

Cátedra
Extraordinaria del Dolor
"FUNDACIÓN GRÜNENTHAL"
de la Universidad de Salamanca



ASPECTOS
SOCIOECONÓMICOS
DEL DOLOR
REUNIÓN DE EXPERTOS



Universidad de Salamanca

ASPECTOS SOCIOECONÓMICOS DEL DOLOR

REUNIÓN DE EXPERTOS

Salamanca, 25 y 26 de Septiembre de 2006

**Cátedra Extraordinaria del Dolor
FUNDACIÓN GRÜNENTHAL
Universidad de Salamanca**

Copyright: FUNDACIÓN GRÜNENTHAL
Depósito Legal: M-45435-2007
Reservados todos los derechos.

ASPECTOS SOCIOECONÓMICOS DEL DOLOR

REUNIÓN DE EXPERTOS

Entidades Colaboradoras:

Universidad de Salamanca
Complejo Hospitalario de Salamanca
Sociedad Española de Psiquiatría
Sociedad Española de Anestesiología Reanimación y Terapéutica del Dolor
Sociedad Española de Reumatología
Sociedad Española del Dolor
Sociedad Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología
Sociedad Española de Medicina General
Sociedad Española de Neurología
Sociedad Española de Geriatría
Asociación Española de Cirugía Mayor Ambulatoria
Health Outcome Research Europe

Cátedra Extraordinaria del Dolor
FUNDACIÓN GRÜNENTHAL
Universidad de Salamanca

DIRECTOR Y COORDINADOR DEL CURSO

Clemente Muriel Villoria

Catedrático de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor
Hospital Clínico Universitario, Universidad de Salamanca

Director de la Cátedra Extraordinaria del Dolor
“FUNDACIÓN GRÜNENTHAL”
Universidad de Salamanca

PARTICIPANTES

Prof. Clemente Muriel Villoria

Director Cátedra Extraordinaria del Dolor “Fundación Grunenthal”
Universidad de Salamanca
Jefe del Servicio de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del dolor.
Hospital Clínico Universitario de Salamanca

Dr. Esteban Martínez García

Director Relaciones Institucionales.
Fundación Grunenthal

Dr. Xavier Badía Llach

Director General de Health Outcomes Research Europe

Prof. Benito Blanco Prieto

Vocal Social del Consejo Social de la Universidad de Salamanca.
Representante Cortes de CyL

Dra. Concepción Ceballos Alonso

Doctora en Medicina y Cirugía.
Subdirectora Médica (Dirección de Calidad)
del Hospital Universitario de Salamanca

Dr. Gines Jesus Llorca Ramon

Catedrático de Psiquiatría. Facultad de Medicina de la Universidad de Salamanca.
Presidente Sociedad Castellano Leonesa de Psiquiatría

Dra. Maria Rull Bartomeu

Servicio de Anestesiología y Reanimación. Unidad del Dolor y Cuidados Paliativos.
Hospital Universitario de Tarragona JUAN XXIII. Profesor Asociado.
Departamento de Medicina y Cirugía.
Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud.
Universidad Rovira i Virgili

Prof. Juan Ángel Jover Jover

Jefe del Servicio de Reumatología del Hospital Clínico San Carlos de Madrid.
Profesor Asociado de Ciencias de la Salud del Departamento de Medicina
de la Universidad Complutense de Madrid

Dr. José Ramón González Escalada

Jefe de la Unidad de Dolor del Hospital Ramón y Cajal de Madrid

Prof. Rodrigo Miralles Marrero

Profesor Titular de Cirugía Ortopédica y Biomecánica Clínica.
Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud. Universidad Rovira i Virgili.
Jefe de Servicio de C.O.T. Hospital Sant Joan. Reus (Tarragona)

Dra. Juana Sánchez Jiménez

Médico general.
Miembro del Grupo de Cuidados Paliativos de la
Sociedad Española de Medicina General (SEMG)

Dr. Julio Pascual Gómez

Jefe de Servicio de Neurología. Hospital Clínico Universitario de Salamanca.
Miembro del Grupo de Cefaleas de la Sociedad Española de Neurología (SEN)

Dr. Fernando L. Vilanova Cardenal

Director de la Unidad del Servicio de Anestesiología del Dolor del Hospital de la Santa
Creu i Sant Pau (Barcelona)

Dr. Francisco Guillén Llera

Jefe de Servicio de Geriatria del Hospital Universitario de Getafe (Madrid).
Presidente Comisión Nacional de la Especialidad de Geriatria

Dr. Filadelfo Bustos Molina

Presidente de ASECOMA (Asociación Española de Cirugía Mayor Ambulatoria).
F.E.A. del Servicio de Anestesiología, Reanimación y Tratamiento del Dolor.
Hospital Virgen de la Salud de Toledo

Dra. Pilar Aliseda Pérez

Directora Médico Grupo Grünenthal

Dra. Isabel Sánchez Magro

Dpto. Médico Grupo Grünenthal

SUMARIO

SUMARIO	9
PRÓLOGO	11
INVESTIGACIÓN DE RESULTADOS EN SALUD. RELACIÓN ENTRE FARMACOECONOMÍA Y TRATAMIENTO DEL DOLOR	13
IMPACTO ECONÓMICO Y EN LA CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE CON DOLOR	29
IMPLICACIONES LEGALES EN LA RELACIÓN SOCIOECONÓMICA DEL DOLOR	37
DOLOR CRÓNICO COMO ENFERMEDAD. NECESIDAD DE LA VALORACIÓN MULTIDISCIPLINAR	43
REPERCUSIONES PSICO-SOCIALES DEL DOLOR CRÓNICO	53
ASPECTOS SOCIOECONÓMICOS DEL DOLOR	63
IMPACTO SOCIOECONÓMICO DE LAS ENFERMEDADES REUMÁTICAS.....	81
LA INDEFINICIÓN DEL DOLOR LUMBAR INESPECÍFICO. REPERCUSIONES SOCIOECONÓMICAS	85
ASPECTOS SOCIOECONÓMICOS DEL DOLOR EN GERIATRÍA.....	89
EL DOLOR EN CIRUGÍA AMBULATORIA: ASPECTOS SOCIOECONÓMICOS.....	101
REPERCUSIONES SOCIOECONÓMICAS DEL TRATAMIENTO INCORRECTO DEL DOLOR.....	111
ASPECTOS SOCIOECONÓMICOS DEL DOLOR EN AP	119
CEFÁLEAS: IMPACTO SOCIOECONÓMICO	123

PRÓLOGO

La posibilidad de tratar los aspectos socio-económicos del dolor en la Reunión de Expertos nos ha proporcionado una gran satisfacción, fundamentalmente por dos motivos: de una parte, por poder contar con grandes profesionales, preocupados desde hace muchos años por los numerosos problemas de la Medicina del Dolor y las implicaciones socio-económicas y de otra parte, porque pensamos que este documento va a ocupar un espacio importante dentro de la bibliografía del Dolor escrita en nuestro país.

Un aspecto que quisiera destacar es la gran oportunidad histórica en que se produce la edición de esta Monografía, en un momento en que están en primer plano diversos problemas referentes a la asistencia sanitaria del tratamiento del dolor visto desde el prisma socio-económico.

Se trata de una obra que aborda prácticamente toda la temática más actual de esta parcela de la asistencia sanitaria. En los primeros capítulos se tratan una serie de temas conceptuales, básicos, que no suelen encontrarse en los tratados convencionales de medicina, ni siquiera en publicaciones más específicas de la temática que nos ocupa. Algo parecido puede decirse de la última parte de la obra, en donde se exponen una serie de experiencias características de esta peculiar forma de ejercer la medicina en la asistencia diaria. Quiero insistir en estos aspectos, pues creo que van a constituir el sello de distinción de esta obra.

Se han plasmado en este tratado temas de gran interés como son los relacionados con la investigación de resultados en salud y la economía del dolor; análisis de la relación coste-calidad de vida en el paciente con dolor; implicaciones legales en la relación socioeconómica del dolor; necesidad de la valoración multidisciplinar y repercusiones psicosociales del dolor.

Finalmente debo expresar mi reconocimiento a los autores de las ponencias y a los debates que hicieron posible llegar a conclusiones validas, así como a la Fundación Grünenthal en esta VI Reunión de Expertos, organizada con su destacado apoyo dentro del marco de la Universidad de Salamanca

Profesor C. Muriel Villoria
Director de la Cátedra Extraordinaria del Dolor
FUNDACIÓN GRÜNENTHAL
Universidad de Salamanca

INVESTIGACIÓN DE RESULTADOS EN SALUD. RELACIÓN ENTRE FARMACOECONOMÍA Y TRATAMIENTO DEL DOLOR

Dr. Xavier Badía Llach

Principal Health Economics & Outcomes Research - IMS Health

INTRODUCCIÓN

La investigación de resultados en salud (IRS) es una actividad multidisciplinar de investigación que utiliza métodos de investigación experimentales y observacionales para medir los resultados de las intervenciones sanitarias en

condiciones de práctica clínica habitual (Figura 1)¹.

Tradicionalmente, la investigación médica se ha basado únicamente en la medida de las variables clínicas, centradas en los síntomas y pruebas de laboratorio como medida de resultado de las

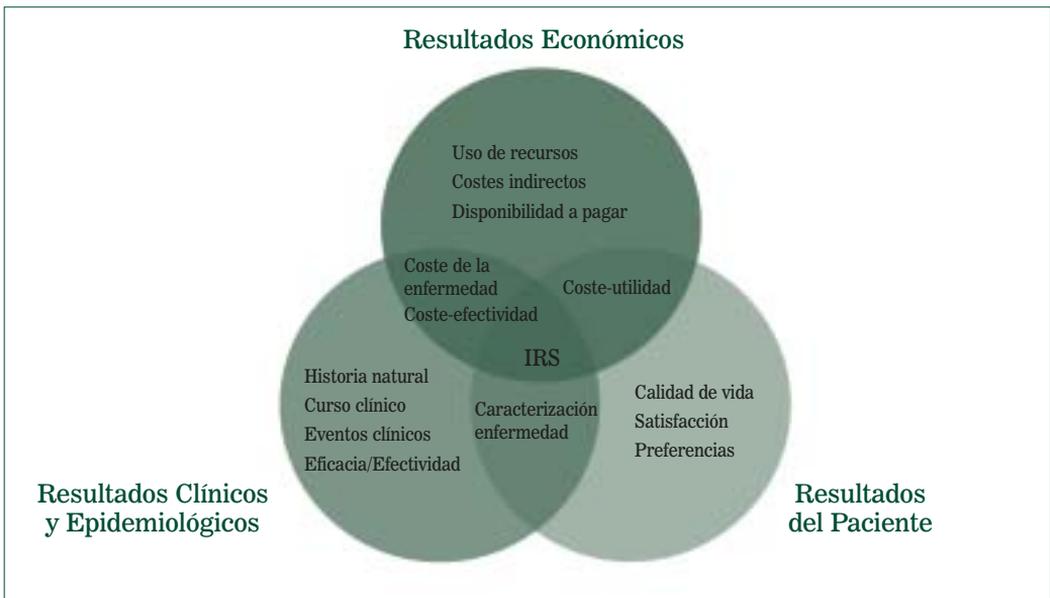


Figura 1. La investigación en resultados de salud. Fuente: Badía 2006.

intervenciones médicas. La IRS además de la evaluación de estos resultados evalúa variables de interés para el paciente (calidad de vida, satisfacción y adherencia al tratamiento) y resultados económicos.

Según el modelo biopsicosocial, el dolor puede contemplarse como el resultado de la interacción de factores biológicos (genéticos, fisiológicos, edad, sexo), psicológicos (cognitivos, afectivos, conductuales) y sociales (laborales, culturales, familiares)². El dolor se define como una experiencia sensorial y emocional desagradable relacionada con el daño a los tejidos, real o potencial, o descrita por el paciente como relacionada con dicho daño de acuerdo con *the International Association for the Study of Pain*³.

Al hablar de dolor se puede distinguir entre dolor agudo y crónico. Se puede definir el dolor agudo como aquel que puede ser provocado por una inflamación, daño en un tejido, lesión, enfermedad o cirugía reciente y que, por lo general, se caracteriza por la presencia de dolor, enrojecimiento, temperatura local elevada y tumefacción⁴. El dolor agudo es breve, aunque a veces puede prolongarse mientras se mantenga o persista la enfermedad que lo origina.

El dolor crónico se define como aquel dolor o molestia que persiste de forma continua o intermitente durante semanas, meses o años. En determinadas circunstancias el dolor mantenido puede superar a los demás síntomas y puede provocar alteraciones psicológicas (ansiedad, depresión, miedo, enfado) que centran al dolor como epicentro de todas sus preocupaciones y agravan la intensidad del

mismo. El dolor crónico se considera un problema médico muy serio debido al gran impacto sobre la vida del paciente tanto a nivel personal como profesional.

De este modo, tras el creciente interés por el modelo biopsicosocial de atención sanitaria frente al clásico modelo biomédico, la IRS centrada en el dolor y su tratamiento tenderán a ocupar cada vez un papel más destacado.

EVALUACIÓN ECONÓMICA

La IRS engloba a múltiples componentes, dentro de los cuales, los estudios de evaluación económica integran la información procedente de varias fuentes de conocimiento como ensayos clínicos o estudios observacionales para proporcionar conclusiones directas que ofrezcan una visión de los costes y beneficios de las distintas alternativas que se evalúan (Figura 2).

Los estudios farmacoeconómicos evalúan los efectos sobre los recursos y la salud de dos o más medicamentos o de un medicamento frente a opciones terapéuticas alternativas como la cirugía. Se caracterizan por presentar las siguientes propiedades:

- Validez: estar basado en fuentes de información basados en la evidencia.
- Transparencia: reflejar las fuentes de información y supuestos utilizados.
- Reproducibilidad: obtener de los mismos resultados siempre que se aplica en las mismas condiciones.
- Credibilidad: reflejar el estado de conocimiento actual.

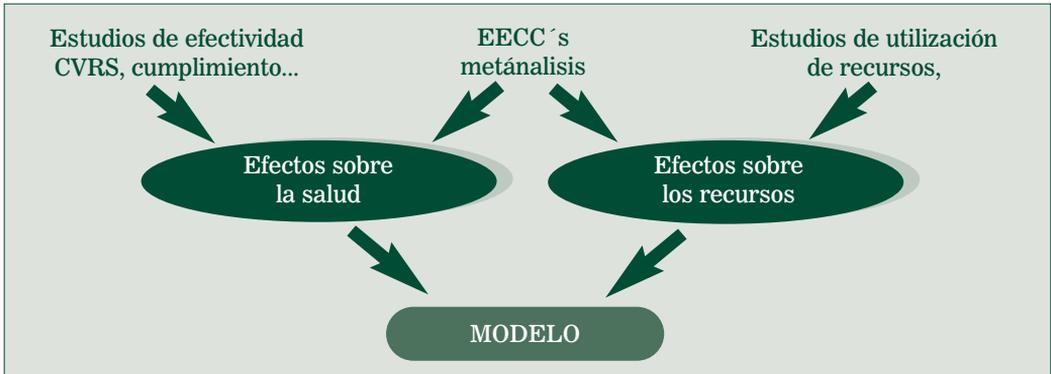


Figura 2. La función integradora de información de los modelos en la IRS. Fuente: Badía 2006.

- **Flexibilidad:** ser adaptable a diferentes situaciones de asistencia clínica y servicios sanitarios.

Se distinguen diferentes tipos de estudios farmacoeconómicos entre los que destacan los estudios de minimización de costes, coste-beneficio, coste-efectividad y coste-utilidad. A pesar de ser una disciplina relativamente nueva aplicada al ámbito de salud, realizando una búsqueda en la base de datos

Medline introduciendo como términos de búsqueda pain AND "economic evaluation", desde enero de 1990 a septiembre de 2006, se han encontrado 84 evaluaciones económicas sobre aspectos relacionados con el dolor. Existe un fuerte incremento: entre 1990 y 1994 sólo se publicaron 3 y entre 2000 y 2004 se publicaron 34 (Figura 3).

Si se analizan estos estudios en función de su finalidad principal de evalua-

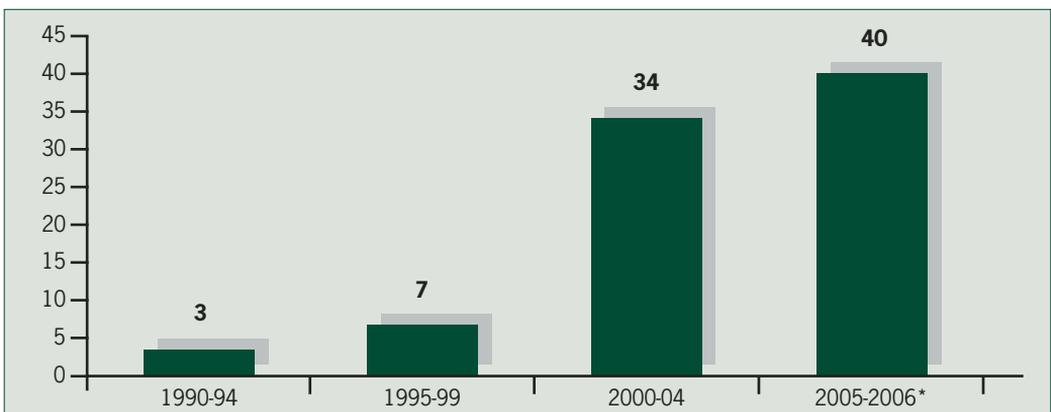


Figura 3. Evolución de las publicaciones sobre la evaluación económica del dolor.

Nota: *Para el año 2006 se incluyen los estudios hasta septiembre.

Fuente: Artículos obtenidos de Medline; estrategia de búsqueda: pain AND "economic evaluation".

ción, 33 estudios hacen referencia a tratamientos farmacológicos, 31 a tratamientos no farmacológicos (fisioterapia, rehabilitación, TENS...), y 20 a intervenciones terapéuticas y diagnósticas (Figura 4).

Un estudio que evalúe el tratamiento farmacológico del dolor debe de contemplar la determinación de la consecuencia de la intervención sobre la salud de los pacientes (efectos sobre la salud) y los costes para los agentes involucrados en su tratamiento (efectos sobre los recursos).

EFECTOS SOBRE LA SALUD

La medición del dolor presenta una gran complejidad, por ser una experiencia subjetiva sobre la que inciden factores psicológicos, sociales, ambientales, económicos y culturales.

Para la evaluación del dolor⁵ la metodología más empleada consiste en el uso de instrumentos que intentan objetivar la percepción del individuo. Entre estos instrumentos destacan las escalas visuales cuantitativas, los cuestionarios que intentan captar la multidimensionalidad del dolor y los cuestionarios generales de evaluación del impacto del dolor sobre la calidad de vida.

Las escalas de intensidad del dolor son las más utilizadas, entre ellas encontramos la escala visual analógica (EVA), las escalas de descripción verbal categórica y las escalas numéricas. La EVA consiste en una línea de 0 a 10 cm. donde se señala el dolor considerando a 0 como su ausencia y a 10, como el peor dolor posible. Las escalas de descripción verbal categórica están compuesta de la siguiente clasificación: no dolor (0), dolor leve (1), dolor moderado (2), dolor grave (3), dolor muy grave (4) y peor dolor posible (5).

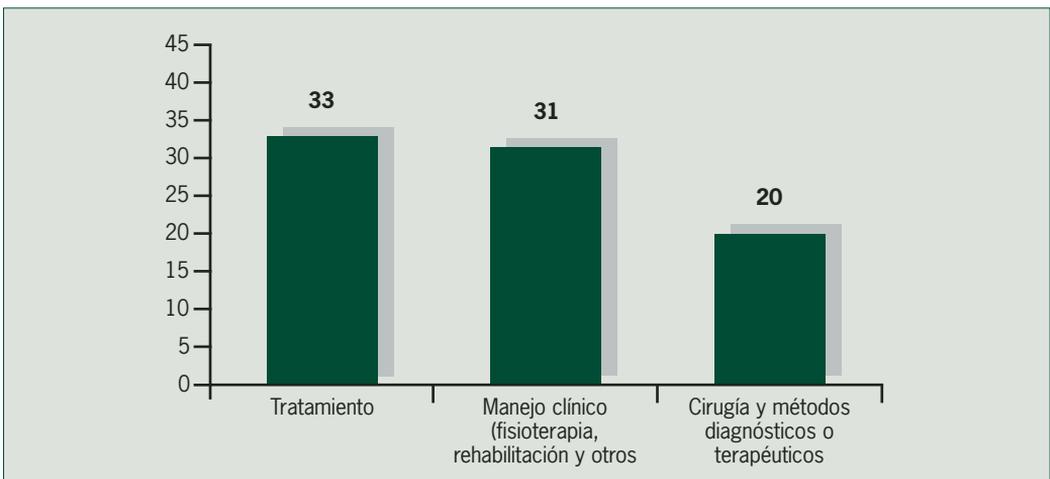


Figura 4. Agrupación de los estudios sobre la evaluación económica del dolor según su finalidad.

Fuente: Artículos obtenidos de Medline; estrategia de búsqueda: pain AND "economic evaluation".

Los cuestionarios multidimensionales evalúan las características del dolor y su impacto funcional. Entre los más conocidos destacan el Mc Gill Melzack Pain Questionary, el Brief Pain Inventory (BPI) y el Memorial Pain Assesment Card. Por ejemplo, el Brief Pain Inventory (BPI) o Cuestionario Breve del Dolor (CBD)⁶ ha sido validado en España en pacientes con dolor de causa neoplásica, demostrando ser un cuestionario válido para su aplicación en la práctica clínica habitual. Está compuesto de dos dimensiones (intensidad del dolor e impacto del dolor en las actividades de la vida del paciente) a diferencia del Mc Gill Melzack Pain

Questionary que se centra en tres (sensitiva, afectiva y evolutiva).

Entre los cuestionarios para la evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud utilizados en pacientes con dolor destacan el SF-36, el Health Assessment Questionnaire, el Nottingham Health Profile y el EuroQol- 5D (EQ-5D)⁷. Este último es un instrumento sencillo y genérico que contiene cinco dimensiones de salud (movilidad, cuidado personal, actividades cotidianas, dolor/malestar y ansiedad/depresión) y cada una de ellas presenta tres niveles de gravedad (sin problema, algunos problemas o problemas moderados y problemas graves) (Figura 5).

Marque con una cruz la respuesta de cada apartado que mejor describa su estado de salud en el día de HOY. No marquen más de una casilla de cada grupo

Movilidad

- No tengo problemas para caminar 1
- Tengo algunos problemas para caminar 2
- Tengo que estar en la cama 3

Cuidado Personal

- No tengo problemas con el cuidado personal 1
- Tengo algunos problemas para lavarme o vestirme 2
- Soy incapaz de lavarme o vestirme 3

Actividades Cotidianas (Ej. Trabajar, estudiar, hacer las tareas domésticas, actividades familiares o actividades durante el tiempo libre)

- No tengo problemas para realizar mis actividades cotidianas 1
- Tengo algunos problemas para realizar mis actividades cotidianas 2
- Soy incapaz de realizar mis actividades cotidianas 3

Dolor/Malestar

- No tengo dolor ni malestar 1
- Tengo moderado dolor o malestar 2
- Tengo mucho dolor o malestar 3

Ansiedad/Depresión

- No estoy ansioso ni deprimido 1
- Estoy moderadamente ansioso o deprimido 2
- Estoy muy ansioso o deprimido 3

Figura 5. Cuestionario de Salud EuroQol-5D.

La OMS recomienda la utilización de los instrumentos de evaluación del dolor antes mencionados y clasifica los pacientes con dolor en tres escalones de intensidad con el objetivo de establecer el correcto tratamiento. La clasificación de la OMS es la siguiente:

- Grupo 1: analgésicos de acción periférica, representado por los analgésicos no opioide del tipo antiinflamatorios no esteroides (AINEs), como el diclofenac, ibuprofeno y otros como el paracetamol.
- Grupo 2: analgésicos centrales débiles, se encuentra representando a este grupo la codeína, también el D-propoxifeno y el tramadol.
- Grupo 3: analgésicos centrales fuertes, tales como la morfina, meperidina, metadona, también la hidrocodona y oxycodona.

Se han realizado diversos estudios a nivel poblacional con las anteriores herramientas con el objetivo de evaluar la prevalencia del dolor, la satisfacción con el tratamiento y la calidad de vida del paciente con dolor. A modo de ejemplo, se exponen a continuación tres estudios realizados a distinto nivel territorial.

En el estudio *Pain in Europe*⁸ (N= 46.394; 2006) se definió dolor crónico como aquel de duración igual o superior a 6 meses y de intensidad igual o superior a 5 en la *Numeric Rating Scale* (NRS*). Los resultados principales para los 15 países europeos que participaron e Israel vienen presentados en la siguiente tabla:

Variable	Europa e Israel	España
Incidencia media de dolor crónico	19% (12%-30%)	12%
% pacientes con dolor severo (NRS 8-10)	≈33%	44%
Duración media del dolor	7 años	9,1 años
Satisfacción con el tratamiento	40%	-

Tabla 1. Resultados del estudio *Pain in Europe 2006*.

Fuente: *Pain in Europe 2006*.

Considerando a todos los participantes que padecen dolor crónico, aproximadamente la mitad lo presentan constante, el 60% lo sufren desde hace como mínimo 2 años y un quinto desde hace 20 años o más. Las causas más frecuentes son dolores secundarios a: procesos degenerativos o inflamatorios (artrosis y artritis), el deterioro del disco y heridas traumáticas de distinto tipo. La localización anatómica más común es la espalda y representa un 42% del conjunto de todas las causas. En España, el 47% de los casos son atribuibles a artrosis y artritis reumatoide.

Es importante destacar que sólo un 9% de profesionales sanitarios en Europa y el 10% de los españoles emplean rutinariamente escalas o cuestionarios de medición de la intensidad del dolor para establecer el tratamiento al paciente. En consecuencia, no es de

*Escala *Numeric Rating Scale* (NRS) de 0 menor intensidad a 10 mayor intensidad de dolor.

extrañar que en Europa el 40% de los pacientes no se sientan satisfechos con su tratamiento y que el 64% declare un control inadecuado de su dolor.

En ámbito español, el estudio de Català y col (2002)⁹ (N=5000) define al dolor crónico como aquel de duración superior a 3 meses. A grandes rasgos, la incidencia del dolor crónico es del 23,4%, siendo mucho más frecuente en mujeres que en hombres (31,4 vs. 14,8%) y en individuos mayores de 65 años (39,5%) que en jóvenes (8,5%). El dolor crónico fue particularmente prevalente entre los individuos con incapacidad laboral (54,5%), amas de casa (36,3%), pensionistas (34,3%) y granjeros (33,3%).

En Cataluña, en su encuesta de salud de 1994 se analizó, pioneramente en España, la evaluación de la calidad de vida de la población catalana. En esta encuesta se incluyó el cuestionario de calidad de vida EuroQol-5D. Con los datos obtenidos de las variables del EuroQol-5D de la encuesta del 1994 (Figura 6)¹⁰.

Se puede afirmar que el problema más importante reportado por la población catalana es el dolor. La presentación de las curvas por años del dolor muestra una tendencia ascendente, es decir, el dolor aumenta con la edad. Al comparar los resultados de las dos encuestas se puede apreciar un incre-

% problemas declarados (N = 12.238)

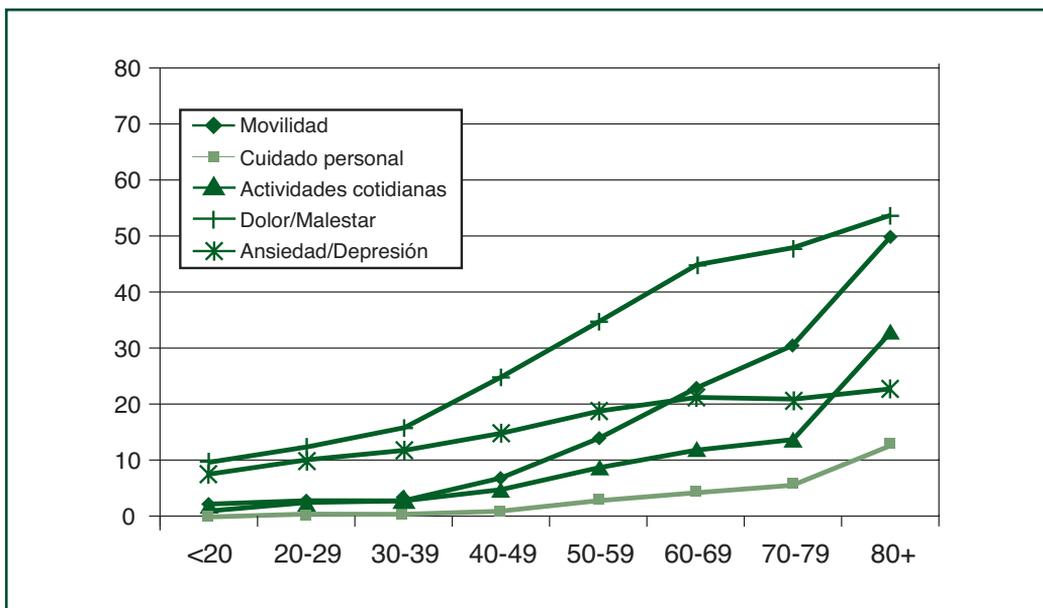


Figura 6. Frecuencia de problemas declarados (niveles 2 y 3) en diferentes grupos de edad de la población general en la Encuesta de Salud de Cataluña de 1994.

Fuente: Badía y col. 1998 y 2002 (Figura 7)¹¹.

% problemas declarados (N = 8.400)

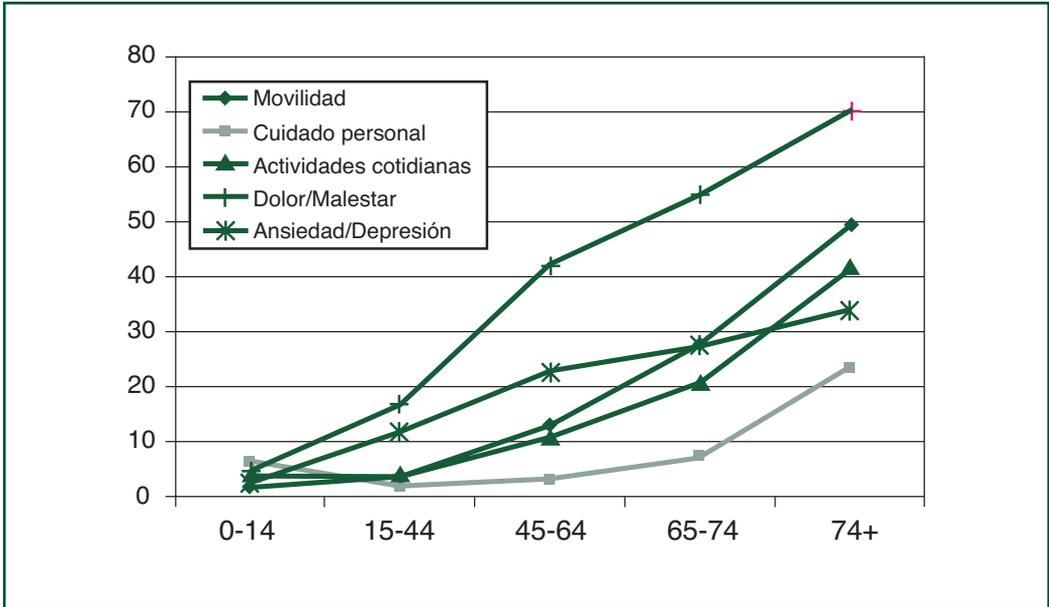


Figura 7. Frecuencia de problemas declarados (niveles 2 y 3) en diferentes grupos de edad de la población general en la Encuesta de Salud de Cataluña de 2002.

Fuente: *Elaboración propia a partir de los datos de la Encuesta de Salud de Catalunya 2002.*

mento medio de los valores obtenidos en 2002 del 12% respecto a los de 1994, lo cual debería preocupar a las autoridades sanitarias y alertar sobre una necesidad clínica no cubierta en la población.

EFECTO SOBRE LOS RECURSOS

Las implicaciones económicas del dolor crónico deben contemplar entre sus variables los costes directos, los indirectos y los intangibles. Por costes directos se entiende el consumo de recursos relacionados con la atención sanitaria y tratamientos relacionados con el dolor como costes de hospitaliza-

ción, por costes indirectos la productividad laboral perdida a consecuencia de la morbilidad provocada por el dolor, y por costes intangibles los derivados de la disminución de la calidad de vida de los pacientes y sus cuidadores.

A pesar de que las publicaciones de evaluación económica del dolor han aumentado considerablemente durante los últimos años, se encuentran pocos estudios en la literatura que evalúan el nivel de gasto del total por país. Basándonos en una serie de informaciones indirectas, internacionalmente se reconoce que el coste económico aproximado del dolor crónico es del 2,2% al

2,8% del Producto Interior Bruto de los países industrializados. En España, a partir de estas estimaciones se ha calculado que la cuantía económica está comprendida entre los 13.000 millones y 16.000 millones de euros al año y diversas fuentes sitúan el coste total del dolor crónico para la sociedad en un nivel similar al producido por el cáncer o las enfermedades cardiovasculares¹².

De igual modo, el dolor crónico se considera uno de los problemas de salud que más gasto ocasiona en Estados Unidos. El cálculo de los costos anuales, incluyendo los gastos médicos directos, la pérdida de ingresos, la pérdida de productividad, los pagos por compensación y los gastos por servicios legales, llegan a aproximadamente 90.000 millones de dólares¹³.

COSTES DIRECTOS

Para el cálculo del coste directo sanitario del dolor se agrega el coste de la atención sanitaria de las siguientes categorías: prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y atención de crónicos. En el coste del tratamiento del dolor se analizan principalmente los siguientes grupos de costes:

1. **Profesionales sanitarios:** El número de visitas médicas de los pacientes con dolor crónico varía considerablemente, aunque la mayoría (60%) acuden de entre dos y nueve veces cada 6 meses. El tipo de profesionales sanitarios visitados viene detallado en la Figura 8, siendo el 70% médicos de atención primaria y el 27% traumatólogos⁸.

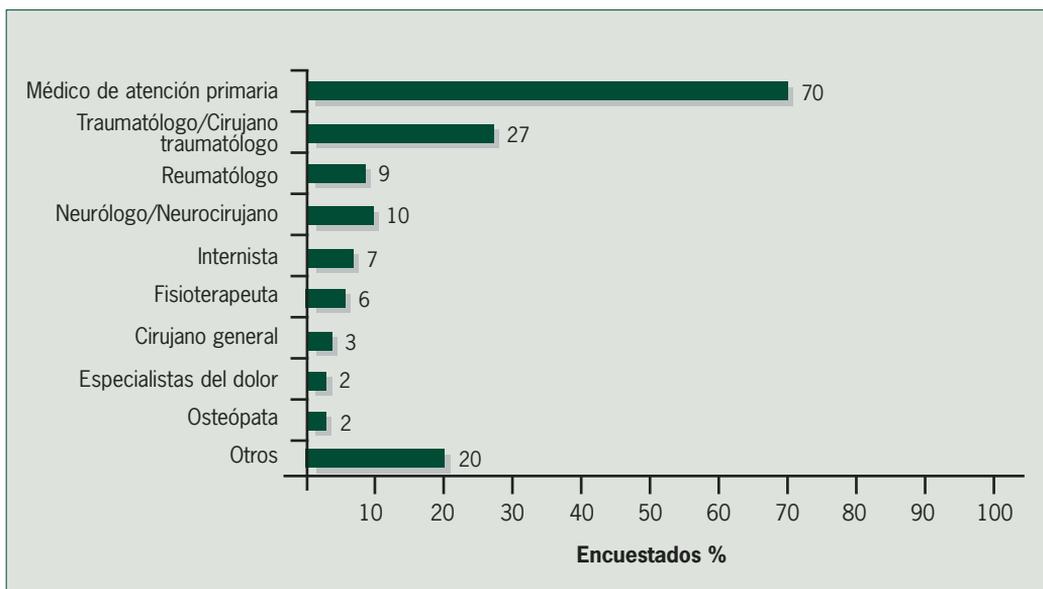


Figura 8. Tipos de profesionales sanitarios involucrados en el tratamiento del dolor crónico.
Fuente: Survey of chronic pain in Europe 2006.

2. **Productos farmacéuticos:** En España, los tratamientos utilizados para el dolor crónico son: antiinflamatorios no esteroideos (49%), opioides menores (13%) y opioides mayores (1%). En comparación con Europa el porcentaje de pacientes tratados con opioides se encuentra muy por debajo de la media (Figura 9). Un tercio de los individuos con dolor crónico no reciben tratamiento en Europa⁸.
3. **Tratamientos no farmacológicos:** Los tratamientos no farmacológicos más prevalentes para el tratamiento del dolor son: la práctica de actividad física, la acupuntura y el masaje. En Europa, éstos son empleados en conjunto con una prevalencia del 72% en

pacientes con dolor crónico. En España, este valor sólo alcanza el 32% y corresponde al valor más bajo de toda Europa⁸. Otros tratamientos utilizados son: la aplicación de frío, calor, ungüentos y cremas; el empleo de terapias de relajación y estimulación nerviosa; y la práctica de ejercicio físico (Figura 10).

4. **Otros costes:** Con el objetivo de lograr un análisis más riguroso, otros tipos de costes que deberían ser incluidos son los referidos a otras prescripciones sanitarias (pruebas de laboratorio, traslados de pacientes, ortopedias) y los gastos generales y administrativos de las instituciones sanitarias.

