
El dolor como problema asistencial

J.E. Baños y F. Bosch

Departamento de Farmacología y Psiquiatría. Universidad Autónoma de Barcelona.

Introducción

En 1990 Ronald Melzack, uno de los autores de la famosa teoría de la puerta de entrada, publicó un artículo en una influyente revista científica con el impactante título de *The tragedy of needless pain*¹. Al año siguiente, Patrick D. Wall, coautor de la teoría citada, escribió un libro de divulgación con un título no menos sorprendente, *Defeating pain. The war against a silent epidemic*². Tales hechos sugieren que el dolor ha dejado de ser un problema estrictamente médico para transformarse en un tema importante para toda la sociedad, con lo que no es únicamente un drama íntimo sino que se ha convertido en una cuestión de repercusión pública. Parece como si la sociedad moderna, con sus avances científicos y sus progresos tecnológicos, haya sido incapaz de aliviar el síntoma más antiguo y frecuente que aflige al género humano. ¿Cómo se ha llegado a esta situación?

Para comprender este problema debemos remontarnos al siglo XIX. En éste, la medicina occidental avanzó más deprisa que nunca. Los cambios en las actitudes médicas cristalizaron en las mentalidades anatomoclínica, fisiopatológica y etiopatogénica que facilitaron el entramado intelectual que permitió los avances de las ciencias médicas³. La tabla I recoge los avances más notables en el campo del tratamiento del dolor en el siglo XIX. En el siguiente siglo, la aparición de una terapéutica farmacológica eficaz que permitía actuar sobre la causa de la enfermedad o, al menos, sobre sus mecanismos fisiopatológicos conocidos supuso una contribución decisiva a la actividad médica. Hasta entonces, la teoría terapéutica más avanzada era el nihilismo terapéutico. Aunque difícil de entender para nuestra época, tal actitud defendía que el mejor tratamiento era no hacer nada, con lo que se evitaba la peligrosa práctica de sangrías o la administración indiscriminada de purgantes que aceleraban, cuan-

do no causaban, la muerte del enfermo⁴. Las consecuencias del nihilismo terapéutico fueron tan duraderas que, aun avanzado el siglo XX, el tratamiento siguió constituyendo la parte más pobre de la actuación médica. Por el contrario, en la actualidad se vive el *furor therapeuticus*, caracterizado por un empleo abusivo de fármacos y el tratamiento irreflexivo de muchos pacientes⁵.

La rápida transición de la medicina especulativa a la científica tuvo, entre otras consecuencias indeseables, el olvido de la terapéutica sintomática, cultivada en tiempos pasados por la inexistencia de tratamientos etiológicos realmente eficaces (tabla II). La principal función de los médicos fue el diagnóstico correcto y, secundariamente, el intento de curar la enfermedad o, al menos, de alterar su fisiopatología. El tratamiento paliativo comenzó a constituir una actividad médica de segunda clase y se dejó, a menudo, en manos de otros profesionales sanitarios, frecuentemente incapaces de asumirlo en su integridad. Era inevitable que tal situación repercutiera más pronto o más tarde en el tratamiento cotidiano de los pacientes.

TABLA I
PRINCIPALES ACONTECIMIENTOS QUE
INFLUYERON EN EL TRATAMIENTO
DEL DOLOR DURANTE EL SIGLO XIX

Aislamiento de la morfina (Sertürner, 1806)
Descubrimiento del éter como anestésico general (Morton, 1846)
Empleo de la cocaína como anestésico local en oftalmología (Koller, 1884), odontología (Hall, 1884) y cirugía (Halsted, 1885)
Utilización clínica de la fenacetina (1887)
Empleo del paracetamol como analgésico (Von Mering, 1893)
Utilización clínica del ácido acetilsalicílico (Dreser, 1899)

TABLA II
ALGUNAS CONSECUENCIAS DEL
TRÁNSITO DE LA MEDICINA
ESPECULATIVA A LA MEDICINA
CIENTÍFICA QUE REPERCUTEN EN EL
ACTUAL INADECUADO TRATAMIENTO
DEL DOLOR

Excesiva atención a los aspectos científicos frente a los asistenciales
Establecimiento del diagnóstico y la curación como objetivos primordiales
Confianza excesiva en las posibilidades de la medicina
Consideración del tratamiento sintomático como una actividad secundaria
Formación de médicos con una educación sesgada para la vida

