

Impacto del Dolor en la Calidad de Vida del Lesionado Medular Impact of Pain On Quality of Life of Patients with Spinal Cord Injury

Cubillos, Fernando ⁽¹⁾; Correa, Gerardo ⁽²⁾; Cerda, Jaime ⁽³⁾.

Resumen

Objetivo: Determinar las características demográficas y de calidad de vida de pacientes con lesión medular y relacionar dolor y calidad de vida (CV) en la población en estudio.

Lugar de estudio: Hospital del Trabajador de Santiago, Chile

Material y Método: Pacientes parapléjicos adultos con lesión medular completa, y que dieron su consentimiento, completaron el test SF-36 V2 (36 item Short Form Health Survey Version 2), para medir calidad de vida. Para caracterizar el dolor en los lesionados medulares estudiados, se utilizó el ISCI-PBDS (The International Spinal Cord Injury Pain Basic Data Set). También se solicitó información médica y sociodemográfica.

Resultados: De una población total de 56 pacientes parapléjicos por trauma raquímedular, 40 pacientes participaron. El 65% reportó haber tenido dolor los últimos 7 días. 34,6% de los pacientes con dolor, presentó más de un tipo de dolor. La CV de los pacientes con dolor fue más baja tanto en los componentes físico y mental, como en todos los dominios del SF-36, al ser comparados con pacientes sin dolor. Los pacientes parapléjicos con dolor neuropático presentaron una CV significativamente menor tanto en el component físico como mental. Los pacientes con dolor severo mostraron una CV significativamente menor en el component físico.

Conclusión: la percepción de la CV es menor en la población de parapléjicos traumáticos con dolor.

Palabras claves: dolor, calidad de vida, lesión medular.

Summary

Objective: To determine demographic characteristics and associations between pain of patients with traumatic spinal cord injury (SCI) and their quality of life (QoL).

Setting: Hospital del Trabajador in Santiago, Chile

Method: paraplegic adult patients with complete traumatic spinal cord injury who gave their consent to participate completed the 36 item Short Form Health Survey Version 2 (SF-36 V 2) to assess quality of life. The International Spinal Cord Injury Pain Basic Data Set (ISCI-PBDS) was used to collect information about the pain in the SCI population. Sociodemographic and medical data were also solicited.

Results: Of a total population of 56 traumatic paraplegic patients, 40 participated. 65% of the sample reported to have pain the last 7 days. 34,6% of patients with pain had more than one type of pain. QoL in patients with pain was lower in physical and mental components summaries and in all subscales of the SF-36 survey as compared with patients without pain. Paraplegic patients with neuropathic pain had significant lower QoL in both mental and physical components summaries. Patients with severe pain had significant lower QoL in physical component summary.

Conclusions: The perceived QoL is decreased in the traumatic paraplegic population with pain.

Keywords: pain, quality of life, spinal cord injury.

(1) Fisiatra Hospital Mutual de Seguridad de Santiago C.Ch.C

(2) Fisiatra, Profesor Agregado Universidad de Chile, Hospital del Trabajador de Santiago (HT-ACHS).

(3) Epidemiólogo Departamento de Salud Pública, Facultad de Medicina Pontificia Universidad Católica de Chile

Introducción

El dolor es un síntoma común en los pacientes con una lesión medular. Diversos estudios han descrito prevalencias de dolor posterior a una lesión medular que van desde el 63 al 96% (1 - 9). Experiencias en nuestro país han mostrado presencia de dolor en lesionados medulares hasta en un 77,8% de los casos, estudio que fue realizado en población con lesión medular accidentados del trabajo (6).

Con el fin de estandarizar terminologías, otorgar directrices de tratamiento e informar evaluación de resultados, se han creado diversas clasificaciones del dolor en el lesionado medular. Una de las clasificaciones que más ha sobresalido en Rehabilitación y Manejo del dolor del lesionado medular es la clasificación de Siddall (IASP Taxonomy of SCI Pain) (10, 11). En ella se clasifica el dolor en dos grupos principales, dolor nociceptivo y dolor neuropático. El dolor nociceptivo es clasificado a su vez en musculoesquelético y visceral, mientras que el neuropático, en dolor sobre nivel, a nivel y bajo nivel (12, 13).

El dolor musculoesquelético y el neuropático no son excluyentes, es decir, pueden presentarse en forma conjunta. Incluyendo todos los tipos de dolor, se han reportado valores de prevalencia de

dolor musculoesquelético en el 59% de los pacientes, dolor neuropático a nivel en el 41% y bajo nivel en el 34%, y dolor visceral en el 5% de los pacientes lesionados medulares (5). La experiencia en este Hospital sobre la prevalencia de los distintos tipos de dolor en el lesionado medular, ha obtenido conclusiones donde también el dolor neuropático es el principal protagonista (6). Literatura sobre prevalencia ha mostrado también que más del 80% de los pacientes tienen dolor moderado y severo (33 y 53% respectivamente), siendo una minoría los pacientes con dolor leve (9%) y muy severo o insuportable (5%). El dolor neuropático resultó ser más severo que el dolor musculoesquelético (5). Por otra parte, se ha reportado que aproximadamente el 60% de los lesionados medulares presentan 2 o 3 dolores simultáneamente (14).