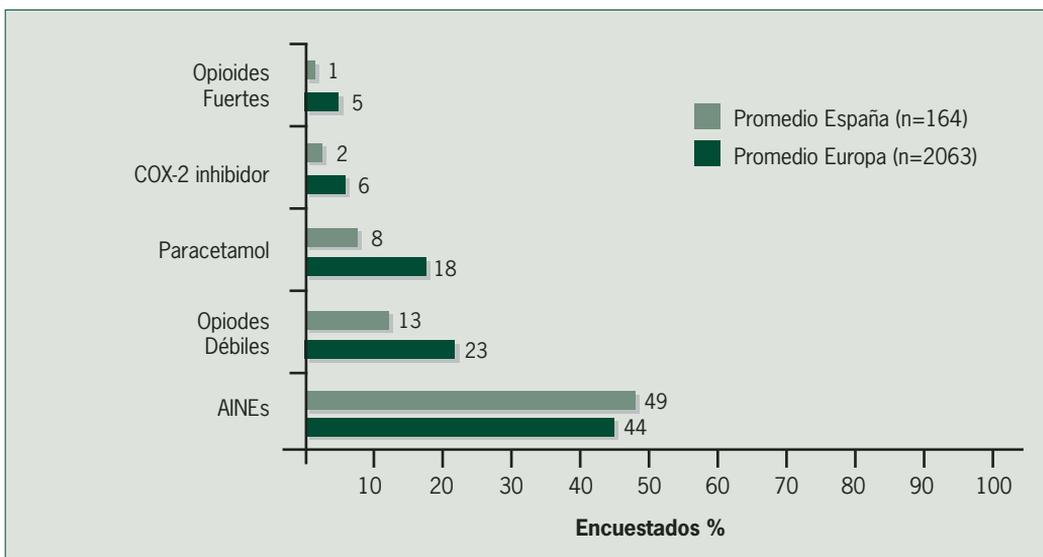


Figura 9. Comparación del porcentaje de tipo de tratamiento farmacológico en España y Europa.

Fuente: Survey of chronic pain in Europe 2006.

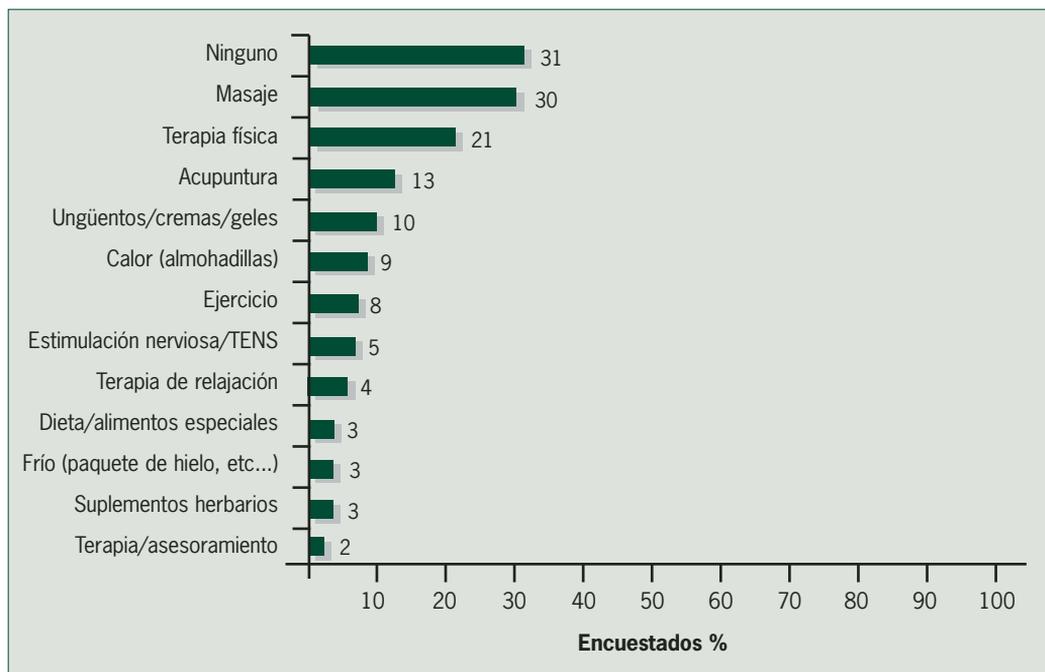


Figura 10. Tratamientos no farmacológicos para el dolor crónico.

Fuente: Survey of chronic pain in Europe 2006.

COSTES INDIRECTOS

Los costes indirectos están referidos, básicamente, a las consecuencias macroeconómicas de disminución de la producción causada fundamentalmente por: el absentismo laboral, la poca productividad en las horas trabajadas y la pérdida de aptitudes o habilidades si la persona afectada por el dolor es forzada a reducir su jornada laboral o dado de baja.

El dolor limita la actividad profesional de quienes lo padecen. Se estima que uno de cada cinco sujetos pierde su trabajo y un tercio presenta problemas en su actividad laboral a consecuencia del dolor crónico⁸. El promedio de días per-

dididos al año en Europa es de 15,6 y en España de 16,8.

Asimismo, es bien conocido, que los gastos asociados a las bajas por enfermedad, las indemnizaciones y las jubilaciones anticipadas en el mundo occidental suponen una gran carga para la economía del país muy superior a los costes directos obtenidos del tratamiento de estos pacientes¹⁴. En el estudio realizado en los Países Bajos se estimó que los costes indirectos del absentismo y la discapacidad constituían el 93% del coste total. Concretamente, los costes médicos ascendían a 368 millones de dólares y los costes indirectos asociados a la indemnización de los trabajadores a

4.600 millones de dólares¹⁵. En Australia, los costes indirectos estimados del dolor crónico son de 36,5 millones de días equivalentes (días de ausentismo más la reducción de productividad laboral) y de 30,64 millones de euros¹⁶.

COSTES INTANGIBLES

Son los costes derivados de la disminución de la calidad de vida de los pacientes y los costes no económicos de los familiares o cuidadores no remun-

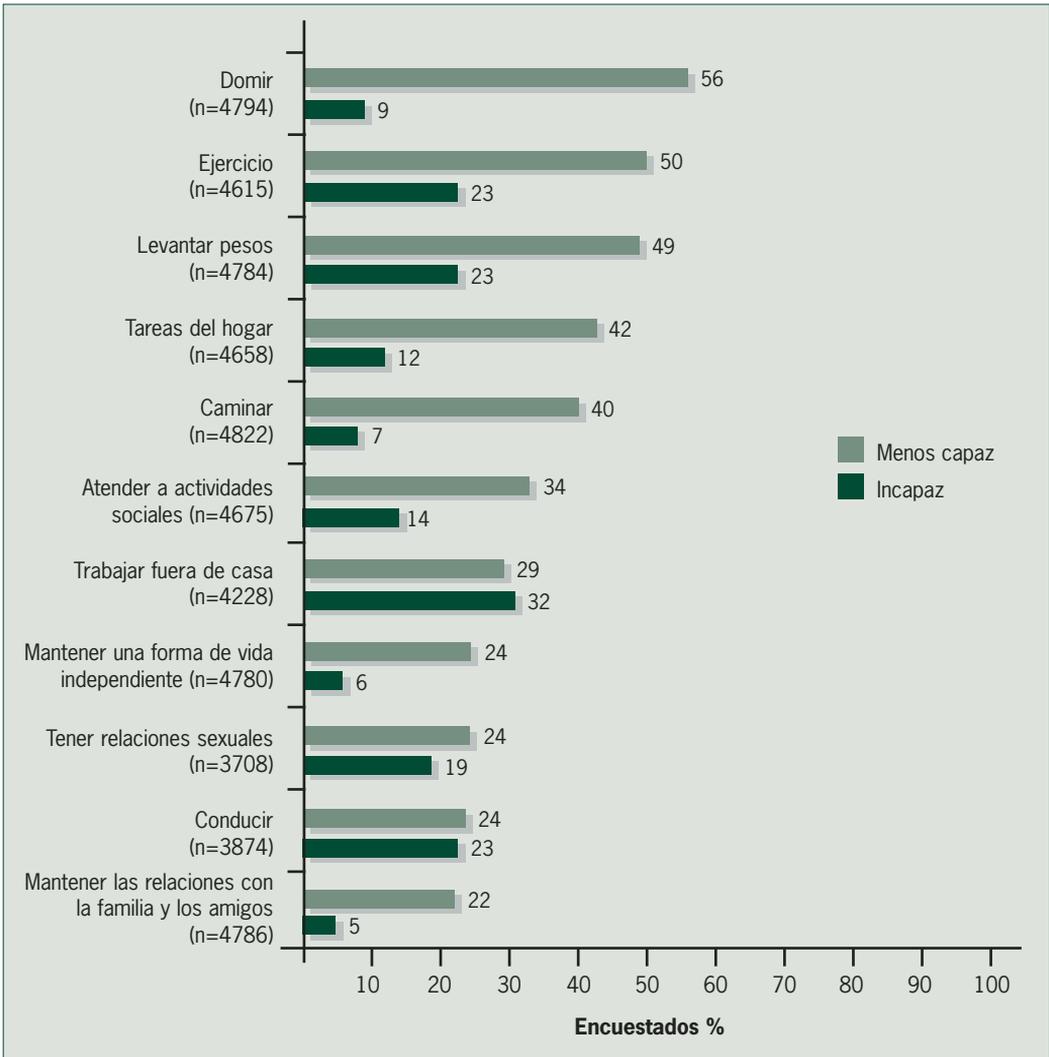


Figura 11. Impacto del dolor crónico en las actividades.
Fuente: Survey of chronic pain in Europe 2006.

rados que los asisten en la realización de sus actividades diarias.

El impacto del dolor crónico en las actividades diarias ocasiona mayoritariamente problemas para: dormir (56%), realizar ejercicio físico (50%), elevar pesos (49%), y realizar tareas del hogar (42%)⁸. El listado completo de todas las actividades del estudio se muestra en la Figura 11.

Se estima que en España el 6,6% de la población sufre alteraciones emocionales o laborales a causa del dolor crónico y, entre los pacientes con dolor crónico, a un 29% les causa depresión⁸ y a un 27,1% les limita en sus actividades diarias⁹.

CONCLUSIONES

Los artículos publicados con evaluaciones económicas del dolor han aumentado considerablemente durante los últimos años, no obstante los estudios en España son todavía muy escasos.

A pesar de la escasez de este tipo de estudios, disponemos de estudios observacionales que indican que el tratamiento farmacológico del dolor y su control en España se sitúan por debajo de la media europea. Siendo, además, esta media poco satisfactoria en cuanto que el 40% de los pacientes no se siente satisfecho con su tratamiento.

Aunque es difícil objetivar cuantitativamente el beneficio clínico del tratamiento, se puede afirmar que las medidas actuales no son suficientes.

Contrariamente a las recomendaciones de la OMS, sólo un 10% de los profesionales sanitarios emplean rutinariamente escalas o cuestionarios de medición de la intensidad del dolor para establecer el tratamiento al paciente y evaluar el control del dolor en el seguimiento del paciente.

Un tratamiento y control adecuado del dolor aumentaría el bienestar de los pacientes y disminuiría el uso de recursos y por ello los costes totales. Los costes disminuirían principalmente asociados a la reducción de los costes indirectos (absentismo y pérdida de productividad).

El empleo en la práctica clínica habitual de escalas de intensidad o cuestionarios para determinar el tratamiento farmacológico mejoraría el manejo y el control del paciente con dolor. Este hecho proporcionaría, además, ventajas en términos económicos ya que se disminuiría el gasto global. Por consiguiente, estudios de investigación en resultados en salud y, concretamente, los estudios farmacoeconómicos, suponen una óptima herramienta para poner de manifiesto ambos beneficios, por lo que son considerados, cada vez más, en un mayor número de situaciones.

Es necesario evaluar la efectividad de las intervenciones sanitarias dirigidas a disminuir el dolor crónico. El uso de medidas de evaluación del dolor debería ser generalizado, sólo así se puede conocer el grado de control de los pacientes. Sin embargo, no solamente es necesario el conocimiento de la efectividad clínica, se debe conocer la eficiencia

(relación entre coste y beneficio) de las intervenciones sanitarias destinadas a reducir el dolor crónico, ya sean tratamientos farmacológicos (farmacoeconomía) o realizando evaluaciones económicas de la unidad de dolor o de determinadas intervenciones quirúrgicas. Así, la investigación de resultados en salud emplea toda una serie de herramientas que pueden ayudar a conocer y evaluar los aspectos del dolor crónico relacionados con la efectividad clínica, el paciente y la economía.

BIBLIOGRAFÍA

1. Badía X. La investigación de resultados en salud: de la evidencia a la práctica clínica. En: La investigación de resultados en salud. Badía X (Ed). Edittec Valencia. 2006.
2. Miró J. Dolor crónico. Procedimientos de evaluación e intervención psicológica. Bilbao: Descleé de Brouwer; 2003.
3. The Integrated Approach to the Management of Pain. [Internet]. NIH Consensus Statement 1986 May 19-21; 6(3): 1-8. Disponible en: <http://consensus.nih.gov/1986/1986PainManagement055html.htm>
4. Grupo MBE Galicia. Dolor agudo. Guías Clínicas 2006; 6 (30). En: <http://www.fisterra.com/guias2/dagudo.asp>
5. Astudillo W, Mendinueta C, Astudillo E y Gabilondo S. Principios básicos para el control del dolor total. Rev Soc Esp Dolor 1998; 6: 29-40.
6. Badía X, Muriel C, Gracia A y col. Validación española del cuestionario Brief Pain Inventory en pacientes con dolor de causa neoplásica. Med Clin (Barc) 2003; 120(2): 52-9.
7. Herdman M, Badía X y Berra S. El EuroQol-5D: una alternativa sencilla para la medición de la calidad de vida relacionada con la salud en atención primaria. Aten Primaria 2001; 28(6): 425-429.
8. Breivik H, Collett B, Ventafridda V, Cohen R, Gallacher D. Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life, and treatment. Eur J Pain. 2006; 10(4): 287-333.
9. Català E, Reig E, Artes M, Aliaga L, Lopez JS, Segú JL. Prevalence of pain in the Spanish population: telephone survey in 5000 homes. Eur J Pain. 2002; 6(2): 133-40.
10. Badía X, Schiaffino A, Alonso J, Herdman M. Using the EuroQol 5-D in the Catalàn general population: feasibility and construct validity. Quality of Life Research. 1998; 7: 311-322.
11. Enquesta de Salut de Catalunya 2002. Generalitat de Catalunya Departament de Sanitat i Seguretat Social. 2002. Disponible en: <http://www.gencat.net/salut/depsan/units/sanitat/html/ca/plasalat/doc5365.html>
12. Rodríguez López M.J. Situación actual del dolor en España. Visión de los profesionales. Presentado en: VII Reunión de la sociedad del Dolor. Valencia 2004.
13. University of Virginia Health System. Los Trastornos de la Columna Vertebral, el Hombro y la Pelvis. Disponible en: http://www.healthsystem.virginia.edu/uvahealth/adult_spine_sp/chronic.cfm

14. Linton SJ. Impacto socioeconómico del dolor de espalda rónico: ¿se está beneficiando alguien? *Rev Soc Esp Dolor* 1999; 6: 333-342.

15. Van Tulder M.W, Koes B.W, and Bouter L.M. A cost-of-illness study of back pain in The Netherlands. *Pain*.1995; 62: 233-240.

16. Van Leeuwen MT, Blyth FM, March LM, Nicholas MK, Cousins MJ. Chronic pain and reduced work effectiveness: The hidden cost to Australian employers *Eur J Pain*. 2006; 10 (2): 161-166.

IMPACTO ECONÓMICO Y EN LA CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE CON DOLOR

Dra. Concepción Ceballos Alonso

Subdirectora control de Calidad Complejo Universitario de Salamanca

Los objetivos generales de la Atención Sanitaria son mejorar el estado de salud de la población y garantizar la satisfacción de los ciudadanos. En Sanidad hay un encargo social como proveedores de salud, que no tiene la industria, destacando como objetivos concretos restaurar la salud de los pacientes individuales, evaluar los resultados y minimizar la variabilidad de la práctica clínica, siempre mediante la incorporación a la misma del mejor fundamento científico y la orientación de los servicios a los pacientes.

La relación es desigual con el usuario, mercado imperfecto, relación fiduciaria, asimetría de mercado, ¿qué es lo que me conviene?, el paciente deposita su confianza.

La aproximación al cuidado del paciente será mediante la coordinación de recursos a lo largo de todo el sistema de salud, durante todo el ciclo de vida de la enfermedad. Entorno al 80% de los pacientes que acuden al médico lo hacen por quejas de dolor y/o relacionadas con él. Constituye uno de los motivos de consulta más frecuentes en la asistencia sanitaria. Es un serio problema de salud en Europa. El dolor es una experiencia emocional, subjetiva y compleja con

repercusión física, psicológica, social y laboral. Mientras que el dolor agudo puede ser considerado razonablemente un síntoma de una enfermedad o de una lesión, el dolor crónico y recurrente es un problema específico en el cuidado de la salud; una enfermedad en sí misma.

La incidencia media europea ha sido del 19% (rango comprendido entre el 26% y el 11%). En España, ha sido del 11%, si bien también ha sido la de mayor duración (una media de 9 años frente a la media europea de 7 años).

La prevalencia del dolor en los pacientes hospitalizados es alta. Así, el ámbito hospitalario se caracteriza por la presencia de dolor de alta intensidad, baja prescripción de analgésicos y poco cumplimiento de las pautas prescritas.

En España se dedica cerca del 9% del producto interior bruto (PIB) al gasto sanitario, mientras el coste económico del dolor en España representa un 2,2 a 2,8% del PIB. Ello supone unos 13.000 a 16.000 millones de euros.

El dolor presenta diversos componentes, físico y afectivo; así, el sufrimiento se expresa como expresión total

del paciente con dolor. Sus repercusiones serán en diversos ámbitos, sociales, laborales, económicos, psíquicos y psicológicos.

Para la promoción de la calidad en la asistencia al dolor están implicados agentes tales como profesionales, pacientes, familiares y financiadores en el proceso de atención médica, o agencias como la Joint Commission International Accreditation: en que en su partado de estándares centrado en el paciente, DPF.2.4, dice que:

La organización sanitaria debe contar con protocolos para evaluar y tratar el dolor adecuadamente.

Calidad constituye inicialmente un concepto abstracto que precisa una definición a tres niveles sucesivos de especificación, el último de los cuales permitirá su medición. Existe un interés creciente en todos los sectores por la calidad, éste afecta al sector de la salud implicando a: pacientes o población receptora del servicio, gestores, y profesionales de la salud. Los profesionales de la salud basan su interés en la calidad basándose en tres cuestiones fundamentales que a su vez constituyen un compromiso implícito ético:

1. Responder a la confianza que los pacientes depositan en ellos,
2. Coherencia con el compromiso científico inherente en la práctica clínica de las ciencias de la salud,
3. Responsabilidad de mantener la competencia profesional.

Por estos motivos, los profesionales de la salud deben ser los primeros en enarbolar y defender una buena calidad, para que, entre otras cosas, no se vea afectada por recortes indiscriminados del gasto sanitario.

Por tanto, la calidad asistencial en el dolor será aquella clase de atención que se espera que puede proporcionar al paciente el máximo y más completo bienestar después de valorar el balance de ganancias y pérdidas que puedan acompañar al proceso en todas sus partes.

La Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) es el grado subjetivo de bienestar “atribuible a”, o “asociado con”, la carencia de síntomas, el estado psicológico y las actividades que se desean realizar. A pesar de la escasa unanimidad en la concepción de la CVRS y de los instrumentos más adecuados para su medición, ésta se ha revelado como una disciplina de interés teórico y práctico, y con prometedoras aplicaciones en distintos ámbitos de las ciencias de la salud.

Las áreas que deben ser evaluadas son:

- Bienestar físico a través de la ausencia de quejas sintomáticas que incluyan dolor; funcionamiento de sistemas...
- Bienestar psicológico, que incluya: valoraciones de depresión, ansiedad, funcionamiento cognitivo.
- Desempeño de actividades, que incluya: trabajo, diversión, funcionamiento social, cumplimiento de roles.

Algunas áreas cuya evaluación se evita son:

- Seguridad financiera
- Estado civil
- Libertad
- Personalidad

Y, por último son áreas de difícil evaluación:

- Felicidad
- Ambición, expectativas
- Agresividad
- Sobrecarga
- Experiencia religiosa
- Vergüenza

De tal manera que las dimensiones a considerar en la calidad de vida son:

- Funcionamiento físico
- Salud mental
- Estado emocional
- Dolor
- Funcionamiento social
- Percepción general de la salud
- Otras:
 - Impacto sobre la productividad laboral
 - Impacto sobre las actividades de la vida diaria

La medida de la CVRS es de especial utilidad para ofrecer una visión cuantitativa o semicuantitativa del estado de salud, incorporando el carácter subjetivo de la percepción de la enfermedad por el propio paciente. La CVRS es un concepto multidimensional que se basa en la percepción subjetiva del paciente, dinámico

y que proporciona información para las decisiones sanitarias en planificación y asignación de recursos sanitarios.

Entre los ámbitos en los que se ha aplicado la medición de la CVRS figuran⁶:

1. *Investigación clínica.*
2. *Práctica clínica.*
3. *Investigación evaluativa de los servicios sanitarios.*
4. *Gestión de servicios y planificación sanitaria.*

1. INVESTIGACIÓN CLÍNICA

Dentro de la investigación clínica, la medición de la CVRS puede figurar como variable relevante de un estudio cuando dicho estudio plantee cuestiones susceptibles de ser evaluadas con dicha medición y se ajuste a sus objetivos. La medida de la CVRS debería proporcionar una información no alcanzable con métodos clínicos tradicionales y relevante para las finalidades del estudio. La medida de la CVRS, a este nivel, puede enriquecer el conocimiento de una dimensión distinta a las asequibles con el simple registro de síntomas o pruebas funcionales. Así sucede con numerosos síndromes que, a pesar de un amplio y tradicional conocimiento de sus manifestaciones clínicas, no se han establecido aún variables que, aparte de la supervivencia, definan o midan adecuadamente la severidad e impacto de la enfermedad en lo referente al estado sintomático y funcional. El grado de desarrollo de los instrumentos de medida de la CVRS y la experiencia con su uso en la investigación clínica no permite

considerar aún los resultados obtenidos como plenamente satisfactorios aunque sí cada vez más prometedores.

La medición de la CVRS en los estudios de investigación clínica aportaría una importante contribución a:

- a. *Estudios descriptivos del impacto de la enfermedad.* El conocimiento de cómo la automodificación del estilo de vida determina la CVRS en enfermedades crónicas (amplio campo de posibilidades de estudio).
- b. *Ensayos clínicos.* Es cada vez mayor el número de ensayos clínicos que utilizan la calidad de vida como variable de resultado.
- c. *Estudios de efectividad.* Éstos permiten valorar de qué manera los resultados de los ensayos clínicos son aplicables a la práctica clínica real y, en segundo lugar, estudiar el impacto de una acción terapéutica sobre una población bien definida en cuanto a lugar y tiempo e incluso establecer comparaciones entre las mismas. Este tipo de estudios y su medición influye no sólo en las decisiones clínicas sino también en la gestión sanitaria.

2. PRÁCTICA CLÍNICA

Uno de los problemas que limitan la aplicabilidad de la medición de la CVRS en la práctica clínica rutinaria es la relativa imperfección de los instrumentos de medida. Existen varios con validez y reproductibilidad para el estudio de poblaciones, pero insuficientes para

obtener resultados de calidad en el paciente individual.

3. INVESTIGACIÓN EVALUATIVA DE LOS SERVICIOS SANITARIOS

Los estudios de efectividad a los que nos hemos referido anteriormente, al referirse a los resultados de la actividad clínica real en situaciones de lugar y tiempo precisas, si bien se consideran de investigación clínica sus resultados pueden aplicarse a la evaluación de los servicios sanitarios. Así se han elaborado estudios que pretenden valorar la relación coste-efectividad de los servicios sanitarios utilizando índices de CVRS, a los que puede asignarse un valor económico. Se alcanzan estimaciones del coste que representa la obtención de periodos de supervivencia con buena CVRS como una manera de entender la efectividad de los mismos, a través del uso de servicios sanitarios concretos.

4. GESTIÓN DE SERVICIOS Y PLANIFICACIÓN SANITARIA

Las dificultades radican en la naturaleza compleja de la realidad sanitaria; es decir, en la distancia existente entre los resultados de los estudios evaluativos, con sus limitaciones intrínsecas, las necesidades sanitarias de los diferentes individuos y los efectos reales de las distintas medidas que pueden adoptarse.

La economía, como disciplina, pretende ofrecer un método para ordenar y establecer prioridades a la hora de tomar decisiones individuales o colecti-

vas que se desea satisfacer (Keynes). La economía sanitaria es una rama de la economía que se ocupa del estudio de la asignación de recursos dentro del sector sanitario con el objetivo de maximizar el bienestar social en términos de salud.

Las elecciones básicas son tres

- ¿Qué producir? **EFICACIA**
- ¿Cómo producirlo? **EFICIENCIA**
- ¿Para quién producirlo? **EQUIDAD**

Los costes económicos del paciente con dolor serán **costes directos** que comprenden:

- Instituciones sanitarias: ambulatorios, consultorios, etc.
- Personal sanitario: médicos, personal de enfermería, personal auxiliar, etc.
- Productos farmacéuticos.
- Otras prescripciones sanitarias: pruebas de laboratorio, traslado de pacientes, ortopedias, etc.
- Gastos generales y administrativos.

Costes indirectos que abarcan:

- Descenso de productividad debido a bajas laborales:
 - Reducción de productividad remunerada.
 - Incapacidades laborales permanentes y temporales.
 - Reducción de productividad no remunerada.
 - Indemnización
 - Costes indirectos generados por la familia y amigos del enfermo: ayuda o compañía al enfermo en domicilio o centro asistencial.

- Coste de oportunidad:
 - Descenso tiempo laboral.
 - Descenso de tiempo de ocio.
 - AVAC: evaluación económica.
 - Costes relacionados con la formación del sustituto.
 - Costes no sanitarios que cuantifican el coste de tiempo y transporte.
- Costes intangibles:
 - Calidad de vida
 - Dolor
 - Efectos adversos
 - Sufrimiento
 - Frustración
 - Tiempo de ocio
 - Pérdida de autoestima

Los costes por incapacidad laboral transitoria por dolor pueden ascender a 3.065.161,73€ según un estudio de prevalencia del dolor en Cataluña. El coste total por paciente y por año oscila entre 1.333,31 €, 1.800,12 € (3) y 2.698,21 €.

El enorme coste social y económico de esta patología ha conducido a la búsqueda de tratamientos multidisciplinarios cuyos objetivos son además de aliviar el dolor, la disminución del déficit funcional, la reincorporación laboral y el tratamiento de las alteraciones psicopatológicas asociadas. Los pacientes no tienen conocimiento médico como para saber si necesitan o no un tratamiento o un medicamento, ni tampoco pueden escoger entre alternativas de medios de diagnósticos o de medicamentos. Las decisiones sobre el consumo de estos bienes o servicios las decide el médico, no el consumidor final.

La calidad de las decisiones deberá ser evaluada, teniendo presente, la

actual globalización de la información, la explosión de la tecnología y la existencia de usuarios más y mejor informados. Al igual que la calidad asistencial y tecnológica en la medida en que puede contribuir a la práctica clínica. Así, parece lícito asumir que la participación de los pacientes en la toma de decisiones tendrá una influencia positiva sobre sus resultados en la asistencia.

Una correcta decisión estará en consonancia con la expectativa media que produce un resultado satisfactorio para el paciente, al tiempo que ayuda a aceptar al paciente la posibilidad de que una correcta decisión puede producir malos resultados.

Las decisiones deberán ser tomadas en base a la búsqueda sistemática y la utilización rutinaria de los procedimientos e intervenciones que hayan demostrado ser más eficientes y al uso más racional de los recursos existentes, poniendo en práctica la máxima de conseguir más por menos con una calidad similar o mejor.

Así, la mejor decisión sanitaria será aquella en que se han eliminado las intervenciones ineficaces, ofrece las intervenciones más efectivas a los pacientes con mayor probabilidad de beneficiarse y todos los servicios se prestan con la mayor calidad posible. La calidad es una variable estratégica porque la no-calidad puede llegar a suponer hasta un 20-25 % de los costes de producción; la mayoría de los problemas de calidad se deben a deficiencias de la organización, o sea, están relacionados con el sistema. La calidad es hoy un valor social.

A las tres condiciones conocidas de eficacia, seguridad y calidad, ahora se une la del coste. El coste del dolor para el sistema público de salud es muy elevado como consecuencia de la alta prevalencia y del elevado consumo de recursos sanitarios, especialmente los tratamientos farmacológicos y quirúrgicos.

El componente mayoritario de los costes sanitarios directos que se genera deriva de la hospitalización, tratamientos quirúrgicos y farmacológicos y la atención ambulatoria. Ello supone casi el 50% de los costes directos. El tratamiento farmacológico podría representar el 30% de los costes sanitarios directos mientras que el cuidado ambulatorio de los pacientes supone el 20% restante.

Los efectos adversos al tratamiento pueden generar más de 1.300.000 visitas a los médicos de atención primaria o a los especialistas y, más de 40.000 ingresos hospitalarios. Estudios realizados en el Hospital Clínico Universitario de Salamanca, demostraron que el coste medio de tratar una hemorragia digestiva alta provocada por el consumo de AINE en los pacientes que acuden al servicio de urgencias supera los 3.000 euros.

Los costes indirectos están relacionados con el descenso de productividad debido a las bajas laborales y constituyen un componente muy importante del coste del dolor. Más de un 40% de las incapacidades laborales permanentes y temporales son consecuencia del dolor; lo que pone de manifiesto la magnitud del impacto económico.

Finalmente, genera costes intangibles, relacionados con el dolor, la frustración y la pérdida de la autoestima que afectan a la calidad de vida. Los cambios más significativos se producen en las subescalas de dolor, ansiedad, depresión, descenso de la actividad física y sensibilidad a la enfermedad.

Lo más importante no es recortar el gasto, sino tomar medidas para mejorar los procesos sanitarios. El proceso que nos ocupa, el dolor, y por ello y para su correcto abordaje, sería relevante que fuera Multidisciplinario. Prioritaria la formación de profesionales sanitarios en el abordaje, evaluación y tratamiento. Necesaria la existencia de Protocolos y guías de práctica clínica, la educación sanitaria: pacientes y familiares, coordinación asistencial, unidades de Primer Nivel y de Tratamiento del dolor y rehabilitación precoz. Igual de relevante que la Planificación: programas de salud.

BIBLIOGRAFIA

1. Baños JE, Bosch F. Conceptos generales en algología. Tratamiento del Dolor Teoría y Práctica. 2ª ed. En: Aliaga L, Baños JE, de Barutell C, Molet J, Rodríguez de la Serna A. Barcelona: Publicaciones Permanyer; 2002. p. 5.

2. Bassols Farrés A, Bosch Llonch F, Eladi Baños J. Epidemiología del dolor en la población general. Dolor 2000; 15: 149-58.

3. Bosch F, Baños JE. Las repercusiones económicas del dolor en España. Med Clin 2000; 115: 639.

4. Cossman M, Wilsmann KM. Effect and side effects of tramadol: an open phase IV study with 7198 patients. Therapiewoche 1987; 37: 3475-85.

5. Collado Cruz A, Torres Mata J, Arias Gassol A, et al. Eficacia del tratamiento multidisciplinario del dolor crónico incapacitante del aparato locomotor. Med Clin (Barc) 2001; 117: 401-5.

6. Contreras Porta, FJ Martínez Donante J, Serrano Altamiras P y López Serrano MC. Calidad de vida en pacientes alérgicos. Introducción a la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS). Seminario Calidad de vida en pacientes alérgicos. Alergol Inmunol Clin 2000; 15 (Extraordinario Núm. 2): 184-203.

7. Esteban S. Tratar el dolor del anciano en unidades de dolor. Dolor 2002; 17: 213-22.

8. Geeta A. Joseph & S.S.Sundar Rao. Bull WHO, 1999, 77 (6): Impact of Leprosy on the Quality of Life.

9. González-Darder J M, Torres-Recio J, Calidad de vida tras el tratamiento quirúrgico de la hernia discal lumbar. Estudio prospectivo con un año de seguimiento. MAPFRE MEDICINA, 1995; 6: 85-89

10. González Viejo MA, Condon Huerta MJ. Incapacidad por dolor lumbar en España. Med Clin 2000; 114: 491-2.

11. Guzmán J, Esmail R, Karjalainen K, et al. Multidisciplinary rehabilitation for chronic low back pain: systematic review. BMJ 2001; 322: 1511-6.

12. Guzmán J, Esmail R, Karjalainen K, et al. Multidisciplinary bio-psycho-social

rehabilitation for chronic low back pain. Cochrane database of systematic reviews 2002 (1). p. CD000963.

13. Ministerio de Sanidad y consumo. Encuesta Nacional de Salud de España 1995. Madrid, 1996.

14. Muñoz-Gómez J. Epidemiología del dolor lumbar crónico. En: Abordajes terapéuticos en el dolor lumbar crónico. Madrid: Ed. Fundación Grünenthal. 2003. p. 23-8.

15. Newman R I, Seres J L, Yospe LP, Garlington B. Multidisciplinary treatment of chronic pain: long-term follow-up of low-back pain patients. *Pain* 1978; 4: 283-92

16. Paulino Tevar J, Miranda Gallardo MD, Cuadra Díaz JL. Epidemiología y morbilidad de la artrosis. *Dolor* 1999; 14: 77-81. 268 M. CASALS Y D. SAMPER *Rev. Soc. Esp. del Dolor*, Vol. 11, N.º 5, Junio-Julio 2004

17. Pflingten M, Hildebrandt J, Leibing E, et al. Effectiveness of a multimodal treatment program for chronic low- back pain. *Pain* 1997; 73: 77-85.

18. Pernia JV, Sánchez RM. Epidemiología del dolor. *Dolor* 1994; 9: 67-70

19. Pedrera Zamorano JD, Canal Macias ML, Lavado García JM, et al. Estudio de salud de las personas mayores en Extremadura: Consumo de fármacos y patologías crónicas más frecuentes. *Rev Esp Salud Publica* 1999; 73: 677-86.

20. Pflingsten M. Functional restoration-it depends on an adequate mixture of treatment. *Schmerz* 2001; 15: 492-8.

21. Verhaak PFM, Kerssens JJ, Dekker JJ, et al. Prevalence of chronic benign pain disorder among adults: a review of the literatura. *Pain* 1998; 77: 231-9.

IMPLICACIONES LEGALES EN LA RELACIÓN SOCIOECONÓMICA DEL DOLOR

Prof.: Benito Blanco Prieto

Abogado especialista en temas socioeconómicos.
Profesor de la Universidad Pontificia

Sin duda, la ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, dio respuesta y desarrollo a las previsiones constitucionales contenidas en los artículos 41 y 43 y Título VIII de su texto, configurando el Sistema Nacional de Salud, creando el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, como órgano coordinador entre las Comunidades Autónomas y la Administración del Estado.

En la actualidad al amparo de dichas previsiones y de los respectivos Estatutos de Autonomía, todas las Comunidades Autónomas han asumido competencia en materia de Sanidad. Habiéndose completado este proceso con un modelo estable de financiación a través de la aprobación de la Ley 21/2001, de 27 de diciembre, por la que se regulan las medidas fiscales y administrativas del nuevo sistema de financiación de las Comunidades Autónomas.

Con ello se aproxima la gestión de la asistencia sanitaria al ciudadano, ofreciéndole garantías de equidad, calidad y participación.

Transcurridos más de veinte años desde la entrada en vigor de la Ley

General de Sanidad, se han producido profundos cambios en la sociedad, tanto culturales, tecnológicos y socioeconómicos, como en la manera de vivir y de enfermar, planteándose nuevos retos para la organización del Sistema Nacional de Salud.

Como acertadamente asegura el catedrático de Derecho Administrativo D. Joaquín Tornos Mas, en su prólogo a la legislación Básica Sanitaria de la editorial Tecnos, “el derecho sanitario debe enfrentarse hoy a nuevos retos. Ya no basta con una sanidad preventiva o con garantizar unas prestaciones de calidad con las cuales tratar de curar la enfermedad. Hoy surgen nuevos derechos que enfrentan al jurista a problemas de difícil solución. El Art. II- 66 del Tratado en el que se establece una Constitución para Europa, reconoce el derecho a la integridad de la persona, y dentro del mismo, el derecho a que en el marco de la medicina y la biología se respete el consentimiento libre e informado. Cuestiones como el llamado testamento vital, la regulación de las curas paliativas”, o, añadido yo, el tratamiento del dolor, “constituyen nuevas demandas de regulación frente a las cuales el jurista

carece de posiciones sólidas de partida que le permitan aprobar la norma.”

El jurista carece de criterios científicos y morales mayoritariamente compartidos sobre los que construir la regla de conducta. Por ello se recurre a protocolos creados por los propios médicos o a la creación de comités científicos que den respuesta al caso concreto.

Todo ello, en el contexto socioeconómico de cada momento y que obliga al legislador a ser cauteloso.

En el mismo Preámbulo de la Ley de Sanidad, aparece claramente reflejada la primera implicación legal económica, al decir que por razones de crisis económica no se podía, en la época que fue publicada dicha ley, generalizar el derecho a obtener gratuitamente las prestaciones sanitarias y, por ello, se indica que se programaría su aplicación de forma paulatina, de manera que fuera posible observar prudentemente el proceso evolutivo de los costes.

La ley de Sanidad tiene su primera y más importante continuidad en la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, toda vez que establece acciones de coordinación y cooperación de las Administraciones públicas sanitarias para asegurar a los ciudadanos, entre otros extremos, la participación social en el Sistema Nacional de Salud, en su doble dimensión del respeto a sus decisiones individuales, como en la consideración de sus expectativas como colectivos de usuarios en el sistema sanitario. Y para tomar aquellas decisiones que

corresponden asumir conjuntamente al Estado y a las Comunidades Autónomas, el órgano básico de cohesión es el ya mencionado Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, situando una Alta Inspección como órgano encargado de llevar a cabo el seguimiento de los acuerdos del primero.