Tras la Segunda Guerra Mundial, John Bonica, un médico norteamericano de origen italiano, constató la frecuente presencia de dolor en mutilados de guerra y la mínima atención que sus quejas suscitaban en los profesionales sanitarios, así como las dificultades de éstos para tratarlas adecuadamente. Bonica inició el tratamiento de tales enfermos en las denominadas clínicas del dolor, nuevo concepto de institución sanitaria en la que se aunaba la actividad de diversos especialistas de forma integrada y multidisciplinaria. A ella acudieron enfermos con todo tipo de dolor, especialmente neoplásico, neuropático y reumático. La publicación del li-

bro *The management of pain*⁶ supuso un revulsivo importante en un mundo complaciente que vivía en la satisfacción derivada de la explosión farmacológica y aún ajeno al drama de la talidomida. Desde entonces, Bonica ha sido un batallador incansable de la necesidad de evitar el sufrimiento a los pacientes.

El número de clínicas de dolor, siguiendo más o menos fielmente la filosofía de Bonica, creció con inusitada rapidez a partir de los años sesenta, y culminó en 1973 con la creación de la *International Association for the Study of Pain* (IASP) que impulsó de forma espectacular la investigación básica y clínica en dolor. Por ejemplo, en la década de los ochenta el número de publicaciones sobre este tema creció en un 75%⁷. En nuestro país, el aumento relativo ha sido aún más importante (fig. 1), hecho lógico si se considera el bajo número de publicaciones de partida⁸.

El trabajo de Bonica reveló que un gran número de pacientes con enfermedades crónicas sufría dolor de tal intensidad que limitaba su actividad diaria y menoscababa seriamente su calidad de vida. En muchos de ellos, tal situación podía evitarse si se adoptaban las medidas adecuadas: utilización correcta de opioides, aplicación de las técnicas analgésicas, evaluación sistemática del dolor y, sobre todo, consideración del dolor como un problema clínico importante. Coincidiendo con el nacimiento de la IASP, Marks y Sachar⁹ publicaron los resultados de una investigación que revelaba un problema de igual gravedad. Numerosos pacientes hos-

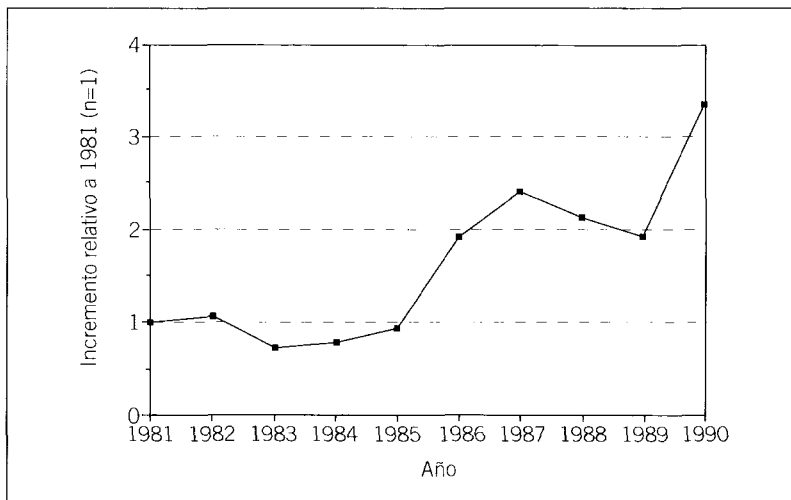


Fig. 1. Evolución del número de publicaciones sobre el dolor realizadas en España en el período 1981-1990 y presentes en MEDLINE o Excerpta Medica (tomada de Guardiola y Baños⁸). En abscisas, años de publicación; en ordenadas, porcentaje de incremento considerando 1981=1, año en el que el número de publicaciones fue de 14.

TABLA III
PRINCIPALES ESTUDIOS EPIDEMIOLÓGICOS REALIZADOS EN LA POBLACIÓN GENERAL

<i>Autor (año)</i>	<i>País</i>	<i>Principales resultados</i>
Bonica (1977) ³⁹	EE.UU.	Prevalencia del 35 % de dolor crónico
Sternbach (1986) ¹¹	EE.UU.	Prevalencia del 50 % de cefalea, lumbalgia, artralgia o dolor muscular
Andersen y Worm-Pedersen (1987) ⁴⁰	Dinamarca	Prevalencia del 30 % de dolor crónico, de localización preferente en extremidades, región lumbar, cabeza y cuello
Von Korff et al (1988) ⁴¹	EE.UU.	Elevada prevalencia de lumbalgia (41 %), cefalea (26 %) y dolor abdominal (17 %)
Brattberg et al (1989) ⁴²	Suecia	Prevalencia del 66 % de dolor, con localización preferente en cuello, hombros, extremidades y región lumbar
Bosch et al (1990) ¹³	España	Prevalencia del 23 % de raquialgias y 14 % de artralgias en pacientes con dolor, de localización preferente en extremidades (31 %), espalda (25 %) y cabeza (15 %)
James et al (1991) ⁴³	Nueva Zelanda	Prevalencia del 82 %, con localización preferente en articulaciones, espalda, cabeza y región abdominal

