolor Neuropático (DN) sobre la CVRS, aunque menos estudiado, también ha sido analizado por diferentes autores. Gore y cols⁽⁵⁾ cuando comparan la CVRS de pacientes con DN de causa diabética con la observada en pacientes diabéticos sin neuropatía y con individuos de la población general, observan que el impacto sobre todas las dimensiones del SF-36 es mucho mayor en los pacientes con DN, con un efecto especialmente importante sobre el componente físico.

A la vista de los anterior podemos afirmar que la CVRS esta seriamente afectada en los pacientes con dolor crónico. Sin embargo, la percepción subjetiva

que cada individuo tiene de su salud va a varían en función del origen del dolor. Núñez y cols⁽⁶⁾ en un trabajo en el que utilizan una técnica de investigación cualitativa de análisis de datos de texto para estudiar la percepción de la CVRS en pacientes con AR y con Lumbalgia, observan que estos pacientes utilizan términos marcadamente distintos para describirla, y así, mientras que los enfermos de AR centran su CVRS en áreas relacionadas con la capacidad funcional y la función social, a los pacientes con Lumbalgia les preocupaba más el estado de salud general y el dolor.

En la compleja relación dolor crónico-CVRS se han identificado una serie

de factores que modulan el efecto que el dolor crónico tiene sobre este indicador.

En este sentido, Wahl y cols⁽⁷⁾ encuentran que además de la edad, el sexo masculino, el desempleo y la soledad, que empeoran la CVRS en pacientes con dolor crónico, existen otros factores como es el estrés relacionado con la presencia del síntoma doloroso, la fatiga, y la presencia de otras enfermedades crónicas, que también afectan esta relación. Asimismo, estos autores observan que el efecto del dolor crónico es más marcado en pacientes que no padecen otras enfermedades crónicas concomitantes.

Dysvik y cols⁽⁸⁾ cuando estudian el impacto que las variables clínicas relacionadas directamente con el dolor (intensidad y severidad del dolor y opinión sobre el dolor), tienen sobre la CVRS, observan que a medida que aumenta la intensidad del dolor empeora la función física de los paciente, y a medida que aumenta la duración del dolor mejora la función física. Esto último aunque podría parecer contradictorio, se podría explicar por el efecto de la adaptación del paciente a la presencia del síntoma doloroso a lo largo del tiempo. En este estudio, y a diferencia de lo que se observaba en el estudio de Wahl⁽⁷⁾, las mujeres refieren peor salud física que los hombres, y cuando se analiza otras variables como la opinión sobre el dolor crónico o el apoyo social, se observa que la percepción del dolor como algo misterioso, y la falta de apoyo social se asocian con peores puntuaciones en el componente mental de la CVRS de los pacientes estudiados.

Cuando se examinan estos factores moduladores en grupos específicos de pacientes con dolor crónico como es el caso de la Fibromialgia o el DN, autores como Ubago y cols⁽⁹⁾ observan que en pacientes con FM el número de hijos, el número de especialistas consultados antes del diagnóstico de FM, la repercusión de la enfermedad en el ambiente familiar y la presencia de ciertos síntomas como la fatiga o el ánimo deprimido, eran junto con el dolor osteoarticular, los principales factores que condicionaban la CVRS. De la misma manera en los pacientes con DN de origen diabético, la intensidad del dolor, el sexo femenino, la presencia de ansiedad y/o depresión y alteraciones del sueño, eran los que más afectaban la CVRS.

La relación dolor crónico-depresión ha sido objeto de atención y de estudio desde hace algunos años. De hecho, a pesar de que todavía existen incógnitas respecto a esta relación, es conocido que el riesgo de sufrir depresión es doble en los pacientes que tienen dolor crónico, frente a los que no lo tienen. Además la severidad y duración de la depresión es mayor en pacientes con dolor crónico⁽¹⁰⁾.

Por otra parte, distintos estudios han puesto de manifiesto que tanto los trastornos del sueño como los del estado de ánimo son frecuentes en estos pacientes y que esto condiciona su evolución clínica y su CVRS⁽⁵⁾ (Figura 2).

En un estudio llevado a cabo en consultas de psiquiatría donde se pretendía conocer la prevalencia de dolor crónico en pacientes con depresión, se observó que el 59% de los pacientes atendidos

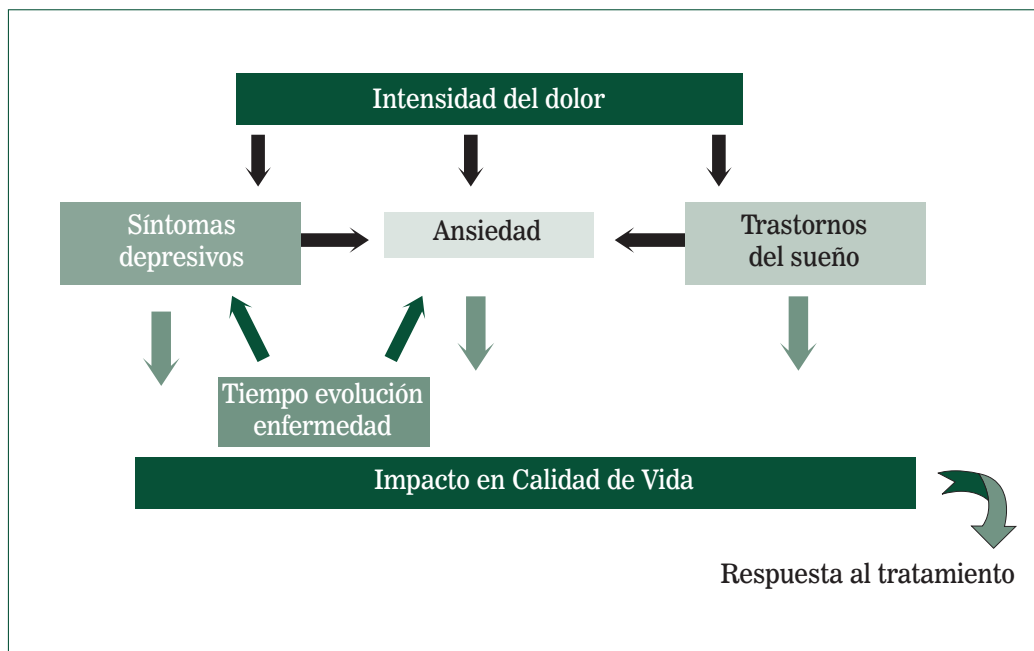


Figura 2. Relación dolor - trastornos afectivos - alteraciones del sueño y CVRS.

por los psiquiatras tenían dolor. Así mismo, cuando se analiza esta relación desde la perspectiva de Atención Primaria, se observa que en los pacientes atendidos por dolor crónico, la prevalencia de depresión no diagnosticada es del 80%, y que además de depresión mayor, los pacientes con dolor crónico presentan otras formas de depresión no descritos habitualmente en estos pacientes como distimias, depresión menor e incluso trastornos bipolares⁽¹¹⁾ (Figura 3).

Por otra parte, cuando se analiza la sintomatología depresiva en los pacientes con dolor crónico, se observa que estos síntomas se asocian con el dolor de distinta manera, así en el estudio de

pacientes deprimidos atendidos en consultas especializadas antes referido, se observó que mientras la pérdida de energía era un síntoma que empeoraba el dolor crónico, la anhedonia tenía un efecto contrario⁽¹²⁾ (Figura 3).

Para concluir podríamos apuntar que el conocimiento preciso del perfil de pacientes con dolor crónico y la relación entre los distintos factores asociados a él, va a ser de vital importancia para hacer un mejor abordaje terapéutico, conseguir un mejor control del síntoma doloroso y una mejora en la calidad de vida de los enfermos. Así mismo, presenta las ventajas de poder cuantificar estas percepciones y utilizarlas para evaluar la influencia de otros síntomas u

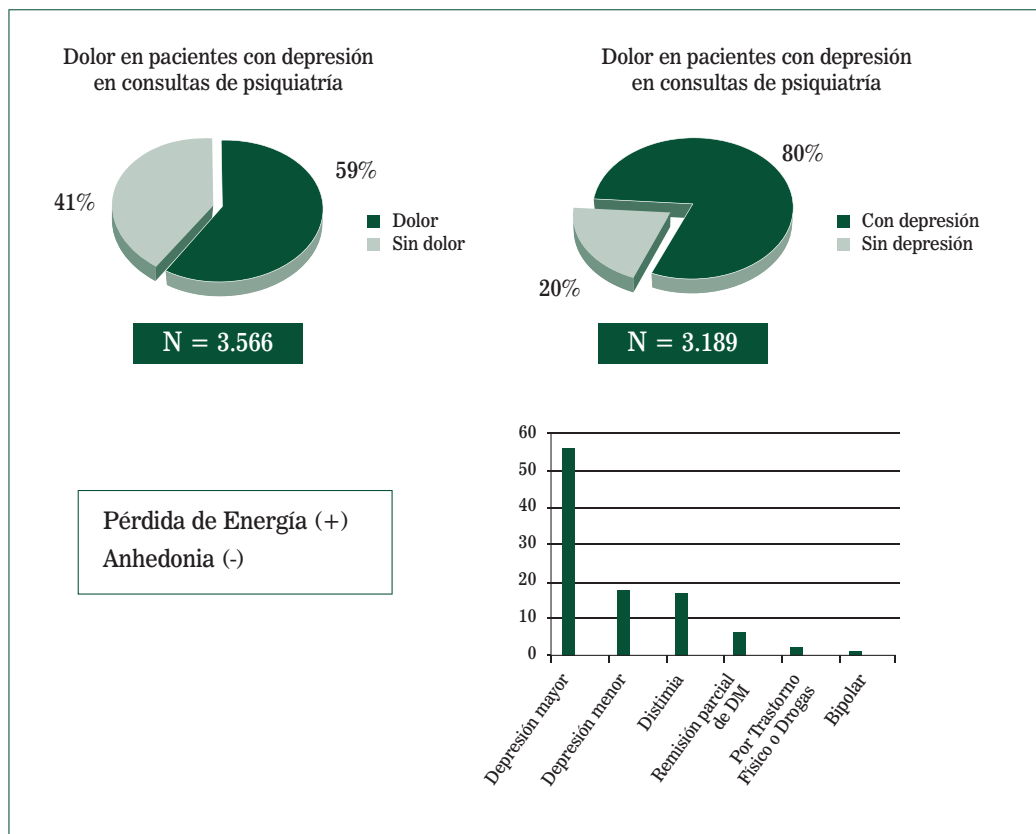


Figura 3. Prevalencia Dolor - Depresión en APS y Psiquiatría. Estudio DEDO.

otras patologías que aún siendo frecuentes a menudo no son identificadas. Sin embargo, y a pesar de las ventajas mencionadas todavía existen retos en el conocimiento del impacto del dolor crónico sobre la CVRS de estos enfermos, derivados de la falta de instrumentos cortos y fáciles que permitan su aplicación rutinaria en la práctica clínica. Por ello, en un futuro próximo sería necesario desarrollar nuevos instrumentos de evaluación más cortos, más fáciles de

interpretar, y mas acordes a la realidad cultural de nuestro país que permitan captar mejor la subjetividad propia del dolor en los pacientes, haciendo más fácil su utilización rutinaria en la practica clínica.

BIBLIOGRAFÍA

1. 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; 10:287-333.

2. Alonso J, Ferrer M, Gandek B, Ware JE Jr, Aaronson NK, Mosconi P, Rasmussen NK, Bullinger M, Fukuhara S, Kaasa S, Leplège A; IQOLA Project Group. Health-related quality of life associated with chronic conditions in eight countries: results from the International Quality of Life Assessment (IQOLA). Project. *Qual Life Res*. 2004 Mar;13:283-98.

3. Hoffman DL, Dukes EM. The health status burden of people with fibromyalgia: a review of studies that assessed health status with the SF-36 or the SF-12. *Int J Clin Pract*. 2008;62:115-26.

4. Carmona L, Ballina J, Gabriel R, Laffon A; EPISER Study Group. The burden of musculoskeletal diseases in the general population of Spain: results from a national survey. *Ann Rheum Dis*. 2001;60:1040-5.

5. Gore M, Brandenburg NA, Dukes E, Hoffman DL, Tai KS, Stacey B. Pain severity in diabetic peripheral neuropathy is associated with patient functioning, symptom levels of anxiety and depression, and sleep. *J Pain Symptom Manage*. 2005;30:374-85.

6. Núñez M, Sanchez A, Nuñez E, Casals T, Alegre C, Muñoz-Gomez J. Patients' perceptions of health related quality of life in rheumatoid arthritis and chronic low back pain. *Qual Life Res*. 2006;15:93-102.

7. Wahl AK, Rustøen T, Rokne B, Lerdal A, Knudsen O, Miasowski C, Moum T. The complexity of the relationship between chronic pain and quality of life: a study of the general Norwegian population. *Qual Life Res*. 2009 Oct;18(8):971-80.

8. Dysvik E, Lindstrøm TC, Eikeland OJ, Natvig GK. Health-related quality of life and pain beliefs among people suffering from chronic pain. *Pain Manag Nurs*. 2004;5:66-74.

9. Ubago Linares MC, Ruiz-Pérez I, Bermejo Pérez MJ, Olry de Labry-Lima A, Hernández-Torres E, Plazaola-Castaño J. Analysis of the impact of fibromyalgia on quality of life: associated factors. *Clin Rheumatol*. 2008;27:613-9.

10. Demyttenaere K, Bonnewyn A, Bruffaerts R, Brugha T, De Graaf R, Alonso J. Comorbid painful physical symptoms and depression: prevalence, work loss, and help seeking. *J Affect Disord*. 2006;92:185-93.

11. Agüera-Ortíz L, Micó JA, Failde I, Cervilla J. Prevalence and correlatos of depresión in patients with unexpalined pain in primary care. The DEDO-primary care study. *Eur Neuropsychopharmacol* 2008; 18 (Suppl 4): S345.

12. Agüera-Ortíz L, Micó JA, Failde I, Cervilla J. Prevalence and correlates of unexplained pain indepressed psychiatric outpatients. The DEDO-psychiatry study. *Eur Neuropsychopharmacol* 2008; 18 (Suppl. 4): S310.

CALIDAD DE VIDA DESDE LA PERSPECTIVA DEL SER HUMANO

Dr. Jesús Andrés Sánchez Escobar
Psicólogo.
Toledo

RESUMEN

La mayor preocupación del hombre es conocer su propia realidad. Esta idea le persigue desde el desarrollo del pensamiento en el mundo griego hasta hoy y no ha cambiado de valor.

En el transcurso de la Humanidad han ido formándose acontecimientos culturales que han formado una segunda naturaleza. En este ámbito el hombre se convierte en un ser cultural y en un técnico que provoca una forma de mirar y de articular el mundo.

El continuo inconformismo del hombre le hace preguntarse por la identidad de cada uno, ¿quién soy? Esta pregunta siempre ha sido el impulso para buscar y mejorar la identidad y calidad de vida humana.

La calidad de vida depende del comportamiento inteligente del ser humano, que ha perseguido en la historia alcanzar la felicidad. Para lograr esa calidad el hombre debe comprometerse en conseguir valores que le aporten seguridad

existencial tanto a nivel individual como colectivo.

El bienestar y la felicidad como calidad de vida dependerán del grado de fusión, participación y aportación con la colectividad.

Yo, conciencia, sujeto, persona, felicidad son la base y fundamento de nuestra identidad.

INTRODUCCIÓN

Preguntarse por el ser humano es plantearse una dualidad de interrogantes por el estado de su ser. En primer lugar el puesto que ocupa en el universo y en segundo estadio presentar el problema de su felicidad y transcendencia.

El filósofo Kant marcó el antes y el después del interrogante ¿qué es el hombre? En el campo gnoseológico modificó el conocer, de tal modo que a partir de él es posible responder diferenciando en el ente humano lo que es el entendimiento, como lo dado, y la razón como logro de lo ausente en el mundo del conocimiento.

A partir de este momento aparecen dos tipos de discurso en torno al ser humano, el discurso **científico y el metafísico**. Estos dos troncos nos sirven de partida y de epítome de las múltiples descripciones que se van a hacer del hombre.

Los estudios del ser humano hacen notar un **contenido científico** positivo que asume dos modalidades **lo natural y lo cultural**.

En la primera el hombre es considerado **un ser biológico, una entidad biológica** más de la naturaleza. En la segunda destacan los **productos culturales**: el lenguaje, el arte, los símbolos, las técnicas... Se distinguen estos productos por su justificación, por su constatación empírica.

Existe una tercera postura integradora de todas las ciencias antropológicas entre sí. En ella incluiríamos los aspectos biológicos y culturales, además de la función social del hombre.

Con todos estos elementos vamos a centrar el fenómeno humano señalando los factores que lo forman y que ha motivado tendencias distintas que se han posicionado según la búsqueda de un objetivo concreto:

Considerar al ser humano una **entidad psico-biológica, un ser socio cultural o creatividad original del ente hombre**. Plantean tres perspectivas para tratar la calidad de vida y el dolor:

PSICOLÓGICA, SOCIOLOGICA Y ANTROPOLÓGICA.

Factores del ser humano

Tres grandes fuentes se han considerado como explicaciones a la realidad humana:

- | | |
|--------------------------|--------|
| ● PSICO-BIOLOGÍA | SOMA |
| ● SOCIO-CULTURAL | PSIQUE |
| ● CREATIVIDAD ESPIRITUAL | PNEUMA |

Plantean tres perspectivas sobre la calidad de vida:

- PSICOLÓGICA
- SOCIOLOGICA
- ANTROPOLÓGICA

PERSPECTIVA PSICOLÓGICA DE LA CALIDAD DE VIDA

Hemos expuesto anteriormente que el comportamiento humano busca fundamentalmente alcanzar la felicidad como meta global de la humanidad. Concretamos diciendo que se busca la felicidad a nivel individual, pero para alcanzar el bienestar colectivo, segundo estadio en el que vive el hombre.

Ese comportamiento está sostenido por dos intervinientes con distinto grado de participación para alcanzar un nivel óptimo de calidad de vida: uno biológico y otro sociocultural que logra mayor influencia al estar proyectado sobre los demás hombres. En este campo nos movemos con mayor facilidad cuando hablamos de calidad de vida por pertenecer a lo posible comprobado y verificado al ser un fenómeno empírico.

Sin embargo, cuando deseamos controlar el factor creatividad como parámetro de calidad de vida, la ciencia psicológica no constata el fenómeno dentro del terreno empírico y tiene que moverse en un campo metafísico, entrando en el enjuiciamiento filosófico, en donde la reflexión ha de tratarse con ciertas cautelas.

A pesar de esta dificultad consideramos que los fenómenos humanos que el hombre busca, como originales, nuevos, creativos, amplían las posibilidades de vida y de calidad de bienestar que luchan para mejorar la existencia

humana, dando nuevas posibilidades al desarrollo de la Humanidad.

ACCIONES HUMANAS

La realidad no objetivable eleva el comportamiento del mundo biológico y le distancia al hombre cada vez más del resto de los animales: El hombre potencia su yo y afianza su existencia frente a las cosas y demás seres de la naturaleza. Hasta llegar a afirmar en este estado que existe el mundo porque el hombre es el único ser de la naturaleza capaz de pensar en él, dándole preeminencia por ese motivo en el género animal.

El comportamiento del ser humano lo realiza en grandes ambientes de compromiso. **Transforma la realidad** en la que vive y **modifica el entorno** si con ello satisface las necesidades vitales de subsistencia.

Inventa y crea nuevas posibilidades para humanizar los acontecimientos y neutralizar los efectos negativos que deshumanizan la vida.

La creación de nuevas posibilidades requieren la intervención de la **Técnica y el Trabajo**: estos medios ofertan tiempo libre y de ocio, comportando actuaciones no contempladas en otras épocas.

Las consecuencias de estas intervenciones son: **mejorar la vida, potenciar la calidad de vida y reducir el infortunio y el dolor.**



COMPORTAMIENTO – CALIDAD DE VIDA Y DOLOR

El hombre es el único ser capaz de descubrir grandes problemas que surgen en la actuación de un ser superior dotado de capacidad para mejorar su comportamiento original: se mueve en el misterio de la conciencia, en la fuente de la inteligencia creadora y en el descubrimiento de la acción libre. Estos factores conducen al ser humano a buscar calidad de vida promoviendo las acciones adecuadas a cada situación. Con estos ingredientes reflexiona, duda, se formula preguntas, descubre preceptos morales, sustituye las ideas por símbolos, imágenes y supera en definitiva las leyes biológicas. Y, lo hace considerándose hombre conciencia y hombre inteligencia.

La conciencia es el estado del hombre que atestigua los actos de la vida y muestra el estado anímico concretado en cada momento. Con la conciencia el

hombre reflexiona sobre las necesidades de bienestar y cómo neutralizar lo que altera la vida, los actos dolorosos, la escasez, la crisis de relaciones y las carencias de los individuos.

La inteligencia creadora es la herramienta original que el hombre utiliza para alcanzar ámbitos nuevos y originales: sustituye las ideas por símbolos-síntomas, busca beneficios para cada sujeto y utiliza lo emotivo para justificar los comportamientos. Se apoya en la voluntad que refuerza los actos evitando la pérdida.

Desde la conciencia y con la herramienta inteligencia el hombre se enfrenta al dolor que altera la calidad de vida. **El hombre frente al dolor** mantiene unos criterios que vamos a formular a través de la **dinámica del proceso dolor, de los componentes del dolor y de los actos generales a considerar en el dolor.**

El hombre ante el dolor presenta un estado emocional como factor desencadenante, interviniendo el córtex frontal, enlazando la expresión de ideas y emociones con el sistema límbico. El hombre paciente reconoce la emoción, aunque no puede expresarla y somatiza como primera actuación para justificar su situación. En este estado tiene dificultad para organizar fantasías, se ajusta al dolor como justificación, aparentando normalidad psíquica.

El proceso del dolor tiene varios componentes siendo el primer eslabón la somatización. La expresión corporal del conflicto está relacionada con la ansiedad, cayendo en estado de angustia y abandono. Cuando aparece la somatización desaparece la ansiedad, aunque pueden coexistir. La ansiedad desarrolla el síntoma y hace posible la somatización mediante una acción cíclica, como puede ocurrir en el caso de la bulimia.

En el proceso somatopsíquico la ansiedad produce trastornos corporales dando paso a otros trastornos. De tal manera que cuando el sujeto no puede realizar la somatización surgen tres situaciones: la **psicotización**, con desorientación y despersonalización; la **emigración**, mecanismo dinámico para mantener el mecanismo de defensa y la **sustitución** que es el eslabón final y es la forma estable de emigración. Esto nos conduce a pensar que el dolor puede ser utilizado como un mecanismo de defensa.

El dolor como estado tiene unos componentes que parten desde una situación emotiva por medio de

síntomas corporales. Puede el paciente reconocer su situación con frecuencia adaptada a sus deseos, utilizando los síntomas como una forma de protesta, de reclamar la atención y de justificar su estado. Por ello, aparece inicialmente un síntoma corporal como elemento de comunicación.

Tenemos que señalar que en todos los casos hay un **componente psíquico**, que refuerza la conducta llegando a situaciones de cronización si se **mantiene en el tiempo**.

Los síntomas siempre son familiares y puede suponer una situación de crisis, buscando y consiguiendo un **beneficio** para el sujeto. Las enfermedades presentan un beneficio para el paciente, que puede ser primario si hay un trasvase de lo psíquico a lo corporal y es inconsciente o secundario cuando es utilizable desde el rol y es en este caso preinconsciente.

En la conducta del individuo-paciente hay que valorar ciertos datos que hacen su comportamiento muy peculiar y que son necesarios para reconocer el carácter psicógeno que puede tener su enfermedad. Hay que tener en cuenta que la enfermedad se puede heredar, pero también se aprende. Existen síntomas que se aprenden y que se utilizan como medio de relación entre sujetos.

Hemos de señalar que hay un perfil de personas pacientes. Posiblemente un perfil de personalidad específico que se ajuste al comportamiento de paciente. Reconocemos que cada uno de los hombres tiene la enfermedad y el dolor tal

como lo siente y según lo manifiesta. Estamos hablando más de enfermos que de enfermedades.

Hay un enfermo que encaja en cada tipo de enfermedad con unas características que de modo general podemos citar; son los sujetos carentes de afecto, con relaciones blancas o con relaciones distantes. Su pensamiento operativo está alterado en su desarrollo, siendo un pensamiento pragmático, subjetivo y con escasez en las asociaciones de ideas.

Esta conducta nos conduce a manifestar que la prevalencia de la enfermedad trasciende al entorno social apareciendo un matiz social que requiere la intervención de la sociedad.

Por todo ello, el hombre se convierte desde su raíz inicial en un ser social que busca lo nuevo, lo no aportado por la naturaleza, en un ser técnico. Ser técnico en principio lo hace por azar, y por deseo cuando inventa y se convierte en artesano, culminando en la consideración de técnico.

En su afán de conseguir calidad de vida necesita participar con el “otro”, distinguiendo lo personal como atributo de la originalidad que cada ser busca para alcanzar la felicidad individual, compartiéndola con la colectividad.

En nuestro estudio podemos reconocer que en la naturaleza y en el género animal solamente el hombre inventa su felicidad. Siendo de esa manera el único que participa del objetivo global de la obra de la creación universal.

LO QUE NOS MUEVE A OBRAR

Pronto nos surge la pregunta, ¿qué nos impulsa a actuar, a obrar en la naturaleza?, ¿qué determina nuestras decisiones?

Responder a estas interrogaciones nos inicia en el intento de dar explicación a la forma de elaborar los proyectos de vida, de la calidad, de cómo conseguir mejor bienestar, de cómo superar los problemas que el hombre encuentra en los descubrimientos que va alcanzando para mejor subsistir. Ya que todo el esfuerzo del ser inteligente es subsistir en medio de una naturaleza que le obliga a estar buscando continuamente.

El hombre no debe, ni puede estar parado. Ha de estar indagando nuevos proyectos, aplicándolos para enriquecerlos o buscando nuevas formas de vida.

Por tanto, consideramos necesario ordenar nuestros deseos y necesidades, evitando la indecisión en la actuación y que provocaría el bloqueo de la persona, anulando con ello la acción libre. Acción a la que el hombre está llamado por la dotación de búsqueda que se le ha ofrecido en su comportamiento original, citado anteriormente.

Uno de los elementos que origina la acción libre es el motivo. El hombre actúa por una necesidad, por un motivo. Diferenciando esta forma de hacer de las de la naturaleza que se producen por una causa.

Y ocurre que, siempre que se produce una acción, tanto la humana como la

de la naturaleza, nos cuestionamos la pregunta ¿por qué?

El motivo aparece en la acción y da razones a la voluntad, nueva capacidad que aparece en nuestro escenario para elegir. Motivos y voluntad confluyen en nuestro entorno, ofreciendo las posibilidades para manifestarse en el estado afectivo, denominado motivación.

Dos posturas han ido surgiendo en la conducta humana. Una es la denominada voluntarista, en la que lo importante es decidir aunque los motivos no estén claros en la toma de decisiones. Una decisión atropellada puede originar una elección no pensada suficientemente.

Otra postura es la llamada intelectualista. La elección y la decisión cabalgan juntas dando un resultado automático de la deliberación. Se decide sin contar con todos los elementos básicos necesarios para alcanzar una decisión firme y la consecuencia es una decisión poco clara.

La consecuencia de estos fundamentos conductuales es que vivir para el hombre es una creación con esfuerzo, ingrediente necesario para dominar en el mundo. Nos damos cuenta que somos activos en todos los estadios de nuestra vida y con nuestra actuación estamos introduciendo novedades en el mundo.

Las novedades son nuestra creatividad, que no se inicia de la nada, sino que cuenta con los motivos encadenados de los otros y las circunstancias en las que se desarrollan.

“Somos libertad condicionada y creatividad creada” afirma J. Masiá en su obra “El animal vulnerable”. Según este autor “hay un margen para la creatividad en la respuesta. Esta creatividad humana, que ya empieza a manifestarse en el lenguaje se realiza en la acción libre; pero no creamos de la nada, sino desde lo dado, no somos dioses sino humanos y limitados: somos libertad condicionada y creatividad creada”.

Y, esto lo consigue utilizando la técnica. Siguiendo a Ortega y Gasset en su libro *Meditación de la Técnica*, “el hombre no vive en la naturaleza, sino que está alojado en la sobrenaturaleza que ha creado en un nuevo día del Génesis: la técnica”.

El hombre para vivir se encuentra condicionado por la necesidad de producir lo que no hay en la naturaleza. La necesidad de necesidades es el requisito indispensable para poder vivir. De ahí que el hombre piense que es tan necesario lo estimado necesidad básica o lo enmarcado en el ámbito de lo superfluo. Se puede afirmar que el hombre hace una reacción original y necesaria para estar en la naturaleza y conseguir bienestar, sin el que no encauzaría la vida a etapas superiores de existencia.

El ser humano se empeña en vivir bien, superando ese deseo al mero estar en el mundo. Cuando se mueve con esos estímulos es cuando eleva la vida a zonas no alcanzadas por otros seres. De esta manera hace de su vida un continuo mejorable, variable hasta hacer su actividad inagotable para progresar.

Ortega y Gasset nos manifiesta el carácter creador del ser humano: “El héroe es aquel que inventa y crea y esa creación es la cultura. La cultura es el cultivo de lo inmediato, de lo cercano, es decir de la vida”. Continúa afirmando que “el acto específicamente cultural es el creador, el que da sentido a la vida”.

Inventamos para transformar la realidad, modificar el entorno, haciendo más humanizada la naturaleza, creando posibilidades de vida. No obstante esto supone una inversión en la naturaleza del ser humano, el esfuerzo por dar seguridad a su existencia. A su vez estos actos humanos le arrastran a un dudoso y no controlado miedo, podríamos decir terror. Ya que, la seguridad no se alcanza con la facilidad que deseamos ni con la plenitud programada. El hombre siente que un latente peligro surge en el progreso, deshumanizando la actividad y percibe que los inventos y el desarrollo de la técnica llena el comportamiento humano de angustia y preocupación.

El trabajo y la técnica son las dos dimensiones humanas que permiten controlar con elementos comunes las acciones. Y por ello las dos marcan el tiempo que el hombre debe ir distribuyendo para regular los periodos de actividad y descanso.

El trabajo puede dignificar a la persona y, dada la influencia de la técnica en la actividad laboral, el trabajo se va reduciendo haciendo que sea más cómodo y planteando un nuevo motivo de preocupación, ¿qué hacer con el tiempo libre?

El ocio ha entrado como factor moderno en la calidad de vida del hombre, planteando un reto a la sociedad actual. La educación para el ocio y tiempo libre será nuevo elemento a considerar.

PERSPECTIVA SOCIOLÓGICA DE LA CALIDAD DE VIDA

EL HOMBRE EN SOCIEDAD

El ser humano es considerado un ser de apertura. Es cuando vive y convive en sociedad. En la convivencia aporta su capacidad individual de ser él mismo, que va acompañada por su proyección. En este caso el comportamiento se hace colectividad.

Los modelos de sociedad se forman por la manera de comportarse respecto a los demás.

Existe una reciprocidad entre ser individuo y colectividad estructurada por medio de las relaciones que van organizando la convivencia. Esta se ha formado en el tiempo con peculiaridad y a su vez ha ido configurando la organización de los pueblos.

Este antecedente nos sirve de reflexión para considerar los valores que han de promocionarse para dar estabilidad a la convivencia. Siempre la convivencia se ha podido equilibrar gracias a la justicia, cuya aportación ha ido modelando los Estados y la organización que los forma.

Cuando señalamos estos modelos estructurales aparecen conceptos vita-

Perspectiva sociológica

El hombre en sociedad:

- Se abre a otras realidades
- Aporta la capacidad de ser él mismo
- Desarrolla la conducta técnica, profesional, originalidad

Hay reciprocidad entre el hombre y la sociedad:

- En la reciprocidad se aprecia la conciencia y la libertad
- Hay reciprocidad en los mensajes que se envían
- Interviene la sociedad en la subsistencia

Desarrollo en la sociedad:

En la sociedad el hombre mantiene una actitud de:

- Superación de los estímulos sensoriales
- Apresión de la realidad
- Promoción de la necesidad y del bienestar



En la actualidad la calidad humana se ve afectada por la crisis del bienestar

les como son el desarrollo, la economía, la cultura. Para conseguir estos requisitos debe el grupo social aplicar recursos y señalar como instrumento esencial la imaginación que ha de contribuir a inventar nuevos contenidos en la convivencia.