Adentrándonos ya en el tema a tratar, expertos en la materia del dolor estiman que son escasos los estudios socioeconómicos sobre el tratamiento del mismo y que resulta del todo punto necesario un estudio económico sobre los beneficios del tratamiento, analizando costes. Como también parece de todo punto necesario la creación de equipos interdisciplinarios que lleven a cabo predicciones, a través de estudios comparativos, que pongan de manifiesto la necesidad de lo que podríamos llamar desde ahora “la nueva prestación del tratamiento del dolor”, llevando a cabo, a través de las Unidades Especializadas. Estos equipos interdisciplinarios de trabajo tendrían que estudiar, también según los expertos, la visión global de la actitud ante el dolor hoy día y marcar rumbo y objetivos para analizar posteriormente los resultados.

Desde el punto de vista social habría que estudiar la repercusión en cuanto a costes en la vida real, e intentar definir claramente la población afectada; todo desde la autocrítica y unificando terminologías, porque para evaluar, hay que definir, en el entendimiento de una juiciosa utilización de las diversas escalas sanitarias. Palabras como protocolos, implicación profesional, estudio de impacto, eva-

luación y coordinación, le salen al paso al jurista de forma un tanto difusa, sin concreción, por lo que su implicación no puede avanzar a otro ritmo que no sea el de esperar acontecimientos y estudiar lo legalmente establecido. Porque el derecho es evidentemente realidad, acontecer, parte de todo ese conglomerado de productos sociales que situamos en la praxis, en palabras acertadas de Hernández Gil, de tal forma que existe una compenetración entre el derecho y la sociedad, un encuentro de uno y otra.

Estudiar las herramientas legales con las que se puede contar para cumplir esos objetivos y permitir orientar la labor de los equipos de trabajo, será lo que trataremos a continuación, con el detalle necesario, para poder finalmente sacar conclusiones.

En principio diremos que los Estatutos de Autonomía, que en el caso del País Vasco data de 1979; los de Galicia, Asturias, Andalucía y Cantabria de 1981; Murcia, Canarias, Aragón y Navarra de 1982; Castilla y León, Illes Balearis, Extremadura y Madrid de 1983; Ceuta y Melilla de 1995 y Valencia y Cataluña de 2006, solamente se hace referencia escueta a la asunción de competencias en materia de sanidad, dejando a salvo la referencia que en su art. 20 hace el reciente Estatuto de Cataluña, sobre el derecho a vivir con dignidad el proceso de la muerte en los siguientes términos: “Todas las personas tienen derecho a recibir un adecuado tratamiento del dolor y cuidados paliativos integrales y a vivir con dignidad el proceso de su muerte”.

Vemos pues, que existe, a través del Estatuto Catalán, una vía abierta novedosa y necesitada de un desarrollo acorde con las intenciones y el espíritu de la norma que acabamos de transcribir.

Una vez que todas las Comunidades Autónomas asumieron las competencias en materia de sanidad, surge la Ley 16/2003, de Cohesión del Sistema Nacional de Salud, a la que ya nos hemos referido anteriormente y en la que claramente se puede apreciar, como veremos seguidamente, que el tratamiento del dolor siempre se trata acompañando a técnicas y tecnologías de nueva creación y a prestaciones de nueva implantación, llevadas a cabo según establece, de forma pormenorizada, la ley aplicable.

Por su parte, en el Capítulo I de la Ley 16/2003, ya mencionada, se dedica la Sección 1ª a la ordenación de las prestaciones y, en concreto, se hace mención al catálogo de las mismas acordado en el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, de cuya actualización hablaremos más adelante.

También se menciona un aspecto importante para el estudio de la implicación legal en la socioeconomía del dolor, y es el tema de la financiación de las prestaciones (Art. 10), estableciendo que son responsabilidad de las Comunidades Autónomas, las cuales deberán destinar a la misma los mínimos previstos en la Ley 21/2001, de 27 de diciembre, y de acuerdo con el principio de lealtad institucional, en los términos del Art. 2.1.e de la Ley Orgánica 8/1980, de 22 de septiem-

bre, de financiación de las Comunidades Autónomas.

De acuerdo con lo anterior, la inclusión en el catálogo de una nueva prestación, como puede ser el tratamiento del dolor, se debería llevar a cabo mediante un procedimiento en el que la Ley señala que debe figurar la elaboración de una memoria económica sobre la valoración del impacto positivo que puede suponer dicho tratamiento, para elevarla posteriormente al Consejo de Política Fiscal y Financiera, para su análisis en el contexto del principio de lealtad institucional.

Pero conviene añadir que entre las prestaciones, tanto de atención primaria (Art. 12), como de atención especializada (Art. 13), se contempla la atención paliativa a los enfermos terminales.

Además, en la Sección 2ª de dicho Capítulo I, dedicada al desarrollo y actualización de la cartera de servicios (apartados 2 y 3 del Art. 20), se establece que en la elaboración de las carteras de servicio se tendrán en cuenta, entre otros factores, las necesidades sociales y su impacto económico y organizativo, para terminar con esta cautela: “que en cualquier caso no se incluirán aquellas tecnologías y procedimientos cuya contribución eficaz, entre otros objetivos, a la eliminación o disminución del dolor y sufrimiento, no estén suficientemente probada”.

Y, por su parte, el Art. 31, dedicado a la actualización de la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud, que ya hemos mencionado, establece que la

misma se llevará a cabo mediante Orden del Ministerio de Sanidad y Consumo, previo acuerdo del Consejo Interterritorial del Sistema de Salud, una vez que el procedimiento se desarrolle reglamentariamente, indicándose en el apartado 2 de dicho artículo, que las nuevas técnicas, tecnologías o procedimientos serán sometidos a evaluación por el Ministerio de Sanidad y Consumo, a través de la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del Instituto de Salud Carlos III, en colaboración con otros órganos evaluadores, a propuesta de las Comunidades Autónomas. Y dicha evaluación (apartado 3, Art. 21) tendrá por objeto la concurrencia, entre otros, del siguiente requisito: “la eliminación o disminución del dolor y del sufrimiento”.

Asimismo, se contempla en la Ley (Art. 22), la posible autorización, por propia iniciativa del Ministerio de Sanidad o a propuesta de las correspondientes Administraciones Públicas Sanitarias, previo acuerdo del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de la Salud del “uso tutelado de determinadas técnicas, tecnologías o procedimientos, antes de su inclusión efectiva en la cartera de servicios del Sistema Nacional de la Salud, llevándolo a cabo mediante un Diseño de Investigación, por periodos de tiempo limitados en centros expresamente autorizados para ello, y de acuerdo con protocolos específicos destinados a garantizar su seguridad y el logro de resultados relevantes para el conocimiento: Dicho uso tutelado, se financiará con cargo al Fondo de Cohesión al que se refiere el Art. 4 de la Ley 21/2001, de 27 de diciembre, de conformidad con las normas que se rige dicho fondo”.

A modo de conclusión, si se examinan las propuestas e indicaciones de los expertos en el tratamiento del dolor, podemos observar que las mismas no vienen sino a explicar los motivos por los que resulta, cuando menos difícil, una implicación decisiva en términos legales sobre tal tratamiento, pese a que, según hemos visto, existen claras referencias en las normas aplicables, al tratar de los procedimientos y la modificación de su catálogo.

Al ser escasos los estudios socioeconómicos sobre el tratamiento, no es posible elaborar una memoria económica rigurosa sobre la valoración del impacto positivo que puede suponer la implantación del mismo, requisito que resulta indispensable para su inclusión en el catálogo, tal y como se indica en la ley 16/2003, de 28 de mayo.

Por otra parte, al no existir equipos interdisciplinares que lleven a cabo predicciones, a través de estudios comparativos que pongan de manifiesto la necesidad de lo que hemos llamado aquí “la nueva prestación del tratamiento del dolor”, no será posible pensar que la misma pueda formar parte en las nuevas elaboraciones de carteras de servicio que se lleven a cabo, al ser necesario para ello acreditar la necesidad social de la misma.

Digamos, por tanto, que existe la previsión e implicación legal, por medio de un procedimiento que hemos esbozado, de que el tratamiento del dolor pueda formar parte de la cartera de servicios, incluso las menciones expresas a las que hemos hecho referencia, parecen

concederle la prioridad que sin duda merece, pero es necesario para ello que se lleve a cabo una labor previa a cargo de equipos especializados sobre la definición jurídica y objeto de las unidades del Dolor, verdadero soporte técnico junto a la figura de consultores del proyecto, que impulsen de forma decidida el procedimiento legal establecido, sin olvidar la posibilidad del uso tutelado del procedimiento, antes de su inclusión en la cartera de servicios, mediante los Diseños de Investigación.

Hoy por hoy, todo apunta a que la demanda de regulación e implantación del tratamiento del dolor, está necesitada, como decíamos al comienzo de esta pequeña aportación, de posiciones sólidas de partida que allanen el camino de la aprobación de la norma, que sin duda sería la única implicación efectiva desde el punto de vista legal.

La VI Reunión de Expertos celebrada en el mes de septiembre en Salamanca, para tratar el tema de “Aspectos socioeconómicos del Dolor”, ha constituido una acertada apuesta y un punto de partida inmejorable para sentar las bases que hagan posible iniciar un procedimiento que lleve a buen término la incorporación a la cartera de servicios del tratamiento del dolor. Una iniciativa cargada de sentido de futuro y que se sitúa en la vanguardia de la medicina que trata de acomodarse a la evolución de la demanda social. Sin duda, las transferencias de competencias sanitarias a las distintas Comunidades Autónomas, con un ritmo distinto de progresión en este campo, desde el punto de vista de implicación legal, obli-

gará a que tengan que actuar los órganos de coordinación que en el ámbito estatal están responsabilizados de ello, sin que tal circunstancia deba de influir de forma negativa en el decidido propósito de avanzar en el campo del trata-

miento del dolor, ya que de lo contrario, se podría producir un desfase que repercutiría en el sentido del deterioro a la atención al paciente, con el efecto inmediato de no alcanzar las cotas de eficacia a que la ley obliga.

DOLOR CRÓNICO COMO ENFERMEDAD. NECESIDAD DE LA VALORACIÓN MULTIDISCIPLINAR

Dra. María Rull Bartomeu.

Unidad del Dolor. Hospital Universitario de Tarragona JOAN XXIII.
Profesora asociada. Facultad de Medicina. Universidad Rovira i Virgili

**“Las descripciones médicas y científicas sobre la enfermedad llevan a generalizaciones que después no se dan en los casos concretos. Esto es todavía más evidente en el caso del dolor. El dolor es aun más singular, más individual, más diferente en cada persona”.
Davalú o el dolor. Rafael Argullol. 2001.**

INTRODUCCIÓN

El dolor es una experiencia emocional, subjetiva y compleja con repercusión física, psicológica, social y laboral. Es una experiencia vital que afecta de manera importante a la calidad de vida y genera costes económicos relacionados con la cronicidad y discapacidad que produce.

Al centrarnos en los aspectos socioeconómicos del dolor crónico nos encontramos con la dificultad de la evaluación: la evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud y de los parámetros afectados directamente por la enfermedad y el tratamiento.

El SF-36 (Short Form Health Survey) es un cuestionario genérico sobre el

estado de salud, útil para evaluar poblaciones pero impreciso para evaluar resultados individuales de un paciente. La TOPS (Treatment Outcomes in Pain Survey) (Revisión de los resultados del tratamiento para el dolor)^{1,2} incorpora escalas dirigidas al paciente con dolor crónico y demostró su utilidad. Añade:

- Síntoma dolor
- Limitaciones funcionales
- Invalidez familiar/social percibida
- Invalidez familiar/social real
- Invalidez laboral formal
- Satisfacción del paciente

La TOPS ha demostrado una herramienta sensible y útil para evaluar los resultados del tratamiento multidisciplinar de los pacientes con dolor crónico.

ANÁLISIS DEL PROBLEMA

El dolor que rebasa el período de curación debe considerarse crónico. Los conocimientos actuales sobre fisiopatología no explican el porqué algunas personas quedan incapacitadas por el dolor, sin que se encuentre causa orgánica que

justifique la intensidad de los síntomas³. Los tratamientos clásicos no logran aliviar el dolor; la cronicidad del mismo repercute en las actividades sociales y laborales del paciente con un impacto negativo en su calidad de vida. Existe poca correlación entre el grado del dolor que el paciente informa, los signos físicos, los resultados de las pruebas complementarias y la discapacidad observada. Los principios filosóficos y estructurales de la biomedicina no son válidos para el abordaje integral del dolor crónico; **la estrategia debe ser holística incorporando la evaluación de factores psicológicos, sociales y culturales en la forma en que lo padece la persona para planear estrategias de tratamiento en este sentido**^{4,5}.

El dolor es una experiencia. Hay que diferenciar la **enfermedad**, manifestación de una alteración orgánica, del **sentirse enfermo**, experiencia subjetiva de la persona que cree y piensa que no se siente bien y que condiciona su conducta. **El sentirse enfermo es un estado psicosocial y no biológico** y el estado de dolor crónico debe enfocarse como un cuadro psicosocial con aspectos médicos, en vez de un cuadro médico con aspectos psicosociales. No siempre la enfermedad y el sentirse enfermo guardan una relación directa y su evolución puede ser divergente.

En la actualidad el tratamiento del dolor crónico, debe hacerse con una estrategia integral y multimodal. Es adecuado el **modelo biopsicosocial** que incorpora no sólo conceptos biomédicos sino también aspectos psicológicos y sociales. Este modelo considera las tres

dimensiones, biológica, psicológica y social con igual importancia e introduce estrategias de autotratamiento en las que el propio paciente es el responsable de tratar su dolor y su calidad de vida. El profesional de la salud asume en este modelo la responsabilidad de adquirir capacidades y habilidades como educador, motivador y médico curador. **El médico no solamente trata sino que motiva y educa** para que el paciente desarrolle capacidades para aprender nuevas formas de concebir el dolor; nuevos mecanismos de afrontamiento y también nuevas capacidades para dirigir su vida. **El paciente se convierte en participante activo del proceso terapéutico**. El objetivo del tratamiento no es sólo la curación, son también la rehabilitación y la incorporación del paciente a su rol social.

Este enfoque *no excluye los tratamientos tradicionales*, sino que los incorpora como un elemento más. Los objetivos importantes del tratamiento son con el mismo peso, el alivio del dolor, disminución de la discapacidad, mejora de la calidad de vida, disminución del sufrimiento y reducción de la utilización de servicios asistenciales.

Es importante establecer una relación de apoyo entre médico y paciente en la que se le plantee un análisis multidimensional de su problema y la repercusión que el dolor tiene en su calidad de vida demostrando al paciente que el médico entiende la trascendencia que para él ha tenido su dolor. El paciente que reconoce que el dolor puede mejorar, pero no desaparecer; que no tiene porqué acabar en discapacidad, que puede abandonar los intentos infructuo-

sos de controlarlo, sentirá menor discapacidad física y psicosocial. El paciente en vez de buscar un mejor tratamiento, debe buscar una mejor atención.

En el contexto de la estrategia de auto-tratamiento, se ofrece a los pacientes intervenciones médicas, farmacológicas y somáticas y además atención psiquiátrica o psicológica, rehabilitación y terapéutica familiar. El resultado dependerá del esfuerzo que haga el sujeto por solucionar otros problemas. El tratamiento en cuestión no sustituye al tratamiento médico sino que es parte de un paquete terapéutico para un paciente concreto. Los pacientes con mala condición física y carentes de destrezas de socialización seguirán sufriendo cada vez más en su esfuerzo por cambiar de modo de vida.

En las visitas de seguimiento se insiste en las estrategias de mejora de actividad y bienestar en vez de centrarse en el síntoma dolor. Uno de los aspectos del tratamiento es ayudar al paciente a identificar actos concretos de mejora y facilitar el proceso de comprometerse al cambio. La actitud positiva del paciente facilita el aprendizaje de estrategias de afrontamiento más eficaces que le conducirán a una vida de “adulto sano” más independiente. El peligro está en que la vida en el rol de enfermo puede resultar más segura. Mientras la persona se considere víctima de la enfermedad o de un sistema médico o legal injusto, no se hará responsable de las circunstancias insatisfactorias de su vida. El diagnóstico médico refuerza su discapacidad. Le permite justificar su fracaso personal y acaparar los privilegios del rol de enfermo. Hay que abordar directamente el

asunto de las ganancias secundarias. En estos pacientes difíciles se observa que el dolor es la solución y no el problema.

El dolor crónico es un idioma común de comunicación y de problemas personales e interpersonales. La persona que sufre dolor crónico necesita atención además de tratamiento. La atención es un proceso interpersonal que se da entre el proveedor y el paciente. El tratamiento es un proceso tecnológico que se produce entre un prestador de servicios y una enfermedad.

Los sistemas asistenciales deben reconocer las relaciones entre las innumerables facetas que componen la experiencia del dolor crónico y ofrecer un modelo asistencial que integre los factores biológicos, psicológicos, sociales y culturales. Un modelo asistencial que tenga un criterio holístico que fusione alma y cuerpo y que integre a la persona con su contexto social^{6,7}.

TRATAMIENTO MULTIDISCIPLINAR

Ninguna disciplina por sí sola posee todas las habilidades y conocimientos necesarios para abordar el problema en su conjunto. El equipo multidisciplinar que actúa con el enfoque biopsicosocial es algo más que un conjunto de especialistas que trabajan de manera independiente, es la integración y coordinación de disciplinas distintas hacia objetivos comunes. Es un trabajo en equipo exento de toda jerarquía autoritaria. Los equipos deben actuar como una unidad funcional cuyos miembros tienen volun-

dad de aprender mutuamente y modificar sus opiniones con base a las observaciones y experiencia de todo el grupo.

Las estrategias terapéuticas de los equipos multidisciplinarios han demostrado ser más eficaces y más del 50% de los pacientes atendidos pueden reincorporarse al mundo laboral.

Los equipos multidisciplinarios deben dirigir su atención a los pacientes que no han mejorado con el tratamiento médico tradicional y en los que, en la perpetuación de su dolor y discapacidad, son importantes los factores cognoscitivos, de la afectividad y del entorno. Este enfoque terapéutico nació en el decenio de 1950 gracias a Bonica y adquirió mayor fuerza con la obra de Fordyce en el decenio de 1970 con la introducción de la estrategia cognoscitivo- conductista.

Una vez más insistiremos en que el objetivo principal es mejorar la capacidad funcional de la persona y la paliación del dolor pero no la curación del mismo. En estos pacientes los efectos secundarios del dolor como depresión, aislamiento social, disfunción laboral, empleo de fármacos inadecuados, supersticiones son los elementos que determinan el cuadro. Los pacientes tratados en estos centros muestran niveles más altos de sufrimiento emocional, lesiones de origen laboral, consumo de los servicios asistenciales, dolor constante, consumo de opioides, cirugía previa y deficiencias funcionales. Acostumbran a tener niveles bajos de enseñanza, actitudes negativas hacia el futuro y la media de duración del dolor es de siete años^{8,9}.

PROGRAMAS DE TRATAMIENTO

Los programas están basados en el concepto biopsicosocial a diferencia del modelo biomédico. El tratamiento debe adaptarse a las necesidades de cada paciente, a sus características físicas y psíquicas. Se insiste en la participación activa y la responsabilidad del paciente en su propio tratamiento que es primordial. Hay que adiestrar en el uso de capacidades específicas, aumentar la autoestima y los buenos resultados obtenidos deben asignarse a la participación activa del paciente en su propio tratamiento.

A. Objetivos en el tratamiento multidisciplinar del dolor.

- Identificar y tratar problemas médicos no resueltos
- Eliminar fármacos inadecuados
- Dar fármacos convenientes
- Mejorar el estado físico (resistencia, potencia, flexibilidad)
- Eliminar conductas de protección excesivas que interfieran en las actividades normales
- Mejorar capacidades de afrontamiento y de bienestar psicológico
- Tratar la depresión
- Identificar los recursos del enfermo y las oportunidades ocupacionales y recreativas
- Enseñar al paciente todo lo referente al dolor, características anatómicas, fisiológicas y psicológicas. Enseñarle a diferenciar entre sentirse enfermo y sentir dolor
- Orientar a las personas al consumo prudente de servicios asistenciales
- Ayudar al paciente a establecer obje-

tivos reales y procurar que no se pierdan las ganancias con el tratamiento.

Todos los programas deben abarcar un largo período de vigilancia para que los pacientes no pierdan lo ganado con la terapéutica.

B. Participantes en los programas multidisciplinarios de tratamiento del dolor.

Médico. Valoración clínica y de las pruebas complementarias así como de la evaluación de los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos. Identificación y tratamiento de problemas médicos no resueltos. Es importante en la enseñanza del paciente y en legitimar todos los demás componentes del programa.

Psicólogo. Debe tener preparación específica para este tipo de pacientes. Hace la primera evaluación psicológica, aplica los tratamientos cognitivos-conductuales, enseña al paciente técnicas de afrontamiento y la relación entre ideas, sentimientos, comportamiento y funciones fisiológicas. Coordina las sesiones de enseñanza y ayuda a otros miembros del equipo a utilizar principios conductuales para diseñar las actividades terapéuticas.

Enfermera. Son un elemento esencial para la continuidad del programa terapéutico ya que conviven con el paciente durante toda la evolución. Intervienen en la enseñanza de temas como fármacos, dieta, sueño, higiene, actividad sexual y es un punto de enlace para que el programa funcione.

Fisioterapeutas y ergoterapeutas. Responsables de la evaluación inicial y de la fisioterapia activa para que el

paciente mejore su resistencia, potencia y flexibilidad. Ayudan al paciente a desarrollar una mecánica corporal adecuada y estrategias para afrontar las exigencias físicas de un trabajo y de las actividades de la vida diaria. Se analiza la historia laboral del paciente y los factores que podrían intervenir para decidir si se reintegra o no al trabajo.

Terapeutas ocupacionales. Es importante su intervención cuando el objetivo terapéutico es la reincorporación al trabajo. Realizan valoración detallada de intereses, escolaridad, aptitudes, capacidades físicas y de aprendizaje, experiencia laboral, objetivos ocupacionales con el fin de identificar las oportunidades ocupacionales y las barreras para la reincorporación eficaz al trabajo.

Los pacientes deben reconocer que en este tipo de programa quienes realizan el trabajo terapéutico son ellos mismos. Necesitan ayuda continuada para la recuperación. En los últimos días de tratamiento, cada paciente aprende estrategias para no perder lo ganado al incorporarse a un entorno en que tendrá menos apoyo.

Es necesario escoger meticulosamente a los pacientes. Los intentos de tratar lo intratable producen desmoralización en el grupo terapéutico. Uno de los alicientes del programa es la interacción que se crea entre los profesionales y el paciente^{10,11}.

RESULTADOS

La administración analiza los servicios de salud prestados para saber si

además de la eficacia clínica lo son también en función del costo. El tratamiento del dolor crónico en servicios multidisciplinares se ha considerado un tratamiento de alto costo por el número de profesionales que intervienen y por la duración del mismo. El análisis del costo debe basarse en los siguientes criterios:

a. Disminución del dolor. La mejoría del dolor en los centros multidisciplinarios varía de un 20 a un 40% y esta mejoría persiste un promedio de dos años después del alta. Los resultados de las diversas técnicas operatorias, en el mejor de los casos son similares a los obtenidos en el tratamiento multidisciplinar.

b. Complicaciones yatrógenas. Las complicaciones yatrógenas de cualquier tratamiento aumentan de manera relevante el costo y la discapacidad. El tratamiento en centros multidisciplinarios tienen mínimas consecuencias yatrógenas en comparación con técnicas intervencionistas.

c. Disminución en la toma de fármacos. Se ha detectado una disminución en el consumo de fármacos y concretamente de opioides al mejorar el dolor como resultado del tratamiento.

d. Utilización de servicios asistenciales. Los datos aportan una disminución del consumo de servicios asistenciales después del tratamiento en centros multidisciplinarios.

e. Incremento de actividad. En comparación con tratamientos corrientes se ha observado mejores cifras de actividad (65%/35%). Después de tratamientos quirúrgicos no se han detectado aumentos de actividad.

f. Incorporación al trabajo o a las labores habituales. Aunque la reincorporación al trabajo depende de otros factores como la disponibilidad de empleo se ha observado un porcentaje mayor de sujetos (67%) que se incorporan a sus labores en relación a personas no tratadas (24%). Una revisión de otros estudios aporta cifras de un 71% de reincorporación al trabajo en relación a un 44% de los pacientes que recibieron tratamiento corriente. Estos trabajos no tienen en cuenta el porcentaje de recidivas, hecho común en pacientes con lesiones musculoesqueléticas.

g. Fallo de demandas por discapacidad. El dolor crónico cuesta mucho dinero a la sociedad por la pérdida de productividad y por las indemnizaciones por discapacidad. Varios estudios han señalado una disminución de compensaciones después de un tratamiento en centros multidisciplinarios.^{11,12}

ANÁLISIS ECONÓMICO

Es recomendable el análisis coste/eficacia. El coste se presenta en términos monetarios y la eficacia en términos de calidad y esperanza de vida. Cuanto más baja es la relación, más favorable es el beneficio de una intervención. En los costes se valoran los costes totales de la atención sanitaria, incluso los costes del tratamiento relacionados con la prolongación de la esperanza de vida después del tratamiento intervencionista¹³.

En los costes hay que incluir los costes del dolor no aliviado: costes sociales (incapacidad), costes familiares (pérdidas de días de trabajo, disminución de

los ingresos), costes físicos (invalidez), costes fisiológicos. No todos los costes ocurren al mismo tiempo por lo que es necesario calcular costes presentes y futuros.

La eficacia se mide en QALY (quality adjusted life-years) que son años de vida ajustados para la calidad^{14,15}. Son necesarios estudios que valoren los resultados de las intervenciones terapéuticas en medicina del dolor. La realización de los estudios es compleja pues deben hacerse según patologías y según pacientes. No es lo mismo un dolor de espalda en un individuo en pleno rendimiento laboral que en una persona jubilada¹⁶. Por otra parte hay que valorar las diversas intervenciones terapéuticas y la repercusión que puedan tener las intervenciones preventivas¹⁷.

EFICACIA EN FUNCIÓN DEL COSTO

Los tratamientos multidisciplinares han demostrado eficacia clínica^{18,19,20}, pero hay que valorar si tal eficacia está en función de su coste. El tratamiento multidisciplinar tiene una eficacia nueve veces mayor en función de su costo que el tratamiento conservador y una eficacia 3,6 veces mayor que el tratamiento quirúrgico para ayudar a los pacientes a reincorporarse al trabajo¹¹.

Aronoff²¹ cita una revisión de trabajos que aportan los siguientes datos:

- Los estudios prospectivos que investigaron los factores predictivos del resultado en pacientes con

dolor crónico (en particular la reincorporación al trabajo de los pacientes incapacitados por dolor lumbar) hallaron que los factores sociales, demográficos y conductuales tenían mayor repercusión en los resultados que los factores biomédicos, existiendo interacción entre ambos.

Estudios controlados sobre la eficacia de los programas globales (integrando terapia conductual, fisioterapia y tratamiento médico), demuestran que estos programas mejoran los resultados obtenidos en pacientes con dolor lumbar en un 40% comparado con los controles.

- Los metanálisis de los estudios sobre los resultados de los programas interdisciplinares globales orientados a la recuperación de pacientes con dolor, demuestran la eficacia de estos programas y que ésta es duradera.
- Los estudios financieros de los programas clínicos demuestran disminución de los costes con el tratamiento integrado y aumento del coste con el retraso del envío de estos pacientes a centros multidisciplinares.

Hemos descrito la importancia y validez del enfoque multidisciplinar para el tratamiento del dolor crónico. En España existen poquísimos centros multidisciplinarios. La Sociedad Española del Dolor no regatea esfuerzos para concienciar a las autoridades sanitarias de la importancia de este enfoque terapéutico pero queda aún un largo camino por recorrer. Contribuyen a la obtención de buenos resultados un liderazgo eficaz, la

congruencia entre las normas teóricas y la práctica clínica, profesionales motivados y el asumir la idea de que el todo es mayor que la suma de las partes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Mei-Jen Ho, La Fleur J. The treatment Outcomes of Pain Survey (TOPS): a Clinical Monitoring and Outcomes Instrument for Chronic Pain Practice and Research. *Journal of Pain & Palliative Care Pharmacotherapy* 2004; 18: 49-59.

2. Rogers WH, Wittink HM, Ashburn MA, et al. Using the "TOPS", an Outcomes Instrument for Multidisciplinary Outpatient Pain Treatment. *Pain Medicine* 2000; 1: 55-67.

3. Humberia Mediola A. Dolor lumbar crónico: la complejidad de los cotidiano. *Rev Esp Reumatol* 1999; 26: 245-6.

4. Aronoff GM, Gallagher RM, Feldman JB. Evaluación biopsicosocial y tratamiento del dolor crónico. En Prithvi Raj P. *Tratamiento práctico del Dolor*. Ed Harcourt SA. 3ª ed. Barcelona 2002: 165-174.

5. Gatchel RJ, Gardea MA. Lower Back Pain. Psychosocial Issues. Their Importance in Predicting Disability, Response to Treatment and Search for Compensation. *Neurologic Clinics* 1999; 17: 149-64.

6. Jacobson L, Mariano AJ. Consideraciones generales sobre el dolor crónico. En Loeser JD. *Bonica. Terapéutica del dolor*. Ed Mc Graw Hill Interamericana. 3ª edición. Méjico 2003: 289-305.

7. Robinson JP. Evaluación del funcionamiento y la discapacidad. En Loeser JD. *Bonica. Terapéutica del dolor*. Ed Mc Graw Hill Interamericana. 3ª edición. Méjico 2003: 413-438.

8. Loeser JD. Programas multidisciplinarios contra el dolor. En Loeser JD. *Bonica. Terapéutica del dolor*. Ed Mc Graw Hill Interamericana. 3ª edición. Méjico 2003: 306-318.

9. Loeser JD. Evaluación multidisciplinaria del dolor. En Loeser JD. *Bonica. Terapéutica del dolor*. Ed Mc Graw Hill Interamericana. 3ª edición. Méjico 2003: 439-444.

10. Turner JA, Romano JM. Evaluación psicológica y psicosocial. En Loeser JD. *Bonica. Terapéutica del dolor*. Ed Mc Graw Hill Interamericana. 3ª edición. Méjico 2003: 397-412.

11. Loeser JD, Turk DC. Tratamiento multidisciplinar del dolor. En Loeser JD. *Bonica. Terapéutica del dolor*. Ed Mc Graw Hill Interamericana. 3ª edición. Méjico 2003: 2461-2474.

12. Turk D, Stacey B. Multidisciplinary pain centers in the treatment of chronic pain. In Frymoyer J, Ducker T, Hadler N, eds. *The adult spine: principles and practice*. New York: Raven 1997: 253-274.

13. Jonson BW, Bedder M. Aspectos económicos de la medicina del dolor. En Prithvi Raj P. *Tratamiento práctico del Dolor*. Ed Harcourt SA. 3ª ed. Barcelona 2002: 78-92.

14. Fernández López JA, Hernández Mejía R, Cueto Espinar A. ¿Qué son los QALY?. *Atención Primaria* 1994; 14: 906-10.

15. Velarde-Jurado E, Avila Figueroa C. Evaluación de la calidad de vida. *Salud Pública de México*. 2002; 44: 349-61.

16. Katz JN. Lumbar Disc Disorders and Low-Back Pain: Socioeconomic Factors and Consequences. *The Journal of Bone and Joint Surgery*; 2006; 88A (S 2):21-4.

17. Henrotin YE, Cedraschi C, Duplan B et al. Information and Low Back Pain Management. A systematic Review. *Spine* 2006; 31: 326-34.

18. Flor H, Fydrich T, Turk DC. Efficacy of multidisciplinary pain treatment centers; a meta-analytic review. *Pain* 1992; 49:221-230.

19. Collado Cruz A, Torres Mata X, Arias Gassol A et al. Eficacia del tratamiento multidisciplinario del dolor crónico incapacitante del aparato locomotor. *Med Clin(Bare)* 2001; 117: 401-5.

20. Guzmán J, Esmail R, Karjalainen K et al. Multidisciplinary rehabilitation for chronic low back pain: systematic review. *BMJ* 2001; 322: 1511-16.

REPERCUSIONES PSICOSOCIALES DEL DOLOR CRÓNICO

Profesor Ginés Llorca Ramón
Catedrático de Psiquiatría. Salamanca.
Psicólogo Clínico. Castellón de la Plana.

El dolor ha estado ligado desde siempre a la historia de la humanidad. El hombre teme más al dolor que a la muerte. Aliviar el sufrimiento ha sido y sigue siendo un reto para la Medicina, sin embargo, a pesar de los avances médicos conseguidos, y según el estudio "Pain in Europe", el 11% de la población española sufre por esta causa. De este grupo, el 10% define ese dolor como "agónico". Así pues, se estima que más de cinco millones de pacientes lo sufren en nuestro país, y a pesar de ser uno de los males más habituales entre los españoles, el dolor crónico continúa siendo una de las enfermedades menos reconocidas y tratadas.

Pero el dolor crónico no sólo produce sufrimiento, sino que también es posible intentar cuantificar cuál es su coste, tanto económico como social. Para calcular dichos costes es necesario analizar los costes directos y los costes indirectos que genera el dolor. A nivel internacional, el coste económico aproximado del dolor alcanza de un 2,2% al 2,8% del Producto Interior Bruto (PIB) de los países industrializados. Aplicando estas cifras a la realidad actual, nos encontramos que el PIB per cápita en España es

aproximadamente de 14.962,38 €, según la Fundación de Cajas de Ahorro Españolas, y el número de habitantes del país de 40 millones, el PIB total nacional lo podríamos situar en torno a los 600.000 millones de euros. Por lo tanto, el coste económico del dolor en España: la cuantía está comprendida entre los 13.000 millones y los 16.000 millones €.

De todas formas, el impacto del dolor crónico no se debe de considerar únicamente desde un punto de vista económico, porque incide de una forma grave sobre la calidad de vida de millones de personas aquejadas de dolor, y que sin un tratamiento adecuado estas personas son incapaces, a menudo, de trabajar e incluso de desempeñar los más sencillos cometidos.

Así pues, el dolor crónico constituye un cuadro complejo, definido por la presencia de un conjunto de problemas específicos entre los que destacamos:

- Percepción del fracaso de los recursos terapéuticos tanto profesionales como controlados por el paciente y escasa confianza de que se pueda encontrar un remedio eficaz.

- Dificultad para discriminar y describir los elementos del cuadro clínico. La información de que dispone y proporciona el paciente es difusa y ambigua.
- Exceso de reposo y reducción del nivel de actividad física, agravados a menudo por la coincidencia de la edad avanzada y la jubilación.
- Abuso y posible dependencia de analgésicos y psicofármacos.
- Trastornos del sueño y deficiente calidad reparadora del mismo.
- Alteraciones del humor y estados de ánimo.
- Reducción en el nivel de actividad funcional. Deficientes repertorios de habilidades en diversas esferas adaptativas, por falta de aplicación.
- Deterioro de las habilidades de comunicación e inadecuadas pautas de relación interpersonal o habilidades sociales. En la interacción social predominio de los repertorios comunicativos relacionados con el dolor. Problemas de comunicación con los profesionales.
- Abandono de trabajo y los consiguientes problemas de contacto y de relación social, además de económicos.
- Ausencia de alternativas conductuales competitivas con las conductas de dolor.
- Reducción en el acceso a las consecuencias naturales propias de las actividades normales: ambiente natural empobrecido. Restricción de las fuentes de estimulación alternativa o distracciones.
- Modificaciones en el ambiente familiar. Relaciones familiares basadas en la asistencia y el cuidado del paciente. Falta de autonomía personal.

La comprensión científica del dolor va evolucionando rápidamente. Se pensaba que su presencia implicaba únicamente la existencia de un daño físico, sin embargo, actualmente la ciencia nos ha llevado a descubrir la importancia que tienen las consecuencias de la vivencia del dolor, generando importantes reacciones emocionales que pueden potenciar el sufrimiento que lleva asociado.

La etiología del dolor, especialmente aquella asociada a la incapacidad, ha mostrado ser multidimensional y así es mejor comprendida en el contexto de un modelo biopsicosocial (Engel, 1977; 1980) donde justificó la necesidad de un nuevo modelo de enfermedad que incluyera, además de los aspectos biológicos, los psíquicos y los sociales presentes en todas las enfermedades humanas. Wilson (2002), resalta el hecho de que el dolor es un fenómeno sensorial-perceptual, multidimensional y complejo, que constituye una experiencia subjetiva única para cada individuo. Esta definición contiene implicaciones que constituyen importantes avances en su conceptualización, entre las cuales señala el reconocimiento explícito de los componentes emocionales y subjetivos, que forman parte inseparable de la sensación dolorosa y evitan la causalidad entre daño tisular y dolor (Cerveró y Laird, 2002).

Así pues, desde esta perspectiva, la percepción del dolor no es el resultado final de una transmisión pasiva de impulsos, sino que se trata de una experiencia compleja determinada, entre otros factores, por la historia pasada del individuo (Melzack y Dennis, 1978), por

el significado que tiene la estimulación para el sujeto (Fordyce, 1976), por las diferencias sociales y culturales (Craig, 1983) y por su actividad cognitiva del momento (Ciccone y Grzesiak, 1984).

El término psicosocial se refiere a la interacción que se produce entre un individuo y su ambiente social, laboral y familiar. Estas interacciones a su vez influyen en el comportamiento del individuo, en los niveles de estrés, en las actitudes y creencias con respecto al dolor y pueden afectar negativamente la evolución y resultados de los diferentes tratamientos.

Psicológicamente, existen diferentes factores asociados al dolor crónico, así las cogniciones de los pacientes han sido identificadas repetidamente como factores importantes de riesgo, Miró (2003) afirma que existe una correlación entre las cogniciones negativas y la intensidad percibida de dolor, malestar emocional e interferencia del dolor en la vida diaria.