pitalizados por enfermedades médicas o quirúrgicas sufrían dolor intenso, tenían prescripciones de analgésicos a dosis inferiores a las aceptadas como terapéuticas y, además, recibían dosis mucho más bajas que las prescritas. Es decir, el dolor agudo constituía, así mismo, un importante problema asistencial, más grave aún que el dolor crónico, básicamente por dos razones: la mayor población que podía potencialmente sufrirlo y la existencia en casi todos los casos de medios adecuados para aliviarlo.

La magnitud del problema

En años recientes diversos estudios epidemiológicos han intentado definir cualitativa y cuantitativamente el problema del dolor en diversas poblaciones. Tales estudios son de gran interés para conocer sus características y preparar las medidas adecuadas para revertir una situación de tratamiento inadecuado¹⁰. Los estudios epidemiológicos pueden clasificarse en los que se realizan en la población general y los que evalúan las características del dolor en pacientes hospitalizados.

El estudio más importante diseñado para evaluar la prevalencia del dolor en la población general fue el *Nuprin Pain Report*¹¹. Recogió gran cantidad de información sobre la presencia de dolor, sus características, la repercusión social y el coste económico; así mismo, reveló que el dolor constituía una experiencia cotidiana en un

gran número de personas, además de su frecuente localización en espalda y extremidades. Diversos estudios realizados con posterioridad en los EE.UU., Dinamarca, Suecia y Nueva Zelanda alcanzaron conclusiones semejantes (tabla III). En nuestro país, se dispone de escasa información al respecto. En 1982 se publicó el *Libro Blanco del Dolor* dedicado a aspectos sociológicos más que médicos¹². Un estudio realizado en personas que solicitaban asistencia médica por dolor en atención primaria mostró que más de la mitad de pacientes aquejaban dolores referidos al aparato locomotor^{13,14}.

Sólo un número reducido de investigadores ha explorado la prevalencia del dolor en pacientes hospitalizados y sus resultados son sorprendentemente similares de un país a otro (tabla IV). Destacan básicamente la elevada incidencia de dolor en pacientes de especialidades médicas y quirúrgicas, tanto en niños como en adultos¹⁵⁻¹⁸. En nuestro país se ha evidenciado, así mismo, la presencia de numerosos pacientes con dolor y sin pauta analgésica alguna, así como la baja eficacia del tratamiento analgésico empleado en muchos de ellos¹⁸.

Numerosos autores han evaluado las características de dolores específicos. Aunque existen publicaciones sobre la mayoría de ellos, las más frecuentes se refieren al postoperatorio y al neoplásico. El dolor postoperatorio constituye una curiosa paradoja. Sus características clínicas lo convierten en óptimo para tratarlo ade-

TABLA IV
PRINCIPALES ESTUDIOS EPIDEMIOLÓGICOS REALIZADOS EN PACIENTES HOSPITALIZADOS

<i>Autor (año)</i>	<i>País</i>	<i>Principales resultados</i>
Donovan et al (1987) ¹⁵	EE.UU.	Dolor insoportable en el 58 % de los pacientes con dolor
Abbott et al (1992) ¹⁶	Canadá	Dolor en el 50 % de los pacientes
Johnston et al (1992) ¹⁷	Canadá	Antecedentes de dolor en el 87 % de los pacientes <i>pediátricos</i>
Cañellas et al (1993) ¹⁸	España	Prevalencia del 55 % en pacientes adultos y del 61 % de pediátricos con patología aguda

TABLA V
ESTUDIOS PUBLICADOS QUE EVALÚAN EL COSTE ECONÓMICO DEL DOLOR

<i>Año</i>	<i>Autores</i>	<i>País</i>	<i>Concepto</i>	<i>Coste anual (m/m)*</i>
1981	Bonica ⁴⁴	EE.UU.	Coste global (crónico)	65-70 dólares
1985	Sternbach ¹¹	EE.UU.	Costes laborales	55 dólares (2,8 % PIB)
1986	Gross ⁴⁵	Australia	Coste global	7 dólares
1980	Vidal ²⁵	España	Coste global	761 ptas. (2,5 % PIB)
1992	Cañellas ²²	España	Coste global	1.500 ptas. (2,5 % PIB)

