

Revisión Sistemática: Epidemiología de Dolor Crónico No Oncológico en Chile.

Systematic Review: Epidemiology of Non-oncologic Chronic Pain in Chile

Miranda, Juan Pablo ⁽¹⁾; Quezada, Pablo ⁽²⁾; Caballero, Pablo ⁽²⁾; Jiménez, Leonella ⁽³⁾; Morales, Andrea ⁽⁴⁾; Bilbeny, Norberto ⁽⁵⁾; Vega, Juan Carlos ⁽⁶⁾

Resumen

El dolor es una de las causas más comunes de consulta clínica dentro de la población. En las consultas médicas de los pacientes, el dolor está presente en aproximadamente el 70%. A pesar de que el dolor crónico es común, existe escasa literatura publicada que refleja la epidemiología del dolor crónico dentro de la población. Entre los países, la prevalencia oscila entre el 5% - 45%. Debido a que el dolor crónico se puede analizar, a través, de diferentes perspectivas de los médicos, es difícil comparar los estudios que se han publicado a nivel nacional como internacional. En Chile, hay estimaciones que un 41,1% de la población mayor de 17 años presentan dolor. Cuando se hace una comparación con otros estudios, aunque la prevalencia numérica puede variar significativamente, existen similitudes, el dolor crónico no oncológico es más frecuente en las mujeres, en las personas mayores y está presente cuando hay otras enfermedades que tenga el paciente. En la siguiente revisión sistemática exponemos información sobre los distintos aspectos epidemiológicos de dolor crónico que se encuentran en Chile y algunos otros países en el mundo. A pesar de que no hay información disponible, existe una importante necesidad de publicar estudios que reflejen la prevalencia de los pacientes con dolor crónico, para lograr un tratamiento de este síntoma de manera más eficiente y mejorar la calidad de vida de estos pacientes.

Palabras clave: Dolor, Epidemiología, Dolor Crónico.

Abstract

Pain is the most common cause of clinical consultation within the population. In the history of patients that go to the doctor, pain is present in approximately 70% of the time. Even though chronic pain is very common, there is not much literature published that reflects the epidemiology of chronic pain within the population. Between countries, the prevalence reported varies from 5% - 45%. Because chronic pain can be analyzed through different perspectives by physicians, it is difficult to compare studies that have been published nationally and internationally. In Chile, 41,1% of the population older than 17 years could present pain. When a comparison is made with other studies, though the prevalence numbers may vary significantly, there is a similarity. Non-oncologic chronic pain is more frequent in women, in the elderly and it is present when there are other illnesses that the patient has. In the following systematic review we expose information regarding the different epidemiologic aspects of chronic pain found especially in Chile and some other countries in the world. Even though there is information available, there is an important need to further continue to publish studies that reflect the prevalence of patients with chronic pain, to further treat this symptom more efficiently and to improve the quality of life of these patients.

Key Words: Pain, Epidemiology, Chronic Pain.

(1) Médico-cirujano. MSc en Bioestadística. Unidad de Dolor y Cuidados Paliativos. Departamento Medicina. Hospital Clínico Universidad de Chile.

(2) Interno Medicina. Facultad de Medicina Universidad de Chile.

(3) Profesor Asistente. MSc Neurociencia. Programa de Morfología. Facultad de Medicina Universidad de Chile.

(4) Médico-cirujano. MSc en Bioestadística. MBA. MSc en Políticas Públicas. Docente Escuela de Medicina. Facultad de Medicina. Universidad Diego Portales.

(5) Anestesiólogo. Unidad de Dolor y Cuidados Paliativos Hospital Militar de Santiago.

(6) Interno Medicina. Facultad de Medicina Pontificia Universidad Católica de Chile.

Introducción

En nuestro país son muy escasos los estudios que registran la prevalencia, las características o la intensidad del dolor, siendo de interés realizar una revisión sobre la prevalencia del dolor en nuestro país con el fin de generar acciones médicas y de salud pública para optimizar el conocimiento y el manejo del dolor, con el propósito de mejorar la calidad de vida y la atención de los pacientes chilenos con dolor.

Por lo que el objetivo del presente estudio fue realizar una revisión sistemática de los estudios nacionales publicados sobre la prevalencia del dolor crónico no oncológico, con el fin de evaluar la prevalencia del dolor crónico no oncológico en estudios realizados en población chilena.

Metodología

Se realizó una revisión sistemática de los estudios chilenos disponibles sobre prevalencia de dolor crónico no oncológico, considerándose como criterios de inclusión: todos los estudios epidemiológicos sobre prevalencia de dolor crónico no oncológico en Chile, disponibles y publicados en revistas biomédicas chilenas y latinoamericanas en idioma español

o inglés. Los criterios de exclusión: estudios publicados con fecha anterior al 1 de enero de 1992 y estudios que incluyan pacientes con dolor oncológico.

Se realizó una búsqueda bibliográfica de información publicada en bases de datos electrónicas nacionales e internacionales que publican información científica nacional, considerándose las bases nacionales: Scielo Chile, Catálogo Bello; y bases internacionales de datos: Pubmed, Medline, Lilacs, Scielo, Ebsco y PEDro.

Los criterios para la búsqueda electrónica fueron: a) Periodo: desde el 1 de enero de 1992 a 30 mayo de 2013. b) Tipos de estudios: estudios transversales, clínicos, revisiones sistemáticas y metanálisis; y c) Términos utilizados: según catálogo MeSH en inglés: "Pain"[Majr] AND "Epidemiology"[Mesh] OR "Prevalence"[Mesh] AND "CHILE"[Majr]. En español: "Dolor"[Majr] AND "Epidemiología"[Mesh] OR "Prevalencia"[Mesh] AND "CHILE"[Majr].

