

E

l dolor:

un asunto tan serio para el médico como para el paciente

Hay enfermedades con las que hay que aprender a vivir. Por ejemplo, la artrosis y la artritis. No se curan y duelen. Producen un dolor tan persistente que más que un síntoma es otra enfermedad en sí mismo. Sin embargo, cuando el dolor es benigno los médicos son cautos y no emplean todas las armas para paliar el sufrimiento. Más de la mitad de las personas que sufren dolor crónico no está contenta con su medicación. El sufrimiento es de ellos pero supone un gasto de más de 3.000 millones de euros cada año a las arcas de la Sanidad pública.

Karelia Vázquez

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 casi desde el surgimiento de esta ciencia. Sin embargo, a pesar de los avances médicos conseguidos, el debate sobre el tratamiento del dolor no está resuelto y los expertos no se ponen de acuerdo en si el dolor crónico es un síntoma o una enfermedad en sí mismo.

Según el estudio "Pain in Europe", la encuesta más amplia sobre dolor crónico realizada en Europa, el 11% de la población española sufre por esta causa. De este grupo, el 10% define ese

dolor como "agónico". Estas cifras fueron las más bajas de todos los países europeos en los que la media de la prevalencia se sitúa en un 19%. La Sociedad Española del Dolor otorga "una doble interpretación" a este dato. Por una parte, la experiencia de los médicos dice que la prevalencia es mayor, entre el 25 y el 40% de la población, y que esta misma negación del dolor por buena parte de los encuestados en "Pain in Europe" refleja una de las características de la vivencia del dolor en España. "Aquí no existe el mismo concepto del dolor que en los países anglosajones porque la cultura y el sentimiento religioso hacen que el dolor se acepte como parte de la enfermedad y el sufrimien-

to”, explica el doctor Manuel Rodríguez, presidente de la Sociedad Española del Dolor y jefe clínico de la Unidad del Dolor del Hospital Carlos Haya de Málaga.

Según “Pain in Europe”, los españoles también sufren dolor durante más tiempo, unos nueve años, frente a la media europea que es de siete. Al mismo tiempo, España es el país con una mayor prevalencia de depresión por dolor crónico, unas cifras que pueden esconder un manejo inadecuado del dolor.

El dolor es caro

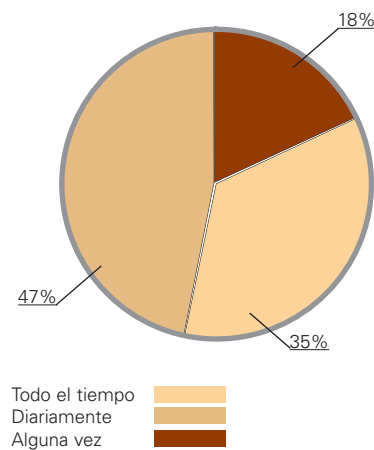
La negación de la evidencia no oculta el coste económico que cada año produce el dolor crónico. Por ejemplo, las enfermedades reumáticas suponen una pérdida anual de 3.600 millones de euros. El coste por paciente alcanza la cantidad de 10.700 euros al año, que se dividen entre los gastos médicos, las pérdidas de la productividad y las pensiones por incapacidad temporal o por invalidez permanente, según los cálculos de la Sociedad Española de Reumatología. Fuera de esta partida se encuentran los llamados “costes intangibles” derivados de la disminución de la calidad de vida de los pacientes.

Para Fernando Villasante, del grupo de Reumatología de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (SemFYC), las patologías de causa reumatológica, como la artrosis o la fibromialgia, son las que producen una mayor sobrecarga en las consultas de Atención Primaria. La encuesta “Pain in Europe” también apunta a la artritis y la artrosis como las causas más frecuentes de dolor crónico, seguidas por las hernias o los discos deteriorados.