*Valores expresados en miles de millones; PIB: producto interior bruto.

cuadramente: es agudo, previsible, tiene una duración limitada, no cumple función biológica alguna, aparece en enfermos bajo estricto control y, con frecuencia, afecta a pacientes sin enfermedades importantes de base. Además, los fármacos opioides lo alivian notablemente y, en muchos pacientes, incluso los antiinflamatorios no esteroideos son eficaces. Sin embargo, esta misma facilidad de tratamiento se vuelve en su contra. Su limitada duración despreocupa a los profesionales sanitarios y, con frecuencia, hace menos exigentes a los propios pacientes. La buena respuesta a los analgésicos limita el empleo de éstos a situaciones excepcionales. Finalmente, los opioides se emplean poco por el temor exagerado a sus efectos indeseables o, simplemente, por evitar un mínimo control sobre el paciente. Como fruto de todo ello, el número de enfermos con dolor de moderado a insoportable se mantiene en torno al 30% desde los años cincuenta hasta la actualidad¹⁰. En España la situación no es muy distinta y varios estudios realizados en los últimos 5 años en un mismo centro hospitalario no han revelado diferencias sustanciales¹⁸⁻²¹.

El dolor neoplásico es un caso aparte y constituye un motivo de preocupación por sí solo en una enfermedad tan cruel como ésta. Generalmente es de evolución crónica y un apreciable porcentaje de los pacientes con cáncer presenta dolor en alguna fase de su enfermedad y este

hecho es, con razón, una de las situaciones más temidas por los enfermos. Tales razones justifican la necesidad de una tarea de prevención y tratamiento precoces, ya que su control permite mejorar la calidad de vida y ayuda a prolongar la supervivencia²².

El dolor del paciente neoplásico no tiene una fisiopatología única y es consecuencia de diversos mecanismos que pueden coincidir en un mismo paciente. Más del 80% de los pacientes experimentan dos o más dolores de mecanismo patogénico distinto y en un tercio de ellos el dolor puede atribuirse a tres mecanismos²³. Un tratamiento adecuado del paciente neoplásico sólo puede realizarse tras descubrir el problema que lo genera y, por ello, los tratamientos analgésicos a ciegas son, con frecuencia, ineficaces. Durante muchos años, un número importante de pacientes con cáncer estaba condenado a sufrir dolor hasta la muerte. Aunque este problema no está ni mucho menos solucionado, diversas acciones de la OMS, como la publicación de monografías o la implantación de programas específicos, ha supuesto un notable revulsivo en este campo²⁴.

El sufrimiento causado por el dolor es inmenso y difícilmente cuantificable, ya que supera cualquier parámetro de medida. Junto a esta terrible vivencia personal, existe una importante repercusión económica, resultado de sus costes directos e indirectos. Entre los primeros se

TABLA VI
PREJUICIOS SOBRE EL USO DE LA MORFINA*

La morfina es peligrosa porque causa depresión respiratoria
La morfina por vía oral es ineficaz
La morfina provoca euforia
La morfina produce farmacodependencia
La tolerancia a la morfina se desarrolla rápidamente
Si a un paciente canceroso se le prescribe morfina, significa que está muriéndose
Si el paciente tiene morfina en casa, se la robarán
El paciente utilizará la morfina para suicidarse
El paciente que recibe morfina es una especie de muerto viviente

* Tomada de *Cuidados paliativos*. Recomendaciones de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos³⁴.

encuentra el uso de los recursos sanitarios, como las consultas médicas ambulatorias, los ingresos hospitalarios y el consumo de medicamentos. Entre los segundos, destacan las bajas laborales, las ayudas domiciliarias y las pensiones por invalidez¹². Algunos autores han querido evaluar tales costes mediante un parámetro común que permitiera comparar unos países con otros (tabla V). Así, el *Nuprin Pain Report* sugirió que el coste del dolor suponía el 2,8% del Producto Interior Bruto (PIB) de los EE.UU.¹¹, aunque aproximaciones más conservadoras lo sitúan en el 2,2¹² o 2,5%²⁵. Si se utiliza este último valor, el coste para España se aproximaría al billón y medio de pesetas para 1992²². En cualquier caso, los costes son desmesurados y, por ello, la inversión en prevención y tratamiento del dolor supondría a medio plazo ahorros notables del gasto sanitario.