Debido a la escasez de publicaciones nacionales sobre la temática en estudio, se consideran para la evaluación final todos los estudios encontrados que hayan sido publicados en formato impreso o electrónico en revistas biomédicas indexadas en alguna de las bases de datos anteriormente comentadas. El procesamiento de la información consideró la revisión de las publicaciones encontradas, procediéndose a su categorización según tipos de estudios y números de pacientes del estudio, confeccionándose tablas epidemiológicas para ello.

El Dolor Crónico No Oncológico en el Mundo

El dolor es el motivo de consulta más frecuente en la práctica médica clínica con valores que fluctúan entre 11 y 40% de las prestaciones en salud, pudiendo aparecer dentro de la anamnesis en aproximadamente el 70% del total de pacientes consultantes. Cabe destacar que entre las categorías de dolor existe un aumento de la prevalencia de dolor crónico, asociado a mayor expectativa de vida de la población, lo que junto a determinantes sociales aumenta el riesgo de morbilidad y mortalidad (1). En un estudio prospectivo multicéntrico realizado en sistemas de atención primaria de salud de 14 ciudades a nivel mundial, incluyendo a Santiago de Chile, que analizó la relación existente entre factores biopsicosociales en el desarrollo de dolor crónico, se encontró que el 8,8% de los pacientes diagnosticados previamente con dolor crónico presentó mejoría al final del estudio, y el 49,1% se mantuvo con dolor crónico; entre los pacientes chilenos del estudio 10,9% presentó mejoría de su estado basal y 54,1% continuó con dolor crónico. De entre las variables sociodemográficas estudiadas, sólo se asoció a riesgo de cronificación de dolor la edad mayor a 40 años. Respecto de los factores predictores clínicos asociados a no recuperación, destaca la presencia de dos o más sitios anatómicos de dolor como el de mayor peso estadístico, mientras la presencia de ansiedad y depresión resultaron factores predictores de carácter moderado para cronicidad de dolor. La probabilidad de no recuperación fue variable según la ubicación anatómica del dolor, siendo 78,3% en dolor lumbar, 72,3% en cefalea, 71,3% en dolor articular inespecífico, 63,9% en dolor de extremidades. Las tres principales localizaciones de dolor entre los pacientes con dolor crónico fueron dolor lumbar (52,7%), cefalea (48,2%) y dolor articular (46,1%) (2).

Existen diferencias entre estudios para la cuantificación del problema del dolor crónico en la población, sin embargo se ha estimado que en Europa el dolor crónico de intensidad

moderada a severa afecta al 19% del total de la población adulta, mientras en Estados Unidos esta cifra se estima en 35%. En América Latina destaca que en México la prevalencia varía según estudios, entre 16,8 y 25,9%, mientras en Cuba se ha establecido en 40,3% (3). Según estudios realizados por la Organización Mundial de la Salud (OMS), la prevalencia de dolor crónico en la población general alcanza de 31%, en Río de Janeiro; y 33%, en Santiago de Chile (1). Un estudio publicado en The Lancet que analiza la epidemiología a nivel de la comunidad, reporta un 46,5% de prevalencia de dolor crónico, cifra que al comparar con el resto de las cifras llama la atención (28).

El Dolor Crónico No Oncológico en Chile

Según la Encuesta de Salud de Chile (2003), que evalúa en forma independiente la presencia o ausencia de dolor de causa musculoesquelética en los últimos 7 días previo a la aplicación de la encuesta, existe prevalencia de 41,1% en población mayor a 17 años de edad; y de 34,3% al considerar sólo los casos con intensidad de dolor moderada y severa en el mismo grupo etario. En ambos casos existen diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres, presentando mayores tasas de dolor este último grupo. Respecto de las características según género, en los hombres se observa un desarrollo progresivo y lineal de la presencia de dolor, contrario a las mujeres, en que se observa un crecimiento exponencial entre los 30 y 50 años de edad, tras lo cual se evidencia una meseta y posterior caída del dolor en ambos grupos etarios.

Las regiones con mayor tasa de dolor fueron las regiones del Biobío (45,6%), Araucanía (43,4%), Maule (43,2%), Coquimbo (43,0%) y Metropolitana (42%), mientras que las tasas más bajas las presenta la región de Magallanes (29%). Al considerar sólo dolor moderado a severo, las regiones con mayor prevalencia fueron la región del Biobío (41,9%), Araucanía (38,4%), Maule (37,8%), Arica, Parinacota y Tarapacá (34%). Respecto de la duración del dolor, 67% lo presenta por más de 6 meses, 62,2% por más de 1 año y 28% por más de 5 años. La localización de éste fue de 29,7% en rodillas, 11,6% en tobillos, 11,5% en región lumbar, 8% en dedos de las manos, 7,8% en dedos de los pies y 10,5% en otras localizaciones.

Según el impacto funcional 64% no presenta compromiso funcional, mientras que 4% presenta discapacidad e invalidez asociada a la presencia de dolor (4).

Impacto Social, Laboral y Económico

Los pacientes con dolor crónico usan los servicios de salud cinco veces más que la población normal (28). En el Estudio Carga de Enfermedad en Chile, realizado por el Ministerio de Salud en 1996, destacan algunas patologías crónicas asociadas a dolor con serio impacto social, laboral y económico. Éste evalúa diferentes patologías según los Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVISA*), que en el caso de Artrosis y

*AVISA: Indicador formulado por Banco Mundial y OMS, y publicado en "Informe sobre el Desarrollo Mundial, 1995", que permite medir la importancia relativa de las enfermedades en términos de la pérdida de años de vida que se producen por dos factores: Muerte Prematura y Discapacidad. Su cálculo está formulado por:

Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVISA) = Años de Vida Perdidos por Muerte Prematura (AVMP) + Años de Vida Perdidos por Discapacidad (AVD).

otras enfermedades afines, está ubicada en el lugar 11 de las 15 principales causas de discapacidad. Al contrastar según género, destaca que se presenta en el lugar número 14 en el sexo masculino, mientras en el sexo femenino, artrosis y afines alcanza el séptimo lugar dentro de las principales causas de AVISA y Artritis Reumatoide se ubica en el lugar 14 de la lista. En el grupo etario de mujeres entre 45-49 años la principal causa de AVISA es artrosis y afines (5).