Las instituciones son el marco de la vida en las que se ha de desarrollar la calidad de los ciudadanos mediante el servicio que reciben de ellas. P. Ricoeur lo aclara de esta manera, “el sentido final de las instituciones es el servicio que se rinde a través de ellas a las personas; si no hay quien saque de ellas algún beneficio y crecimiento son

inútiles; nadie puede calcular los beneficios personales que prodigan las instituciones; la caridad no está forzosamente donde se exhibe; está igualmente oculta en el humilde servicio de correos o en la seguridad social; muchas veces es el sentido oculto de lo social”.

Los beneficios que se producen en el ser humano como ser social enriquecen la calidad de vida y estimulan la acción relacionada. La colaboración social es elemento básico en donde se aprecia la conciencia y el acto libre. Los mensajes de reciprocidad entre los miembros de la sociedad equilibran y reducen las tensiones.

El lenguaje es el vehículo por el que el hombre envía los mensajes, por él enriquece la capacidad intelectual, con él se hace social. Aristóteles puso la palabra como elemento que hace al hombre único en la naturaleza.

“La razón por la que el hombre es, más que la abeja o cualquier otro animal gregario, un animal social es evidente: la naturaleza, como solemos decir, no hace nada en vano, y el hombre es el único animal que tiene la palabra. La voz es signo del dolor y del placer, y por eso la tienen también los demás animales, pues su naturaleza llega hasta tener sensación de dolor y de placer y significársela unos a otros; pero la palabra es para manifestar lo conveniente y lo dañoso, lo justo y lo injusto...”

La reciprocidad entre los hombres es vital para subsistir, ya que aunque parte del concepto de indignidad puede provocar el deseo de manifestarse con originalidad personal.

La calidad de vida se origina en el acto social compartido, que da base a la carencia del ser y a la potencia para respetar y responsabilizar en las acciones. Aquí está la fuente de los deberes éticos que juzgan el comportamiento y promueve los valores.

Es en sociedad donde el hombre aprende el lenguaje, la cultura, la ética, el sentido que debe tener la vida y en donde se consigue un progreso económico que proyecta el desarrollo humano. Ahí es donde ha surgido el concepto de calidad de vida.

El desarrollo humano que mejora la calidad de vida se enjuicia en torno a unos núcleos básicos: el medio ambiente, el crecimiento socioeconómico y la población.

El primero relaciona la cultura con la naturaleza, el crecimiento socioeconómico se sostiene con la relación entre la economía y la sociedad, mientras que la población se cuestiona con los indicadores cuantitativos y la calidad de vida que se desea alcanzar.

Estos núcleos conducen al análisis de la ecología, la economía ecológica y a las tecnologías que proponen a los medios sociales las mejoras de calidad de vida.

“El desarrollo es un término doblemente ambiguo”, como afirma “Denis Goulet”. Se refiere tanto a los fines del cambio social, como a los medios para llevarlo a cabo. Así significa la idea de una vida mejor o un sistema de medios para realizarla.

Para que se mantenga la calidad es justo que exista una distribución equitativa de los recursos. Hoy el desarrollo es un tema permanente de estudio en los programas sociales y políticos. Todos están alarmados por la reducción de recursos que se va produciendo por el empobrecimiento del medio natural, que atenta contra lo que debe ser un desarrollo humano efectivo y una calidad de vida compartida.

CALIDAD HUMANA Y CRISIS DEL BIENESTAR

En el siglo XX, así como en el actual, la tendencia del hombre a alcanzar bien-

estar se ha multiplicado. Se ha promocionado tanto alcanzar mejores logros para la vida del hombre que el contenido ha sido asumido por la institución Estado que lo ha incorporado a las propuestas de seguridad que ofrece a los ciudadanos.

Sin embargo, aunque los logros sociales han sido y son formas óptimas de vida, estamos comprobando que el ESTADO de BIENESTAR y sus ofertas están entrando en situación de crisis. Aparece la **cultura de la desvinculación**, como Miró i Ardeval la denomina.

“La autorrealización solo es posible si se satisface todo deseo individual”. Con esta afirmación el autor citado señala que “el deseo” se convierte en un bien individual situando al hombre como un ser egoísta, centrado en su propia persona y buscando el bien de un modo individual eliminado toda atadura que supone un compromiso personal.

El hombre se libera de todas las vinculaciones que la sociedad, la creencia, la tradición o la historia le enmarcan para enfrentarse a ellas con “el deseo” como manifestación de autenticidad humana. La sociedad moderna está promocionando esta concepción que está marcada por el imperio de las políticas del deseo.

La cultura de la desvinculación se desarrolla en unos puntos que nos sirven de referencia para situar la crisis del bienestar humano. Hablamos de **cultura de la transgresión, el cientismo, el individualismo y el laicismo**.

La cultura de la transgresión indica la ausencia de límites a los deseos humanos. El filósofo polaco Kolakowski, lo expresa de esta manera: “Una de las más peligrosas ilusiones de nuestra civilización es la idea de que no hay límites a los cambios que podemos emprender, que la sociedad es infinitamente flexible.

“La cuestión moderna que situaría al hombre liberado totalmente de la tradición, lejos de abrir ante esta perspectiva de la autocreación divina, lo sitúa en la oscuridad, donde todas las cosas se contemplan con la misma indiferencia. Ser totalmente libre de la herencia religiosa o de la tradición histórica es situarse en el vacío y, por lo tanto, desintegrarse” (citado por Miró).

El cientismo se convierte en la ideología que quiere transformar la ciencia en religión, moral, filosofía, dejando de esa manera de ser ciencia. Corriente que señala como datos del hombre moderno la eliminación de la cultura del esfuerzo. Éste se sustituye por el medicamento que la ciencia ofrece en el mercado. Cae en una corriente materialista práctica que propone un hiperconsumismo utilitarista.

El individualismo exagerado daña por supuesto a los más débiles, destruyendo el comportamiento social y colectivo y con esa actitud el hombre pierde todo sentido de comunidad, de solidaridad y de hermandad.

El laicismo tiende a provocar un sentimiento de culpabilidad en la religión, de modo que la conciencia religiosa es la causa fundamental de la genera-

ción de vínculos, lazos que anulan el sentido libre del hombre.

Finalmente el autor que nos ha conducido en este epígrafe nos plantea una cuestión que está prodigando conductas anómalas en el hombre, que anulan la convivencia y señalan una vida de angustia, de ansiedad y desequilibrio y alteran la calidad que tanto anhelamos. Nos referimos a la “perspectiva de género”. “La cultura de la desvinculación presenta un estadio superior de una mayor consistencia política, la ideología de género, habitualmente denominada perspectiva de género”. “Su puesta en escena es una lógica crítica estrechamente vinculada a una nueva interpretación del feminismo”(Miró. Obra citada).

PERSPECTIVA ANTROPOLÓGICA DE LA CALIDAD DE VIDA

Estamos centrando nuestra exposición en un motivo concreto, destacar en el hombre todos los componentes que integran su actuación como ser inteligente que utiliza esta capacidad para mejorar su situación en el mundo y encontrar mayor nivel en la calidad de su vida.

Por ello, en este apartado vamos a recoger todas las funciones del hombre en su forma de existencia, centrando nuestro pensamiento en lo original y productivo, ya que estos factores son el componente de un ser cultural y social.

Siguiendo al Profesor Luis Cencillo el hombre se distingue por su multivalencia y ambigüedad.

Con esta idea planteamos una reflexión filosófica del todo hombre y de lo específico en su actuación. Seguimos esta línea porque el comportamiento del hombre no puede ser medido empíricamente, conduciéndonos por obligación en el campo de la metafísica y de la interpretación hermenéutica.

Optamos por un tratamiento presistemático que nos acerque al hombre en toda su complejidad, integrando los niveles y procesos de desarrollo de la vida (históricos, sociológicos, culturales).

Utilizando el enfoque del Dr. Cencillo, al acercarnos al hombre lo más importante que se nos ofrece es su complejidad, la multiplicidad de sus vertientes, la ambivalencia de todas sus significaciones, la labilidad de sus actitudes, la elasticidad de su mente, de sus voliciones y concepciones, incluso no acabamos de saber, nosotros hombres, a lo que nos estamos refiriendo cuando aquí y ahora estamos tratando del hombre (Cencillo, ob. Citada).

El ser humano está en una permanente búsqueda de respuesta al misterio que le produce su propia existencia. Es por este motivo un ser en crisis, que se encuentra en la necesidad de elegir, mostrando preferencia sin la cual no podría formar un acto hecho deliberado.

Podemos afirmar que la vida no es para los indecisos, dejando a muchos sin posibilidad de seguir. Al hombre se le escapan muchas posibilidades porque desea conseguirlas desde una situación estable que no llega. Y, no se alcanza, ni llega porque necesita apoyos firmes; cuando alcanza uno es tan efímero que

se le ha esfumado. Es comparativamente subir una escalera sin fin en la que, alcanzado un peldaño, deja de existir y obligatoriamente hay que conseguir el siguiente para seguir buscando en donde aferrarse.

Éste es un efecto de incertidumbre que desconcierta al hombre y le hace aferrarse a la idea de la divinidad.

Dostoiévski lo relata de esta manera, “Si Dios no existiera todo estaría permitido. En efecto, todo está permitido si Dios no existe y en consecuencia el hombre está abandonado, pero no encuentra en sí ni fuera de sí una posibilidad de aferrarse.

Si por otra parte, Dios no existe, no encontramos frente a nosotros valores

u órdenes que legitimen nuestra conducta. Estamos solos sin excusas”.

Nos posicionamos sin excusas en una actitud de búsqueda en donde participa activamente la conciencia humana, que es el punto de partida de la conducta del hombre.

“Tal como la veo, la conciencia humana es una de las actitudes propias del nivel alcanzado por una determinada estructura dinámica, la de nuestro cuerpo, dentro de la total evolución del dinamismo cósmico; actividad en cuya virtud esta estructura se percata de su propia realidad del mundo, puede hacer su vida de un modo personal y dentro de los límites inherentes a su condición finita, poseerse a sí misma y concebir lo que la rebasa”(P. Laín. Ser y conducta del hombre).

Perspectiva Antropológica

- Partimos de un estado presistemático
- Constituye un orden para organizar lo observado en la conducta humana
- El hombre se mueve en un estado de **AMBIGÜEDAD**
- **LA AMBIGÜEDAD** se resuelve analíticamente con estos fundamentos:

DESFONDAMIENTO

- EL PASADO
- EL FUTURO
- EL INCONSCIENTE E INSTITIVIDAD
- LA MENTE
- LA AUTOCONCIENCIA

FRONTERICIDAD

INDEFINITUD



Este pensamiento de Laín enlaza con el planteamiento de la forma de organizar la conducta del hombre que expone Cencillo.

La realidad del hombre es considerarle un ser cuya forma de existencia gira en torno a la ambigüedad y de esta manera justificar que la realidad específica del hombre es estimarle arropado por estos factores, el desfondamiento, la frontericidad y la indefinitud.

El hombre no alcanza un estado de calidad de vida firme porque se encuentra solo ante la elección y está condenado a estar eligiendo como opción a ser. No puede dejar de ser libre como punto de vista de vida sin el riesgo de equivocarse.

Alcanzar un estado de calidad de vida lo debe hacer con este riesgo de ser sin fondo, desfondado. Al estar sin apoyo asume la inestabilidad en todos los terrenos de su comportamiento, sopor-tando dolor, angustia tanto en la práctica como en la concepción de la realidad.

Nietzsche aporta un nuevo elemento al tratar el comportamiento del hombre, plantea una visión del hombre como “pura vida, alma corporeizada, que si no quiere traicionarse a sí misma y quiere buscar su superación, no puede renunciar a esa dimensión corporal. Supone aceptar la muerte y reconocer el sufrimiento y la angustia como ingredientes del vivir humano, pero sin tristezas o pesares”.

Para lograr una seguridad en calidad de vida, el hombre se encuentra comprometido en conseguir valores, ideas, pensamientos firmes que le den firmeza

tanto individual como colectivamente. Se refleja el desfondamiento citado en la primera parte de la vida del hombre así como cuando logra una situación de vida llena de bienestar y bonanza. Pero pronto le surge la incertidumbre en la prospección del futuro.

¿Qué vamos a hacer? ¿Qué vamos a decidir?

Estamos tan implicados en estas situaciones de inseguridad que la vida del hombre cae en situaciones neurotizantes cuando no consigue el bienestar que desea. Se encuentra arrastrado a la indecisión, a la falta de responsabilidad, al compromiso. Estados que aparecen cuando el desfondamiento no encuentra salida.

El Dr.Cencillo citado en nuestra exposición nos ayuda a salir de estas situaciones de negatividad para avanzar superando niveles de vida y rebasando los límites que encuentra el ser humano en su existencia, la frontería. Esta frontera no le corta el estímulo. Es una situación positiva, de más allá, de más deseo de alcanzar estados distintos y superiores, le anima a buscar permanentemente la vida y su calidad.

La sustanciosa teoría de Cencillo nos ofrece un nuevo término en el comportamiento del hombre, la indefinitud. El neologismo expresa que el hombre aspira inacabadamente a mejor calidad de vida. Hace prevalecer su humanidad con todas las características y atributos que le distinguen de otros niveles de la naturaleza y le estimula a no parar para mejorar su estado de vida, su desarrollo y su humanidad.

De esta manera está inmerso en un progreso inacabado, reconociendo que el hombre es un ser perfecto en la imperfección.

SITUACIÓN DEL HOMBRE ANTE EL SUFRIMIENTO Y EL DOLOR

Ante una situación de sufrimiento el hombre se encuentra en una situación personal de confusión por ser un estado nuevo. En algunas personalidades aparece una situación conflictiva que tiende a buscar objetos buenos que le permitan salir de la confusión, ya que cuando tiene obstáculos regresa a situaciones anteriores.

Estos estados producen un continuo tránsito de la situación de dolor al estado de bienestar, señalando comportamientos confusos y personas confusas que se perfilan por los siguientes rasgos:

- Predominancia de un núcleo confusional.
- Perciben el exterior peligroso.

- Se encuentran temerosos, ansiosos, con sensación de ser perseguidos.
- Estados afectivos de ansiedad, que si aumenta se producen estados paranoicos.
- Si el sujeto se estima propicio al dolor y por consiguiente un ser malo, tendrá una relación de dependencia de los medicamentos, del médico... Aparecerá un núcleo depresivo.
- La consecuencia del estado confusional es que el sujeto se va a mover por la ansiedad, en tres estadios: regresiva, persecutoria y depresiva.

La confusión marca en la personalidad que:

Si lo “bueno” está dentro, lo “malo” está fuera y si lo “malo” está fuera lo “bueno” está dentro. En definitiva, el dolor y el sufrimiento producen en el hombre estados afectivos tan fuertes que es difícil restaurar la calidad de vida, si previamente no se eliminan o reducen las tensiones que motivan la confusión vital.

Conclusiones

El sufrimiento es una realidad

La enfermedad se mejora y transforma en salud

ACCIONES

Valorar el dolor

Capacitar para el dolor

Aprender a relajarse

Aceptar la situación del dolor

Poner sentido al sufrimiento

Concentrar la atención en otros temas

MÉTODO-CALIDAD DE VIDA

Bio-psico-social

Modelo contextual

CONCLUSIÓN

Tenemos que hacer frente a estos problemas para superar calidad de vida. Si no se neutralizan estos males se transformará la conducta en neurosis, suicidios, delincuencia...

En el mundo todo está sujeto por una causa y un propósito. De manera que en la vida aparecen significados que hemos de descubrir par enriquecer la vida. Todo se encuentra existiendo para conseguir un fin. Este esfuerzo para perseguir y comprometernos con el fin supone un sufrimiento. Nietzsche afirmó: “¿no sabéis que hasta el día de hoy sólo la disciplina del sufrimiento ha elevado a los hombres?”

El sufrimiento purifica nuestra conciencia y la eleva a estamentos espirituales y divinos. Por ese motivo, pensamos que el comportamiento inteligente del hombre necesita una purificación, un remedio y un estímulo.

¡Hombre! Tu confusión puede transformarse si comprendes que la enfermedad y el dolor puede superarse y con ello mejorar la calidad de tu vida. Te ofrecemos algunas pautas:

Valora tu dolor, capacitándote para hacerle frente. Acepta como un periodo pasajero la situación del dolor y estima que, no hay mal que por bien no venga.

Pon sentido al sufrimiento para controlarlo, concentrando la atención en otros temas de la vida, de tu vida concreta. Y todo esto envuelto con unas

gotas de relajación, haciendo tu esfuerzo a nivel individual y compartido.

La calidad de vida solamente tiene un método, perseguir un progreso indefinido y el camino a la inmortalidad cuando culmine su ser en Dios.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ferrater Mora. Diccionario de Filosofía. Tomo I. Edit. Sudamericana. Buenos Aires. 1971.
2. Marías, J. Antropología Metafísica. Ed. Revista de Occidente. 1970.
3. Scheller, M. El puesto del hombre en el cosmos. Ed. Losada. 1960
4. Ortega y Gasset. Meditación de la técnica. Ed. Alianza. Madrid. 2004.
5. Ortega y Gasset. Meditaciones del Quijote. Obras completas. Vol. I. Ed. Alianza. Madrid. 2004.
6. Masiá, J. El animal vulnerable. Madrid. UPCo. 1997.
7. Ricoeur, P. Historia y verdad- Encuentro. Madrid. 1990.
8. Aristóteles. Política. Instituto de estudios políticos. Madrid. 1951.
9. Miró i Ardeval, J. El fin del bienestar y algunas soluciones políticamente incorrectas. Ciudadela Libros. Madrid. 2008.
10. Cencillo, Luís. Antropología integral. Parte I. Syntagma. Madrid. 1970.
11. Sartre, J.P El existencialismo es un humanismo. Buenos Aires. 1980.
12. Laín. P. Ser y conducta del hombre. Espasa. Madrid. 1996.

13. Laín, P. Alma, cuerpo y persona. Galaxia Gutenberg. Madrid. 1997.

14. Nietzsche. Así habló Zarathustra. Alianza. Madrid. 1998.

15. Goulet, Denis. Desarrollo económico, desarrollo humano. ¿Cómo medirlos? Ed. Fundación Friedrich Ebert. Lima. 1996.

16. Rojas, Enrique: Adiós, depresión. En busca de la felicidad razonable. Temas de Hoy. Madrid. 2006.

17. Barraca, Jorge: La mente o la vida. Ed. Desclée. Bilbao. 2005.

18. Pérez Alvarez y Fernández Hermida: Más allá de la salud mental. Papeles del psicólogo. 2008- Volumen 29(3). <http://www.cop.es/papeles>.

19. Kornblit, Analia. Somática familiar. Ed. Gedisa. Barcelona. 1984.

20. González de Rivera. Medicina Psicosomática. Ades Ediciones. 1979.

METODOLOGÍA EN LA EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA

Dr. Luis Miguel Torres Morera

Jefe de Servicio de Anestesia-Reanimación y Tratamiento del Dolor.
H.U. Puerta del Mar. Cádiz.

La **calidad de vida** hace referencia a la percepción que tienen las personas de su propio bienestar físico y mental. Numerosos factores contribuyen a la calidad de vida, físicos, mentales, sociales y económicos, pero también la capacidad para desenvolverse de manera independiente y disfrutar de la vida. La **calidad de vida relacionada con la salud (CVRS)** hace referencia a los aspectos afectados por las enfermedades y su tratamiento. En lo que nos incumbe, el dolor asociado a una enfermedad y las limitaciones en el funcionamiento que produce y requieren la ayuda de médico, personal sanitario y familiares.

¿CÓMO SE MIDE LA CALIDAD DE VIDA?

La simple pregunta de “¿cómo se encuentra?” representa un medio sencillo de medir la calidad de vida. Sin embargo, si queremos una evaluación precisa es necesario el empleo de cuestionarios. Éstos abarcan temas muy diversos, que suelen incluir síntomas

físicos y mentales, el dolor y las actividades de la vida diaria.

La finalidad de esta evaluación ayuda al médico a comprender mejor cómo afecta una enfermedad o su tratamiento a la vida de un individuo.

Las respuestas a los cuestionarios sobre calidad de vida son útiles en la identificación de las áreas que pueden mejorarse para incrementar aquella. Por ejemplo, si se identifica un dolor crónico como problema principal de calidad de vida, es preciso valorar el dolor con las escalas apropiadas y considerar las opciones de tratamiento para mejorar su control.

El dolor crónico afecta a la salud física y psicológica del que lo padece, con repercusiones sobre las actividades diarias, autonomía, el empleo y el bienestar económico^(1,2). Las personas con dolor crónico no oncológico tienen una afectación multidimensional de la calidad de vida, que supera a otras enfermedades medicas crónicas⁽²⁾. La afectación de la calidad de vida en el

dolor crónico de origen osteoarticular degenerativo o inflamatorio es evidente por las limitaciones y repercusiones en los aspectos tanto físicos como psíquicos, sociales y económicos de los pacientes que lo padecen. Además del dolor existen diversos factores que repercuten negativamente sobre la calidad de vida de estos pacientes^(3,4). En ocasiones son factores poco modificables como los socioculturales, en cambio sobre otros sí se pueden realizar estrategias de actuación del tipo educativas, preventivas, dietéticas, psicológicas, conductuales etc. Es decir, es preciso conocer el entorno de influencias que rodean a los pacientes con dolor crónico no oncológico para realizar un tratamiento integral desde un punto de vista amplio y multidisciplinar, donde el tratamiento analgésico asociado a medidas no farmacológicas y de promoción de hábitos saludables nos permita una mejora global de la patología dolorosa y de su repercusión personal, social y económica.

Escalas de evaluación: como escalas específicas para medición de la intensidad del dolor, se utilizan la escala visual analógica (EVA) que mide la intensidad subjetiva del dolor y está basada en una medición de una línea de 10 cm, donde 0 es la ausencia de dolor y 10 es el máximo dolor imaginable (dolor insoportable), y la escala multidimensional test de Lattinen (TL), que consta de cinco apartados, intensidad de dolor, frecuencia de aparición, consumo de analgésicos, actividad, y descanso nocturno, cada uno con cuatro posibles respuestas, de tal forma que se pueden alcanzar puntuaciones entre 0-20.

Como cuestionario genérico para el análisis de la calidad de vida utilizamos la versión española del cuestionario de salud SF-12, versión reducida del cuestionario de salud SF-36, que es un instrumento de medida de la capacidad funcional y del bienestar emocional. Para puntuar el SF-12 se calculan 2 índices sumario: físico y mental.

Definimos la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), como el valor asignado por las propias personas a su vida en algunos aspectos físicos, psíquicos y sociales, componentes de la salud en los que influyen experiencias, creencias, expectativas y percepciones de la persona. Es por tanto una valoración individual muy influenciada por la percepción subjetiva de cada individuo, por su entorno político, social, económico y cultural y es un valor que se modifica en estados de enfermedad, deficiencia o accidente^(5,6).

Usamos el término CVRS porque valora aspectos de la vida que no son habitualmente considerados como salud; incluye recursos económicos, autonomía y características del entorno, que muchas veces condicionan de forma adversa la salud y sin embargo no suelen ser centro de interés para médicos e investigadores⁽⁷⁾.

La preocupación por aumentar la esperanza de vida ha llevado a plantear la mejora de su calidad. El paciente no se limita a pedir que le quiten el dolor; también exige que sea sin efectos secundarios⁽⁸⁾; el control del dolor, su medición y valoración debe ir acompañada de la medición de la calidad de vida del enfermo^(9,10). La conjunción de estos aspectos

es lo que realmente permite hablar de un tratamiento del dolor de calidad.

El uso del concepto “calidad de vida” ha originado dudas, confusiones e interpretaciones equívocas entre médicos, políticos e investigadores y los propios pacientes. La principal razón es que no existe una base conceptual para medir este término⁽¹¹⁾, ya que engloba conceptos de naturaleza subjetiva y, por tanto, difíciles de cuantificar⁽¹²⁾. Por este motivo, en 1994, la OMS propuso una definición de consenso de calidad de vida: “Percepción personal de un individuo de su situación en la vida, dentro del contexto cultural y de valores en que vive, y en relación con sus objetivos, expectativas, valores e intereses”⁽¹³⁾, habiéndose demostrado su relación con la utilización de recursos sanitarios, institucionalización, pérdida de autonomía y muerte⁽¹⁴⁾.

Existe acuerdo entre los científicos en cuanto a que la CVRS es un concepto multidimensional, que debe incluir como mínimo las siguientes medidas:

- Aspectos relacionados con el funcionamiento físico, en los cuáles se incluye el cuidado personal, la realización de actividades físicas (subir escaleras, etc.) y el desempeño de roles (trabajo y estudio).
- Síntomas físicos relacionados con la enfermedad o el tratamiento (dolor).
- Aspectos psicológicos (estado emocional).
- Aspectos sociales (actividades e interacciones del paciente con amigos, familiares y otros).
- Percepciones de salud⁽¹⁵⁻¹⁷⁾.

Las escalas de evaluación de la calidad de vida relacionadas con el dolor mas comúnmente usadas son:

- Medidas Físicas y Mentales.
 - Cuestionario de Calidad de Vida Relacionada con la Salud SF-36.
- Medidas de Bienestar Psicológico y Salud Mental:
 - Cuestionario de Salud General.
 - Índice de Bienestar Psicológico.
 - Escala de Hamilton.
 - Escala de Beck.
- Medidas de dolor:
 - Escala visual analógica.
 - Escala de Incapacidad por Dolor Lumbar de Oswestry.
 - Escala de Dolor - Función de la Cadera.
 - Cuestionario de Dolor Cervical.
 - Índice de Lattinen.

Perfil de las Consecuencias de la Enfermedad:

- Perfil de Salud de Nottingham.
 - EuroQoL-5D.
 - Láminas COOP-WONCA.
 - Cuestionario de Salud SF-36, en su versión validada en España, que consta de 36 ítems que abarcan 8 dimensiones de la salud percibida: función física, función social, rol físico, rol emocional, salud mental, vitalidad, dolor corporal y salud general. A mayor puntuación de cada dimensión mejor es el estado de salud. SF 12 y SF 8.
- Medidas de calidad de vida relacionada con el cáncer:

- Escala de Karnofsky.
- Escala ECOG.
- Cuestionarios sobre aparato osteoarticular:
 - Cuestionario QUALEFFO para mujeres con fractura vertebral debida a Osteoporosis.
 - Cuestionario de Calidad de Vida para Osteoporosis.
 - Cuestionario WOMAC.

BIBLIOGRAFÍA

1. Smith BH, Elliot AM, Chambers WA, et al. The impact of chronic pain in the community. *Family Practice* 2001; 18: 292-9.
2. González MA, Condón MJ. Incapacidad por dolor lumbar en España. *Med Clin (Barc)* 2000; 114: 491-2.
3. Banegas JR, Ruilope LM. Epidemia de enfermedades metabólicas. Una llamada de atención. *Med Clin (Barc)* 2003; 120: 99-100.
4. Pinals RS. Mechanisms of joint destruction, pain and disability in osteoarthritis. *Drugs* 1996; 52 (Supl. 3):14-2.
5. Badia X, Roset M, Monserrat S, Herdman M, Segura A. La versión española del EuroQol: descripción y aplicaciones. *Med Clin* 1999; 112 Supl 1: 79-86.
6. Testa MA, Simonson DC. Assessment of Quality of live outcomes. *N Engl J Med* 1996; 334: 835-40.
7. Guyart GH, Feeny D, Patrick D. Measuring Health-Related Quality of Life. *Annals of Internal Medicine* 1993; 118: 622-29.
8. Miralles F, Gonzales-Darder JM, Vaca JM, et al. Investigación del dolor; dolor experimental, medición y valoración del dolor. Calidad de vida. Torres LM. *Medicina del dolor*. Editorial Masson SA, 1997; 3: 19-33.
9. Ortega JL, Neira F. Fisiología del dolor. Torres LM. *Anestesia y Reanimación*. Vol I, Arán ediciones SA, Madrid 2001: 685-734.
10. Serrano MS, Caballero J, Cañas A, García PL, Serrano C, Prieto J. Valoración del dolor. *Rev Soc Esp del Dolor* 2002; 9:2-8.

DOLOR Y CALIDAD DE VIDA

Dr. Albert J. Jovell Fernández
Director General Fundació Josep Laporte.
Foro Español de Pacientes.
UAB-Universidad de los Pacientes.

EL CONCEPTO DE DOLOR

Una de las características genuinas del dolor como síntoma es su carácter subjetivo. No existe una prueba objetiva basada en la imagen o en parámetros biológicos que permita identificar el dolor y evaluar su intensidad. Más difícil resulta evaluar cómo afecta ese dolor al funcionamiento vital y social de las personas afectadas. En este sentido, el dolor es un síntoma perceptivo cuyas características son reportadas por las personas afectadas.

Desde un punto de vista clínico, el diagnóstico de patologías específicas mediante las técnicas de diagnóstico por la imagen puede señalar indirectamente la existencia de un dolor, como por ejemplo en los casos de compresión de órganos o de fracturas, pero la manifestación del mismo y su intensidad depende exclusivamente de la capacidad perceptiva de la persona. Este hecho es importante porque, a diferencia de otros síntomas o signos clínicos, la percepción y manifestación del dolor la hacen las personas que lo padecen y, por lo tanto, la intensidad

del dolor viene condicionada por la tolerancia que se tiene hacia el mismo. Además del dolor de origen orgánico existe el dolor psicossomático, a veces de origen desconocido, lo que hace más complejo el abordaje terapéutico del mismo. Es también relevante al cualificar el dolor, distinguir entre el dolor agudo –que requiere una intervención inmediata y que suele ser de tipo orgánico– del dolor crónico, cuya naturaleza insidiosa y su probable origen multifactorial dificulta tanto el abordaje diagnóstico como el terapéutico. Destaca entre este último tipo de dolor el que afecta al sistema musculoesquelético.

Un elemento esencial en la valoración del dolor es la determinación de los niveles de umbrales de tolerancia al mismo, incluido la capacidad de las personas a adaptarse al mismo variando esos niveles. La tolerancia al dolor varía en función de las personas y de las circunstancias, por lo que es difícil establecer instrumentos de medida válidos, fiables, consistentes y con capacidad de discriminación clínica. La validez de un instrumento de medida es su capacidad

de medir en diferentes personas el dolor de la misma forma –en términos de cualidad e intensidad–. Por fiabilidad se entiende su capacidad de medir en una misma persona y de la misma forma, el mismo dolor en repetidas ocasiones cuando éste se manifiesta con la misma intensidad. La consistencia evalúa la presencia de un patrón de dolor repetido en el tiempo con la misma intensidad y que aparece ante los mismos desencadenantes. Finalmente, la capacidad de discriminación clínica de un instrumento permite diferenciar variaciones en su intensidad o en su forma de aparición y de manifestarse según cual sea el origen o la causa del dolor.

La utilización de instrumentos de medida del dolor surge de su relación directa con la calidad de vida del individuo, con independencia de su origen orgánico o psicosomático. Ello es debido a la propia naturaleza del dolor “per se”, que conlleva un efecto discapacitante y que interfiere en las actividades de la vida cotidiana. De esta manera, el dolor se convierte para muchos pacientes en su principal problema de salud con indiferencia de la condición clínica que lo causa. Ello obliga a enfocar una estrategia diagnóstico-terapéutica con un doble objetivo. El primer objetivo radica en una adecuada evaluación y en el tratamiento específico del dolor y el segundo se centra en el abordaje de la condición clínica que se asocia al mismo o lo causa. Este doble abordaje en el manejo clínico del dolor es importante por varios motivos. En primer lugar permite devolver al individuo parte de la calidad de vida perdida como consecuencia del dolor. En segundo lugar permite identi-

car la causa o hacer un diagnóstico diferencial sobre el origen del dolor y su forma de manifestarse. Este último aspecto es importante porque el dolor puede aparecer como causa única de enfermedad, como en el caso de la fibromialgia; puede prevenirse, como el caso de la migraña; puede asociarse a procesos expansivos, como es el caso del dolor oncológico; puede ser inespecífico, como son algunos de los dolores de columna o musculoesqueléticos; o pueden ser muy específicos, como por ejemplo en la neuralgia del trigémino.