El dolor innecesario y la negligencia terapéutica

En el principio del presente artículo, se citaba el dolor innecesario. Éste podría definirse como aquel que persiste a consecuencia de un tratamiento inadecuado, insuficiente o inexistente, a pesar de disponer de medidas para su alivio. Es decir, dolores bien caracterizados, con posibilidades terapéuticas de eficacia demostrada pero que, por diversas razones, no son empleadas de forma eficaz²⁶. Melzack ha ejemplarizado tal situación en el dolor postoperatorio, el neoplásico y el pediátrico¹. Dado que por negligencia se entiende *la actitud o comportamiento del que descuida algo o se descuida de algo*²⁷, no es arriesgado denominar así a aquellas situaciones en las que los pacientes no reciben un tratamiento adecuado a pesar de que éste existe. Los dolores innecesarios serían ejemplos de la que podría denominarse

negligencia terapéutica. ¿Qué razones podrían explicarla?

La primera de ellas es el temor desmesurado a los efectos indeseables de los opioides, lo que condiciona notablemente la terapéutica en numerosas situaciones clínicas y, especialmente, en el tratamiento del dolor. Las reacciones adversas de los opioides son bien conocidas después de muchos años de empleo pero, incluso así, la farmacodependencia ha causado un miedo excesivo que limita notablemente el empleo de la morfina²⁸. Lander²⁹ ha denominado *opiofobia* a esta resistencia de los profesionales sanitarios para prescribir y administrar opioides. De hecho, la preocupación por la génesis de una conducta adictiva ha motivado medidas legislativas restrictivas en muchos países. Además, gran número de médicos y enfermeras, temerosos de causar farmacodependencia a sus pacientes, suministran opioides a dosis insuficientes para aliviar el dolor³⁰. Este problema ha trascendido incluso a los medios de comunicación. Un artículo publicado recientemente por el *International Herald Tribune* que comentaba una reunión de la *Agency for Health Care Policy and Research* señalaba que la dosis convencional de los medicamentos analgésicos para tratar el dolor postoperatorio era aproximadamente la mitad de la necesaria para obtener un alivio adecuado³¹. Tales datos confirman los hallazgos más importantes de los estudios realizados en dolor postoperatorio que muestran un uso limitado de fármacos opioides, su empleo a dosis bajas, el uso frecuente de pautas a demanda y la baja administración de los fármacos prescritos¹⁰. Sin embargo, los resultados son distintos al considerar los analgésicos y antiinflamatorios no esteroideos. En éstos, la dosificación y la administración fueron correctas en general^{18,19}. La razón del uso incorrecto de los opioides radica en los déficit de

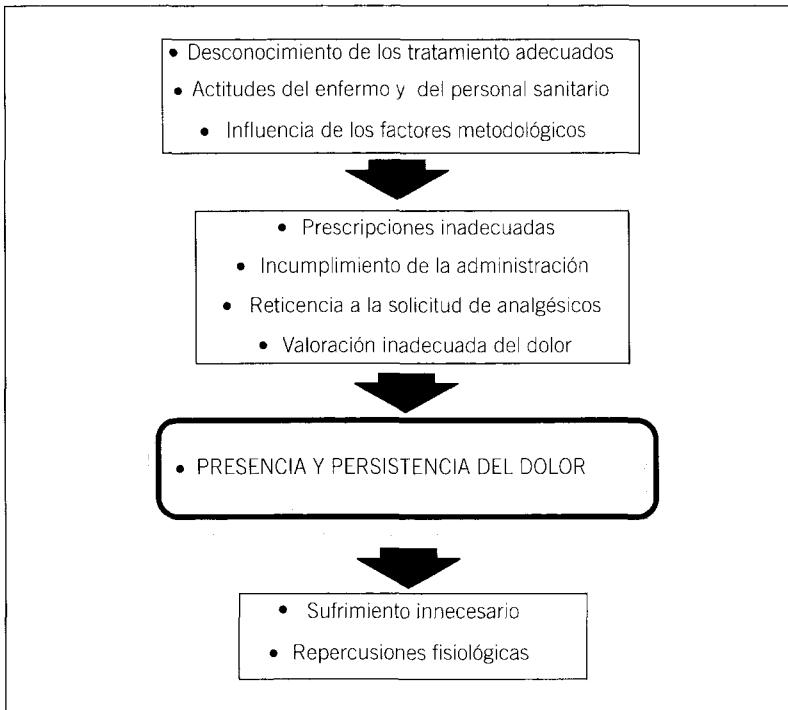


Fig. 2. Relación entre déficit de conocimiento, actitudes erróneas, conductas resultantes y consecuencias en el dolor innecesario.