Tabla 1.- Quince primeras causas de AVISA, distribución porcentual y razón por 1.000 hab. Chile, 1993.-

Enfermedad	AVISA	Porcentaje	Razón
Anomalías Congénitas	103.654	5,86%	7,53
Infecciones Respiratorias			
Agudas Bajas	73.234	4,14%	5,32
Enfermedades Isquémicas del Corazón	67.534	3,82%	4,90
Enfermedad Hipertensiva	60.172	3,40%	4,37
Enfermedad Cerebrovascular	57.700	3,26%	4,19
Asma	55.118	3,11%	4,00
Accidentes de Tráfico	53.692	3,03%	3,90
Dependencia de Alcohol	53.498	3,02%	3,88
Trastornos de Vía Biliar	53.361	3,02%	3,87
Trastornos			
Depresivos – MAD	53.279	3,01%	3,87
Artrosis y afines	48.452	2,74%	3,52
Alzheimer y tipo Alzheimer	42.889	2,42%	3,11
Afecciones Perinatales	41.710	2,36%	3,03
Psicosis	32.474	1,84%	2,36
Cirrosis	32.172	1,82%	2,34
Total	828.941	46,84%	60,19

Tabla 2.- Quince primeras causas de AVISA, distribución porcentual y razón por 1.000 hab. Hombres, Chile, 1993.-

Enfermedad	AVISA	Porcentaje	Razón
Anomalías Congénitas	51.634	5,24%	7,58
Dependencia de Alcohol	46.161	4,69%	6,78
Accidentes de Tráfico	44.244	4,49%	6,50
Enfermedades Isquémicas del Corazón	41.090	4,17%	6,03
Infecciones Respiratorias			
Agudas Bajas	40.260	4,09%	5,91
Enfermedad Hipertensiva	30.343	3,08%	4,46
Asma	29.762	3,02%	4,37
Enfermedad Cerebrovascular	29.541	3,00%	4,34
Atrición	28.096	2,85%	4,13
Afecciones Perinatales	24.802	2,52%	3,64
Suicidios	24.761	2,51%	3,64
Cirrosis	23.954	2,43%	3,52
Homicidio y Violencia	23.724	2,41%	3,48
Artrosis y afines	21.933	2,23%	3,22
Glaucoma	20.865	2,12%	3,06
Total	481.170	48,84%	70,67

Tabla 3.- Quince primeras causas de AVISA, distribución porcentual y razón por 1.000 hab. Mujeres, Chile, 1993.-

Enfermedad	AVISA	Porcentaje	Razón
Anomalías Congénitas	52.020	6,63%	7,47
Trastornos			
Depresivos – MAD	39.644	5,05%	5,69
Trastornos de Vía Biliar	39.324	5,01%	5,65
Infecciones Respiratorias			
Agudas Bajas	32.974	4,20%	4,74
Enfermedad Hipertensiva	29.829	3,80%	4,28
Enfermedad Cerebrovascular	28.159	3,59%	4,04
Artrosis y afines	26.520	3,38%	3,81
Enfermedades Isquémicas del Corazón	26.443	3,37%	3,80
Asma	25.356	3,23%	3,64
Alzheimer y tipo Alzheimer	24.397	3,11%	3,50
Desorden de Estrés			
Posttraumático	17.011	2,17%	2,44
Afecciones Perinatales	16.908	2,16%	2,43
Psicosis	16.416	2,09%	2,36
Artritis Reumatoidea	16.348	2,08%	2,35
Cáncer de Cuello Uterino	15.628	1,99%	2,24
Total	406.978	51,88%	58,46

En el contexto del impacto de las enfermedades asociadas a dolor crónico, éstas se relacionan a altas tasa de invalidez temporal (licencias médicas) como permanente (dictámenes de invalidez), su impacto a nivel laboral y económico se evidencia al comparar la situación y estadísticas oficiales en el tiempo: Una revisión efectuada por el Fondo Nacional de Salud (FONASA), entre 1998 y 1999, sobre diagnóstico principal de licencias médicas por enfermedad común (no laboral), ingresadas a las diferentes COMPIN del país, muestra que las enfermedades musculoesqueléticas no traumáticas son la segunda causa de ausentismo laboral, superada por las enfermedades respiratorias. Sin embargo, representan en conjunto el mayor número de días de licencia médica extendidos, sumando 1.279.672 días de licencias, principalmente por causas vertebrales, articulares o sinoviales (6).