LA INTERRELACIÓN DEL DOLOR Y LA CALIDAD DE VIDA DESDE UNA PERSPECTIVA DEL PACIENTE

Una evaluación diagnóstica del dolor desde la perspectiva del paciente debe partir de un concepto de salud relacionado con el postulado por la Organización Mundial de la Salud. Esta perspectiva global de la salud contempla el bienestar en cuatro grandes dimensiones: física, psíquica, familiar y social. No cabe ninguna duda de que en la mayoría de los casos la presencia de dolor afecta a las cuatro dimensiones antes citadas y, por lo tanto, condiciona de forma negativa el bienestar individual y familiar del paciente. Es por lo tanto en este concepto más holístico y global de salud y calidad de vida dónde se ha de situar el manejo clínico del dolor. En este sentido, al igual que pasa con el dolor, la percepción de salud y de bienestar tiene un importante componente subjetivo. Son las personas las que perciben cómo sus experiencias e interacciones cotidianas

se ven modificadas por la presencia del dolor. A este respecto también existe un mecanismo de adaptación y de conceptualización continua sobre lo que se considera una calidad de vida aceptable. Esta concepción individual de la calidad de vida tiene que ver con la tolerancia al dolor y con los significados individuales que se dan a los quehaceres y las experiencias del día a día. Es por ello esencial que la evaluación diagnóstica del dolor y la orientación terapéutica del mismo tenga en cuenta la perspectiva del paciente individual en relación a cómo percibe el dolor y cómo cree que este síntoma afecta a su vida cotidiana. Finalmente, cabe resaltar que el concepto de significado que cada persona quiere dar a su vida y cómo este se va adaptando a los cambios producidos por la enfermedad, depende del individuo y es fundamental en la toma de decisiones terapéuticas, sobre todo en el dolor de tipo crónico.

Esta consideración del dolor desde la perspectiva individual de paciente es relevante por diferentes motivos, entre los que destacan el hecho de que el paciente pueda tener una tolerancia y unos niveles umbrales específicos al dolor; una determinadas actitudes hacia el riesgo, unos valores y unas preferencias específicas, una predisposición a adoptar o no determinados estilos de vida, hábitos cotidianos y conductas y una valoración de cómo el dolor afecta a sus relaciones familiares y sociales. A todo ello se unen otros factores relacionados, como pueden ser la edad del afectado, las condiciones sociales en las que vive, su nivel educativo, la presencia de otras patologías o discapacidades, etc.

Esta combinación de valoraciones subjetivas de la persona y del contexto en el que vive, exige una aproximación individualizada por parte de los profesionales que personalice el tratamiento del dolor teniendo como objetivo la mejora de la calidad de vida.

EL MANEJO CLÍNICO DEL DOLOR DESDE LA PERSPECTIVA DEL PACIENTE

Una de las características del abordaje terapéutico del dolor está relacionada con el hecho de que la efectividad clínica dependa de una buena anamnesis que permita conceptualizar, por un lado, los aspectos relacionados con la percepción del mismo y de la calidad de vida y, por el otro, la prescripción de una pauta terapéutica que tenga en consideración efectos secundarios, interacciones con otros tratamientos y factores pronósticos. De esta forma a la complejidad de prescribir un plan terapéutico efectivo le precede la realización de una correcta valoración diagnóstica. Esta valoración también requiere una aproximación individualizada, dado que los pacientes varían en su capacidad de comunicar, en el deseo de tomar decisiones de forma compartida con los profesionales, en las actitudes hacia el riesgo y en la percepción de la intensidad del dolor.

A pesar de los aspectos mencionados, el abordaje clínico del dolor está sujeto a factores ajenos al paciente. Entre estos factores destacan aquellos vinculados a la complejidad del proceso asistencial: múltiples profesionales implicados,

escasa coordinación entre niveles asistenciales, elevada presión asistencial, división del abordaje de dolor entre diferentes especialidades médicas, existencia de múltiples tecnologías diagnósticas y de tratamientos del dolor, etc. Todos esos factores determinan la complejidad del abordaje clínico de forma que puede existir una elevada variabilidad en la práctica clínica en el diagnóstico y el tratamiento del dolor que precisa del desarrollo de vías y guías de práctica clínica que especifiquen las características del proceso diagnóstico-terapéutico y la evidencia científica de las diferentes pautas terapéuticas disponibles.

Un último factor a tener en cuenta en el abordaje del dolor es la presencia de los sesgos cognitivos existentes, tanto en el lado de quién reporta el dolor como de aquel que lo evalúa. Los posibles sesgos en la notificación del dolor, incluidos el interés en reportar el dolor de forma interesada, bien sea para evitar un despido laboral o para conseguir la obtención de una incapacidad laboral, son importantes en la medida en que dificultan un correcto abordaje terapéutico del mismo. Por otra parte, es importante destacar los posibles sesgos asociados a los profesionales en la valoración del dolor: anclaje, negación, atribución o disponibilidad. La naturaleza perceptiva subjetiva del dolor obliga al profesional a desarrollar una pericia específica en la evaluación cualitativa y cuantitativa del dolor evitando la negación de la presencia o intensidad del mismo, la atribución a factores inespecíficos, la edad del afectado y otros de similares.

SOCIOLOGÍA DEL DOLOR

Desde una perspectiva social se puede tener la impresión de que la tolerancia hacia el dolor ha disminuido. El hecho de que, a pesar del envejecimiento de la población, cada vez se vea menos gente que utiliza sistema de apoyo en la deambulacion sugiere que la introducción de prótesis de rodillas y caderas puede ser un buen ejemplo de cómo la medicina moderna va intentando dar respuestas a la discapacidad y al dolor asociado. Consecuencia de este cambio social aparecen las unidades específicas del dolor, con profesionales especializados en el manejo del mismo, y la cada vez mayor introducción en las actualizaciones de cada especialidad de módulos de formación específicos orientados al manejo del dolor. Por otra parte, la existencia de un arsenal terapéutico importante, en número de fármacos y en variedad de familias farmacológicas, ofrece múltiples posibilidades para un abordaje clínico del dolor. Todo ello se hace más complejo cuando se introducen nuevas terapias físicas en el campo de la rehabilitación, medicinas alternativas, terapias complementarias y otro tipo de alternativas de abordaje del dolor. Finalmente, la implicación del paciente en su propio autocuidado dificulta aún más un abordaje único y dirigido del tratamiento del dolor.

Desde un punto de vista social, el dolor más importante es el crónico, sobre todo el asociado con el desgaste orgánico con el paso de los años y el de causa musculoesquelética, donde se pone de manifiesto la automedicación como factor que puede interferir un plan

terapéutico diseñado según criterios de evidencia científica. A ello se une, que al igual que había una tolerancia hacia el dolor diversa entre las personas, también puede haber una tolerancia diferencial de pacientes con el mismo cuadro clínico hacia un tratamiento específico. Esta tolerancia diferencial al tratamiento tiene que ver con aspectos relacionados con la propia distribución normal de los efectos terapéuticos y del curso de las enfermedades, como con la complejidad en la tolerancia hacia el dolor por parte de los pacientes, como de las diferentes expectativas que éstos tienen hacia las terapias. En estas circunstancias vuelve a ponerse de manifiesto la complejidad del diagnóstico y abordaje terapéutico del dolor. Consecuencia de esta complejidad no debe sorprender que algunos pacientes encuentren alivio terapéutico del dolor en estrategias de base fisiopatológica no habitual –antidepresivos– o en la focalización en actividades lúdicas –tai-chi–.

Otro aspecto importante a considerar en la terapia del dolor es el estudio antropológico del mismo. Así, como ya se ha mencionado antes, las personas suelen distinguir el dolor crónico de las posibles causas que lo producen, focalizándose en su primera petición en la terapia específica del dolor. En este sentido, los pacientes tienen miedo al dolor y lo primero que solicitan a los profesionales es el tratamiento del dolor y de este sufrimiento. A ello se une la necesidad de sentirse cuidados y protegidos en el curso del proceso terapéutico por un profesional de referencia. De hecho lo que los pacientes buscan en los profesionales y en el proceso terapéutico es,

además de una determinación de objetivos terapéuticos específicos centrados en el control del dolor; una respuesta a la consecución de objetivos vitales. Es ahí y en la humanización de la relación médico-paciente donde se produce el encuentro entre el control del dolor y la calidad de vida. Finalmente, desde una visión antropológica, cabe destacar que lo que más “duele” del dolor es la incertidumbre y que ésta aparece relacionada con la incapacidad de alcanzar objetivos vitales individuales, que tiene que ver con el sentido que cada persona quiere dar a su vida y como éstos quieren valorar la calidad de sus vidas.

También es importante valorar el impacto psicológico y emocional del dolor. Así, la mejora de la confianza y la autoestima de los pacientes debe ser uno de los objetivos terapéuticos básicos con la función de integrar al paciente en su entorno familiar y laboral. Ello es importante porque el dolor es una de las principales causas de absentismo laboral y del denominado presentismo. Además, el control del dolor depende de un conocimiento apropiado y del desarrollo de habilidades con respecto al manejo de la medicación, tanto en la efectividad clínica como en las interacciones, posibles efectos secundarios y riesgos de iatrogenia. Toda esta aproximación psicosocial es esencial porque la calidad de vida se altera por el dolor, no sólo en las capacidades físicas, sino también en las psicológicas y estas últimas son más llevaderas si el paciente desarrolla habilidades específicas de control y manejo de la enfermedad. Ahí radica la importancia de proporcionar una formación dirigida específica de los pacientes.

LA APROXIMACIÓN AL AUTOCUIDADO

La orientación diagnóstico-terapéutica del dolor corresponde a profesionales adecuadamente preparados guiados por dos conceptos básicos: la evidencia científica y la anamnesis. El primer concepto permite situar los tratamientos de una forma ordenada y basada en los resultados de estudios rigurosos. El segundo concepto permite situar el juicio clínico en función de la percepción subjetiva del dolor expresada por los pacientes, instrumentos rigurosos de evaluación de la calidad de vida y los niveles de tolerancia y adaptación al dolor y a las terapias. En los casos de dolor crónico es importante valorar la posibilidad de introducir programas estructurados de autocuidado y manejo del dolor como los auspiciados por el proyecto de Universidad de los Pacientes (www.universidadpacientes.org).

Los fundamentos de un programa de formación específica de autocuidado y autocontrol del dolor incluiría los siguientes aspectos: estrategias para superar miedos y concepciones equivocadas en torno al dolor, determinar responsabilidades en relación al manejo del dolor, aprender a convivir y a desarrollar

mecanismos de tolerancia-adaptación con el dolor no tratable o resistente al tratamiento, organizar las actividades de la vida cotidiana de forma que no empeoren la calidad de vida, adoptar técnicas basadas en los principios de la fisioterapia, llevar un diario que promueva un mejor autoconocimiento del impacto del dolor en la calidad de vida y desarrollar estrategias de confrontación hacia el dolor. Asimismo, los programas de autocontrol promueven el compartir experiencias entre afectados, conseguir una mejor comunicación entre pacientes y profesionales, lo cual es muy importante dada la naturaleza subjetiva y perceptiva de los conceptos de calidad de vida y del dolor, mejorar la calidad de vida y evitar la exclusión social. En este sentido resulta muy importante evitar el aislamiento y la depresión, ya que la alteración emocional condiciona la tolerancia hacia el dolor y la implicación en la adopción de estrategias efectivas de autocuidado.

Finalmente, la educación específica debe permitir a los pacientes confrontar de forma más llevadera su transición por el dolor, a hacer más sin tener más dolor y aprender que actividad no equivale a más dolor.

CALIDAD DE VIDA Y DOLOR ONCOLÓGICO

Dra Ana M^a Casas Fernández de Tejerina
Servicio de Oncología Médica.
Hospital Universitario Virgen del Rocío.
Sevilla.

CONCEPTUALIZACIÓN DEL DOLOR ONCOLÓGICO Y ALTERACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA

Cuando una persona recibe el diagnóstico de que padece un cáncer, asocia casi automáticamente la idea de que tendrá dolor. ¿Qué significa el dolor para el paciente oncológico? Algunas de las primeras frases que con frecuencia escuchamos en la consulta, formuladas por el propio paciente o por sus familiares tras el diagnóstico de cáncer están relacionadas con el dolor. ¿Tendrá muchos dolores?,... lo que queremos es que no sufra..., ¿se podrá controlar el dolor?, son frases que expresan el miedo ante un sufrimiento que se considera insuperable y que va estrechamente relacionado con el diagnóstico de un cáncer.

El temor ante el dolor genera una sensación de ansiedad, de incertidumbre ante un sufrimiento que se desconoce cómo será pero que se da ciertamente por seguro. El miedo a sufrir

puede ser en ocasiones un temor casi tan intenso como el de perder la propia vida.

El dolor no es inherente a la enfermedad oncológica, no todas las personas con cáncer experimentan dolor. Entre los pacientes que están en tratamiento, aproximadamente uno de cada tres experimenta dolor y en las fases avanzadas de la enfermedad esta proporción puede ser mayor. ¿Cuál es la causa del dolor oncológico? El dolor oncológico tiene múltiples causas. La principal es el propio tumor o sus metástasis que al formarse y crecer puede comprimir nervios, huesos y otros tejidos próximos. De este modo, el dolor oncológico participa de los 3 tipos comunes de dolor: dolor nociceptivo somático, dolor visceral y dolor neuropático. Por otra parte los propios tratamientos oncológicos y sus efectos secundarios también pueden causar dolor. Con frecuencia el dolor oncológico es una combinación de todos los tipos de dolor^(1,2). (Figura 1).

Dolor crónico oncológico

- Clasificación general del DOLOR: 3 tipos principales(*).
- La cuarta categoría es el **dolor oncológico**, que puede ser una combinación de cualquiera de los tres tipos principales.

	Tipo de receptor primario del dolor o lesión causal
Neuropático	Agresión directa a nervios centrales o periféricos
Somático	Nervios periféricos y sensitivos somáticos eferentes
Visceral	Nervios viscerales nociceptivos y nervios eferentes

*Staats PS. J Pain Symptom Manage 2002; 24: S4-9.

Figura 1.

El dolor se presenta entre el 70% y el 90% de los pacientes en las fases avanzadas o terminales, de ahí la importancia de aplicar un tratamiento correcto desde las primeras fases de la enfermedad. Otro aspecto muy importante es considerar todas las posibles interacciones del dolor con todos los aspectos de la enfermedad y con el propio tratamiento oncológico, ya que el dolor puede ser un signo de progreso de la enfermedad y su disminución o su ausencia un signo de respuesta. De igual modo, muchos enfermos con cáncer están libres de dolor en los periodos iniciales o durante la evolución temprana de la enfermedad. Su incidencia varía entre el 30% y el 50% de los pacientes en fases iniciales y, a lo largo del tra-

tamiento oncológico y dependiendo del tipo de cáncer podrán llegar hasta un 85% en fases avanzadas. Esto significa que una proporción importante de pacientes están libres de dolor en los diferentes periodos de la enfermedad^(3,4) (Figura 2). Por otra parte, es posible que un paciente con cáncer, sufra otro proceso que se acompañe de dolor no necesariamente relacionado con el cáncer y se perciba como un dolor intolerable por sus implicaciones negativas y la connotación de la enfermedad principal.

¿Qué significa en la práctica la calidad de vida del paciente?, ¿cómo evaluamos el dolor?, ¿evaluamos si realmente importa como interfiere el dolor en la calidad de vida del paciente? Lo que

Dolor crónico oncológico

A) Prevalencia

En el momento del diagnóstico: 30-40%.
 Durante el tratamiento oncológico: 50-70%.
 Enfermedad avanzada: 65-85%.
 Causa: 75% el propio tumor; 25% los tratamientos.

B) Importancia

El dolor y sus tratamientos “interaccionan” con otros síntomas y con el tratamiento antineoplásico.
 El dolor puede ser signo o señal de progresión tumoral o –su desaparición– de respuesta.

C) Implicación

El dolor puede acompañar al paciente oncológico desde el inicio de la enfermedad.

Figura 2.

importa es la intensidad del dolor, las características y el impacto del dolor sobre la vida del paciente, en su calidad de vida, en sus aspectos afectivos, en su capacidad funcional, la interacción social con el resto de sus actividades y una serie de síntomas concurrentes.

La valoración del dolor se mide a través de una serie de escalas. Es muy importante distinguir que hay dos tipos de valoración y que, realmente, todo lo que sea valorar el dolor es importante. Existen escalas unidimensionales que pueden parecer insuficientes, pero que deberían ponerse en práctica como la escala visual analógica, en la cual el propio paciente gradúa su dolor. Desde luego es mucho más importante hacer una valoración multidimensional de todo aquello que afecta a la calidad de

vida del paciente en todas sus vertientes: fisiológica, sensorial, afectiva, cognitiva, conductual y sociocultural y en todas sus dimensiones: alteraciones del sueño, disminución de la capacidad de trabajo con un cansancio permanente; alteraciones emocionales, disminución del apetito, falta de interés por la compañía familiar, imposibilidad de desplazarse, de hacer viajes, falta de interés por todo y sentimientos de aislamiento del mundo. Todo esto es lo que produce el dolor en el paciente, lo que afecta a su calidad de vida, la de su familia y todo su entorno social. De todo ello se deduce la importancia de una valoración por parte del paciente. Al ser el dolor un síntoma subjetivo, nunca podremos juzgar desde fuera el grado de dolor que soporta el paciente^(5,6) (Figura 3, figura 4).

Calidad de vida y dolor oncológico

¿Cómo evaluamos el dolor en la práctica clínica cotidiana?

Importa lo que interfiere en la calidad de vida

- 1. Intensidad del dolor**
- 2. Características del dolor**
- 3. Impacto del dolor sobre la vida del paciente:**

Calidad de vida (Ecog, Karnofsky)
Estado de ánimo (aspectos afectivos)
Capacidad funcional
Interacción social
Síntomas concurrentes

Cleeland & Syrjala. *Handbook of Pain Assessment*, 2001.

Figura 3.

Calidad de vida y dolor oncológico

¿Cómo afecta el dolor a la calidad de vida del paciente?

- Alteraciones del sueño
 - Disminución de la capacidad de trabajo
 - Cansancio permanente
- Alteraciones emocionales (tristeza, depresión, preocupación)
 - Disminución del apetito
 - Falta de interés por la compañía familiar
- Imposibilidad de desplazarse, de hacer viajes, vacaciones
 - Falta de interés por todo
 - Sentimientos de aislamiento del mundo
- Cansancio de la familia y de los demás cuidadores

Figura 4.

TRATAMIENTO PARA EL DOLOR ONCOLÓGICO

Desde la Oncología y especialmente desde la perspectiva de la Continuidad de los Cuidados Oncológicos se trata de promover una atención integral y continuada a lo largo de todo el transcurso de la enfermedad oncológica. Desde que se realiza el diagnóstico de cáncer, nos planteamos una serie de objetivos. En primer lugar trataremos, lógicamente, de evitar retrasos en el diagnóstico. Cuando realizamos un tratamiento curativo el objetivo máximo es la eficacia, pero también es necesario reducir los efectos secundarios de los fármacos y de los tratamientos que administramos. Hay una siguiente etapa que es rehabilitar al enfermo y devolverle a la sociedad, recuperar la funcionalidad previa. En fases avanzadas y cuando no es posible un tratamiento curativo, el objetivo es la calidad de vida especialmente en la fase final de la vida en la que

el sufrimiento físico y existencial, junto con una serie de necesidades espirituales, van a prevalecer.

En todas estas fases que nosotros titulamos como “Continuidad de los Cuidados”, vemos cómo el dolor está presente. El dolor está en la fase inicial, en la fase del tratamiento curativo, en la fase de los tratamientos paliativos y en el final de la vida. Y en todas estas fases, hay que actuar desde el primer momento, desde el diagnóstico mismo de la enfermedad. Estas son las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud para tratar el dolor oncológico. Hay un tratamiento analgésico que tiene que seguir un continuo, desde el diagnóstico y junto con unos tratamientos oncológicos específicos, que van a actuar sobre las mismas fuentes del dolor hasta que sea necesario o hasta el final de la vida junto con la mayor actuación de cuidados paliativos^(7, 8, 9, 10,11) (Figura 5).



Casas Fdez. de Tejerina, A.M. Symptom management, supportive and paliative care: The continuum of care in the cancer patient. En: Clinical Translational Oncology. (2006); 9; 1-009.

Figura 5.

En el tratamiento del dolor debemos considerar inicialmente el tratamiento etiológico para eliminar o paliar el origen del dolor mediante tratamiento oncológico mediante cirugía, radioterapia o tratamiento sistémico oncológico. Como tratamiento sintomático del dolor, existe un amplio grupo de fármacos y en caso de que estos fármacos fracasen hay otros procedimientos terapéuticos, especialmente reservados para enfermos que presentan dolor refractario a las terapias farmacológicas comunes que pueden aliviar al paciente y mejorar su calidad de vida⁽¹²⁾.

En el tratamiento sintomático del dolor debemos seguir los principios de la OMS, que consisten esencialmente en a) individualizar la analgesia y b) adaptarla a cada paciente, c) hacer reevaluaciones periódicas, d) no usar nunca placebo, e) utilizar la escalera analgésica, f) administrar los analgésicos con una pauta fija y g) siempre dejar escritas las dosis de rescate que el paciente puede necesitar.

¿Cuáles son las vías de elección? Hay que ir siempre de las menos a las más invasivas: oral, transdérmica, transmucosa y subcutánea así como utilizar desde el principio la medicación coadyuvante o co-analgésica necesaria, prevenir los efectos secundarios y realizar el seguimiento del paciente de forma individualizada. En el año 1986, la Organización Mundial de la Salud (OMS) propuso una escalera analgésica en la que se recomendaba un tipo u otro de fármaco dependiendo de la intensidad del dolor. Siguiendo la graduación de intensidad del dolor, los fármacos que se recomiendan son: Nivel 1: analgésicos no opioides tales como Aspirina, Paracetamol y Anti-Inflamatorios

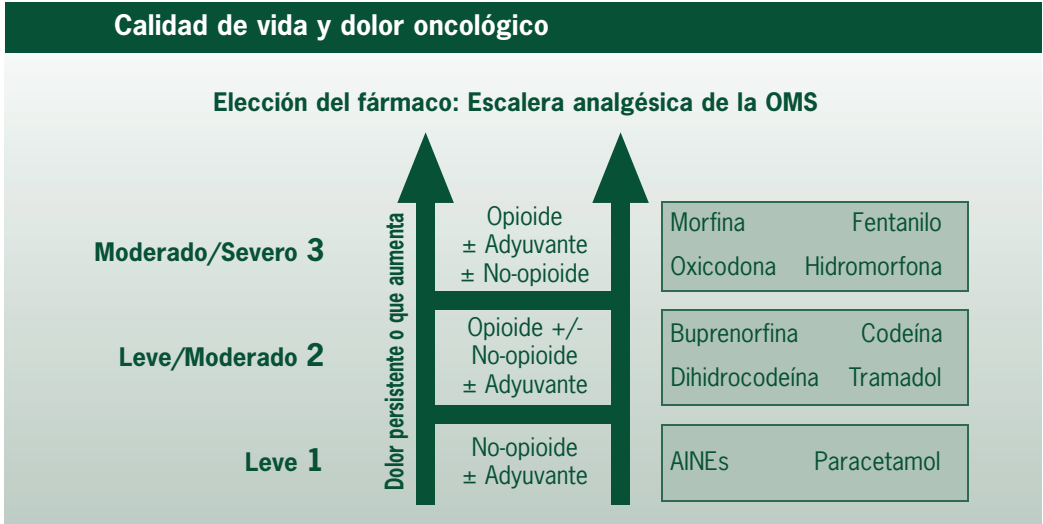
No Esteroideos (AINEs). Nivel 2: opioides débiles tales como el tramadol, codeína y dextropropoxifeno. Nivel 3: opiáceos potentes tales como la morfina y otros opioides (oxicodona, hidromorfona, fentanilo o metadona) que no tienen techo terapéutico y por tanto es posible incrementar sus dosis en función de la intensidad del dolor.

Es muy importante la utilización de los fármacos coadyuvantes ya que actúan no solamente disminuyendo la ansiedad del paciente sino mediante un efecto analgésico “*per se*”, asociado a los demás tratamientos. Es muy importante utilizar correctamente los fármacos coadyuvantes en cualquiera de los escalones de la escalera analgésica de la Organización Mundial de la Salud^(13, 14, 15, 16) (Figura 6).

BARRERAS PARA UN CORRECTO ABORDAJE DEL DOLOR ONCOLÓGICO

Existen aún múltiples barreras para tratar el dolor. El tratamiento del dolor se realiza todavía de una forma inadecuada por múltiples razones debido a causas relacionadas con los múltiples agentes que pueden interaccionar.

Desde el punto de vista de los profesionales, hay en muchas ocasiones una insuficiente formación, fundamentalmente en lo que se refiere a los aspectos fisiopatológicos, el temor a los acontecimientos adversos asociados a los fármacos, magnificado por el desconocimiento de su profilaxis o de su correcto abordaje. Es necesario además hacer una evaluación permanente del paciente, para la que hace falta conocimiento, tiempo,



OMS, 1986.

Figura 6.

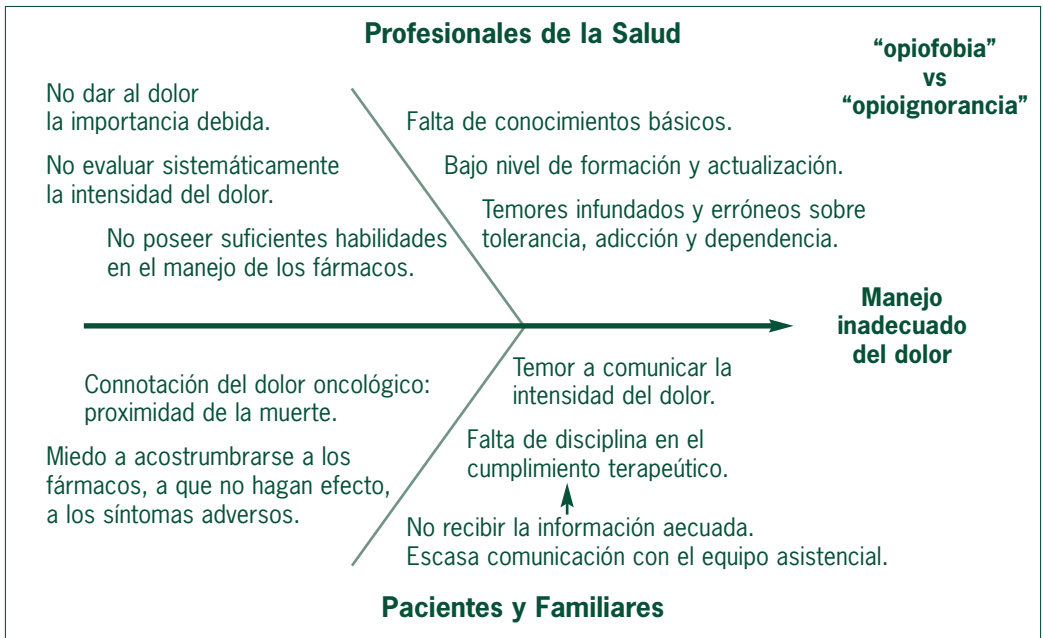


Figura 7.

habilidades y herramientas adecuadas. Es muy importante, desde el punto de vista de los pacientes y de los familiares desterrar la connotación del propio dolor oncológico y su asociación inevitable con el cáncer, la falta de información sobre la eficacia del tratamiento del dolor y los miedos, miedo a lo desconocido, que en el caso de estos pacientes se asocian, evidentemente, al miedo a la muerte^(18, 19, 20) (Figura 7).

En relación con el Sistema Sanitario, hay una fragmentación en los cuidados entre los niveles asistenciales. El manejo adecuado del dolor se relaciona fuertemente con el grado de desarrollo de los sistemas sanitarios en cada país. Es fundamental que exista

una coordinación entre niveles asistenciales para poder atender adecuadamente el dolor^(21, 22, 23, 24, 25). Es necesario desmontar barreras aún muy arraigadas en nuestra sociedad como son: el miedo a la adición a opioides, a la posible tolerancia y a los efectos secundarios, relegando su uso para el final de la vida cuando ya no hay nada más que hacer. Se genera así una “opio-fobia”, basada principalmente en una “opio-ignorancia” que atenta contra el derecho a la salud y el bienestar de los pacientes. Algunos de los obstáculos a vencer, de forma general, serían los siguientes⁽²⁶⁾: (Figura 8).

1. Educar al personal sanitario que atiende los pacientes con dolor.

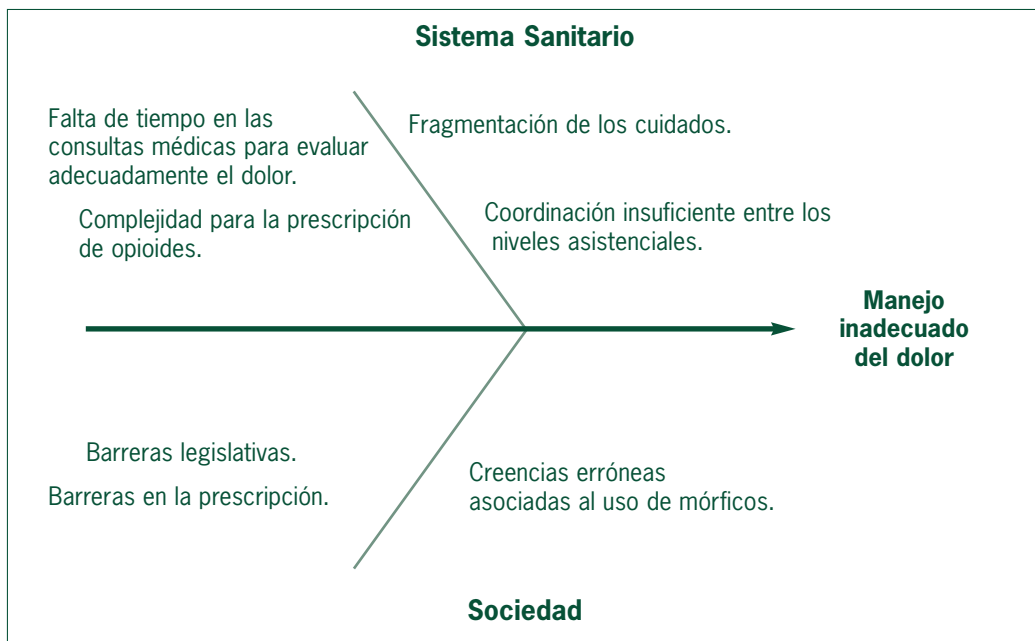


Figura 8.

Calidad de vida y dolor oncológico

Lo que debemos comunicar a los pacientes

- Su dolor **puede ser controlado**.
- El control del dolor **es una parte más** de su tratamiento oncológico.
- Es mejor **controlar el dolor desde su inicio**. No “esperar a ver si se me pasa”.
 - Haga el tratamiento **PAUTADO** como se le indica.
 - Es un error dejar “los tratamientos fuertes” para el final.
- Cada paciente es diferente. **Hay muchos tratamientos para el dolor, individualizar**.
 - **Hable con su médico**. Seguro que le puede ayudar a manejar su dolor.
 - **No tenga miedo a “acostumbrarse”** y que luego no le haga efecto.
 - No tenga miedo a decir lo que le pasa. **Tener dolor no significa estar peor**.

Figura 9.

2. Crear estándares universales en el tratamiento del dolor por parte de los profesionales.
3. Promover reformas legislativas.
4. Establecer políticas de apoyo para el uso y disponibilidad de opioides.
5. Proveer universalmente las distintas presentaciones de opioides.
6. Promover programas de control del dolor en todas las naciones, independientemente de los recursos.
7. Perseverar en el activismo por parte de la OMS, las asociaciones y las sociedades internacionales a favor del control del dolor.

Una ayuda valiosa para superar todas estas incógnitas es mejorar el conocimiento sobre el dolor con infor-

mación de calidad. Conocer mejor las causas, los factores que giran en torno al dolor oncológico y los tratamientos disponibles pueden ayudar a combatirlo de una forma más efectiva. Algunos de estos aspectos básicos que se deben conocer son los siguientes (Figura 9):

- El dolor oncológico se puede aliviar. En todos los tumores se puede controlar el dolor oncológico en más del 95% de los casos con los tratamientos actualmente disponibles.
- Muchas personas tienen miedo a tomar fármacos potentes para el dolor por miedo a hacerse “adictos”. Es necesario saber que los pacientes oncológicos que toman morfina y otros medicamentos

para el dolor no se acostumbran ni se hacen “adictos”. Por eso, hay que tomar la medicación para el dolor cuando realmente hace falta, cuando empieza el dolor.