TABLA VII
SUGERENCIAS PARA LA MEJORA DEL TRATAMIENTO DEL DOLOR³⁶

Introducir en la historia clínica del paciente un apartado para anotar la intensidad del dolor
Desarrollar elementos que ayuden al médico y a la enfermera a tomar decisiones en el momento de modificar las pautas analgésicas
Animar a los pacientes a comunicar la presencia del dolor para poder recibir la atención necesaria
Estimular la investigación de nuevas posibilidades para la mejora del tratamiento del dolor entre los médicos
Cambiar de forma sustancial las disposiciones legales relacionadas con el uso y consumo de opioides

conocimiento de su farmacología y, sobre todo, en las actitudes erróneas frente al dolor y su tratamiento³². Además, el dolor no supone una actividad preferente de los cuidados postoperatorios³³. A todo ello se suma un elevado número de prejuicios presentes en la población sobre el empleo de morfina (tabla VI), lo que genera con frecuencia una resignación de los enfermos a sufrir dolor³⁴. Un estudio reciente comunicó que los pacientes se encontraban satisfechos con el tratamiento analgésico en el dolor postoperatorio a pesar de que muchos de

ellos manifestaron haber sufrido dolor intenso o insoportable³⁵. El resultado final de esta situación es la aparición de dolor innecesario en los pacientes y, con frecuencia, de repercusiones fisiológicas que dificultan la recuperación del enfermo (fig. 2).

¿Qué puede hacerse para cambiar la situación? Es evidente que debe incidirse en dos aspectos primordiales, la mejora de conocimientos y el cambio de actitudes. Las intervenciones educativas dirigidas a estos aspectos han demostrado su eficacia para mejorar el tratamiento

del dolor a corto plazo²⁰. La dificultad de mantenerlas a medio plazo si no se realizan actuaciones periódicas ha invitado a otros autores³⁶ a proponer cambios más profundos (tabla VII). En esta línea diversas organizaciones, como el gobierno australiano, la *American Pain Society* y el *Wisconsin Cancer Pain Initiative* han dado soporte a importantes iniciativas que pueden cambiar el tratamiento del dolor en los próximos años^{37,38}. Sin embargo, aún pasará tiempo para que el dolor deje de ser un motivo de sufrimiento en muchas de las personas que lo padecen hoy como parte de su enfermedad.