El dolor en el lesionado medular, adquiere importancia no sólo por el hecho de representar una característica presente en la mayoría de los lesionados medulares, sino también porque el dolor puede interferir en el proceso de rehabilitación, en las actividades de la vida diaria, en la calidad de vida e incluso en el estado anímico, reflejado en algunos pacientes como cuadros severos de depresión (5-17). Se ha descrito que hasta el 93% de los pacientes con dolor neuropático o disestesias a nivel o bajo el nivel de la lesión, se ven interferidos en las actividades de la vida diaria (3).

Dado los cambios físicos, sociales y de autopercepción de los pacientes con una lesión medular, su calidad de vida puede verse disminuida (18, 19). Calidad de vida se ha transformado en una meta fundamental en la rehabilitación de los pacientes con lesión medular, constituyendo además un resultado clave a la hora de determinar la efectividad de los programas de rehabilitación utilizados en estos pacientes (20).

Numerosos han sido los cuestionarios que en el tiempo se han aplicado a pacientes con lesión medular (LM), para determinar estilo de vida, estado de satisfacción y/o calidad de vida. El SF-36 es uno de los test más utilizados en la literatura internacional para determinar aspectos de calidad de vida en los lesionados medulares adultos, presentando buenas propiedades psicométricas con excelente confiabilidad y fuerte validez (21). Por otro lado, este cuestionario ya ha sido validado en nuestro país, utilizando un lenguaje adecuado para la población chilena (22). Si analizamos los resultados obtenidos a través de los diversos estudios hechos en calidad de vida de lesionados medulares usando SF-36, vemos que los factores relacionados a una mejor calidad de vida son, el sexo masculino, estado civil casado, menor edad de lesión, menor severidad de la lesión (a menor nivel neurológico de lesión y lesión medular incompleta), capacidad de autocateterismo, mientras que se han asociado a peor calidad de vida una mayor severidad de la lesión medular, presencia de problemas médicos (dolor neuropático, espasticidad, alteración vesical e intestinal, úlceras por presión, disfunción sexual, hospitalización el último año), trastorno del ánimo, la disfunción física y social, y la percepción de pérdida de independencia (23).

A pesar de la importancia de este tema dentro de la Rehabilitación, no contamos hasta ahora con reportes que describan la calidad de vida de los lesionados medulares con o sin dolor, en un país en vías de desarrollo como el nuestro, donde no necesariamente los pacientes tendrán el mismo apoyo físico y/o psicológico que el entregado en países desarrollados, los cuales han constituido los principales escenarios de los numerosos trabajos sobre calidad de vida a nivel mundial. Desconocemos datos que evalúen el impacto real del dolor en la calidad de vida de los lesionados

medulares en nuestro país.

Los objetivos generales de este estudio fueron determinar las características demográficas y la calidad de vida de hombres con lesión medular actualmente en control en HTS (Hospital del Trabajador Santiago) y relacionar dolor y calidad de vida en la población en estudio. Los objetivos específicos fueron identificar a los pacientes con dolor y sin dolor, clasificar el dolor en los pacientes estudiados utilizando criterios aceptados internacionalmente, caracterizar el dolor en los pacientes estudiados, analizar la calidad de vida del lesionado medular con y sin dolor y determinar la influencia que tienen la intensidad, la temporalidad y el tipo de dolor en la calidad de vida de los pacientes estudiados.

Material y Método

Tipo de Estudio: Estudio descriptivo, transversal.

Tipo de Pacientes: La población estudiada corresponde a todos aquellos pacientes con lesión medular actualmente en control en el HTS y que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de Inclusión: lesión medular de causa traumática, paraplejia completa (ASIA A), paciente ley 16.744 (por accidente laboral o de trayecto), hombres, edad ≥ 18 años y en control en HTS.

Criterios de Exclusión: antecedente de deterioro cognitivo severo (Psicometría con deterioro psicorgánico moderado a severo), presencia de patología psiquiátrica severa (Evaluación psiquiátrica de patología actual que impida la adecuada contestación de los test), espasticidad severa (Ashworth 3 o 4), trastornos vesicales (incontinencia, infecciones urinarias recurrentes) o intestinales severos (incontinencia, constipación), UPP profunda (III o IV).

Metodología Empleada: Los pacientes fueron contactados por vía telefónica o personalmente, y se les invitó a participar del estudio a través de información telefónica, previo consentimiento informado. A los pacientes que aceptaron, se les aplicó la encuesta, que consta de tres partes:

1) Datos generales médicos y socio demográficos del paciente.

La intensidad del dolor se midió por la Escala Numérica (NRS), de cero a 10 puntos, siendo cero ausencia del dolor y diez el mayor dolor imaginable. Se subdividió según intensidad en :

- a. Leve: NRS de 1 a 3 puntos
- b. Moderado: NRS de 4 a 6 puntos
- c. Severo o Intenso: NRS de 7 a 10 puntos

2) International Spinal Cord Injury Pain Basic Data Set ²⁴.