- Existen múltiples tratamientos y técnicas para controlar el dolor oncológico y siempre se debe confiar sabiendo que por intenso que sea, siempre hay algo más que se puede hacer para controlar el dolor.
- Por lo general, un buen control del dolor suele ser consecuencia de un cuidadoso plan que tiene en cuenta las medicaciones que son efectivas y las que no y que ajusta las dosis en función de las características del paciente. Pacientes y profesionales debemos trabajar siempre unidos, para lograr un buen plan individualizado para cada paciente en el que al conocimiento profesional se suma una buena comunicación médico-paciente.
- Todo paciente oncológico tiene absoluto derecho a que su dolor sea controlado. Es necesaria una buena comunicación basada en la confianza con el oncólogo que le tratará adecuadamente su dolor o le enviará a otro especialista en caso necesario.

CONCLUSIONES

- El dolor oncológico es multidimensional: su abordaje debe serlo también.

- Evaluación y re-evaluación permanente del dolor del paciente oncológico deben ser las constantes.
- El dolor es un síntoma subjetivo. La única evaluación posible para valorar la eficacia terapéutica es la respuesta del paciente al control de su dolor.
- La farmacopea actual frente al dolor crónico, basada en fármacos opioides, permite hacer frente hasta un 95% de los casos de dolor. El uso de fármacos adyuvantes deberá acompañarse también.
- Nuestro patrón epidemiológico de enfermar está cambiando velozmente hacia las enfermedades crónicas que acarrearán más sufrimiento y dolor.
- Disponemos de los conocimientos y de la tecnología para poder combatirlos eficazmente.
- No son admisibles la distancia y el vacío actuales entre el grandísimo nivel de conocimientos y tecnología y la prevalencia de pacientes oncológicos con dolor no controlado.

BIBLIOGRAFÍA

1. Portenoy RK, Lesage P. Management of cancer pain. *Lancet*. 1999;353:1695-1700.
2. Sepulveda C, Marlin A, Yoshida T, Ulrich A. Palliative care: the World Health Organization's global perspective. *J Pain Symptom Manage*. 2002;24:91-6.

3. Bruera E, Kim HN. Cancer pain. JAMA. 2003;290:2476-9.
4. Foley KM. Pain assessment and cancer pain syndromes. In: Doyle D, Hanks GWC, Calman K Cherny N, eds. Oxford textbook of Palliative Medicine, 3rd ed. New York: Oxford University Press. 2003.
5. Cleeland CS, Syrjala KL. How to assess cancer pain. In: Turk DC, Melzack R (Eds). Handbook of Pain Assessment, 2nd ed. New York: Guilford Press, 2001.
6. Cherny NI, Portenoy RK. The management of cancer pain. CA Cancer J Clin. 1994;44:263-303.
7. Manual SEOM de Cuidados Continuos. Edita Sociedad Española de Oncología Médica; pp 61-75. Madrid. 2.004 ISBN: 84-609-2494-7.
8. Zech DF, Grond S, Lynch J, Hertel D, Lehmann KS. Validation of World Health Organization guidelines for cancer pain relief. Pain. 1995;63:65-76.
- Higginson IJ, Heran J, Murtagh F. Epidemiology of cancer pain. En: Sykes N, Bennett M, Yuan CS (eds.). Textbook of Clinical Pain Management – cancer volume 2nd ed. London: Hodder Arnold, 2008. pp 13-26.
9. Ana M^a Casas Fdez. de Tejerina. "SYMPTOM MANAGEMENT, SUPPORTIVE CARE AND PALLIATIVE CARE: THE CONTINUUM OF CARE IN THE CANCER PATIENT" . En: Clinical and Translational Oncology. 2006; 8 (9).
10. Miaskowski, C., Dodd, M., Lee, K. (2004). Symptom Clusters: The New Frontier in Symptom Management Research. J Natl Cancer Inst Monogr 2004: 17-21.
11. Ana María Casas Fernández de Tejerina, Jesús Corral Jaime, María José Flor Oncala. DOLOR DIFÍCIL: CONCEPTO Y ABORDAJE. En: TRATAMIENTO DEL DOLOR DIFÍCIL. pp: 1-20 Editora: Ana Mañas Rueda. Ferrer 2008.ISBN 978-84-690-6299-9.
12. World Health Organization. Cancer pain relief. Geneva: World Health Organization, 1986.
13. Breivik, H., Cherny, N., Collett, B., de Conno, F., Filbet, M., Foubert, A. J., Cohen, R., Dow, L. (2009). Cancer-related pain: a pan-European survey of prevalence, treatment, and patient attitudes. Ann Oncol 20: 1420-1433.
14. Dy, S. M., Asch, S. M., Naeim, A., Sanati, H., Walling, A., Lorenz, K. A. (2008). Evidence-Based Standards for Cancer Pain Management. JCO 26: 3879-3885.
15. Manual para el uso de Fármacos Antiepilépticos en Oncología Médica . Edita Sociedad Española de Oncología Médica. 2006. ISBN: 84-611; 2850-8.
16. Ana M^a Casas Fdez. de Tejerina. "PREVENCIÓN Y CONTROL GENERAL Y PARTICULAR DE LOS EFECTOS SECUNDARIOS DE LOS OPIOIDES. TRATAMIENTO MÉDICO". En Guía "Tratamiento médico del Dolor oncológico".pp 129-151. Sociedad Española de Oncología Médica. ISBN 84-932619-9-8. 2005.
17. Back, A. L., Arnold, R. M., Quill, T. E. (2003). Hope for the Best, and Prepare for the Worst. ANN INTERN MED 138: 439-443.
18. Davis, M. P., Walsh, D. (2004). Epidemiology of cancer pain and factors influencing poor pain control. AM J HOSP PALLIAT CARE 21: 137-142.
19. Yabroff, K R., Mandelblatt, J. S, Ingham, J. (2004). The quality of medical care at the end-of-life in the USA: existing barriers and examples of process and outcome measures. Palliat Med 18: 202-216.
20. Rabow, M. W., Dibble, S. L., Pantilat, S. Z., McPhee, S. J. (2004). The Comprehensive

Care Team: A Controlled Trial of Outpatient Palliative Medicine Consultation. *Arch Intern Med* 164: 83-91.

21. Weinstein, S. M., Romanus, D., Lepisto, E. M., Reyes-Gibby, C., Cleeland, C., Greene, R., Muir, C., Niland, J. (2004). Documentation of Pain in Comprehensive Cancer Centers in the United States: A Preliminary Analysis. *J Natl Compr Canc Netw* 2: 173-180.

22. Carr, D. B., Goudas, L. C., Balk, E. M., Bloch, R., Ioannidis, J. P. A., Lau, J. (2004). Evidence Report on the Treatment of Pain in Cancer Patients. *J Natl Cancer Inst Monogr* 2004: 23-31.

23. Back, A. L., Arnold, R. M., Baile, W. F., Tulsky, J. A., Fryer-Edwards, K. (2005). Approaching Difficult Communication Tasks in Oncology. *CA Cancer J Clin* 55: 164-177.

24. Ana María Casas Fernández de Tejerina, Maria Jose Flor Oncala, Jesús Corral Jaime. PLANIFICACION INTERDISCIPLINAR EN EL TRATAMIENTO DEL DOLOR ONCOLÓGICO. En: TRATAMIENTO DEL DOLOR DIFÍCIL. pp: 219-336. Editora: Ana Mañas Rueda. Ferrer 2008. ISBN 978-84-690-6299-9.

25. Brennan F, Carr DB, Cousins M. Pain Management: A Fundamental Human Right. *Anesth Analg* 2007;105:205-21.

CALIDAD DE VIDA Y DOLOR EN ONCOLOGÍA RADIOTERÁPICA

Dr. Jorge Contreras Martínez
Servicio de Oncología Radioterápica.
Hospital Carlos Haya. Málaga.

El cáncer es actualmente una de los principales prioridades en salud pública por su frecuencia y mortalidad, por la morbilidad de los tratamientos y los costes asociados al mismo. Tradicionalmente los resultados de las intervenciones terapéuticas empleadas se han evaluado en términos objetivos, valorando únicamente los conceptos clásicos de curación, supervivencia, morbilidad, etc. Pero estos parámetros no tienen en cuenta, en la mayoría de las ocasiones, la opinión del paciente, estableciendo como prioridad fundamental obtener la curación. Cuando la curación no es posible se plantea el aumentar la supervivencia, pero en muchas ocasiones el beneficio que se consigue en términos de supervivencia es escaso, la mayoría de las veces a base de tratamientos con importante efectos secundarios y con un elevado coste económico. Esto ha llevado a los médicos en general y a los oncólogos en particular a buscar otros objetivos con el tratamiento que administramos, como podría ser el intervalo libre de enfermedad y el beneficio clínico (tiempo que obtenemos sin síntomas).

Todo ello ha propiciado desde hace unas décadas el inicio de un cambio en la mentalidad de los oncólogos clínicos, obligando a introducir en los ensayos de investigación innovaciones metodológicas que incluyan conceptos como calidad de vida y estudios farmacoeconómicos, parámetros ambos significativos a tener en cuenta a la hora de tomar decisiones terapéuticas y conocer la eficiencia de las intervenciones sanitarias, con el objetivo de conseguir el mayor grado posible de salud en el paciente con cáncer.

Pero ahora nos toca preguntarnos qué entendemos por calidad de vida en medicina. Para la Organización Mundial de la Salud la definición de salud sería un estado completo de bienestar físico, mental y social, y no solo la ausencia de enfermedad. Esto se completa con el concepto de calidad, que para el diccionario de la Real Academia de la Lengua el término calidad significaría la propiedad o conjunto de propiedades inherentes a una cosa que permiten apreciarla como igual, mejor o peor que las restantes de su especie. Finalmente el término vida hace referencia a un espacio de

tiempo que transcurre desde el nacimiento de un animal o vegetal hasta su muerte.

Y la siguiente cuestión a plantear sería: ¿qué es lo que condiciona con más frecuencia e intensidad la calidad de vida en un paciente oncológico? La respuesta es, sin duda alguna, el dolor. La definición de dolor sería, desde un punto de vista estrictamente técnico, la sensación física o experiencia emocional desagradable asociada a un daño actual o potencial de los tejidos. Sin embargo, para el paciente es lo que él dice que es y existe cuando lo percibe. Se podría decir que el dolor crónico oncológico es uno de los síntomas más frecuentes que se presenta en los pacientes con cáncer y que justifica el mayor porcentaje de consultas médicas no programadas. Alrededor del 65% de los tumores malignos avanzados cursan con dolor oncológico de moderado a severo que es causado directamente por la neoplasia o como consecuencia de las complicaciones que puedan presentar los diferentes tipos de tratamientos administrados al paciente (cirugía, radioterapia y/o quimioterapia). Del 40 al 60% de los pacientes que se atienden en un servicio de Oncología Radioterápica refieren dolor de moderado a severo en algún momento de la evolución de su proceso neoplásico (diagnóstico, tratamiento o durante el seguimiento) y muchos de ellos necesitarán analgesia de tercer escalón. La frecuencia e incidencia dependerá del estadio de la enfermedad, del tipo de tumor y de la localización del mismo. Según cifras obtenidas de una encuesta realizada dentro de la iniciativa Aliviar, del 30 al 45% de los pacientes que se

atienden en un servicio de Oncología Radioterápica experimentarán dolor en la primera visita que se les realice, y el 75% lo tendrán de moderado a severo durante la evolución y tratamiento de su enfermedad.

Estos pacientes que se valoran en los Servicios de Oncología Radioterápica suelen estar polimedicados, con frecuencia presentan un mal estado general y en ocasiones manifiestan disfagia, requieren múltiples consultas médicas durante la administración del tratamiento radioterápico, dada las características del mismo (sesiones diarias, durante varias semanas y con posibilidad de producir efectos secundarios), estableciéndose una relación intensa durante el tratamiento entre el oncólogo radioterápico y el paciente, que verá a este como su “médico de cabecera” el cual deberá hacerse cargo del tratamiento sintomático durante la evolución de su enfermedad.

Hemos de decir que aunque los opioides controlan un alto porcentaje de situaciones de dolor en los pacientes oncológicos, existe un número importante de pacientes que precisan de un tratamiento radioterápico con intención paliativa, dada su alta efectividad en estas situaciones. Según los datos publicados en diversos metaanálisis sobre el tema (con más de 10.000 pacientes) se estima que la radioterapia es efectiva en cerca del 80% de los pacientes que la reciben con intención antiálgica, con un escaso o nulo porcentaje de efectos secundarios o complicaciones asociadas al mismo. En términos generales, podemos afirmar que cerca del 40% de los

pacientes que se atienden en un Servicio de Oncología Radioterápica precisan de un tratamiento con irradiación con intención paliativa antiálgica, con unos resultados altamente satisfactorios en cuanto a mejora y control del dolor en dichos pacientes.

Entre las complicaciones que se pueden producir con los tratamientos oncológicos la mucositis es uno de los problemas más importantes en los pacientes tratados con radioterapia y/o quimioterapia con intención radical o curativa, debido fundamentalmente al dolor relacionado con la misma, que en muchas ocasiones compromete el cumplimiento del esquema terapéutico previsto.

La afectación mucosa secundaria a los tratamientos oncológicos se puede presentar a cualquier nivel de nuestra anatomía, siendo la región de cabeza y cuello la zona más frecuente pero no la única donde se puede manifestar. Weissman y cols. publicaron en 1989 un artículo en el que establecen en 37% el porcentaje de pacientes con tumores de cabeza y cuello que presentan dolor asociado a la mucositis oral calificado de moderado a severo a pesar de la utilización de anestésicos locales y analgésicos de segundo escalón.

Una vez que la mucositis se ha establecido, y para mantener el esquema terapéutico prescrito, se deberá instaurar un tratamiento de soporte que deberá incluir una higiene oral meticulosa, tratamientos específicos de las complicaciones infecciosas (antibióticos, antifúngicos, AINEs, etc), y tratamientos sintomáticos del dolor median-

te la utilización de analgésicos vía sistémica y/o tópica. Sin embargo, y a pesar del tratamiento prescrito, un gran porcentaje de pacientes siguen manifestando dolor de moderado a severo en el que se justifica el uso de analgésicos de tercer escalón.

El beneficio que puede reportar un tratamiento radioterápico paliativo sobre el control del dolor se puede traducir en una mejoría en la puntuación de todos los parámetros reflejados en los cuestionarios sobre calidad de vida (tanto físicos, psicológicos, como sociales y espirituales). Esto en muchas ocasiones no es suficientemente valorado en cuanto a su repercusión sobre la calidad de vida de los pacientes con cáncer y esto nos obliga a los oncólogos a tener, cada vez más, una formación sólida en el manejo del tratamiento del dolor.

Un ejemplo de este creciente interés por el tratamiento del dolor en el paciente oncológico dentro de la Oncología Radioterápica, es la creación de iniciativas como la del grupo ALLEVIARE (anteriormente mencionado), que se dedican a concienciar a los oncólogos en la necesidad de dar al tratamiento del dolor un lugar prioritario en la asistencia diaria de los pacientes con cáncer, mejorando su calidad de vida y la de su entorno. Para ello dentro del grupo se realizan actividades científicas (expansión y difusión de guías de práctica clínica, protocolos, encuesta, etc), formativas (formación continuada de los profesionales...) y de divulgación (información al paciente y su familia) que nos ayudan a tratar de conseguir dicho objetivo.

A modo de conclusión podríamos destacar como ideas fundamentales que el dolor es un síntoma muy frecuente que se presenta en las consultas de Oncología Radioterápica, y que lo podríamos cuantificar (según localización tumoral, estadio, tipo de tratamiento a administrar, intensidad del mismo, etc) en más de un 70% de los pacientes y es la causa más frecuente de consultas no programadas, afectando incuestionablemente la calidad de vida de los pacientes. En un porcentaje alto (> del

80%) el dolor está producido por el tumor pero existe un 20% de situaciones que son los propios tratamientos oncológicos los que lo producen (cirugía, radioterapia y/o quimioterapia), manifestándose en los servicios de Oncología Radioterápica como mucositis, requiriendo en la mayoría de las ocasiones la utilización de analgésicos de tercer escalón. La radioterapia es un tratamiento oncológico con una alta eficacia para la paliación del dolor producido por el tumor.

CALIDAD DE VIDA EN EL PACIENTE CON DOLOR EN FASE DE CUIDADOS PALIATIVOS

Dra. Amparo Mogollo Galván
Coordinadora de la Unidad de Cuidados Paliativos.
H.U. Puerta del Mar. Cádiz.

Todos los profesionales que se dedican a Los Cuidados Paliativos (CP) están acostumbrados a pensar en términos de calidad de vida. Esto es así desde que en 1990, la OMS propone ese concepto como el objetivo que tiene que conseguir toda la atención que se dé a los pacientes que se acercan al final de la vida como consecuencia de la progresión de enfermedades evolutivas. Estas enfermedades, ya no responden a terapéuticas curativas o al menos destinadas a prolongar la supervivencia. En ese mismo documento, se hace notar la importancia de ocuparse de la familia con el mismo criterio⁽¹⁾.

Consideramos pacientes en fase de CP a aquellos que:

1. Tienen una enfermedad progresiva e incurable.
2. No responde a tratamientos específicos destinados a curar o a prolongar la supervivencia, aunque todavía sirvan para alivio de los síntomas.
3. Tienen múltiples síntomas multifactoriales y cambiantes.

4. Su atención se acompaña de un impacto emocional en relación con la cercanía de la muerte aunque ésta no esté explícita.

5. Se prevé que tengan una supervivencia determinada, variable, según el tipo de patología⁽²⁾.

Pero, concretando aún más, podemos decir que hay otros pacientes en esta fase en los que las medidas específicas de tratamiento de la enfermedad, ni siquiera sirven para el alivio de las molestias. Estos pacientes sólo reciben tratamientos sintomáticos. Estos pacientes suelen estar seguidos por sus equipos de atención primaria con la colaboración, o no, de su especialista o de equipos específicos de CP.

La importancia que le damos a la calidad de vida ha ido en aumento en los últimos años. Basta repasar los textos de CP que usamos habitualmente y en la primera edición del texto de Oxford de 1993 (Ed. Derek Doyle) en que se alude continuamente al objetivo señalado, no se le dedica ningún capítulo de forma específica. En los libros actuales de cual-

quier nacionalidad se dedica una parte expresa a la medición de la calidad de vida, si bien no hacen hincapié en las diferencias entre los dos tipos de pacientes paliativos a los que hemos aludido anteriormente.

Ha sido la Oncología uno de los primeros campos en que se utilizaron medidas evaluativas de calidad de vida y una de las materias donde más se ha publicado⁽³⁾. Muchas veces, en los ensayos de nuevos fármacos se debe demostrar que los posibles aumentos de supervivencia pueden tener además un beneficio para el bienestar del enfermo al que se aplica.

No deja de ser un concepto ambiguo, como dice un autor, “si a la vida se le despoja de la dimensión temporal, todos los atributos restantes se pueden considerar como calidad. Y definirla, adquiere connotaciones filosóficas”⁽⁴⁾.

¿Qué se entiende por calidad de vida para una persona? Lo que ella entienda como su bienestar en todas las dimensiones: física, mental, social...⁽⁵⁾. No es un reflejo directo de las condiciones reales y objetivas, sino la percepción subjetiva que de ella tenga el propio individuo. De todas formas, estamos hablando de calidad de vida en relación con la salud que es un concepto multidimensional, dinámico y subjetivo.

Para medir la calidad de vida hay una serie de escalas complejas, que manejan todos (o mejor dicho algunos) de los factores que se implican en el bienestar. Hay varias dificultades de índole metodológica e instrumental que deben sub-

sanarse, pero también hay otros problemas que no siempre se reflejan bien en las escalas y que pueden tener mucha importancia en esta etapa de la enfermedad, como son los aspectos socioculturales y los aspectos espirituales.

En pacientes con cáncer se han empleado diversas escalas, sin delimitar la fase evolutiva de la enfermedad. El Cáncer tiene una connotación psicosocial que hace que sea una enfermedad especialmente temida en la población. Los tratamientos son considerados, creo que muchas veces injustamente, como especialmente duros. Estas escalas se han usado en ensayos para comparar tratamientos, para la valoración de nuevos fármacos, para la valoración de programas sanitarios.... La mayoría de estas escalas manejan dimensiones que incluyen condiciones físicas, bienestar psicológico y ejecución de actividades. No siempre reflejan el apoyo social y el bienestar económico que puede ser alterado por la enfermedad. En cuanto a los indicadores globales pueden variar mucho dependiendo de la fase evolutiva. Mientras que en personas sanas o mínimamente enfermas la vida familiar, el funcionamiento personal y la posición económica suelen ser predictores del bienestar global, cuando nos acercamos al final de la vida los síntomas físicos pueden tener un peso mayor, aunque esto puede variar de un enfermo a otro y de una cultura a otra. No hay que perder de vista que si el objetivo de los CP es la calidad de vida del paciente y la familia, los resultados de la valoración de esta atención deberían medirse con instrumentos adaptados a tal fin. En las últimas décadas han proliferado los estu-

dios al respecto, acompañados de un sinfín de estrategias de medición⁽³⁾.

De los instrumentos empleados de forma tradicional estaría el índice de Karnofsky o el de la ECOG que evaluarían sólo en parte algunas dimensiones importantes para la calidad de vida como los síntomas, que se podrían seguir con una escala analógico-visual (EVA) o su variaciones categóricas o numéricas. Las escalas de Katz⁽⁶⁾ para medir actividades básicas. Las escalas de Goldberg para la ansiedad y la depresión⁽⁷⁾. El índice de Spitzer (QLI) o la escala única de calidad de vida de Spitzer (QLU)⁽⁸⁾. Funcional-living index o cáncer (FLIC) que consta de 22 preguntas⁽⁹⁾. Escala FACT (Functional Assessment of Cancer Treatment) que contempla cuatro ámbitos: físico, funcional, social y emocional. Hay subescalas para distintos tipos de cáncer y para algunas complicaciones como astenia, anemia, incontinencias y neurotoxicidad⁽¹⁰⁾. La Escala EORTC (European Organisation for the Research and Treatment of Cancer) en su versión de 30 preguntas, en tres materias: capacidad funcional, síntomas y valoración global (EORTC QLQ30). Tiene subescalas para cánceres concretos como el de pulmón, esófago, próstata... quimioterapia intensiva y soporte⁽¹¹⁾.

La creación de medidas para evaluar la calidad de vida en pacientes terminales no reemplaza la posibilidad de usar puntualmente instrumentos para medir aspectos específicos que interesen en un momento determinado. Por eso, conjuntamente con las escalas, aparecen otros cuestionarios como el de McGill para la

evaluación del dolor que no es propiamente una escala de calidad de vida al restringirse a un solo síntoma. En español tiene interés académico⁽¹²⁾. El Brief Pain Inventory está validado en español. La Edmonton Symptom Assessment Scale (ESAS) es un sistema de evaluación de síntomas de pacientes en situación de CP⁽¹³⁾.

En la mayoría de los cánceres y en el de pulmón concretamente, se ha observado que los síntomas no controlados se asocian con disminución de la calidad de vida y con disminución de la supervivencia. También se ha observado que el aumento de síntomas no controlados, se asocia intensamente con la angustia psicológica y la reducción de la calidad de vida y pérdida de funciones sociales⁽¹⁴⁾. En otros estudios, la calidad de vida, también ha demostrado ser predictor de supervivencia⁽¹⁵⁾.

La mayoría de los autores están de acuerdo en que los pacientes paliativos, cuando se acerca el final de la vida, tiene poco sentido el uso de estas y otras escalas para hacer una valoración global de la calidad de vida como tal, ya que la mayoría de estos instrumentos suelen dar más peso a los dominios físico y funcional cuya relevancia puede reducirse al final de la vida, además se contempla poco la dimensión existencial y espiritual. Para obviar esta dificultad también se han diseñado otras escalas como el Missoula-VITAS Quality of Life index para enfermedad en últimos estadios, que sirve para enfermos no oncológicos e incluye cinco aspectos: síntomas, función, relaciones interpersonales, bienestar y trascendencia⁽¹⁶⁾.

El cuestionario Palliative Outcome Scale (POS) validado en español con el nombre de Escala de Cuidados Paliativos (ECP) contempla las dimensiones física, psicológica, la información dada, la comunicación con la familia y los amigos, el sentido de la vida y otros aspectos prácticos de la enfermedad. Tiene dos versiones: una para el profesional sanitario y otra para el enfermo^(17,18).

También se ha podido estudiar el significado de la calidad de vida en pacientes terminales mediante un análisis cualitativo realizado en Suecia mediante entrevistas en su domicilio. El resultado fue que los pacientes tenían un sufrimiento intenso; a pesar de ello eran capaces de disfrutar el estar en casa y en los momentos en que las dificultades físicas eran menores tenían capacidad de reflexionar sobre temas existenciales. Este estudio muestra que es posible llevar a cabo entrevistas personales a pacientes aunque estén muy mal y que el deterioro progresivo no es vivido por el paciente de forma lineal, en contra de la percepción externa. Además el estar en su casa les da sentido de independencia y de seguridad⁽¹⁹⁾.

Algunos autores han incidido sobre la dimensión trascendente de la persona, incluyendo incluso la fe, las creencias religiosas, el sentido de la vida, el bienestar espiritual, incluso con revisiones de las posibles intervenciones psicoterápicas existentes para el sufrimiento espiritual⁽²⁰⁾. En algunos estudios incluso se apunta que los temas espirituales se ven más favorecidos con la intervención, como la visión positiva de la vida, las buenas relaciones con los demás... Los

que menos se beneficiaron eran temas como las preocupaciones sobre el futuro de la familia, conflictos con los seres allegados y la confrontación con problemas prácticos⁽²¹⁾.

Es muy difícil definir la espiritualidad y el dolor espiritual o sufrimiento. Hay relación entre la espiritualidad y la salud, y se debe explorar la percepción de las necesidades espirituales de los pacientes, especialmente al final de la vida. También hay que explorar su influencia sobre el control del dolor y la calidad de vida⁽²²⁾. Se ha propuesto incluso un instrumento para medir conceptos como la percepción de la dignidad en relación con la angustia relacionada con la cercanía de la muerte, que no deja de ser un paso en la comprensión del sufrimiento humano: Patient Dignity Inventory (PDI) con 25 preguntas⁽²³⁾.

Sin embargo, en contra de la opinión de algunos autores, el uso en el día a día de estos instrumentos de evaluación de la calidad de vida puede ser un valor potencial para mejorar la entrevista clínica, la relación médico-paciente en ciertos grupos como los que tenían una depresión moderada o severa y los que tenían dolor. Basado en esto la nueva guía de CP para cáncer de pulmón hace una recomendación de realizar evaluaciones estandarizadas de síntomas y de calidad de vida por parte del especialista con una periodicidad determinada⁽²⁴⁾. Pero no sólo la entrevista con el médico es beneficiosa sino también con otros miembros del equipo como se demuestra al trabajar con las dos versiones del cuestionario POS (paciente y profesional). Se pasó el cuestionario al ingreso y

dos veces por semana, se observó que en la primera evaluación, el profesional tendía a subestimar los síntomas y a sobreestimar los problemas derivados de la información o de la capacidad de compartir sentimientos. Después de una semana la visión del paciente y del profesional eran similares⁽²⁵⁾. Este cuestionario, también ha permitido ver la concordancia entre pacientes y cuidadores en cuanto a la visión de la enfermedad y de los síntomas. Los médicos tienen que basarse algunas veces en la información que aportan los cuidadores cuando hay dificultad para tomarlas del propio enfermo. Pasando el cuestionario POS a ambos y si se considera la valoración del paciente como el estándar oro y teniendo también en cuenta la carga del cuidador con otros instrumentos (Zarit Burden interview ZBI), se pudo ver que aunque el acuerdo para el dolor era siempre bueno, cuanto mayor era la carga del cuidador, menos acuerdo había en la valoración por parte del cuidador de la ansiedad, el concepto de “sentirse bien” y el concepto de que “la vida valía la pena”⁽²⁶⁾. También se ha estudiado la concordancia del paciente con sus enfermeras especializadas en CP en un programa domiciliario. Se realizó con el POS y el resultado fue una buena evaluación por parte de la enfermera del dolor y del control de otros síntomas, pero con diferencias importantes en los niveles de ansiedad de los pacientes y sus familiares y de la percepción de la información recibida en algunos asuntos prácticos⁽²⁷⁾.

El cuestionario EORTC QLQ 30 se pasó a pacientes de CP y a sus médicos durante trece semanas para ver si la

evaluación del médico puede ser utilizada para ver la calidad de vida del paciente, prescindiendo de la autoevaluación del mismo. El resultado mostró que los médicos, salvo en el funcionamiento físico y social, infravaloraban el resto de los problemas⁽²⁸⁾. También con el cuestionario EORTC y cintas de audio (usadas en la consulta) se intentó valorar si se mejoraba la comunicación médico-paciente y la percepción por parte del médico de lo que era la calidad de vida de su paciente. Se concluyó, cuando se compara con el grupo control, que la incorporación de forma constante de evaluaciones estandarizadas en la práctica cotidiana facilita la discusión y puede concienciar al médico de la importancia de la calidad de vida de su paciente⁽²⁹⁾.

¿Y qué pasa si medimos en términos de calidad de vida del paciente los programas de atención paliativa? Para evaluar programas de CP algunos autores consideran cuatro índices a medir: 1º Alivio de los síntomas. 2º Satisfacción con el cuidado de los pacientes y familiares. 3º Utilización de recursos de la comunidad. 4º Buen ánimo de la enfermería y bajo estrés en el quipo. Los autores miden la satisfacción con una escala adaptada de Kristjanson⁽³⁰⁾. De todas formas, usando este u otros instrumentos, la respuesta a la pregunta no está clara. Algunos consideran que no hay diferencias entre los pacientes que reciben CP clásicos y otros que disponen de un programa integral⁽³¹⁾, o bien disponían de un centro de día de CP⁽³²⁾. Otro estudio realizado en Suecia igual que el anterior muestra un gran beneficio para los pacientes que disponen de un programa de atención domiciliaria, en él se consta-

ta mejora en síntomas físicos como horas de encamamiento, náuseas, ansiedad y calidad global de vida⁽³³⁾.

BIBLIOGRAFÍA

1. WHO. Cancer pain relief and palliative care. Report of a WHO Expert Committee. World Health Organization Technical Report Series 804. Geneva 1990.
2. Recomendaciones de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL) Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid 1993 Definición de Enfermedad Terminal pag 10.
3. Jocham HR, Dassen T, Widdershoven G, Hasfens R. Quality of life in palliative care cancer patients: a literature review. *J Clin Nurs* 2006;15:1188-95.
4. Bell D.R., Tannock IF, Body NF. Quality of life measurement in breast cancer patients. *Brit J Cancer* 1985; 51: 577-80.
5. Moinpour CM, Metch B, Hayden KA, Meyskens FL, Crowley J. Quality of Life end points in Cancer Clinical Trials: Review and recommendations. *J Natl Cancer Inst* 1989; 81: 485-95.
6. Katz S, For a AB, Moskowitz RW, Jackson BA, Jaffe MW. Studies of Illness in the aged: The Index of ADL. *JAMA* 1963; 21:185-9.
7. Goldberg DP, Bridges K, Duncan-Jones P et al. Detecting anxiety and depression in general setting. *Brit Med J* 1988; 297:897-9.
8. Spitzer WD, Dobson AJ, Hall J et al. Measuring quality of life of cancer patients : a concise Q.L. : index for use by physicians. *J Chronic Dis* 1981; 34:585-97.
9. Schipper H, Clinch J, McMurray A, Levit M. Measuring the quality of life of cancer patients: The Functional Living Index-Cancer development and validation. *J Clin Oncol* 1984; 2: 472-83.
10. Cella DF, Tulskey DS, Gray G, Sarafian B, Linn E, Bonomi A, Silberman M, Yellen SB, Winicour P, Brannon J et al. *J Clin Oncol*. 1993; 11:570-9.
11. Aaronson NK, Ahmizdai S, Bergman B et al. 1993. The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: A Quality of Life instrument for use in intentional clinical trials. *J Natl Cancer Inst* 85: 365-376.
12. Tolentino VR, Sulmasy DP. A Spanish version of the McGill Quality of life questionnaire. *J Palliat Care* 2002; 18:92-6.
13. Bruera E, Kuehn N, Miller MJ et al. The Edmonton Symptoms Assessment (ESAS): A simple method for the assessment of palliative care patients. *J Palliative Care* 1991; 7:6-9.
14. Portenoy R, Thaler H, Kornblith A et al. Symptoms prevalence, characteristics and distress in a cancer population. *Qual Life Res* 1994; 3:183-9.
15. Ganz P, Lee S, Sian J. Quality of life assessment: an independent prognostic variable for survival in lung cancer. *Cancer* 1991; 67:3131-3135.
16. Byock I, Merriman. An assessment and outcome measure for palliative care. *Pall Med* 1998; 12:231-244.
17. Hear J, Higginson IJ. On behalf of the Palliative Care Core Audit Project Development and validation of a core outcome measure for palliative care: The palliative care outcome scale. *Qual. Health Care* 1999; 8:219-27.
18. Mateu Serra Prat, Maria Nabal, Victor Santacruz, Josep M Picaza, Jordi Trellis y el grupo catalán de estudios de la efectividad de los Cuidados Paliativos.