Otros estudios revelan que las enfermedades asociadas a dolor crónico son la primera causa de licencias médicas en mujeres trabajadoras en Chile, con frecuencia mayor a 30%, destacando el origen en patologías como dolor lumbar y de extremidades superiores. Respecto del diagnóstico de Lumbalgia como causa de incapacidad temporal e indicación de licencia médica en mujeres trabajadoras chilenas, ésta se presenta en 27,3 % de los casos de funcionarios paramédicos de urgencias, 25% en funcionarios paramédicos de pensionado, 16,7% en operarias de empaque, y 14,3% en auxiliares de cirugía (7). Dentro de las patologías de origen musculoesquelético, el Lumbago es la principal causa de ausentismo laboral en Chile, con una incidencia de 41x10.000 trabajadores, en ambos sexos (2004) (8). Según estadísticas de las entidades Administradoras de Fondos de Pensiones (AFP), las enfermedades musculoesqueléticas son la principal causa de solicitud de pensión de invalidez a nivel nacional, especialmente por causa de patologías de columna vertebral, aunque con variabilidad en el resultado de dictamen final de invalidez (alto porcentaje con resultado de dictamen

Tabla 4.- Número estimado de casos de enfermedades musculoesqueléticas de alta discapacidad y baja mortalidad. Chile, 2004.-

Enfermedad	Tasa (x10.000 trabajadores)	Número de casos
Lumbalgia	41	24.211
Síndrome de Túnel Carpiano	3	1.772
Tendinitis	1,6	945

invalidez parcial, por tanto sin retribución económica), mientras que las enfermedades del tejido conectivo destacan por menor variabilidad respecto de dictamen, resultando frecuentemente con dictamen de invalidez total, implicando por tanto, un alto costo fiscal por concepto de pensiones (6).

El impacto laboral, social y económico de las enfermedades con dolor crónico no sólo es de importancia para el sistema público de salud, siendo un problema de relevancia de salud pública que también ha sido abordado por sistemas sanitarios privados y mutualidades.

En un estudio realizado en el Hospital del Trabajador de Santiago, en 521 pacientes con compensación económica por Ley de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales durante 2006, desde el punto de vista clínico, 33,8% de los casos presentó dolor crónico asociado a traumatismo musculoesquelético, 8,3% presentó rigidez articular dolorosa a consecuencia de accidentes, 4,2% cefaleas post Traumatismo Encéfalo Craneano (TEC) de causa laboral, y 0,4% otros tipos de dolor. Respecto del tipo de dolor presente, 25,6% presentó criterios diagnósticos de dolor neuropático, siendo los principales diagnósticos: Lesión de Nervio Periférico (60%), Dolor Regional Complejo (17%), Lesión Radicular (13%), Desafferentación (6%) y Lesión Medular (4%). Según localización del dolor, 44% de los casos se evidenció en extremidades superiores, 42% en extremidades inferiores, y 14% en columna vertebral.

Respecto del impacto socioeconómico, 86% de los pacientes del estudio recibe compensación económica mediante indemnización y 14% lo hace mediante pensión. 60,2% de los pacientes retorna al trabajo, mientras que 39,8% no retorna; sin embargo, al comparar los pacientes según compensación económica, aquéllos con indemnización asociada a accidentes retornan en 68,8% de los casos a su cargo y rol laboral previo al accidente, mientras los pacientes con pensión asociada al accidente, lo hacen en 69,2% de los casos a reubicación laboral, existiendo diferencias estadísticas significativas entre ambos grupos. El costo anual asociado a este grupo en particular se calculó en 960.782 USD (9).

Impacto en Atención Primaria de Salud

Según un estudio realizado a fines de la década de 1990 en una población usuaria de servicios de atención primaria de salud (Consultorio N°1) en la Región Metropolitana de Santiago (22.650 consultas), se establece que las patologías reumatológicas constituyen el 20% (4.580) de las consultas espontáneas en un período de un año (10).

Tabla 5.- Perfil de la Consulta Reumatológica en Atención Primaria. Consultorio N°1. Período 1996-1997.-

	Frecuencia	Porcentaje
Consultas Totales	22.650	100
Consultas de Causa Reumatológica	4.580	20
Diagnósticos		
Artrosis		25,9%
Reumatismo de Partes Blandas		24,2%
Lumbago/Lumbociática		20,8%
Artralgia en Estudio		9,4%
Cervicalgia/Cervicobraquialgia		6,8%
Pie Doloroso		4,3%
Artritis		3,0%
Osteoporosis		1,9%
Síndromes Compresivos		0,5%
Otros Diagnósticos		3,1%

Situación del Dolor Crónico No Oncológico en Unidades de Dolor

Según Marco Gómez-Sancho, existe un cambio epidemiológico mundial evidente, a la par de un cambio social en las concepciones de enfermedad, lo que ha llevado a que las primeras unidades de dolor, originalmente destinadas al tratamiento de dolor crónico oncológico y a cuidados paliativos se hayan transformando en unidades mixtas, con una apertura progresiva al dolor en forma integral. A causa de ello, al buen manejo del dolor crónico oncológico y la transformación del dolor terminal en una situación personal y familiar, ha cambiado el foco de acción de estas unidades al dolor crónico no oncológico (11).

En Chile, y de acuerdo a los cambios epidemiológicos presentes desde mediados del siglo XX, como aumento de la esperanza de vida, de enfermedades degenerativas y crónicas, es que se forma el Programa Nacional de Alivio del Dolor y Cuidados Paliativos del Ministerio de Salud (1994), como estrategia de políticas públicas en salud destinado a los pacientes con cáncer, a la vez que se implementan las primeras unidades de dolor y cuidados paliativos en los principales hospitales públicos (1995). Luego, y con la reforma de salud, es que se crea la Garantía Explícita en Salud (GES) para el Alivio del Dolor y Cuidados Paliativos por Cáncer Terminal, extendiendo el beneficio inicial de estas prestaciones al sistema privado de salud, con la consecuente creación de unidades de dolor en centros privados de atención, entre los años 2003 y 2005 (12). Actualmente existen 137 unidades de cuidados paliativos y de dolor distribuidas entre los hospitales de los 29 servicios de salud pública a lo largo de nuestro país, permitiendo una amplia cobertura y red de servicios a sus beneficiarios (13).

