

Dolor y calidad de vida

N.R. MORENO

RESUMEN

La calidad de vida refleja no sólo el estado de salud en sí mismo sino cómo el paciente percibe y valora aspectos de su vida relacionados con su salud y no relacionados. Si se quiere conocer la calidad de vida de un paciente se le debería preguntar al mismo paciente. Las medidas del estado de salud únicamente no deben utilizarse para presumir la puntuación individual de la calidad de vida. El dolor crónico fue asociado con peor salud en todas las dimensiones, pero el efecto fue mayor en las dimensiones del dolor y de la salud física. A pesar de la alta prevalencia del dolor en los ancianos, esta población está infrarrepresentada en la mayoría de los estudios del dolor.

Palabras clave: Dolor. Calidad de vida. Geriátrica.

SUMMARY

Quality of life reflects not just health status itself but also how patients perceive and value both the health- and non-health-related aspects of their lives. If one wants to know a patient's quality of life, one should just ask them. Assumptions about the overall quality of life of individual patients should not be based on measures of their health status alone. Chronic pain was associated with poor health in all dimensions, but the effect was greatest in the pain and physical health dimensions. Despite the high prevalence of pain in elderly people this population is underrepresented in most pain studies.

Key words: Pain. Quality of life. Geriatric Medicine.

Unidad de Investigación. Unidad Funcional de Geriátrica
Departamento de Medicina Interna y Urgencias
Hospital de la Santa Creu i Sant Pau
Barcelona

Dirección para correspondencia
Dra. Nuria Rosa Moreno Martínez
Unidad de Investigación
Unidad Funcional de Geriátrica
Departamento de Medicina Interna y Urgencias
Hospital de la Santa Creu i Sant Pau
Sant Antoni M^a Claret, 167
08025 Barcelona

CALIDAD DE VIDA. CONCEPTOS

La calidad de vida refleja no sólo el estado de salud en sí mismo, sino cómo el paciente percibe y valora los aspectos de su vida relacionados con la salud y los no relacionados. Esta premisa conduce a 2 argumentos. El primero, la calidad de vida es un concepto subjetivo y completamente personal que sólo puede ser definido por el paciente, no en términos de escalas predefinidas y construidas. Gill y Feinstein¹ han argumentado que si uno quiere saber la calidad de vida de un paciente, se le debería preguntar utilizando una pregunta global que permita al paciente usar su propia definición de calidad de vida. El segundo argumento hace referencia a que los pacientes no separan sus sentimientos acerca de calidad de vida en términos relacionados con salud y no relacionados. Factores convencionalmente no vistos como medidas de salud, tales como apoyo social adecuado, seguridad financiera y calidad del entorno, tienen complejas interacciones con el estado de salud que hace difícil aislar la calidad de vida referida a la salud².

En la calidad de vida se incluye la salud física, la capacidad funcional, el funcionamiento social, la sexualidad, la intimidad, el funcionamiento ocupacional, la espiritualidad, el bienestar familiar, la orientación futura, los intereses financieros y el trato satisfactorio³.

CUESTIONARIOS PARA VALORAR LA CALIDAD DE VIDA

Hay numerosos cuestionarios que evalúan la calidad de vida; a continuación describiremos los más usados.

El MOS 36-item short form health survey (SF-36)⁴ es un cuestionario de salud desarrollado para su uso en el Estudio de los Resultados Médicos. Contiene 36 ítems que cubren 2 áreas: el estado funcional y el bienestar emocional. El área del estado funcional está representada por las siguientes dimensiones: función física, función social, limitaciones del rol por problemas físicos y limitaciones del rol por problemas emocionales. El área del bienestar incluye las dimensiones de salud mental, vitalidad y dolor. Finalmente, la evaluación general incluye la dimensión de la percepción de la salud general y el cambio de la salud en el tiempo. El SF-36 ha sido

validado extensamente en poblaciones generales y diferentes patologías, demostrando elevada exactitud y buena construcción de validez⁵.

El SF-36 es el más utilizado en la literatura revisada; en ancianos (≥ 65 años) y respecto al modo de administración (por teléfono o cara a cara), Weinberger, et al. concluyeron que no había diferencias significativas en ninguna de las 8 dimensiones, aunque sí discrepancias sustanciales, que fueron mayores para las limitaciones del rol por problemas emocionales, limitaciones del rol por problemas físicos, función social y dolor corporal. El tiempo empleado en pasar el cuestionario fue significativamente menor por teléfono (10,2 vs 14,0 min)⁶.