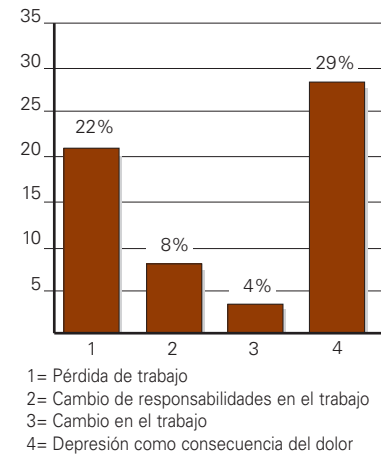
La Sociedad Española del Dolor estima que las personas que padecen dolor maligno suelen esperar entre tres y siete días para ser tratados, mientras que los que sufren dolor crónico de causas benignas tardan entre 20 y 90 días en recibir un tratamiento. El doctor Emilio Blanco, coordinador del Grupo de Dolor de Semergen, reconoce que, al menos en Atención Primaria, los médicos están “más concienciados” en el alivio del dolor oncológico, pero no pasa lo mismo con los dolores crónicos producidos por la artritis u otras enfermedades del aparato musculoesquelético.

Tabla 1. DOLOR CRÓNICO

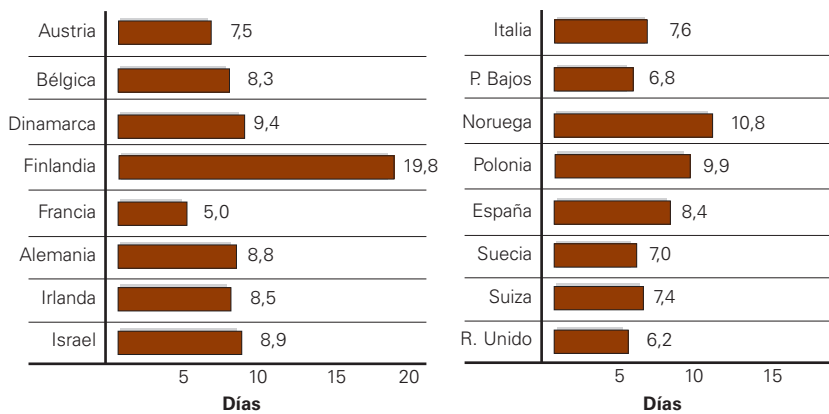
Frecuencia con que los pacientes sufren dolor en España



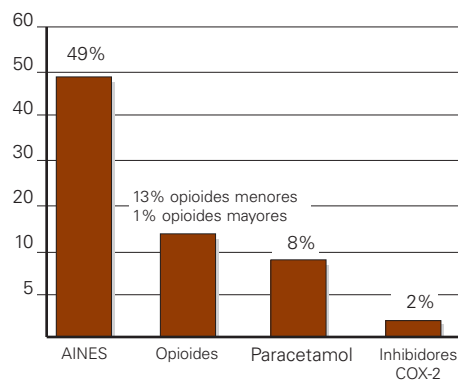
Impacto de la calidad de vida en España



Pérdidas de días de trabajo por el dolor.



Medicamentos de prescripción utilizados en España



Fuente: “Pain in Europe”

En Estados Unidos también se han hecho cuentas y los resultados de las pérdidas productivas ascienden a más de 61.000 millones de dólares anuales (49.557 millones de euros). Este estudio publicado en *JAMA* calcula que uno

de cada ocho trabajadores estadounidenses experimenta dolor en alguna intensidad. Las cefaleas son las más frecuentes (5,4%), seguidas por el dolor de espalda (3,2%), el artrítico (2%) y el producido por otros problemas mus-

culosqueléticos (2%). Esta investigación examinó los datos de 29.000 trabajadores de Estados Unidos y concluyó que las personas que sufren algún tipo de dolor pierden una media de cinco horas de productividad a la semana, y que tres cuartas partes de ellos, aunque no dejen de ir al trabajo, tienen su capacidad productiva reducida para realizar sus funciones. Los autores destacan que los trabajadores con dolor crónico no se ausentan a menudo y que optan por ir a trabajar a pesar del dolor.

Aliviar el mal

En España las altas cifras de depresión asociadas al sufrimiento de dolor crónico —29%, según “Pain in Europe”— son un indicador de que el dolor no se maneja de manera adecuada y de que, quizás, se podrían ahorrar horas de dolor a muchas personas.