Trabajos recientes apuntan a que una evaluación de tipo general de la persona sobre sí misma, como la percepción de autoeficacia (Aaghari y Nicholas, 1999), podría ser también una buena predictora de la cronicidad del cuadro, no sólo las cogniciones específicas sobre el dolor (Lacker y Carosella, 1999). La importancia de las cogniciones anticipatorias y las expectativas de autoeficacia y de control se reflejan en el equilibrio psicoafectivo. En una muestra con lumbalgia los pacientes deprimidos exhibían significativamente más pensamientos negativos automáticos que los no deprimidos, sin encontrarse diferencias en el

estilo atribucional (Ingram, Atkinson, Slater, Saccuzzo y cols., 1990). Igualmente, la autoeficacia para resolver problemas se ha constatado que predice la depresión, la desesperanza, el daño psicosocial y el dolor (VAS) (Witty, Heppner y cols., 2001). Confirmado en una muestra de mujeres por Banerjee (2003), ya que la autoeficacia jugaba un papel importante en la relación entre los niveles de dolor informados y la adaptación a la experiencia dolorosa medida por la calidad de vida.

En el ámbito nacional, el absentismo laboral y la pérdida de actividad en el trabajo del dolor crónico, son factores que cifran unas pérdidas económicas de 1.076 millones de euros anuales, según datos extraídos del informe sobre "El impacto sociosanitario de las enfermedades neurológicas en España", publicado en 2006 por la Fundación Española de Enfermedades Neurológicas. Estimaciones avaladas desde los estudios realizados por una iniciativa conjunta de la Universidad de Salamanca y la Fundación Grünenthal bajo la dirección del Prof Clemente Muriel (2004).

Se pudo comprobar en 106 pacientes con dolor crónico, que tan sólo el 11.3% se encontraban laboralmente activos, al que se podían añadir las mujeres que se dedican a trabajar en casa un 32%, el porcentaje ascendía a un 57%, entre los pensionistas (40%) y los que estaban de baja (17%) (Figura 1).

Numerosas investigaciones han puesto de manifiesto que el grado de ansiedad explicaba la discapacidad y las conductas en el dolor crónico, mejor que

la intensidad del mismo. Bartok (2002), constató que la ansiedad (STAI) tiene relación con la intensidad del dolor, pero a la luz de la mayoría de trabajos, es correcto afirmar que se potencia enormemente la capacidad predictiva ansiosa cuando se utilizan instrumentos que miden específicamente la ansiedad relacionada con el dolor (McCracken, Gross, Aiken y cols., 1996).

Aunque los estudios son muy heterogéneos entre sí (características de la muestra, metodología, etc.), se puede estimar que la prevalencia de sintomatología ansiosa, entre personas con dolor crónico, se encuentra en un rango del 30 al 64% (Kight y cols., 1999; Madland y cols., 2000). En nuestro estudio, el 24,8% de los pacientes con dolor crónico evidenciaban sintomatología ansiosa grave (Tabla 1) (Llorca Diez, 2004).

Intensidad	A. Estado
Sin	24,80%
Moderada	50,53%
Grave	24,80%

Tabla 1. Niveles de ansiedad estado y rasgo (Llorca Diez, 2004).

Sin embargo, uno de los modelos que más están siendo analizados en los últimos años es el que considera el dolor crónico como una situación de “estrés” (Casado y Urbano, 2001). Dentro de ellos, se postula que el dolor es el estímulo estresante y la respuesta es siempre la ansiedad y la depresión, pero a su vez

éstas pueden actuar como desencadenante o agravante del dolor y constituir un estímulo estresante que perpetua el círculo vicioso dolor-ansiedad-dolor.

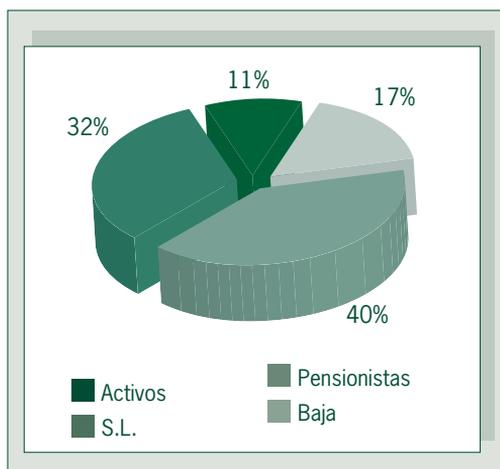


Figura 1. Situación laboral en pacientes con dolor crónico.

También han sido muy numerosos los estudios que ponen en relación el dolor y la depresión. Por ejemplo, Estlander, Takala, y Verkasalo (1995), utilizando una muestra de pacientes con dolor musculoesquelético, encontraron que al aumentar la intensidad dolorosa se elevaba la puntuación en depresión. Una investigación muy interesante realizada en Japón, mediante un diseño longitudinal de 2 años de duración en pacientes con daño traumático en médula espinal, encontró que el 15% tenían un grado leve de depresión crónica, mientras que el 30% mostró un estado de ánimo normal. La edad, el tiempo con dolor, los niveles de daño, y el estatus marital no tenían relación con la depresión (Nagumo, 2000). Posteriormente Maloney y McIntosh (2001), comprobaba

ron que soldados veteranos afectados de lumbalgia, tenían puntuaciones más altas en depresión (BDI) que aquellos que no la presentaban. Este estudio fue replicado en España, confirmando el alto número de síntomas depresivos en esta misma patología (Guic, Puga, y cols., 2002). Ohayon y Schatzberg (2003), en un análisis de tipo descriptivo sobre el estado de ánimo en 18.980 sujetos de Gran Bretaña, Alemania, Italia, Portugal y España, obtuvieron una alta asociación entre el padecimiento de un dolor crónico y la existencia de un trastorno depresivo. De todos los entrevistados un 17.1% informaron tener un dolor crónico, de los cuales el 4% fueron diagnosticados de Trastorno Depresivo Mayor.

Lo interesante del estudio se obtuvo al cruzar las variables, ya que el 43.4% de los pacientes diagnosticados de Depresión Mayor; padecían simultáneamente dolor crónico.

Coincidente con el estudio realizado en Salamanca, bajo la dirección del Prof. Muriel Villoria, donde el 52% de los pacientes que acudían a la Unidad de Dolor presentaban valores clínicos de depresión (Figura 2).

La experiencia continuada del dolor fortalecería la asociación con las emociones negativas acompañantes, de forma que los estímulos nociceptivos, activarían de forma automática los otros componentes del esquema de dolor; las emociones negativas. Pero también ocurriría a la inversa, las emociones negativas activarían el componente sensorial del esquema. Por tanto, el esquema de dolor funciona como un filtro que sesga la experiencia de

quienes lo padecen y que podría dar cuenta de los sesgos cognitivos frecuentemente detectados en los pacientes con dolor crónico (Esteve, 1999).

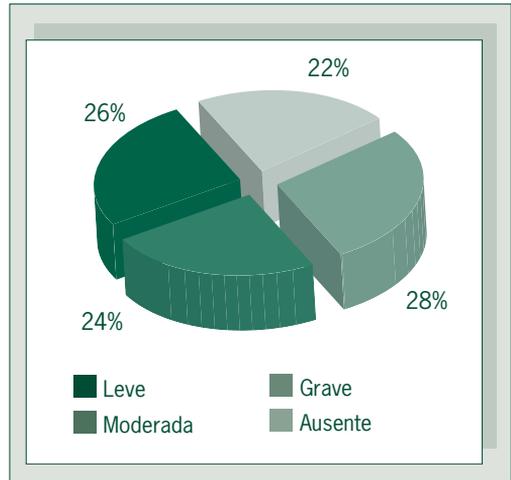


Figura 2. Niveles de sintomatología depresiva y dolor crónico (Llorca Diez, 2004).

Así pues, desde este modelo se puede afirmar que la depresión puede ser antecedente o consecuente del dolor, en función de la situación, existiendo tres modos posibles de interacción entre Dolor y Patología Psiquiátrica:

1. **El trastorno psicopatológico como consecuencia del dolor.** La posibilidad de que el dolor produzca alteraciones psicopatológicas es más frecuente en el dolor crónico en el que pueden aparecer trastornos adaptativos, generalmente de naturaleza ansioso-depresiva, junto con cuadros de irritabilidad, demanda excesiva, agresividad contra los cuidadores y búsqueda errática de posibles remedios. Así mismo, la aparición de cuadros de corte hipocondríaco y

de somatizaciones alrededor del fenómeno doloroso no son infrecuentes, aunque no es posible establecer de forma definitiva relaciones de dependencia etiopatogénica entre la situación dolorosa y dichos cuadros.

2. *El dolor estaría causado como parte de un trastorno psicopatológico.*

La posibilidad de que el trastorno psicopatológico tenga el dolor como un síntoma propio ha sido descrita en la depresión, en los trastornos somatomorfos, incluyendo los trastornos por somatización, en los cuadros hipocondríacos, en los trastornos conversivos y en el dolor psicógeno, las psicosis, las neurosis de renta y la simulación.

3. *El dolor y la patología psiquiátrica constituirían dos hechos independientes.*

Ambos coincidirían en un momento dado, es decir serían, en sentido estricto dos hechos comórbidos. Éstos plantean problemas como el de la modulación que en la percepción de la sensación nociceptiva puede ejercer la alteración psicopatológica. Es paradigmático el aumento del umbral doloroso o la falta de queja ante situaciones que provocan dolores importantes, que se pueden observar por ejemplo en los pacientes esquizofrénicos y el riesgo que esto supone para la detección de problemas orgánicos graves en dichos pacientes.

Ahora bien, esta comorbilidad psiquiátrica del trastorno doloroso y la somatización tiene unos referentes interesantes como: la prevalencia de trastorno mental es tres veces superior en pacientes con dolor crónico; y que los lesionados que desarrollan trastorno por dolor somato-

morfo manifiestan más localizadores de dolor, propagación fuera de la zona original, mayor consumo de opiáceos y benzodiazepinas, así como, mayor actividad en temas de litigios e indemnizaciones. La mayor gravedad de la depresión o del dolor determina una mayor asociación entre ambas condiciones (Wortz, 2003).

Las mujeres tienen los síntomas físicos más graves, numerosos y frecuentes. Además presentan mayor número de síntomas, mayor comorbilidad, mayor discapacidad y mayor riesgo de consecuencias iatrógenas así como pruebas diagnósticas excesivas, lo que conduce a la utilización frecuente de fármacos inapropiados y cirugía innecesaria.

La presencia de depresión en un paciente con dolor se asocia a: una peor evolución y pronóstico del mismo (quejas por dolor, dolor más intenso, mayor presencia de síntomas álgicos y duración más prolongada del dolor), más limitaciones funcionales, peor funcionamiento social, mayor índice de desempleo, menor satisfacción como pacientes y una elevada frecuencia de consultas en atención primaria (Bair 2003).

El consumo de sustancias es más elevado que en la población general, estableciéndose que en un 12% existen criterios de abuso de sustancias o dependencia, y se eleva hasta un 23% de consumo inadecuado de alcohol, opiáceos o sedantes, y más del 90% tomaban otros medicamentos. Es muy importante para diagnosticar la adicción la necesidad de demostrar conductas desadaptativas, ya que la dependencia y la tolerancia en el paciente con dolor crónico

tratado con opiáceos, son necesarias pero no suficientes.

La frecuencia de trastornos depresivos mayores (TDM) varía según los países desde un 1,5% hasta el 19%. Se calcula que la prevalencia de TDM crónico es del 16,2% y que dura 12 meses en el 6,6% de los pacientes diagnosticados.

Aproximadamente un 20% de los pacientes en atención primaria presentan síntomas de depresión. La prevalencia de la depresión es doble en mujeres que en hombres. Casi dos tercios de la gente que sufre TDM tiene múltiples episodios. El riesgo de recidiva de la depresión aumenta progresivamente con cada nuevo episodio depresivo y disminuye a medida que se alarga el tiempo de remisión. La prevalencia de TDM no guarda ninguna relación con la raza, la educación, la clase social o el estado civil del paciente.

A nivel psicosocial, la Depresión puede provocar pérdidas económicas, irritabilidad social, limitaciones físicas, mayor número de días en cama y limitaciones en el rendimiento laboral y puede empeorar el pronóstico de muchas enfermedades generales, como puede ser el incrementar la mortalidad de pacientes que han sufrido un infarto de miocardio.

El tratamiento para la depresión no siempre es el adecuado ya que menos de un tercio de los pacientes con trastornos depresivos reciben el tratamiento correcto por parte del sistema sanitario con una dosis y duración óptimas, aumentándolas si es necesario, y manteniéndolas. Un mejor diagnóstico y tratamiento reduciría la mortalidad y la falta de productividad,

hecho que repercutiría en una reducción del coste, en general, para la sociedad.

Muchos pacientes responden de forma parcial o no responden a las terapias antidepressivas. Una de las razones por las que los pacientes no consiguen hacer remitir la depresión es que reciben un inadecuado diagnóstico y tratamiento de los síntomas físicos.

Un episodio depresivo mayor normalmente muestra preocupaciones excesivas por su salud y frecuentemente quejas de dolor (cefaleas, articulares, abdominales o de otro tipo). Si bien muchos pacientes con depresión muestran tanto síntomas emocionales como físicos, los síntomas físicos, a menudo son la queja principal por parte de los pacientes con depresión, hasta un 76% de los pacientes que sufren de depresión mayor se quejaban de síntomas somáticos, y esta presencia de síntomas físicos inexplicables está muy relacionada con los trastornos del humor. A medida que aumenta el número de quejas físicas, aumenta la posibilidad de un trastorno del estado de ánimo. El 30% de los pacientes depresivos experimentan síntomas físicos durante más de 5 años, antes de ser diagnosticados adecuadamente.

Es importante reconocer que la depresión y los síntomas físicos dolorosos correlacionan, ya que los pacientes con muchas quejas somáticas son normalmente los más difíciles de tratar óptimamente y demuestran menos satisfacción con la atención médica recibida. Los pacientes no diagnosticados acostumbra a hacer un mal uso del sistema médico, debido a sus quejas físicas y el

resultado del tratamiento de síntomas inexplicables puede resultar insatisfactorio. El coste al descartar otros factores de la lista de diagnóstico diferencial es alto.

Por todo ello, los beneficios potenciales de un mejor inicio de la acción terapéutica serían un menor coste sanitario, una mejor adhesión al tratamiento, un incremento de la satisfacción del paciente y un restablecimiento más temprano de las funciones. De no conseguir la remisión habría un mayor riesgo de recaída (3 veces mayor), mantenimiento de los problemas laborales y peor funcionamiento social, mayor utilización de los servicios médicos, aumento del riesgo de suicidio y de abuso de sustancias y peor pronóstico de los trastornos comórbidos.

Todos los especialistas deben de reconocer la presencia de síntomas depresivos como una comorbilidad importante en el paciente con dolor crónico, así como el pensamiento catastrofista ya que éste amplifica la información amenazadora e interfiere en la concentración necesaria para la participación de actividades productivas. Pero asimismo produce una mayor participación en actividades relacionadas con dolor; aumenta la experiencia de dolor; incrementa el malestar emocional y la discapacidad percibida.

Los síntomas físicos de dolor son los más frecuentes al inicio del trastorno depresivo, especialmente en el ámbito de la asistencia primaria, donde se han observado que una media del 69% de los pacientes (del 45% al 95%), llegan inicialmente a la consulta sólo con sín-

tomos físicos como dolor y no con síntomas psíquicos (Simon, 1999). Al final, cuando la ansiedad y el estado de ánimo deprimido empiezan a experimentar una notable mejoría, los síntomas físicos quedan a menudo como síntomas residuales (insomnio, fatiga) impidiendo una remisión total del paciente y favoreciendo una mayor incidencia de recurrencias y recaídas en la depresión.

Los mecanismos del dolor utilizan las mismas vías y comparten los mismos neurotransmisores que los síntomas físicos dolorosos que aparecen en la depresión, por lo que los fármacos que resultan eficaces frente al dolor también pueden funcionar frente a estos síntomas en los pacientes con depresión mayor y viceversa. Entre los nuevos mecanismos de acción frente al dolor y los síntomas físicos dolorosos deben destacarse el bloqueo de los canales de sodio y de calcio dependientes del voltaje y la inhibición dual de la recaptación de la serotonina y la noradrenalina (Stahl 2006).

BIBLIOGRAFÍA

1. Aaghari M, Nicholas M. Personality and adjustment to chronic pain. *Pain Revi* 1999; 6: 85-97.
2. Bair, M. J., et cols. (2003). Depression and pain comorbidity: A literature review. *Arch InternMed* 163 : 2433-45.
3. Banerjee, A. (2003). *Estadística médica clara. Introducción a los conceptos básicos*. Barcelona: J&C Ediciones Médicas S.L.

4. Bartok, C.E. (2002). *The relationship between psychological distress and coping in a spinal cord injury population with severe chronic pain* (Disertación doctoral, Pacific Graduate School Of Psychology, 2002). Dissertation Abstracts International, 62, 5952.
5. Barutell C., Camba M.A., González –Escalada J.R., Rodríguez M. (2006). *Características y tratamiento del dolor crónico en pacientes con dolor neuropático atendidos en las unidades de dolor de España* (estudio STEP). Presentado en: VIII Reunión de la Sociedad del Dolor (Ferrol 2006).
6. Casado, M.I. y Urbano, L.N. (2002). Dolor crónico y efecto negativo. Universidad Complutense de Madrid, Departamento Psicología Básica, *Interpsiquis*.
7. Cerveró, F. y Laird, J.M.A. (2002). Fisiología del dolor. En L. Aliaga, J. E. Baños, C. de Barutell, J. Molet, y A. Rodríguez de la Serna (Eds.), *Tratamiento del dolor. Teoría y Práctica* (2ª ed., pp. (9-25), Barcelona: P. Permanyer, S.L. Ciccone, D.S. y Grzesiack, R.C. (1984). Cognitive Dimensions of Chronic Pain. *Social Science and Medicine*, 19, 1339-1345.
8. Craig, K. (1983). Modeling and social learning factors in chronic pain. En J.J. Bonica (Ed). *Advances in Pain Research and Therapy* (vol.5). Nueva York: Raven Press.
9. Engel, G.L. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, 96, 1129-1136.
10. Engel, G.L. (1980). The clinical application of the Biospsy-chosocial Model. *American Journal of Psychiatry*, 137, 535-544.
11. Esteve, R. (1999). Alteraciones de memoria en pacientes con dolor crónico. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 6,197-201.
12. Estlander, A.M., Takala, E.P., y Verkasalo, M. (1995). Assessment of depression in chronic musculoskeletal pain patients. *The Clinical Journal of Pain*, 11(3), 194-200.
13. Fordyce, W.E. (1976). *Behavioral Methods for Chronic Pain and Illness*. St. Louis, C.V. Mosby.
14. Guic, P., Puga, I. y cols. (2002). Estrategias de afrontamiento en pacientes con lumbago crónico. *Psykhé: Revista de la Escuela de Psicología* 11(1), 159-166.
15. Ingram, R.E., Atkinson, J.H., Slater, M.A., Saccuzzo, D.P y cols. (1990). Negative and positive cognition in depressed and no depressed chronic-pain patients. *Health Psychology*, 9(3), 300-314.
16. Kight, M., Gatchel, R.I. y Wesley, L. (1999). Temporomandibular disorders: evidence for significant overlap with psychopathology. *Health Psychological*, 18, 177-182.
17. Lacker JM, Carosella AM. (1999). The relative influence of perceived pain control, anxiety and functional self-efficacy on spinal function among patients with chronic low back pain. *Spine*, 24: 2254-60.
18. Llorca Diez, G. J. (2004). *Estado de Ánimo y Calidad de vida en el Dolor Crónico*. Tesis Doctoral. Universidad de Salamanca.
19. Madland, G., Feinmann, C. y Newman, S. (2000). Factors associated with anxiety and

depression in facial arthromyalgia. *Pain*, 84(2-3), 225-232.

20. Maloney, P. y McIntosh, E.G. (2001). Chronic low back pain and depression in a sample of veterans. *Perceptual and Motor Skills* 92(2), 348.

21. McCracken, L.M., Gross, R.T., Aiken, J. y cols. (1996). The assessment of anxiety and fear in persons with chronic pain: A comparison of instruments. *Behavioral Research and Therapy*, 34, 927-933.

22. Melzack, R. y Dennis, S.G. (1978). Neurophysiologic foundations of pain. En R.A. Sternbach. (Ed.), *The Psychology of Pain*. Nueva York, Raven Press.

23. Miró, J. (2003). *Dolor crónico. Procedimientos de evaluación e intervención psicológica*. Bilbao: Desclée de Brouwer, S.A.

24. Nagumo, N. (2000). Relationships between low-grade chronic depression, pain and personality traits among community-dwelling persons with traumatic spinal cord injury. *Japanese Journal of Psychology*, 71(3), 205-210.

25. Ohayon, M. M. y Schatzberg, A. F. (2003). Using chronic pain to predict depressive morbidity in the general population. *Archives of General Psychiatry*, 60(1), 39-47.

26. Simon, G. E. y cols. (1999). A international study of the relation between somatic symptoms and depression. *N. Engl J. Med.*, 341: 1329-1335.

27. Stahl, S.,M. (2006). Tratamiento de la depresión hasta alcanzar la remisión total de los síntomas. *Drugs of Today*, 42 (supl. 11): 1-27. The Pain Society. (2003). De <http://www.painsociety.org>

28. Witty, T.E., Heppner, P.P. y cols. (2001). Problem-solving appraisal and psychological adjustment of persons with chronic low-back pain. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 8(3), 149-160.

29. Wortz, R. (2003). Pain in depression -Depression in pain. *Pain Clinical Updates*, 11:1-4.

ASPECTOS SOCIOECONÓMICOS DEL DOLOR

Fernando L. Vilanova Cardenal
Jefe de Unidad del Servicio de Anestesiología,
Reanimación y Terapéutica del Dolor.
Hospital de la Santa Creu I Sant Pau. Barcelona

El dolor es el síntoma principal que los pacientes desean evitar. El control del dolor forma parte de los derechos de los pacientes según todas las organizaciones internacionales. Hasta hace poco, era habitual en la práctica de la medicina pensar que el diagnóstico y el tratamiento de un proceso conducirían a la resolución de sus síntomas, incluido el dolor.

El dolor es un elemento esencial de la práctica médica en su valor semiológico y orientador de la gravedad de un paciente enfermo, siendo además uno de los componentes más relevantes de la sensación de minusvalía que padece una persona con algún proceso patológico.

Si al componente físico del dolor le añadimos el afectivo que es la ansiedad que produce, habremos conjugado el sufrimiento como expresión total del paciente con dolor.

Posiblemente el dolor sea la experiencia más universalmente compartida por el ser humano. Es también un problema social de primera magnitud, y por ello tiene repercusiones que trascienden el mundo médico y se extienden a la economía, la sociología o la política.

Efectivamente, el dolor es algo más que un problema científico. Es la primera causa de búsqueda de ayuda médica y uno de los temores más profundamente enraizados en la naturaleza humana. Su manejo representa una carga económica impresionante. Según Bonica, ya en 1981, el dolor crónico no canceroso representó para los Estados Unidos un costo de 65.000 a 70.000 millones de dólares en términos de cuidados sanitarios, pérdidas de productividad, compensaciones económicas y otros factores relacionados. Un estudio preliminar realizado por la Australian Pain Society en 1990 evaluó que en dicho país los gastos anuales derivados de la existencia de dolor crónico no terminal eran de 7.000 millones de dólares, con un rápido incremento anual. En los Estados Unidos, se realizó una encuesta telefónica a 1.254 personas, mostrando que al menos durante 100 días del año anterior, un 5% de ellas había padecido dolor de cabeza, un 9% dolor de espalda, el 5% dolores musculares y el 10% dolor articular. Más aún, sólo el dolor lumbar representó para Gran Bretaña en 1996 un costo de 1000 millones de dólares y en USA 33.000 millones sólo de cuidados sanitarios, estimándose el costo social en 9.000

millones en Gran Bretaña y 100.000 millones en USA.

Junto a las repercusiones sociales, laborales y económicas de una inadecuada política analgésica, son bien conocidas las consecuencias sobre la morbilidad de los pacientes, que se recuperan antes y mejor si reciben un tratamiento adecuado.

La definición¹ más generalmente aceptada del dolor que lo considera como una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada a una lesión tisular, o descrita como si ésta hubiera ocurrido y que se acompaña de respuestas anatómicas, psicológicas y conductuales; está en la esencia de sus dos aspectos más importantes: se trata de una experiencia y no tan sólo de una sensación, y no es necesario que exista lesión tisular para que el dolor se manifieste².

A pesar de los evidentes avances de los últimos años en la adecuación de los tratamientos del dolor, como son: la más y mejor utilización de los analgésicos de todo tipo, la incorporación de técnicas especiales como la analgesia locoregional, el uso de una gran cantidad de dispositivos para la administración de anestésicos y analgésicos, las conferencias de consenso en los diferentes tipos de dolor agudo, crónico, neuropático, etc., así como la creación de unidades específicas para su tratamiento como las clínicas del dolor de todo tipo, uni y pluridisciplinarias, junto con los cambios sociales y la evolución de la práctica médica, han producido un cambio que permite que el médico pueda proporcio-

nar una mejor y más adecuada analgesia en cada caso.

Sin embargo, de los varios millones de personas que cada día en el mundo sufren algún tipo de dolor y buscan alguna solución a su problema en los diversos dispositivos sanitarios a su alcance, un gran porcentaje de ellas son tratadas de manera insuficiente, inadecuada, o no reciben ningún tipo de medicación por diversos y complejos motivos.

Suele afirmarse que el dolor es uno de los problemas de salud más universales y que con mayor frecuencia ocasiona la visita al médico³, calculándose que en torno al 80% de los pacientes que acuden al médico lo hacen por quejas de dolor y/o relacionadas con él, y que, aproximadamente el 30% del total de la población de los países industrializados padece dolor crónico.

Hay estudios que tratan de determinar la incidencia y prevalencia del dolor en la población en general, como el informe Nuprin^{4,5} realizado a lo largo de 1985 en los EE.UU. mediante entrevistas a una muestra de 1.254 personas de 18 o más años, seleccionada para representar a la población adulta estadounidense.

Los resultados de este informe mostraron que: en términos generales, el dolor más frecuente era el de cabeza (73%), seguido por el de espalda (56%), el muscular (53%) y el articular (51%). En el caso del dolor crónico, entendido como aquel que había persistido durante 101 días o más en el año anterior a la entrevista, el más frecuente era el dolor articular (10%) y el de espalda (9%).

En nuestro país, la Encuesta Nacional sobre la Salud⁶ realizada en 1987, sobre una muestra representativa de la población española y compuesta por 40.000 personas, mostraba que 6 de cada 10 se consideraban a sí mismas como enfermas crónicas, preferentemente de dolor de cabeza (jaquecas, migrañas,...), problemas reumáticos (reumatismo, artrosis, artritis, ciática, lumbago, dolor de espalda) y dentales. En todos los casos y para todos los grupos de edad, las mujeres relataban la existencia de más problemas de salud crónicos que los varones. En cuanto a la edad, entre los mayores de 65 años el porcentaje de enfermos crónicos sobrepasaba el 80% de los entrevistados.

También hay estudios que tratan de delimitar las características predominantes en pacientes diagnosticados de dolor crónico, mediante las observaciones realizadas, generalmente en el marco de Clínicas del Dolor y/o servicios especializados en su atención, sugieren⁷ que, aunque la edad de comienzo de los problemas de dolor crónico suele ser la adolescencia o el comienzo de la edad adulta, la mayoría de los pacientes afectados por problemas de dolor crónico tienen entre 30 y 60 años; esto varía según países. Así, en EEUU, la mayoría de pacientes afectados por este problema tiene entre 30 y 50 años, en Europa entre 30 y 60 años y en España entre 40 y 60 años. También se ha observado que el diagnóstico de dolor crónico, es más frecuente entre las mujeres que entre los hombres, y entre las personas de clase baja, sin cualificación profesional y que realizan actividades físicas duras.

Algunos trabajos se han ocupado de analizar las diferencias y semejanzas entre pacientes con dolor de diferentes países. Así, por ejemplo, Clark y Hall⁸ compararon las características de pacientes británicos y estadounidenses y concluyeron que mientras la distribución por sexos (más presencia en las mujeres), la duración media del dolor (aproximadamente cuatro años) y el dolor más frecuente (de espalda) coincidía, los pacientes británicos eran de más edad y presentaban más dolores de cabeza en comparación con los norteamericanos.

Por lo tanto, y haciendo un balance de la situación, existen hoy en día un gran número de pacientes que sufren dolor de distintas gradaciones, desde el más grave y desgarrador al más leve, pero casi todos ellos de una manera crónica, y que en la mayoría de las ocasiones perdura hasta la muerte del individuo^{9,10}.

El dolor no es de una simple y única modalidad, ya que tiene implicaciones psíquicas. Es importante para nosotros la palabra sufrimiento: los pacientes con dolor crónico realmente sufren. Uno tiene solamente que pensar en el paciente con un cáncer inoperable, o en el paciente con dolor vascular de la extremidad inferior, o en el dolor causálgico, para darse cuenta que estos pacientes sufren¹¹.

Por otra parte, tenemos aquellos pacientes que sufren dolor crónico intermitente o continuo pero de menor intensidad, tal como lumbalgia, artritis crónica o una lesión más leve. Ciertamente

que estos sujetos también sufren, pero en un menor grado, aunque no hay duda de que la calidad de vida está o se ve afectada por el cuadro doloroso crónico que padecen.

Los costes del dolor son directos e indirectos. Respecto de los directos (personal sanitario, consultas, ambulatorios y hospitales, productos farmacéuticos; otras prescripciones sanitarias: analíticas, rayos X, TC, RM, traslados de pacientes, ortopedia, etc. y gastos generales y administrativos), no se han realizado estudios en nuestro país.

En cuanto a los costes indirectos (los que se refieren sobre todo a la disminución de la producción causada fundamentalmente por el absentismo laboral o la incapacidad absoluta o total), en cifras internacionalmente reconocidas como coste económico aproximado del dolor, corresponde al 2,2% del Producto Interior Bruto (PIB) de los países más industrializados.

Un estudio realizado con el del año 1980 suponía una cifra de 515.823.000.000 de pesetas (según el estudio Aspectos Sociológicos del Dolor en España. Encuesta Nacional sobre el Dolor. Gabinete de Estudios Sociológicos de Bernard Krief Consultants for Europe).

Así, y como decía el Prof. Madrid, la función primordial del tratamiento del dolor es aliviarlo de tal manera que la calidad de vida del paciente mejore, y esto no significa que la dolencia sea totalmente curada, sino que proporcione alivio del dolor para que el estilo y la calidad de vida mejoren.

Así pues, una unidad del dolor debe tratar a sus enfermos de la manera que sea posible para conseguir estos fines. Una unidad del dolor debe tomar todas las precauciones necesarias para evitar que el paciente quede en peores condiciones que al principio, lo cual no quiere decir que en ocasiones pueda suceder.

Es, por tanto, misión del médico informar al paciente sobre las posibilidades de tratamiento, así como de las posibles complicaciones que puedan derivarse del mismo. A veces, hay que hacer comprender al paciente que tiene que aprender a vivir con su dolor y adaptarse a esta situación.

Es una función primordial de todos aquellos conectados con este tipo de actividad clínica el convencer a las autoridades y a la administración de que merece la pena el tratamiento del dolor agudo y crónico, y que, aparte del aspecto humanitario del mismo, no es una actividad costosa y es cada vez más demandada por el usuario y por los profesionales para mejorar la calidad de la asistencia.

La Organización Mundial de la Salud ya propuso un esquema de evaluación de los sistemas de salud, y uno de sus componentes esenciales es la llamada "Capacidad de respuesta sensible frente a las demandas de la población", junto a la eficacia en salud, medida en la expectativa de vida ajustada por la discapacidad (EVAD), y además teniendo en cuenta una justa financiación.

En un sistema de evaluación de la calidad en la asistencia al dolor, hay que

tener en cuenta como siempre los tres grandes componentes: estructura, procesos y resultados.

En el de Estructura se hará un inventario de infraestructura, de tecnología, de personal según su calificación, etc. En los Procesos se llevará la estadística de los procesos diagnósticos, terapéuticos y de apoyo en general al proceso de atención del dolor, relacionándolo con algún denominador poblacional ajustado. Por último, los Resultados apuntarán más propiamente a lo evolutivo, pues nos determinarán juicios de adecuación de lo observado comparando con estándares aceptados por la comunidad técnica y general.

En esta promoción de la calidad, están o deben estar involucrados todos los actores del proceso de atención médica, profesionales, pacientes y familiares, así como los financiadores de la atención sanitaria.

Frente al desafío de la calidad necesaria, el respeto al paciente y la observación atenta y agresiva de la opinión pública, los profesionales del equipo de salud deben realizar estrategias permanentes de búsqueda de la calidad, ajustándose a los estándares vigentes de las sociedades internacionales como la Joint Commission International Accreditation, que en su apartado de estándares centrado en el paciente DPF.2.4, dice que la organización sanitaria debe contar con protocolos para evaluar y tratar el dolor adecuadamente.

La organización dispone de procedimientos para:

- Identificar a los pacientes con dolor durante la evaluación inicial y las evaluaciones posteriores;
- Comunicarse y facilitar la educación a los pacientes y a sus familias sobre el dolor y su tratamiento en el contexto de sus creencias personales, culturales y religiosas, y
- Educar a los profesionales sanitarios en la evaluación y tratamiento del dolor.

Elementos de medición de DPF.2.4.

1. La organización respeta y apoya el derecho del paciente a una evaluación y un tratamiento adecuado del dolor.
2. La organización identifica a los pacientes con dolor durante el proceso de evaluación.
3. La organización se comunica con los pacientes y las familias y les educa sobre el dolor y el tratamiento del mismo.
4. La organización educa a los profesionales sanitarios en la evaluación y el tratamiento del dolor.

Los pacientes terminales tienen unas necesidades únicas y muy especiales de una atención respetuosa y compasiva. La preocupación por el confort y la dignidad del paciente rigen todos los aspectos de la atención en los tramos finales de la vida. Para conseguirlo, el personal debe tener conciencia del tipo de necesidades específicas en pacientes terminales. Estas necesidades incluyen el tratamiento de los síntomas primarios y secundarios; el tratamiento del dolor; respuesta a los aspectos psicológicos, sociales, emocionales, religiosos y cultu-

rales del paciente y de su familia, y la participación en decisiones de atención.

Bajo esta normativa de la J.C.A.H.O se espera que las instituciones estén informadas y emitan directrices para desarrollar algunos conceptos clave¹²:

- Los pacientes tienen derecho a que se les valore de forma apropiada.
- Los pacientes serán tratados contra el dolor o remitidos para tratamiento.
- El dolor debe ser evaluado y reevaluado regularmente.
- Se inculcará a los pacientes la importancia de un control del dolor efectivo.
- Se inculcará a los pacientes que el control del dolor es parte del tratamiento.
- Se involucrará a los pacientes en la toma de decisiones sobre sus cuidados.
- La analgesia, tanto la habitual como la extraordinaria, debe ser administrada según se precise.
- La planificación del alta y la educación van a incluir atención continuada basada en las necesidades del paciente en el momento del alta, incluida la necesidad de tratar el dolor.

En nuestro entorno más cercano habría que citar la Ley general de Sanidad de 1986 y hacer referencia al convenio relativo a los derechos humanos y la biomedicina del Consejo de Europa.

A pesar de las publicaciones dedicadas a considerar los aspectos bioéticos de las intervenciones médicas, pocas han considerado el tratamiento del dolor¹³.

Las decisiones que afectan a los grupos de pacientes se toman combinando las evidencias científicas, los valores y los recursos.

Avedis Donabedian en 1980 definía la calidad asistencial como "... aquella clase de atención que se espera que puede proporcionar al paciente el máximo y más completo bienestar después de valorar el balance de ganancias y pérdidas que puedan acompañar el proceso en todas sus partes"¹⁴.

El mismo autor postula en esta definición tres componentes que son, el técnico, el interpersonal y los aspectos de confort. En este componente interpersonal entran en juego las normas y valores: por la ética de los profesionales sanitarios y por las aspiraciones y expectativas de cada paciente individual¹⁵.

En 1988 fue propuesta por la International Organization for Standardization (ISO)¹⁶ la definición de calidad como: "... el grado en que las características de un determinado producto o servicio cumple los objetivos para los que fue creado". Esta definición transmite los conceptos básicos de esta disciplina en el sentido que la calidad puede medirse y que consiste en el cumplimiento de un objetivo, que en nuestro caso es la salud.

La bioética constituye un marco global que permite establecer un sistema de valores para discutir las decisiones, y los principios de la bioética, postulados son fácilmente aceptados por todos los miembros de una comunidad plural y civiliza-

da¹⁷. Estos principios son cuatro: autonomía, beneficencia, no-maleficencia y justicia, y pueden considerarse como principios que obligan moralmente. En caso de conflicto, habrá que ver cuál tiene prioridad sobre los demás en una situación concreta, lo que en última instancia dependerá de las consecuencias.

En nuestro ámbito de dolor, ya en 1999 la American Academy of Pain Management y la American Pain Society, crearon un grupo de trabajo destinado a analizar las implicaciones bioéticas del tratamiento del dolor¹⁸. Su primera actividad fue una encuesta destinada a sus miembros para descubrir qué dilemas éticos se planteaban en su actividad profesional. Las respuestas más frecuentes se refirieron al tratamiento del dolor en la enfermedad terminal y a la terapéutica analgésica inadecuada, especialmente en niños y ancianos. También citaron las consecuencias de las restricciones de los recursos sanitarios, las barreras de los pacientes para un tratamiento adecuado, el uso correcto de los procedimientos médicos de alta tecnología y las controversias entre colegas sobre el mejor tratamiento del dolor.

Marijuán¹⁹ ha analizado recientemente las consecuencias del tratamiento inadecuado sobre los principios bioéticos tradicionales: no maleficencia, justicia y autonomía. En su opinión, el primero se encuentra claramente vulnerado cuando los pacientes no son aliviados existiendo medios para hacerlo, ya que este principio defiende no hacer daño, pero además hacer bien el trabajo que se tiene encomendado. El principio de justicia deja de respetarse por la imposibilidad de tratar

correctamente a todos los pacientes por razones tan azarosas como la existencia de una unidad del dolor a la que remitirles o la existencia de directrices analgésicas adecuadas en un centro determinado. La existencia de mitos o creencias erróneas en los pacientes, como los graves riesgos de utilizar morfina, reducen su capacidad de decisión consciente y, por tanto, impiden ejercer su autonomía de forma adecuada.