El Nottingham Health Profile (NPH) se desarrolló en Gran Bretaña y ha sido extensamente testado para exactitud y validez⁷. Es un cuestionario corto que consta de 2 partes. La primera mide discomfort en 6 áreas: dolor, movilidad física, sueño, energía, reacciones emocionales y aislamiento social. La segunda parte está enfocada a áreas de la vida diaria, tales como trabajo, cuidar de la casa, vida social, de hogar y sexual⁸.

La escala del bienestar general psicológico (PGWB)⁹ es una escala de 22 ítems originariamente diseñada para medir el bienestar psicológico subjetivo en estudios poblacionales. Compuesta de 6 subescalas: ansiedad, depresión, vitalidad, bienestar positivo, autocontrol y salud general.

El EuroQol¹⁰ es una escala validada de calidad de vida basada en 5 dominios: movilidad, autocuidados, actividad habitual, dolor/discomfort, y ansiedad/depresión. En el contexto del trastorno reumático, Wolfe, et al. evaluaron las propiedades del EuroQol como cuestionario de la calidad de vida y concluyeron que la forma de puntuar y los aspectos de distribución del cuestionario indican problemas sustanciales en su uso en estos pacientes¹¹.

REVISIÓN DE LA LITERATURA SOBRE CALIDAD DE VIDA Y DOLOR EN EL ANCIANO

Los artículos a continuación descritos se obtuvieron tras la búsqueda bibliográfica con el Medline e incluyendo las palabras clave: calidad de vida, dolor y anciano, en el período de 1992 a 2002. Se excluyeron aquellos trabajos que hacían referencia a comparación de fármacos o patologías no predominantes en ancianos.

El dolor es común en los pacientes ≥ 65 años¹², estimándose que experimentan dolor significativo del 25 al 50%, y este porcentaje asciende al 45-80% entre los que viven en residencia³. Mangione, et al. valoraron la influencia de la edad en la calidad de vida (SF-36) en 745 pacientes que ingresaron para una cirugía electiva no cardíaca (edad media 67 ± 9 años, 79% ≥ 60 años). Los > 70 años tuvieron peor puntuación en el rol de función, energía, y fatiga (SF-36); y peor función física que los jóvenes, aunque similar puntuación en la percepción de salud en conjunto. En el análisis multivariado que se ajustó para el efecto del género, condiciones de comorbilidad, tipo de procedimiento quirúrgico, y puntuaciones en otras subescalas, el aumento de la edad tuvo una correlación independiente con menor dolor relatado, mejor salud mental, y peor clasificación en la escala de actividad específica, pero ya no fue correlacionado con bajo rol del SF-36 o puntuación del funcionamiento físico¹³.

El tratamiento multidisciplinar del dolor se considera el más efectivo, no obstante, la mayoría de intervenciones o tratamientos proporcionan un alivio del dolor en horas o minutos. Becker, et al. observaron que tras 6 meses de tratar el dolor un equipo multidisciplinar (edad media 57,7 años) obtenían una reducción significativa de la intensidad del dolor y una mejora de la calidad de vida en las subescalas de bienestar psicológico del PGWB, funcionamiento físico del SF-36 y también en la calidad del sueño respecto al grupo que recibió tratamiento tras 6 meses de espera¹⁴.

El dolor crónico tiene un efecto nocivo sobre la salud física y psicológica, las actividades diarias, el empleo y el bienestar económico¹⁵. Becker, et al., en un estudio realizado con 210 pacientes con dolor crónico no maligno en Dinamarca (media de edad de 58 años y un 40% ≥ 65 años), observa un deterioro notable en las escalas física, social y de bienestar psicológico. En relación con el bienestar psicológico del cuestionario del PGWB, se confirmó la reducción grave demostrada por las escalas de salud mental y de vitalidad del SF-36. Las relaciones entre la escala dolor y las que medían la calidad de vida fueron relativamente débiles¹⁶. Las personas con dolor crónico no maligno refieren una reducción multidimensional de la calidad de vida superior a la observada en otras condiciones médicas^{3,16}.