Ficha diseñada para el registro básico de datos, desarrollada por miembros de importantes organizaciones relacionadas al estudio de la lesión medular y el dolor (ISCoS, ASIA, APS, IASP). Recopila información sobre el dolor del lesionado medular, para ser aplicado en la práctica clínica. Esta ficha clasifica el dolor de acuerdo al sistema taxonómico propuesto por Siddall y col^{10,11}. Para realizar una correcta identificación de los distintos tipos de dolores, este sistema taxonómico los define de la siguiente manera (11-24):

Dolor Nociceptivo (No): aquel asociado a la estimulación de los nociceptores somáticos o viscerales. Se divide en:

- a. Dolor Musculoesquelético (ME): se caracteriza por ser sordo, fijo y continuo, relacionado con el movimiento, mejora con el reposo y se localiza en estructuras musculoesqueléticas que estén en zonas con al menos algo de sensibilidad preservada. Incluye traumatismo o inflamación de hueso, articulación o músculo, espasmo muscular, síndromes secundarios por exceso de uso.

b. Dolor Visceral (Visc): se caracteriza por ser sordo, espasmódico y se localiza en la región abdominal con innervación intacta. Son ejemplos aquellos secundarios a cálculo renal, trastorno intestinal, disfunción de esfínteres y cefalea disrefleja.

c. Otros (nociceptivo): aquellos que no caben en las categorías anteriores. Incluye al dolor por ulceración de la piel y cefaleas.

Dolor Neuropático (Ne): aquel causado por alteración del Sistema Nervioso. Se caracteriza por ser agudo, fulgurante, ardiente, tipo respuesta eléctrica (hiperestesia, hiperalgesia). Se divide en:

a. Sobre Nivel (SN): localizado en la región de preservación sensorial. Incluye las mononeuropatías compresivas.

b. A Nivel (AN): localizado en el segmento a la altura de la lesión y hasta tres dermatomas bajo este nivel. Incluye la compresión de raíz nerviosa (incluida cauda equina), siringomielia, traumatismo/isquemia de la médula espinal, traumatismo de la raíz o la médula a dos alturas (síndrome de doble lesión).

c. Bajo Nivel (BN): localizado difusamente por debajo de la lesión (más de tres dermatomas bajo el nivel neurológico de la lesión). Incluye traumatismo/isquemia de la médula espinal.

d. Otros (neuropático): aquellos SN, AN o BN pero que no impresionan derivar de la lesión medular. Incluye neuralgia postherpética, neuropatía diabética, dolor central post accidente cerebro vascular y mononeuropatías compresivas.

3) *SF-36 v2 (validada para población chilena)* (22), con modificaciones correspondientes para ser aplicada a población parapléjica (25). Comprende dos componentes, uno de salud física (CSF) y otro de salud mental (CSM). El CSF se divide a su vez en 4 dimensiones: Función física (FF), rol físico (RF), dolor corporal (DC) y salud general (SG). El CSM se divide en: Vitalidad (VT), función social (FS), rol emocional (RE) y salud mental (SM). Este estudio utilizó la versión estándar de SF-36 v.2, autorizada por licencia de QualityMetric Incorporated USA.

Los datos fueron recopilados en una Ficha de Registro.

Análisis estadístico: Las variables categóricas fueron descritas en términos de número y porcentaje y las variables continuas en términos de promedio y desviación o mediana y rango intercuartil, luego de verificar su distribución mediante la prueba de Shapiro-Wilk. Las variables continuas fueron comparadas mediante la prueba de Mann-Whitney, considerándose como estadísticamente significativo todo valor $p \leq 0,05$. Los cálculos fueron realizados mediante el software estadístico SPSS versión 15.0. Las variables categóricas fueron comparadas mediante la prueba de Chi cuadrado o la prueba de Probabilidad exacta de Fisher, según correspondiera.

Aspectos Éticos: El protocolo de investigación fue revisado y aprobado por el Comité de Ética del Hospital del Trabajador de Santiago.

Resultados

De un universo de 57 pacientes, 40 fueron encuestados, los cuales cumplieron con criterios de inclusión. Se excluyeron 17 pacientes: 4 estaban fallecidos, 2 reiniciaron controles en otro hospital, 3 presentaban UPP grado IV, 1 tenía infección urinaria recurrente, 2 tenían deterioro psicorgánico moderado a severo, 2 decidieron no participar del estudio y 3 pacientes no fueron ubicables.

Al analizar la muestra total, la edad promedio fue de 50,3 (± 13) años con un tiempo de lesión medular promedio de 14,6 (± 11) años. El 75% (30) de los pacientes presentaron nivel neurológico de lesión a nivel o bajo T6. Con respecto al tono, el 57,5% (23) de los pacientes presentaron paraplejia espástica y el 42,5%

(17), flácida. El 55% (22) de los pacientes estaba casado. Al analizar la actividad laboral, el 62,5% (25) de los pacientes tenía alguna actividad, mientras que el 37,5% (15) estaba cesante. Con respecto a la escolaridad, el 57,5% (23) tenía nivel escolar y el 42,5% (17) tenía educación nivel superior. Tabla 1.

Tabla 1. Características de los pacientes lesionados medulares.

Características		Total Pacientes
n°		40
Edad (prom \pm DE)		50,3 \pm 13
Tiempo LM (prom \pm DE)		14,6 \pm 11
Nivel Neurológico Lesional	Sobre T6	10 (25%)
	A nivel o bajo T6	30 (75%)
Tono	Espástico	23 (57,5%)
	Flácido	17 (42,5%)
Estado Civil	Casado	22 (55%)
	No Casado	18 (45%)
Ocupación laboral	Con trabajo	25 (62,5%)
	Cesante	15 (37,5%)
Educación	Escolar	23 (57,5%)
	Superior	17 (42,5%)

Al separar la muestra según presencia de dolor, observamos que ambos grupos presentaron valores similares de edad promedio (50 años) y tiempo de lesión medular.

