

Situación actual del tratamiento del dolor crónico en España

El dolor, desde el punto de vista social, ha alcanzado una alta relevancia determinada fundamentalmente por ser una entidad con una alta prevalencia, que implica importantes repercusiones económicas, laborales y administrativas. Sin embargo, el tratamiento especializado del dolor sigue sin ser un objetivo prioritario, como forma real de aumentar la calidad de vida de los ciudadanos.

El tratamiento del dolor, tanto agudo como crónico, supone hoy en día una partida importante del gasto global de cualquier país; no sólo por el consumo de recursos para su control, sino por las consecuencias de su infratratamiento y la significativa repercusión en forma de bajas laborales, jubilaciones, pensiones anticipadas e invalideces. Algunos estados miembros de la Unión Europea han empezado a reconocer este hecho incluyendo el dolor entre sus prioridades políticas para que sus ciudadanos reciban la calidad de tratamiento adecuada.

Según las estimaciones del *Research American Alliance* un 60% de americanos se ven afectados cada año¹. La *American Pain Society* ha estimado que el coste acumulado de la asistencia sanitaria, la discapacidad y la pérdida de productividad asociada al dolor en este país asciende a más de 90.000 millones de dólares anuales, atribuyéndose al dolor casi la cuarta parte de los días de trabajo perdidos.

Uno de los estudios más importantes realizados para determinar la prevalencia del dolor crónico ha sido la revisión sistemática de Ospina M y cols² que analizaron 32 publicaciones, del periodo 1991-2002, de las cuales seleccionaron 13 para su evaluación. Entre sus resultados destaca un rango de prevalencia estimada del 10,1% al 55,2%, con mayor incidencia en las mujeres y un uso sistemático de los recursos del sistema de salud. En ese estudio fue incluido el trabajo de Catalá E y cols³, que estimaba una prevalencia de dolor crónico en la población española, según los criterios de *International Association for the Study of Pain* (IASP), del 23,4%. Según un estudio sobre el dolor en la práctica diaria del médico de Atención Primaria, realizado por el Gabinete de Estudios Sociológicos Bernard Krief⁴, más de la mitad de la población (54,9%) ha padecido algún tipo de dolor en un periodo de dos meses. Cabe destacar que el 60,5% de las personas con dolor sufren dolor crónico, es decir, de más de 90 días de evolución, siendo diferentes enfermedades crónicas de alta prevalencia en España las que cursan con frecuencia con dolor. No olvidemos

que sólo las enfermedades reumáticas afectan a un 23% de la población (siete millones de españoles), causando el 50% de las incapacidades laborales de nuestro país⁵ y la fibromialgia esta minando la calidad de vida de más de 700.000 personas, mayoritariamente mujeres, con una prevalencia del 4,2 frente al 0,2% en hombres.

Con el objetivo de conocer la prevalencia del dolor, sus características y su variación en función de los distintos servicios, y el abordaje terapéutico realizado, en este número Bolívar I y cols⁶, publican un estudio de diseño transversal sobre la presencia de dolor en los pacientes ingresados del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau de la ciudad de Barcelona en un día del mes de octubre de 2001. Los autores detectaron una prevalencia del 54,7% de pacientes que en las últimas 24 horas habían sentido dolor, con una distribución de 44,1% de pacientes con dolor agudo y 9% con dolor crónico. El porcentaje de pacientes con puntuación en la escala visual analógica (EVA) superior a 3 (intensidad moderada o intensa) fue del 34,7%, de los cuales, los pacientes con prescripción de analgesia fueron el 89,2%, que resultó inadecuada en el 32,9%. Los resultados de este estudio, aparte de otras consideraciones realizadas por los autores en su texto, nos dan una imagen de la precariedad en la que todavía nos encontramos en este área asistencial.

El tratamiento especializado del dolor ha tenido un importante desarrollo en la última década, pero desafortunadamente ha sido más gracias a impulsos de profesionales a nivel individual que, en muchos casos, con un enorme costo y esfuerzo personal han abandonado esta iniciativa sin contar en muchos casos con ningún tipo de apoyo institucional. Así mismo prácticamente no ha existido ningún tipo de control por parte de organizaciones gubernamentales o instituciones similares que plantearan las condiciones básicas para su creación, cartera de servicios y mapa de distribución geográfica con el fin de atender las necesidades de los usuarios. En EE.UU., desde el año 1983 siguiendo las indicaciones de la *American Pain Society* y la *Comission on Accreditation of Rehabilitation Facilities*, se establecieron los requerimientos mínimos para la organización de las Unidades de Tratamiento del Dolor. En otros países, tanto organizaciones gubernamentales como los capítulos nacionales de la IASP han definido los requerimientos mínimos en cada caso, siendo en España la Sociedad Española del Dolor (SED), a través de su Comité de Acreditación,

impulsora de una iniciativa para la definición de niveles asistenciales y sus requisitos técnicos en el tratamiento del dolor⁷.