Los datos disponibles sugieren que del 36 al 83% de los ancianos refieren algún grado de dolor que puede interferir con las actividades diarias y su calidad de vida³. Covinsky, et al. asociaron las

medidas del estado de salud con la calidad de vida de 662 pacientes (edad media 84 años) entrevistados 2 meses después de una hospitalización. Se les preguntó: ¿Cómo mediría su calidad de vida actualmente? ¿Excelente, muy buena, buena, justa o pobre? Buenas puntuaciones de capacidad física y de dolor psicológico fueron predictoras independientes de una buena o mejor calidad de vida, y tras controlar estos 2 factores, el ser independiente para las actividades de la vida diaria y los síntomas de dolor no fueron asociados con la calidad de vida global. No obstante, para una minoría sustancial de pacientes, las escalas de salud no reflejaron fielmente su calidad de vida global. Por ejemplo, describieron su calidad de vida como justa o pobre el 30% de los que no tenían síntomas de dolor, el 25% de los que eran independientes en todas las actividades de la vida diaria, y el 21% con mínimo dolor psicológico. Similarmente, describieron su calidad de vida como buena o mejor el 51% de los pacientes con dolor grave, el 49% de los que eran dependientes en al menos 2 actividades de la vida diaria, el 47% de los que presentaban el mayor dolor psicológico, y el 43% de los pacientes con la peor capacidad física².

Smith, et al. exploraron el impacto del dolor crónico en la actividad y en la calidad de vida (SF-36) de 4.611 pacientes (34% ≥ 65 años). Asociaron el dolor crónico con mala calidad de vida en todas las dimensiones del SF-36, siendo la asociación mayor en las dimensiones de dolor y salud física, y menor en la de salud mental¹⁵.

En los ancianos las causas más frecuentes de dolor son la artritis, los trastornos osteoarticulares y la patología lumbar, entre otras condiciones médicas¹². Birrell, et al. valoraron el impacto del dolor de cadera, mayoritariamente unilateral, en la calidad de vida de 195 pacientes ≥ 40 años (edad media 63 ± 11 años). Se observó una peor calidad de vida en la mayoría de las dimensiones, más marcada para las medidas físicas del SF-36: funcionamiento físico, rol físico y dolor; y más leve para la salud mental, salud general y vitalidad¹⁷. Las artroplastias totales de cadera y de rodilla son unos procedimientos quirúrgicos ampliamente utilizados para aliviar el dolor y mejorar la función articular. Jones, et al. cuantificaron la magnitud del cambio observado en el dolor, la función y la calidad de vida (SF-36) de 504 pacientes ≥ 40 años (edad media $68,5 \pm 10,1$ años) sometidos a esta cirugía. A los 6 meses de la intervención las puntuaciones del SF-36 fueron significativamente mejores para todas las dimensiones comparadas con los resultados pre-

vios a la intervención. Los mejores beneficios se observaron para las puntuaciones del dolor corporal, de la función física, del rol de función física, y del componente físico del SF-36, aunque sin llegar a valores de normalidad. En las demás dimensiones se observaron cambios moderados¹⁸.

Otra de las causas de dolor en los ancianos son las úlceras crónicas en las piernas, y su prevalencia oscila entre 0,12-0,58%. Lindholm, et al. describieron la calidad de vida (NPH) de 125 pacientes con úlcera crónica en la pierna (edad media 77 años). En este estudio los hombres muestran puntuaciones extraordinariamente elevadas, comparadas con las puntuaciones normales para hombres, especialmente en las áreas de dolor, reacción emocional, aislamiento social y restricción física. Para las mujeres el impacto de la úlcera crónica parece mucho menos acentuado que para los hombres. El tiempo de evolución de la úlcera crónica no pareció influenciar en la calidad de vida⁸.

Los términos *sufrimiento* y *calidad de vida* han sido comúnmente usados en el marco del cáncer, el SIDA u otros trastornos médicos progresivos. Ferrell, et al. evaluaron la calidad de vida en 66 pacientes oncológicos ≥ 60 años (edad media de $67,7 \pm 8,1$ años). El cuestionario utilizado fue el *Quality of life tool*¹⁹, que mide la calidad de vida en los dominios del bienestar físico, el bienestar psicológico, asuntos sociales y bienestar espiritual; respecto al dolor mide su angustia y su intensidad. Los peores resultados se obtuvieron en áreas relacionadas con subescalas psicológicas, el disfrute de la vida, el apetito, la utilidad, el dolor y la fatiga; los mejores resultados se obtuvieron en subescalas sociales, seguidas por bienestar físico y asuntos espirituales²⁰.

CONCLUSIONES

En la calidad de vida interactúan todos aquellos factores que permiten a un individuo participar de una vida normal y disfrutar en el proceso. Pero el dolor como sensación y experiencia desagradable empeora nuestra calidad de vida, y el impacto que produce está en función de su intensidad, su duración, su etiología, las vivencias previas y las expectativas de futuro.

Las dimensiones de la calidad de vida más afectadas en el dolor crónico fueron las referidas al componente físico y al dolor.