Es por ello esencial que, disciplinas como la calidad asistencial y la bioética propicien el marco necesario para la buena práctica clínica en el tratamiento del dolor en todas sus vertientes, entendida ésta de forma amplia²⁰.

El 64 por ciento de los pacientes que acuden a los servicios de urgencia de los centros hospitalarios españoles lo hacen con dolor y, además, el 90 por ciento de los mismos sufre dolor agudo, según los datos del estudio Valoración Epidemiológica del Dolor en Urgencias presentado por la Sociedad Española del Dolor. Este estudio, en el que participan diez centros hospitalarios, revela que el dolor tiene un coste para el país de 760.000 millones al año.

El estudio, que se ha elaborado con los datos de más de 3.500 pacientes, tenía entre sus objetivos analizar la epidemiología del dolor en Urgencias, determinar la tasa de incidencia del dolor en este servicio, valorar los procedimientos terapéuticos y determinar la actitud del médico y del paciente.

Ante el dolor, el médico aplica un tratamiento sintomático en el 68 por ciento

de los casos y en otro 20 por ciento utiliza un tratamiento etiológico, es decir, un tratamiento que incide en las causas de este dolor más que en el dolor en sí mismo. En el 12 por ciento restante se aplican ambos procedimientos terapéuticos conjuntamente. Habitualmente el médico suele realizar un diagnóstico antes de eliminar este dolor.

Los analgésicos, que pueden alterar la transmisión del dolor, son un aspecto esencial en la mejora del paciente que incidirán tanto en su rehabilitación física como en el abordaje psicológico. El estudio demuestra que el fármaco más utilizado para tratar el dolor en Urgencias es el metamizol, que se prescribe a un tercio de los pacientes ingresados en estos servicios. La causa del dolor que aparece con más frecuencia es el traumatismo, en un 33,5 por ciento de los pacientes, seguida del golpe o contusión (8,4 por ciento) y el dolor reumático (7,2 por ciento).

El dolor se suele entender como una señal de enfermedad, es la expresión de una alteración patológica y suele ser el síntoma más común que lleva al paciente a consultar al médico. Existen múltiples factores que determinan el dolor, como pueden ser el carácter o la personalidad del paciente, las circunstancias que lo rodean,... Esta complejidad de factores es la que provoca una gran diversidad de puntos de vista a la hora de enfocar el tratamiento del dolor.

En la práctica la noción de urgencia es todo aquello que origina un imprevisto, y el dolor es una experiencia multi-

sensorial, con un marcado carácter subjetivo. El dolor agudo (síntoma) alerta al paciente de un daño real o potencial. Sin embargo, el dolor crónico (enfermedad) es inútil y destructivo.

Por ello la importancia de tratarlo lo más agresivamente posible.

Incluso se ha propuesto que el dolor se establezca como el 5º signo vital, y que pase a formar parte de las gráficas de enfermería, donde quedaría registrado (en algunos centros ya es un hecho). Importante sobre todo en pacientes quirúrgicos.

Clasificar el dolor va a facilitar la puesta en práctica del tratamiento más adecuado.

1. Según aspectos temporales:

1.1- Dolor agudo: Duración menor de 6 meses; se relaciona temporalmente con una lesión y desaparece cuando se cura la lesión; es de aparición brusca, con origen conocido, fácil localización del dolor; suele acompañarse de reacción vegetativa (taquicardia, polipnea, sudoración, etc.) y ansiedad.

1.2- Dolor crónico: Duración mayor de 6 meses o que perdura una vez curada la causa; su inicio puede ser brusco o insidioso; dolor difuso, difícil de localizar con exactitud; puede ser intermitente o persistente; suele acompañarse de síntomas depresivos (irritabilidad, insomnio, aislamiento social, etc.)

2. Según mecanismos neurofisiológicos:

2.1- Dolor nociceptivo: Se produce por la activación de los nociceptores, debido a estímulos mecánicos, térmicos o químicos. Existe una relación causa lesiva-efecto doloroso. Tienen buena respuesta a los AINE y opioides (Tratamiento: Escalera de la OMS)

2.1.1- *Dolor somático:* dolor bien localizado, debido a una lesión tisular subyacente, desgarradora o en puñalada; constante en el tiempo, se exacerba con el movimiento y cede con el reposo. Ejemplos: dolor posquirúrgico, postraumático y músculo esquelético.

2.1.2- *Dolor visceral:* dolor mal localizado, profundo o referido a una zona cutánea; se debe a la distensión de una viscera hueca; sordo, constrictivo y en forma de calambres; Puede ir acompañado de reacciones autónomas (náuseas, vómitos y sudoración). Ejemplos: Apendicitis aguda, dolor por cáncer pancreático, cólico ureteral.

2.2- Dolor Neuropático: Es debido a una lesión o irritación del sistema nervioso (SNC, SNP o SN Autónomo). Persiste tiempo después de desaparecer el estímulo que lo originó. Es un dolor quemante, lancinante, como hormigueos. Los estímulos inocuos se perciben como dolorosos (alodinia). Raramente responde a AINE, y su respuesta a opioides es errática. El tratamiento es complejo, incluyendo Antidepresivos, Anticomiciales y Anestésicos Locales. Ejemplo: Neuralgia herpética y postherpética, plexopatías, dolor regional complejo tipos I y II.

2.3- Dolor Mixto: Con características de dolor somático y neuropático.

Ejemplo: Síndrome Postlaminectomía.

2.4- Dolor Psicógeno: Sospechar cuando el dolor no coincide con la distribución anatómica del sistema nervioso. Hay que descartar patología orgánica que lo justifique. Es un diagnóstico de exclusión.

En el supuesto de un enfermo que acude a urgencias con dolor merece mención especial, el llamado dolor provocado o iatrogénico, el dolor provocado es un término utilizado, durante mucho tiempo en el contexto de las maniobras utilizadas para averiguar el tipo de dolor a tratar.

Hay que distinguir entre los dolores espontáneos y los dolores provocados para valorar la sensibilidad (alodinia, hiperalgesia.....).

El termino iatrogénico, significa literalmente provocado por el médico, y es una palabra que se asocia a la noción de patología o de complicaciones, y pienso que en el caso del enfermo que acude a urgencias con dolor deberíamos hablar de:

- Dolor provocado. Es intencionado y provocado por el médico para obtener información.
- Dolor iatrogénico. No intencionado, causado por el médico o el tratamiento, y no susceptible de prevenir con medidas de prevención.
- Dolor inducido. Es de corta duración, provocado por el médico o el tratamiento, y susceptible de prevenir o aminorar con determinadas medidas preventivas.
- Otro aspecto interesante es el de la

negligencia, respecto al control del dolor, los profesionales pueden incumplir sus obligaciones asistenciales si no obtienen del paciente una descripción adecuada de su dolor; si no tratan debidamente ese dolor; o, si en el caso de no saber controlar debidamente el dolor, no consultan a un especialista.

Medir “es el proceso de asignar números a las propiedades específicas de acontecimientos, procesos, objetos o personas”. La búsqueda de métodos que permitan determinar con la mayor exactitud el grado de dolor experimentado por los pacientes, constituye uno de los objetivos prioritarios de la algología.

Como quiera que el dolor es sobre todo un estado emocional y no solamente una sensación primaria, como la visión o la audición, conlleva una serie de consecuencias que justifican lo difícil que resulta determinar con precisión el grado del mismo.

Además, el dolor, como toda experiencia emocional es subjetivo; sólo el propio paciente conoce su dolor y cuánto le duele, por ello, toda valoración del mismo debe atender necesariamente el informe del enfermo. Si todas las mediciones incluyen un error de diverso grado, sobre todo, la medición de un fenómeno subjetivo por su arbitrariedad, estarán cargadas de potenciales problemas.

Así, la medición del dolor es una de las tareas más difíciles con las que se encuentra tanto el clínico como el investigador.

Si tenemos en cuenta las palabras de Melzack: “dado que el dolor es una experiencia personal privada, es imposible para nosotros conocer con precisión el dolor que padece otra persona”; podemos vernos tentados a abandonar cualquier intento de medir el dolor. Sin embargo, un fenómeno como el dolor debe ser medido, habiéndose ideado numerosos instrumentos para determinar su intensidad. Asimismo, se han desarrollado medidas para valorar los efectos que éste tiene sobre la conducta, y el empleo de instrumentos para la cuantificación de la experiencia dolorosa ha proporcionado buenos resultados clínicos y científicos.

Medir el dolor es vital tanto para el diagnóstico de los pacientes con procesos algícos, como para la valoración de las diferentes técnicas de tratamiento.

El clínico no podrá, ciertamente, decir que el dolor ha sido aliviado o eliminado, a menos que, de alguna manera, ese dolor haya sido valorado y medido.

El investigador, por su parte, no podrá estudiar el dolor si no comprende lo que es la experiencia dolorosa; este entendimiento es básico para llegar a un conocimiento del análisis y medición del dolor.

Históricamente existen intentos de medir el dolor desde el siglo diecinueve. Los estudios psicofisiológicos realizados por Keele tras la Segunda Guerra Mundial sirvieron para entender mejor las técnicas de medición del dolor. Posteriormente a Hardy y cols. se les debe él haber dado ímpetu a la ciencia de determinación del dolor, que posteriormente dio origen a la analgesio-

tría. Beecher, en 1959, siguió esta tradición identificando los rasgos que permiten calificar el dolor clínico utilizando las respuestas subjetivas del paciente. Así pues, en la actualidad las escalas descriptivas simples u ordinales, las escalas analógicas y los métodos compartimentados parecen constituir un método válido y simple para determinar el grado de dolor.

En comparación con el dolor crónico, el dolor agudo es más fácil de medir. Al tratarse de un acontecimiento limitado en el tiempo, unidimensional y corto, es más fácilmente reproducible y no resulta significativamente afectado por otras variables. El dolor experimental se asemeja más al fenómeno doloroso agudo.

Por el contrario, el dolor crónico, debido a los numerosos factores (psicológicos, sociales, ambientales, económicos y culturales) que inciden sobre él, constituye un fenómeno más complejo de medir.

La “medición ideal del dolor” ha de ser sensible, libre de sesgos, válida, simple, exacta, fiable y barata. Además, los instrumentos utilizados deben proporcionar información inmediata de los sujetos, con exactitud y seguridad para éstos. El instrumento ideal debe ser útil tanto en el dolor clínico como en el experimental, permitiendo efectuar comparaciones fiables entre estos dos tipos de dolor. Finalmente, la medición ideal debe proporcionar valores absolutos que incrementen la validez de las comparaciones del dolor efectuadas a lo largo del tiempo entre grupos y dentro del mismo grupo.

Lógicamente en urgencias el dolor hay que evaluarlo como una constante más, haciendo servir las escalas de intensidad más adecuadas para el paciente que hemos de tratar.

Como se trata de un enfermo que está en el servicio de urgencias y por lo tanto el manejo global del dolor ha de ser rápido por tratarse de un proceso agudo o subagudo.

Las otras medidas mucho más objetivas como son los tests o cuestionarios o diferentes pruebas mucho más objetivas como son por ejemplo la EMG, los potenciales evocados la PTE, la RMN, etc. son de más utilidad en los pacientes con dolor crónico y por lo tanto se utilizan en las clínicas de dolor no en los servicios de urgencias.

Por lo tanto, si sabemos que el dolor es subjetivo, individualizado, y que puede variar por diferentes causas, ha de ser el propio enfermo el que lo cuantifique ya que nada más él sabe: qué, dónde y cuánto le duele.

Se han creado unas escalas para que la valoración del dolor sea lo más individualizada posible (para ajustar el tratamiento) y que sean reproducibles, para poder valorar la respuesta al tratamiento.

Una vez valorado el dolor, debemos realizar su **ENFOQUE TERAPÉUTICO**, y se puede utilizar la conocida escalera de la OMS, creada en 1990 para el tratamiento del dolor oncológico. Posteriormente se ha aplicado a todo tipo de dolor²¹.

En el periodo **postoperatorio** los AINE constituyen el tratamiento principal para el dolor leve y moderado²². Para el tratamiento del dolor severo es necesario el uso de opiáceos mayores tales como, morfina, meperidina, buprenorfina o remifentanilo. La vía intravenosa es la más utilizada. La dosis de opiáceos es menor cuando se administra en PCA en comparación con la vía intramuscular y produce mejor analgesia y menores efectos adversos en comparación a su administración en bolo. En el anciano las dosis de AINE deberán ser reducidas al 40-60% con relación al adulto y las de opioides se reducirán un 50%. En la población infantil, el tratamiento del dolor debe ser tan enérgico como en el resto de la población, con ajuste adecuado de la dosis. En cuanto al sexo no existen datos concluyentes que indiquen que exista una diferencia en cuanto a la magnitud de dolor agudo postoperatorio.

El control de la ansiedad preoperatoria, tiende a disminuir los requerimientos analgésicos en el postoperatorio facilitando la recuperación postanestésica.

El tipo y la localización de la intervención tienen un profundo efecto en la magnitud del dolor postoperatorio.

Intervenciones en la región torácica y abdomen superior son más dolorosas que las localizadas en el abdomen inferior que a su vez son más dolorosas que las que afectan a las extremidades.

La administración preoperatoria de analgésicos disminuirá los requerimien-

tos analgésicos intraoperatorios y nos conducirá a una recuperación más rápida.

Las complicaciones respiratorias son causa del 25% de la mortalidad postoperatoria. Al instaurar una analgesia adecuada en el postoperatorio se observa una mejoría del 15-20% de la espirometría forzada. Las técnicas regionales se han mostrado superiores al uso de la vía parenteral para el alivio del dolor y normalización de la función respiratoria. Los pacientes con bloqueo epidural torácico presentan menos dolor, menor consumo de oxígeno y menor incidencia de signos electrocardiográficos de isquemia miocárdica.

Los bloqueos epidurales con anestésicos locales, parecen disminuir significativamente las alteraciones derivadas de la reacción endocrino-metabólica sobre todo cuando la cirugía afecta a extremidades inferiores o hemiabdomen inferior pero no la inhiben en su totalidad en cirugía torácica o de abdomen superior.

La participación psicológica en la percepción del dolor parece evidente, de ahí la importancia de un apoyo psicológico a los pacientes quirúrgicos sobre todo en cirugías agresivas o de pronóstico incierto²³.

Los bloqueos con anestésicos locales y otras técnicas (TENS, crioanalgesia, terapia psicológica) han demostrado su utilidad en el tratamiento del dolor postoperatorio.

Fármacos como ketamina, clonidina, somatostatina, calcitonina, sulfato de

magnesio presentan resultados esperanzadores pero necesitan un mayor número de estudios para incluirse de manera sistemática en el tratamiento del dolor postoperatorio, que con frecuencia se pauta de forma escasa e inadecuada “tampoco le duele tanto... le duele más porque está nervioso...”, es difícil de cuantificar el coste económico del dolor agudo, ya que es difícil de cuantificar en días de trabajo perdido. Se admite que en nuestro país, entre el 20-30% de los pacientes ingresados tienen un EVA por encima de 4²⁴.

En las últimas décadas de este siglo los estudios sobre los distintos aspectos del dolor se amplían progresivamente y se diversifican, lográndose significativos avances en la comprensión de los mecanismos del dolor y su tratamiento, entre los que destacan por su importancia la teoría de control “gate”, formulada en 1965 por Melzack y Wall, el descubrimiento de los opioides endógenos y sus receptores, que abre el camino a la utilización de mórficos por vía espinal, y los sistemas de analgesia controlada por el paciente. Sin embargo, existen todavía facetas clínicas no resueltas satisfactoriamente para el conjunto de la comunidad científica, entre las que se encuentra la valoración objetiva del dolor, tan necesaria en los servicios de urgencias como queda reflejado en el gran número de cuestionarios reseñados para este propósito, y en los estudios de satisfacción en los servicios de urgencias, que evidencian que hay muchos enfermos en los que a pesar de estar hecho, y bien, el diagnóstico sufren dolor de cierta intensidad durante su ingreso.

Las recomendaciones de la OMS, en realidad eran unas normas que en el año 1982 se divulgaron para el acceso a los medicamentos fundamentales para el tratamiento del dolor oncológico en los países subdesarrollados. Pero dichas normas se extrapolaron a todo tipo de dolor, lo que fue muy didáctico en aquellos años, pero quizás en el presente sea necesaria una actualización.

La “Escalera analgésica de la OMS” ha sido referente para tratamiento del dolor agudo y crónico durante muchos años, pero en la actualidad según muchos autores habría que modificarla. En primer lugar, el segundo escalón está entredicho, ya que de todos los medicamentos que incluía, solamente uno, el tramadol, ha quedado en la actualidad como válido en el tratamiento del dolor crónico.

En segundo lugar, se han añadido los escalones cuarto e incluso quinto para continuar con tratamientos más agresivos como son los bloqueos nerviosos, la cirugía de mínima invasión, la estimulación medular y cerebral y la administración de medicamentos por vía espinal.

En tercer lugar, en muchas ocasiones, ante pacientes con dolores intensos, no se debe perder tiempo en ir subiendo escalones, mientras el paciente sigue teniendo dicho dolor, sino pasar directamente al segundo o tercer escalón y emplear analgésicos opioides de entrada.

Los resultados del estudio STEP demuestran que todavía hay un alto porcentaje de pacientes que sigue sufriendo dolor crónico a pesar del tratamiento; creemos que por una adecuación paula-

tina a los tratamientos y por la escasa utilización de analgésicos opioides. En la primera visita se prescriben fármacos con diferente poder analgésico, intentando buscar los que presentan mejor balance riesgo/beneficio, necesitándose, en muchas ocasiones, varias visitas hasta lograr un ajuste perfecto.

Además, en España seguimos en la cola de los países de la UE en cuanto al consumo de analgésicos opioides, medicamentos indicados para el tratamiento de los dolores intensos. En este estudio, realizado por la SED en unidades de tratamiento del dolor, el 84% de pacientes está tratado con AINE (analgésicos antiinflamatorios no esteroideos) y analgésicos no opioides; el 47% de los casos con opioides menores y sólo el 22% con opioides mayores. En la encuesta "Pain in Europe", los datos referentes a España indican que del total de pacientes que con dolor crónico, el 83% es tratado por los médicos de medicina general y solamente un 2% en las unidades del dolor; y se emplean AINE y analgésicos no opioides en el 47%, 10% de opioides menores y en menos del 1% opioides mayores.

El dolor crónico influye y altera el entorno del individuo sobre todo en lo que respecta a sus relaciones sociales, laborales y familiares. Del estudio STEP se infiere que del total de pacientes encuestados, la mitad presenta alteraciones del sueño, el 47% ansiedad y el mismo porcentaje depresión. Además, otros síntomas frecuentes son astenia, pérdida de peso, anorexia e irritabilidad.

El tiempo medio de evolución es de seis años y medio, por lo que un 30% de

pacientes ha estado de baja laboral, el 11% ha requerido ingreso hospitalario con una media de estancia de 12 días, habiendo tenido que acudir una media de tres veces a los servicios de Urgencias, en los últimos seis meses el 26%.

El problema está claro. El dolor es un grave problema de salud pública en todo el mundo. La distancia que separa el conocimiento cada vez más sofisticado del dolor y su tratamiento, de la aplicación efectiva de dicho conocimiento es grande y cada vez mayor. Ni el dolor agudo ni el dolor crónico suelen recibir un tratamiento adecuado por muy diversas razones de cultura, actitud, educación, política y logística. Frustrados por el lento ritmo del cambio, los especialistas en dolor y las asociaciones nacionales e internacionales han reaccionado de formas distintas. Pain: Clinical Updates aborda la promoción del alivio del dolor como un derecho humano fundamental, además de ser, por supuesto, una buena práctica médica y ética. La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) en estrecha colaboración promueven una fase nueva y más dinámica.

El interés por promover el alivio del dolor como un "derecho" se basa en dos líneas de argumentación principales. En primer lugar, sabemos que el dolor no recibe un tratamiento suficiente, que siguen existiendo barreras para un control eficaz del mismo y que existe una necesidad urgente de una respuesta global. En segundo lugar, la cultura de derechos en la sociedad se centra en lo que las personas pueden razonablemente esperar²⁵.

No existe ningún “derecho” único al alivio del dolor. Pero sí existe toda una constelación de “derechos” al alivio del dolor; cada uno de ellos con un grado variable de aplicabilidad legal. La articulación del derecho al alivio del dolor es sólo una estrategia más para promover un tratamiento universal y metódico. La reforma dependerá de una combinación de estrategias para abordar el problema a todos sus niveles: educación de los estudiantes sanitarios; considerar el bajo coste de los fármacos que se utilizan, y el alto coste en tiempo y esfuerzo necesarios para cambiar los hábitos clínicos, así como la dificultad de cuantificar el impacto económico del sufrimiento; la adopción de unas normas universales de tratamiento del dolor para los colectivos profesionales; la presión para realizar una reforma legislativa; y la liberalización de las políticas nacionales sobre la disponibilidad de opioides; junto con la promoción en todas las naciones, con independencia de los recursos a su alcance, del desarrollo y el mantenimiento de programas nacionales de tratamiento del dolor; y, el activismo constante del foro mundial en el terreno de la salud, la OMS, en colaboración con la IASP y las principales organizaciones nacionales e internacionales relacionadas.

Tratar de incrementar la atención prestada al problema por los profesionales de la salud, incluyendo: una mayor utilización de las diferentes modalidades de tratamiento del dolor existente, un aumento en la formación en técnicas especiales para el tratamiento del dolor crónico e investigando sobre nuevas posibilidades de tratamientos, haciendo

posible que los países de la Unión destinen más recursos, tanto humanos como económicos, para luchar contra el dolor crónico. La administración sanitaria debe adoptar y fomentar la utilización de estas técnicas, así como utilizarlas para ayudar a que la toma de decisiones esté basada en criterios más objetivos.

Se debe potenciar la creación de nuevas Unidades de Tratamiento del Dolor multidisciplinarias, favoreciendo las Unidades ya existentes.

Para lograr un equilibrio entre los beneficios para la salud y los costos asociados, es necesario someter las nuevas tecnologías a una rigurosa evaluación económica y clínica antes de su adaptación y difusión dentro de los sistemas de salud.

Se tendría que implicar al médico general en los temas de farmacoeconomía para que se conviertan en un hábito diario, al considerar los costes de las diferentes alternativas terapéuticas para mejorar la eficiencia clínica, ofreciendo lo mejor para el paciente al precio que la sociedad pueda soportar.

Es difícil cuantificar el impacto socioeconómico del sufrimiento, pero no por ello es menos importante.

Considerar que aunque los costes farmacológicos no son tan altos, sí lo son los derivados del cambio de los hábitos clínicos y administrativos (metodología de la calidad).

Con todas estas consideraciones, podríamos terminar diciendo que la medicina que fue la más antigua reu-

nión de ciencia y arte, pensada esencialmente para el bien de su objeto (20) y que tiene como meta inequívoca la lucha contra la enfermedad, la curación y, si es posible, el alivio del dolor, se ha mantenido hasta ahora, éticamente incuestionable y expuesta tan sólo a la duda de su capacidad en cada momento. La actitud general acerca del dolor se podría resumir con una frase de Loeper: “Hoy sabemos que es posible calmar el dolor, y no dudamos que se le puede calmar más todavía. Para el paciente, esto representa el fin de una angustia, y para el médico, el fin de una decepción”²⁶.

BIBLIOGRAFÍA

1. Rubio I, Herrera M. Neurofisiología del dolor. Actualizaciones del dolor. Marzo 2001(2); 1: 2.
2. Anaced KJ, Craig KD. New perspectives on the definition of pain. *Pain*. 1998; 67: 3-6.
3. Turk DC, Meichenbaum D, Genest M. *Pain and Behavioral Medicine*. New York Guilford Press. 1997.
4. Sternbach RA. Survey of pain in the United States: The nuprin pain report. *The Clinical Journal of Pain*. 1986; 2: 49-53.
5. Sternbach RA. Pain and “hassless” in the United States: Findings of the nuprin pain report. *Pain*. 1986; 27: 69-80.
6. Ministerio de Sanidad y Consumo. Encuesta Nacional de Salud 1987. Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo. 1989.
7. Vidal F, Montero A. Problemática del tratamiento del dolor en España. En varios, *Tratamiento insuficiente del dolor*. Madrid, Instituto de Ciencias del Hombre. 1988: 95-103.
8. Clake IMC, Hall WD. Comparison of American and British clinical patients. En JJ. Bonida (Ed). *Advances in pain research and therapy*. New York: Raven Press; 1983. p. 919-23.
9. Bassols A, Bosch F, Campillo M, Canellas M. An epidemiological comparison of pain complaints in the general population of Catalonia. *Pain*. 1999; 83: 9-16.
10. Elliot AM. The epidemiology of chronic pain in the community. *Lancet*. 2000 Jan 15; (9199): 233-4.
11. Catalá E, Reig E, Artés M, Aliaga L, Lopez JL, Segú JL. Prevalence of pain in the Spanish population. Telephone survey in 5000 homes. *Eur J Pain*. 2002; 6(2): 133-40.
12. Adaptado de *Comprehensive Accreditation Manual For Hospitals: The Official Handbook (CAMH, JCAHO)*. 1999.
13. Baños JE. Consideraciones bioéticas en el tratamiento del dolor. *Dolor*. 2001(16); 2: 45.
14. Donabedian A. *La Calidad de la Atención Médica*. La Prensa Médica mexicana, México DF. 1984.
15. Donabedian A. The definition of quality and approaches to its assessment. En: *Explorations in quality assessment and monitoring*. Vol. 1 Health administration press. Michigan: Ann Arbor; 1980. p. 163.
16. International Organization for Standardization. *Quality: terms and definitions*. 1989.

17. Gracia D. En: procedimientos de decisión en ética clínica. Madrid: Euderma; 1991.

18. Dubois M. Ethics in pain management. Bull APS. 2000; 10: 11

19. Marijuán M. Aspectos éticos en el tratamiento del dolor. Algia; 4: 38-40.

20. Cabré J, Humet C, Barba R, Suñol R, Lledó R, Quintana O. Calidad Asistencial y Bioética. Calidad Asistencial. 1998 sept (13); 5: 201.

21. Carrero García C, De Andrés Ares J. Enfoque práctico del dolor en urgencias. En: Julián A. Editor. Manual de Protocolos y Actuación en Urgencias. Madrid: Nilo Gráficas; 2003.p. 725-34.

22. Torres LM. Dolor Postoperatorio para Cirujanos. 2003.

23. Chabás E, Gomar C. Dolor Agudo Postoperatorio: protocolos analgésicos del Hospital Clínico. ISBN 2003.

24. Catalá E, Aliaga L. Manual del Tratamiento del Dolor. Permanyer.

25. Brennan F, Cousins MJ. Pain relief as a human right. Rev Soc Esp Dolor. 2005; 12: 17-23.

26. Loeper M, Busquet H, Haguenu J, Paraf A, Lemaire A, Forestier J et al. Sobre el dolor. Los tratamientos del dolor. 1a edición. Madrid: Manuel Marn y G Campo; 1935.

IMPACTO SOCIOECONÓMICO DE LAS ENFERMEDADES REUMÁTICAS

Prof. Juan Angel Jover Jover

Servicio de Reumatología, Hospital Clínico Madrid

Las enfermedades reumáticas, también denominadas enfermedades musculoesqueléticas (ME) o enfermedades del aparato locomotor, presentan una alta incidencia y prevalencia en la población general. Alrededor del 30% de los adultos presenta problemas articulares o de la columna vertebral, con una repercusión socioeconómica igual o superior a las enfermedades cardiovasculares o el cáncer. La mayor parte de esta repercusión es debida a las pérdidas de productividad de la población trabajadora, es decir a costes indirectos de la enfermedad.

A nivel individual, el principal problema de las enfermedades ME es su potencial para producir dolor, que se asocia a su vez al deterioro funcional y discapacidad en la población general. En ancianos, las enfermedades ME representan la primera causa de restricción en la actividad diaria, de pérdida de independencia e institucionalización. En la población adulta, las enfermedades ME dificultan o impiden la realización de las tareas relacionadas con el trabajo doméstico de las amas de casa y, como se ha comentado previamente, representan un problema muy relevante de restricción laboral en los trabajadores activos.

En el caso de las enfermedades reumáticas más “agresivas”, como por ejemplo la Artritis Reumatoide, hemos estimado que el coste total por paciente y año, supera los 10.000 euros al año con un porcentaje muy importante de costes asociados a la discapacidad. Teniendo en cuenta que la Artritis Reumatoide tiene una prevalencia del 0,5% de la población mayor de 18 años en España, el impacto de dicha enfermedad es de una magnitud muy considerable.

Las enfermedades ME son la segunda causa más frecuente de discapacidad para el trabajo de corta duración (tras los catarros comunes) y la primera causa de discapacidad para el trabajo a largo plazo. El impacto económico de las enfermedades ME a nivel laboral es enorme, con estimaciones en USA de 50.000 millones de dólares por año en pérdidas de jornadas de trabajo, que representan una cifra superior al 1% del PIB.

En el año 2005, en España el dinero de los presupuestos nacionales del estado asignados a los subsidios de IT ha sido de 10.162.921 €. Nuestro sistema de protección social reconoce en términos administrativos dos situaciones de dis-

capacidad de los trabajadores activos: la Incapacidad Temporal (IT) que se correlaciona con la discapacidad para el trabajo a corto plazo, y la Invalidez Permanente (IP) que equivale a la discapacidad para el trabajo a largo plazo.

Hemos estimado que las enfermedades ME suponen alrededor de un 20% de los días de IT en toda la Comunidad de Madrid (CM), con unos costes en pérdidas de productividad superiores a los 12 millones de € (dos mil millones de pesetas) al año para un área sanitaria de 500.000 habitantes. Las causas más frecuentes de IT-ME suelen ser la lumbalgia, lumbociática, tendinitis, cervicalgias, problemas musculares y enfermedades inflamatorias.

Además, alrededor del 30% de las IP que se conceden por el equipo de valoración de incapacidades del Instituto Nacional de la Seguridad Social de la CM, son de origen ME. La magnitud de estos datos muestra que la discapacidad para el trabajo de origen ME, que comprende el desarrollo de episodios de IT y su eventual evolución a IP, tiene un impacto social extremadamente alto y creciente, constituyendo un reto para la empleabilidad de los trabajadores, la competitividad de las empresas, la organización sanitaria, y para la viabilidad de los sistemas de seguridad social.

Se han promovido varias estrategias encaminadas a la IT en el campo de salud ocupacional, incluyendo intervenciones aplicadas a la legislación, la ergonomía, la prevención, la educación, y el trabajo social. Sin embargo, actualmente en España el papel del Sistema de Salud permanece mal definido en este campo.

Hace 8 años pusimos en marcha el Programa IT-ME en las Áreas 7, 4 y 9 de la CM. Dicho Programa, cofinanciado por el FIS y el INSALUD, planteaba analizar los costes y las consecuencias de una intervención asistencial integrada en el Sistema de Salud de carácter específico a pacientes con IT-ME de reciente comienzo, en comparación con el sistema actual de asistencia.

Los resultados obtenidos, publicados en septiembre de 2005 en el *Annals of Internal Medicine*, demuestran un efecto muy positivo de la intervención propuesta: los pacientes incluidos de manera aleatoria en el grupo de intervención, presentan una “curva de supervivencia” de la IT que mejora desde los primeros días de la intervención, como muestra la figura 1. No sólo los pacientes del grupo intervención fueron capaces de volver a trabajar antes, además se logró reducir la discapacidad a largo plazo, disminuyendo el

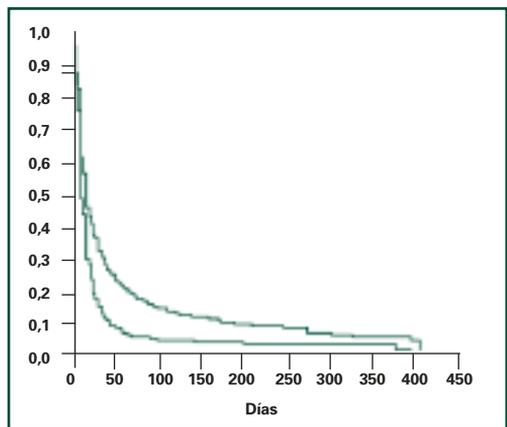


Figura 1. Resultados: Curva de supervivencia de la IT.

número de propuestas a IP. Todo ello genera que el programa sea coste eficaz.

La intervención mostró una respuesta muy satisfactoria en la mayoría de los diagnósticos, con al menos tanta eficacia como la de otros programas de intervención llevados a cabo para diagnósticos específicos o colectivos profesionales concretos. Los resultados fueron similares en las tres áreas sanitarias, con diferencias en cuanto a eficacia y costes secundarios a características sociodemográficas basales entre ellas, y a la duración de las bajas del grupo control. Hay que decir que el programa se amplió a otras tres áreas sanitarias de Madrid a partir del 2000 y a un área sanitaria de Asturias a partir del año 2001. En todas ellas se reproducen los resultados de eficacia a pesar de los diferentes entornos sociolaborales y sanitarios existentes. Como consecuencia, la evaluación económica del programa muestra resultados positivos y constantes, con una rentabilidad entre el 800 % y el 2000 % en 2 años.

Creemos que el éxito de nuestro programa nos debe impulsar a la búsqueda de soluciones para este importante problema socioeconómico, evitando tanto la "invisibilidad" del problema en la práctica rutinaria clínica como la puesta en marcha de respuestas poco adecuadas.

Nos gustaría enfatizar que el programa consistió en una remodelación del proceso de asistencia médica habitual del reumatólogo. Los pacientes del programa fueron atendidos en un plazo lo más breve posible (máximo 5 días

desde la baja). La primera visita duraba 40 minutos y las subsiguientes 15 minutos. El reumatólogo manejaba al paciente en base a criterios clínicos, según protocolos estandarizados para los diferentes diagnósticos; los protocolos incluían un control intensivo del dolor y la inflamación. Además se llevaba a cabo la educación del paciente en: diagnóstico, medicación fija, vuelta al trabajo temprana, y promoción de auto manejo, que incluye la movilización temprana, ejercicios específicos, cuidados ergonómicos, actividad física y folletos explicativos. También realizaba la gestión administrativa (partes de baja y receta). Los pacientes eran vistos tantas veces como fuera necesario. Todo ello, evitaba las ineficiencias inherentes de múltiples médicos actuando a diferentes niveles.

En resumen, hemos aplicado un programa específico con objetivos claros y fácilmente reproducibles, que la lograda modificar el círculo vicioso del dolor y la discapacidad de origen musculoesquelético. El programa integra precozmente en el proceso de discapacidad el manejo clínico experto, la educación, la promoción del autocuidado y aspectos administrativos. Queremos recalcar que la discapacidad para el trabajo de origen musculoesquelético, es un problema de salud muy relevante. Esto, junto al efecto tan positivo de nuestra intervención en el proceso de discapacidad en población adulta laboralmente activa, apoya las medidas para la inclusión de programas orientados a la reducción de éste y otros tipos de discapacidad entre las prioridades de nuestro sistema de salud.

BIBLIOGRAFÍA

1. Lajas C, Abasolo L, Jover J. Costs and predictors of costs in rheumatoid arthritis: A Prevalence-Based Study Arthritis Rheumatism. 49: 64-70; 2003.

2. L Abásolo, M Blanco, J Bachiller, G Candelas, P Collado, C Lajas, M Revenga, P Ricci, P Lázaro, M D Aguilar, E Vargas, B Fernández-Gutiérrez, C Hernández-García, L Carmona, J A.Jover

3. A Health System Program To Reduce Work Disability Related to Musculoskeletal Disorders. Ann Intern Med. 143: 404-414. 2005

LA INDEFINICIÓN DEL DOLOR LUMBAR INESPECÍFICO. REPERCUSIONES SOCIOECONÓMICAS

Prof. Rodrigo C Miralles Marrero

Hospital Universitario de Tarragona JOAN XXIII.

Profesor Titular. Facultad de Medicina. Universidad Rovira i Virgili

Es evidente que se ha avanzado mucho en el conocimiento del dolor agudo y crónico pero quedan retos por resolver.

La forma de evaluar la prevalencia del dolor lumbar difiere entre publicaciones. Una misma encuesta en que se modifica la forma de preguntar sobre el dolor lumbar da incidencias entre el 27% y el 46%. En la encuesta en que solicita: "ha experimentado dolor lumbar que ha durado hasta 24 horas en el ultimo mes" han respondido afirmativamente el 27%. Si en la misma pregunta al encuestado se ha mostrado el dibujo de la Fig.1 la respuesta ha sido positiva en el 33%, pero si el dibujo estaba en blanco la misma pregunta ha tenido un 46% de afirmaciones (Macfarlane, 2006).

Lo mismo sucede con la terminología utilizada en el ambiente médico. Se mezcla dolor lumbar con ciática, ciatalgia, radiculitis o hernia discal. Lo que lleva a que algunas veces no se sepa exactamente a lo que nos estamos refiriendo. Especialmente la confusión está en el término ciatalgia, que es un síntoma poco definitorio ya que inclina una idea hacia dolor de origen radicular.

Si añadimos el término inespecífico al de Dolor Lumbar que aparece en la bibliografía, la Lumbalgia Inespecífica es todavía menos definitoria ya que en su interior cabe casi todo.

Hablar de lumbalgia inespecífica es una manera de decir "idiopático", "esencial" o sin causa, y como tal no tiene un tratamiento determinado.

Según la IASP (1994) el dolor lumbar inespecífico o (LI) es un dolor localizado entre el límite inferior de las costillas y el límite inferior de las nalgas. Su intensidad varía en función de las posturas y la actividad física. Se acompaña de limitación dolorosa del movimiento y puede asociarse a dolor referido o irradiado. El diagnóstico implica que el dolor no se deba a fractura, traumatismo ni enfermedades sistémicas. No debe existir un compromiso radicular demostrado y subsidiario de tratamiento quirúrgico.

