



## Editorial

## Vivir con EPOC: el dolor también cuenta

### Living with COPD: Pain is Important Too

 Javier de Miguel Díez<sup>a,\*</sup>, Rodrigo Jiménez García<sup>b</sup> y Ana López de Andrés<sup>c</sup>
<sup>a</sup> Servicio de Neumología, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Facultad de Medicina, Universidad Complutense de Madrid (UCM), Instituto de Investigación Sanitaria Gregorio Marañón (IISGM), Madrid, España

<sup>b</sup> Departamento de Salud Pública y Materno Infantil, Facultad de Medicina, Universidad Complutense de Madrid, Madrid, España

<sup>c</sup> Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Rey Juan Carlos, Alcorcón, Madrid, España


La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) es una causa importante de morbilidad en todo el mundo y está asociada con una carga socioeconómica significativa, que se prevé que aumente en las próximas décadas debido a la exposición continua a factores de riesgo y al envejecimiento de la población. Los síntomas más comunes que experimentan las personas con esta enfermedad son disnea, tos y producción crónica de esputo<sup>1</sup>. Adicionalmente, en estudios recientes se ha señalado que el dolor también es un síntoma importante en estos pacientes, con una prevalencia que oscila entre el 21 y el 82% de los casos<sup>2</sup>.

El dolor es más frecuente y grave en los sujetos con EPOC en comparación con los adultos sanos<sup>3</sup>. Entre los mecanismos potenciales que pueden causar, contribuir o mantener este síntoma en las personas con EPOC se encuentran los siguientes: limitaciones mecánicas del movimiento de la pared torácica como consecuencia de la hiperinsuflación, alteraciones musculoesqueléticas, desviaciones posturales, osteoporosis, fracturas por compresión, deformaciones vertebrales, artropatía costovertebral, efectos secundarios del uso prolongado de esteroides, presencia de algunas comorbilidades, como la ansiedad o la depresión, y determinadas características individuales, como el sexo y los factores socioeconómicos<sup>2</sup>.

Se ha descrito que el dolor lumbar es la localización más común de este síntoma en los pacientes con EPOC, siendo las afecciones musculoesqueléticas su etiología más frecuente<sup>3</sup>. No obstante, otros autores han descrito que el cuello, el tronco y las extremidades inferiores son también ubicaciones frecuentes en estos enfermos<sup>2,4</sup>. Aunque la migraña ha sido menos estudiada, en estudios previos se ha confirmado su asociación con la EPOC<sup>3</sup>. La combinación de hipoxemia, hipercapnia y trastornos del sueño podría influir en la aparición de migraña en estos enfermos<sup>5</sup>.

En un estudio reciente se ha puesto de manifiesto la influencia de la edad, el sexo, la presión arterial y la obesidad en algunos tipos de dolor sufridos por los pacientes con EPOC<sup>3</sup>. Rustøen et al.<sup>6</sup>

también encontraron que una menor edad y el sexo femenino, en asociación con otros factores como un menor nivel educacional, el hecho de vivir en soledad y el desempleo, se asocian a la existencia de dolor crónico. Por otra parte, se ha descrito que el dolor crónico es más común en mujeres que en hombres, registrando además las primeras una mayor intensidad de dolor. Entre los motivos que pueden justificar esta diferencia y que están avalados por la evidencia se incluyen factores neuroinmunológicos, hormonales, genéticos y psicosociales<sup>7</sup>. Además, se ha cuestionado si los hombres y las mujeres construyen diferentes significados acerca del dolor, lo que puede influir en su forma de relatar su experiencia sobre este síntoma<sup>8</sup>.

La hipertensión arterial también se ha relacionado con la aparición de dolor lumbar crónico y migraña en los pacientes con EPOC. Los posibles mecanismos que pueden explicar esta relación incluyen la hiperactividad del sistema nervioso simpático, la hipersensibilidad a los barorreceptores y la inhibición  $\alpha$ -2 adrenérgica<sup>3</sup>.

La relación entre el índice de masa corporal y algunos tipos de dolor ha quedado establecida en algunos estudios<sup>3</sup>. En este sentido, Borge et al.<sup>9</sup> encontraron que las personas con EPOC que experimentan dolor tienen un índice de masa corporal más alto que aquellas sin dolor. Se ha evidenciado que la obesidad aumenta la prevalencia de dolor al acompañarse de una elevación de los marcadores inflamatorios y al incrementar el riesgo de osteoartritis y dolor lumbar<sup>10</sup>. Además, el dolor también podría aumentar el riesgo de obesidad a través de la reducción de la actividad física o los cambios hormonales<sup>3</sup>.

Una mayor intensidad del dolor en los pacientes con EPOC se ha asociado con un aumento de la disnea, una disminución de la capacidad de ejercicio, una peor calidad de vida y una mayor cantidad de comorbilidades específicas<sup>3</sup>. De hecho, a los pacientes con EPOC y dolor se les prescribe con más frecuencia un tratamiento con agonistas  $\beta$ -2 adrenérgicos de acción corta y esteroides orales en comparación con aquellos sin dolor<sup>11</sup>. El dolor puede además contribuir al deterioro clínico de estos enfermos e interferir en sus actividades de la vida diaria, lo que puede explicar en parte las puntuaciones más bajas observadas en el componente físico de los cuestionarios de calidad de vida relacionados con la salud<sup>12</sup>. De

\* Autor para correspondencia.

 Correo electrónico: [javier.miguel@salud.madrid.org](mailto:javier.miguel@salud.madrid.org) (J. de Miguel Díez).

esta forma, un círculo vicioso de dolor, disnea, trastornos del sueño, ansiedad y depresión puede ejercer efectos negativos en la calidad de vida de los pacientes con EPOC<sup>3</sup>.