Traducción, Adaptación y Validación de la Palliative Care Outcome Scale al español. *Med Clin (Barc)* 2004; 123:406-12.

19. Melin-Johansson C, Odling G, Axelsson B, Danielson E. The meaning of quality of life: narrations by patients with incurable cancer in palliative home care. *Palliat Support Care* 2008; 6:231-8.

20. Breitbart W. Spirituality and meaning in supportive care: Spirituality and meaning-centered group psychotherapy interventions in advanced cancer. *Support care cancer* 2002; 10:277-80.

21. Ando M, Tsuda A, Morita T. Life review interviews on the spiritual well-being of terminally ill cancer patient. *Support care cancer* 2007; 15:225-31.

22. Chochinov HM, Cann BJ. Interventions to enhance the spiritual aspects of dying. *J Palliat Med* 2005; 8 (sup 1): S103-S115.

23. Chochinov HM, Hassard T, McClement S, Hack T, Kristianson LJ, Harlos M, Sinclair S, Murray A. The patient dignity inventory: A novel way of measuring dignity-related distress in palliative care. *J Pain Symptom Manage* 2008; 36:559-71.

24. Griffin JP, Koch KA, Nelson JE, Cooley ME. American College of chest physicians. Palliative care consultation, quality of life measurement, and bereavement for end-of-life care in patients with lung cancer: ACCP evidence-based clinical practice guidelines (2nd edition). *Chest* 2007; 132 (3 sup): 404S-422S.

25. Stevens AM, Gwilliano B, A'hern R, Broadley K, Hardy J. Experience in the use of the palliative care outcome scale. *Support care cancer* 2005; 13:1027-34.

26. Higginson IJ, Gao W. Caregiver assessment of patients with advanced cancer: concordance with patients effect-of burden and positivity. *Health Qual Life Outcomes* 2008; 6: 42-46.

27. Horton R. Differences in assessment of symptoms and quality of life between patients with advanced cancer and their specialists palliative care nurses in a home care setting. *Palliat Med* 2002; 16:488-94.

28. Petersen MA, Larsen H, Pedersen L, Sonne N, Groenvold M. Assessing health-related quality of life in palliative care: comparing patient and physician assessments. *Eur J Cancer* 2006; 42:1159-66.

29. Detmar SB, Muller MJ, Schornagel JH, Wever LD, Aaromson NK. Health-related quality of life assessment and patients-physician communication: a randomized controlled trial. *JAMA* 2002; 288:3027-34.

30. Jarvis H, Burge FL, Scot CA. Evaluating a palliative care-program. Methodology and limitations. *J Palliative Care* 1996; 12:23-33.

31. Jordhoy MS, Fayers P, Loge JH, Ahiner-Elmqvist M, Kaasa S. Quality of life in palliative cancer care: results from a cluster randomized trial. *J Clin Oncol* 2001; 19:3884-94.

32. Sviden GA, Fürst CJ, Von Koch L, Borrel L. Palliative day care-a study of well-being and health-related quality of life. *Palliat Med* 2009; 23:441-7.

33. Melin-Johansson C, Axelsson B, Gaston-Johansson F, Danielson E. *Eur J Cancer Care* 2009 Abstract. Significant improvement in quality of life of patients with incurable cancer after designation to a palliative home care team.

CALIDAD DE VIDA Y DOLOR OSTEOARTICULAR CRÓNICO EN LA CONSULTA DE ATENCIÓN PRIMARIA

Dr. Alejandro Tejedor Varillas

Médico de Familia.

Coordinador Grupo de Reumatología SemFyC.

Para poder conocer la trascendencia e importancia que tiene el dolor osteoarticular crónico (DOC.) en las consultas de Atención Primaria deberíamos empezar por hacernos algunas preguntas tales como:

- ¿Cuál es el origen del dolor crónico osteoarticular?
- ¿Cómo afecta a la calidad de vida?
- ¿Qué consecuencias socio-sanitarias conlleva?

Si hacemos una revisión del estado del problema en la literatura veamos que encontramos:

- Las enfermedades reumáticas, principal causa de dolor crónico. *“Entre las cuatro fuentes de dolor crónico (dolor oncológico, neuropático, isquémico y del aparato locomotor), el principal dolor por su frecuencia es el dolor crónico del aparato locomotor y la artrosis es la principal enfermedad reumática que produce dolor crónico, seguida de las artropatías inflamatorias y la fibromialgia”,* (Estudio EPISER 2001).

- Las enfermedades del aparato locomotor y del tejido conjuntivo constituyen alrededor de un 10% del total de consultas atendidas por el médico de atención primaria. De ellas casi la mitad lo son por artrosis, estimándose que una de cada siete visitas es motivada por esta enfermedad (Martín y cols., 1992). Las enfermedades reumáticas son la causa del 34% de las incapacidades permanentes, de estas el 66% son consecuencia de la Artrosis (Tornero y cols., 1998).
- Las patologías osteoarticulares son el sexto grupo en gasto farmacéutico, pero por subgrupos terapéuticos: los primeros. (Estudio CIS-IMSERO 1998).
- La artrosis que genera una importante discapacidad en los pacientes que la padecen (Blanco y cols., 2003), es la causa más importante de discapacidad entre los ancianos de nuestro país y del mundo occidental (Espallargués y cols., 1996, Lawrence y cols., 1998).
- La magnitud del problema viene determinada entre otras razones por

su prevalencia. En un estudio realizado por la Sociedad Española de Reumatología, la prevalencia estimada de artrosis sintomática en la población adulta española (edad superior a 50 años) resultó ser del 10,2% para la artrosis de rodilla, 4,4% en artrosis de cadera y del 14% para la artrosis de manos (EPISER 2001).

- Los trastornos músculo esqueléticos constituyen una pesada carga para los individuos, los sistemas de salud y los sistemas de asistencia social, y entre sus consecuencias predominan los costos indirectos. Esta carga ha sido reconocida por las Naciones

Unidas y la OMS, con el respaldo del Decenio de los Huesos y las Articulaciones 2000-2010. (Tabla 1).

- Por los aumentos en la esperanza de vida y el envejecimiento de la población se prevé que la osteoartritis sea la cuarta causa de discapacidad en el año 2020 (Woolf et al. Boletín OMS 2003).

Y si revisamos y tomamos como ejemplo algunos de los estudios diseñados para analizar la relación del dolor crónico y calidad de vida en el ámbito de Atención Primaria, de forma muy resumida, podríamos destacar:

Years living with disability for musculoskeletal conditions

Condition	Global Burden of Disease 1990			Global Burden of Disease 2000		
	Male	Female	Total	Male	Female	Total
RA	859	2309	3168	1205	3092	4297
Osteoarthritis	5341	7934	13275	5549	8667	14,216
Low back pain	-	-	-	1180	1045	2225
Other	398	1099	1437	596	1598	2194

Years of life lost data not presented due to the low mortality associated with these conditions. LBP was not considered in the Global Burden of Disease 1990 study. RA, rheumatoid arthritis. Sources: [1,2] and unpublished World Health Organization data.

Khaltaev et al. Arthritis Res Ther 2003 5(Suppl 3):174 doi:10.1186/ar805

Tabla 1. Años de vida vividos con discapacidad por padecimientos musculoesqueléticos. (Boletín OMS 2003).

Hallazgo significativo: Calidad de vida muy baja vs. la población general

SF-12 (0-100)	Media (de)	Media* (de)
	Artro-Pro	P. General
Función física	31,7 (27,8)	87,3 (25,1)
Rol físico	6,9 (10,24)	84,9 (23,9)
Dolor	43,4 (25,5)	85,3 (26,4)
Salud General	37,0 (23,1)	59,4 (23,5)
Vitalidad	32,7 (27,7)	68,0 (25,3)
Función social	62,6 (25,5)	87,8 (23,0)
Rol emocional	15,8 (11,4)	86,7 (21,2)
Salud Mental	17,2 (11,0)	72,5 (21,1)

*Media Población General Española

WOMAC (0-10) (Artro Pro)	Media (de)
Dolor	4,15 (1,63)
Rigidez	3,99 (1,88)
Capacidad func.	4,50 (1,77)



Tabla 2. Resultados en dolor, funcionalidad y calidad de vida en los pacientes incluidos en el estudio ARTRO-Pro. Semfyc 2008.

- **Estudio Cavidol:** *Calidad de vida y dolor en atención primaria* (López-Silva y cols., 2007) con una muestra de 347 individuos (170 casos y 177 controles) con una edad media de 63 años (+/- 31) que nos aporta los siguientes resultados:

Comparando la calidad de vida en pacientes con y sin DOC el estudio encuentra que hubo diferencias estadísticamente significativas en todos los aspectos analizados de la calidad de vida entre los dos grupos (función física, función social, problemas físicos, problemas emocionales, salud mental, vitalidad, dolor, salud general y cambios en el tiempo). El diagnóstico más frecuente de proceso doloroso fue gonartrosis/coxartrosis con el 12.69 % de los casos, seguido de oste-

oartritis de columna vertebral (10.27 %). Por aparatos, el más afectado es el músculo-esquelético (37.76% de los casos), seguido del sistema nervioso (3.63% de los casos).

- **Estudio ARTRO-Pro.** *Percepción del beneficio clínico y calidad de vida en pacientes con artrosis de cadera y rodilla. Evaluación de una intervención basada en un seguimiento proactivo por los médicos de atención primaria ARTRO-Pro.* (Semfyc. 2008). Estudio Multicéntrico, prospectivo, aleatorio, de grupos paralelos y por conglomerados. Con una muestra de 4.076 pacientes (2.868 casos y 1.208 controles) y edad media 68.7 (± 9.67). Más de 1.500 médicos de Atención primaria participantes. Destacamos los

resultados más importantes encontrados en este estudio:

- La comorbilidad en estos pacientes es elevada siendo las enfermedades concomitantes más frecuentes: Hipertensión arterial (73-76%), Diabetes Mellitus (33-37%), hernia de hiato o reflujo gastroesofágico (33- 36%), dispepsia o úlcera péptica (27%-32%).
- Los pacientes artrósicos puntúan mal de forma muy significativa en las escalas de dolor EVA, disfunción y calidad de vida, S-F12 y WOMAC (Tabla 2).
- Programas de Salud específicos que contemplen el abordaje de las patologías osteoarticulares causantes del Dolor Osteoarticular Crónico a semejanza de otras enfermedades crónicas (DM, HTA EPOC etc.), con la inclusión de registros homogéneos y cuestionarios que evalúen en el tiempo, no solo el grado de dolor, sino también la pérdida funcional y el impacto sobre cali-

dad de vida del paciente. Consiguen mejores resultados que la estrategia de fomentar la formación continuada clásica sin generar herramientas específicas para su aplicación en la práctica clínica diaria.

- Para el médico de familia es importante no sólo recibir una formación continuada adecuada, sino disponer de registros y herramientas de apoyo en la consulta diaria, que le aporten datos e información objetiva y útil de cómo es su atención al conjunto de pacientes con DOC .Es decir, disponer de un sistema de retroalimentación que le haga conocer, cuestionarse e intentar mejorar su práctica clínica habitual sin dejarle caer en la inercia clínica.

Los factores que influyen en el tratamiento del Dolor crónico osteoarticular, como en el resto de las enfermedades crónicas, van a ser de manera fundamental las expuestas en la Tabla 3.

“Los factores que influyen en el tratamiento de la artrosis-Dolor crónico osteoarticular, como en el resto de las enfermedades crónicas, van a ser de manera fundamental:

- las actitudes y aptitudes del paciente y del médico ante la enfermedad, es decir, el **grado de información y corresponsabilización** en el primero.
- el **conocimiento e implicación** del segundo.
- **la organización sanitaria**, esto es, la responsabilidad e interrelación entre los diferentes niveles asistenciales, los tiempos mínimos de consulta y las posibilidades técnicas y estructurales para su correcto diagnóstico y tratamiento”.

Tabla 3. Dolor crónico osteoarticular e Inercia Clínica. Universidad de Salamanca, septiembre 2009.

Calidad de vida en el manejo del dolor osteoarticular en la consulta de Atención Primaria

Problemática actual ¿Cómo estamos...?

1. ¿Diagnosticamos y clasificamos correctamente el dolor crónico?
2. ¿Disponemos de una historia clínica con los registros adecuados para ello?
3. ¿Evaluamos: utilizamos de rutina las escalas, cuestionarios de CV para objetivar y cuantificar el dolor y su impacto en la calidad de vida del paciente?
4. ¿Realizamos un abordaje global o plan individualizado del paciente: edad, comorbilidad, polimedicación, objetivos marcados?
5. ¿Realizamos un abordaje integral del paciente: perspectiva multidimensional del dolor. Abordaje bio-psico-social?

Tabla 4. Problemática actual en el manejo del Dolor Osteoarticular crónico. Universidad de Salamanca, septiembre 2009.

PROBLEMÁTICA ACTUAL: CÓMO MEJORAR... PROPUESTAS

Con todo lo expuesto hasta ahora podríamos intentar resumir y aproximarnos a la problemática actual en la práctica clínica habitual en la consulta del médico de familia, haciéndonos algunas preguntas claves como las que se reflejan en la Tabla 4, e intentar hacer propuestas que respondan a dichas preguntas y definan la líneas maestras para seguir avanzando y mejorar en el manejo del DOC:

1. Diagnóstico y clasificación:

Formación, actualización.

Necesitamos disponer de una línea de formación y actualización en dolor que permita al médico de familia una ágil y certera aproximación diagnóstica

frente al DOC, que genere una estrategia de tratamiento que resulte eficaz ante cada tipo de dolor .

2. Evaluación:

- *Objetivarlo: Hª clínica: necesidad de registros y protocolos específicos.*

Debemos progresar en diseñar y disponer de una historia clínica con registros y protocolos de actuación específicos ante las enfermedades osteoarticulares crónicas, para poder analizar y conocer cómo se está realizando el proceso de atención a la enfermedad en todas sus dimensiones y el grado de efectividad de nuestras intervenciones.

- *Medirlo: Utilización de escalas y cuestionarios de rutina a semejanza de otros parámetros en*

enfermedades crónicas (HTA, DM, dislipemias etc.).

Si no podemos analizar lo que hacemos y medir resultados en DOC, difícilmente seremos capaces de detectar las deficiencias y diseñar medidas de intervención para la mejora del proceso de atención que realizamos de forma rutinaria. Deberíamos de forma progresiva implementar la utilización en la consulta de escalas y cuestionarios relacionados con dolor, funcionalidad, discapacidad y calidad de vida como EVA, WOMAC, SF-12, MC- Gill, ERCV (Escala relacionada con la calidad de vida), etc., simplificados y adaptados a nuestra población a semejanza de lo que se hace actualmente con otras enfermedades crónicas de alta prevalencia e impacto en la población.

3. Tratarlo. Opciones:

Formación. Actualización. Guías de práctica clínica. Consensos.

- Intervenciones farmacológicas:
 - Principios activos.
 - Asociaciones.
 - Escalones, ascensor terapéutico,...

Facilitar un adecuado grado de conocimiento y actualización sobre el amplio arsenal terapéutico disponible para el tratamiento del DOC, fundamentalmente de los principios activos disponibles, sus características farmacoterapéuticas, pautas de manejo, asociaciones, etc., nos debería conducir a

una utilización más eficaz y segura y probablemente a evitar la infratilización de fármacos (especialmente de los opiáceos) y a mejorar la adecuación de las pautas de uso, dosificación y las asociaciones de distintos principios activos.

- Intervenciones no farmacológicas. Niveles de evidencia.

Conocer las posibles intervenciones no farmacológicas disponibles ante el dolor osteoarticular crónico (ultrasonidos, hidroterapia, acupuntura, etc.), sus niveles de evidencia y sus indicaciones, nos ayudara a poder informar al paciente con un adecuado respaldo científico-técnico y, al propio paciente que sufre el dolor, a no buscar alternativas en la paramedicina o el curanderismo oportunista.

4. Abordaje global del paciente con dolor:

¡No fragmentar la atención!

- Dolor y comorbilidad.
- Dolor y polimedicación.
- Dolor y seguridad: secundarismo, iatrogénica.
- Dolor y paciente: entorno laboral, familiar, autocuidados, recursos. etc.

No debemos cometer el error de intentar tratar el DOC de forma aislada olvidándonos del resto de características del paciente, lo que puede llevarnos a que nuestro tratamiento no consiga su objetivo o

incluso pueda afectar a la seguridad del paciente. Debemos trabajar con un plan individualizado para cada paciente, contemplando especialmente su comorbilidad, polimedicación, tolerancia, respuesta y objetivos deseados.

5. Abordaje Integral:

Modelo de abordaje Bio -Psico-Social

Este es un aspecto fundamental en el que cada vez hay mas consenso: tratar al paciente con dolor no solo es plantear objetivos en dolor, sino contemplar el impacto del dolor mas allá de lo puramente orgánico, es decir en sus aspectos Bio-Psico- Sociales

6. Abordaje coordinado:

Modelo de abordaje Inter-Multidisciplinar

Afortunadamente parece que estamos en el camino de que esta estrategia de realizar un abordaje Inter-Multidisciplinar del dolor crónico en todas sus dimensiones, cada vez sea mas compartida por todos aquellos que intervienen en su tratamiento (Medicina de Familia, Reumatología, Traumatología, Rehabilitación, Unidades del Dolor, Geriatria, Salud Mental etc.)

El dolor es del paciente, pero compartir estrategias y objetivos para controlarlo y aliviarlo debe ser un objetivo compartido por todos los implicados.

BIBLIOGRAFÍA

1. Blanco García FJ, Hernández Royo A, Trigueros JA, Gimeno Marqués A, Fernández Portal L, Benito Marcos MA, Badia Llach X. Guía práctica clínica en artrosis de rodilla. Instituto UPSA del Dolor, Madrid, 2003.

2. Bedson J, Jordan K, Croft P. The prevalence and history of knee osteoarthritis in general practice: a case-control study. *Fam Pract.* 2005;22:103-108. doi: 10.1093/fampra/cmh700.

3. Cavidol: Calidad de vida y dolor en atención primaria. M. C. López-Silva, M. Sánchez de Enciso, M. C. Rodríguez-Fernández, E. Vázquez-Seijas *Rev. Soc. Esp. Dolor* 1: 9-19; 2007.

4. Carmona L, Ballina J, Gabriel R, et al. EPISER Study Group. The burden of musculoskeletal diseases in the general population of Spain: results from a national survey. *Ann Rheum Dis*, 2001; 60:1040-5.

5. Effectiveness of clinical guidelines in interventional pain management. Manchikanti L, Rivera JJ, Pampati V, Beyer C, Damron K, Barnhill RC. *Pain Physician.* 2002 Apr; 5(2):127-32.

6. Espallargués M, Alonso J, Rigómez A, Antó JM. Los trastornos osteoarticulares en los ancianos: una aproximación a su impacto poblacional. *Med Clin (Barcelona)* 1996; 106:601-6.

7. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2002 Nov;57(11):M716-21. Chronic disease, functional status, and self-ascribed causes of disabilities among noninstitutionalized older people in Spain. Valderrama-Gama E, Damián J, Ruigómez A, Martín-Moreno JM.

8. Linsell L, Dawson J, Zondervan K, Rose P, Carr A, Randall T, Fitzpatrick R. Population survey comparing older adults with hip versus knee pain in primary care. *Br J Gen Pract.* 2005;55:192-198.

9. Martín Lascuevas P, Paredes Ojangu-
ren B, Fernández Fernández C, Hernández
Mejía R, Ballina García FJ. Los reumatismos
en la comunidad. Atención Primaria 1992;
10:567-70.

10. Problems and needs for improving
primary care of osteoarthritis patients: the
views of patients, general practitioners and
practice nurses. Rosemann T, Wensing M,
Joest K, Backenstrass M, Mahler C, Szec-
senyi J. BMC Musculoskelet Disord. 2006
Jun 2;7:48.

11. Salaffi F, Carotti M, Stancati A, Grassi
W. . Health-related quality of life in older
adults with symptomatic hip and knee osteo-
arthritis: a comparison with matched healthy
controls. Aging Clin Exp Res. 2005 Aug;17
(4):255-63.

12. Sociedad Española de Medicina de
familia y Comunitaria. Estudio ARTRO-Pro
Percepción del beneficio clínico y calidad de
vida en pacientes con artrosis de cadera y

rodilla. Evaluación de una intervención basa-
da en un seguimiento proactivo por los médi-
cos de atención primaria .Barcelona.
Semfyc.2008.

13. Thomas Rosemann,¹ Gunter Laux,¹
and Joachim Szecsenyi¹ Osteoarthritis: qua-
lity of life, comorbidities, medication and
health service utilization assessed in a large
sample of primary care patients J Orthop
Surg. 2007; 2: 12.

14. Tornero J, Fernández JA, Vidal J.
Impacto socioeconómico de la invalidez per-
manente de origen reumático en la provincia
de Guadalajara. Rev Esp Reumatol 1998;
25:346-51.

15. Woolf AD, Pfleger B. Burden of major
musculoskeletal conditions. Bull World
Health Organ 2003;81:646-56.

16. [http://www.imsersomayores.csic.es/
estadisticas/encuestas/index.html](http://www.imsersomayores.csic.es/estadisticas/encuestas/index.html). Estudio
CIS-IMSERSO 1998).

CALIDAD DE VIDA EN EL MANEJO DEL DOLOR OSTEOARTICULAR EN LA CONSULTA DE UNIDAD DEL DOLOR

Dr. José Ignacio Calvo Sáez
Jefe Unidad del Dolor.
Hospital de Navarra.

El dolor está asociado a una gran cantidad de problemas de salud y es una de las razones más frecuentes por la que acuden los pacientes al médico.

La prevalencia de dolor crónico (DC) varía, según los estudios, entre 2 y 40%.

Las enfermedades osteo-articulares tienen una elevada prevalencia, y suelen ir asociadas a dolor y a incapacidad funcional, siendo responsables de una alta frecuencia de consulta tanto en atención primaria como en especializada y en los servicios de urgencias.

La artrosis es la enfermedad osteoarticular de mayor prevalencia en el mundo. En España, el dolor osteoarticular es la causa que motiva más consultas por dolor dentro de la población y la localización en la columna vertebral es una de las más frecuentes.

En un estudio realizado en Méjico en el 2007, más de la mitad de los pacientes con DC padecían artritis reumatoide (59,6%), un 17,9% artrosis, y un 11,9% lumbalgia.

En los últimos tiempos se está prestando mucha atención al impacto que produce el DC en la vida diaria, ya que afecta tanto a la salud física como a la psicológica del que lo padece, afectando a su autonomía, a su actividad laboral y al bienestar económico.

El DC es muy caro en términos económicos, no sólo por la incapacidad que puede producir sino por la pérdida de días de trabajo que suele conllevar.

El dolor tiene un componente sensorial y otro afectivo o emocional que condicionan lo que conocemos como sufrimiento asociado al dolor y que está íntimamente relacionado con la calidad de vida percibida por los pacientes.

La calidad de vida ha sido una preocupación de los seres humanos desde épocas tan lejanas como las civilizaciones griega, romana, egipcia y hebrea y ha estado relacionada con la salud y otros factores.

Hablar de calidad de vida es hablar de equilibrio entre expectativas, espe-

ranzas, sueños y realidades conseguidas o asequibles.

Los americanos definen calidad de vida de una manera sencilla como “Sentimiento personal de bienestar y satisfacción con la vida”.

La **calidad de vida** hace referencia en términos generales al bienestar, felicidad y satisfacción de un individuo, que le otorga a éste cierta capacidad de actuación, funcionamiento o sensación positiva de su vida. Su realización es muy subjetiva, ya que se ve directamente influida por la personalidad y el entorno en el que vive y se desarrolla el individuo.

La OMS ha tratado de encontrar consenso internacional no sólo sobre la conceptualización del término sino también sobre sus dimensiones y evaluación. De este modo define la calidad de vida como: “la percepción personal de un individuo de su situación en la vida, dentro del contexto cultural y de valores en que vive, y en relación con sus objetivos, expectativas, valores e intereses”.

Se trata de un concepto muy amplio y complejo que está influido por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno y la espiritualidad, religión y creencias personales.

Para una valoración completa de los beneficios producidos por un determinado tratamiento o actuación, es esencial medir su impacto sobre el estado de salud del paciente, lo que se denomina

calidad de vida relacionada con la salud (CVRS).

La **calidad de vida relacionada con la salud** es una interpretación subjetiva del paciente, de su satisfacción vital, de la repercusión de la enfermedad en su dinámica de vida, y de los efectos secundarios que conlleva el tratamiento. Estimar CVRS es muy importante, pues permite valorar la percepción que tienen las personas sobre “si valió la pena” someterse a procedimientos médicos.

En la actualidad, la calidad de vida es uno de los elementos que más se intentan potenciar en las Unidades de Dolor. En ocasiones el dolor es difícil de controlar y lo que se intenta es que el paciente mantenga el máximo de calidad de vida.

El manejo inadecuado del dolor, agrava la condición de salud y afecta la calidad de vida del paciente.

Las personas con DC no oncológico tienen una afectación multidimensional de la calidad de vida, que supera a otras enfermedades médicas crónicas, como demostraron en un estudio realizado en una Unidad del Dolor en Dinamarca en 1998.

En los pacientes con DC de origen osteoarticular, bien sea de origen degenerativo o de tipo inflamatorio, la afectación de la calidad de vida es evidente por las limitaciones físicas y psíquicas que produce, así como las repercusiones económicas y sociales. En estos pacientes existen diversos factores que influyen negativamente, además del dolor,

sobre su calidad de vida. Necesitaremos conocer las influencias que rodean a los pacientes con dolor crónico osteoarticular, para de esta manera poder realizar un tratamiento integral amplio y multidisciplinar. El objetivo será conseguir una mejoría global, tanto del dolor como de su repercusión personal, social y laboral. En estos pacientes emplearemos tratamiento analgésico, asociado a medidas no farmacológicas y de hábitos saludables (con acciones dietéticas, preventivas, educativas, etc.).

En los países occidentales, la supervivencia cada vez es mayor, lo que condiciona un envejecimiento de su población, de esta manera cada vez nos encontramos ante más pacientes con enfermedades crónicas de tipo degenerativo.

Estas enfermedades dolorosas crónicas consumen un elevado porcentaje de recursos económicos y asistenciales, habiéndose calculado un gasto de aproximadamente el 2,5% de PIB de los países industrializados.

Uno de los objetivos básicos que nos planteamos en las unidades del dolor es disminuir la limitación de la actividad que los dolores osteoarticulares ocasionan y de esta forma favorecer la reincorporación laboral y social. De esta manera el alivio del dolor actúa positivamente sobre la calidad de vida del paciente.

En el año 2001 se realizó un estudio titulado *Epidemiología, prevalencia y calidad de vida del dolor crónico no oncológico. Estudio ITACA (Impacto del Tratamiento Analgésico sobre la Cali-*

dad de vida en Algias), en el cual participaron 100 Unidades de Dolor de España. Se incluyeron 907 pacientes de ambos sexos, entre 18 años y 80 años, tratados en una Unidad del Dolor.

El dolor osteoarticular es el que motivó más frecuentemente la consulta en las Unidades del Dolor. Destacando la elevada incidencia del dolor osteoarticular de causa inflamatoria y degenerativa, sobre todo en mujeres. Esto coincide con otros estudios epidemiológicos nacionales e internacionales.

Hay que destacar, por su gran frecuencia e importancia, la lumbalgia de causa inflamatoria o mecánica que en el estudio superó la mitad de los casos (52,92%) y en su mayoría presentaban radiculalgia (67,33%). En un estudio holandés publicado en 2005, en una muestra de 1.208 pacientes, concluyen que aquellos con dolor lumbar y dolor en múltiples localizaciones son los que experimentan mayores limitaciones funcionales.

La osteoartritis afectaba con mayor frecuencia la columna.

En la valoración se utilizó la escala visual analógica (EVA) y el test de Lattinen (TL), que es una escala multidimensional que consta de cinco apartados, intensidad de dolor, frecuencia de aparición del mismo, consumo de analgésicos, grado de actividad y descanso nocturno, cada uno con cuatro posibles respuestas (que va de la menor incidencia a la mayor gravedad o distorsión), de tal forma que se pueden alcanzar puntuaciones entre 0-20 (las puntuaciones

elevadas del TL es un índice negativo). Hay estudios que permiten afirmar que el Índice de Lattinen resulta una herramienta útil en relación con la calidad de vida del enfermo afectado de un síndrome de dolor.

Como cuestionario genérico para el análisis de la calidad de vida se utilizó la versión española del cuestionario de salud SF-12, (Tabla 1) versión reducida del cuestionario de salud SF-36, que es un instrumento de medida de la capacidad funcional y del bienestar emocional. Para puntuar el SF-12 se calculan 2 índices, el físico y el mental. En un estudio realizado en EEUU en 2003, demostraban que el SF-36 era una herramienta de gran utilidad en la medición de la CVRS en los pacientes con dolor crónico.

Los resultados obtenidos fueron unas puntuaciones de calidad de vida muy bajas y por debajo del valor medio (50 puntos). Los pacientes tienen peores puntuaciones en el índice de calidad de vida referente al estado físico que en el estado de salud psíquico o mental.

Los pacientes referían dolor de una duración media de 5,32 años.

Los valores medios de la intensidad del dolor con la EVA fueron de 7,31, con un TL de 12,03 puntos.

Las mujeres refirieron una intensidad del dolor y un TL significativamente mayor que los hombres (EVA 7,41 vs 7,09 y con un TL de 12,21 vs 11,62 puntos). Coincide con el estudio holandés citado anteriormente, en el cual las mujeres señalaban más intensidad de dolor, junto

con mayor limitación funcional y menor vitalidad y salud en general.

Los pacientes de edad más avanzada tenían una mayor afectación por el dolor.

El diagnóstico de osteoporosis con aplastamiento vertebral fue la patología con unos valores de EVA y de TL mayores.

La mayoría de los pacientes (el 78,84%) tomaba medicación concomitante para el manejo del dolor; principalmente AINE (53,5%), ansiolíticos y antidepresivos (45,2%) e hipnóticos (7,8%). Los AINE más utilizados eran: paracetamol (29,85%), diclofenaco (15,22%), ibuprofeno (14,92%), inhibidores selectivos de la COX-2 (13,43%), metamizol (12,54%), oxicam (4,40%), salicilatos (2,13%) e indometacina (1,49%).

Muchos de los pacientes (69,6%) recibían tratamiento farmacológico no analgésico, principalmente medicamentos para el sistema cardiovascular (60,6%), aparato digestivo y metabolismo (37,73%), SNC (33,7%), musculoesquelético (11,4%), genitourinario (6,4%) y aparato respiratorio (4%).

El mayor consumo de fármacos se presentaba en los mayores de 70 años y sin estudios.

Las mujeres de más de 70 años diagnosticadas de osteoporosis con aplastamiento vertebral, artrosis y osteoartritis fueron las que refirieron mayor dolor en la EVA, presentando a su vez una puntuación de TL mayor. Siendo los hombres menores de 55 años y con lumbalgia los que referían el menor dolor en la EVA, y tenían menor puntuación en el TL.

		Calidad de vida física	Mental
Global		31,23 ± 7,42	45,41 ± 10,10
Sexo	Hombre	31,64 ± 8,31	47,56 ± 10,19
	Mujer	30,99 ± 6,96	44,40 ± 9,88
Edad	Edad < 50 años	32,10 ± 7,66	45,22 ± 10,32
	50 < edad < 70 años	30,71 ± 7,06	45,48 ± 10,06
	Edad > 70 años	30,53 ± 7,80	45,70 ± 9,71
IMC	Normopeso	32,64 ± 8,20	45,82 ± 10,48
	Sobrepeso	31,64 ± 7,22	45,62 ± 10,02
	Obesidad	29,27 ± 6,19	45,04 ± 9,84

Tabla 1. Puntuaciones obtenidas del cuestionario de salud SF-12.

En el estado de salud física no se encontraron diferencias entre mujeres y hombres; mientras que los hombres presentaron un mejor índice de salud mental que las mujeres.