BIBLIOGRAFÍA

- Melzack R. The tragedy of needless pain. *Sci Am* 1990; 262: 27-33.
- Wall PD, Jones M. Defeating pain. The war against a silent epidemic. Nueva York: Plenum, 1991.
- Lafín P. El fármaco en el siglo XIX. En: Gracia D, Albarracín A, Arquiola E, Erill S, Montiel L, Paset JL et al, editores. Historia del medicamento. Barcelona: Doyma, 1988; 197-221.
- Lyons AS, Petrucelli RJ. Historia de la medicina. Barcelona: Doyma, 1984.
- Laurence DR, Bennett PN. *Clinical Pharmacology*. (6ª ed.). Londres: Churchill Livingstone, 1992.
- Bonica JJ. The management of pain. Filadelfia: Lea and Febiger, 1953.
- Guardiola E, Baños JE. Presence of abstracts in non-English journals indexed in MEDLINE (1981-1990). *Bull Med Libr Assoc* 1993; 81: 320-322.
- Guardiola E, Baños JE. Difusión internacional de la investigación española en algología. Análisis del período 1981-1990. *Rev Esp Anestesiol Reanim* 1993; 40: 191-195.
- Marks RM, Sachar EJ. Undertreatment of medical inpatients with narcotic analgesics. *Ann Intern Med* 1973; 78: 173-181.
- Comission on The Provision of Surgical Services. Report of the Working Party on Pain after Surgery. Londres: The royal College of Surgeons of England. The College of Anaesthetists, 1990.
- Sternbach RA. Survey of pain in the United States: the Nuprin Pain Report. *Clin J Pain* 1986; 1: 49-53.
- Aspectos sociológicos del dolor en España. Madrid, Centro de estudios MSD para el dolor, 1982.
- Bosch F, Toranzo I, Baños JE. A survey of pain complaints and treatment by general practitioners in the Spanish Public Health Organization. *Clin J Pain* 1990; 6: 206-211.
- Bosch F, Rodríguez de la Serna A, Toranzo I, Baños JE. Características y tratamiento del dolor musculoesquelético en atención primaria. *Rev Esp Reumatol* 1993; 20: 319-326.
- Donovan M, Dillon P, McGuire L. Incidence and characteristics of pain in a sample of medical-surgical inpatients. *Pain* 1987; 30: 69-78.
- Abbott FV, Gray-Donald K, Sewitch MJ, Johnston CC, Edgard L, Jeans ME. The prevalence of pain in hospitalized patients and resolution over six months. *Pain* 1992; 50: 15-28.
- Johnston CC, Abbott FV, Gray-Donald K, Jeans ME. A survey of pain in hospitalized patients aged four to fourteen years. *Clin J Pain* 1992; 8: 154-163.
- Cañellas M, Bosch F, Bassols A, Rué M, Baños JE. Prevalencia del dolor en pacientes hospitalizados. *Med Clin (Barc)* 1993; 101: 51-54.
- Baños JE, Bosch F, Ortega F, Bassols A, Cañellas M. Análisis del tratamiento del dolor en tres hospitales. *Rev Clin Esp* 1989; 184: 177-181.
- Bosch F, Bassols A, López A, Cos R, Cañellas M, Baños JE. Efecto de una intervención educativa en el tratamiento del dolor postoperatorio en ginecología y obstetricia. *Prog Obstet Ginecol* 1992; 35: 459-466.
- Bassols A, Bosch F, López A, Baños JE. Evolución y principales factores determinantes de la intensidad del dolor postoperatorio en obstetricia y ginecología. *Clin Invest Ginecol Obstet* 1993; 20: 209-215.
- Cañellas M. Contribució a l'estudi del tractament del dolor en el medi hospitalari. Bellaterra: Universitat Autònoma de Barcelona, 1993.
- Twycross RG, Lack SA. Symptom control in far advanced cancer: pain relief. Londres: Pitman Books, 1983.
- OMS. Cancer pain relief. Ginebra: OMS, 1986.
- Vidal F. Los costes del dolor. *Dolor* 1987; 2: 7-8.
- Bosch F. Aproximació a l'estudi de la problemàtica actual del tractament del dolor. Bellaterra: Universitat Autònoma de Barcelona, 1992.
- Moliner M. Diccionario del uso del español. Madrid: Aguilar, 1979.
- Baños JE, Bosch F. El problema de la farmacodependencia a los opioides en el tratamiento del dolor. *Dolor* 1988; 3: 33-36.
- Lander J. Phallacies and phobias about addiction and pain. *Br J Addict* 1990; 85: 803-809.
- Farré M, Badenas JM, Lamas X, Ugena B, Camí J. Tratamiento del dolor agudo en un hospital general: opiniones de médicos y enfermeras. *Rev Clin Esp* 1991; 190: 152-156.
- Rensberger B. In the US, an Rx for postsurgery pain. *International Herald Tribune* 1992; 7-8: 4-5.
- Cartwright PD, Helfinger RG, Howell JJ, Siepmann KK. Introducing an acute pain service. *Anaesthesia* 1991; 46: 188-191.
- Castells C, Martínez LL, Bosch F, Baños JE. Actitudes y opiniones del personal de enfermería frente al dolor y su tratamiento a nivel hospitalario [resumen]. *Dolor* 1991; Supl 5: 24.
- Cuidados paliativos. Recomendaciones de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL). Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1993.
- Cañellas M, Bosch F, Bassols A, Zavala S, Moral MV, Baños JE. Prevalence, characteristics and treatment of pain in a Spanish hospital. Abstracts of 7th World Congress on Pain: IASP Pub., 1993; 90.

36. Max MB. Improving outcomes of analgesic treatments: is education enough? *Ann Intern Med* 1990; 113: 885-889.
37. National Health and Medical Research Council. Management of severe pain. Canberra: Australian Government Publishing Service, 1989.
38. Agency for Health Care Policy and Research. Clinical practice guideline. Acute pain management: operative and medical procedures and trauma. Rockville: US Department of Health and Human Services, 1992.
39. Bonica JJ. Basic principles in the management of chronic pain. *Arch Surg* 1977; 112: 783-788.
40. Andersen S, Worm-Pedersen J. The prevalence of persistent pain in a Danish population. *Pain* 1987; Supl 4: 332.
41. Von Korff M, Dworkin SF, Le Resche L, Kruger A. An epidemiologic comparison of pain complaints. *Pain* 1988; 32: 173-183.
42. Brattberg G, Thorslund M, Wikman A. The prevalence of pain in a general population. The results of a postal survey in a country of Sweden. *Pain* 1989; 37: 215-222.
43. James FR, Large RG, Bushnell JA, Wells JE. Epidemiology of pain in New Zealand. *Pain* 1991; 44: 279-283.
44. Bonica JJ. Pain research and therapy: achievements of the past and challenges of the future. En: Bonica JJ, editor. *Advances in Pain Research and Therapy*. Nueva York: Raven Press, 1983; 1-36.
45. Gross P. The economic cost of chronic pain in Australia. Melbourne: Eighth Annual Scientific meeting of Australian Pain Society, 1986.