Respecto de la situación del dolor crónico no oncológico en las unidades de cuidados paliativos y de dolor en nuestro país, por ejemplo, los pacientes atendidos en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile entre los años 2003 y 2006, se estima una prevalencia de 60,34% de pacientes con dolor crónico no oncológico, siendo más frecuente este diagnóstico en la

población de sexo femenino, existiendo una relación de 2,99 mujeres por cada 1 hombre con este diagnóstico, contrario a lo encontrado en dolor crónico oncológico, en que no existen diferencias estadísticamente significativas en la distribución de la población según sexo; el promedio de edad es 56,42 años (+/-16,61), siendo menor que en el grupo de pacientes oncológicos (63,44 +/-14,97 años). La distribución de los diagnósticos de dolor crónico no oncológico reportados, según tipo o etiología de dolor fue: 57%, dolor nociceptivo; 32%, dolor neuropático; y 11%, dolor mixto; mientras según entidades diagnósticas destaca alta prevalencia de lumbago, artrosis y fibromialgia, entre otros.

Tabla 6.- Distribución de los diagnósticos de Dolor Crónico Benigno de los pacientes atendidos en Unidad de Dolor y Cuidados Paliativos del Hospital Clínico de la Universidad de Chile, 2003-2006.-

Diagnóstico	Porcentaje
Lumbago Crónico	21,65%
Artrosis	16,75%
Fibromialgia	9,28%
Síndrome de Dolor Regional Complejo	7,99%
Dolor Facial	7,47%
Neuralgia del Trigémino	7,47%
Neuralgia Postherpética	6,19%
Neuropatía Diabética	5,03%
Dolor Crónico Post-quirúrgico	3,09%
Artritis Reumatoide	1,80%
Cefalea	1,80%
Otros diagnósticos	10,57%

Respecto del origen o derivación de estos pacientes, 60,1% fue derivado a esta unidad desde los diferentes policlínicos de especialidades, 10,62% desde el servicio de cirugía, 6,99% del servicio de medicina interna y 22,27% referido de servicios externos. Por otra parte y de acuerdo al origen geográfico de la muestra, destaca que el 87,12% de los pacientes con dolor crónico no oncológico son de la Región Metropolitana de Santiago y 12,88% de otras regiones del país. Como conclusión, los autores señalan que esta serie se correlaciona con estudios epidemiológicos internacionales respecto de dolor crónico no oncológico (14). En otro estudio efectuado con un tamaño muestral menor de pacientes atendidos entre 2004-2005, se encontró prevalencia de dolor crónico no oncológico de 55,01%, distribuyéndose según su origen en: 64,52% nociceptivo, 29,57% neuropático y 5,91% mixto; a su vez, dentro de los casos de origen neuropático, destaca como diagnósticos frecuentes, Síndrome de Dolor Regional Complejo (30,91%), Neuralgia del Trigémino (18,18%) y Neuralgia Postherpética (18,18%) (15).

Un estudio posterior, realizado entre 2008 y 2009 en la misma unidad, con un tamaño muestral de 129 pacientes con diagnóstico de dolor crónico no oncológico, se encontró que 72,87% era pacientes de sexo femenino, con edad promedio de 57,17 +/-15,91 años, y 27,13% pacientes de sexo masculino, con edad promedio de 56,94 +/-19,44 años. Los principales diagnósticos encontrados fueron Discopatía Lumbar, Artrosis y Fibromialgia.

Tabla 7.- Distribución de los diagnósticos de Dolor Crónico Benigno de los pacientes atendidos en Unidad de Dolor y Cuidados Paliativos del Hospital Clínico de la Universidad de Chile, 2008-2009.

Diagnóstico	Porcentaje
Discopatía Lumbar con Radiculopatía	27,13%
Poliartrosis No Especificada	13,18%
Fibromialgia	11,63%
Neuralgia Postherpética	6,98%
Epicondilitis	6,98%
Dolor Pélvico y Perineal	6,2%
Dolor en Extremidades	4,65%
Neuropatía Autónoma Periférica Idiopática	3,10%
Dolor Crónico Central	2,33%
Neuralgia del Trigémino	2,33%
Síndrome de Dolor de Miembro Fantasma	1,55%
Inestabilidad Crónica de Rodillas	1,55%
Discitis Inespecífica	1,55%
Dolor Pectoral Inespecífico	1,55%
Polineuropatía Diabética	1,55%
Otros diagnósticos	7,75%

Al ingreso a la unidad, 92,2% presentaba dolor de intensidad moderada a severa, mientras 7,8% presentaba dolor crónico de intensidad leve. Del total de pacientes, 49,61% presentó diagnóstico positivo para Dolor Neuropático según escala de medición DN4 (16).

Según las estadísticas de la Unidad de Dolor y Cuidados Paliativos del Hospital Clínico FUSAT, Rancagua, del total de pacientes atendidos al año 2005, aproximadamente 80% correspondería a diagnóstico de dolor crónico no oncológico y 20% correspondería a pacientes con diagnóstico de dolor oncológico y Cuidados Paliativos (17).