Los obesos presentaron unas peores puntuaciones en la calidad de vida física que los pacientes con normopeso, sin encontrar diferencias en la calidad de vida mental.

En cuanto al nivel de estudios, a mayor grado de estudios mayor nivel de calidad de vida, tanto en el aspecto físico como en el psicológico.

La calidad de vida se ve afectada directamente por la limitación de la actividad física, obteniéndose unas puntuaciones más bajas tanto en el índice de salud física como en el mental.

Los pacientes que estaban con procesos de litigio, buscando compensación económica por causa de su dolor, tenían una peor percepción de su calidad de vida en la esfera psíquica con unos índices de salud físicos similares.

En relación a la esfera psicológica de la calidad de vida, los pacientes que presentaron una puntuación más alta fueron los diagnosticados de osteoartritis, artrosis y lumbalgia. Siendo la peor puntuación en los pacientes con osteoporosis y presentando un Lattinen mayor.

Las variables que mejor se correlacionan con el estado de salud física son la intensidad del dolor EVA (Tabla 2), TL, padecer artrosis, tener una actividad física normal y el normopeso. El TL y la EVA tiene una correlación negativa con la calidad de vida en la esfera física, por cada

unidad que aumentan, el estado de salud físico decrece en 0,5 unidades.

Los pacientes diagnosticados de artrosis valoran su estado de salud física 1,4 unidades por debajo que aquellos que no la padecen, así pues es un índice negativo.

Así mismo, los pacientes con exceso de peso tuvieron peores puntuaciones en el índice de salud física.

La esfera mental y el TL tienen una correlación negativa, por cada unidad que aumenta la puntuación del test, el índice se reduce en 0,85 unidades. En relación al sexo, los hombres obtuvieron un estado de salud mental 3,12 unidades superior con respecto a las mujeres que participaron en el estudio. También repercuten negativamente sobre las puntuaciones del estado de salud mental, el padecer una invalidez y/o no tener estudios.

CONCLUSIONES

En EEUU en un estudio de *Health and Nutrition Examination Survey*

sobre más de 20.000 pacientes, los síntomas reumáticos aparecen en un 29,7% de la población, aumentando con la edad avanzada, en mujeres, poder adquisitivo más bajo y menor nivel educativo. En nuestro país también se relaciona con la edad, el sexo femenino y factores socio-culturales.

En España las mujeres de mayor edad son las que tienen más dolor por artrosis, osteoporosis con aplastamiento y osteoartritis y por tanto consumen más fármacos.

Existe un grupo de patología lumbar que afecta a hombres jóvenes, sin sobrepeso, con un nivel de estudios superior.

Los pacientes con dolor osteoarticular crónico tienen una importante repercusión en la calidad de vida tanto física como psíquica.

En los servicios de salud deberíamos orientar nuestros objetivos en prestar una especial atención dirigida al numeroso grupo de mujeres de edad, con patología degenerativa osteoarticular

	Salud física	Salud mental	Lattinen
Osteoartritis	30,72 ± 7,26	45,75 ± 10,09	12,09 ± 2,56
Artrosis	29,85 ± 6,74	45,30 ± 10,00	12,29 ± 2,46
Lumbalgia	30,95 ± 7,22	45,84 ± 10,24	11,83 ± 2,62
Osteoporosis*	29,68 ± 7,08	41,55 ± 8,98	13,49 ± 2,54

*Con aplastamiento vertebral.

Tabla 2. Valoración de la calidad de vida en función de la etiología que causa el dolor.

que cursa con intenso dolor, ya que presenta una afectación negativa importante física y psíquica de la calidad de vida. Además en esta población se añaden otros factores negativos que suelen acompañar a los mayores de 70 años, como es osteoporosis, sobrepeso, patología cardiovascular, nivel cultural, etc.

Otra reflexión de estos estudios es que debemos continuar investigando y trabajando para conseguir mejorar el dolor y la calidad de vida de todos nuestros pacientes.

En un estudio realizado recientemente en enfermos que estaban siendo tratados en una Unidad de Tratamiento del Dolor de nuestro país, los pacientes refieren una mejoría al cabo de 6 meses en varios aspectos de su calidad de vida. Demostrando una mejoría en el grado en que la salud física interfiere con su trabajo y otras actividades de la vida diaria, así como una disminución en la intensidad del dolor y su efecto en el trabajo habitual, tanto en el hogar como fuera de casa. Así mismo, mejora el sentimiento de presentar mayor energía y vitalidad, frente al cansancio y al agotamiento. Perciben una mejoría en la salud mental general, incluyendo depresión, ansiedad, control de la conducta y bienestar general. Unos resultados comparables se obtuvieron en un estudio francés publicado en 2001, en el cual mejoró de manera importante la calidad de vida después de 6 meses de tratamiento en la Unidad del Dolor.

En el año 2005 publicaron en Argentina un estudio donde demuestran la conveniencia en términos de costo/bene-

ficio y costo/eficacia de la aplicación de técnicas intervencionistas, para devolver a la persona la calidad de vida perdida y disminuir el grado de discapacidad. En el mismo sentido se han presentado unos trabajos en el Congreso anual de la EFIC (Federación Europea de Capítulos de la IASP-Asociación Internacional para el Estudio del Dolor) celebrado en Lisboa este mes de un grupo de la República Checa y otro internacional, mediante técnicas de neuromodulación, con resultados comparables.

En un estudio reciente realizado por suizos y publicado este mismo año, se concluye que una rehabilitación multidisciplinar, intensiva, se acompaña de mayor mejoría en los pacientes que están más afectados por el dolor.

BIBLIOGRAFÍA

1. Chronic Pain and Poor Self-rated Health. Pekka T. Mäntyselkä; Juha H. O. Turunen; Riitta S. Ahonen; et al.. JAMA. 2003; 290(18): 2435-2442.
2. Manejo del dolor crónico y limitación en las actividades de la vida diaria. C. González-Rendón, M. Guadalupe Moreno-Monsiváis. Rev. Soc. Esp. Dolor. 2007; 6: 422-427.
3. Calidad de vida relacionada con la salud: un nuevo parámetro a tener en cuenta. M. Esteve y J. Roca. Med Clin (Barc) 1997; 108: 458-459.
4. Evaluación de la calidad de vida. Elizabeth Velarde-Jurado, MC, Carlos Avila-Figueroa, MC, DC.. Salud pública de México / vol.44, no.4, julio-agosto de 2002.
5. Sobre la adaptación transcultural de medidas de la calidad de vida relacionada

con la salud para su uso en España. Xavier Badia. *Med Clin (Barc)* 1995; 105: 56-58.

6. Manejo del dolor crónico y limitación en las actividades de la vida diaria. Guadalupe Moreno-Monsiváis, M ; González-Rendó, C. *Rev Soc Esp Dolor*. 2007; 6 :422-427.

7. Quality of life in chronic pain is more associated with beliefs about pain, than with pain intensity. Lame I.E. Peters M.L. Vlaeyen J.W.S. Kleef M.V. Patijn J. *European Journal of Pain* (2005) 9: 1 (15-24).

8. Epidemiología, prevalencia y calidad de vida del dolor crónico no oncológico. Estudio ITACA. M. Casals y D. Samper. *Rev. Soc. Esp. Dolor*. 2004; 11: 260-269.

9. Utilidad del Índice de Lattinen (IL) en la evaluación del dolor crónico: relaciones con afrontamiento y calidad de vida. V. Monsalve, J. Soriano, J. De Andrés. *Rev. Soc. Esp. Dolor*. 2006; 4: 216-229.

10. Chronic pain, depression, and quality of life: Correlations and predictive value of the SF-36. Elliott T.E. Renier C.M. Palcher J.A. *Pain Medicine* (2003) 4: 4 (331-339).

11. Tratamiento multidisciplinar en pacientes con dolor crónico en situación de baja laboral. A. Collado, X. Torres, A. Arias, R. Ruiz-López y J. Muñoz-Gómez. *Rev. Soc. Esp. Dolor*. 2004; 11: 203-209.

12. Efectividad, tolerabilidad y calidad de vida en el tratamiento del dolor crónico no oncológico, con tramadol de liberación controlada en dosis única diaria. M. Casals y D. Samper. *Rev. Soc. Esp. Dolor*. 2004; 11: 129-140.

13. Calidad de vida relacionada con la salud y estrategias de afrontamiento ante el dolor en pacientes atendidos por una unidad de tratamiento del dolor. F. Torre, J. Martín-

Corral, A. Callejo, C. Gómez-Vega, S. La Torre, I. Esteban, R. M^a Vallejo, A. Arizaga. *Rev. Soc. Esp. Dolor*. 2008; 2: 83-93.

14. Quality of life of lumbago patients cared for in pain centers. Nayme P Dazord A. Payre D. Joux-Ruesch A. Richard A. Calmels P. Navez M. Laurent B. *Presse Medicale* (2001) 30:35 (1727-1732). Date of Publication: 24 Nov 2001.

15. Técnicas intervencionistas para el tratamiento del dolor. Análisis de evidencias. Resultados de variables intermedias y el riesgo de no ver más allá. Flores, Juan Carlos. *Rev Argent Anestesiología*. nov.-dic. 2005; 63(6):378-401.

16. Function and quality of life in failed back surgery syndrome. Patients following spinal cord stimulation and Conventional medical Management. S. Eldabe, E. Buchser, K. Kumar, R. Taylor. *European Journal of Pain*, Volume 13, Supplement 1, September 2009, Page S45.

17. Bio-psycho-social assessment of neuromodulation. Treatment of patients with failed back surgery syndrome. I. Vrba, J. Kozák, P. Knotek, M. Koran, I. Stetkarova. *European Journal of Pain*, Volume 13, Supplement 1, September 2009, Page S253.

18. Pain epidemiology and health-related quality of life in patients with chronic non-malignant pain. Becker N. Thomsen A.B. Olsen A.K. Sjogren P. Bech P. Eriksen J. *Ugeskrift for laeger* (1998) 160: 47 (6816-6819).

19. Clinical effectiveness of an interdisciplinary pain management programme compared with standard inpatient rehabilitation in chronic pain: a naturalistic, prospective controlled cohort study. Angst F; Verra ML; Lehmann S; Brioschi R; Aeschlimann A. *J Rehabil Med*. 2009 Jun; 41(7):569-75.

CALIDAD DE VIDA EN EL MANEJO DEL DOLOR OSTEOARTICULAR EN LA CONSULTA DE REUMATOLOGÍA

Jaime Calvo Alén
Servicio de Reumatología.
Hospital Sierrallana. Santander.

INTRODUCCIÓN

El dolor es un síntoma muy prevalente en la mayor parte de las enfermedades reumatológicas, independientemente de cual su etiopatogenia. Obviamente la presencia de dolor mal controlado va a influir negativamente en la calidad de vida de este tipo de pacientes, en conjunción con otra serie de consecuencias propias de muchas de las patologías reumatológicas como la discapacidad funcional, las alteraciones anatómicas o la fatigabilidad. En muchas ocasiones la enfermedad reumatológica tendrá un abordaje terapéutico específico con el fin de frenar o incluso eliminar el proceso causante de dicha enfermedad. Sin embargo, una parte importante de estos pacientes requerirá, además de este tratamiento específico, un tratamiento adicional frente al dolor que no siempre se resuelve con el control de la enfermedad de base debido a las posibles secuelas que esta ha podido dejar o por el mantenimiento de un cierto grado de actividad clínica que no es totalmente controlable. En otras ocasiones, como

es el caso de la mayor parte de artropatías degenerativas o cuadros loco-regionales, el tratamiento del dolor será el foco principal de la actividad del reumatólogo al no existir tratamientos modificadores de la enfermedad subyacente. En cualquiera de los casos es evidente que un adecuado manejo del dolor va a resultar imprescindible en el tratamiento integral del paciente reumatológico con el objetivo final de mejorar su calidad de vida.

El realizar un planteamiento global sobre dolor y calidad de vida en la patologías reumatológicas resulta complicado dada la heterogeneidad de las diferentes enfermedades que se engloban. No obstante, en el presente capítulo se intentará dar en un primer momento una visión general sobre la magnitud del problema para luego analizar de forma más concreta el uso de opioides en la patología reumatológica como una opción que cada día está cobrando mayor atención en nuestro campo de cara a optimizar el tratamiento analgésico de estos pacientes y por tanto mejorar su calidad de vida.

PREVALENCIA DEL DOLOR EN LOS PACIENTES REUMATOLÓGICOS Y SU IMPACTO EN SU CALIDAD DE VIDA

Recientemente se realizó un estudio epidemiológico del dolor en Reumatología a nivel multicéntrico que abarcó todo el territorio español. Este estudio promovido por la Fundación Grünenthal con el aval de la Sociedad Española de Reumatología pretendía estudiar la prevalencia del dolor en la población atendida en consultas generales de reumatología así como describir las características del dolor, su impacto en la calidad de vida de los pacientes, su asociación con el desarrollo de cuadros depresivos así como evaluar el tratamiento analgésico seguido específicamente para el control de este síntoma. Para ello se estudiaron en cada centro un número determinado de pacientes que acudían a las consultas de reumatología, selecciona-

dos de forma aleatoria, mediante entrevista clínica estandarizada y diversos cuestionarios auto-administrados⁽¹⁾.

De acuerdo a los resultados de este estudio la prevalencia del dolor entre la población reumatológica superaba el 90% y lo que resultaba más llamativo era que la prevalencia era casi idéntica entre aquellos que consultaban por primera vez que entre aquellos que lo hacían como pacientes en revisión (98.6% vs 95.1%) (Figura 1). Además la intensidad del dolor era entre moderada y severa de acuerdo a las puntuaciones de las escalas analógicas visuales (EVA) realizadas en los diferentes tipos de patologías estudiadas. Por otro lado el estudio pone de manifiesto la incidencia de estas enfermedades en la calidad de vida de los pacientes. Así, para evaluar la calidad de vida en este estudio se utilizó un instrumento de evaluación gené-

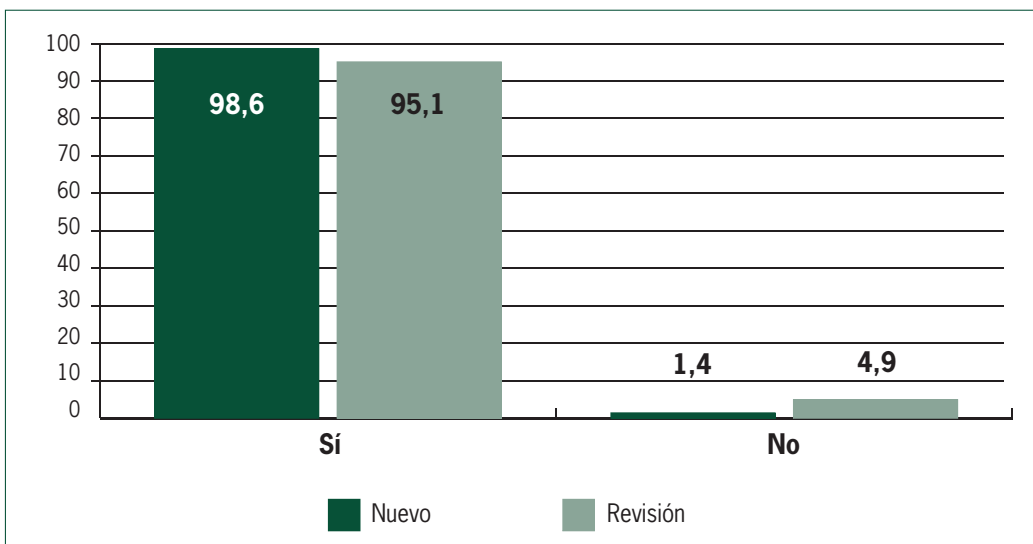


Figura 1. Prevalencia del dolor en la última semana según el tipo de visita. Estudio EPID.

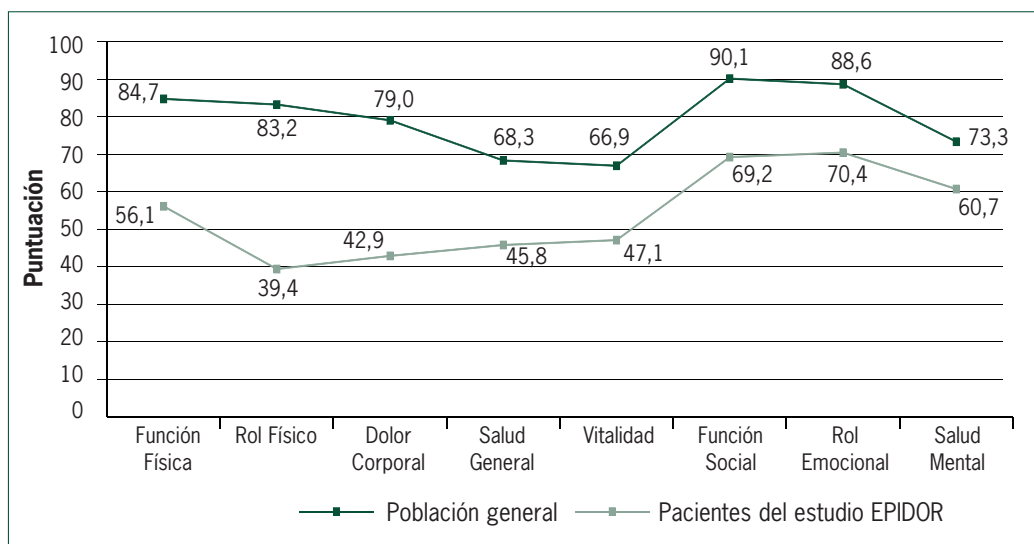


Figura 2. Comparación de las puntuaciones de SF-36 entre población española sana y población del estudio EPIDOR.

rico como es el cuestionario multidimensional SF-36. Cuando se compararon las puntuaciones obtenidas por los pacientes estudiados con los valores medios de la población sana, los pacientes tuvieron valores menores en todas las subescalas del cuestionario (Figura 2).

El impacto que específicamente produce el dolor en la calidad de vida percibida se demostró al comparar entre sí pacientes que referían y no referían dolor; observándose que los pacientes con dolor tenían también resultados peores en toda las dimensiones del cuestionario SF-36 (Figura 3).

Cuando se analizó el manejo farmacológico del dolor en estos pacientes se observó que los fármacos más utilizados eran los AINEs (57.6%) y el paracetamol (29.9%) y que la mayoría de los pacientes

(62%) se trataban con monoterapia. Únicamente el 5.6% utilizaban opioides, pese a que el dolor era intenso en más de 2/3 de los casos y casi la mitad de los pacientes opinaban que el alivio obtenido con el tratamiento que recibían era regular o malo. Todos estos datos abren la posibilidad de que una optimización de la terapia analgésica pudiera mejorar el control del dolor y por tanto la calidad de vida de estos pacientes.

OPTIMIZACIÓN DEL TRATAMIENTO ANALGÉSICO; PAPEL DE LOS OPIOIDES EN LA TERAPIA REUMATOLÓGICA

La utilización de opioides en el dolor de carácter no oncológico es un campo de continuo debate y que en los últimos años ha sufrido una evidente expansión. La

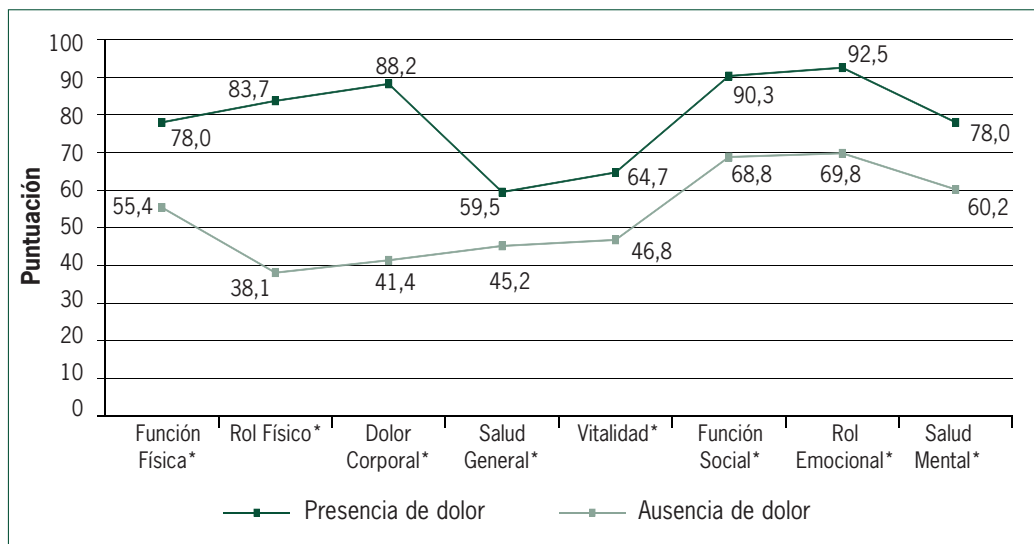


Figura 3. SF-36 según presencia/ausencia de dolor musculoesquelético en la última semana.

patología reumatológica es un claro ejemplo en este sentido. Como se ha señalado, un porcentaje amplio de pacientes reumatológicos no tienen un buen control de su sintomatología álgica lo que impacta de forma evidente en su calidad de vida. La utilización de opioides, de una forma adecuadamente reglada, puede ayudar a mejorar esta situación. Sin embargo, diversas causas han conducido al uso relativamente limitado de estos tratamientos en reumatología. Entre estas causas se pueden citar: la asociación de los opioides con la patología oncológica, la falta de experiencia en su utilización, el temor a los efectos secundarios o a un uso inadecuado de los mismos, la ausencia de una evidencia definitiva sobre su efectividad o la propia decisión del paciente⁽²⁾.

Se realizó una revisión bibliográfica de cara a revisar la evidencia científica sobre la utilización de opioides en la pato-

logía reumatológica, centrándonos en ensayos clínicos revisiones sistemáticas, metanálisis o guías de utilización. Dado lo genérico que resulta el hablar de patología reumatológica, ceñimos la revisión bibliográfica a tres escenarios clínicos muy comunes en reumatología como es la lumbalgia crónica, la artrosis (cadera y rodilla) y las artritis inflamatorias (fundamentalmente artritis reumatoide).

En el caso de la lumbalgia se revisaron 308 publicaciones siendo seleccionadas 26 para ser analizadas en profundidad. De forma general los ensayos clínicos mostraban un efecto positivo de los opioides en el control del dolor y también ejercían efectos beneficiosos en otras dimensiones como el estado emocional, la capacidad funcional o los niveles de ansiedad, que lógicamente mejoraban la calidad de vida de estos pacientes. Los efectos secundarios eran frecuentes,

aunque leves en su inmensa mayoría, siendo muy raros los efectos adversos graves o los casos de utilización inadecuada del fármaco. No obstante, se recogían abandonos del tratamiento entre un 10 y un 38% de los pacientes incluidos en ensayos clínicos. Es importante señalar que los estudios mostraban una gran heterogeneidad metodológica con diferentes diseños, medidas de desenlace o instrumentos de valoración de las mismas, lo que dificulta el hacer análisis de conjunto. Así mismo, la gran mayoría de estos trabajos tenían tiempos de seguimiento cortos sin que nos aporten información sobre la utilización de estos fármacos a largo plazo. En una revisión sobre el uso de opioides en la lumbalgia crónica publicada recientemente, los autores no encontraban diferencias estadísticamente significativas sobre la eficacia de los opioides en este terreno. Sin embargo, la revisión incluía un número excesivamente pequeño de ensayos clínicos debido a la exigencia de sus criterios de inclusión, además en varios de ellos el opioide estudiado era la codeína que actualmente resulta poco representativo de la utilidad real de los opioides en este campo y en cambio no incluía a una serie de ensayos publicados más recientemente con otros compuestos como morfina de liberación retardada, oxicodona, hidromorfona o buprenorfina y fentanilo transdérmicos, que aportan importantes datos a este respecto⁽³⁾. En otra revisión sobre los tratamientos farmacológicos de la lumbalgia crónica, los autores si objetivaban evidencias de eficacia de carácter moderado de los opioides en este problema sin que hubiera diferencias entre las formulaciones de liberación inmediata y retardada⁽⁴⁾.

Por lo que respecta a la artrosis de cadera y rodilla se revisaron 275 referencias bibliográficas siendo seleccionados 18 artículos. Las conclusiones de los ensayos clínicos revisados eran de forma global similares a las señaladas con respecto a la lumbalgia. Los opioides se mostraban efectivos en el control del dolor con mejoría hasta de un 88% de los pacientes y con respuestas calificadas como buena o excelente en un 75% de los mismos. El tamaño del efecto resultaba similar al que se observaba con los AINEs, lo que permitía la reducción de la dosis de estos o su sustitución cuando era necesario y se observaban efectos positivos también en la capacidad funcional o en la calidad del sueño⁽⁵⁾. De nuevo los efectos secundarios eran frecuentes, suspendiendo el tratamiento un cuarto de los pacientes; siendo los más frecuentes, las náuseas, los mareos y el estreñimiento. Así mismo, parecían limitaciones metodológicas a las señaladas anteriormente podían ser aplicadas a los estudios realizados en el campo de la artrosis. Finalmente señalar que están publicadas tres guías internacionales sobre el manejo de la artrosis: las del ACR (*American College of Rheumatology*), las de la OARSI (*Osteoarthritis Research Society International*) y las de EULAR (*European League Against Rheumatism*). En todas se destaca el papel positivo de los opioides en el manejo del dolor de estos pacientes posicionándoles como 2ª opción tras el fallo o intolerancia a paracetamol y/o AINEs⁽⁶⁻⁸⁾.

Finalmente por lo que respecta a las artropatías inflamatorias se revisaron 659 referencias aunque únicamente se seleccionaron 8 artículos sin que en este caso hubiera ningún ensayo clínico que

específicamente abordara el uso de opioides para el tratamiento del dolor en este tipo de pacientes. De acuerdo a los datos revisados se vio que el uso de opioides en patología inflamatoria era al menos tan frecuente como en la patología mecánica y que en los últimos años estaba en aumento. Un estudio, que específicamente analizaba la calidad de vida en pacientes con artritis reumatoide con el uso de fentanilo transdérmico, observaba mejoras en la intensidad del dolor, la capacidad funcional, la calidad del sueño y el estado general con una aceptable tolerabilidad⁽⁹⁾. Por último, resaltar que algunos trabajos experimentales han estudiado las acciones anti-inflamatorias que tienen los opioides en el campo de la inflamación articular, lo que puede abrir nuevas puertas en la indicación de estos compuestos en este tipo de artropatías.

CONCLUSIÓN

Subrayar que en cualquier caso el abordaje del dolor siempre debe ser multidimensional y multidisciplinar dada las repercusiones emocionales que este síntoma implica y la necesidad de abordar su tratamiento, en muchas ocasiones, desde diferentes puntos de vista y con distintas opciones terapéuticas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Carbonell J, Tornero-Molina J, Gabriel R, Montfort J. Estudio Epidemiológico del Dolor en Reumatología en España. Madrid: Edipharma; 2003.
2. Tornero-Molina J, Vidal-Fuentes J, Alonso-Ruiz A, Acebes-Cachafeiro C, Arbole-ya-Rodríguez L, Calvo-Alén J, et al. Documento de consenso de la Sociedad Española de Reumatología para el uso de opioides. *Reumatología Clínica* 2006;12:50-54.
3. Martell BA, O'Connor PG, Kerns RD, Becker WC, Morales KH, Kosten TR, et al. Systematic review: opioid treatment for chronic back pain: prevalence, efficacy, and association with addiction. *Ann Intern Med* 2007;146(2):116-27.
4. Chou R, Huffman LH. Medications for acute and chronic low back pain: a review of the evidence for an American Pain Society/American College of Physicians clinical practice guideline. *Ann Intern Med* 2007;147(7):505-14.
5. Avouac J, Gossec L, Dougados M. Efficacy and safety of opioids for osteoarthritis: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Osteoarthritis Cartilage* 2007;15(8):957-65.
6. Recommendations for the medical management of osteoarthritis of the hip and knee: 2000 update. American College of Rheumatology Subcommittee on Osteoarthritis Guidelines. *Arthritis Rheum* 2000;43(9):1905-15.
7. Zhang W, Moskowitz RW, Nuki G, Abramson S, Altman RD, Arden N, et al. OARSI recommendations for the management of hip and knee osteoarthritis, Part II: OARSI evidence-based, expert consensus guidelines. *Osteoarthritis Cartilage* 2008;16(2):137-62.
8. Zhang W, Doherty M, Arden N, Bannwarth B, Bijlsma J, Gunther KP, et al. EULAR evidence based recommendations for the management of hip osteoarthritis: report of a task force of the EULAR Standing Committee for International Clinical Studies Including Therapeutics (ESCISIT). *Ann Rheum Dis* 2005;64(5):669-81.
9. Berliner MN, Giesecke T, Bornhord KD. Impact of transdermal fentanyl on quality of life in rheumatoid arthritis. *Clin J Pain* 2007;23(6):530-4.

CALIDAD DE VIDA Y DOLOR EN EL PACIENTE CON DEMENCIA

Dra. Carmen Navarro Ceballos
Servicio de Geriatria.
Hospital Severo Ochoa. Leganés. Madrid.

La calidad de vida es un concepto subjetivo y dinámico a lo largo de la vida. En edades jóvenes se suele asociar con gozar de buena salud, una casa cómoda, disfrutar de un trabajo estable que garantice a su vez una estabilidad económica, así como una seguridad personal y familiar. En el anciano la calidad de vida se centra más en aspectos relacionados con la salud y el equilibrio y bienestar familiar. En encuestas realizadas a personas mayores sobre calidad de vida se considera mucho más importante la presencia de dolor y la pérdida de independencia, que el hecho en sí de presentar enfermedades graves o de mal pronóstico. Podemos decir por tanto que **la calidad de vida está intrínsecamente asociada a la salud**, y se verá alterada ante situaciones que alteren el bienestar físico psíquico y/o social. Y ¿qué decir del dolor?: El dolor se teme a veces más que la muerte y va a ser causa habitual de consulta médica y de visita a los servicios de urgencias.

EPIDEMIOLOGÍA DE DOLOR EN EL ANCIANO

- El dolor crónico afecta en torno al 25-40% de los ancianos que viven en

la comunidad y al 70-80% en residencias.

- El **dolor crónico y de origen musculoesquelético** es el más frecuente, también es frecuente la cefalea y el dolor neuropático (neuralgia postherpética) y con menor frecuencia el dolor de origen neoplásico.
- En torno al 45% ancianos que acuden a un hospital expresa dolor (en un 20% de los casos se cataloga como severo).
- Un dato relevante: **93% de los ancianos no están satisfechos con el control del dolor.**

La presencia de dolor es importante por el sufrimiento agudo pero también por las **consecuencias** que acarrea, debemos destacar entre otras: depresión, alteración del sueño, aislamiento social, alteración de la marcha y deterioro funcional, mayor consumo de recursos sanitarios (frecuentación de los servicios de urgencias), repercusión importante en las AVD y en la propia calidad de vida.

Muchos autores consideran que **la valoración del dolor debería ser definida como el quinto signo vital**, y registrarse en toda historia clínica junto a la tensión arterial, frecuencia cardíaca y respiratoria y la temperatura.

Para intentar mejorar el manejo del dolor en el anciano debiéramos reflexionar sobre **las causas que habitualmente nos conducen al error**:

- Varios estudios reportan como FR independiente de mal control del dolor: edad superior a 70 años y la existencia de deterioro cognitivo.
- *Formación inadecuada* de los profesionales (en cuanto al manejo de fármacos opioides, comorbilidad, polifarmacia excesiva).

- *Dificultades en la comunicación* con determinados pacientes (ictus, demencias).
- Es frecuente aún y pese al envejecimiento de la población encontrar **posturas ageístas**, es decir *discriminación en función de la edad*.
- Por parte del paciente y cuidadores también encontramos actitudes que dificultan el adecuado control del dolor; en la tabla 1 se reflejan situaciones muy frecuentes.