En ambos grupos, hubo mayor porcentaje de pacientes con nivel neurológico de lesión a nivel o bajo T6. El 65,4% (17) de los pacientes con dolor presentaron paraplejia espástica, mientras que el 57% (8) de los pacientes sin dolor presentaron paraplejia flácida. En el grupo con dolor, el 57,7% de los pacientes eran casados y en el grupo sin dolor, el 50%. Al analizar la ocupación, el 57,7% (15) de los pacientes con dolor tenían ocupación laboral frente a un 71,4% (10) del grupo sin dolor. En el grupo con dolor hubo igual porcentaje de pacientes tanto con nivel de educación escolar como superior, mientras que en el grupo sin dolor, el 71,4% tenía sólo nivel escolar. Ninguna de las variables presentó diferencias significativas entre ambos grupos. Tabla 2.

Tabla 2. Características de los pacientes lesionados medulares según presencia de dolor.

Características	Pacientes con dolor	Pacientes sin dolor	Pacientes sin dolor	
n°	26 (65%)	14 (35%)		
Edad (prom \pm DE)	50,6 \pm 12	49,6 \pm 15	0,25	
Tiempo LM (prom \pm DE)	14,0 \pm 10	15,7 \pm 11	0,51	
Nivel Neurológico Lesional	Sobre T6	7 (26,9%)	3 (21,4%)	1,00
	A nivel o bajo T6	19 (73,1%)	11 (78,6%)	
Tono	Espástico	17 (65,4%)	6 (43%)	0,17
	Flácido	9 (34,6%)	8 (57%)	
Estado Civil	Casado	15 (57,7%)	7 (50%)	0,64
	No Casado	11 (42,3%)	7 (50%)	
Ocupación laboral	Con trabajo	15 (57,7%)	10 (71,4%)	0,39
	Cesante	11 (42,3%)	4 (28,6%)	
Educación	Escolar	13 (50%)	10 (71,4%)	0,19
	Superior	13 (50%)	4 (28,6%)	

Al analizar las características de los pacientes con dolor, el 65,4% (17) presentaron 1 dolor y el 34,6% (9) presentaron más de un dolor, durante los últimos 7 días. Tanto el dolor nociceptivo musculoesquelético (No-ME) como el dolor neuropático bajo nivel (Ne-BN), se presentaron en el 46,2% (12) de los pacientes con dolor. El dolor neuropático a nivel (Ne-AN) se presentó en el 30,8% (8) y el dolor nociceptivo visceral (No-Visc) en el 11,5% (3) de los pacientes con dolor. Considerando los sitios de dolor de acuerdo al International Spinal Cord Injury Pain Basic Data Set, el dolor se presentó con mayor frecuencia en el segmento piernas /pies (30,8% de los pacientes). Sólo el 61,5% (16) de los pacientes refirió estar usando medicamentos para su dolor. Tabla 3.

Tabla 3. Características de los pacientes lesionados medulares con dolor.

Características		pacientes	%
Nº de dolores	1	17	65,4%
	>1	9	34,6%
Tipo de dolor*	No- Me	12	46,2%
	No- Visc	3	11,5%
	No- Otro	1	3,8%
	No- AN	8	30,8%
	No- BN	12	46,2%
Sitio dolor**	Cabeza	1	3,8%
	Cuello/Hombros	7	26,9%
	Brazos/Manos	4	15,4%
	Tronco Anterior/Genitales	7	26,9%
	Espalda	7	26,9%
	Glúteos/Caderas	3	11,5%
	Muslos	7	26,9%
	Piernas/Pies	8	30,8%
	Medicamentos para el dolor	No	10
Sí		16	61,5%

* Un paciente puede presentar más de un tipo de dolor
 **Un paciente puede presentar dolor en más de un sitio

Al analizar el dolor en los pacientes estudiados, observamos que la intensidad (según escala numérica de 0 a 10) presentó un promedio de 4 puntos en el dolor No-ME y en un 85,7% de los casos se encontró en rango leve (NRS 1 a 3) a moderado (NRS 4 a 6). El dolor Ne-AN tuvo una intensidad promedio de 7 y en un 100% de los casos se presentó en rango moderado (NRS 4 a 6) a severo (NRS 7 a 10). El dolor Ne-BN tuvo una intensidad promedio de 7 y en un 92,3% de los casos se presentó en rango moderado a severo. Gráficos 1 y 2.

Gráfico 1. Intensidad según tipos de dolor.

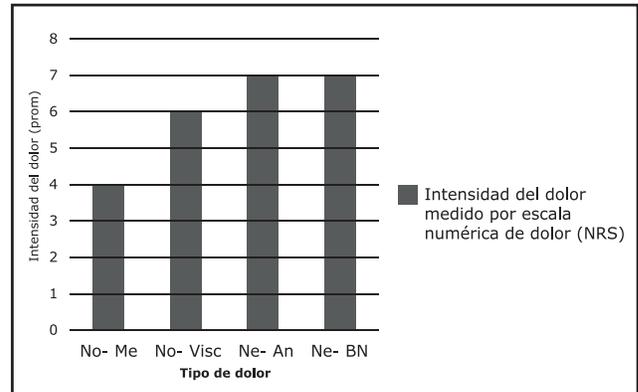
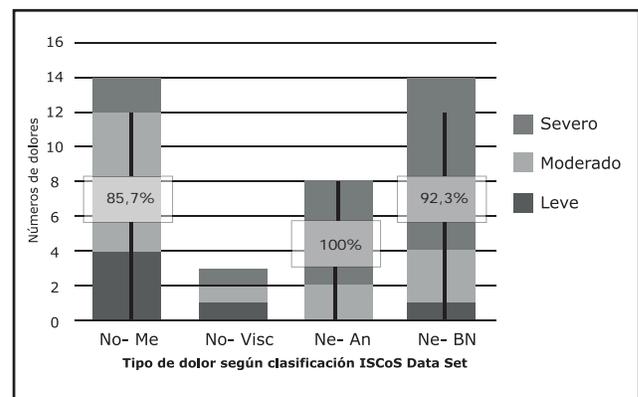


Gráfico 2. Número de dolores según tipo de intensidad.

