

La reumatología y el tratamiento del dolor

Antonio Collado^a, Carmen Pichot^b y Ricardo Ruiz-López^b

Servicio de Reumatología. ^aHospital Clínic. Barcelona. ^bClinica del Dolor. Barcelona.

El dolor es el síntoma más frecuente percibido por la población. Diversos estudios epidemiológicos realizados en los países desarrollados¹ ponen de manifiesto que su prevalencia es muy elevada y varía en función del período analizado, desde el 7% en el día de la entrevista, 49% en los últimos 6 meses y 82% durante toda la vida.

En España, las cifras parecen incluso algo superiores, como recogen algunos estudios efectuados en los últimos años que refieren que el 30% de la población presenta dolor el día anterior a la entrevista², el 55% en los dos meses anteriores³ y el 78% en los últimos 6 meses⁴.

Aunque la prevalencia del dolor en la población es muy elevada, ésta alcanza su dimensión más preocupante cuando se analiza su persistencia, y se ha encontrado que hasta el 11% de la población presenta un dolor crónico de más de 6 meses de duración⁵.

Estas cifras y la propia naturaleza del síntoma explican que el dolor sea la razón más frecuente para visitarse en un centro de salud. Mäntyselkä et al⁶, en un estudio llevado a término recientemente en Finlandia sobre 5.646 visitas en 25 centros de atención primaria seleccionados aleatoriamente y representativos del país, concluyen que el dolor se identificó en el 40% de los casos como la razón de la visita, en el 29% como la razón principal y en el 11% como razón secundaria, confirmando así estudios realizados en otros países. En este mismo estudio, también se pone de manifiesto que las enfermedades musculoesqueléticas son la causa principal del dolor, constituyendo el 41% de todas las causas y muy por encima de otras enfermedades como las respiratorias (14%), traumatismos o accidentes (10%) y gastrointestinales (6%).

Así pues, las enfermedades médicas del aparato locomotor constituyen el gran productor de dolor en

la población, tanto de dolor agudo como crónico, siendo la primera causa de los costes sanitarios totales de los países occidentales⁷ a causa de la discapacidad asociada.

En las consultas de reumatología, excluyendo las consultas preventivas, el dolor está presente prácticamente siempre en la razón de consulta⁸, pero ¿cuál es su causa? Si analizamos los diferentes estudios publicados en los últimos 5 años sobre las características de los pacientes que acuden al especialista en reumatología en los diferentes ámbitos de atención (tabla 1)⁹⁻¹⁴, se puede observar que, aunque con algunas diferencias probablemente relacionadas con la clasificación realizada de los pacientes, los grupos principales son el dolor de partes blandas, el dolor raquídeo, la artrosis, la artritis y la osteoporosis.

A excepción del grupo de pacientes con patología articular inflamatoria o metabólica, en los que se ha efectuado un abordaje farmacológico dirigido a la causa específica del dolor, en la mayoría de pacientes con dolor raquídeo, de partes blandas y articular degenerativo los esfuerzos se basan en el control o disminución del dolor y la preservación de la capacidad funcional. Así, el conocimiento del tratamiento del dolor del aparato locomotor y sus mecanismos se convierte en una necesidad básica para el especialista en reumatología. La consecuencia de no hacerlo podría comportar que muchos de los pacientes pueden, con el tiempo, desarrollar un síndrome de dolor crónico incapacitante.

Haciendo mención a algunas opiniones vertidas en nuestra especialidad¹⁵, deberíamos preguntarnos si el reumatólogo está capacitado para hacerlo o si el perfil del profesional que formamos es el más adecuado para el tratamiento del dolor de nuestros pacientes.

En la actualidad, la formación del especialista en reumatología está basada en adquirir los suficientes conocimientos para establecer un diagnóstico preciso de la condición dolorosa. Así, esta formación comporta la adquisición de información suficiente que se pueda transmitir al paciente en forma de un proceso educacional que le ayude a actuar favorablemente sobre su enfermedad además de la utilización de algunos fármacos adminis-

Correspondencia: Dr. Antonio Collado Cruz.
Servicio de Reumatología. Hospital Clínic de Barcelona.
C/Villarroel, 170. 08036 Barcelona.

Manuscrito recibido el 13-02-2002 y aceptado el 13-03-2002.

TABLA 1. Frecuencia de diagnósticos que acuden a consultar al especialista de reumatología, en primera visita

	Reumatismo de partes blandas	Dolor raquídeo	Artrosis	Artritis	Osteoporosis
Centro atención primaria					
Martínez et al, Terrassa, 1998 ⁹	35%	32%	15%	7%	9%
Campos et al, Sevilla, 2000 ¹⁰64%.....		26%	4%	6%
Romera et al, Hospitalet, 2000 ¹¹	24%	7%	24%	11%	13%
Centro de referencia reumatología					
Gómez et al, Vigo, 2001 ¹²	26%	21%	63%	11%	11%
Consulta externa hospital					
Cruz et al, Badalona, 1995 ¹³45%.....		12%	23%	5%
Collado et al, Madrid, 1996 ¹⁴	14%	12%	39%	22%	4%
Martínez et al, Terrassa, 1998 ⁹	20%	24%	14%	26%	13%

trados por vía oral o locorregional con propiedades analgésicas. No existe, sin embargo, un conocimiento exhaustivo de los mecanismos de desarrollo del dolor, información detallada de todos los fármacos analgésicos y vías de administración, conocimientos de las técnicas de transmisión neural y, por último, el conocimiento de los factores implicados en el desarrollo de un síndrome de dolor crónico incapacitante y sus posibilidades de reversión terapéutica¹⁶⁻¹⁸.