No hemos podido encontrar bibliografía que documente la siguiente argumentación, pero es habitual encontrar en el entorno sanitario un cierto “rechazo”, quizás inconsciente, al paciente con demencia por parte de los profesionales. Y muy posiblemente este

Errores habituales entre el personal sanitario	Errores habituales entre pacientes y familiares
<p>En los ancianos es normal tener dolor.</p> <p>La perecepción del dolor disminuye con la edad.</p> <p>Los que se quejan del dolor quieren llamar la atención.</p> <p>Los que no se quejan, no tienen dolor.</p> <p>Los analgésicos son peligrosos para los ancianos, especialmente los opioides.</p> <p>Si se tratan con opioides crearán adicción.</p>	<p>El dolor es inevitable en la vejez.</p> <p>El dolor es fruto de la edad.</p> <p>Para qué me voy a estar quejando todo el día, si ya saben lo que tengo.</p> <p>Si me quejo mucho me acabarán cogiendo manía.</p> <p>Miedo a iniciar exploraciones, consultas, desplazamientos...</p> <p>El dolor significa enfermedad grave.</p>
Pacientes con demencia	
<p>No se puede valorar el dolor en los pacientes con demencia.</p> <p>Las alteraciones conductuales se atribuyen a la demencia y no al dolor.</p>	

Tabla 1. Errores habituales entre ancianos, cuidadores y familiares.

rechazo parte del desconocimiento de la enfermedad y las dificultades con frecuencia cambiantes a lo largo de la evolución que entorpecen notablemente el manejo, y con unos resultados terapéuticos no siempre gratificantes para el profesional.

Intentaremos a partir de aquí dar respuesta a cuatro interrogantes, con el objetivo de acercarnos y clarificar el binomio DOLOR Y DEMENCIA.

- ¿Entendemos la demencia y al demente?
- ¿Cómo viven el dolor los pacientes con demencia?
- ¿Podemos medir la existencia e intensidad del dolor?
- ¿Son seguros los fármacos analgésicos habituales?

¿ENTENDEMOS LA DEMENCIA Y AL DEMENTE?

La demencia es un síndrome que debe entenderse como un deterioro de las funciones superiores, entre ellas la memoria, en relación con el nivel previo del paciente; al que se suelen sumar alteraciones psicológicas y del comportamiento. Debe cumplir las siguientes características: presentar un nivel de conciencia normal, ser adquirido y persistente en el tiempo, afectar a diferentes funciones y tener repercusión en el funcionamiento personal, laboral o social. Puede ser causado por múltiples etiologías, que con frecuencia en el anciano se interrelacionan. Las más frecuentes son:

- **Enfermedad Alzheimer** (demencia degenerativa primaria predominio cortical).

Criterios DSM-IV

1. Deterioro de la memoria a corto y largo plazo: hechos, fechas, datos...
2. Al menos una de las siguientes alteraciones cognitivas:
 - Afasia.** Con alteraciones del lenguaje como comprender, denominar...
 - Apraxia.** Con deterioro de la capacidad para llevar a cabo actividades motoras pese a que la función motora en sí misma esté conservada.
 - Agnosia.** Con fallos en el reconocimiento o la identificación de objetos pese a que la función sensorial está intacta.
 - Alteración de la **función ejecutiva**, con fallos en la planificación, abstracción, organización...
3. Repercusión significativa de estos trastornos en la vida social y/o laboral del paciente.
4. Ha de suponer una merma o declive con respecto a la funcionalidad previa del paciente.
5. Los déficits no aparecen exclusivamente durante un estado de **delirium**, aunque éste puede superponerse a la demencia.
6. Existe una relación **etiológica** con una causa orgánica, con los efectos persistentes de una sustancia tóxica, o con ambas cosas.

- **Vasculares.**
- **Mixtas** (Alzheimer y vascular).
- **Demencia cuerpos Lewy** (demencia degenerativa primaria predominio subcortical).
- **Fronto-temporales (Enfermedad Pick)** (demencia degenerativa primaria predominio cortical).
- **Otras demencias.**

La clasificación del DSM-IV, guía elaborada por la Asociación Americana de Psiquiatría y la de la CIE-10, de la Organización Mundial de la Salud, son dos de las más usadas internacionalmente para el diagnóstico de la demencia.

A las manifestaciones cognitivas que definen el diagnóstico de demencia, debemos añadir una serie de manifestaciones conductuales y psicológicas (SCPD), que con frecuencia serán la causa principal de distorsión y disrupción en la convivencia familiar, y factor precipitante de institucionalización del paciente. Destacaremos los siguientes:

- Ideas delirantes (10-73%).
- Alucinaciones visuales (30%).
- Errores de identificación (de personas en el domicilio (huésped fantasma), del propio yo, de otras personas y/o acontecimientos de la televisión).
- Animo depresivo (40-50%), síndrome depresivo (10-20%). Difícil diagnóstico en estadios avanzados.
- Apatía. Muy frecuente. Importante diferenciarlo de depresión.
- Ansiedad. Preocupación frecuente sobre su futuro, asuntos financieros,... temor a quedarse solos.

- Actividad motora aberrante. (3-53%). Gran sobrecarga al cuidador. Implica alto riesgo de fuga.
- Reacciones catastróficas. Respuesta emocional o física excesiva y brusca. Agitación verbal y/o física.
- Otras: Quejas de forma continua e incluso con carácter acusador hacia el cuidador. Desinhibición sexual, impulsividad,...

Es importante destacar que los **SPCD pueden ser secundarias a otras causas tratables**, y por tanto debemos hacer un esfuerzo diagnóstico.

Agitación psicomotriz: Con una prevalencia según las series en torno al 20%. Representa un estado de tensión y ansiedad, con frecuencia secundario a dolor físico, cansancio, ambiente que le rodea, medicamentos. Recientemente se ha publicado en la revista *Am J Geriatr Psychiatry* 2009, un estudio longitudinal durante 24 meses en 171 pacientes diagnosticados de demencia y sin presentar trastornos conductuales. El objetivo del estudio era conocer el valor predictivo de la presencia de dolor en la aparición de alteraciones conductuales en los siguientes 4 meses. Se encontró significación estadística en cuanto a la aparición de agitación y depresión.

¿CÓMO VIVEN EL DOLOR LOS PACIENTES CON DEMENCIA?

La prevalencia de dolor en la demencia es poco conocida, aunque se supone similar al anciano sin demencia.

En general está infradiagnosticado e infratratado:

- **situaciones agudas, (situación frecuente en hospitales, por ejemplo la fractura de cadera).** Varios estudios confirman este dato: *Estudio Morrison (J Pain Symptom Manage, 2000)*: tras Qx Fractura cadera, pacientes con demencia recibieron 1/3 de la dosis analgésica habitual y el 76% de ellos no se les prescribió analgesia postoperatoria. *Estudio Scherder. (Alzheimer Dis Assoc Disord, 97)*: sólo 33% pacientes Alzh recibieron apropiada analgesia frente a 64% de pacientes no demencia.
- **procesos crónicos, incluso oncológicos (situación más frecuente en domicilio/residencias).** Hay un estudio español publicado en *Rev. Soc. Esp. Dolor, 2001*: Participaron en el estudio 58 pacientes con demencia, de los que el 46,6% cumplía criterios de terminalidad. 22,4% de los pacientes aparecía el síntoma dolor reflejado en la historia clínica. 43,1% se detectó la presencia de dolor mediante la exploración física, pero no se encontraba referenciado en la historia clínica. En menos de la mitad de pacientes con dolor llevaban tratamiento analgésico y sólo un pequeño porcentaje de éstos eran opiáceos.

LAS CAUSAS QUE DIFICULTAN LA VALORACIÓN DEL DOLOR EN LAS DEMENCIAS podrían resumirse en las siguientes:

1. Dificultades en la comunicación.

2. Diagnóstico más difícil:

- manifestación atípica.
- la presentación puede ser en forma de trastornos conductuales.
- la pérdida de memoria puede bloquear la experiencia de dolor.
- las quejas del paciente son en relación inversa con el grado de demencia.

3. La presencia de comorbilidad es en sí misma causa de dolor:

- Trastorno de la marcha. Caídas. Fracturas.
- Desnutrición. Sarcopenia. Fragilidad.
- Inmovilidad. Estreñimiento. Ulceras.

4. Mayor dificultad en el tratamiento:

- Pacientes en situación de fragilidad, fácil producir iatrogenia.
- El dolor puede interferir en el tratamiento de enfermedades intercurrentes.

A continuación haremos una breve revisión **sobre las vías del dolor y cómo pueden verse afectadas en el paciente con demencia:**

Haz o tracto espinotalámico (STT): Es la vía que comunica la médula espinal con la corteza cerebral, implicada en la percepción y en las reacciones conscientes en respuesta a una sensación dolorosa. A nivel del tálamo, el STT contacta con el núcleo ventral posterolateral (VPL) y el núcleo ventral posteromedial (VPM).

En la percepción del dolor debemos diferenciar dos aspectos:

- aspecto sensitivo-discriminativo.
- aspecto afectivo-motivacional.

El *Sistema lateral medular (tálamo lateral)* controla la discriminación sensorial algésica, y la intensidad del dolor. Se relaciona con dolor agudo. El *Sistema medial medular (giro angulado anterior e hipocampo)* controla aspectos motivacionales y afectivos (tolerancia). Se relaciona más con el dolor crónico.

EVIDENCIAS CLÍNICAS

- Dolor superficial: No hay cambios notables en la intensidad del dolor, especialmente en los episodios agudos.
- Dolor referido o profundo: disminución del dolor en enfermedades agudas como el IAM o la Isquemia mesentérica, en procedimientos quirúrgicos e incluso en enfermedad oncológica.

- Dolor crónico: aumenta con la edad sobre todo el ligado a enfermedades osteoarticulares y vasculares.

En la demencia avanzada el sistema lateral suele estar más preservado, por tanto estos pacientes perciben el dolor pero les cuesta identificar la precedencia.

En presencia de lesiones en la sustancia blanca puede producirse mayor percepción del dolor por desaferentización (dolor central) esta situación es frecuente en demencias subcorticales, sobre todo la vascular, también Alzheimer, Frontotemporal y Demencia-Parkinson. (Scherder, Pain 2009).

El componente placebo asociado a un tratamiento analgésico está interrumpido en pacientes con deterioro de la función ejecutiva prefrontal, esto podría

Tipo de Demencia	Intensidad del Dolor	Hallazgos Neuropatológicos	Componente Motivacional-Afectivo	Tolerancia al Dolor
Alzheimer	Inalterada	Degeneración N. Intralaminar talámico	Disminuido	Aumentada
Fronto Temporal	No estudiada	Degeneración Cortex prefrontal	Disminuido	Aumentada
Vascular	No estudiada	Lesiones Sustancia Blanca Deasferentización	Aumentado	Disminuida
Parkinson	Poco afectada	Degeneración Núcleos Basales	Aumentado	Disminuida

Tabla 2. Correlación Neuropatológica en distintos tipos de Demencias. Modificado de Scherder et al (4).

suponer menor respuesta a los tratamientos analgésicos. (Scherder, Pain 2009). En la Tabla 2 se describen aspectos diferenciales en cuanto a la percepción del dolor según los subtipos de demencia.

¿PODEMOS MEDIR LA EXISTENCIA E INTENSIDAD DEL DOLOR?

El paciente con demencia estadio moderado es capaz de localizar el dolor. Según las conclusiones publicada en el JAGS 2002, tras la reunión en la AGS (American Geriatric Society) del Panel de Expertos sobre dolor persistente en el anciano, se concluyó con un Nivel de Evidencia IIA:

Estadios leves-moderados:

- Tienen conservada la capacidad de verbalización para expresar dolor.
- Las escalas deben ser simples y dirigidas a valorar la localización e intensidad del dolor.
- La valoración geriátrica integral nos permitirá conocer las repercusiones del dolor en la situación funcional, mental y social.

Estadios moderados-severos:

- Los pacientes tienen dificultades para expresar el dolor o comprender el uso de escalas.
- Es fundamental la opinión de familiares / cuidadores.
- La valoración del dolor implica observar gestos, posturas y valorar conductas relacionadas con el dolor (escalas observacionales).

ESCALAS AUTOADMINISTRADAS DE UTILIDAD EN LOS PACIENTES CON DEMENCIA LEVE-MODERADA:

- La Escala Analógica Visual (EVA).

Consiste en una línea que representa un continuum entre una posición que expresa la Ausencia de Dolor y la opuesta que representa el Máximo Dolor. Sobre esta base se han ido introduciendo diferentes variaciones, intentando definir la intensidad del dolor en forma numérica, descriptiva y/o mixta. Esta escala ha sido empleada en pacientes con deterioro cognitivo, la dificultad de uso se ha estimado en el 53%. Se considera la escala que mayores dificultades de uso conlleva en este grupo de pacientes.












- Termómetro del dolor (Intensity Pain Thermometer).



Es una escala vertical de adjetivos. Es una de las escalas recomendadas en problemas con el pensamiento abstracto y/o la comunicación.

Universal Pain Assessment Tool

This pain assessment tool is intended to help patient care providers assess pain according to individual patient needs. Explain and use 0-10 Scale for patient self-assessment. Use the faces or behavioral observations to interpret expressed pain when patient cannot communicate his/her pain intensity.

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Verbal Descriptor Scale	NO PAIN		MILD PAIN		MODERATE PAIN		MODERATE PAIN		SEVERE PAIN		WORST PAIN POSSIBLE
WONG-BAKER FACIAL GRIMACE SCALE											
ACTIVITY TOLERANCE SCALE	Alert Smiling	No humor serious flat	Parrowed brow pursed lips breath holding	Wrinkled nose raised upper lips rapid breathing	Slow blink open mouth	Eyes closed mossier crying					
	NO PAIN	CAN BE IGNORED	INTERFERES WITH TASKS	INTERFERES WITH CONCENTRATION	INTERFERES WITH BASIC NEEDS	BEDREST REQUIRED					

- Escala de Caras de Wong-Baker.

Escala observacional mixta que mide el dolor según la expresión facial. Escala validada y fiable, utilizada en ancianos con demencias leves y moderadas. Su uso es más sencillo que la numérica.

No hay ninguna escala que sea unánimemente recomendada. El panel de expertos AGS recomienda escalas descriptivas antes que las numéricas, inclinándose por el Termómetro del Dolor y la Escala de Caras.

ESCALAS OBSERVACIONALES DE UTILIDAD EN LOS PACIENTES CON DEMENCIA LEVE-MODERADA, entre otras:

- PAINAD
- DOLOPLUS
- ABBEY PAIN SCALE
- BEHAVIORAL
- NOPPAIN

RESUMEN ASPECTOS A VALORAR:

- Expresiones faciales.
- Verbalizaciones - vocalizaciones.
- Movimientos corporales.
- Signos vegetativos.
- Cambios en la interacción personal.
- Cambios en los patrones de conducta rutinarios.
- Cambios en el estado mental (delirium).

PRINCIPALES CRÍTICAS A LAS ESCALAS OBSERVACIONALES:

Ausencia de un patrón de comparación. Es precisa la opinión de cuidadores expertos, y está sujeto a importante subjetividad en la valoración. Pueden tener alta validez pero baja fiabilidad, se pueden repetir errores sistemáticamente.

La utilidad principal de estas escalas reside en su capacidad para alertar a los cuidadores de la existencia de dolor para saber cuándo iniciar tratamiento analgésico.

La presencia de **delirium** en el paciente con demencia moderada-severa, constituye un reto para los profesionales por la dificultad que supone el diagnóstico etiológico que garantice un adecuado manejo terapéutico. Es difícil

diferenciar entre agitación y dolor. Es importante descartar otras causas de patología orgánica y siempre se deberán optimizar las medidas ambientales.

¿SON SEGUROS LOS FÁRMACOS ANALGÉSICOS HABITUALES?

Respecto a la seguridad de los fármacos, no debemos olvidar los cambios en la farmacocinética del anciano que, unida a la frecuente presencia de comorbilidad y polifarmacia, con frecuencia podemos incurrir en yatrogenia. Por otra parte también hay que recordar que si los ancianos se suelen ver excluidos de los ensayos clínicos, mucho más las demencias.

En el año 2002 se publicaron las Guías de la American Geriatric Society sobre terapéutica en el anciano, que aún

Pain Assessment in Advanced Dementia (PAINAD) Scale

Items*	0	1	2	Score
Breathing independent of vocalization	Normal	Occasional labored breathing. Short period of hyperventilation.	Noisy labored breathing. Long period of hyperventilation. Cheyne-Stokes respirations.	
Negative vocalization	None	Occasional moan or groan. Low-level speech with a negative or disapproving quality.	Repeated troubled calling you. Loud moaning or groaning. Crying.	
Facial expression	Smiling or inexpressive	Sad. Frightened. Frown.	Facial grimacing.	
Body language	Relaxed	Tense. Distressed pacing. Fidgeting.	Rigid. Fists clenched. Knees pulled up. Pulling or pushing away. Striking out.	
Consolability	No need to console	Distracted or reassured by voice or touch.	Unable to console, distract or reassure.	
Total***				

siguen vigentes en espera de su actualización:

- Usar la vía menos invasiva.
- En lo posible elegir formulaciones de liberación sostenida.
- Introducir los fármacos uno a uno, dosis bajas, seguido de titulación lenta, y con un intervalo que permita la evaluación de su efecto.
- Monitorizar efectos adversos de fármacos (sobre todo opioides).
- Puede ser necesario rotar opioides.

Quisiera acabar esta revisión haciendo mención a unas situaciones clínicas de manejo muy complejo que son las que incluyen las situaciones de final de vida, donde resulta crucial garantizar un adecuado control de síntomas (ni encarnizamiento terapéutico ni ageísmo) que dignifique al paciente y asegure calidad en los cuidados terapéuticos al final de su vida. Siempre será de gran ayuda planificar la toma de decisiones y anticipar situaciones de conflicto.

BIBLIOGRAFÍA

1. The Management of Persistent Pain in Older Persons. AGS Panel on Persistent Pain in Older Persons. *J Am Geriatr Soc* 2002; 50:S205-S224.
2. Herr KA and Garand L. Assessment and Measurement of pain in older adults. *Clin Geriatr Med* 2001; 17(3): 457-478.
3. Herr KA, Mobily PR, Kohour FJ et al. Evaluation of the Faces Pain Scale for use with the elderly. *Clin J Pain* 1998; 14:1-10.
4. Joshua Chodosh, Bruce A.F; et al. Quality Indicators for Pain Management in Vulnerable Elders. *Ann Intern Med*. 2001; 135:731-735.
5. Lane F. Valoración del dolor en pacientes con demencia avanzada. *Nursing* 2005; 23(6):50.
6. Gómez Pavón J. Control de síntomas. *Med Pal* 2000; S1:120-121.
7. Sepúlveda D y Jimenez C. Cuidados paliativos en unidades geriátricas de agudos. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1999;34 (S2): 13-23.
8. Gómez Pavón J. Cuidados geriátricos en unidades de cuidados paliativos hospitalarias. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1999;34 (S2):5-12
9. Nygaard H, Jarland M. The checklist of nonverbal pain indicators (CNPI): testing of reliability in Norwegian nursing homes. *Age and Aging* 2006;35(1):79-81.
10. Erik S, Keela F. Pain in dementia. *Pain* 2009; 145: 276-278.
11. Pergolizzi et al. Opioids and the management of chronic severe pain in the elderly: consensus statement of an International Expert Panel with focus on the six clinically most often used World Health Organization Step III opioids (buprenorphine, fentanyl, hydromorphone, methadone, morphine, oxycodone). *Pain Pract* 2008 Jul-Aug;8(4):287-313.
12. Ruiz A, Iranzo JM. Evaluación del dolor en pacientes con demencia ingresados en un hospital de agudos. *Rev Soc Esp Dolor* 2001 (8): 392-396.
13. Kart A, et al. Evidence for Improving palliative care at the End of Life: A Systematic Review. *Ann Intern Med*. 2008;148:147-159.
14. Cohen-Mansfield et al. The utility of pain assessment for analgesic use in persons with dementia. *Pain* 2008 ;134: 16-23.

AFECTACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA EN NIÑOS

Francisco Reinoso Barbero y Ana Díez Rodríguez-Labajo
Unidad de Dolor Infantil.
Hospital Universitario “La Paz”. Madrid.

INTRODUCCIÓN

El dolor crónico provoca siempre un grave deterioro de la calidad de vida de los pacientes que lo sufren⁽¹⁾ que es posible recuperar con una analgesia eficaz que es fundamental que sea valorada. A este respecto, y aunque se pueden aplicar con ciertas modificaciones las escalas utilizadas en adultos como la escala de Karnofsky o la escala ECOG/WHO, se han desarrollado escalas específicamente pediátricas como el Cuestionario de Discapacidad Funcional Pediátrico. Además, como indicadores tenemos patrones de conducta anormales que pueden asociarse a dolor crónico y que miden de alguna manera la calidad de vida que tiene el paciente. Entre ellos están la alteración del descanso nocturno, del patrón alimentario, del patrón psicomotor, del patrón afectivo y del patrón de sociabilización^(2, 3, 4). En el caso de la valoración del dolor crónico pediátrico hay que tener en cuenta que la referencia de los cambios conductuales es proporcionada por la familia, ya que son ellos los que conviven a diario con el paciente y los que, por tanto, conocen e

incluso sufren las consecuencias del dolor crónico de sus hijos⁽⁵⁾. Un estudio demuestra que la valoración del dolor que se obtiene de los padres cuando se compara con la proporcionada por el propio niño a través de los cuestionarios de dolor crónico tiene un buen índice de correlación⁽⁶⁾. Por lo tanto podríamos deducir, que los cuestionarios o índices de calidad de vida del niño referido por sus padres, también podrían tener una buena correlación con lo que el propio niño nos transmitiera.

DEFINICIÓN DE CALIDAD DE VIDA PEDIÁTRICA

La calidad de vida, para poder ser evaluada, debe reconocerse en su concepto multidimensional, que incluye el estilo de vida, la vivienda, la satisfacción en el colegio y en el empleo, así como la situación económica. Consiste en la sensación de bienestar experimentada, resultado de la suma de sensaciones subjetivas y personales de “sentirse bien”⁽⁷⁾. Varios años atrás, la Organización Mundial de la Salud declaró que “la

salud no es meramente la ausencia de enfermedad, sino un estado de bienestar físico, mental y social completo”, que incluye no solo un bienestar psíquico, sino una interacción positiva entre los individuos y su entorno. La evaluación de la calidad de vida ha pasado a ser de gran importancia en la interfase entre la psiquiatría infantil y la pediatría, aunque no haya hasta el momento una definición conservadora y satisfactoria de la calidad de vida en la niñez.

En el área de la medicina, el enfoque de calidad de vida se limita a la salud (HRQL: Health Related Quality of Life), principalmente ligado a la propia enfermedad o a los efectos del tratamiento y consta de al menos dos aspectos: el holístico, o reportado por el médico, y el subjetivo, o reportado por el paciente. Según la Organización Mundial de la Salud (WHO), el aspecto holístico está representado por la disfunción secundaria a una alteración biológica, la discapacidad o la conducta secundarias a dicha disfunción y por la calidad de vida relacionada con la salud. La calidad de vida subjetiva mide esencialmente el estado de bienestar.

Los métodos de medición más representativos incluyen el PGWB (Psychological Well-Being Scale) o sus subescalas, entre las cuales se encuentra el WHO Well-Being Index (con 5 apartados). Este mide cómo ha estado el paciente en las últimas dos semanas, como por ejemplo: contento y de buen humor⁽⁸⁾. Según Bech, para poder cubrir los aspectos holísticos y subjetivos de calidad de vida de pacientes con dolor crónico, serían necesarias una serie de baterías de preguntas orientadas a los

síntomas asociados al desorden, la evaluación del padecimiento, la medición de la respuesta al tratamiento y sus reacciones adversas, así como la medición del bienestar del paciente.

INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN DE CALIDAD DE VIDA DESCritos EN PACIENTES PEDIÁTRICOS

La alternativa más considerada en la actualidad para la evaluación multidimensional de niños portadores de entidades clínicas de evolución crónica, ha sido el abordaje de calidad de vida de esos individuos, siendo para algunos autores el factor central que la determina, la sensación subjetiva de bienestar.

Hay diversos estudios en la literatura médica que evalúan la calidad de vida de niños crónicamente enfermos, aunque partiendo de la suposición de una relación directa con la competencia de la realización de pruebas de desempeño, como es el VABS⁽⁹⁾, o que infieren en la calidad de vida del niño, basándose en informaciones que proviene de la opinión de los padres respecto a su funcionamiento global (CGAS)⁽¹⁰⁾. Si se acepta como entidad, debe reconocerse que existen maneras de cuantificar la calidad de vida. Las medidas de desenlace varían desde aquellas que son objetivas y fáciles de medir como la muerte, otras que se basan en parámetros clínicos o de laboratorio (insuficiencia de un órgano), hasta aquellos que se basan en juicios subjetivos.

Una aproximación válida para la medición de la calidad de vida y para la

cuantificación de los problemas de salud son los cuestionarios. Pero, puesto que la calidad de vida incluye la evaluación de elementos subjetivos, y componentes que no pueden ser observados directamente, se requiere un método consistente para recoger la información del niño. Los cuestionarios contienen un grupo de preguntas y cada pregunta representa una variable que aporta un peso específico a una calificación global para un factor o dominio. En teoría se asume un valor verdadero de la calidad de vida, que puede medirse indirectamente por medio de las escalas.

Existen múltiples herramientas, que han sido diseñadas para evaluar las dimensiones que integran las mediciones de salud y de calidad de vida como son:

- PPS o Play-Performance Scale⁽¹¹⁾: supone una variación de la escala de Karnofsky, con la intención de medir la calidad de vida a través del juego. Esta escala es fácil de administrar, ha sido validada y ha demostrado ser fiable para pacientes pediátricos con cáncer. Sin embargo, no parece sensible para diferenciar el estado de aquellos pacientes que funcionan en un rango de “salud” más cercano a la normalidad.
- SF-36 o the MOS 35-Item Short-Form Health Survey y sus versiones reducidas de SF-12 y SF-7: Study-Short Form Health Survey⁽¹²⁾: desarrollado para el seguimiento del estado de salud en estudios de investigación de pacientes mayores de 14 años de edad; mide la salud

mental y general de los componentes de calidad de vida. Esta es una de las medidas más validadas, capaz de definir cambios de función en niños con patología crónica. Es una escala multi-item que evalúa ocho conceptos de salud: limitación en las actividades físicas debido a problemas de salud, limitación en las actividades sociales debido a problemas físicos o emocionales, limitaciones en el rol habitual debido a problemas de salud física, dolor, salud general mental, limitaciones en el rol habitual por problemas emocionales, vitalidad y percepción general de salud. Mide cambios conductuales ante una enfermedad que interfiere con el desarrollo de su función social y de las actividades habituales en tres lugares (en casa, en el vecindario y en el colegio), durante los periodos de ocio, trabajo y descanso. Se construyó en base al método de Likert de sumación de rangos, y con la intención de facilitar la interpretación y el seguimiento del perfil de salud y de cómo uno sea en la rutina de la práctica médica, así como en estudios de investigación. El origen del SF-36 es la forma corta de análisis de salud denominada Medical Outcomes Study (MOS) 20-Item Short-Form General Health Survey (SF-20)⁽¹³⁾. Se creó para ampliar los conceptos de salud medidos y para mejorar la precisión de medición de cada concepto obtenido en el SF-20. Las mejoras evidentes supusieron la inclusión de ítems relacionados con la vitalidad, la mejor representa-

ción del dominio de percepción general de la salud, la distinción entre la limitación del rol habitual debido a problemas físicos o mentales, así como la mayor precisión en la medida de las escalas físicas, de rol, sociales y de dolor físico. El SF-12 es la forma acortada del Sf-36 e incluye los ocho conceptos más comúnmente utilizados para estudios de población: función física, limitación de rol debido a problemas de salud, dolor físico, salud general, vitalidad (energía/fatiga), función social, limitaciones de rol debido a problemas emocionales o de salud mental (distress psicológico o bienestar psicológico). Hay dos versiones disponibles: la standard de 4 semanas y la aguda de una semana. Todas ellas utilizadas en adultos y niños mayores de 14 años bien por auto-evaluación, por entrevistador o vía telefónica.

- **PSQI: Modified Pittsburgh Sleep Quality⁽¹⁴⁾:** es un test de auto-evaluación que mide la calidad del sueño en el último mes. Se analizan siete puntuaciones relacionados entre el dolor máximo y la calidad de sueño general, la latencia del sueño, el sueño diurno/el dolor máximo y la calidad de vida. En total lo componen 19 ítems y finalmente se obtiene un índice de calidad de sueño global.
- **CGAS: Children's Global Assessment Scale⁽¹⁵⁾:** valora el nivel de función global del niño de 4 a 16 años basada en la información referida por los padres. Su escala de pun-

tuación va del 0 al 100, siendo 1 una incapacidad máxima, por encima de 75 una adaptación normal y 100 un funcionamiento normal. El test ha demostrado una adecuada fiabilidad (reliability o test-retest) y validez (validity-discriminant).

- **AQUEI o Autoquestionnaire Qualité de Vie Enfant Imagé⁽¹⁶⁾:** es una herramienta que busca evaluar la sensación subjetiva de bienestar del individuo partiendo de la premisa de que el individuo en desarrollo es capaz de expresarse en cuanto a su subjetividad.

Es una herramienta genérica que permite la comparación entre pacientes afectados por alguna enfermedad, e individuos con buena salud. Es útil porque es capaz de identificar los sentimientos del niño respecto a su estado actual, y no en función de su desempeño o productividad. El niño puntúa su calidad de vida en cuatro estados (muy feliz, feliz, infeliz y muy infeliz), relacionado a 26 cuestiones que abarcan diversas situaciones cotidianas. La puntuación va del 0 al 3 y la auto-evaluación se apoya también en las cuatro caras de AQUEI. Es un cuestionario satisfactorio en cuanto a su fiabilidad y sus cualidades psicométricas hacen de él un instrumento importante como herramienta diagnóstica para niños entre los 4 y 12 años de edad.

- **WHOQOL-100 o World Health Organization Quality of Life instrument⁽¹⁷⁾:** El desarrollo de un instru-

mento de medición de calidad de vida fué un proyecto iniciado en 1991 por la Organización Mundial de la Salud con la colaboración de 15 países. El objetivo fué el desarrollo de un instrumento genérico para su uso en pacientes con distinto tipo de enfermedades, de diversa severidad, multicultural, para diferentes niveles socioculturales y edades. La escala WHOQOL de autovaloración consiste de 100 items con 24 subescalas dentro de seis dominios: físico, psicológico, independencia, social, entorno y espiritual. Una cualidad única en dicha escala es la evaluación balanceada del bienestar o de la calidad de vida de los individuos y de la sociedad más allá de las mediciones habituales de morbilidad y mortandad. Hace una evaluación subjetiva de indicadores tanto positivos (capacidad de concentración, satisfacción con las relaciones) como negativos (depresión, incapacidad de sentirse cómodo en el hogar). Aborda mediciones de eventos observables (restricción del tiempo para disfrutar con amigos o familia) e indicadores negativos relacionados con condiciones específicas de salud (incapacidad de andar una determinada distancia). Además aborda áreas de calidad de vida no cubiertas hasta el momento, y que sin embargo son importantes en los diversos estratos sociales por todo el mundo. Todo esto, su rapidez de realización y adaptación a múltiples idiomas hacen del WHOQOL-100 un instrumento ideal para estudios multina-

cionales. Tiene buenas propiedades psicométricas además de ser fiable y válido en diferentes culturas y puede ser cumplimentado por los adultos en 15 minutos de media.

- **BAPQ** o Bath Adolescent Pain Questionnaire⁽¹⁸⁾: desarrollado para la evaluación multidimensional de niños adolescentes que experimentan dolor. Consiste en un test de 61 items evaluados en una escala de puntuación de 5. Los 61 items se distribuyen en 7 subescalas: función social, función física, depresión, ansiedad general, ansiedad específica asociada al dolor, funcionamiento familiar y desarrollo. Cumple criterios de validación de escala, aunque necesita más investigación relacionada con la validez predictiva de las escalas. Es por tanto una escala fiable, que evalúa el impacto del dolor en niños adolescentes.
- **DUKE** o Duke Health Profile⁽¹⁹⁾: cuestionario que consiste en 17 items genéricos que miden el estado de salud funcional y la calidad de vida relacionada con la salud en la última semana, en adultos mayores de 18 años. Es sencillo y rápido de contestar, autoevaluación en menos de 5 minutos y con solo tres opciones. Seis escalas miden la función de la salud: física, mental, social, general, salud percibida y autoestima. Cinco escalas miden la afectación de la salud: ansiedad, depresión, ansiedad-depresión, dolor e incapacidad. Autoevaluación en menos de 5 minutos.