DISCUSIÓN

M.M. PUIG: Me gustaría saber si hay algún estudio comparativo entre el tratamiento insuficiente del dolor y el tratamiento de otras patologías, por ejemplo, la hipertensión. Los datos que usted ha presentado indican que el dolor se trata mal en alrededor del 25% de los casos; sin embargo, en mi experiencia este porcentaje es muy similar a los que ocurre en el tratamiento de cualquier otro tipo de patología crónica. También quisiera comentar que no puedo estar de acuerdo con su afirmación de que no ha habido una evolución en el tratamiento del dolor; de hecho, existen datos publicados que permiten afirmar que algo hemos avanzado.

J.E. BAÑOS: Respecto a la primera cuestión, posiblemente a nivel cuantitativo la magnitud del problema es similar a lo que ocurre en otras enfermedades. La diferencia es que la hipertensión no comporta un sufrimiento a corto plazo y, por tanto, creo que es menos impactante el realizar un tratamiento inmediato. Otra cosa muy distinta son, por supuesto, las consecuencias, tanto vitales como económicas, al cabo del tiempo. Y respecto a la otra cuestión relativa a si estamos avanzando en el tratamiento del dolor quiero señalar que la diapositiva en la cual se recogían toda una serie de trabajos publicados pertenece a un informe del colegio británico de cirujanos y anestesistas, realizado hace tan sólo 2 años para evaluar la situación en sus hospitales y las conclusiones eran realmente mucho más duras de lo que yo he expuesto. Quizá desde el punto de vista de estudios puntuales sí que existen en algunos centros técnicas concretas que

logran un alivio considerable del dolor. De hecho, es cierto que la introducción de técnicas relativamente sofisticadas, como puede ser la analgesia controlada por el paciente, o algunas técnicas de perfusión continua por vía intratecal, pueden aliviar el dolor en algunos pacientes. Creo que la mayoría de pacientes intervenidos quirúrgicamente, y que no tienen la suerte de disponer de la bomba de auto-perfusión, sufren dolor. Un estudio reciente publicado en el *British Medical Journal* 1992; 305: 1.187-1.193; revela que las estrategias tradicionales del tratamiento del dolor postoperatorio, administradas adecuadamente, podrían eliminar el dolor de forma considerable en la gran mayoría de pacientes. Ello haría innecesario, en muchos casos, el empleo de técnicas mucho más sofisticadas.

M.M. PUIG: También me han sorprendido las afirmaciones atribuidas a la Sociedad de Cuidados Paliativos respecto al tratamiento con mórnicos. Personalmente no creo que se deba a falta de conocimientos.

J.E. BAÑOS: Como decía Perich, hay dos tipos de dolor: el mío, insoportable; el de los demás, exagerado. Quiero decir con ello que la valoración subjetiva de un síntoma como el dolor puede hacer que los médicos no estén dispuestos a emplear fármacos que pueden causar problemas administrativos y legales considerables. Debe recordarse que cuando la Harrison Act prohibió el uso de heroína, se observó una reducción drástica del consumo de morfina, porque el médico que la prescribía a dosis altas era considerado casi un delinciente. Además, en nuestro país la forma-

ción de los médicos en el tratamiento del dolor está bastante descuidada.

F. VIDAL: A grandes rasgos estoy totalmente de acuerdo en lo que aquí se ha expresado, pero quisiera señalar dos aspectos que a mi entender son importantes a la hora de analizar los resultados poco satisfactorios en el tratamiento del dolor. El primero de ellos se centra en el dolor postoperatorio y en la necesidad de administrar el tratamiento de forma inmediata. El segundo se refiere a la enorme variabilidad interindividual; los anestesiólogos, los que estamos en una unidad de postoperatorio, sabemos que algunos pacientes pueden reque-

rir hasta 150 mg de meperidina intravenosa, que sobre el papel es una dosis extraordinariamente elevada mientras otro paciente requiere 25 mg. Estos dos factores hacen que exista un porcentaje de pacientes que no responde a la terapéutica pautada.

Por otra parte la tecnología (bombas de perfusión, PCA) ha representado un avance, pero hasta el momento sólo se han beneficiado unos pocos pacientes. Hay algunos pacientes que están bien tratados, bastantes pacientes que están aceptablemente tratados y muchos, demasiados pacientes, que todavía tienen dolor postoperatorio.