La Asociación Internacional para Estudio del Dolor (IASP) creó en 1991 el *Core Curriculum for Professional Education in Pain*¹⁹, un documento de consenso que enumera y pormenoriza las áreas específicas en las que es preciso adquirir conocimientos teóricos y prácticos para acceder a la especialidad. Este documento dispone de una bibliografía extensa y provee una orientación clínicamente dirigida al campo del tratamiento del dolor. Algunas áreas propuestas exceden la formación de la especialidad de reumatología, e incluyen además conocimientos de: anatomía, fisiología, farmacología de la transmisión del dolor, taxonomía de los síndromes dolorosos, aspectos psicosociales del dolor, farmacología de los analgésicos y coadyuvantes, así como sus vías de administración (oral, local, espinal y sistemas de infusión), técnicas de anestesia regional, procedimientos quirúrgicos neurolíticos, sistemas de neuroestimulación y tratamiento multidisciplinar del dolor, entre otros. Toda esta información constituye un cuerpo específico que se escapa de las limitadas áreas de interés que son propias de la especialidad de origen, será ésta la anestesia, neurocirugía, neurología, psiquiatría o reumatología. La formación en dolor por parte del reumatólogo no se debe considerar, por tanto, de posgrado sino la adquisición de un cuerpo integrado de conocimientos y habilidades específicas que incluyen habilidades médicas y quirúrgicas. Una formación práctica de tal magnitud y extensión debe ser adquirida mediante una estancia reglada en centros

de dolor acreditados, durante un período suficiente que nunca deberá ser inferior a 2 años.

Nuestra especialidad, la reumatología, puede aportar una experiencia amplia en las patologías responsables de la principal causa de dolor crónico no maligno en la población; la sobreespecialización en este nuevo campo, como ya han iniciado otras, ampliará los centros de dolor y ensanchará el camino necesario para disminuir la morbilidad de la población y mejorar la calidad de vida de nuestros pacientes.

Bibliografía

- Bassols A, Bosch F, Baños E. Epidemiología del dolor en la población general. *Dolor* 2000;15:149-58.
- Català E, Reig E. Prevalence of pain in the Spain population: a survey of 4,750 households. *The International Monitor* 1998;10:142.
- Gabinete de Estudios Sociológicos Bernard Krief. Libro blanco sobre el dolor. El dolor en la práctica diaria del médico de atención primaria. Madrid, 1998.
- Bassols A, Bosch F, Campillo M, et al. An epidemiological comparison of pain complaints in the general population of Catalonia (Spain). *Pain* 1999;83:9-16.
- Ruiz-López R. The epidemiology of chronic pain. *Pain Digest* 1995;5:67-8.
- Mäntyselkä P, Kumpusalo E, Ahonen R, Kyumpusalo A, Kauhanen J, Vinamäki H, et al. Pain as a reason to visit the doctor: a study in Finnish primary health care. *Pain* 2001; 89:175-80.
- Yelin E, Callahan LF. The economic cost and social and psychological impact of musculoskeletal conditions. *Arthritis Rheum* 1995;10:1351-62.
- Batlle Gualda E, Jovani V, Ivora J, Pascual E. Enfermedades del aparato locomotor en España, magnitud y recursos especializados. *Rev Esp Reumatol* 1998;25:901-5.
- Martínez S, Cumulada J, Moya F, Soler R, Arasa X, Hernández MV, et al. Programa de atención al enfermo reumático en el área de Terrassa, Rubí y Sant Cugat (Barcelona). Evaluación y seguimiento después de 5 años de experiencia. *Rev Esp Reumatol* 1998;25:83-90.
- Campos S, Povedano J, Uceda J, García A, Fernández A, González I. Reumatología en los Centros de Salud: cuatro años de experiencia. *Rev Esp Reumatol* 2000;27:310-4.

11. Romera M, Mateo L, Rozadilla A, Cintero I, Roqueta H, Nin E. Análisis del funcionamiento de una unidad de reumatología en atención primaria. *Rev Esp Reumatol* 2000;27:373-81.
12. Gómez N, Ibáñez J, Pamelas Y, García T. Análisis comparativo de las consultas externas de reumatología y cirugía ortopédica y traumatología en un área sanitaria gallega. *Rev Esp Reumatol* 2001;28:52-6.
13. Cruz L, Gutiérrez C, López I, Descarrega R, Juncosa S, Olivé A, Tena X. Análisis de la derivación de pacientes a un servicio hospitalario de reumatología. *Rev Esp Reumatol* 1995; 22:3311-6.
14. Collado P, Bañares A, Hernández C, Fernández, Ramos P, Morado I, et al. Asistencia reumatológica en una consulta externa de un hospital terciario: experiencia de 3 años. *Rev Esp Reumatol* 1996;23:9-16.
15. Roig Escofet D. La consulta reumatológica extrahospitalaria. *Rev Esp Reumatol* 2001;28:1-3.
16. Ruiz-López R. Síndrome de dolor crónico asociado a incapacidad. *Medicina del Dolor*. En: Torres LM, editor. Barcelona: Masson 1997; cap 22: p. 309-14.
17. Pichot Pla C. Predictors of compensated disability after a multidisciplinary pain treatment programme. II EFIC Congress; 1997 Book of abstracts 35.
18. Collado A, Torres X, Arias A, Vilarrasa R, Cerda D, Valdés M, et al. Evaluación y tratamiento multidisciplinar en el síndrome de dolor crónico incapacitante. *Med Clin (Barc)* 2001;117:401-5.
19. Fields HL, editor. International Association for Study of Pain. Core curriculum for professional education in pain. 2nd ed. Seattle: IASP Press, 1995.