En un estudio realizado en la Unidad de Dolor del Hospital Dr. Raúl Yazigi de la Fuerza Aérea de Chile, con una muestra de 92 pacientes con antecedentes y diagnóstico de Dolor Crónico No Oncológico, éstos se distribuyeron demográficamente entre 60% de pacientes de sexo femenino y 40% de pacientes de sexo masculino, con una edad promedio de 53 años. Respecto de la distribución según diagnósticos, destacan en frecuencia: Patología Discal Degenerativa 34,78%; Fibromialgia 14,13%; Síndrome de Dolor Regional Complejo y Neuralgia Postherpética, ambas con 8,69%, Síndrome de Dolor Crónico Postquirúrgico 7,60%, Otras patologías 26,08%. Este mismo estudio analizó la relación entre factores psicológicos y técnicas adaptativas o desadaptativas y dolor crónico no oncológico, destacando en un bajo porcentaje de uso de técnicas y respuestas adaptativas al afrontamiento del dolor (43%), a la vez que se reporta un alto porcentaje de uso de técnicas desadaptativas como afrontamiento del mismo (60%), siendo el caso de los pacientes con Fibromialgia, en quienes se encontró la mayor tasa de uso de estas técnicas (72%). Este acercamiento se correlaciona con series internacionales que refieren alta asociación de depresión y otras alteraciones del ánimo en pacientes con dolor crónico, lo cual es relevante en el desarrollo, exacerbación, cronicidad del dolor, como respecto del manejo, respuesta terapéutica y del impacto desde el punto de vista de la salud pública (18).

Respuesta Terapéutica del Dolor Crónico No Oncológico

Estudios epidemiológicos hacen referencia que entre los pacientes con diagnóstico de dolor crónico no oncológico, y luego de tratamiento y seguimiento por un período de 12 meses en centros de atención primaria de salud en Chile, el 10,9% presentó recuperación de su estado basal y eventual alta del diagnóstico de dolor crónico, mientras 54,1% continuó con el mismo diagnóstico al final del estudio (2).

Estudios internacionales señalan éxito con el manejo terapéutico del dolor crónico con tasas entre 71 y 80% de los pacientes según el tiempo de tratamiento y evaluación del mismo. En nuestro país se han podido reportar cifras similares, como en el caso de la unidad de dolor del Hospital Clínico de la Universidad de Chile, que en un estudio de seguimiento de tratamiento con opioides transdérmicos en 129 pacientes, se demostró adecuado control analgésico en 80,6%. Según la frecuencia de evaluación, la tasa de respuesta varió desde 71,02% al día 12 de tratamiento, hasta 85,7% al día 14 de terapia (16).

Respecto de un estudio realizado en la Unidad de Dolor del Hospital Militar de Santiago, con un tamaño muestral de 51 pacientes con diagnóstico de dolor crónico no oncológico con múltiples abordajes terapéuticos en un tiempo promedio de 6 años, y con escasa o nula mejoría clínica, destaca que demográficamente presentan edad promedio de 48 años, siendo ésta menor a los reportes de otras series nacionales realizadas en este mismo foco de pacientes (14, 16). Dentro de los diagnósticos reportados destacan dolor lumbar y cefalea (19).

Tabla 8.- Distribución de los diagnósticos de Dolor Crónico No Oncológico de pacientes con escasa o nula respuesta terapéutica, Unidad de Dolor del Hospital Militar de Santiago, 2005-2006.-

Diagnóstico	Porcentaje
Dolor Lumbar	23%
Cefalea	11%
Síndrome Miofascial	9%
Fibromialgia	9%
Dolor Neuropático Periférico	9%

Estadísticas Según Patología: Lumbago Crónico:

Se estima que más del 80% de la población se ve afectada por lumbago en algún momento de su vida, sin embargo presenta una alta tasa de regresión en el tiempo, siendo frecuentemente transitorio y de carácter agudo. Cerca del 30% de los casos se prolonga por períodos mayores a un mes y 10% evolucionaría a la cronicidad (20).

Diferentes series señalan tasas de lumbago variable entre 11,5% en población general (3) y 21,65% o 27,13% en población usuaria de unidades de dolor en Chile (14, 16), a pesar de estas diferencias, es necesario recalcar que su impacto es alto, y quizás uno de los mayores desde el punto de vista de salud pública, representando la principal causa de ausentismo laboral, y una de las principales causas de discapacidad laboral y años de vida perdidos, especialmente en población femenina de nuestro país (7, 8).

Su peso porcentual es importante, ya que incluso destaca como el diagnóstico con mayor frecuencia entre los casos de fracaso terapéutico (19).

Artritis Reumatoide:

Un estudio descriptivo realizado en 139 pacientes adultos con diagnóstico de Artritis Reumatoide, atendidos en sistema público de salud del sector oriente de la ciudad de Santiago, registró dolor en 100% de los casos, encontrándose valor promedio de dolor en escala visual análoga de 43,7 mm, asociándose además a gran discapacidad física y social (21).

Artrosis:

La frecuencia de artrosis en las diferentes series epidemiológicas en Chile la sitúan como una de las principales causas de dolor crónico no oncológico, tanto en atención primaria de salud, donde representa la principal causa de dolor crónico en la población (4) como en centros de referencia de dolor de mayor complejidad, donde se sitúa entre el segundo o tercer lugar como causal de dolor crónico con tasas variables entre 13,18% y 16,75% (14, 16). A la vez, y junto con otras patologías de importancia estadística como lumbago, representa una de las principales causas de ausentismo y discapacidad laboral, años de vida perdidos y compensación económica por concepto de seguridad social, específicamente entre mujeres con edad desde 45 a 49 años, uno de los grupos más importantes en el plano laboral y productivo de nuestra sociedad (5).

Impresiona que artrosis sea una de las patologías causales de dolor crónico con mejor respuesta terapéutica en nuestro país, ya que no se señala entre las patologías dolorosas de mayor frecuencia en los reportes y series de fracaso terapéutico (19).

Espondiloartropatías:

Según una descripción clínica de pacientes con diagnóstico de espondiloartropatías en Chile, realizado en 2007, en las ciudades de Santiago y Valparaíso, se encontró los siguientes diagnósticos y frecuencias: Espondilitis Anquilosante (58,7%), Artritis Psoriática (25,6%), Espondiloartritis Indefinida (7,3%), Artritis asociada a Enfermedad Inflamatoria Intestinal (5,5%), Espondiloartritis Juvenil (1,8%) y Artritis Reactiva (0,8%). Entre todos los pacientes, el síntoma más frecuente encontrado fue dolor lumbar crónico, con 74,3% (22).