La Lumbalgia Inespecífica es la principal causa de gasto público por conceptos asistenciales o laborales. La padece en algún momento de la vida hasta el 80% de la población. Cada año genera en países europeos un coste entre el 1,7 y el

2,1 de su PIB (Carey 96, Casey 95, Deyo 91, Lawrence 92, Quebec Task Force 87, Van Tulder 95, Webster 90).

Es decir, en España, entre 4.000 y 5.000 millones de €, que incluye los casos relacionados con el diagnóstico, el tratamiento, las bajas, la indemnización de la incapacidad y la pérdida de actividad.

Son unas cantidades abrumadoras que se pueden paliar con una mejor definición de la enfermedad, de sus diagnósticos y de los tratamientos rápidos y efectivos.

Desde el punto de vista socio-económico el dolor lumbar inespecífico es una definición poco agraciada ya que conlleva a tratamientos o muy simples y prolongados, o muy agresivos y costosos.

Uno de los grandes problemas que afrontamos en el Dolor Lumbar es el de terminología. Hecho que ampliaría a cualquier tipo de dolor crónico, y puedo extrapolar a muchas patologías.

En la medida que se defina bien un diagnóstico se puede clasificar, protocolizar su tratamiento y evaluar los resultados, es decir comparar. Esta es una parte de la patología dolorosa con indefinición y con gran repercusión en los gastos sanitarios.

Existe una historia del dolor lumbar olvidada que quizás merezca la pena recordar: entre 1911 y 1933 Goldthwait, Putti y Ghormley definieron perfectamente el dolor lumbar de tipo articular. En 1934 Mixter y Barr comenzaron con la "dinastía del disco" y se olvidó prácticamente el dolor articular a pesar de que

Badgley en 1941 y especialmente Money y Robertson en 1976 recordaron el origen mecánico de muchos dolores lumbares.

Seguimos muy condicionados en determinar un tipo de dolor lumbar de origen radicular y colocar en un bloque ambiguo el de origen articular.

Si esta gran cantidad de dolores mecánicos se pudieran etiquetar convenientemente y tratar con medidas relativamente sencillas y poco agresivas se llegaría a un tratamiento más rápido, más eficaz y con menor gasto sanitario.

El dolor mecánico de origen articular tiene una alta incidencia (del orden del 80% de todos los dolores de la columna, 15% de los dolores crónicos en los jóvenes [Schwarzer, 1994] y superior al 40% en los adultos [Schwarzer, 1995]) una historia clínica muy evidente que se reconoce prácticamente escuchando al paciente y unos tratamientos efectivos pero poco estudiados (con lo que la evidencia científica es muy pobre). Aquí radica el problema.

La falta de evidencia científica es producto de la falta de estudios bien protocolizados lo cual nos lleva a pensar que una buena vía de trabajo sería realizar estudios prospectivos y multicéntricos para determinar exactamente la incidencia, la facilidad de su diagnóstico y la efectividad de tratamientos conservadores (corrección postural, infiltraciones periarticulares, termocoagulación del ramo posterior del nervio raquídeo).

En cuanto el diagnóstico se puede hacer en la primera consulta e iniciar el tratamiento de forma inmediata todo el

proceso curativo se acorta y con muchos mejores resultados. Jayson (1990) afirma que estos pacientes se curan en lista de espera, lo cual es cierto a medias ya que se genera una patología crónica con una repercusión socioeconómica importante.

Los trabajos en Australia liderados por N Bogduk reconocen la efectividad de la infiltración articular (Bogduk, 2000) y van Kleef (1999) la radiofrecuencia.

Son tratamientos de mucha efectividad, bajo riesgo y bajo costo que realizados precozmente retiran rápidamente a los pacientes de la vorágine del dolor crónico con su secuela y coste añadido.

En la medida que el dolor lumbar se diagnostique de forma rápida y precisa, en que se pueda aplicar tratamientos efectivos y poco invasivos se disminuirá el problema social, el sufrimiento, la cronicidad y el gasto sanitario que ocasionan.

BIBLIOGRAFÍA

1. Macfarlane GJ. Who will develop chronic pain and why?. The epidemiological evidence. Proceedings of the 11th World Congress on Pain. Seattle: IASP Press. 2006; 529-554.

2. Merskey H, Bogduk N. Description of chronic pain syndromes and definitions of pain terms. In: Classification of chronic pain. 2^a ed, IASP Press: Seattle; 1994

3. Carey TS, Evans, AT et al. Acute severe low back pain. A population-based study of prevalence and care-seeking. Spine 1996; 21: 339-44.

4. Casey TS, Garret J, Jackman A et al. The outcomes and cost of care for acute low back pain among patients seen by primary care practitioners, chiropractors and orthopedic surgeons. The North Carolina back pain project. NEJM 1995; 333: 913-917.

5. Deyo RA, Cherkin D, Conrad D, Volinn E. Cost, controversy, crisis: Low back pain and the health of the public. Annu Rev Public Health 1991; 12: 141-56.

6. Lawrence VA, Tugwell P, Gafnia et al. Acute low back pain and economics of therapy: The interactive loop approach. J Clin Epidemiol 1992 Mar; 45: 301-11.

7. Quebec Task Force on Spinal Disorders. Scientific approach to the assessment and management of activity-related spinal disorders. A monograph for clinicians. Report of the Quebec Task Force on Spinal Disorders. Spine 1987; 12: S1-59.

8. Van Tulder MW, Koes BW, Bouter JM. A cost-of-illness study of backpain in the Netherlands. Pain 1995; 62: 233-40.

9. Webster B, Snook S. The cost of compensable low back pain. J Occup Med 1990; 32: 13-15.

10. Goldthwait J.E. The lumbosacral articulation. An explanation of many cases of "lumbago", "sciatica" and paraplegia. Boston Med. Surg 1911; 64: 365-369.

11. Putti V. New conceptions in the pathogenesis of sciatic pain. Lancet 1927; 2: 58-60.

12. Ghormley R.K. Low back pain with special reference to the articular facets whit

presentation of an operative procedure. JAMA 1933; 101: 1773-1803.

13. Mixter W.J. y Barr J.S. Rupture of the intervertebral discs with involvement of the spinal canal. N Engl J Med 1934; 211: 210-215.

14. Badgley C. E. The articular facet in relation to low back pain and sciatic radiation. J. Bone Joint Surg 1941; 23: 481-290.

15. Mooney V, Robertson J. The facet syndrome. Clin Orthop 1976; 115: 149-156.

16. Miralles RC. Historia natural del dolor lumbar. Medicina Integral 1990;16: 436-437.

17. Schwarzer AC, Aprill CN, Derby R, Fortin J, Kine G, Bogduck N. Clinical features of patients with pain stemming from the lumbar zygoapophysial joints: Is the lumbar facet syndrome a clinical entity?. Spine 1994; 19: 11321-1137.

18. Schwarzer AC, Wang S, Bogduck N, McNaught PJ, Laurent R. Prevalence and clinical features of lumbar zygapophysial joint pain: A study in an Australian population with chronic low back pain. Ann Rheum Dis 1995; 54: 100-106.

19. Jayson MIV. General aspects of back pain: an overview. Inflammation. 1990; 5: 385-386.

20. Bogduk N, Holmes S. Controlled zygoapophysial joint blocks: The travesty of cost-effectiveness. Pain Med 2000; 1: 24-34.

21. Van Kleef M, Barendse GAM, Kessels A. Voets HM, Weber WEJ. Randomized trial of radiofrequency lumbar facet denervation for chronic low back pain. Spine 1999; 24: 1937-1942.

ASPECTOS SOCIOECONÓMICOS DEL DOLOR EN GERIATRÍA

F. Guillén Llera

Jefe del Servicio de Geriatría.
Hospital Universitario de Getafe

INTRODUCCIÓN

El dolor es un síntoma de alta prevalencia en las personas de edad avanzada, estimándose que hasta un 60% de las mismas lo padecen de forma crónica en sus diversos grados. El número absoluto de pacientes con dolor ha aumentado de forma muy notoria, debido al progresivo envejecimiento de la población, que ha modificado drásticamente el escenario de la atención sanitaria, originando una real “*geriatriización de la medicina*”, entendida como el aumento del consumo de recursos sanitarios por el sector poblacional mayor de 65 años (17% de la población total), “responsable” de al menos el 40-50% del gasto sanitario en nuestro país.

El consumo de recursos abarca toda la oferta sanitaria, con mayores requerimientos en atención primaria, ocupación de camas sanitarias y elevado consumo de fármacos. Datos del *estudio GAP* (Geriatría en Atención Primaria), en 2004, indican que los médicos de familia utilizan un 60% de su tiempo de consulta en la atención a la población anciana.

El *gasto farmacéutico* en 2003 representó en España el 21,8% del gasto sani-

tario total. En 2004, el gasto farmacéutico a través de receta supuso para el Sistema Nacional de Salud la cifra de 10.303,04 millones de euros. En el citado estudio GAP, el 47% de los médicos de familia consultados estiman más del 50% de sus recetas se prescriben a pensionistas del sistema y un 29% adicional suben este porcentaje hasta un 75%. Los mayores representan casi el 70% del conjunto de pensionistas, colectivo que en duplica el número de recetas por persona al de la población activa, siendo además el gasto por receta superior.

EL HECHO DEMOGRÁFICO

En el último tercio del siglo XX se produce, especialmente en los países desarrollados, una verdadera revolución demográfica, propiciada por la caída de la natalidad, los avances sanitarios y los evidentes progresos sociales que se traducen en una mejor calidad de vida de la población.

Los datos demográficos que confirman el *envejecimiento de la población española* se muestran en la tabla 1, estratificados por edad y sexo.

De los 42.717.064 censados en España, siguiendo el padrón municipal del año 2003, nada menos que 7.276.620 son mayores de 65 años (17%) y, de ellos, 1.756.844 superan la edad de 80 años (4%)

El incremento de la *expectativa de vida* al nacimiento es un hecho imparable, con aún excesivas diferencias entre los países con menor y mayor grado de desarrollo, desde los apenas 40 años en Zimbabwe hasta los 81,5 de Japón. En España, es de 79,2 años, con 76 años para hombres y casi 83 para mujeres, lo que le convierte en uno de los países más longevos del mundo, ocupando el primer lugar europeo, junto con Francia, en cuanto a longevidad femenina se refiere. Japón, con esperanza de vida de 81,5 años para

ambos sexos presenta los mejores indicadores. Estos datos se recogen en el Informe Desarrollo Humano 2004 de Naciones Unidas y más recientes, en EUROSTAT 2006.

Especial interés alcanza la *expectativa de vida a partir de las edades más avanzadas*. A los 65 años, un varón tiene una esperanza de vida de 16 años y una mujer hasta 20 años; a los 80 años de casi 10 años y a los noventa todavía de 4 años. Aún más importante concepto es el de *esperanza de vida activa*, es decir, libre de incapacidad que dificulte la correcta realización de las actividades de la vida diaria. Las estimaciones actuales son que la edad de 65 años, 12 serán de actividad en mujeres y 10 en varones.

Población	Ambos sexos	Varones	Mujeres
Total Nacional	42.717.064	21.034.326	21.682.738
60-64	1.879.974	907.536	972.438
65-69	2.084.403	975.471	1.108.932
70-74	1.931.919	868.467	1.063.452
75-79	1.503.454	629.464	873.990
80-84	978.020	362.050	615.970
85 y más	778.824	234.821	544.003
Total > 65 años	7.276.620	3070.273	4.206.347
Total > 80 años	1.756.844	596.871	1.159.973

Fuente: Instituto Nacional de Estadística Copyright INE 2004.

Tabla 1. Datos Padrón Municipal 2003.

LA PREVALENCIA DE ENFERMEDAD EN LAS PERSONAS MAYORES

El *envejecimiento* es un proceso fisiológico que acompaña al ser humano desde su nacimiento. No obstante, el paso de los años lleva aparejada una *mayor vulnerabilidad* y un incremento de las enfermedades agudas y, sobre todo, crónicas. Se asume que más del 90% de personas > 65 años manifiestan tener al menos una enfermedad crónica.

Son muchas las enfermedades de alta prevalencia en las personas de edad avanzada, ocupando los primeros lugares las patologías cardiovasculares y osteoarticulares, de las que son estandarte la hipertensión arterial y la artrosis. Son frecuentes también enfermedades como cardiopatías, diabetes, hipercolesterolemia, patologías de los órganos de los sentidos, trastornos prostáticos, demencias y tumores. La tabla 2 muestra las enfermedades más prevalentes, sin incluir patologías de los órganos de los sentidos.

Datos de la Encuesta Nacional de Salud, (ENSE 2003), publicada en 2005, señalan como enfermedades conocidas más prevalentes, en mayores de 75 años, artrosis (50%), hipertensión (42%), cardiopatías (26%), hipercolesterolemia (20%) y diabetes (18%).

Especial interés alcanza la habitual *comorbilidad*, coexistencia de distintas enfermedades en un mismo paciente, hecho que constituye una característica esencial del paciente geriátrico. Los datos al respecto indican una media de tres enfermedades por paciente anciano

en el medio comunitario y de casi siete en el medio hospitalario.

Hipertensión Arterial	50-70%
Artrosis-artritis	56,3%
Enfermedad Prostática	30%
Cardiopatías	29%
Hipercolesterolemia	26%
Diabetes mellitus	16,8%
Bronconeumopatía crónica	14,5%
Depresión	11%
Demencia	7,7%
Patología cerebrovascular	6,9%
Tumores	3%
Parkinson	2,3%

Fuente: Geriatria XXI (datos estudios ECEHA y Toledo), Sociedad Española de Geriatria y Gerontología, 2000.

Tabla 2. Enfermedades Crónicas más prevalentes en la población anciana.

Importante tercer factor a tener en cuenta es la mayor tendencia de estas enfermedades hacia la *cronicidad* y, más importante todavía, hacia la *incapacidad*, con situaciones de pérdida total o parcial de la autoría personal, tanto de origen físico como mental. En la Encuesta Nacional de Incapacidades, publicada por el INE en 1999, casi un tercio de la población española mayor de 65 años presentaba dificultades para realizar alguna de las actividades instrumentales de la vida cotidiana, proporción que alcanzaba hasta un 70% por encima de

los 80 años. En el estudio NEDICE sobre rendimiento cognitivo, solo el 73% de los individuos >65 años estudiados presentaban una absoluta normalidad funcional mental, un 7% padecían demencia, un 10% deterioro cognitivo leve y otro 10% alteración simple de la memoria.

LA UTILIZACIÓN DE RECURSOS ASISTENCIALES

Se estima que los ancianos ocupan el 40-60% de las consultas ambulatorias de *Atención Primaria*, e incluso por encima de estas cifras según el comentado estudio GAP, suponen el 30% de las *Urgencias hospitalarias* (a las que por cierto acuden con mayor justificación que el resto de la población) y ocupan el 50% de las camas de *Hospitales Generales*, sobre todo en los servicios médicos y en algunos quirúrgicos, como oftalmología. En este contexto, los *Servicios de Geriatría*, progresivamente implantados en Hospitales Generales, juegan, a través de sus distintos niveles asistenciales (unidades de agudos, Unidades de recuperación funcional, hospitales de día y programas de coordinación comunitaria), un papel decisivo a la hora de mantener una alta calidad asistencial para los mayores y garantizar las posibilidades reales de recuperación funcional tras la enfermedad aguda o la evolución parcialmente reversible de patologías crónicas.

Los ancianos son población absolutamente mayoritaria en los denominados "*Hospitales de Apoyo*", concretamente en Unidades de Media y larga Estancia y en los recientes *Centros Sociosanitarios*,

establecimientos a medio camino entre este hospitales y Residencias de Ancianos, orientados específicamente hacia el cuidado geriátrico, muy desarrollados ya en Cataluña y en progresiva mayor aceptación en el resto de España.

Lógicamente, la utilización de recursos sociales disponibles es mayoritaria, casi exclusiva con la excepción de determinados e importantes colectivos muy necesitados, por la población de edad avanzada. En este apartado caben los diferentes servicios de cuidados comunitarios, como los Centros de Día, domiciliarios, como los sistemas de ayuda a domicilio o la teleasistencia, residenciales e intermedios, como las estancias temporales.

UTILIZACIÓN DE FÁRMACOS EN LAS PERSONAS DE EDAD AVANZADA

Hay toda una serie de factores fisiopatológicos que van a condicionar el uso de los frecuentes medicamentos que consumen las personas de edad más avanzada.

1. Apunte farmacodinámico y farmacocinético

La *absorción* no está especialmente afectada, salvo que coincidan circunstancias clínicas tipo alteración en la pared intestinal, trastornos en los flujos pancreático y biliar, o enfermedades como la insuficiencia cardiaca. La *distribución* puede afectarse por las bajas concentraciones plasmáticas de albúmina, favoreciendo la existencia de una

mayor cantidad de fármaco libre y por la disminución del agua corporal en el caso de fármacos hidrosolubles: La reducción del flujo hepático (35%) y tasa de excreción hepática puede afectar al *metabolismo* de fármacos con aclaramiento hepático. Finalmente, los cambios asociados al envejecimiento renal originan una reducción del filtrado glomerular, reabsorción y secreción tubulares que pueden obligar a monitorizar los fármacos con mayor tasa de *excreción* renal.

2. Número y tipo de fármacos consumidos

El uso de medicamentos por las personas mayores es muy importante, alcanzando, cotas del 40% del consumo total de fármacos, siendo en el 75% de los casos tratamientos crónicos.

Con relación al *número de medicamentos consumidos*, diversos estudios indican que entre el 75% y el 90% de personas mayores consume al menos un fármaco diario, siendo entre 2 y 4 el número medio de medicamentos utilizados. Los recientes datos de la Encuesta Nacional de Salud señalan que el 90% de las personas mayores de 75 años han tomado algún fármaco en las dos semanas previas a la entrevista y que, de ellos, más del 50% de toman 3 ó más fármacos. Si se añade la *automedicación*, el consumo medio será hasta de 5 fármacos.

El consumo de medicamentos es aún más elevado en medio residencial en el que según estudios de la Sociedad Española de Geriatría, un 65% de los residentes consumía 3 o más fármacos, y un 29% 5 o más, y todavía mayor en el

medio hospitalario, en el que, según nuestros propios datos sobre informes al alta, el número de fármacos prescritos fue de 4,8.

La situación no es diferente en países de nuestro entorno y datos 2005 de Karin et al, del Departamento de Epidemiología Geriátrica del Instituto Karolinska, en Suecia, indican que 92% de las personas mayores de 75 años consumen algún fármaco, siendo la media de los mismos de 4,4 por persona.

3. Otros aspectos del uso de fármacos en el anciano

Se refieren a la toma de medicamentos inadecuados, al mal cumplimiento terapéutico y a la frecuencia de reacciones adversas.

A. Medicamentos inadecuados. En geriatría “fármaco no indicado, fármaco contraindicado” Es quizás demasiado frecuente el uso de medicamentos sintomáticos, en base a las quejas del paciente y sin una encuesta diagnóstica protocolizada. El trabajo de Fialova et al, realizado en ocho países europeos y publicado en JAMA 2005, informa que sobre una muestra de 2.707 pacientes de edad media 82,2 años, el 20% recibían al menos un fármaco inadecuado. Factores de riesgo fueron polifarmacia, uso de psicofármacos y deficiente nivel económico y cultural. La posibilidad de utilización de fármacos inadecuados es especialmente notoria en ancianos que viven institucionalizados, alcanzando en los mismos, en Francia y según F. Paille tasas de

un 22% que se elevan hasta el 40% en “centros de convalecencia.

B. Incumplimiento terapéutico. Se estima que hasta un 50% de las personas ancianas no cumplen adecuadamente los tratamientos prescritos. Esta falta de adherencia, entendida como el fallo en la administración total o parcial de la prescripción, es directamente proporcional tanto al número de medicamentos como a la cronicidad de los tratamientos. Factores de riesgo son además la edad más avanzada, las alteraciones de memoria, los defectos visuales, los regímenes terapéuticos complicados, la prescripción por varios especialistas, la aparición de efectos secundarios y la falta de eficacia inicial del fármaco.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera que la falta de adherencia a los tratamientos crónicos y sus negativas consecuencias, clínicas y económicas, son un tema prioritario de salud pública.

C. Reacciones adversas (RAM). Las reacciones adversas a medicamentos son especialmente frecuentes en los pacientes ancianos y es muy evidente su relación con las características del paciente y el número de fármacos consumidos. Un estudio español prospectivo, realizado en ancianos y publicado en 2003 por Vidal et al en Medicina Clínica, reporta una incidencia media de RAM del 9%, cifra que se eleva hasta el 15% en unidades de hospitalización aguda. Datos japoneses (Akisita et al) en unidades de geriatría de cinco hospitales universitarios cifran también en un 9,2 % la incidencia hospita-

ria de RAM. El ya citado estudio sueco de Karin et al, eleva la tasa de RAM en ancianos hasta un 18%.

EL DOLOR EN GERIATRÍA

Sintetizamos los siguientes puntos:

1. Prevalencia y repercusiones sanitarias y sociales

El dolor es un síntoma extraordinariamente frecuente en las personas mayores, Las escasas publicaciones al respecto, estiman, en población >65 años, una prevalencia con una amplia horquilla entre el 40 y el 80% por encima de los 65 años, con mayor incidencia en el medio institucional que el comunitario. Los datos proporcionados por Geriatría XXI señalan que, en atención primaria, el dolor es la primera causa de consulta en mayores de 65 años, con porcentajes que rondan el 50%.

El dolor crónico tiene, además, una gran repercusión psicológica, con frecuente *depresión* e insomnio acompañantes e importante impacto sobre la *situación funcional*, con alteración progresiva de la independencia para la marcha y realización de otras actividades de la vida diaria e interfiriendo gravemente los tratamientos rehabilitadores de patologías crónicas y también agudas, como es el caso del ictus o la fractura de cadera, amabas de alta prevalencia y con severas repercusiones funcionales entre la población anciana.

El dolor es causa frecuente de *aislamiento social*, con pérdida de contactos

y participación en la vida ciudadana comunitaria y progresivo mayor consumo de recursos sociales, situación que puede desembocar en ingreso institucional definitivo en una Residencia de Ancianos.

2. Percepción y tipos de dolor en el anciano

En las personas mayores son posibles todos los tipos de dolor presentes en edades anteriores. Algunos autores señalan como de especial interés los dolores derivados de patologías como la artrosis y reumatismos inflamatorios, los dolores viscerales, oncológicos, neuropáticos y de partes blandas, el dolor agudo postoperatorio y el dolor acompañante de determinados *síndromes geriátricos* tales como el inmovilismo, caídas de repetición o úlceras por presión.

Se ha discutido mucho, sin suficientes evidencias al respecto, sobre los cambios en la percepción del dolor, teóricamente con *umbral* más elevado en función de los cambios asociados al envejecimiento sobre los sistemas nerviosos periférico y central, y sobre el *umbral de tolerancia* al mismo, que se supone disminuido, especialmente en mujeres.

La tan aireada “*presentación atípica de la enfermedad*” en los ancianos, referenciada como casos de infarto de miocardio sin dolor o neumonía sin fiebre son, aunque reales, más la excepción que la regla. En la misma línea se sitúa la presentación de una patología dolorosa a través de una diferente expresión clínica, como puede ser un cuadro confusional agudo. En todo caso, hay que tener muy

en cuenta tales posibilidades como único camino para evitar errores diagnósticos y terapéuticos de trascendencia.

Las *patologías causantes de dolor* en el anciano, parcialmente ya comentadas, tampoco se diferencian notablemente de las responsables del mismo en edades anteriores. Resulta obvio que la mayor prevalencia de enfermedades originarias de dolor en el anciano tienen consecuencias clínicas al respecto. Ejemplos claros son los reumatismos degenerativos, gran parte de los cánceres y los dolores neuropáticos derivados de patologías como la diabetes, el herpes o el ictus. La osteoporosis, muy prevalente en el anciano, no es en si misma causa clara de dolor, salvo si se acompaña de complicaciones como son las microfracturas y las fracturas vertebrales no evidenciadas. Obviamente entre estas complicaciones ocupa un lugar destacado la temible fractura de cadera, de devastadoras consecuencias funcionales y sociales que deberían ser evitadas con el tratamiento de la osteoporosis y la prevención de las caídas.

3. Evaluación del dolor en pacientes geriátricos

La participación de los cambios asociados al propio proceso de envejecimiento, el gran componente subjetivo del dolor y la habitual comorbilidad hacen especialmente dificultosa la evaluación del dolor en el paciente anciano, sobre todo si presenta serias *dificultades en la comunicación* o avanzado *deterioro cognitivo*. En cualquier caso, es imprescindible efectuar, como método de trabajo habitual, una *valoración*

geriátrica integral que contemple los aspectos clínicos, mentales y sociales del paciente.

Las diferentes escalas al uso, como la escala visual analógica o las escalas descriptivas, no han sido específicamente diseñadas para ancianos, no acaban de introducirse en la práctica clínica diaria y, por supuesto, no contemplan las peculiaridades de grupos especiales de pacientes como los ya comentados. Aunque se están desarrollando instrumentos en esta dirección, como la escala PAINe (pain in no communicative elderly persons), en el caso de pacientes con demencia, sin descartar el uso de escalas faciales, debemos todavía guiarnos por el listado de signos indirectos de dolor (SID) tales como las expresiones gestuales y los movimientos y actitudes; también por las posibles verbalizaciones y trastornos diferenciales del comportamiento y la afectividad.

4. Estrategias terapéuticas para el control del dolor en pacientes ancianos

De acuerdo con la citada ENSE, los fármacos más consumidos por los ancianos (Tabla 3) son, en este orden: medicamentos para hipertensión (48%), dolor (30%), corazón (29%, nervios (29%), diabetes (18%) y colesterol (17%). En opinión, recogida en Geriátrica XXI, de los médicos de atención primaria, este orden apenas se modifica, aunque antihipertensivos y analgésicos se distancian con claridad en cuanto a su mayor uso.

Siguiendo las informaciones publicadas por el propio Sistema Nacional de

Hipertensión Arterial	48%
Grupo "otros"	45%
Medicamentos para el DOLOR	30%
Fármacos para el corazón	29%
Sistema nervioso	29%
Diabetes mellitus	18%
Colesterol	17%
Aparato digestivo	15%
Catarro	15%
Reumatismos	13%

Fuente: Encuesta Nacional de Salud 2003. Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid 05.

Tabla 3. Top 10. Grupos Farmacológicos más utilizados en dos últimas semanas en pacientes > 75 años.

Salud en cuanto a número de envases anuales prescritos, los medicamentos analgésicos ocupan los primeros lugares. Concretamente, el paracetamol es el principio activo más recetado, ocupando el tercer lugar el ibuprofeno (Tabla 4).

Los datos disponibles sobre automedicación en ancianos, incluidas las decisiones de los cuidadores, se estiman tasas por encima del 50%, siendo los fármacos analgésicos, incluidos AINE, los más utilizados seguidos de ansiolíticos, protectores gástricos, vitaminas, laxantes y broncodilatadores.

Las estrategias terapéuticas en el abordaje del dolor no son diferentes que

PRINCIPIO ACTIVO	Por ENVASES (miles)	Por IMPORTE
PARACETAMOL	30.741,41	Atorvastatina
OMEPRAZOL	24.494,99	Omeprazol
IBUPROFENO	16.677,11	Clopidogrel
ENALAPRIL	9.960,73	Risperidona
ATORVASTATINA	8.713,15	Fluoxetina
SINVASTATINA	8.214,74	Provastatina
AMLODIPINO	5.818,62	Olanzapina
TORASEMIDA	5.484,91	Alondronato
PROVASTATINA	4.168,67	Pantoprazol

Fuente: Boletín de Información Terapéutica. Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid 05.

Tabla 4. Medicamentos mas recetados por el Sistema Nacional de Salud.

en el adulto y se apoyan, naturalmente, en la escalera analgésica de la OMS. No es objetivo de este artículo el desarrollar el mismo, pero sí el hacer especial énfasis en aquellos aspectos diferenciales que deben contribuir a optimizar el tratamiento del dolor en las personas de edad avanzada.

Se asume el mal control del dolor en pacientes ancianos y de ello es buen ejemplo el dato referente al dolor oncológico, publicado por Driver et al en 2003, señalando que la edad superior a 70 años es el mayor predictor de dolor infratratado.

Los principales puntos “negros” a considerar en el mal enfoque del control del dolor son:

- Limitaciones en la evaluación exhaustiva de los pacientes ancianos,
- no solo desde el punto de vista clínico sino también en sus aspectos funcionales, mentales y sociales
- Interferencias de las usuales múltiples comorbilidades y la consiguiente polifarmacia
- Histórico mal cumplimiento terapéutico derivado del punto anterior
- Reticencias, en base a la “muy avanzada edad” en el uso de analgésicos de tercer escalón por parte de paciente, familia e incluso personal sanitario
- Utilización de dosis infraterapéuticas en base a los mismos argumentos, hecho no incompatible con la prudencia y la progresión sosegada en la titulación de las dosis
- Abandono de tratamientos ante la presencia de efectos secundarios no suficientemente informados ni correctamente controlados

En consecuencia con el apartado anterior, a la hora de *optimizar el tratamiento del dolor* en un paciente anciano los puntos a considerar serán (Tabla 5):

1. Valoración integral previa del paciente
2. Revisar, reordenar, priorizar y racionalizar tratamientos asociados
3. Instrucciones claras a pacientes y familiares o cuidadores
4. Identificación de grupos de alto riesgo de cometer errores
5. Uso de fármacos y dosis adecuadas, inicialmente moderadas y progresivas
6. Especial atención a reacciones adversas
7. Tratamiento preventivo de efectos secundarios de los opioides
8. Revisión periódica de la medicación
9. Considerar posibles tratamientos no farmacológicos
10. Considerar la utilización de recursos sanitarios y sociales

Tabla 5. Decálogo para el Tratamiento del Dolor en el anciano.

1. Valoración integral previa del paciente que nos permita conocer absolutamente todos los aspectos clínicos, funcionales y sociales que rodean al paciente, incluida la etiología de su dolor y la calidad y expectativa de vida esperadas.

2. Revisar, reordenar priorizar y racionalizar tratamientos asociado, sin caer en la tentación de tratar todas y cada una de las patologías o alteración

de patrones analíticos que puede presentar el paciente.

3. Instrucciones claras a pacientes y familiares o cuidadores, preferiblemente a través de esquemas diseñados y escritos y/o recipientes adecuados al uso.

4. Identificación de grupos de alto riesgo de cometer errores o incumplimiento, entre los que se encuentran los ya citados y sobre todo los condicionantes mentales, como la demencia, físicos como la privación sensorial y sociales como el bajo nivel cultural, la pobreza o el aislamiento.

5. Uso de fármacos y dosis adecuadas inicialmente moderadas y progresivas, para lo que valen las reflexiones esbozadas en el punto anterior. Preferiblemente utilizar la vía oral y en caso de mórficos, iniciar terapia con opioides de acción corta, titulando posteriormente las dosis con lentitud y adecuando las formas de presentación.

6. Especial atención a reacciones adversas, que deben ser suficientemente informadas y obligadamente monitorizadas.

7. Tratamiento preventivo de efectos secundarios en el caso de terapias con mórficos, como, por ejemplo, es el caso del estreñimiento.

8. Revisión periódica de la medicación, no sólo analgésica sino del conjunto de medicamentos utilizados.

9. Considerar posibles tratamientos no farmacológicos.

10. Considerar la utilización de recursos sanitarios y sociales alternativos, como hospitales de día, hospitalización domiciliaria, centros de día o centros sociosanitarios.

BIBLIOGRAFÍA

1. Cohen-Mansfield J.. Pain Assessment in Non communicative Elderly persons–PAINÉ. Clin J Pain. 2006 Jul-Aug; 22(6): 569-75.

2. Driver JA, and Cohen RL, Management of Cancer Pain in the Older Patient Clin Geriatr, 2003, 11: 34-40.

3. Fialova D, Topinkova E, Gambassi G, Finne-Soveri H, Jonsson PV et al.; AdHOC Project Research Group. Potentially inappropriate medication use among elderly home care patients in Europe. JAMA. 2005 Mar 16; 293(11): 1348-58.

4. Guillén F y Ruipérez I. Manual de Geriatria Salgado Alba, Masson, Barcelona, 2002.

5. Guillén F, Gil Gregorio P. Geriatria en Atención Primaria (Programa GAP). EDMSA, Madrid, 2004.

6. Guillén F. Problemática específica de los mayores en la prescripción por principio activo. En Prescripción por principio activo. Informe del Instituto de Estudios Médico Científicos. INESME, Madrid, 2006: 49-57.

7. Instituto Nacional de Estadística. Padrón Municipal 2003. INE, Madrid, 2004.

8. Jacobs JM, Hammerman-Rozenberg R, Cohen A, Stessman J. Chronic back pain

among the elderly: prevalence, associations, and predictors. Spine. 2006 Apr 1; 31(7): E203-7.

9. Kaasalainen S, Crook J. A comparison of pain-assessment tools for use with elderly long-term-care residents. Can J Nurs Res. 2003 Dec; 35(4): 58-71.

10. Klarin I, Wimo A, Fastbom J. The association of inappropriate drug with hospitalisation and mortality: a population-based study of the very old. Drugs Aging. 2005; 22(1): 69-82.

11. Merle L, Laroche ML, Dantoine T, Charmes JP .Predicting and preventing adverse drug reactions in the very old. Drugs Aging. 2005; 22(5): 375-92.

12. Ministerio de Sanidad y Consumo. Encuesta Nacional de Salud 2003. Madrid, 2005.

13. Miro J, Huguet ANieto R, Paredes S, Baos J. Evaluation of reliability, validity, and preference for a pain intensity scale for use with the elderly. J Pain. 2005 Nov; 6(11): 727-35.

14. Paille F. Over-Consumption of drugs by Elderly Patients Therapie. 2004, 59: 215-22.

15. Pautex S, Michon A, Guedira M, Emond H, Le Lous P, Samaras D, Michel JP, Herrmann F, Giannakopoulos P, Gold G. Pain in severe dementia: self-assessment or observational scales? J Am Geriatr Soc. 2006 Jul; 54(7): 1040-5

16. Ribera Casado JM. Manejo del dolor en el anciano. Fundación Instituto IPSA del Dolor. Madrid, 2005.

17. Ruiz A e Iranzo JM Evaluación del dolor en pacientes con demencia ingresados en un hospital de agudos. Rev Soc Esp Dolor 8: 392-396, 2001.

18. Sistema Nacional de Salud. Adherencia al tratamiento en el paciente anciano. Inf Ter Sist Nac Salud, 2004; 28: 113-120.

19. Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. Geriatria XXI: Análisis de necesidades y recursos. Editores Médicos SA. Madrid 2000.

20. Sociedad de Geriatria y Gerontología de Chile. Guía práctica para el manejo del dolor en el adulto mayor. B&B Impresores, Santiago, Chile, 2004.

21. Tian H, Robinson RL, Sturm R. Labor market, financial, insurance and disability outcomes among near elderly Americans with depression and pain. J Ment Health Policy Econ. 2005 Dec; 8(4): 219-28.

22. Won A, Lapane KL, Vallow S, Schein J, Morris JN, Lipsitz LA. Long-term effects of analgesics in a population of elderly nursing home residents with persistent nonmalignant pain. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2006 Feb; 61(2): 165-9

EL DOLOR EN CIRUGÍA AMBULATORIA: ASPECTOS SOCIOECONÓMICOS

Filadelfo Bustos Molina

Presidente Sociedad Española de Cirugía Mayor Ambulatoria. Toledo

INTRODUCCIÓN

La cirugía mayor ambulatoria (CMA) o cirugía sin ingreso (CSI) se define como la atención a procesos quirúrgicos multidisciplinarios, realizados bajo cualquier tipo de anestesia y con unos cuidados postoperatorios poco intensivos, que permiten dar de alta al paciente a las pocas horas después del procedimiento. De acuerdo con esta definición inicial, el paciente vuelve a su domicilio el mismo día de la intervención y no requiere una cama hospitalaria. Se trata así de diferenciarse de la cirugía menor ambulatoria, que engloba procedimientos quirúrgicos de muy baja complejidad realizados generalmente con anestesia local, y la cirugía de corta estancia, que se refiere a procedimientos quirúrgicos que requieren una hospitalización de 1-2 días.

La CMA es, en la actualidad, un modelo asistencial seguro, eficiente y de calidad, tanto para los pacientes como para los profesionales sanitarios.

Para poder analizar el impacto de cualquier factor sobre el proceso asistencial de la cirugía mayor ambulatoria, es recomendable recordar las etapas de

dicho proceso y sus contenidos. Al igual que la mayoría de los procedimientos quirúrgicos, la CMA se inicia con la valoración preoperatoria, destinada a seleccionar y preparar los pacientes de acuerdo a los protocolos definidos en cada unidad (selección de pacientes y exploraciones complementarias). Unos días más tarde tiene lugar el procedimiento anestésico - quirúrgico, destinado a resolver el motivo de consulta del paciente. Inmediatamente después el paciente pasa la fase de recuperación inmediata, donde recupera los reflejos vitales y constantes hemodinámicas; en ciertos casos esta recuperación puede acontecer en el propio quirófano, pasando el paciente directamente a la siguiente etapa (fast-track). A continuación pasa a la recuperación intermedia, característica de la CMA, donde el paciente adquiere las condiciones mínimas necesarias para volver al domicilio (estabilidad hemodinámica, funcionalidad motora similar a la previa a la cirugía, ausencia de complicaciones, náuseas, vómitos, dolor,...). Una vez alcanzado los criterios de recuperación por parte del paciente, es dado de alta, con instrucciones orales y escritas concretas, a su domicilio. Allí finaliza el proce-

so con la recuperación del estado físico que tenía el paciente antes de la cirugía.