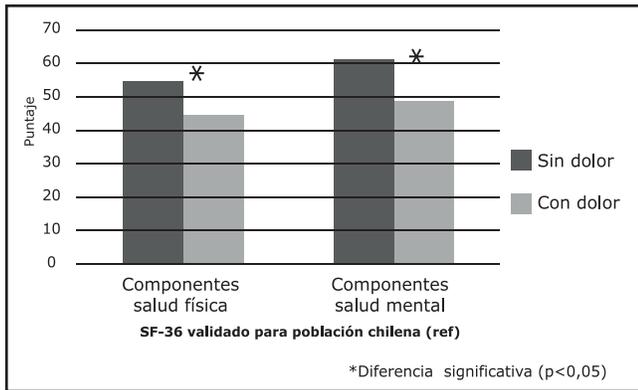


Con respecto a la temporalidad del dolor, el dolor No-ME en un 64,3% de los casos se presentó todos los días durante la última semana, el dolor Ne-AN en un 100% y el dolor Ne-BN en un 92,3% de los casos.

Al evaluar la duración del dolor, obtuvimos que el dolor Ne-AN en un 87,5% de los casos se presentó de manera constante o continua, frente a lo ocurrido con el dolor Ne-BN y No-ME que se presentaron de manera constante o continua en un 57,1% y 50% de los casos respectivamente.

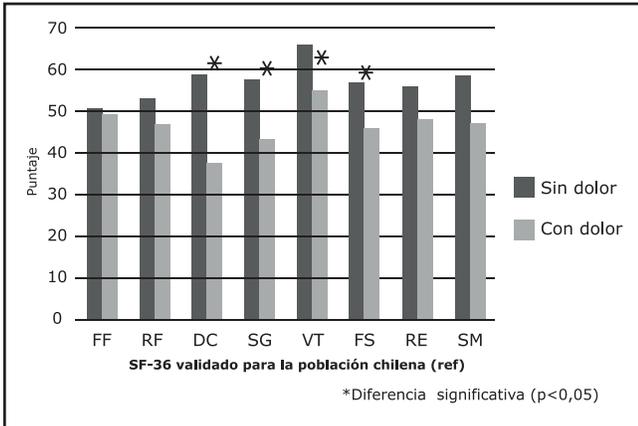
Al comparar los puntajes obtenidos en la encuesta SF-36, expresados en medianas (rango intercuartil), se observó que los pacientes sin dolor obtuvieron una mediana en el componente de salud física (CSF) de 54 (9) y los pacientes con dolor, de 43,7 (31,1), con un valor p de 0,001. A su vez, los pacientes sin dolor obtuvieron una mediana en el componente de salud mental (CSM) de 60,6 (14,3) y los paciente con dolor, de 48,5 (24,8) con un valor p de 0,048. Gráfico 3.

Gráfico 3. Calidad de vida según presencia de dolor.



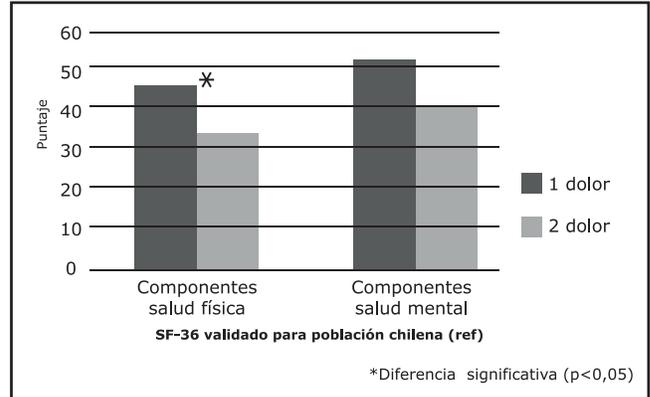
Al realizar el mismo análisis anterior, ahora con los ocho dominios de la encuesta, observamos una significativa peor calidad de vida en los pacientes con dolor, en las áreas correspondientes a Dolor Corporal (p<0,001), Salud General (p=0,003), Vitalidad (p=0,029) y Función Social (p=0,031). Gráfico 4.

Gráfico 4. Calidad de vida según presencia de dolor.



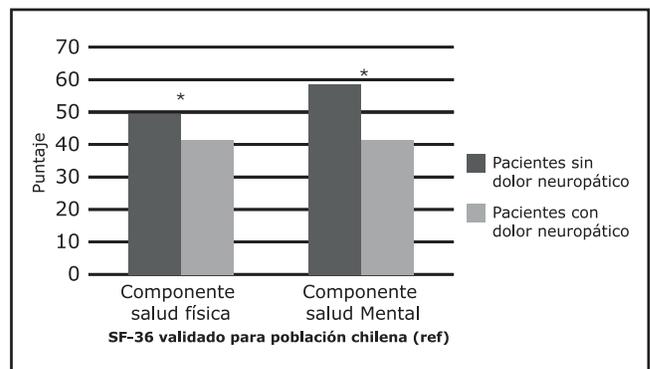
En el subgrupo de pacientes con dolor (n=26), al comparar la calidad de vida según el número de dolores (1 vs. 2 o más), se obtuvo una diferencia significativa en el componente de salud física (p<0,005), pero no en el de salud mental (p=0,164). Gráfico 5.