A nivel europeo la Federación de capítulos de la IASP (EFIC) ha desarrollado una ingente labor para el reconocimiento del dolor crónico como enfermedad con el fin de conseguir los mismos recursos presupuestarios de la Unión Europea para el estudio y tratamiento del dolor, como otras enfermedades disponen. Así mismo existe un interés creciente en desarrollar el cuerpo de conocimientos necesarios para la adecuada práctica profesional en el campo del tratamiento del dolor y las vías para su adecuada enseñanza y aprendizaje⁸.

La IASP ha propuesto un "currículum" en el tratamiento del dolor para los estudiantes de medicina y los postgraduados⁹. La inclusión de programas de enseñanza adecuados en las Facultades de Medicina o para postgraduados es una necesidad y una obligación. La formación de los médicos en el tratamiento del dolor es indispensable, sea cual sea su especialidad o ámbito de asistencia¹⁰. En España las Facultades de Medicina son autónomas en el diseño de sus programas, y por ello la enseñanza del tratamiento del dolor no tiene un nivel de presencia en los programas de forma constante ni con el mismo número de horas lectivas. De gran interés es la iniciativa desarrollada en la Facultad de Medicina de Barcelona, por la unidad de Anestesiología, que desarrolla la asignatura optativa de "Dolor en la comunidad y en el Hospital" que, en forma de clases teóricas y seminarios participativos, traslada al estudiante de medicina del 2º ciclo los conocimientos imprescindibles para que valoren los síndromes dolorosos agudos y crónicos, comprendan el trabajo multidisciplinario, orienten el diagnóstico y conozcan los recursos asistenciales del sistema de salud.

En otro contexto, podemos considerar el interés que el tratamiento del dolor tiene en nuestro país en base a la producción científica en esta área de conocimiento. Tomando como referencia los buscadores bibliográficos y sólo mirando las principales revistas científicas, con un mayor Factor de Impacto según publica el *Science Citation Index*, podemos considerar que existe una producción que tal vez incluso excede el nivel de organización de que disponemos. El número de publicaciones en ciencias básicas es mayor que en clínica, y la mayor parte de los trabajos son realizados en laboratorios de investigación experimental (universidades o CSIC) o bien en hospitales españoles, teniendo por objetivo la farmacología y la fisiología.

La incorporación de jóvenes investigadores al sistema de ciencia y tecnología y al sistema sanitario, las unidades de investigación hospitalarias y otros programas, deberían ser la base para una mejora de nuestro impacto científico en un futuro próximo.

La administración sanitaria en las diferentes comunidades autónomas ha emprendido iniciativas de diversa entidad para reforzar el sistema asistencial en el control del dolor, pero con falta de continuidad en su gestión. Así, en Cataluña, ya se incluyó el control del dolor como un objetivo del Plan de Salud desde el año 1996¹¹. Sin embargo, el tratamiento del dolor ha dejado de constar como objetivo en el Plan de Salud 2002-2005¹². En Extremadura, y a iniciativa del Servicio Extremeño de Salud (SES), se ha desarrollado el Programa Regional del Dolor, que pretende que estos tratamientos se apliquen lo más cerca posible del paciente, incidiendo en el papel que el médico de familia tiene en el proceso.

Sin embargo estas iniciativas son ejemplos aislados pues, al día de hoy, al menos de forma conocida, no existe dentro de la cartera de servicios de los programas de salud una definición clara de la prestación asistencial de tratamiento del dolor dentro de los esquemas asistenciales.

El tratamiento del dolor hoy. Papel específico de las unidades de tratamiento del dolor en el sistema sanitario actual

En los últimos 25 años se ha desarrollado el concepto asistencial de las Unidades de Tratamiento del Dolor, que consiste fundamentalmente en un grupo de diferentes especialistas dedicados interdisciplinariamente al estudio, diagnóstico, control y tratamiento de cuadros dolorosos crónicos¹³⁻¹⁵. Se ha estimado que por cada 1,5-2 millones de habitantes sería adecuada la existencia de un centro multidisciplinario para tratamiento del dolor (con actividad asistencial, docente y de investigación). La densidad en los EE.UU. es de 1,28 / millón de habitantes. En otro extremo está Brasil con 0,01 / millón de habitantes. En España la Sociedad Española del Dolor realizó un mapa-directorio de las Unidades de Tratamiento del Dolor, única iniciativa que ha intentado mostrar cuál es el nivel real asistencial del que disponemos en España¹⁶.