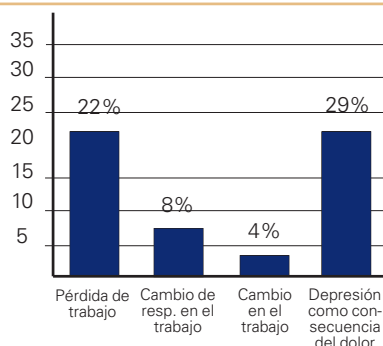
En opinión del doctor Blanco, un mal enfoque del dolor crónico no sólo cuesta “mucho dinero” en medicamentos, sino que también representa pérdidas por los desplazamientos inútiles de los enfermos y los costes de los medios diagnósticos. “Por eso es muy importante una adecuada entrevista clínica, un historial completo del paciente y hacer una buena medición del dolor antes de abordarlo”, explica.

Blanco cree que en Atención Primaria se pueden “resolver” hasta el 95% de los procesos dolorosos. “Para hacer un correcto abordaje del dolor hay que considerarlo una enfermedad en sí mismo. Por eso lo importante es clasificar el dolor, que puede ser somático, psicógeno, neuropático o mixto, para poder tratarlo eficazmente”, dice.

Por su parte, Fernando Villasante, del grupo de Reumatología de SemFYC, se muestra más cauto con el tipo de dolor que puede asumir la Atención Primaria. “Creo que podemos tratar el dolor en patologías menores como pueden ser los procesos crónicos degenerativos articulares, las enfermedades inflamatorias o cualquier entidad que cause dolor crónico que no esté asociada a una patología mayor”, explica Villa-

“Más de la mitad de los pacientes considera que la medicación que toma es ‘inadecuada’ y que su médico está más preocupado por la enfermedad que por aliviar su dolor”

Tabla 2. IMPACTO DE LA CALIDAD DE VIDA EN ESPAÑA



Fuente: “Pain in Europe”

sante, que opina que si la patología es más específica se debe remitir al especialista. “En cualquier caso, el tratamiento tiene que ser conjunto”, indica.

La coordinación entre Atención Primaria y Especializada es “el gran caballo de batalla” en el manejo del dolor, en opinión de Blanco. “Necesitamos tiempo y una buena predisposición por ambas partes”, indica este experto, que cree que las unidades hospitalarias del dolor deberían reservarse para casos complejos como el dolor neuropático o el dolor oncológico cuando necesita una terapia compleja e invasiva.

Más del 70% de los pacientes que están en tratamiento sigue una terapia farmacológica. Según la SED, estas personas toman entre dos y tres pastillas por día y, en su mayoría, están atendidas por el médico de cabecera. Más de la mitad considera que su medicación es “inadecuada” y que el facultativo está más preocupado por la enfermedad que por aliviar su dolor.

Esta encuesta de la SED revela que sólo el 10% de los médicos aplica la escalera de la OMS para el tratamiento

del dolor. Este instrumento define tres escalones de dolor según su intensidad. En el primero está el dolor leve o moderado para el que se recomiendan los analgésicos periféricos (paracetamol, ASA), AINES y el uso de adyuvantes para aumentar la eficacia analgésica. Si el dolor persiste, se aconseja asociar un opioide. El segundo escalón está reservado al dolor de moderado a severo que debe tratarse, según la escala, con un opioide potente.

En España hay un consumo alto (49%) de antiinflamatorios no esteroideos (Aines) y una escasa prescripción de opioides. Esta realidad fue uno de los problemas en el manejo del dolor en España detectados por el estudio “Pain in Europe”, que recomendó mejorar la formación de los médicos de AP en este asunto. “Los médicos de familia a veces se resisten a emplear opioides porque éstos crean dependencia”, opina Villasante, que cree que el mal manejo del dolor se debe más a una “falta de conciencia” sobre esta entidad que a un déficit del tratamiento. La prueba es que en el caso de un dolor de causas bien definidas, como puede ser el oncológico, estos profesionales “no tienen ningún reparo” en emplear estos fármacos, según Villasante.

Blanco también coincide en que hay que dar información a los facultativos de Primaria para “que pierdan el miedo” a los opioides. Entretanto, una buena parte de la población, el 29% según la SED, opta por la automedicación para aliviar el dolor. Lo peligroso es que en esta práctica de “sívase usted”, los Aines son los más populares, unos fármacos que pueden acarrear efectos secundarios graves y para los que sí es imprescindible el consejo profesional.]

Según la Sociedad Española del Dolor, un 29% de la población opta por la automedicación para aliviar el dolor. Los medicamentos más populares son los antiinflamatorios no esteroideos que suelen tener efectos secundarios graves