Gráfico 5. Calidad de vida según presencia de uno o más dolores.



En el subgrupo de pacientes con dolor (n=26), al comparar la calidad de vida entre los pacientes con dolor neuropático vs. aquellos sin dolor neuropático, se obtuvo una diferencia significativa tanto en el componente de salud físico (p=0,025) como en el componente de salud mental (p=0,045). Gráfico 6.

Gráfico 6. Calidad de vida según presencia o ausencia de dolor neuropático.



En el subgrupo de pacientes con dolor (n=26), al comparar la calidad de vida entre los pacientes con dolor intenso vs aquéllos sin dolor intenso, se obtuvo una diferencia significativa en el componente de salud física (p=0,001), pero no en el de salud mental (p=0,305).

En el subgrupo de pacientes con dolor (n=26), al comparar la calidad de vida entre los pacientes con dolor constante vs aquéllos sin dolor constante, no se obtuvo diferencia significativa en el componente de salud física (p=0,497), ni en el de salud mental (p=0,209).

Discusión

Este estudio demuestra una prevalencia del dolor en la población estudiada de lesionados medulares, correspondiente al 65%, lo que coincide con lo publicado en la literatura internacional. Sin embargo, este valor es aproximadamente 10 puntos porcentuales menor que lo publicado por Rebolledo y col (6), quienes encontraron en el mismo hospital una prevalencia de dolor en el 77,8% de los lesionados medulares estudiados. Esta diferencia debe ser analizada con precaución, puesto que a diferencia de aquel estudio que consideró lesionados medulares sin importar nivel neurológico de lesión ni grado de completitud, en nuestro estudio la población fue acotada a parapléjicos completos. Esta selección de la muestra nos permitió eliminar variables que pudieran ser confundentes y que ya se ha demostrado su influencia ya sea negativa o positiva en la calidad de vida de los lesionados medulares (género, completitud y nivel neurológico de lesión, espasticidad severa y presencia de comorbilidades).

En este estudio no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los pacientes con dolor y sin dolor al ser comparados según nivel neurológico de la lesión, tono de la paraplejía, ocupación laboral, estado civil y nivel de educación. Al revisar la literatura sobre prevalencia de dolor en lesionados medulares hay evidencia que concuerda con nuestros hallazgos en relación al nivel de lesión y estado civil. Sin embargo, Turner y col (4) sí encontraron significativamente menos dolor en pacientes con actividad laboral y en pacientes con escolaridad universitaria completa. Dado el número de pacientes encuestados en nuestro estudio, no podemos descartar la probabilidad de error tipo II en el análisis. Con respecto a la variable tono, no hay claridad sobre la prevalencia de dolor en lesionados medulares con espasticidad. Sin embargo, en nuestro estudio, al observar la tendencia que se produce al comparar pacientes con y sin dolor según el tono, podemos decir que un importante porcentaje de pacientes con dolor presentan espasticidad (65,4%), en contraposición a los pacientes sin dolor, quienes presentan flaccidez en el 57% de los casos. Posiblemente las variables dolor y tono, estarían asociadas si se consideraran muestras de mayor tamaño.

Llama la atención que en este estudio, dentro del grupo de pacientes con dolor, se detectó una prevalencia mayor de pacientes con 1 dolor (65,4%) en comparación a aquellos con 2 o más dolores (34,6%). Estos resultados no son concordantes con lo encontrado en la literatura, donde la prevalencia de pacientes con más de un dolor es sobre el 57,5% (14,26). Más aún, se podría haber esperado un mayor reporte de dolores teniendo en consideración que se trata de pacientes asegurados por la ley laboral y donde actitudes gananciales no son inhabituales. De todos modos, el análisis debe ser hecho con precaución teniendo en cuenta que los estudios poseen diferentes poblaciones de lesionados medulares. Se necesitan más estudios que comparen el número de dolores diferentes tanto en población tetrapléjica como parapléjica.

Los datos obtenidos con respecto a la prevalencia de dolor según el segmento corporal, concuerdan con lo descrito en la literatura (14), siendo más frecuente el dolor en los segmentos piernas/pies, espalda, cuello/hombros y muslos.

En este estudio, el segmento tronco anterior/genitales, también tuvo una alta frecuencia.

Tanto el dolor nociceptivo musculoesquelético como el dolor neuropático bajo nivel, se presentaron en la misma cantidad de pacientes, correspondiendo a los tipos de dolores con mayor frecuencia (cada uno en el 46,2% de los pacientes), seguidos por el dolor neuropático a nivel (en el 30,8% de los pacientes con dolor) y el nociceptivo visceral (en el 11,5% de los pacientes con dolor). En la literatura disponible se pueden encontrar diversas clasificaciones del dolor en el lesionado medular. Si se consideran los estudios que utilizan la misma clasificación del dolor que en el presente estudio, los datos encontrados son concordantes, al aparecer el dolor No-ME como el más prevalente (2,5). Sin embargo, en estos estudios aparece el dolor Ne-AN en segundo lugar de prevalencia, a diferencia de este estudio en que el dolor Ne-BN tuvo una prevalencia tan alta como el dolor No-ME. La población de pacientes analizada también coincide con lo reportado en relación a la intensidad de los distintos tipos de dolor, ya que los dolores neuropáticos AN y BN fueron referidos por los pacientes como los más intensos. Además, los dolores neuropáticos tienden a ser más persistentes en el tiempo (dolor más constante que intermitente) y de mayor frecuencia durante la última semana (generalmente se presentan todos los días). Esto adquiere relevancia clínica pues deben reconocerse a tiempo aquellos pacientes con dolor neuropático, principalmente a nivel, para iniciar un esquema de manejo analgésico potente y multimodal.