A partir de los datos de contacto proporcionados por la Sociedad Española del Dolor, en el año 2001, Martínez Zapata MJ y cols¹⁷, realizaron un estudio que se publica en este número, con el fin de conocer las características de las Unidades de Dolor españolas, así como su actividad asistencial en relación con el abordaje del dolor crónico. Un dato relevante para los anestesiólogos es que al día de hoy, y de acuerdo al resultado de este estudio, la mayoría de las Unidades de Dolor Crónico (UDC) (89,3%) son dependientes del Servicio de Anestesiología. Desafortunadamente, y durante demasiado tiempo, los anestesiólogos dedica-

dos al tratamiento del dolor han sido mirados con un cierto recelo por el resto de compañeros de especialidad, y su labor ha sido considerada como una actividad menor en contraste con otras áreas de actividad profesional desarrolladas en los servicios de Anestesiología. La presión asistencial de las listas de espera quirúrgica, junto con una penuria de profesionales en estos últimos años, ha hecho primar la asignación de los recursos asistenciales para la actividad en el quirófano frente a cualquier otra posible prestación.

El punto de inflexión debe partir del reconocimiento igualitario de todas las áreas de conocimiento que componen nuestra especialidad. Por ello el actual programa de formación de residentes debe destinar el número de horas necesarias para el adecuado aprendizaje de la farmacología y técnicas de tratamiento del dolor agudo durante el segundo año, y del diagnóstico y tratamiento del dolor crónico en el cuarto año.

Además, los anestesiólogos debemos entender que, para realizar una actuación efectiva y eficiente para un gran número de pacientes, el tratamiento especializado del dolor crónico hoy en día exige un trabajo multidisciplinar/interdisciplinar¹⁵. Es en el manejo del dolor crónico complejo debido a patología benigna donde los equipos multidisciplinarios son esenciales. La búsqueda de soluciones tecnológicas a estos problemas, sin considerar otros aspectos terapéuticos, sólo redundará en conducir al paciente a más dolor, sufrimiento y gastos. Para pacientes complejos, una valoración y un manejo multidisciplinar son generalmente la mejor elección¹⁸. Una unidad multidisciplinar de tratamiento del dolor debe contar en su plantilla con profesionales sanitarios capaces de abordar los aspectos físicos, psicosociales, médicos y laborales del dolor crónico. El equipo debe estar integrado por médicos, enfermeras, psicólogos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, asistentes sociales y cualquier otro tipo de profesional sanitario que pueda contribuir al diagnóstico y tratamiento de los pacientes.

El anestesiólogo sigue estando en una posición de privilegio para liderar el proceso, siendo responsabilidad de los servicios y obviamente de sus responsables, el reconocimiento del tratamiento del dolor como una parte fundamental de nuestra especialidad cuyo desarrollo debe ser realizado inevitablemente en un contexto multidisciplinar. Existe un interés creciente en muchas especialidades médicas como la reumatología, neurología, neurocirugía, oncología, etc., en poder desarrollar programas específicos para la asistencia de los pacientes afectados de patologías dolorosas crónicas en el contexto de sus áreas de conocimiento. Desde la Anestesiología se debe vertebrar un proceso integrador que permita la aplicación de nuestros conocimientos en este campo. Actitudes unidisciplina-

res, en este momento nos pueden relegar en breve a meros espectadores de un proceso dinámicamente creciente y en desarrollo, o simplemente a un papel terapéutico limitado a la aplicación de técnicas invasivas según prescripción de otros especialistas. Por ello, es absolutamente necesario que desde las sociedades científicas en las que los anestesiólogos nos encontramos integrados ya sea unidisciplinariamente (SEDAR) como multidisciplinariamente (SED), exista una total colaboración y se desarrolle un esfuerzo común y una política de sinergia para presentar de forma consistente nuestro papel en el tratamiento del dolor en el sistema sanitario actual y en cualquier política de futuro.