Fibromialgia:

Si bien en nuestro país no existen estadísticas ministeriales respecto de esta enfermedad, destaca un estudio realizado en 1993, por la Universidad de la Frontera en las regiones Metropolitana de Santiago y de la Araucanía, que establece una prevalencia de 0,8% en la población general, con edades entre 23 y 65 años, y relación según sexo de 20:1 con predominio de población femenina (23). Revisiones de casos en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile, en que se evalúa la tasa de esta enfermedad entre todas las patologías consultantes, la estiman en 5,44% (24), mientras entre los casos de dolor crónico no oncológico de la unidad de dolor de este mismo centro establece tasas variables entre 9,28 y 11,63% (15, 16). Tasas similares es posible encontrar en series de otras unidades de dolor de centros asistenciales públicos o privados de Chile, como en la correspondiente al Hospital de la Fuerza Aérea de Chile, donde existe prevalencia de 14,13% de fibromialgia entre sus usuarios (18).

Por otra parte, un estudio descriptivo en 51 pacientes voluntarios de sexo masculino, portadores de VIH en Chile, concluyó que existe una alta asociación entre infección por VIH y diagnóstico de Fibromialgia, encontrándose dolor crónico (mayor a 3 meses de evolución) en 45% de los casos, los que a su vez alcanzan en promedio de dolor mediante escala visual análoga, 67 mms. (25).

Dolor Crónico asociado a Quemaduras:

Existe evidencia suficiente respecto de la presencia de dolor y cronicidad del mismo en pacientes con secuelas de quemaduras, independiente de su causa, sin embargo y en relación a tasas asociadas a este dolor, se desconoce la magnitud exacta del mismo. A nivel mundial existe referencia de tasas entre 35% y 52% de dolor crónico asociado a secuelas de quemaduras, sin embargo existen pocos estudios en Chile respecto de ello, destaca el estudio realizado entre beneficiarios de ley laboral 16.744 en el Hospital del Trabajador de Santiago durante el año 2006, en que de un total de 34 pacientes con secuela de quemaduras sin tratamiento específico para el dolor al momento del estudio, 88,2% de ellos presentó correlación clínica para diagnóstico de dolor crónico no oncológico de tipo neuropático (DN4), en que además se estableció la intensidad del mismo.

Tabla 9.- Intensidad de Dolor Neuropático en Pacientes con Secuela de Quemaduras, beneficiarios de Ley Laboral 16.744, Hospital del Trabajador de Santiago, 2006.-

Intensidad	Porcentaje
Leve	14,7%
Moderado	58,8%
Severo	26,5%

Destaca la relación estadística inversamente significativa encontrada entre las variables: Puntaje DN4 y Superficie Corporal Quemada, observándose la presencia de mayor puntaje en esta escala de medición entre los pacientes con menor superficie corporal lesionada (26).

Dolor y Artropatía Hemofílica:

Epidemiológicamente, la Hemofilia es una enfermedad de baja frecuencia en nuestro país, sin embargo, su impacto social ha llevado a considerarla entre las patologías con carácter de Garantía Explícita en Salud, siendo establecida con esta categoría a contar del año 2010.

La elaboración de guías clínicas ministeriales dirigidas al manejo tienen foco de acción en etiología y mejoría clínica de la enfermedad, sin embargo existe una alta tasa de dolor crónico asociado a una de sus complicaciones más severas, la artropatía secundaria a hemorragias intrarticulares reiteradas, las cuales no son abordadas. Estas guías señalan dentro del manejo agudo del episodio de dolor en artropatía hemofílica, estableciendo consideraciones especiales respecto del uso de analgésicos no esteroideos, del uso de opioides, de terapias farmacológicas intramusculares y sus riesgos asociados en este grupo particular de pacientes, y fundamentalmente mediante manejo conservador del dolor, ya sea según protección articular o terapias físicas de control del dolor (27).

Tabla 10. Prevalencia de dolor crónico no oncológico por patologías.

Patología	Prevalencia Dolor Crónico No Oncológico
Artritis Reumatoide	100,0%
Lumbago Crónico	80,0%
Espondilitis Anquilosante	58,70%
Artrosis	16,75%
Artritis Psoriática	25,6%
Espondiloartritis Indefinida	7,50%
Artritis asociada a Enfermedad Inflamatoria Intestinal	5,50%
Espondiloartritis Juvenil	1,80%
Artritis Reactiva	0,80%

También se tiene que considerar que existen otros factores que influyen sobre el dolor crónico que muchas veces los pacientes con las patologías mencionadas presentan. Éstos son la edad, género, estado laboral e infraestructura del hogar (28).

Discusión

Con la información expuesta, queda claro la necesidad actual de tener estudios que demuestren la prevalencia de dolor crónico, ya que existen cifras poco concordantes, en el contexto de la diversidad de los estudios que se revisaron. Pero se hace manifiesto que el dolor crónico no oncológico se comporta como una entidad nosológica de prevalencia considerable en la población, cuyo real impacto no se encuentra evaluado.

El realizar un análisis con el fin de encontrar una prevalencia de dolor crónico no oncológico en el país, es muy dificultoso, debido a la diversidad en criterios de selección y los objetivos en los estudios nacionales que se incluyeron en la presente revisión, pero se puede conseguir una aproximación en las características epidemiológicas de este tipo de dolor, encontrándose que las principales patologías que lo producen corresponden a las de origen musculoesquelético, en general, con una mayor afectación a los pacientes de género femenino y de mayor edad, estimándose una prevalencia para el dolor crónico no oncológico entre un 10% a un 50%.