Al analizar la calidad de vida de los pacientes, podemos observar que aquellos con dolor tienen significativamente peor calidad de vida que los sin dolor, tanto en el componente físico como en el mental. Al realizar el análisis según los distintos dominios de la encuesta, observamos significativamente peor puntaje en los dominios de dolor corporal (DC) y salud general (SG), dentro del componente de salud física, y en los dominios de vitalidad (VT) y función social (FS), dentro del componente de salud mental. La tendencia en el resto de los dominios mostró que los puntajes fueron siempre menores para el grupo de pacientes con dolor. Esto orienta a pensar que los pacientes con dolor, presentan esta condición de manera severa y limitante (DC), con una autopercepción de salud pobre y con tendencia a ser cada vez peor, es decir, con poca perspectiva de su salud en el futuro (SG). Por otro lado, se sienten más interferidos en sus actividades sociales (FS) y frecuentemente están cansados o agotados (VT). Dentro del grupo de pacientes con dolor, se observó también que aquellos con 1 dolor tuvieron mejor calidad de vida que los con 2 o más dolores, lo que fue significativo en el componente de salud física. Aquí radica la importancia de una completa anamnesis y una detección oportuna de múltiples dolores simultáneos.

El análisis de calidad de vida según el tipo de dolor que presente el paciente es complejo, pues un mismo paciente puede tener en forma simultánea más de un tipo de dolor diferente, con intensidades y temporalidades distintas. Felix y col (14) analizaron cuáles eran las características del "peor dolor" en pacientes con lesión medular. Concluyeron que los pacientes refieren el "peor dolor" como aquel más

intenso, con características neuropáticas y que se presenta de manera constante. De acuerdo a estas conclusiones, se analizó en el presente estudio la calidad de vida de los pacientes que presentaban dichas características del dolor. Se obtuvieron puntajes menores en las percepciones de calidad de vida referidas por los lesionados medulares, cuando las condiciones de dolor neuropático, severo o constante, estaban presentes. Sin embargo, estas diferencias fueron estadísticamente significativas en los componentes físico y mental al analizar la presencia de dolor neuropático, y sólo en el componente físico, al analizar la presencia de dolor intenso. Estos análisis reafirman la importancia que existe en la detección y manejo adecuado del dolor intenso y de características neuropáticas en los lesionados medulares, para mitigar su influencia negativa en la calidad de vida percibida por ellos.

El presente estudio no está exento de limitaciones. En primer lugar, el número de pacientes encuestados podría haber sido insuficiente, lo que podría aumentar la probabilidad de error tipo II en nuestros análisis. Esto podría atenuarse al incluir a pacientes de otros centros hospitalarios en estudios posteriores, aumentando así la potencia. No obstante ello, existe una consistencia en los hallazgos referentes a calidad de vida, los cuales apuntan a que todas aquellas condiciones adversas tienden a asociarse a una peor calidad de vida. En segundo lugar, al ser todos los pacientes de la muestra pertenecientes a la misma institución, con etiología traumática en contexto laboral o de trayecto, no necesariamente representan a la totalidad de los pacientes medulares en Chile. En tercer lugar, dada la naturaleza observacional del presente estudio, éste no está exento del fenómeno de confusión. Para atenuar la influencia de la confusión, se optó por seleccionar una muestra relativamente homogénea en torno a potenciales variables confundentes. Por su parte, se optó por presentar comparaciones crudas (no ajustadas) debido a que las variables de respuesta no presentaban una distribución normal que permitiera modelarlas utilizando métodos paramétricos y, por otro lado, el haber empleado

otro tipo de modelos (ej: regresión logística) obligaría a establecer arbitrariamente puntos de corte para variables continuas, los cuales posiblemente no tengan un correlato clínico. Por último, es importante mencionar dos fortalezas del presente estudio: en primer lugar el uso de la encuesta SF-36 V2, validada en población de lesionados medulares y a su vez validada en población chilena, permitiendo una valoración objetiva de calidad de vida; y en segundo lugar el hecho que todas las encuestas fueron realizadas por el mismo encuestador, lo cual le otorga la homogeneidad necesaria al proceso de captura de información.

Este es el primer estudio en Chile que evalúa calidad de vida en los pacientes con lesión medular. La prevalencia del dolor en la muestra estudiada es similar a lo descrito en la literatura. Los diferentes análisis fueron consistentes en demostrar que el dolor es una condición que repercute negativamente en la calidad de vida de los pacientes estudiados, tanto en sus componentes de salud mental como de salud física. Considerando el escenario epidemiológico actual, es decir, el de un país con una alta esperanza de vida, incluyendo a pacientes discapacitados, resulta mandatorio procurar que dichos años sean vividos con la mejor calidad posible. Para tales efectos el presente estudio constituye un buen punto de partida al identificar características que influyen en dicha calidad. Por esto, sería de gran interés ampliar esta investigación a otros centros hospitalarios, aumentando el número de pacientes y considerando a población de lesionados medulares con otros niveles de lesión medular y de completitud.