Los problemas médicos y el dolor son medibles mediante escalas de salud, pero estas escalas objetivas no son extrapolables a una medida subjetiva como es la calidad de vida, y que sólo podremos conocer interrogando directamente al paciente.

A pesar del envejecimiento poblacional y de la alta prevalencia del dolor en los ancianos, esta población está infrarrepresentada en la mayoría de los estudios.

BIBLIOGRAFÍA

1. Gill TM, Feinstein AR. A critical appraisal of the quality of quality-of-life measurements. *JAMA* 1994;272:619-26.
2. Covinsky KE, Wu AW, Landefeld CS, Connors AF Jr., Phillips RS, Tsevat J, et al. Health status versus quality of life in older patients: does the distinction matter? *Am J Med* 1999;106(4):435-40.
3. Gallagher RM, Verma S, Mossey J. Chronic pain. Sources of late-life pain and risk factors for disability. *Geriatrics* 2000;55(9):40-7.
4. Ware JE, Sherbourne CD. The MOS 36-item short form health survey (SF-36). *Med Care* 1992;30:473-83.
5. McHorney CA, Ware JE, Lu JF, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF36): III. Test of data quality, scaling assumptions, and reliability across diverse patient groups. *Med Care* 1994;32:40-66.
6. Weingenger M, Nagle B, Hanlon JT, Samsa GP, Schmauder K, Landsman PB, et al. Assessing health-related quality of life in elderly outpatients: telephone versus face-to-face administration. *J Am Geriatr Soc* 1994; 42(12):1295-9.
7. Hunt SM, McKenna P, Williams J. Reliability of a population survey tool for measuring perceived health problems: a study of patients with osteoarthritis. *J Epidemiol Community Health* 1981;35:297-300.
8. Lindholm C, Bjellerup M, Christensen OB, Zederfeldt B. Quality of life in chronic leg ulcer patients. An assessment according to the Nottingham Health Profile. *Acta Derm Venereol* 1993;73(6):440-3.
9. Dupuy HJ. The psychological general well-being (PGWB) index. En: Wenger NK, Mattson ME, Furberg JF, Ellison JA (eds). *Assessment of quality of life in clinical trials of cardiovascular therapies*. Nueva York: Lejacq 1984:170-83.
10. EuroQol Group. EuroQol - a new facility for the measurement of health-related quality of life. *Health Policy* 1990;16:199-208.
11. Wolfe F, Hawley DJ. Measurement of the quality of life in rheumatic disorders using the EuroQol. *Br J Rheumatol* 1997;36(7):786-93.
12. AGS Panel on Chronic Pain in Older Persons. The management of chronic pain in older persons. *J Am Geriatr Soc* 1998;46:635-51.
13. Mangione CM, Marcantonio ER, Goldman L, Cook EF, Donaldson MC, Sugarbaker DJ, et al. Influence

- of age on measurement of health status in patients undergoing elective surgery. *J Am Geriatr Soc* 1993;41(4):377-83.
14. Becker N, Sjögren P, Bech P, Olsen AK, Eriksen J. Treatment outcome of chronic non-malignant pain patients managed in a Danish multidisciplinary pain centre compared to general practice: a randomised controlled trial. *Pain* 2000;84(2-3):203-11.
 15. Smith BH, Elliott AM, Chambers WA, Smith WC, Hannaford PC, Penny K. The impact of chronic pain in the community. *Family Practice* 2001;18(3):292-9.
 16. Becker N, Thomsen AB, Olsen AK, Sjögren P, Bech P, Eriksen J. Pain epidemiology and health related quality of life in chronic non-malignant pain patients referred to a Danish multidisciplinary pain center. *Pain* 1997;73:393-400.
 17. Birrell F, Croft P, Cooper C, Hosie G, Macfarlane G, Silman A. Health impact of pain in the hip region with and without radiographic evidence of osteoarthritis: a study of new attenders to primary care. The PCR Hip Study Group. *Ann Rheum Dis* 2000;59(11):857-63.
 18. Jones CA, Voaklander DC, Johnston DW, Suárez-Almazor ME. Health related quality of life outcomes after total hip and knee arthroplasties in a community based population. *Journal of Rheumatology* 2000; 27(7):1745-52.
 19. Padilla GV, Presant C, Grant MM, Lipsett J, Metter G. Quality of life index for patients with cancer. *Res Nurs Health* 1981;6:117-26.
 20. Ferrell BR, Ferrell BA, Ahn C, Tran K. Pain management for elderly patients with cancer at home. *Cancer* 1994;74(Suppl 7):2139-46.