En nuestro país, aunque no disponemos de estadísticas homogéneas en cuanto al tipo de procedimientos incluidos, analizando los datos del Ministerio de Sanidad y Consumo sobre actividad quirúrgica, observamos una importante tendencia al aumento de dicha actividad, pasando del 10% de procedimientos quirúrgicos realizados como CMA en el año 1995, al 13% en el año 1997, el 22% en el año 2001, y del 30% en año 2004. Así pues, la CMA y las UCMAS se encuentran consolidadas, a nivel de profesionales, pacientes y gestores, como estructuras quirúrgicas de gran actividad y calidad. Este éxito es achacado a múltiples factores.

El reto actual es doble: por un lado ampliar la cartera de servicios con procedimientos más complejos y con pacientes hasta ahora no considerados candidatos a la misma; y por otro lado, establecer programas de mejora continua de la calidad asistencial a nivel de la estructura, el proceso asistencial así como de los resultados. Con ello incrementaremos la eficiencia del sistema. Para alcanzar estos objetivos debemos controlar las complicaciones postoperatorias y aumentar el confort del paciente, entendiendo por confort postoperatorio, el estado de ausencia de ansiedad

INCIDENCIA DEL DOLOR EN CMA

El dolor postoperatorio es una de las complicaciones más frecuentes en CMA, constituyendo un problema de considerable incidencia desde el periodo postoperatorio

inmediato hasta la recuperación tardía en el domicilio del paciente. Su control satisfactorio constituye uno de los retos más importante para los anestesiólogos dedicados a la cirugía ambulatoria (C.A.). A pesar de los avances en la fisiopatología del dolor agudo y en la farmacología de los analgésicos el dolor continúa sin ser tratado adecuadamente, siendo la ausencia de analgesia postoperatoria efectiva una de las principales causas del fracaso de los programas de CA.

Además, el dolor en CA es un indicador de calidad y en las encuestas de satisfacción los pacientes lo sitúan como prioritario, por delante de las molestias de garganta y las náuseas y/o vómitos postoperatorios.

Cuantificar su incidencia resulta difícil debido a las diferencias metodológicas existentes en los estudios al respecto y que se refieren a los procedimientos quirúrgicos, anestésicos, al periodo de análisis, variaciones en el método de recogida de datos, tamaño de la muestra y métodos de medida del dolor. No obstante diversos autores coinciden en señalar una elevada prevalencia, del 20 al 40% de los pacientes intervenidos en régimen ambulatorio durante las primeras 24 h, que disminuye de forma progresiva con el tiempo pero persiste hasta el 7º día tras la intervención. Un 20% de los pacientes refieren trastornos del sueño derivados del dolor.

Entre estos estudios destaca entre otros el realizado por Chung y cols. (Anesth Analg 1995) valorando las complicaciones aparecidas, en 500 pacientes, a

las 24 h, observando que el dolor constituye el síntoma más frecuente (30%), siendo los pacientes con dolor en la unidad los que mayor incidencia presentan del mismo en su domicilio. Más tarde, Chung y cols. (Anesth Analg. 1997) publican otro estudio, con 10.008 pacientes, dirigido a evaluar el modelo del dolor y los factores predisponentes en cirugía ambulatoria, observando un 25% de pacientes con dolor moderado-intenso a las 24 h, siendo los pacientes con mayor masa corporal, sometidos a anestésias prolongadas y a determinados procedimientos quirúrgicos (urología, cirugía general, traumatología, ginecología) los que presentan dolor más intenso. Beauregard y cols. (Can J Anaesth 1998) analizan el dolor durante la primera semana tras la cirugía y observa que un 40% de los pacientes presentan dolor moderado-intenso a las 24 h, que se reduce hasta el 24% a las 48 h y el 13% al 7º día de postoperatorio. Otros estudios más recientes realizados por Apfelbaum (Anesth Analg 2003), Pavlin (J Clin Anesth 2004), y McGrath (Can J Anaesth 2004) objetivan una incidencia de dolor postoperatorio en torno al 79%, 60% y 30% (dolor moderado-intenso) respectivamente.

REPERCUSIONES CLÍNICAS

El dolor postoperatorio como parte de la respuesta inflamatoria local secundaria a la cirugía, se acompaña de importantes alteraciones neuroendocrinas sistémicas que dan lugar a todo un cortejo de síntomas y signos.

Se produce una activación del sistema nervioso simpático que origina

taquicardia, aumento de la tensión arterial, del gasto cardiaco y del consumo miocárdico de oxígeno. A nivel gastrointestinal, como consecuencia de los reflejos inhibitorios simpáticos y de los opioides, puede producirse un íleo junto con náuseas y vómitos postoperatorios (NVPO). Sobre el aparato respiratorio, el dolor puede originar una disminución de la motilidad pulmonar y de la tos, lo que favorece las atelectasias y neumonías. A nivel endocrino-metabólico, tiene lugar un aumento de las hormonas catabólicas y una disminución de las anabólicas, favoreciendo la hiperglucemia, la lipólisis y un descenso de la inmunidad. Psicológicamente, los pacientes con dolor suelen referir ansiedad, aumento del estrés, fatiga e insomnio.

A estos efectos fisiopatológicos, propios de todo dolor postoperatorio, debemos añadir las consecuencias que tiene sobre la vida del paciente, el proceso asistencial, el flujo de pacientes por la unidad, que son las específicas de la cirugía ambulatoria y las que tienen una mayor implicación socio-económica.

El dolor postoperatorio en cirugía ambulatoria, aumenta las demandas del personal sanitario tanto en la unidad de recuperación postanestésica (URPA) como en la readaptación al medio (URM), prolonga el tiempo de recuperación del paciente en la unidad y disminuye el flujo de pacientes por la unidad, y por consiguiente reduce la eficiencia de la unidad. El dolor junto con las NVPO son las causas médicas más frecuentes de demoras en el alta de la unidad. Esto lo podemos comprobar en el meta análisis realizado por

Imasogie y Chung (Current Opinion Anesthesiology 2002) en el que se analizan los factores de riesgo de estancia prolongada en la unidad; en los tres estudios incluidos (Pavlin 1998, Chung 1999 y Junger 2001) destacan el dolor y las NVPO como factores de riesgo postoperatorios. Pavlin y cols., publican un nuevo estudio (Anest Analg 2002) analizando las causas de retraso de cada una de las fases de recuperación en la unidad y observan que el dolor es la causa más frecuente de prolongación de la recuperación inmediata, en tanto que las NVPO seguidas del dolor son las causas más importantes de la prolongación de la recuperación intermedia.

Una vez dado de alta el paciente, el dolor origina la necesidad de contactar con la unidad y/o con urgencias y ingresos no previstos. En estudios publicados por Mezei (Ann Surg 1999) y Twersky (Anesth Analg 1997) sobre las causas de consultas postalta, durante 30 días, las causas más observadas son el dolor, el sangrado, las NVPO, la retención urinaria, ... En relación a los ingresos no previstos, en los estudios de Fortier (Can J Anesth 1998) y Coley (J Clin Anesth 2002), se observa una incidencia entre el 0,3 y el 9,5%, siendo el dolor no controlado la principal causa. Una vez en su domicilio, el dolor limita la realización de las actividades diarias al paciente, la movilización, la capacidad de participar en la rehabilitación postoperatoria y, en definitiva, el retorno a la vida laboral. Esto representa un aumento de las cargas a la familia y de las tareas del personal sanitario, tanto de atención primaria como especializada.

ESTRATEGIAS DE MANEJO DEL DOLOR POSTOPERATORIO EN C.M.A

Con el objetivo de colaborar al adecuado control del dolor en CA y promover la mejora de la calidad asistencial, la Asociación española de Cirugía Mayor Ambulatoria (ASECMA), desde sus inicios, ha elaborado varias Guías de Práctica Clínica relativas al Manejo del Dolor. Tras el estudio del dolor postoperatorio en cirugía ambulatoria realizado en el año 1999, surge la necesidad de realizar unas recomendaciones relativas a su manejo y valoración, editándose en el 2001 la “Guía de tratamiento del dolor en Cirugía Mayor Ambulatoria”. Posteriormente se realizó un estudio para valorar la implantación de dichas guías, observándose unos resultados no tan positivos como se esperaban. Ante este hecho, y dados los continuos avances acaecidos en la farmacopea del tratamiento del dolor así como la creciente expansión de la cirugía ambulatoria con procedimientos más complejos y dolorosos, nos obligan a editar unas nuevas pautas que podemos incorporar a nuestra práctica diaria para mejorar el tratamiento del dolor. Son la “Guía de Manejo del dolor postoperatorio en cirugía ambulatoria” y la “Guía de Práctica Clínica sobre Analgesia Invasiva Domiciliaria en Cirugía Ambulatoria”.

Toda estrategia analgésica en cirugía ambulatoria hay que iniciarla en el preoperatorio, con la información detallada y la premedicación domiciliaria, consolidarla en el periodo intraoperatorio con una técnica anestésica-analgésica adecuada, continuarla durante todo el pos-

operatorio con la administración de una pauta analgésica clara, y finalizarla con la valoración de su efectividad a través del teléfono de contacto y/o encuestas de satisfacción (Figura 1).



Figura 1. Estrategia global de manejo del dolor en cirugía ambulatoria.

Para alcanzar el mayor grado posible de confort y satisfacción del paciente debemos prestar gran atención a la información y educación de los pacientes y acompañantes. A continuación, y para establecer una estrategia analgésica efectiva, es aconsejable identificar y controlar los factores que favorecen la aparición del dolor postoperatorio (tipo de cirugía, técnica anestésica y características del paciente). Así pues, para conseguir el control óptimo del dolor, se

recomienda definir pautas analgésicas en función de la patología del paciente, técnica anestésica, técnica quirúrgica y al tipo de seguimiento postoperatorio que vayamos a realizar. Estas pautas deben basarse en técnicas analgésicas multimodales, combinando analgésicos no opioides, opioides, y técnicas loco-regionales. Gracias a esta combinación de fármacos que, actuando por diferentes mecanismos de acción, producen un efecto sinérgico, podemos reducir la dosis de los mismos y por lo tanto la presencia de efectos secundarios (Figura 2). La combinación óptima será la que proporcione la mejor relación entre analgesia y efectos secundarios.

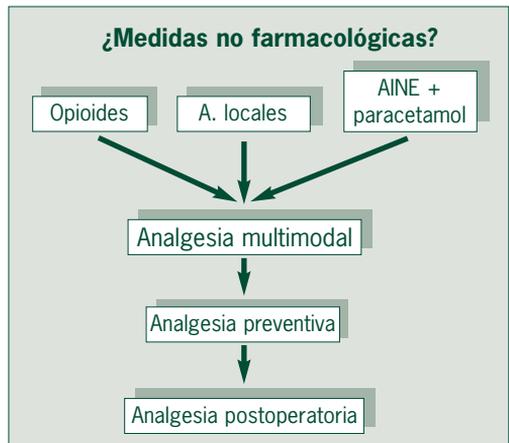


Figura 2. Analgesia multimodal.

Aunque son varias las posibles combinaciones de analgesia multimodal, en cirugía ambulatoria suele utilizarse la combinación de paracetamol, AINE, técnicas de analgesia regional y de opioides débiles. En ocasiones, ante dolor intenso, puede ser necesaria la utilización de opioides parenterales y/u orales. (Figura 3).

Dolor leve	Dolor moderado	Dolor intenso
Infiltración herida con Anestésico Local	Infiltración herida con Anestésico Local	Infiltración herida con Anestésico Local
+	+	+
Analgésicos menores (Paracetamol, AINEs)	Analgésicos menores (Paracetamol, AINEs)	Analgésicos menores (Paracetamol, AINEs)
	+	+
	Opioides débiles	Opioides potentes
		+
		BNP con o sin catéter

Figura 3. Modalidades de analgesia multimodal en cirugía ambulatoria.

Las técnicas regionales como la administración incisional o intracavitaria de anestésicos locales y los bloqueos nerviosos periféricos proporcionan una buena analgesia en cirugía ambulatoria y una excelente satisfacción de los pacientes, pese a lo cual, están infrautili-

zadas por temor a las posibles complicaciones y a la destreza requerida para su realización (Figura 4).

Basándose en las evidencias científicas disponibles, la ASECMA propone protocolos de tratamiento en función del tipo de intervención quirúrgica, teniendo en cuenta las características de los pacientes para los procedimientos más frecuentemente realizados en cirugía ambulatoria (Figura 5).

Procedimiento	Bloqueo analgésico
Artroscopia de rodilla	Bloqueo femoral Bloqueo "3 en 1"
Artroscopia de hombro	Bloqueo interescalénico Bloqueo supraescapular
Hallux valgus	Bloqueo ciático popliteo
Túnel carpiano	Bloqueo cubital (en muñeca)
Hemiorrafia	Bloqueo ilioinguinal Bloqueo iliohipogástrico
Hemorroidectomía	Bloqueo pudendos

Figura 4. Bloqueos nerviosos periféricos indicados en cirugía ambulatoria.

El tratamiento insuficiente del dolor en CA está documentado, persiste a pesar de los avances en los conocimientos sobre la fisiopatología del dolor, la introducción de nuevos fármacos o el empleo de técnicas multimodales. Son necesarios enfoques innovadores dirigidos al proceso fisiopatológico del dolor, específicos para el paciente y el procedimiento, e

TIPO DE CIRUGÍA	TRATAMIENTO VÍA ORAL	TRATAMIENTO VÍA ENDOVENOSA	ANESTESIA REGIONAL	TERAPIA NO FARMACOLÓGICA
Oftalmología	Paracetamol	Paracetamol	AL	
Maxilofacial*	AINE de elevado poder antiinflamatorio	AINE de elevado poder antiinflamatorio	AL	F, I
ORL*†				
Leve	Paracetamol	Paracetamol	AL	F
Moderado	Paracetamol + AINE ¹	Paracetamol + AINE ¹		F
Intenso **	AINE + Opiode	AINE + Opiode		F
Cirugía General †				
Leve	Paracetamol	Paracetamol		
Moderado	Paracetamol + AINE ¹	Paracetamol + AINE ¹	AL	
Intenso ** ***	AINE + Opiode	AINE + Opiode	AL	
Ginecología †				
Leve	Paracetamol + AINE ¹	Paracetamol + AINE ¹		
Moderado	AINE + Opiode	AINE + Opiode		
Cirugía Vascular	Paracetamol + Opiode	Paracetamol + Opiode		E
Traumatología				
Leve	Paracetamol	Paracetamol		
Moderado	Paracetamol + AINE ¹	Paracetamol + AINE ¹	AL	F, I, T
Intenso ***	AINE + Opiode	AINE + Opiode	AL	F, I, T
Urología	Paracetamol + AINE ¹	Paracetamol + AINE ¹		

* Se recomienda administración adicional de corticosteroides.

** Si existe riesgo de sangrado real evitar AINE no específicos. La hemorragia no es contraindicación de COX-2.

*** Valorar beneficios de BNP con Anestésico Local de larga duración o analgesia invasiva domiciliaria.

† Cirugía ORL, cirugía laparoscópica y cirugía ginecológica se aconseja profilaxis de NVPO.

Negrita: Tratamiento de elección según la evidencia (calidad de la evidencia: I, valoración de la recomendación: A)

Abreviaturas: BNP: Bloqueo Nervioso Periférico; AL: Anestésicos Locales; F: Frío; E: Ejercicio; T: TENS; I: Inmovilización

¹ Cuando se recomienda Paracetamol + AINE nos referimos a un AINE con capacidad antiinflamatoria y con el mayor perfil de seguridad posible.

Figura 5. Tratamiento del dolor en cirugía ambulatoria según procedimientos quirúrgicos.

iniciarse antes de la cirugía para prevenir el establecimiento de la sensibilización central causada por el estímulo quirúrgico. En este sentido están adquiriendo un gran protagonismo las técnicas regionales continuas que, mediante catéteres y bombas de perfusión, permiten prolongar la analgesia postoperatoria en el domicilio del paciente y, por lo tanto, realizar en régimen ambulatorio procedimientos más complejos y dolorosos.

Estas técnicas de analgesia domiciliaria, en el marco de una estrategia multimodal, han de realizarse en función del procedimiento quirúrgico, características del paciente y tipo de seguimiento postoperatorio. En la figura 6 se describen los procedimientos quirúrgicos que más se pueden beneficiar de pautas de analgesia domiciliaria

En la “Guía de Práctica Clínica sobre Analgesia Domiciliaria Invasiva en Cirugía Ambulatoria” editada por ASECMA se detallan recomendaciones para la realización de estas técnicas, sis-

temas de administración, pautas analgésicas en función del procedimiento y los cuidados domiciliarios aconsejables.

COSTE- EFECTIVIDAD EN LAS PAUTAS ANALGÉSICAS EN C.M.A

La técnica analgésica ideal para cirugía sin ingreso, teóricamente debería reunir las siguientes características:

- ha de ser efectiva en cuanto a los fármacos, dosis y vías de administración, para conseguir una analgesia mantenida;
- de cómoda administración;
- segura, con escasos efectos secundarios;
- que favorezca la rápida recuperación del paciente, sobre todo que permita las actividades habituales del mismo;
- flexible según necesidades (combinación de fármacos y dosis);
- coste-efectiva, que permita alcanzar los mejores resultados en relación a su coste.

HOMBRO	Acromioplastia. Artroscopia. Reparación del manguito de los rotadores. Reparaciones-suturas tendinosas. Cirugía abierta de hombro.
MANO/DEDOS	Artroplastias. Osteotomías. Rizartrrosis del pulgar. Osteosíntesis.
RODILLA	Ligamentoplastias.
PIE	Hallux valgus. Osteotomías. Resección. Artroplastia.
ABDOMEN	Hernia inguinal. Colecistectomía laparoscópica.
ANO-RECTAL	Cirugía proctológica.

Figura 6. Procedimientos que se benefician de analgesia invasiva domiciliaria.

En la actualidad son escasos los análisis de coste efectividad a nivel de pautas analgésicas en el periodo postoperatorio, la mayor parte de los realizados están relacionados con los nuevos agentes introducidos en el mercado (Coxib, ...), y presentan múltiples limitaciones: la mayoría se circunscriben a los costes perioperatorios, valoran los costes de adquisición de fármacos y no los costes derivados de posibles complicaciones, no consideran los costes transferidos al paciente y la familia, muestran diferencias importantes en cuanto al método de cálculo de costes y en relación al tipo de unidad y/o centro. Considerando estas particularidades, podemos revisar algunos de estos estudios.

Liu y cols. (Anesth Analg 2005) publicaron un meta-análisis comparando las técnicas loco-regionales con la anestesia general en cirugía ambulatoria, observando múltiples ventajas de las técnicas regionales y más concretamente de los bloqueos nerviosos periféricos, los cuales reducen los valores de dolor, las necesidades de analgésicos, las NVPO, y acortan la recuperación postoperatoria al tiempo que aumentan la satisfacción de los pacientes. En cuanto al análisis coste-efectividad de estas técnicas regionales hay un estudio realizado por Williams y cols (Anesthesiology 2004) sobre el impacto económico del bloqueo del nervio femoral, como técnica de analgesia asociada a la anestesia general y espinal, en la reconstrucción del ligamento cruzado anterior; observándose que este bloqueo periférico reduce el tiempo de estancia en la URPA así como los ingresos inesperados provocando una reducción estimada de costes en trono al 11%.

A nivel de los agentes analgésicos también son escasos este tipo de estudios. Últimamente se han publicado alguno relacionados con los inhibidores selectivos de la ciclo-oxigenasa 2 (Coxib), como el estudio de Mehernoor (Anesth Analg 2003) comparando el rofecoxib, celecoxib y paracetamol en otorrinolaringología realizada en régimen ambulatorio, comprobándose que el más coste efectivo era el rofecoxib 50 mg seguido del celecoxib 200 mg y el paracetamol. También se han realizado estudios relativos a la combinación de tramadol + paracetamol en cirugía ambulatoria, en los que se ha observado que tiene un efecto más rápido Y DURADERO, y una eficacia similar a otros AINE (ibuprofeno, metamizol) y a la combinación de codeína + paracetamol, con menor coste Y MEJOR PERFIL DE SEGURIDAD.

CONCLUSIONES

El dolor es una de las complicaciones más frecuentes dentro del postoperatorio de CMA, con importantes consecuencias socio-económicas: retrasa la recuperación, el alta y la vuelta a las actividades diarias del paciente. Su manejo, profilaxis y tratamiento, requiere un abordaje multimodal en función del paciente, procedimiento, técnica anestésica y seguimiento postoperatorio. De las diversas alternativas, debemos seleccionar aquella que sea fácil de realizar, efectiva y con escasos efectos secundarios. El control adecuado del dolor postoperatorio es una de las claves del éxito de la CMA y del grado de satisfacción del paciente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bustos Molina F. Asecma, pasado, presente y futuro. Rev. Asecha 8. 196-198: 2003

REPERCUSIONES SOCIOECONÓMICAS DEL TRATAMIENTO INCORRECTO DEL DOLOR

José Ramón González-Escalada Castellón
Jefe Unidad dolor del Hospital Ramón y Cajal. Madrid

INTRODUCCIÓN

Según la última encuesta “Pain in Europe” publicada en el año 2003, el dolor crónico afecta al 19% de la población europea siendo su incidencia en España del 11%¹.

Otras tres encuestas epidemiológicas hechas durante estos últimos 5 años aportan datos más altos y cifran la prevalencia del dolor crónico en la población española en un 23%, 29% y 32%²⁻⁴. Teniendo en cuenta la prevalencia relativa estimada en cada estudio y el número de encuestados, resulta un cálculo estimativo que se aproxima al 24%.

Independientemente del sufrimiento personal, esta prevalencia produce un impacto socioeconómico de gran magnitud, cuya valoración es difícil ya que se deben implementar los costes laborales por pérdidas de productividad, bajas laborales y gastos de indemnización a los costes directos derivados de los cuidados sanitarios. En Estados Unidos y algunos países europeos se han realizado algunos estudios epidemiológicos que han analizado los costes que produce el dolor crónico en un país desarrollado, estimando que alcanzan el 2% del

PIB. En España no se han realizado estudios detallados globales, aunque se ha publicado algún trabajo aislado sobre la evaluación del coste para una patología dolorosa puntual, que puede servir de base para el cálculo por extensión a otros procesos dolorosos.

Cuando los pacientes con dolor crónico no reciben un tratamiento correcto, el dolor crónico provoca una mayor utilización de los servicios sanitarios, una mayor incidencia de absentismo laboral y por tanto un incremento en los costes. Si reflexionamos sobre los efectos y repercusiones del tratamiento deficitario del dolor crónico, podemos afirmar que el primer perjudicado es el propio paciente y su familia a los que produce un sufrimiento innecesario. En segundo lugar se va a producir un aumento de demanda y utilización de los servicios sanitarios y en tercer lugar una mayor demanda social y de prestaciones compensatorias que junto con las pérdidas de productividad laboral constituyen una gran carga económica para la sociedad.

En síntesis podemos afirmar que el tratamiento incorrecto del dolor crónico repercute en un mayor sufrimiento, un

mayor grado de discapacidad, un empeoramiento en la percepción de salud, una disminución de la calidad de vida, un aumento de utilización de los servicios sanitarios, con la consiguiente repercusión en las lista de espera y en la calidad asistencial y por tanto con el aumento de costes económicos derivados de ambos y desde luego una clara repercusión en costes directos por gastos sanitarios e indirectos por gastos sociales y laborales.

En este sentido, según datos que aporta el Instituto Nacional de Estadística (INE), en el último trimestre de 2005 se contabilizaron en España más de medio millón de bajas laborales, con un coste de 2.235 euros por trabajador y mes, lo que supuso para el resto del país un coste de 3.892 millones de euros. De esta cifra el mayor porcentaje se produce por patologías que cursan con dolor. La pregunta que nos planteamos es la siguiente: de estos millones ¿cuántos euros pueden ahorrarse si se utiliza una política correcta de tratamiento del dolor crónico?; o dicho de otra forma: ¿cuánto le cuesta a España el tratamiento incorrecto del dolor crónico?

METODOLOGÍA

Para calcular los costes del dolor crónico es necesario contabilizar los costes directos producidos por el gasto sanitario que abarcan: la atención recibida por el médico de familia, los servicios de urgencias ambulatorios y los servicios de atención domiciliaria, así como la atención por especialistas, unidades especializadas y gastos derivados de las

pruebas diagnósticas y la prescripción de ortesis o prótesis. En cuanto a los costes indirectos deberemos incluir las pérdidas de productividad, la percepción de pensiones retributivas a causa de invalidez por dolor, las indemnizaciones y las pérdidas de productividad en casa.

El estudio por patologías es indispensable, ya que las implicaciones laborales y los costes directos varían enormemente entre las distintas patologías debido a que la discapacidad que producen y los costes sanitarios son distintos para cada una de ellas.

Para hacer el cálculo correcto de esta cifra seguiremos la siguiente estrategia: en primer lugar estableceremos la prevalencia, la distribución demográfica y el grado de discapacidad de los cuadros más prevalentes de dolor crónico y calculamos sus repercusiones socio-laborales. En segundo lugar trataremos de estimar según las encuestas, el tanto por ciento de pacientes tratados correctamente en cada caso; de esta forma podremos estimar el gasto que produce los que no han sido tratados correctamente, además de verificar si existen estudios estadísticos para alguna de estas patologías que tengan evaluado el dato (Tabla I).

RESULTADOS

En primer lugar debemos reconocer las limitaciones que existen cuando queremos extraer de las encuestas la prevalencia en la población de las patologías más frecuentes que cursan con dolor crónico. El problema que hemos detec-

- 1º) Incidencia del dolor crónico en la población, cuadros más prevalentes, distribución demográfica y tasa de discapacidad para cada patología
 - 2º) Repercusiones personales, laborales y sociales de la discapacidad producida por el dolor en cada uno de estos procedimientos
 - 3º) Cuantificar los costes estimados para cada patología
 - 4º) Suma de todos los costes estimados
- Tanto por ciento de pacientes tratados correctamente
 - Grado de mejoría en cada uno de los parámetros estudiados
 - Verificar con estudios que comparen los costes entre pacientes sometidos a protocolos efectivos y los pacientes no tratados

Tabla 1. Estrategia para calcular los costes del tratamiento incorrecto del dolor.

Para finalizar, con interés para todos los que trabajamos como especialistas en Unidades Multidisciplinares para el Estudio y Tratamiento del Dolor (UMD), trataremos de deducir la posible influencia positiva que pueden tener la actuación de las UMD, su posible influencia en el ahorro de costes y el cálculo de coste eficacia de estas unidades especializadas.

tado es la falta de uniformidad en la definición del objeto del estudio. Algunas encuestas emplean el concepto de localización del dolor (como por ejemplo dolor lumbar o dolor en piernas), mientras que otras emplean el concepto patognomónico (como por ejemplo dolor por artrosis) y por tanto los datos globales tienen una difícil extracción. Para ello será necesario hacer una correcta clasificación epidemiológica por patologías en el futuro, que nos permita deducir la repercusión de la discapacidad producida por cada una de ellas.

A falta de esta uniformidad, nos hemos basado en los datos del estudio europeo¹: según esta encuesta la distribución del dolor crónico en España afec-

ta en la mitad de los casos a los miembros inferiores, el 34% lo ocupan las lumbalgias, el 16% las cervicalgias, el 12% los dolores musculares y el 10% las cefaleas (Tabla 2).

Por otro lado, sabemos que el 14% de la población sufre algún grado de discapacidad, de los que tres cuartas partes es a causa del dolor. Las lumbalgias y los dolores localizados en miembros inferiores son las patologías dolorosas con mayores índices de discapacidad; se estima que el 82% de la discapacidad por dolor en la población laboral, es decir de sujetos con edades comprendidas entre los 18 y 60 años, se asocia a estas dos patologías. Según el INE la población española en enero de 2006 asciende a

Dolor crónico en España. Prevalencia y distribución

Prevalencia

(11%, 23%, 29%, 32%).
Media ponderada 24%

Distribución:

Dolor miembros inferiores	49%
Lumbalgia	34%
Dolor cervical	16%
Mialgias	12%
Cefalea	10%
Dolores poliarticulares	8%
Dolor miembros superiores	8%

Tabla 2. Prevalencia y distribución del dolor crónico en España según la encuesta "Pain in Europe" (Epidemiología del dolor en España. Editorial de la SED. 2005).

44.395.286 de censados, por lo que se puede estimar que 9.323.010 personas padecen dolor crónico. De ellos 4.661.505 sufren discapacidad por dolor.

Al no existir estudios epidemiológicos dirigidos hacia este problema, para aproximarnos a la realidad de los costes socioeconómicos debemos basarnos en estudios realizados sobre alguna de las patologías involucradas.

A. Repercusión socioeconómica de la lumbalgia: la prevalencia de la población española a padecer lumbalgia en un año es del 66,8%. Se estima que entre el 15-30% de la población padece lumbalgia en un momento determinado. En sínte-

sis la lumbalgia afecta a 3.169.000 de españoles en un año. Un tercio de ellos cursa con discapacidad. Los costes directos calculados para la lumbalgia son de 1.320 € por paciente y año, aportando el 15% del total del gasto por esta patología. Los costes indirectos ascienden a 7.480 € por paciente y año, lo que constituye el 85% del coste total que se estima en 9.296 millones de euros cada año. Estos datos se han adaptado desde estudios realizados en países con un desarrollo similar al nuestro al carecer de ellos en España^{5,6}.

B. Repercusión socioeconómica del dolor localizado en miembros inferiores: se estima que esta patología afecta a 4.568.000 españoles. Una cuarta parte de ellos sufren algún grado de discapacidad. Esta patología produce 1.120 € por paciente y año de costes directos y 3.200 € por paciente y año de costes indirectos. En total 4.933 millones de euros cada año⁷.

C. Repercusión socioeconómica de las cefaleas: La cefalea afecta a 932.300 españoles de los que una cuarta parte cursa con discapacidad. Los costes directos producidos alcanzan los 344 € por paciente y año y los costes indirectos 732 € por paciente y año. En total, el costo de las cefaleas asciende a 1.076 millones de euros al año^{8,9}.

Repercusión económica del dolor crónico en España. Costes del tratamiento incorrecto del dolor crónico.

Con los costes estimados para estas tres patologías abarcamos más del 80% de la patología generadora de dolor cró-

nico en España. Así pues, la suma de los datos anteriores nos pueden proporcionar una cifra muy próxima a los costes reales del dolor crónico en nuestro país. De forma aproximada en España estos costes ascienden a 20.000 millones de euros al año, de los cuales 4.000 millones de euros se pueden aplicar a los costes directos y 16.000 millones a los costes indirectos. Según los datos estimados anteriormente, las tres patologías cuestan 15.305 €, que supone 19.131 millones de euros para todo el dolor crónico, cifra muy próxima a la prevista, con una distribución de costes directos e indirectos muy cercanos a los esperados.

Un dato que interesa de forma especial a los profesionales que trabajamos en dolor es la parte de este coste que puede ser aplicada al tratamiento incorrecto del dolor, es decir, aquella partida presupuestaria que podría ahorrarse con la aplicación de una “política apropiada” para el tratamiento del dolor crónico.

Para ello, nos apoyaremos de nuevo en los datos epidemiológicos que conocemos. En este sentido, señalaremos algunos datos: un cuarto de los pacientes no acuden a consultar con los médicos; un tercio de los que acuden no toma la medicación como se les indica por temor a las consecuencias; un tercio de las medicaciones se consideraron insuficientes; sólo un 1% de los pacientes con dolor crónico reciben un opioide a pesar de que su dolor supera el 5 de media, medido por

EVA. En síntesis el 33% mantienen incontrolado el dolor, aún a pesar de estar tratados por su médico.

Las repercusiones sobre esta subpoblación de enfermos están claras: aumento de sufrimiento y el consumo sanitario, aumento del consumo de analgésicos, aumento de la comorbilidad, aumento de la discapacidad y del absentismo laboral, aumento de costes en bajas laborales, pensiones e indemnizaciones y aumento de las pérdidas de producción. Según estudios realizados sobre la eficacia del tratamiento aplicado en centros especializados¹⁰ (Tabla 3), podemos afirmar que el 18% vuelven a su trabajo y a su rendimiento laboral, el 40% mejora su actividad.

<i>Efficacy of multidisciplinary pain treatment centers</i>						
	Trated (% change)			Untreated (% change)		
	Mean	S.D.	N	Mean	S.D.	N
Work	43	28	43	25	32	9
Medication	63	27	54	21	21	7
Health care use	35	16	21	4	18	3
Activity	53	66	49	13	32	14
Pain behavior	62	67	34	0	4	8

Tabla 3. Eficacia del tratamiento multidisciplinar y mejora de distintos parámetros afectados en pacientes con dolor crónico. Datos extraídos de un meta-análisis publicado en 1992¹⁰.

Esto supone un ahorro de un 25% de los costes indirectos que se cifra en unos

3.500 millones de €/año. Por otro lado, además del alivio del sufrimiento innecesario que se cifra en un 62%, se disminuye el consumo sanitario en un 31% y el consumo de medicación en un 42% lo que produce un ahorro de un 40% de los costes directos, es decir 2.400 millones de €/año (Tabla 4).

<ul style="list-style-type: none"> • Restablecimiento al trabajo ↑ 18 % • Actividad ↑ 40% • Costes indirectos ↓ 25%: 3.500 millones €/año • Consumo sanitario ↓ 31% • Consumo medicación ↓ 42% • Beneficio analgésico: 62% • Costes directos ↓ 40%: 2.400 millones €/año
--

Tabla 4. Ahorro de costes (estimados) con la aplicación de tratamientos multidisciplinares en centros especializados. Según datos extraídos de un meta-análisis publicado en 1992¹⁰.

CONCLUSIONES

La alta prevalencia del dolor crónico tanto en la población europea como en nuestro país (24%), genera un aumento de los costes sanitarios (costes directos) y de costes sociales, laborales e intangibles que generan la mayor parte del gasto. Según se deriva de datos obtenidos a partir de las encuestas epidemiológicas españolas y los estudios de costes extrapolados de estudios europeos, el dolor crónico está generando un gasto

que asciende a 19.131 millones de euros anuales a España.

De ellos se podrían ahorrar 5.900 euros cada año, casi una tercera parte del gasto, si se aplicaran políticas adecuadas de atención y tratamiento del dolor crónico.

Para terminar debemos recordar que la falta de estudios apropiados en nuestro país nos obliga a deducir estas cifras a partir de los datos que aportan otros estudios socioeconómicos europeos. Sería deseable y es necesario realizar estudios epidemiológicos y socioeconómicos más detallados para corroborar nuestros cálculos.

BIBLIOGRAFÍA

1. González-Escalada JR. El dolor en España. Según la encuesta "Pain in Europe". En: Manula Práctico sobre epidemiología del dolor en España. 2005. Editorial SED. Madrid. pp: 47-72.
2. Català E, Reig E, Artés M, Aliaga L, López S, Segú JL. Prevalence of pain in the Spanish population: telephone survey in 5000 homes. Eur J Pain 2002; 6: 133-140.
3. Bassols Farrés A, Bosch Llonch F, Eladi Baños J. Epidemiología del dolor en la población general. Dolor 2000; 15: 149-58.
4. M. Casals y D. Samper. Epidemiología, prevalencia y calidad de vida del dolor crónico no oncológico. Estudio ITACA. Rev. Soc. Esp. Dolor 2004; 11: 260-269.
5. Van Tulder M, Koes B, Bombardier C.

Low Back Pain. Best Practice & Res. Clin. Rheumatol 2002; 16: 761-775.

6. Ekman M, Jonhagen S, Hunsche E, Jonsson L. Burden of Illness of Chronic Low Back Pain in Sweden A Cross-Sectional, Retrospective Study in Primary Care Setting. Spine 2005; 30; 1777-1785.

7. Cole DC, Ibrahim SA, Shannon HS, Scott F, Eyles J. Work correlates of back problems and activity restriction due to musculoskeletal disorders in the Canadian national population health survey (NPHS) 1994-5 data Occup Environ Med 2001; 58: 728-734.

8. Stovnera LJ, Zwarta JA, Hagen K,

Terwindt GM, Pascual J. Epidemiology of headache in Europe. European Journal of Neurology 2006; 13: 333-345.

9. Badia X, Magaz S, Gutierrez L, Galvan J. The burden of migraine in Spain: costs. Pharmacoeconomics. 2004; 22: 591-603.

10. Flor H, Fydrich T, Turk DC. Efficacy of multidisciplinary pain treatment centers: a meta-analytic review. Pain. 1992 May; 49(2): 221-30.

ASPECTOS SOCIOECONÓMICOS DEL DOLOR EN AP

Dra. Juana Sánchez Jiménez
Distrito AP Poniente Almería

El dolor es una prioridad sanitaria debido a múltiples factores:

- Es el síntoma que más consultas médicas origina.
- Los analgésicos son el grupo de fármacos más dispensados en las oficinas de farmacia suponiendo un coste global superior al 2,5% del PIB.
- Presenta una gran repercusión en la calidad de vida del paciente, entendida como la relación global que el individuo establece, entre los estímulos positivos y los negativos en el curso de la vida, en sus relaciones con otros miembros de la colectividad y con el medio físico, urbano y su hábitat en el que vive.

Múltiples datos epidemiológicos avallan el impacto y la prevalencia del dolor en la población:

Una encuesta realizada en mayores de 18 años de 15 países europeos e Israel (Breivik H et al. Eur. Pain, 2006 May; 10(4):287-333) obtiene una prevalencia de dolor del 19%, hasta un 46% experimenta dolor en los últimos 6 meses de intensidad severa en la última semana, un 21% fueron diagnóstica-

dos de depresión, el 60% había visitado a su médico entre 2 y 9 veces, solo un 2% había acudido a un especialista, el 61% presentaba dificultades en el trabajo y en su casa, un 19% había perdido su trabajo y un 13% había tenido que cambiar de trabajo. Hasta un 40% de los entrevistados consideraba inadecuado su tratamiento.