Agradecimientos:

Agradecemos al Servicio de Rehabilitación del Hospital del Trabajador, a cargo del Dr. Alonso Mujica, por todas las facilidades que brindaron para la realización de este trabajo, especialmente por las ejecutivas administrativas, Sra. Valeria Rojas y Alicia Barra que contribuyeron de manera sustancial en la citación de los pacientes a las citaciones requeridas.

Referencias Bibliográficas

- (1) Kennedy P et al. Factors associated with acute and chronic pain following traumatic spinal cord injuries. *Spinal Cord*; 35: 814-817 (1997).
- (2) Siddall P, et al. Pain report and the relationship of pain to physical factors in the first six months following spinal cord injury. *Pain*; 81: 187-197 (1999).
- (3) Finnerup N, et al. Pain and dysesthesia in patients with spinal cord injury: A postal survey. *Spinal Cord*; 39: 256 ± 262 (2001).
- (4) Turner J et al. Chronic Pain Associated With Spinal Cord Injuries: A Community Survey. *Arch Phys Med Rehabil*; 82: 501-508 (2001).
- (5) Siddall P, et al. A longitudinal study of the prevalence and characteristics of pain in the first 5 years following spinal cord injury. *Pain*; 103: 249-257 (2003).
- (6) Rebolledo P, et al. Dolor en Lesionados Medulares. *Ciencia y Trabajo*; 6(12): 73-8 (2004).
- (7) Jensen MP et al. Chronic pain in individuals with spinal cord injury: a survey and longitudinal study. *Spinal Cord*; 43: 704-712 (2005).
- (8) Ullrich P. Pain Following Spinal Cord Injury. *Phys Med Rehabil Clin N Am*; 18: 217-233 (2007).
- (9) New PW et al. A Survey of pain during the rehabilitation after acute spinal cord injury. *Spinal Cord*; 35: 658 – 663 (1997).
- (10) Siddall PJ and Loeser JD. Pain following spinal cord injury. *Spinal Cord*; 39: 63-73 (2001).
- (11) Siddall PJ et al. Dolor después de una lesión de médula espinal: características clínicas, prevalencia y taxonomía. *Rev. Soc. Esp. Dolor*; 8: 269-276 (2001).
- (12) Finnerup N, Jensen T. Spinal cord injury pain – mechanisms and treatment. *European Journal of Neurology*; 11: 73-82 (2004).
- (13) Siddall P, Middleton J. A proposed algorithm for the management of pain following spinal cord injury. *Spinal Cord*; 44: 67-77 (2006).
- (14) Felix E et al. Chronic pain after spinal cord injury: What characteristics make some pains more disturbing than others? *Journal of Rehabilitation Research & Development*; 44 (5): 703-716 (2007).
- (15) Post M and Noreau L. Quality of Life After Spinal Cord Injury. *Journal of Neurologic Physical Therapy*; 29 (3): 139-146 (2005).
- (16) Widerström-Noga E et al. Chronic Pain After Spinal Injury: Interference With Sleep and Daily Activities. *Arch Phys Med Rehabil*; 82: 1571-1577 (2001).
- (17) Cairns D et al. Pain and Depression in Acute Traumatic Spinal Cord Injury: Origins of Chronic Problematic Pain? *Arch Phys Med Rehabil*; 77: 329-335 (1996).
- (18) Wood-Dauphinée S and Exner G. Quality of life in patients with spinal cord injury-basic issues, assessment, and recommendations. *Restorative Neurology and Neuroscience*; 20: 135-149 (2002).
- (19) Franceschini M et al. Follow-up in persons with traumatic spinal cord injury: questionnaire reliability. *Europa Medicophysica*; 42 (3): 211-218 (2006).
- (20) Hamell K. Exploring quality of life following high spinal cord injury: a review and critique. *Spinal Cord*; 42: 491-502 (2004).
- (21) Luther S et al. A Pilot Study to Modif. The SF-36V Physical Functioning Scale for Use With Veterans With Spinal Cord Injury. *Arch Phys Med Rehabil*; 87: 1059-1066 (2006).
- (22) Olivares P. Estado de Salud de Beneficiarios del Sistema de Salud de Chile: 2004-2005. Departamento de Estudios y Desarrollo. Gobierno de Chile (2006).
- (23) Ku J. Health-Related Quality of Life in Patients with Spinal Cord Injury: Review of the Short Form 36-Health Questionnaire Survey. *Yonsei Medical Journal*; 48 (3): 360-370 (2007).
- (24) Widerström-Noga E et al. The International Spinal Cord Injury Pain Basic Data Set. *Spinal Cord*; 46: 818-823 (2008).
- (25) Vall J et al. Estudo da Qualidade de vida em pessoas com lesão medular traumática. *Arq Neuropsiquiatr*; 64 (2-B): 451 – 455 (2006).
- (26) Cardenas D et al. Classification of Chronic Pain Associated With Spinal Cord Injuries. *Arch Phys Med Rehabil*; 83: 1708-1714 (2002).

Los autores no presentan conflictos de intereses ni han recibido apoyo financiero para el desarrollo de esta investigación

Correspondencia:
Dr. Fernando Cubillos Oyarzún
Fisiatra Hospital Mutual de Seguridad
de Santiago
Alameda 4848, Santiago - Chile
E-Mail: dr.fernandocubillos@gmail.com