- **QWB Scale o Quality of Wellbeing Scale⁽²⁰⁾**: cuestionario realizado por un entrevistador que mide el bienestar del individuo basado en las preferencias sociales, que la sociedad habitualmente asocia con el grado de funcionamiento de una persona en un momento dado. Mide la calidad de vida asociada a la salud en niños con cáncer. La puntuación se valora en tres grados de funcionamiento: movilidad, actividad física, actividad social y síntomas que pueden ir asociados a la inhibición de la función. Se asigna un nivel de función único a cada uno de los cuatro dominios con un peso, basado en referencias poblacionales. Se analiza el estado presente de función y en los últimos 6 días. Puede ser útil para la medición de calidad de vida de niños pediátricos oncológicos junto con otras herramientas que midan la función psicológica y el impacto del tratamiento. Se utiliza habitualmente en niños, adolescentes y adultos.
- **CHAQ o Childhood Health Questionnaire⁽²¹⁾**: cuestionario de calidad de vida para niños orientado a la vertiente de funcionalidad motora y articular, validado en español.

EL “ESTÁNDAR DE ORO” DE LA MEDICIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA PEDIÁTRICA: EL CUESTIONARIO CHQ.

El CHQ o Children Health Questionnaire⁽²²⁾: incluye 14 conceptos de salud y bienestar. Mide las áreas relacionadas con

la salud general, la función, las limitaciones en el colegio y las actividades con amigos, el comportamiento, la salud mental, la cohesión familiar, las emociones en relación con sus padres, los cambios de salud, el dolor corporal o discomfort, la autoestima y las limitaciones en las actividades familiares. Es un cuestionario validado y utilizado en Australia, Irlanda, UK y en su versión castellana en España. Cumplimentada exclusivamente por los pacientes adultos de los niños enfermos.

El test de Children Health Questionnaire en su versión de 50 items: **CHQ-PF50**. El CHQ-PF50 es un test de 50 preguntas de reconocido prestigio científico, que se ha usado como “gold standard” de la calidad de vida pediátrica y es el único validado en español europeo⁽²³⁾.

El CHQ permite medir en una serie de subapartados diferentes y muy concretos aspectos de la afectación de la calidad de vida. Esto significa, que esta escala puede tener utilidad clínica tan solo para identificar en una población general los pacientes cuyo dolor crónico les provoca afectación de su calidad de vida. Los subapartados de esta escala son expresados en forma de z-scores. Una puntuación de cero para un subapartado significa, que este paciente coincide con la puntuación media de la población general, mientras que una puntuación de uno significa que el paciente se halla en una desviación estándar del valor medio de la población general. En los subapartados o items del test CHQ-PF50 se incluye la medición de:

- la función física (physical functioning= PF), que mide la capacidad

de realizar actividades físicas en relación a la salud, incluyendo el autocuidado.

- el rol social-físico (role/social physical=RP), que mide la capacidad de realización de las actividades escolares y con amigos en base a su estado de salud.
- la salud general (general health=GH), que valora la salud global del niño, desde pobre y con posibilidades de ir a peor hasta el otro extremo de salud, que sería excelente y con tendencia a mantenerse.
- el dolor corporal (bodily pain=BP), que mide la intensidad y frecuencia del dolor.
- las actividades familiares (Family activities=FA), que miden la frecuencia con la cual la salud del hijo limita o interrumpe las actividades familiares y es fuente de tensiones en la familia.
- la conducta o “papel socio-emocional” (Role social-emotional=REB), que refleja el grado de limitación en las actividades diarias y escolares del niño en base a problemas emocionales o de comportamiento.
- el impacto en el tiempo familiar (Parenteral impact time=PI), que valora el tiempo en que se limita el tiempo personal de los padres, debido a la salud física y psicosocial del hijo.
- el impacto parental emocional (Parenteral impact-emotional=PE), que refleja el grado de estrés emocional y de preocupación que sufren los padres debido a la salud física y psicosocial de su hijo.

- la autoestima (self esteem=SE), que refleja el grado de satisfacción o insatisfacción que tiene el niño con su aspecto, con sus relaciones familiares y con su vida en general.
- la salud mental (mental health=MH), que mide el grado de ansiedad o depresión del niño o de lo contrario, el grado de felicidad y bienestar del mismo.
- la conducta (behaviour=BE), que refleja el grado de agresividad, inmadurez o comportamiento delictivo del niño.
- la cohesión familiar (family cohesión=FC), que valora las relaciones internas de la familia.
- el cambio en la salud (change in health=CH), que refleja si ha empeorado o mejorado su salud en el último año.

BIBLIOGRAFÍA

1. Gare BA, Fasth A. The natural history of juvenile chronic arthritis: a population based cohort study. II. Outcome. *J Rheumatol* 1995;22:308-19.
2. Rollman GB, Gillespie JM. The role of psychosocial factors in temporomandibular disorders. *Curr Rev Pain* 2000;4:71-81.
3. Lewin DS, Dahl RE. Importance of sleep in the management of pediatric pain. *Dev Behav Pediatr* 1999; 20:244-52.
4. Varni JW, Rapoff MA, Wakiron SA, Gragg RA. Chronic pain and emotional distress in children and adolescents. *J Dev Behav Pediatr* 1996; 17:154-61.
5. Palermo TM. Impact of recurrent and chronic pain on child and family daily func-

tioning: a critical review of the literature. *J Dev Behav Pediatr* 2000;21:58-69.

6. Gragg RA, Rapoff MA, Danovsky MB, Lindsley CB, Vami JW, Waldron SA, Bernstein BH. Assessing chronic musculoskeletal pain associated with rheumatic disease: further validation of the pediatric pain questionnaire. *J Pediatr Psychol* 1996;21:237-50.

7. Rosenbaum P, Cadman D., Kirpalani H. Pediatrics: Assessing quality of life. En: Spilker B. Editor. *Quality of Life Assessment in Clinical Trials*. New York: Raven Press, 1990; pp: 205-15.

8. Bech P. Health -related quality of life measurements in the assessment of pain clinic results. *Acta Anaesthesiol. Scand.* 1999; 43: 893-6.

9. Sparrow D., Balla D.A., Cicchetti D.V. *Vineland Adaptive Behaviour Scales*. Circle Pines: American Guidance Service, 1984.

10. Shaffer D., Psych F.R.C., Gould M.S., et al. A children's global assessment scale (CGAS). *Arch Gen Psychiatry* 1983; 40: 1228-1231.

11. Lansky LL, List MA, Lansky SB, Cohen M.E. and Sinks L.F. Toward the development of a Play-Performance Scale for Children (PPSC) *Cancer* 1985; 56 (Suppl): 1837-1840.

12. Ware JJ, Kosinski M & Keller SD. A 12-Item Short-Form Health Survey: Construction of scales and preliminary tests of reliability and validity. *Med Care* 1996; 34 (3): 220-33.

13. Ware J.E. Standards for validating health measures: Definition and content. *Journal of Chronic Diseases* 1987; 40 (6): 473-80.

14. Menefee LA, Frank ED, Doghramji K et al. Self-reported sleep quality and quality of life for individuals with chronic pain conditions. *Clin J Pain* 2000; 16 (4): 290-7.

15. Shaffer D., Psych F.R.C., Gould M.S., et al. A children's global assessment scale (CGAS). *Arch Gen Psychiatry* 1983; 40: 1228-1231.

16. Assumpção FB, Kuczynski E, Sprovieri MH. Et al. Escala de avaliação de qualidade de vida. *Arq Neuropsiquiatr* 2000; 58 (1): 119-27.

17. Bonomi AE, Patrick DL, Bushnell DM et al. Validation of the United States version of World Health Organization Quality of Life (WHOQOL) Instrument. *J.Clin.Epidemiol* 2000; 53: 1-12.

18. Eccleston C, Jordan A, McCracken LM et al. The Bath Adolescent Pain Questionnaire (BAPQ): Development and preliminary evaluation of an instrument to assess the impact of chronic pain on adolescents. *Pain* 2005; 118: 263-270.

19. Parkerson GR, Broadhead WE, Chiu-Kit JT. The Duke Health Profile. A 17 item measure of Health and Dysfunction. *Med Care* 1990; 28: 1056-1071.

20. Kaplan RM, Anderson JP, Wu AW et al. The Quality of Well-being Scale: Applications in AIDS, cystic fibrosis and arthritis. *Medical Care* 1989; 27(Suppl 3): S27-S43.

21. Gonzalez CJ, Gonzalez VM, Lorig K. The health related quality of life: HRQOL Arthritis Care Res 1997; 10: 448-456.

22. Landgraf JM, Abetz L. & Ware JE. *Child Health Questionnaire (CHQ): A Users's Manual*. Second Printing. Boston, MA: HealthAct, 1999.

23. De Inocencio J., Garcia-Consuegra J., Merino R. et al. The European Spanish version of the Childhood Health Assessment Questionnaire (CHAQ) and the Child Health Questionnaire (CHQ). *Clin. Exp. Rheumatol*. 2001; 19 (4 Suppl 23): S 141-5.

CALIDAD DE VIDA Y DOLOR EN EL PACIENTE ODONTOLÓGICO

Dr. Javier Montero Martín
Departamento de Cirugía.
Universidad de Salamanca.

INTRODUCCIÓN

Actualmente en los países industrializados, gracias al progresivo avance científico en la prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades, se ha conseguido disminuir la morbilidad y mortalidad de muchas patologías, aumentando la esperanza de vida, pero incrementándose concomitantemente las situaciones crónicas degenerativas no letales, que constituyen hoy en día el principal problema de salud en estos países.

En una población longeva aparecen dolencias que antes no se detectaban porque su incidencia era mínima a edades más tempranas. Además los diferentes tipos de dolencias crónicas degenerativas se acompañan de cierta disfunción orgánica que puede discapacitar al individuo para realizar una vida autónoma y plena dentro de la sociedad a la que pertenece, sufriendo, en ese caso, cierto grado de minusvalía o handicap.

En este contexto, resulta obsoleto valorar la salud poblacional en términos de supervivencia como se realizaba en

nuestra sociedad hasta hace poco y como se sigue haciendo actualmente en los países en vías de desarrollo donde las cifras de mortalidad infantil y de esperanza de vida continúan siendo medidas útiles del estado de salud. Sin embargo en las sociedades industrializadas estos valores se consideran groseros porque nada nos dicen acerca de la capacidad del individuo para realizar las actividades básicas en su vida diaria, ni del bienestar físico, psíquico, social, emocional... en definitiva de la calidad de vida, que es donde difiere la salud poblacional de los países que han conseguido prevenir, diagnosticar y tratar eficazmente una determinada enfermedad. Uno de los principales agentes que alteran el bienestar físico, psíquico y social es el dolor. Según la Real Academia Española de la Lengua, el dolor es aquella sensación molesta y aflictiva de una parte del cuerpo por causa interior o exterior y siendo la calidad de vida concebida como el grado de disfrute percibido por cada sujeto con respecto a su vida, parece axiomático considerar al dolor como uno de los potenciales moduladores de la calidad de vida.

Según el Nuprin Pain Report⁽¹⁾, la mayoría de los americanos sufrían una media de 3 ó 4 episodios dolorosos cada año. Crook et al⁽²⁾ manifestaron que la población general presentaba una incidencia de dolor del 16% en las últimas dos semanas a la encuesta. Brattberg⁽³⁾ encontró en una muestra aleatoria de población general que el 66% refería dolor o disconfort en distintas partes del cuerpo, siendo la región orofacial la afectada en un 10% aproximadamente. Von Korff⁽⁴⁾ publicó la topografía de los dolores más prevalentes en los 6 meses precedentes, encontrando que el más frecuente era el dolor en la región de la espalda (41%), seguido de dolor de cabeza (26%), dolor abdominal (17%), dolor torácico (12%) y dolor oro-facial (12%). Además un 40% de los encuestados habían perdido días laborales a causa de dicho dolor.

Lipton⁽⁵⁾ exploró población general americana (n= 45.711) encontrando que un 22% refirió dolor en la región estomatológica en los 6 meses previos. Los dolores estomatológicos más prevalentes en esta amplia muestra de población fueron sobre todo dolor dental (12.2%) seguido del dolor articular en la región temporomandibular (5.3%). Estas prevalencias de dolor estomatológico se triplican en población juvenil^(6, 7) y en países en vías de desarrollo⁽⁸⁾.

El dolor dental tiene fundamentalmente origen en la caries dental o en la enfermedad periodontal (encías), siendo estas enfermedades muy prevalentes en el ser humano aunque su incidencia está siendo gradualmente minimizada en los países desarrollados a

edades tempranas aunque muy prevalente en los más ancianos. Y es que el envejecimiento de la población tiene su reflejo también a nivel odontológico, porque al ser la patología oral de tipo acumulativo, encontramos una prevalencia cada vez más emergente de pacientes ancianos con gran acumulación de patología oral no tratada. Además la filosofía asistencial que imperaba hasta hace poco en nuestra sociedad estaba basada en el alivio del dolor mediante la extracción dentaria, y esta praxis ha contribuido a elevar la prevalencia de edentulismos crónicos en la población adulta-anciana, que pueden acompañarse de cierto grado de disfunción oral⁽⁹⁾.

Por estas razones los primeros estudios de calidad de vida oral iban destinados a medir el impacto que la patología oral acumulada producía en la vida diaria de los sujetos más prevalentemente afectados (ancianos). Aunque se ha postulado que el dolor dental constituye un problema de salud pública, por su prevalencia, por su impacto laboral y personal, son escasos los estudios epidemiológicos que abordan este tema⁽¹⁰⁾. Además son necesarios más estudios que evalúen y cuantifiquen la relación entre el dolor odontológico y la calidad de vida oral.

OBJETIVOS

Presentar de forma crítica los hallazgos más relevantes relacionados con la calidad de vida y el dolor estomatológico, en base a la documentación bibliográfica actualizada y de la experiencia propia en los últimos 10 años.

MATERIAL Y MÉTODOS

Búsqueda en septiembre de 2009 a través de Pub-med con las palabras clave: “pain” AND “oral health-related quality of life”; y síntesis de las experiencias de investigación acumuladas en España respecto al tema.

RESULTADOS

Utilizando la estrategia de búsqueda en los campos del título y sin acotar fechas se obtuvieron sólo 3 artículos^(11, 12, 13). Ampliando los campos de búsqueda a cualquier campo se encontraron 71 artículos de los cuales sólo fueron válidos 21 artículos. En estos artículos válidos, los autores se centraron en valorar el dolor patognomónico de distintas entidades clínicas bien diferenciadas y/o su tratamiento paliativo. Así, 6 artículos se focalizaron en el dolor-disfunción de la articulación temporomandibular; 4 al impacto doloroso de los problemas periodontales, 4 sobre el dolor de los cordales, 3 sobre cánceres de cabeza-cuello y otros 3 sobre el impacto del dolor dental en población general. En todos estos estu-

dios se concluye que el impacto en calidad de vida de los pacientes que sufren cualquiera de estas dolencias, es lo suficientemente preocupante para justificar la necesidad de mejorar las estrategias terapéuticas del control del dolor. En ninguno de los trabajos evaluados se han comparado en términos de calidad de vida las distintas entidades clínicas que cursan con dolor-discomfort.

Los estudios realizados en población no demandante de tratamiento odontológico ponen de manifiesto la alta prevalencia del dolor oral en la población general española. La última encuesta nacional⁽¹⁴⁾ encuentra que el dolor dental ocurrió, al menos, alguna vez en el último año, en más de un tercio de los adultos y ancianos (Figura 1).

Estos datos son similares a los obtenidos en población adulta británica en la que la prevalencia del dolor oral fue del 40%⁽¹⁵⁾ utilizando el mismo periodo de referencia. Adulyanon describió que el dolor dental es la única entidad estomatológica con capacidad para alterar el rendimiento de la vida diaria (comer, pronunciar, social, laboral...)⁽¹⁶⁾. Montero

Impactos ocurridos al menos una vez en el último año		
Grupo etario	DOLOR/MOLESTIAS	PROBLEMAS MASTICATORIOS
ADULTOS	32,2%	17,9%
ANCIANOS	36,7%	26,8%

Figura 1. Resultados ofrecidos por la última encuesta nacional de salud oral 2005.

et al⁽¹⁷⁾. encuentran que el dolor dentario es la principal causa de impacto en calidad de vida oral en población general granadina, afectando al 28% de los sujetos explorados y siendo el modulador de impacto en múltiples dimensiones del bienestar oral (Figura 2). También en este estudio se constata que un 63% de los sujetos consideran que la boca puede afectar al rendimiento laboral, mayoritariamente por dolor dental. Son varios los autores que consideran que tanto la prevalencia como la severidad de dolor dental son superiores en mujeres que en hombres^(18, 19), poniendo esto de manifiesto el trasfondo psicológico de la percepción del dolor y su impacto en las dimensiones de calidad de vida ya que, desde

el punto de vista clínico, no puede establecerse una mayor prevalencia de caries y enfermedad periodontal en mujeres; incluso, según algunos autores, el mayor nivel de higiene de la mujeres condiciona mejores niveles de salud oral en población adulta y anciana⁽²⁰⁾.

Todo lo anterior está referido a población general no demandante de tratamiento odontológico pero el dolor y la calidad de vida también se ha evaluado en pacientes dentales y, en consonancia con otros autores^(21, 22), hemos observado que los pacientes dentales de Salamanca capital presentan el dolor dental como principal motivo de consulta (54% de las consultas dentales generales)⁽²³⁾.

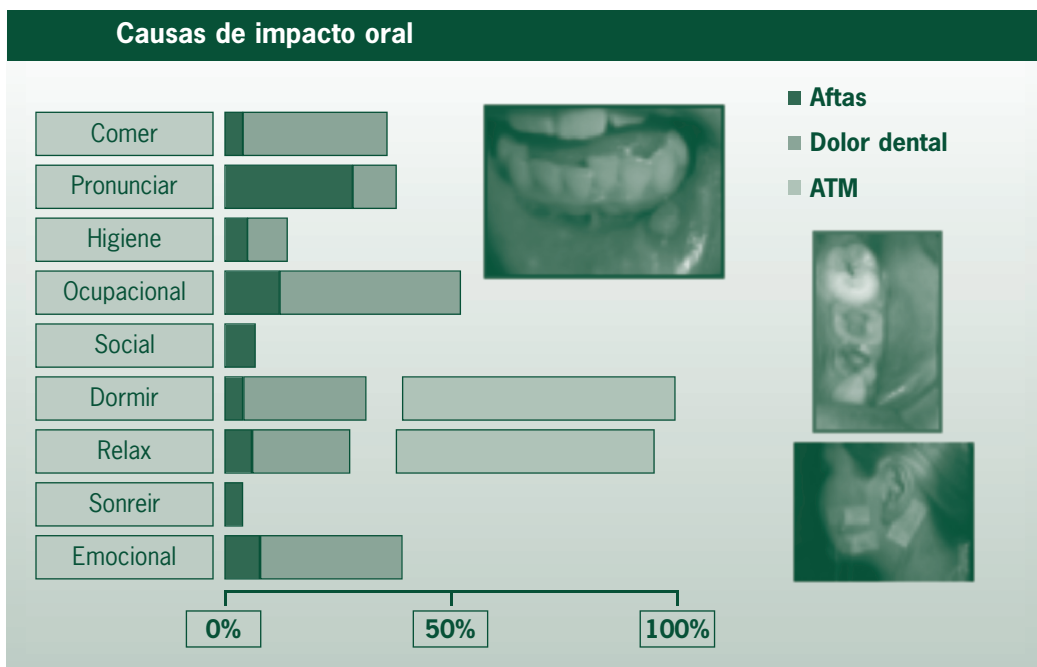


Figura 2. Porcentaje de sujetos con impacto en las dimensiones de la calidad de vida oral (n=814 sujetos no demandantes de tratamiento dental).

Indicadores de calidad de vida oral

Cuestionarios	Dimensiones	Items
Social impact of Dental Disease SIDD Cushing & Sheiham, 1986	Masticación social, dolor, disconfort y estética.	14
General Oral Health Assessment Index GOHAI Atchinson & Dolan, 1990	Masticación, deglución, social, estética, dolor y preocupación.	12
Oral Health Impact Profile OHIP Slade & Spencer, 1994	Limitación funcional, dolor, disconfort psíquico, discapacidad física, psíquica, social y handicap.	49/14
Dental Impact on Daily Living DIDI Leao & Sheiham, 1995	Confort, estética, dolor, social y restricción alimentaria.	36
Oral Impactson Daily Performances OIDP Adulyanon & Sheiham, 1997	Comer, pronunciar, higiene, ocupacional, social, dormir, relax, sonreir y emocional	8
Escala de Satisfacción Oral ESO 0-10 Allen & Locker, 2002	Satisfacción oral.	1

Tabla 1. Principales indicadores de calidad de vida oral.

Aparte de que el dolor dental constituye un factor esencial en la calidad de vida oral, a juicio de los expertos que diseñaron los indicadores de bienestar oral⁽²⁴⁾, ya que está presente en todos los cuestionarios validados internacionalmente (Tabla 1), este hallazgo ha sido también confirmado estadísticamente mediante un análisis factorial confirmatorio sobre dos de los indicadores de calidad de vida oral recomendados para su internacionalización a nivel europeo⁽²⁵⁾ (el OIDP y el OHIP-14) aplicados en población española. En este estudio ambos indicadores comparten una

estructura factorial tridimensional formada por los factores dolor-disconfort, limitación funcional e impacto psicosocial), demostrando que el factor dolor es el más prevalentemente afectado en nuestra población⁽²⁶⁾ (Figura 3).

CONCLUSIONES

- El dolor dental es la principal causa de impacto en el bienestar oral:
 - Es muy prevalente en población general.

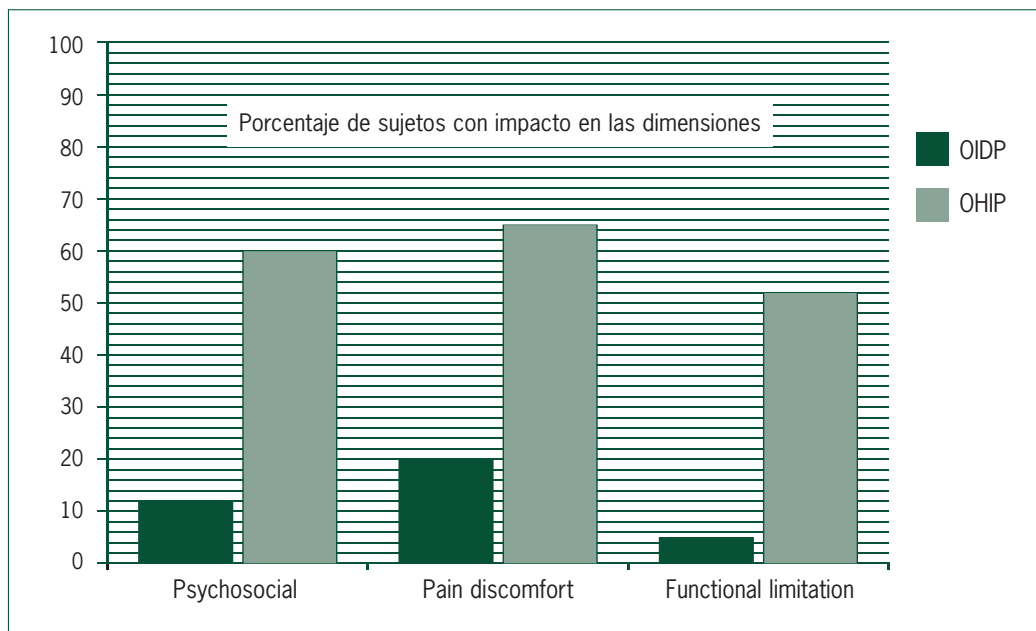


Figura 3. Impacto en las tres dimensiones del constructo de calidad de vida oral según los indicadores OIDP y OHIP.

- Es el principal motivo de consulta odontológica.
- Forma parte del constructo de calidad de vida oral, tanto el concebido por expertos como confirmado estadísticamente mediante análisis factorial.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sternbach RA. Pain and "hassles" in the United States: Findings of the Nuprin Pain Report. *Pain*. 1986; 27:69-80.
2. Crook J, Rideout E, Browne G. The prevalence of pain complaints in a general population. *Pain*. 1984; 18: 299-314.
3. Brattberg G, Thorslund M, Wikman A. The prevalence of pain in a general population. *Pain*. 1989; 37: 215-222.
4. Von Korff M, Dworking SF, Le Resche L, Kruger A. An epidemiologic comparison of pain complaints. *Pain*. 1988; 32: 173-183.
5. Lipton JA, Ship JA, Larach-Robinson D. Estimated prevalence and distribution of reported orofacial pain in the United States. *J Am Dent Assoc* 1993; 124: 115-121.
6. Slade GD. Epidemiology of dental pain and dental caries among children and adolescents. *Community Dent Health*. 2001; 18: 219-27.
7. Mashoto KO, Astrøm AN, David J, Masalu JR. Dental pain, oral impacts and perceived need for dental treatment in

Tanzanian school students: a cross-sectional study. *Health and Quality of Life Outcomes* 2009; 7:73.

8. Okunseri C, Hodges JS, Born D: Self-reported toothache experience in an adult population in Benin City, Edo State, Nigeria. *Oral Health Prev Dent* 2005; 3:119-25.

9. Ship JA. The influence of aging on oral health and consequences for taste and smell. *Physiol Behav.* 1999; 66: 209-15.

10. Kuhnen M, Peres MA, Masiero AV, Peres KG. Toothache and associated factors in Brazilian adults: a cross-sectional population-based study. *BMC Oral Health.* 2009; 25;9:7.

11. Linsen S, Schmidt-Beer U, Fimmers R, Grüner M, Koeck B. Craniomandibular pain, bite force, and oral health-related quality of life in patients with jaw resection. *J Pain Symptom Manage.* 2009 Jan;37(1):94-106.

12. Wolfart S, Heydecke G, Luthardt RG, Marré B, Freesmeyer WB, Stark H, et al. Effects of prosthetic treatment for shortened dental arches on oral health-related quality of life, self-reports of pain and jaw disability: results from the pilot-phase of a randomized multicentre trial. *J Oral Rehabil.* 2005 Nov;32(11):815-22.

13. Slade GD, Foy SP, Shugars DA, Phillips C, White RP Jr. The impact of third molar symptoms, pain, and swelling on oral health-related quality of life. *J Oral Maxillofac Surg.* 2004 Sep;62(9):1118-24. PubMed PMID: 15346364.

14. Bravo M, Casals E, Cortes FJ, Llodra JC. Encuesta de Salud Oral en España 2005. *RCOE* 2006; 11(4): 409-456

15. Nuttali NM, Steele JG, Pine CM, White D, Pitts NB. The impact of oral health on people in the UK 1998. *Br Dent J* 2001;190: 121-126.

16. Adulyanon S, Vourspukjaru J, Sheiham A. Orai impacts affecting daily performance in a low dental disease Thai population. *Community Dent Oral Epidemiol* 1996; 24:385-389.

17. Montero J. Calidad de vida oral en población general. Tesis Doctoral. Universidad de Granada. 2006.

18. Kuhnen M, Peres MA, Masiero AV, Peres KG. Toothache and associated factors in Brazilian adults: a cross-sectional population-based study. *BMC Oral Health.* 2009 Feb 25;9:7

19. Bastos JL, Gigante DP, Peres KG. Toothache prevalence and associated factors: a population based study in southern Brazil. *Oral Dis.* 2008;14(4):320-6.

20. Inglehart MR, Silvertown SF, Sinkford JC (2002).. Oral health-related quality of life: does gender matter? In: Oral health-related quality of life. Inglehart MR, Bagramian RA, editors. Chicago: Quintessence Publishing, pp. 111-121.

21. Scully C. The pattern of patient attendance for emergency care in a British dental teaching hospital. *Community Dent Health* 1995;12:151-154.

22. Widstrom E, Pietiä I, Piironen P, Nilsson B, Savola I. Analysis of patients utilizing emergency dental care in two Finnish cities. *Acta Odontol Scand* 1988;46:105-112.

23. Montero J, Yarte JM, Bravo M, López-Valverde A. Oral health-related quality of life of a consecutive sample of Spanish dental patients. *Med Oral Pat Oral Cir Bucal.* (In press).

24. Slade GD. Measuring oral health and quality of life. Chapel Hill: University of North Carolina; 1997.

25. Skaret E, Astrom AN, Haugejorden O. Oral Health-Related Quality of life. Review of

existing instruments and suggestions for use in oral health outcome research in Europe. In: Proceedings of European Global Oral Health Indicators Development Project. Edited by Bourgeois DM, Llodra JC. Paris: Quintessence International; 2004: 99-110.

26. Montero J, Bravo M, Vicente MP, Galindo MP, López JF, Albaladejo A. Dimensional structure of the oral health-related quality of life in healthy Spanish workers. Health and Qual Life Outcomes 2010. (in press).

CONCLUSIONES

1. La valoración de la CVRS en los pacientes con dolor crónico es un elemento necesario para mejorar el conocimiento del efecto de la enfermedad desde la perspectiva del propio enfermo.

2. En la historia del desarrollo del ser humano el hombre se ha enfrentado a una lucha por conseguir mejorar su calidad de subsistencia. Esto ha supuesto un esfuerzo continuado no exento de dolor, de enfermedad, de males.

3. La CVRS es un concepto multidimensional, que se debe CONTEMPLAR como una serie de medidas para su valoración.

4. La orientación diagnóstico-terapéutica del dolor corresponde a profesionales adecuadamente preparados guiados por dos conceptos básicos: la evidencia científica y la anamnesis. Ambos conceptos son instrumentos rigurosos de evaluación de la calidad de vida .

5. La no interferencia del dolor en la calidad de vida del paciente oncológico será cada vez una exigencia mayor por parte de la sociedad.

6. Es necesario establecer protocolos de actuación ante el dolor en el que se valore inicialmente la intensidad del mismo y el tratamiento a emplear según la situación especial de cada paciente, con la

intención última de mejorar la calidad de vida de los pacientes con cáncer.

7. La incorporación de cuestionarios de calidad de vida en la práctica clínica diaria de los Cuidados Paliativos puede ayudar al clínico a obtener una información estandarizada sobre el impacto que provoca la enfermedad y el tratamiento en la percepción de salud del enfermo. Permite al médico y a otros profesionales identificar y priorizar cuales son los problemas más importantes para el enfermo, detectar problemas ocultos, valorar y monitorizar la respuesta a los tratamientos y los cambios clínicos. Facilita la toma de decisiones, mejora la comunicación y por tanto la relación médico-paciente y posiblemente la calidad de la asistencia. Sería importante disponer de instrumentos breves y adecuados a estos fines, que pudieran ser usados sin alterar la forma de trabajar habitual en la clínica diaria.

8. Las personas que consultan por procesos dolorosos tienen su calidad de vida más deteriorada que las que consultan por otro tipo de procesos. El dolor crónico menoscaba la calidad de vida de una manera significativa.

El aparato más comúnmente afectado por procesos dolorosos es el músculo-esquelético. Podríamos considerar como indicadores predictivos de la calidad de

vida física y mental, los obtenidos en relación con el sexo (femenino sería negativo y masculino positivo), edad (mayores negativo), peso (sobrepeso negativo, normopeso positivo), localización y tipo de dolor (osteoporosis y artrosis negativo).

9. El control del dolor es todavía una cuestión no satisfactoriamente resuelta en un porcentaje relevante de pacientes reumatológicos, lo cual tiene un evidente impacto negativo en su calidad de vida.

Es obvio que las soluciones para esta problemática, dada la heterogeneidad de las patologías que se incluyen, serán de muy variado tipo, pero de forma genérica se puede establecer que se necesita una optimización de la terapia analgésica. En ese sentido parece que la utilización razonable de opioides en la patología reumatológica puede ayudar a mejorar la sintomatología de estos pacientes.

10. El tratamiento del dolor en el anciano debe buscar dos objetivos fundamenta-

les: el adecuado control del dolor que disminuya el sufrimiento en sí mismo y minimice la incapacidad, evitando el deterioro funcional, afectivo y social que supone la presencia de dolor crónico, y por tanto todo ello repercute positivamente en su calidad de vida.

11. La falta de reconocimiento de lo importante que es realizar un tratamiento de dolor crónico eficaz en el niño, la incapacidad del niño de comunicar su dolor y la falta de adiestramiento del personal en la identificación del mismo, han tenido como consecuencia el escaso número de ensayos clínicos respecto a nuevos medicamentos con el consecuente bajo desarrollo de técnicas analgésicas nuevas y herramientas de medición del mismo. Sin embargo, evitar el dolor y calmarlo con medidas de intensidad adecuada al estímulo doloroso, deben formar parte de los objetivos de la calidad asistencial infantil, y la medición del dolor es necesaria para saber si se alcanzan o no los criterios de calidad.