Esta revisión sistemática de la literatura nacional, con el fin de determinar una prevalencia para el dolor crónico no oncológico, deja de manifiesto la necesidad de poder contar con estudios epidemiológicos.

Autor(es) no declaran conflictos de interés en el presente trabajo.

Correspondencia:
Dr. Juan Pablo Miranda Olivares
Unidad de Dolor y Cuidados Paliativos.
Departamento Medicina. Hospital Clínico
Universidad de Chile Santiago - Chile
E-Mail: juanpablomirandaolivares@gmail.com

Referencias Bibliográficas

- (1) Nunes, K. Chronic pain and gender in Salvador population, Brazil. *Pain* 139 (2008) 498-506.-
- (2) Gureje, O. A cross-national study of the course of persistent pain in primary care. *Pain* 92 (2001) 195-200.-
- (3) Bistre, S. El Dolor Crónico en América Latina. *Revista Iberoamericana del Dolor* 2:2, Editorial.
- (4) MINSAL. I Encuesta de Salud, Chile 2003.-
- (5) MINSAL. La carga de enfermedad en Chile, 1996.-
- (6) Sociedad Chilena de Reumatología. *Reumatología para Médicos de Atención Primaria*. Tangram Ediciones, 2002.-
- (7) Gutiérrez, M. Prevalencia de Trastornos Músculo-Esqueléticos de Columna Lumbar en Trabajadoras y Límites Biomecánicos en el Manejo de Carga de Pacientes. *Ciencia y Trabajo* 12:37 (2010) 380-385.-
- (8) Concha, M. Enfermedades Profesionales: Una Aproximación a su frecuencia. *Ciencia & Trabajo* 25 (2007) 117-120.-
- (9) Correa-Illanes, G. Dolor Crónico y Trauma Musculo-esquelético: Discapacidad e Impacto Económico. *Revista Iberoamericana de Dolor* 4 (2007) 10-18.-
- (10) Pacheco, D. Perfil de la Consulta Reumatológica. Comparación entre un Policlínico de Atención Primaria vs. uno de Reumatología. *Revista Chilena de Reumatología* 13 (1997) 101.
- (11) Gómez-Sancho, M. Medicina Paliativa: Una Nueva forma de practicar la Medicina. *Revista El Dolor* 12:41 (2003) 19-26.-
- (12) Miranda, JP. Tratamiento del Dolor Crónico Oncológico en el Programa de Alivio del Dolor y Cuidados Paliativos del Hospital San Francisco de Llay Llay. *Revista El Dolor* 16:47 (2007) 8-12.
- (13) MINSAL. Informe Técnico 2009, Programa Nacional de Alivio del Dolor y Cuidados Paliativos, Subsecretaría de Salud Pública. División de Prevención y Control de Enfermedades.
- (14) Jaque, J. Perfil Clínico y Epidemiológico de los Pacientes Atendidos en la Unidad de Dolor y Cuidados Paliativos del Hospital Clínico de la Universidad de Chile (HCUCH), *Revista el Dolor* 16:47 (2007) 14-17.-
- (15) González, M. Aspectos Demográficos de los pacientes atendidos en la unidad de dolor y cuidados paliativos del Hospital Clínico de la Universidad de Chile. *Boletín El Dolor* 16:46 (2007) 40.-
- (16) Miranda, JP. Eficacia y Seguridad de Buprenorfina Transdérmica en manejo del Dolor Crónico Benigno en Pacientes Ambulatorios de la Unidad de Dolor y Cuidados Paliativos del Hospital Clínico de la Universidad de Chile. *Separata, Revista El Dolor*, 2011.-
- (17) Aguayo, C. Unidad de Dolor y Cuidados Paliativos del Hospital Clínico FUSAT (2005), *Revista El Dolor* 18:51 (2009) 38.-
- (18) Salinas, H. Estados de Afrontamiento al Dolor en Pacientes con Dolor Crónico No Oncológico. *Boletín El Dolor* 16:46 (2007) 36-39.-
- (19) Velasco, M. Experiencia de Acupuntura en HOSMIL. *Revista El Dolor* 16:46 (2007) 39.-
- (20) Grünenthal Colombiana. *Epidemiología del Dolor. Tratado del Dolor* 2 (2001) 4.-
- (21) Pacheco, D. Características Clínicas de Pacientes Adultos con Artritis Reumatoide con más de un año de Tratamiento en Sistema Público del Área Oriente, previo a su Ingreso a Sistema GES. XXVII Congreso Chileno de Reumatología, 2008.-
- (22) Gutiérrez, M. Descripción Clínica de Pacientes con Espondiloartropatías: Grupo Respondia, Chile. XXVII Congreso Chileno de Reumatología, 2008.-
- (23) Valenzuela, J. Fibromialgia. *El Dolor* 3:15 (1995) 17-21.-
- (24) Jaque, J. Fibromialgia: Guía Clínica. *Revista El Dolor* 16:47 (2007) 35-38.-
- (25) Pacheco, D. Estudio de Dolor y Fibromialgia en Pacientes con Infección por Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH). XXVII Congreso Chileno de Reumatología, 2008.-
- (26) Larrea, B. Prevalencia de Dolor Crónico Neuropático en Pacientes Quemados. Utilización del Instrumento DN4 para su Diagnóstico. *Revista El Dolor* 16:48 (2007) 14-19.
- (27) MINSAL. Guía Clínica de Hemofilia, 2010.-
- (28) Elliot A, et al. The epidemiology of chronic pain in the community. *The Lancet*. 345: 9186 (1999). 1248 – 1252.