Finalmente es importante asumir desde los servicios de anestesiología los objetivos generales de las unidades de tratamiento del dolor, con el matiz de las condiciones particulares de cada institución sanitaria, pero que en esencia podemos agrupar de la siguiente manera:

- Llevar a cabo un esfuerzo coordinado para revisar y actualizar el estado actual de la investigación, enseñanza y tratamiento del dolor.
- Evaluar, tratar, guiar y rehabilitar enfermos con dolor crónico.
- Evaluar y tratar aquellas situaciones de dolor agudo y subagudo (tal como neuralgia postherpética, dolor visceral, dolor postoperatorio, etc.) que no respondan a las modalidades terapéuticas aplicadas por otros profesionales.
- Funcionar como centro de información a otros médicos sobre métodos de tratamiento, bien por escrito o telefónicamente.
- Evaluar los datos recogidos de otras unidades o clínicas sobre la eficacia de los diferentes métodos para aliviar el dolor intratable.
- Evaluar los métodos de tratamiento actualmente en uso para los distintos tipos de dolor crónico.
- Enseñar a médicos y pregraduados, así como a profesionales de la sanidad, los distintos aspectos de esta modalidad terapéutica.
- Organizar y llevar a cabo cursos para posgraduados sobre el dolor y su tratamiento.
- Realizar estudios interdisciplinarios sobre el dolor, así como desarrollar programas de investigación básica.
- Desarrollar un programa de información pública sobre las diferentes alternativas de control en casos de dolor crónico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Research America. An alliance for the discoveries in Health. http://www.researchamerica.org/polldata/Pain_poll_report.pdf . Consultado Febrero 2005.

2. Ospina M, Harstall C. Prevalence of Chronic pain an Overview. Alberta Heritage Foundation for Medical Research, Health Technology Assessment. Edmonton, AB. 2002; Report N° 28.
3. Catala E, Reig E, Artes M, Aliaga L, Lopez JS, Segu JL. Prevalence of pain in the Spanish population: telephone survey in 5000 homes. *Eur J Pain* 2002;6(2):133-40.
4. Ruiz de Villalobos C. El dolor en la práctica diaria del médico de atención primaria. *Noticias médicas* 1999;3722:34-35.
5. Carmona L, Gabriel R, Ballina J, Laffon A y Grupo de Estudio EPISER. Proyecto EPISER 2000: prevalencia de enfermedades reumáticas en la población española. *Rev Esp Reumatol* 2001;28:18-25.
6. Bolivar I, Catala E, Cadenas R. El dolor en el hospital: de los estándares de prevalencia a los de calidad. *Rev Esp Anestesiol Reanim* 2005;52(3):131-140.
7. Bases de la S.E.D para la acreditación de las Unidades de Tratamiento del Dolor. http://sedolor.es/00_php/IE/sedolor.php?id=00002&cat=6&sec=2. Consultado Febrero 2005.
8. <http://www.efic.org/>. Consultado Febrero 2005.
9. Task Force on Professional Education. Core Curriculum for Professional Education in Pain. Seattle: IASP Pub 1993.
10. Baños JE, Bosch F. Conceptos generales en algología. En: Aliaga L, Baños JE, et al. (ed). *Tratamiento del Dolor. Teoría y Práctica*. Barcelona: Editorial MCR 1995:1-25.
11. Generalitat de Catalunya, Departamento de Sanidad y Seguridad Social. Plan de Salud de Cataluña 1996-1998. Barcelona 1997.
12. Generalitat de Catalunya, Departamento de Sanidad y Seguridad Social. Evaluación de los objetivos de salud y de disminución de riesgos para el año 2000. Plan de Salud de Cataluña 2002-2005. <http://www.gencat.net/sanitat/depsan/units/sanitat/pdf/02013038.pdf>. Consultado Febrero 2005.
13. VanDasselaar NT, Boersma FP, DeLange JJ. Multidisciplinary pain facilities in the Netherlands: a model. *The Pain Clinic* 1995;8:211-218.
14. Bonica JJ. Multidisciplinary / Interdisciplinary Pain Programs. In: Bonica JJ, editor: *The Management of Pain*, ed 2. Philadelphia, 1990, Lea & Febiger. pag 197-208.
15. Flor H, Fydrich T, Turk DC. Efficacy of multidisciplinary pain treatment centers: a meta-analytic review. *Pain* 1992;49:221-230.
16. Directorio de Unidades. Sociedad Española del Dolor. 2003. http://www.sedolor.es/00_php/IE/sedolor.php?id=00000&cat=9&sec=2. Consultado Febrero 2005.
17. Martínez Zapata MJ, Català E, Rigola M. Análisis descriptivo en el año 2001, de las unidades de tratamiento del dolor crónico en España. *Rev Esp Anestesiol Reanim* 2005;52(3):141-148.
18. Loeser JD. Enfoque del dolor: Tratamiento superespecializado o tratamiento multidisciplinar. *Rev Soc Esp Dolor* 1995;2:309-31.

J. De Andrés Ibáñez

Servicio de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor.
Consorcio Hospital General Universitario de Valencia