En un estudio reciente se ha puesto de manifiesto que más del 50% de los pacientes con EPOC han tomado medicamentos para el dolor durante el último mes<sup>3</sup>. Roberts et al.<sup>13</sup> también demostraron que los pacientes con EPOC tienen una utilización sustancialmente mayor de analgésicos y procedimientos relacionados con el dolor que aquellos con muchas otras enfermedades crónicas. Además, los datos de prescripción de pacientes ambulatorios apuntan a que muchos sujetos con EPOC usan analgésicos opioides a largo plazo, aunque no está claro si este uso está relacionado con la disnea refractaria o el control del dolor<sup>14</sup>. Por otra parte, se ha evidenciado que los costes médicos directos totales son más del doble entre los pacientes con EPOC con dolor crónico en comparación con aquellos que padecen la enfermedad pero no presentan este síntoma<sup>15</sup>.

Como ha podido apreciarse, el dolor crónico es común entre los pacientes con EPOC y ejerce un impacto negativo sobre el grado de disnea, la actividad física, el estado de ánimo y la calidad de vida de estos enfermos<sup>2</sup>. Entre las causas más frecuentes, y que, por lo tanto, pueden tener una mayor repercusión clínica, se encuentran las musculoesqueléticas, que afectan con frecuencia a la zona lumbar, como se ha descrito con anterioridad. Tanto el reconocimiento como el tratamiento adecuado de este síntoma son elementos importantes en la práctica clínica. De este modo, la valoración del dolor debería incorporarse a la evaluación integral de los síntomas, dentro de la atención clínica de los pacientes con EPOC.

A pesar de ello, en pocas guías de práctica clínica de manejo de esta enfermedad se aborda dicho síntoma. Además, cuando se menciona el dolor, suele ser en el contexto de reacciones adversas a fármacos específicos. Por otra parte, las que proporcionan recomendaciones o estrategias en torno a la evaluación de este síntoma, generalmente se refieren a un diagnóstico diferencial o a su manejo en situaciones de EPOC avanzada o cuidados paliativos<sup>2</sup>.

Estos hallazgos abren nuevas perspectivas en el abordaje clínico de los pacientes con EPOC. Al menos desde el punto de vista de su prevalencia, en la actualidad hay pruebas suficientes para justificar la inclusión del dolor crónico en las guías de práctica clínica de manejo de la EPOC<sup>2</sup>.

## Bibliografía

1. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD). Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease. 2019 report [consultado 2 Jul 2019]. Disponible en: <https://goldcopd.org/wp-content/uploads/2018/11/GOLD-2019-v1.7-FINAL-14-Nov2018-WMS.pdf>
2. Lewthwaite H, Williams G, Baldock KL, Williams MT. Systematic review of pain in clinical practice guidelines for management of COPD: A case for including chronic pain? *Healthcare (Basel)*. 2019;7, pii: E15.
3. De Miguel-Díez J, López-de-Andrés A, Hernandez-Barrera V, Jimenez-Trujillo I, del Barrio JL, Puente-Maestu L, et al. Prevalence of pain in COPD patients and associated factors: Report from a population-based study. *Clin J Pain*. 2018;34:787–94.
4. Bentsen SB, Rustøen T, Miaskowski C. Prevalence and characteristics of pain in patients with chronic obstructive pulmonary disease compared to the Norwegian general population. *J Pain*. 2011;12:539–45.
5. Ozge A, Ozge C, Kalegasi H, Yalin OO, Unal O, Ozgür ES. Headache in patients with chronic obstructive pulmonary disease: Effects of chronic hypoxaemia. *J Headache Pain*. 2006;7:37–43.
6. Rustøen T, Wahl AK, Hanestad BR, Lerdal A, Paul S, Miaskowski C. Prevalence and characteristics of chronic pain in the general Norwegian population. *Eur J Pain*. 2004;8:555–65.
7. Andenæs R, Momyr A, Brekke I. Reporting of pain by people with chronic obstructive pulmonary disease (COPD): Comparative results from the HUNT3 population-based survey. *BMC Public Health*. 2018;18:181, <http://dx.doi.org/10.1186/s12889-018-5094-5>.
8. Unruh AM. Gender variations in clinical pain experience. *Pain*. 1996;65:123–67.
9. Borge CR, Wahl AK, Moum T. Pain and quality of life with chronic obstructive pulmonary disease. *Heart Lung*. 2011;40:e90–101.
10. Bruehl S, Chung OY, Jirjis JN, Biridepalli S. Prevalence of clinical hypertension in patients with chronic pain compared to nonpain general medical patients. *Clin J Pain*. 2005;21:147–53.
11. Roberts MH, Mapel DW, Hartry A, von Worley A, Thomson H. Chronic pain and pain medication use in chronic obstructive pulmonary disease. A cross-sectional study. *Ann Am Thorac Soc*. 2013;10:290–8.
12. McCarthy LH, Bigal ME, Katz M, Derby C, Lipton RB. Chronic pain and obesity in elderly people: Results from the Einstein aging study. *Am Geriatr Soc*. 2009;57:115–9.
13. Roberts MH, Mapel DW, Thomson HN. The impact of chronic pain on direct medical utilization and costs in chronic obstructive pulmonary disease. *Clinicoecon Outcomes Res*. 2015;7:173–84.
14. Wiseman R, Rowett D, Allcroft P, Abernethy A, Currow DC. Chronic refractory dyspnoea—Evidence based management. *Aust Fam Physician*. 2013;42:137–40.
15. Chaparro LE, Furlan AD, Deshpande A, Mailis-Gagnon A, Atlas S, Turk DC. Opioids compared to placebo or other treatments for chronic low-back pain. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013. CD004959.