Por otra parte la encuesta Pain in Europe presentaba como principales conclusiones que: El dolor crónico afectaba 1 de cada 5 adultos en Europa, el promedio de sufrimiento en años fue de 7 y 1 de cada 5 lo padecían desde hace 20 años o más, 2/3 de los encuestados presentaban dolor moderado y un 1/3 dolor severo. Se pierden 500 millones de días de trabajo, pérdidas económicas de 34 billones de euros. Un 40% declara sufrir un importante impacto en sus actividades de la vida diaria.

Las principales conclusiones de esta encuesta fueron: Prevalencia del dolor crónico del 11%, Hasta un 22% de los pacientes que padecen dolor crónico perdieron su trabajo. El 83% de los que lo padecen son atendidos en Atención Primaria.

Un 49% dice que el médico está más preocupado por la enfermedad que por el dolor.

Sólo en el 10% se utilizaban escalas de medición de la intensidad del dolor.

La causa más frecuente de dolor crónico es la artrosis y la localización la espalda inferior.

Los fármacos más prescritos son los AINE 44%.

Las causas más importantes del impacto y la prevalencia de dolor en los países desarrollados son:

Progresivo aumento de la esperanza de vida, el dolor aumenta con los años (>75 años 30%, en >85 años la prevalencia aumenta 40-79%).

Envejecimiento población >65 años 17% población, ocasionan el 50% del gasto sanitario, ocupan el 40% de las camas y el 77% del gasto farmacéutico.

Mayor demanda de cuidados sanitarios (el aumento en bienestar genera aumento de demanda de atención dudas en salud y prevención).

Otra causa fundamental es la medicalización de la vida cotidiana y las enfermedades del siglo XXI, la comorbilidad y la yatrogenia.

A pesar de todos los datos expuestos hay pocos estudios de costes socioeconómicos del dolor exceptuando los de farmacoeconomía (comparación de tratamientos coste/efectividad, coste/eficacia...).

Los costes socioeconómicos del dolor se miden en:

- Costes directos:
 - Hospitalizaciones
 - Consultas externas
 - Atención primaria
 - Fármacos (coste global superior al 2,5% PIB)
- Costes indirectos
 - Mortalidad anticipada
 - Incapacidad temporal
 - Incapacidad permanente
 - Costes en calidad de vida

En un artículo de González-Viejo y Condón-Huerta (Med. Clin. (Barc) 2000; 114:491-492) se refleja la repercusión económica de la incapacidad laboral transitoria (IT) por dolor lumbar (DL) en España, así como sus implicaciones y trascendencia social:

Se valora la cifra total de lumbalgia y el impacto que tiene sobre las jornadas no trabajadas durante los ejercicios 1993-1997 en España. La cifra total de lumbalgias alcanza una media de 55.338 por año (DE 9.230,1). La media del número de días de baja por lumbalgia o incapacidad transitoria en los cinco ejercicios analizados es de 21,9 días, con un intervalo entre 19,7 y 24,2 días. En el año 1998 representó un coste medio de 11.252.404.056 ptas. y el coste anual por absentismo fue de 209.666 Ptas. /trabajador.

En una encuesta telefónica realizada en Cataluña durante 1994 (Bassols, Bosch et als en Pain 1999; 83: 9-16) sobre una muestra, de 1.964 adultos, representativa de la población catalana, la preva-

lencia del dolor durante los 6 últimos meses fue del 78,6% y algo más de la mitad (50,9%) de los encuestados con dolor refirieron haber sufrido al menos un episodio de dolor de espalda.

En el 31,7% de los afectados de dolor, éste les causó algún tipo de limitación laboral durante un promedio de 2,5 meses y en el 10% de ellos la limitación fue considerada como crónica por parte de los entrevistados. Una quinta parte de los que manifestaron dolor, tuvieron que guardar reposo en cama, una media de 13 días, como consecuencia de dicha dolencia. En cuanto a las repercusiones estrictamente laborales, en el 10,2% de los encuestados con dolor éste les impidió acudir al trabajo durante una media de 47 días. El 3,3% manifestaron su situación de incapacidad permanente por el dolor.

Los autores citados analizan un tipo de coste indirecto, el principal cuantitativamente, como es el impacto económico de las jornadas no trabajadas. Pero también a este dato habría que añadir otros gastos indirectos y los no menos importantes costes directos (honorarios médicos, pruebas complementarias, hospitalizaciones, medicamentos).

Por ello, los autores advierten que la repercusión económica final por DL será superior a los datos que presentan, ya que consideran la IT como el 70-90% del total del gasto, las aproximaciones teóricas sobre la repercusión económica del dolor; en el sentido amplio de la palabra, atribuyen un porcentaje del 2,5% del PIB en un país industrializado, lo que equivaldría según datos de 1999 a una

cifra de alrededor 2 billones de pesetas en total en España.

Por otro lado para llevar a cabo un estudio de costes hay que tener en cuenta los cambios producidos en las prioridades de los pacientes:

Tiempo para escuchar y hablar, Atención rápida de emergencias, Garantizar la confidencialidad, Informar de todo lo que necesita, Dar confianza para hablar, Ver al mismo médico regularmente, Dar servicios preventivos. Para responder a estas expectativas desde Atención Primaria se ponen en marcha una serie de actividades que tienen que ser: Oportunas, necesarias, efectivas (que alcance los objetivos), toleradas (mínimas molestias o efectos secundarios), evaluables.

Todas estas actividades tienen que tener unos componentes de calidad que deben valorar los indicadores de todo proceso: la accesibilidad, Conveniencia o adecuación, Continuidad, efectividad, eficacia, eficiencia, aceptabilidad, seguridad, oportunidad.

Los indicadores a medir son de estructura, proceso y resultado.

Dentro del Plan de Calidad del Servicio Andaluz de Salud (SAS) se ha puesto en marcha un proceso que cumple las características mencionadas anteriormente para el dolor crónico no maligno cuya implantación puede responder a alguna de las preguntas que plantea el tratamiento del dolor permitiendo el diseño de estudios de investigación donde se evalué la mejora de los

parámetros clínicos y los costes socioeconómicos que conlleva.

La hipótesis planteada es que una mejora de la gestión del proceso dolor disminuiría los costes priorizando el tratamiento integral multidisciplinar y la coordinación entre niveles con una mejora en la gestión clínica del dolor mediante conocimientos, formación y técnicas así como mayor implicación de todos los sectores implicados (pacientes, políticos, gestores y profesionales).

**“PARA MEJORAR HAY QUE ESTAR
DISPUESTO A CAMBIAR”**

David Cottle

BIBLIOGRAFÍA

1. González-Escalada JR. El dolor en España. Según la encuesta “Pain in Europe”. En: Manual Práctico sobre epidemiología del dolor en España. 2005. Editorial SED. Madrid. pp: 47-72.
2. Català E, Reig E, Artés M, Aliaga L, López S, Segú JL. Prevalence of pain in the Spanish population: telephone survey in 5000 homes. *Eur J Pain* 2002; 6: 133-140.
3. Bassols Farrés A, Bosch Llonch F, Eladi Baños J. Epidemiología del dolor en la población general. *Dolor* 2000; 15: 149-58.
4. M. Casals y D. Samper. Epidemiología, prevalencia y calidad de vida del dolor crónico no oncológico. Estudio ITACA. *Rev. Soc. Esp. Dolor* 2004; 11: 260-269.
5. van Tulder M, Koes B, Bombardier C. Low Back Pain. *Best Practice&Res. Clin.Rheumatol* 2002; 16: 761-775.
6. Ekman M, Jonhagen S, Hunsche E, Jonsson L. Burden of Illness of Chronic Low Back Pain in Sweden A Cross-Sectional, Retrospective Study in Primary Care Setting. *Spine* 2005; 30: 1777-1785.
7. Cole DC, Ibrahim SA, Shannon HS, Scott F, Eyles J. Work correlates of back problems and activity restriction due to musculoskeletal disorders in the Canadian national population health survey (NPHS) 1994-5 data *Occup Environ Med* 2001; 58: 728-734.
8. Stovnera LJ, Zwarta JA, Hagen K, Terwindtd GM, Pascual J. Epidemiology of headache in Europe. *European Journal of Neurology* 2006; 13: 333-345.
9. Badia X, Magaz S, Gutierrez L, Galvan J. The burden of migraine in Spain: costs. *Pharmacoeconomics*. 2004; 22: 591-603.
10. Flor H, Fydrich T, Turk DC. Efficacy of multidisciplinary pain treatment centers: a metaanalytic review. *Pain*. 1992 May; 49(2): 221-30.

CEFALEAS: IMPACTO SOCIOECONÓMICO

Julio Pascual

Jefe de Servicio de Neurología, Hospital Universitario, Salamanca

INTRODUCCIÓN

La cefalea es el padecimiento neurológico más frecuente. Más del 80% de la población afirma haber padecido cefalea el último año y para alrededor de un tercio de la población las cefaleas han sido realmente molestas e invalidantes (1). La cefalea es el motivo neurológico de consulta más frecuente tanto en atención primaria como especializada. Existen más de 150 tipos, bien definidos, de cefalea. La inmensa mayoría (aproximadamente un 95%) de las consultas por cefalea se deben a cefaleas primarias, esto es, sin sustrato etiológico demostrable. El 5% de las consultas por cefalea se deben a cefaleas secundarias y de éstas una minoría se diagnosticarán de cefaleas “serias”, es decir capaces de condicionar secuelas físicas importantes. Dentro de las cefaleas primarias, a su vez, la inmensa mayoría de las consultas están justificadas por la migraña (aproximadamente dos tercios) y por la cefalea tensional (aproximadamente un tercio) (Figura 1). Dado que la migraña es la primera causa de consulta en el terreno de las cefaleas y que es mucho más

invalidante que la cefalea de tensión, nos centraremos en este capítulo en el impacto personal, social y económico de la migraña.

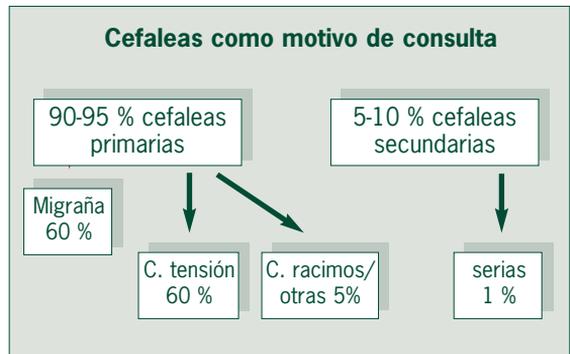


Figura 1. Distribución de las distintas cefaleas como motivo de consulta. La mayoría de las cefaleas son primarias y de éstas casi dos tercios corresponden a migraña.

MIGRAÑA

A. CONCEPTOS GENERALES Y EPIDEMIOLOGÍA

La migraña es una entidad genéticamente determinada. Aunque su herencia es compleja ya que intervendrán en

ella múltiples genes, hoy en día se piensa que la migraña es una “canalopatía”. Con este nombre se conocen aquellas enfermedades secundarias a trastornos en genes que codifican para canales iónicos de membrana. Todas estas enfermedades tiene en común su inicio en la infancia o adolescencia y su mejoría a partir de los 50 años, tener un curso episódico o su predisposición a desencadenarse por estímulos externos que actúan como precipitantes (por ejemplo estrés, determinados alimentos).

La migraña se caracteriza por ataques de dolor de intensidad moderada o grave de entre 4 horas (sin tratamiento) y 3 días de duración, de localización hemicraneal, acompañado de intolerancia a luz, ruidos y ejercicio (el paciente se mete en la cama inmóvil y con la luz apagada), náuseas y ocasionalmente vómitos. Estos síntomas asociados al dolor son muchas veces tan incapacitantes como el dolor en sí mismo. Aproximadamente un 15% de los pacientes con migraña experimentan inmediatamente antes del dolor aura (“migraña con aura”) consistente en sintomatología neurológica del tipo de hemianopsia/fotopsias o adormecimiento hemicorporal de hasta una hora de duración.

Esta cefalea es más frecuente en mujeres que en varones (3/1) y su época de mayor actividad (entre los 20 y los 50 años) coincide con el período más productivo de la vida. Si tenemos en cuenta que la frecuencia media de las crisis de migraña es de 2 al mes, un sencillo cálculo nos indica que una paciente migrañosa tipo de 40 años cuya migraña haya comenzado a los 20 años habrá estado

más de 400 días en reposo debido a la migraña. Afortunadamente existen pocas enfermedades que condicionen ese grado de incapacidad en una mujer de tan sólo 40 años de edad.

En los países occidentales, y tras la publicación de los criterios diagnósticos de la Internacional Headache Society, se han realizado múltiples estudios de prevalencia de migraña^{1,2}. En la mayoría de ellos se han obtenido cifras uniformes. En nuestro país se llevó a cabo un estudio epidemiológico en 1992 en el que se analizó una muestra de 2481 personas, de edades entre 16 y 65 años, distribuidas a lo largo del país al objeto de que tuviera representatividad por comunidad autónoma. Se obtuvieron unas cifras de prevalencia de 7% para los varones y del 16% para las mujeres³. No existieron diferencias entre las diferentes comunidades autónomas, ni entre hábitat rural y urbano. Estas cifras indican que en España existen más de 4 millones de personas que padecen migraña (tres de ellos mujeres), lo que reafirma la extraordinaria importancia de esta entidad desde el punto de vista epidemiológico. Una crítica que puede realizarse es que muchos de estos pacientes no llegan a estar realmente interferidos por la migraña al sufrir crisis muy poco frecuentes. Sin embargo, hoy en día sabemos que la prevalencia de los pacientes con migraña crónica, esto es que tienen más de 15 días de dolor al mes, en nuestro medio y en todos los países occidentales supera el 2% de la población general y llega a una prevalencia del 5% en mujeres⁴. Es innegable que sufrir más de 15 días de dolor al mes conlleva un importante impacto en la calidad de vida

de los individuos que sufren migraña crónica.

B. IMPACTO DE LA MIGRAÑA

El método clásico de la epidemiología para determinar las consecuencias de una enfermedad es medir la morbimortalidad. Existen, sin embargo, una serie de enfermedades que no producen incremento de la mortalidad ni secuelas físicas en la mayoría de los casos y que, a pesar de ello, conllevan un importante menoscabo en la salud del paciente que las sufre en función de su recurrencia. En este grupo se encuentran las cefaleas primarias y en concreto la migraña. Las crisis de dolor migrañoso producen una importante limitación en la actividad del sujeto que las sufre obligando a reducirla en más del 50% de las ocasiones y precisando reposo en cama hasta en el 20-30% de los casos. También interfieren en las relaciones familiares y en el ocio e incluso podrían determinar limitaciones en la educación o en el desarrollo profesional. La migraña tiene una gran variabilidad interindividual con diferencias significativas entre quienes la sufren, por ello es importante utilizar otro tipo de medidas del impacto que condiciona más allá que las cifras de prevalencia¹. Estas medidas serán revisadas en los siguientes capítulos e incluyen el impacto económico y la repercusión en la calidad de vida de quien la padece.

C. REPERCUSIÓN ECONÓMICA

La migraña no solamente supone una carga en el sufrimiento humano, sino que además origina un coste económico

a la sociedad derivado de los cuidados médicos y de la falta de productividad. Al analizar el impacto económico de la migraña, hay que tener en cuenta que los costes directos serán bajos, por debajo del 25%, siendo la pérdida de productividad su mayor determinante. Al analizar la pérdida de productividad por absentismo hemos de considerar dos partes. La primera no plantea problemas de valoración, ya que es la media de días en que el paciente no asiste al trabajo por cefalea. Para calcular el número total de días perdidos hemos de añadir a esta cifra la pérdida de rendimiento en los días que el paciente asiste al trabajo con migraña, en función de las horas que dura y de la disminución de su capacidad de trabajo provocada por el dolor. El porcentaje de rendimiento de la migraña se calcula que estaría en torno al 60%.

Los estudios más extensos de EEUU y Reino Unido han encontrado en los varones una pérdida de 1,5 días por absentismo y de 4,5 por baja eficacia en los días que asistían al trabajo con cefalea. Para las mujeres, las cifras fueron de 2,1 y de 4,6, con una media de 5,6 días perdidos en el último año para los varones y de 6,7 para las mujeres¹. En España se llevó en la década de los 90 a cabo un importante estudio en el ámbito laboral, entrevistando un total de 7.621 trabajadores de empresa de diferentes sectores productivos representativos de la economía española encontrando una cifra de absentismo laboral baja de 0,8 días al año para varones y de 1,1 para mujeres (0,9 de media) y una cifra total de pérdida media de jornadas al año de 7,6. A partir de estas cifras y de los salarios medios por categorías profesionales se pudieron

calcular los costes indirectos de la migraña (Tabla 1). En estudio español se calculó que el coste indirecto anual por migrañoso (sólo teniendo en cuenta la demanda de asistencia y no el consumo de fármacos) sería de 5.157 de las antiguas pesetas⁵. Esta cifra es claramente inferior a la estimada para EEUU de más de 800 dólares anuales por paciente y superior a la de 5 libras anuales estimadas en un estudio inglés. Estas cifras tan dispersas son consecuencia de sistemas de salud y de demandas de atención sanitaria diferentes.

Población activa:	11.722.000
Prevalencia migraña:	14,7%
Total de migrañosos:	1.719.617
Jornadas perdidas:	13.100.000
Costes directos:	5.542.500
Costes indirectos:	979.765.060
COSTES TOTALES:	985.185.000

Tabla 1. Costes totales para nuestro medio de la migraña. Tomado de referencia.

D. REPERCUSIÓN EN LA CALIDAD DE VIDA

1. Definición del concepto y posibles aplicaciones

Este aspecto ha sido uno de los más profundamente estudiados en la pasada década en relación con la migraña. En este sentido, la cefalea ha participado de un movimiento general de incorporación pro-

gresiva de las medidas de calidad de vida a la práctica clínica y de investigación.

El primer problema que se plantea al evaluar la calidad de vida es su definición. Según Walker y Rosser la calidad de vida es un concepto que comprende un amplio abanico de características físicas y psicológicas y limitaciones, y que describen la habilidad individual para funcionar y de las que se deriva la satisfacción por hacerlo. Éste es un concepto global de calidad de vida, mientras que la calidad de vida relacionada con la salud vendría determinada por aquellos aspectos de nuestras vidas que están dominados o influidos de modo significativo por la salud personal¹.

Los estudios de calidad de vida en los pacientes con cefalea pueden ser de utilidad desde diferentes perspectivas. En primer lugar, constituyen un método útil para valorar la repercusión que tiene la enfermedad en la vida cotidiana de quien la padece. Por otra parte, pueden ser utilizados como medida de resultados en los ensayos clínicos o de la práctica clínica habitual. Además, pueden ser empleados para identificar tratamientos que optimizan los resultados, y permitir incluso priorizar entre diferentes tratamientos. Finalmente los instrumentos generales permiten establecer comparaciones entre la carga que suponen diferentes enfermedades y ésta podría ser una medida útil en la asignación de recursos. La utilización de instrumentos de evaluación de calidad de vida en los pacientes con migraña ha seguido una progresión a lo largo de estos años pasando de ser discriminativa a evaluativo y en la actualidad intenta utilizarse

como predictiva. Inicialmente se han utilizado para comparar los pacientes con cefalea con la población general y con afectados por otras enfermedades crónicas. Posteriormente se han aplicado para evaluar los efectos del tratamiento y en la actualización se emplean de forma rutinaria como posibles predictores de respuesta al tratamiento.

2. Instrumentos de evaluación

Los instrumentos que evalúan la calidad de vida deben tener en cuenta una serie de parámetros como son movilidad física, ausencia de dolor, capacidad de autonomía y de realizar actividades sociales y estado psicológico y de bienestar. Los diferentes aspectos que miden la calidad de vida se agrupan en dominios, que son diferentes áreas que son influidas por las experiencias, expectativas, percepciones y sentimientos personales. A las respuestas se les da una puntuación numérica, con lo que pueden establecerse combinaciones de los diferentes dominios. En la evaluación de la calidad de vida de los pacientes con cefalea se ha utilizado dos tipos fundamentales de instrumentos, los genéricos y los específicos. Los primeros utilizan escalas que valoran la calidad de vida respecto a un número de actividades fundamentales dentro de los dominios físico, social, psicológico y conductual. Los instrumentos específicos reflejan mejor las limitaciones y restricciones específicas de una determinada enfermedad y probablemente son más sensibles para valorar el efecto del tratamiento en los estudios longitudinales, para comparar diferentes tratamientos en una determinada enferme-

dad o para evaluar variaciones en las percepciones de calidad de vida en el curso de la misma¹.

3. Valoración de calidad de vida

Existen muchos cuestionarios generales diseñados para medir la repercusión general de la salud, tales como el Minor Symptoms Evaluation Profile (MSEP), el Subjective Symptoms Assessment Profile (SSAP), el Nottingham Profile Health (NPH), el Sickness Impact Profile (SIP), el General Well-Being Index (GWBI), el Euro Quality of Life (EuroQol). El Medical Outcomes Study Short Form (MOS) SF-36, el MOS SF-20 o las COOP/WONCA charts. Todos se han empleado en diversos estudios que intentaban evaluar la calidad de vida en pacientes con diferentes formas de cefaleas primarias¹.

Sin duda, el instrumento más ampliamente utilizado en los pacientes con migraña ha sido el SF-36. Este es un cuestionario que se diseñó en 1989 para valorar el pronóstico de pacientes sometidos a diferentes sistemas de cuidados y que ha sido aplicado a diferentes enfermedades crónicas como la hipertensión arterial, la diabetes o la angina de pecho y ha sido perfectamente validado. Cuenta además con una adaptación para su uso en España. Comprende 36 ítems que se distribuyen en 3 apartados: estado funcional (función física-10 ítems, limitaciones por problemas físicos-4 ítems, actividad emocional-3 ítems, y actividad social-2 ítems), bienestar (salud mental-5 ítems, vitalidad-4 ítems y dolor corporal-2 ítems) y salud global

(percepciones de salud-6 ítems). En general valora la capacidad del individuo para realizar actividades físicas, limitación en las actividades de la vida diaria, asociación de trastornos emocionales, limitación en sus actividades sociales, estado general de humor, cansancio o presencia de dolor y una serie de ítems sobre el estado general de salud. Existen versiones abreviadas de 12 y 20 ítems (SF-12 y SF-20), que han sido utilizadas en algunos estudios.

Comentaremos los datos procedentes de estudios llevados a cabo en nues-

tro medio con el SF-36 en pacientes migrañosos. Por iniciativa del Grupo de Estudio de Cefaleas de la Sociedad Española de Neurología, en 1997, realizamos un estudio multicéntrico para determinar la calidad de vida de los migrañosos remitidos a nuestras consultas desde los profesionales de atención primaria. El estudio se llevó a cabo en 7 hospitales españoles con consultas de cefaleas y en el mismo se incluyeron 305 pacientes migrañosos que se compararon con un grupo de 105 pacientes sanos y sin cefalea y con 108 pacientes diabéticos, aparejados por edad y sexo⁶.

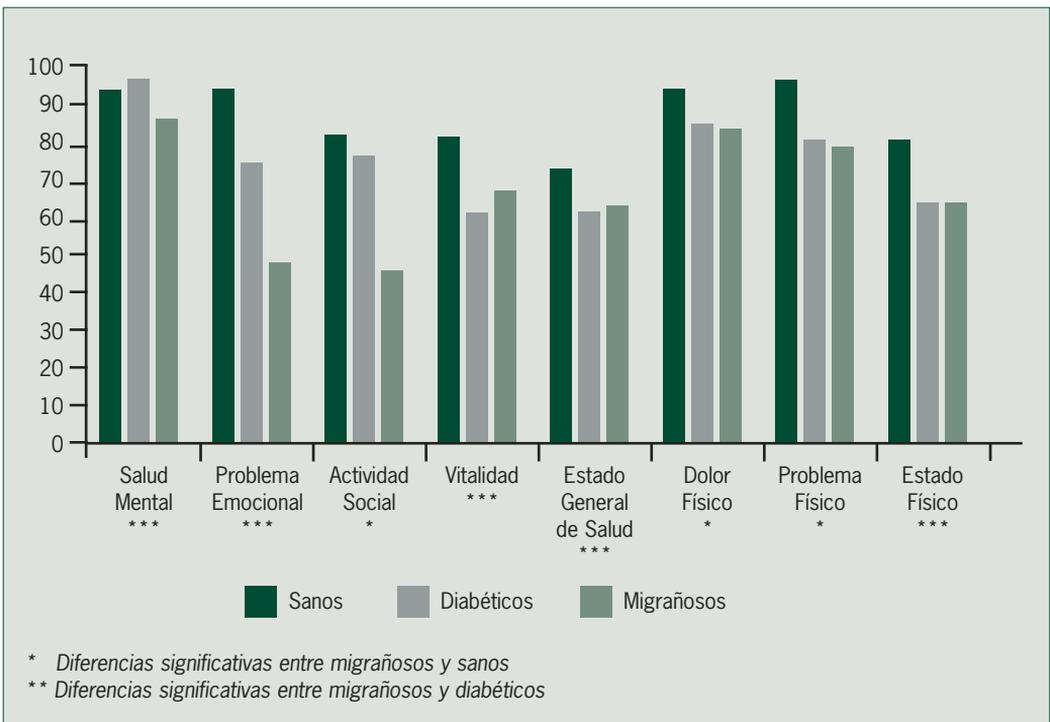


Figura 2. Calidad de vida, medida con el SF-36, en pacientes migrañosos vs. controles sanos y pacientes diabéticos de la misma edad y sexo. Nótese la disminución en la calidad de vida de los pacientes migrañosos en relación con los controles y en algunos ítems en relación con los pacientes diabéticos. Modificado de referencia 7.

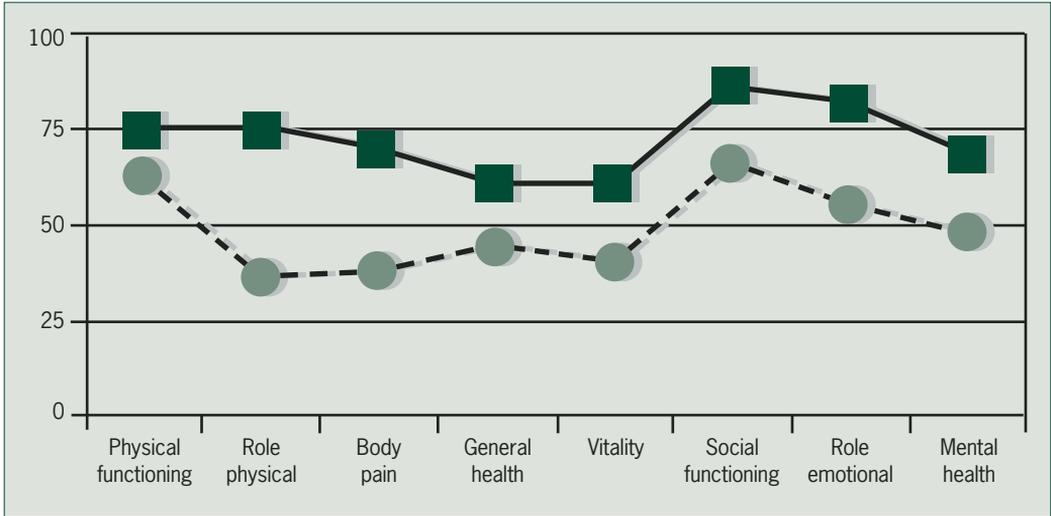


Figura 3. Calidad de vida de pacientes con migraña crónica de la población general vs controles sanos. De nuevo se observa una evidente disminución en la calidad de vida en los pacientes con migraña crónica. Modificado de referencia 8.

A todos los pacientes y controles se les pasó un cuestionario general de salud para descartar otras enfermedades crónicas, el SF-36 y el test de Hamilton y al grupo de migrañosos también un test de calidad de vida específico para migraña, el MSQoL. Tanto los pacientes diabéticos como los migrañosos obtuvieron peores puntuaciones que los sanos en todos los dominios mediados por el cuestionario (Figura 2). Al comparar ambos grupos de pacientes vemos cómo los migrañosos ven reducida de un modo significativo su calidad de vida respecto a los diabéticos en aspectos tan importantes como las limitaciones por problemas físicos, el dolor corporal y la función social.

Únicamente se registra una respuesta peor en los diabéticos acerca del esta-

do general de salud. No existieron diferencias entre ambos grupos en cuanto a actividad física, vitalidad, limitaciones de la actividad por problemas emocionales y salud mental en general⁷. Nuestros datos coinciden con los publicados con estas herramientas por otros autores. En síntesis, los pacientes migrañosos tienen reducida la calidad de vida, sobre todo en los dominios limitaciones por problemas físicos, el dolor corporal y, como era de esperar, la función social.

En otro estudio llevado a cabo por nuestro grupo de trabajo analizamos la calidad de vida en un grupo de pacientes (tomados de la población general) con migraña crónica en comparación de un grupo control. La calidad de vida en estos pacientes fue significativamente inferior que la del grupo control, sobre

DISCAPACIDAD						
Menos discapacitante			Más discapacitante			
1	2	3	4	5	6	7
Vitiligo of face	Diarrea severa	Artritis reumatoide	Amputación por debajo de la rodilla	Fístula recto-vaginal	Depresión unipolar mayor	Migraña severa
Sobrepeso <2 DSs	Anemia severa	Angina	Sordera	Retraso mental suave	Ceguera	Psicosis activa
		Infertilidad			Paraplejía	Demencia
						Quadriplejía

Figura 4. Ejemplos de discapacidad para la vida diaria según la OMS. La migraña severa se sitúa dentro del grupo de las patologías más discapacitantes. Modificado de referencia 9.

todo en los ítems función física, dolor corporal y función social (Figura 3)⁸.

CONCLUSIONES

La migraña constituye una de las enfermedades médicas más frecuentes y la primera causa en frecuencia de consulta neurológica: cerca del 15% de la población cumple criterios de migraña (un 2% cumple criterios de migraña crónica) y un cuarto de las consultas neurológicas son debidas a cefalea y de éstas casi dos tercios se deben a la migraña. Su impacto socio-económico es relevante (más de 1000 millones de euros al año en nuestro país, prácticamente todo él en términos de costes indirectos. La migraña disminuye sensiblemente la calidad de vida de las personas que la padecen, ocasionando un impacto superior al de otras enfermedades crónicas como la diabetes.

Por todo ello, la Organización Mundial de la Salud ha colocado a la migraña entre las enfermedades más incapacitantes para la vida diaria (Figura 4)⁹.

BIBLIOGRAFÍA

1. Láinez JM. Epidemiología e impacto socioeconómico. En: Pascual J, ed. Migraña. Barcelona, Masson 2001: 1-24.
2. Stovner LJ, Zwart JA, Hagen K, Terwindt GM, Pascual J. Epidemiology of headache in Europe. *Eur J Neurol* 2006; 13: 333-345.
3. Láinez, Vioque J, Hernández Y, et al. Prevalence of migraine in Spain. An assessment of the questionnaire's validity by clini-

cal interview. En; Olesen J, ed. Headache classification and epidemiology. New York, Raven Press Ltd 1994: 221-225.

4. Castillo J, Muñoz P, Guitera V, Pascual J. Epidemiology of chronic daily headache in the general population. *Headache* 1999; 39: 190-196.

5. Láinez JM. Prevalencia de la migraña en el medio laboral y su repercusión económica. *Rev Esp Med Trab* 1995; (Supl. 1): 3-9.

6. Leira R, Láinez JM, Pascual J, et al. Perfil del paciente con migraña que acude a consultas de neurología en España. *Neurología* 1998; 13: 287-291.

7. Láinez JM, Leira J, Pascual J, Díez-Tejedor E, Morales F, Titus F, Alberca R. Quality of life and migraine: a multicentre Spanish study. En: Olesen J, Steiner TJ, Lipton RB (eds). Reducing the burden of headache (*Frontiers of Headache Research*, vol 11). Oxford University Press, Oxford 2003: 148-152.

8. Colás R, Muñoz P, Temprano R, Gómez C, Pascual J. Chronic daily headache with analgesic overuse. *Neurology* 2004; 62: 1338-1342.

9. Menken M, Munsat TL, Toole JF. The global burden of disease study: implications for neurology. *Arch Neurol* 2000; 57: 418-420.

CONCLUSIONES

- La VI Reunión de Expertos celebrada para tratar el tema de “Aspectos socioeconómicos del Dolor”, ha constituido una acertada apuesta y un punto de partida inmejorable para sentar las bases que hagan posible iniciar un procedimiento que lleve a buen término la incorporación de nuestras propuestas a la cartera de servicios del tratamiento del dolor. Sin duda, las transferencias de competencias sanitarias a las distintas Comunidades Autónomas, con un ritmo distinto de progresión en este campo obligará a que tengan que actuar los órganos de coordinación que en el ámbito estatal están responsabilizados de ello, sin que tal circunstancia deba de influir de forma negativa en el decidido propósito de avanzar en el campo del tratamiento del dolor, ya que de lo contrario, se podría producir un desfase que repercutiría en el sentido del deterioro a la atención al paciente, con el efecto inmediato de no alcanzar las cotas de eficacia a que la ley obliga.

- Es necesario evaluar la efectividad de las intervenciones sanitarias dirigidas a disminuir el dolor crónico. El uso de medidas de evaluación del dolor debería ser generalizado, sólo así se puede conocer el grado de control de los pacientes. Así, la investigación de resultados en salud emplea toda una serie de herramientas que pueden ayudar a conocer y evaluar los aspectos del dolor crónico relacionados con la efectividad clínica, el paciente y la economía.

- Para que el abordaje del proceso doloroso fuera correcto, sería relevante que éste fuera multidisciplinario. Lo más importante no es recortar el gasto, sino tomar medidas para mejorar los procesos sanitarios. Es prioritaria la formación de profesionales sanitarios en el abordaje, evaluación y tratamiento del dolor. Y es necesaria la existencia de Protocolos y guías de práctica clínica y la educación sanitaria de pacientes y familiares, coordinación asistencial, unidades de primer nivel y de tratamiento

del dolor y rehabilitación precoz. Igual de relevante que la planificación: programas de salud.

- Ninguna disciplina por si sola posee todas las habilidades y conocimientos necesarios para abordar el dolor crónico en su conjunto. El equipo multidisciplinar que actúa con el enfoque biopsicosocial es algo más que un conjunto de especialistas que trabajan de manera independiente, es la integración y coordinación de disciplinas distintas hacia objetivos comunes. Las estrategias terapéuticas de los equipos multidisciplinarios han demostrado ser más eficaces y más del 50% de los pacientes atendidos pueden reincorporarse al mundo laboral. En España existen poquísimos centros multidisciplinarios y es por ello que la Sociedad Española del Dolor no regatea esfuerzos para concienciar a las autoridades sanitarias de la importancia de este enfoque terapéutico.

- La comprensión científica del dolor va evolucionando rápidamente. Se pensaba que su presencia implicaba únicamente la existencia de un daño físico, sin embargo, actualmente la ciencia nos ha llevado a descubrir la importancia que tienen las consecuencias de la vivencia del dolor, generando importantes reacciones emocionales que pueden potenciar el sufrimiento que lleva asociado. La mayor gravedad de la depresión o del dolor determina una mayor asociación entre ambas condiciones y es necesario evaluar la correlación para conseguir el alivio del dolor.

- Para lograr un equilibrio entre los beneficios para la salud y los costos asociados al dolor, es necesario someter las nuevas tecnologías a una rigurosa evaluación económica y clínica antes de su adaptación y difusión dentro de los sistemas de salud.

Se tendría que implicar al médico general en los temas de farmacoeconomía para que se conviertan en un hábito diario, al considerar los costes de las diferentes alternativas terapéuticas para mejorar la eficiencia clínica, ofreciendo lo mejor para el paciente al precio que la sociedad pueda soportar.

- Las enfermedades reumáticas, también denominadas enfermedades musculoesqueléticas (ME) o enfermedades del aparato locomotor, presentan una alta incidencia y prevalencia en la población general. Hace 8 años se puso en marcha el Programa IT-ME en las Áreas 7, 4 y 9 de la CM. Dicho Programa, cofinanciado por el FIS y el INSALUD, planteaba analizar los costes y las consecuencias de una intervención asistencial integrada en el Sistema de Salud de carácter específico a pacientes con IT-ME de reciente comienzo, en comparación con el sistema actual de asistencia. Este programa ha logrado modificar el círculo vicioso del dolor y la discapacidad de origen musculoesquelético.

- Es evidente que se ha avanzado mucho en el conocimiento del dolor agudo y crónico pero quedan retos por resolver. En la medida que se defina

bien un diagnóstico se puede clasificar, protocolizar su tratamiento y evaluar los resultados, es decir comparar. Esta es la parte de la patología dolorosa con más indefinición y con gran repercusión en los gastos sanitarios.

- Por otra parte el dolor es un síntoma de alta prevalencia en las personas de edad avanzada, estimándose que hasta un 60% de las mismas lo padecen de forma crónica en sus diversos grados. El número absoluto de pacientes con dolor ha aumentado de forma muy notoria, debido al progresivo envejecimiento de la población. El consumo de recursos abarca toda la oferta sanitaria, con mayores requerimientos en atención primaria, ocupación de camas sanitarias y elevado consumo de fármacos.

- También el dolor es una de las complicaciones más frecuentes dentro del postoperatorio de CMA, con importantes consecuencias socio-económicas. De las diversas alternativas terapéuticas,

debemos seleccionar aquellas que sean fáciles de realizar, efectivas y con escasos efectos secundarios. El control adecuado del dolor postoperatorio es una de las claves del éxito de la CMA y del grado de satisfacción del paciente.

- La alta prevalencia del dolor crónico tanto en la población europea como en nuestro país (24%), genera un aumento de los costes sanitarios (costes directos) y de costes sociales, laborales e intangibles que generan la mayor parte del gasto. El dolor crónico genera un gasto que asciende a 19.131 millones de euros anuales en España.

- Dentro del dolor, la cefalea es el padecimiento neurológico más frecuente, y de las cefaleas, la migraña constituye una de las enfermedades médicas más incapacitantes para la vida diaria. Su impacto socio-económico es relevante, más de 1.000 millones de euros al año en España, prácticamente todo en términos de costes indirectos.

