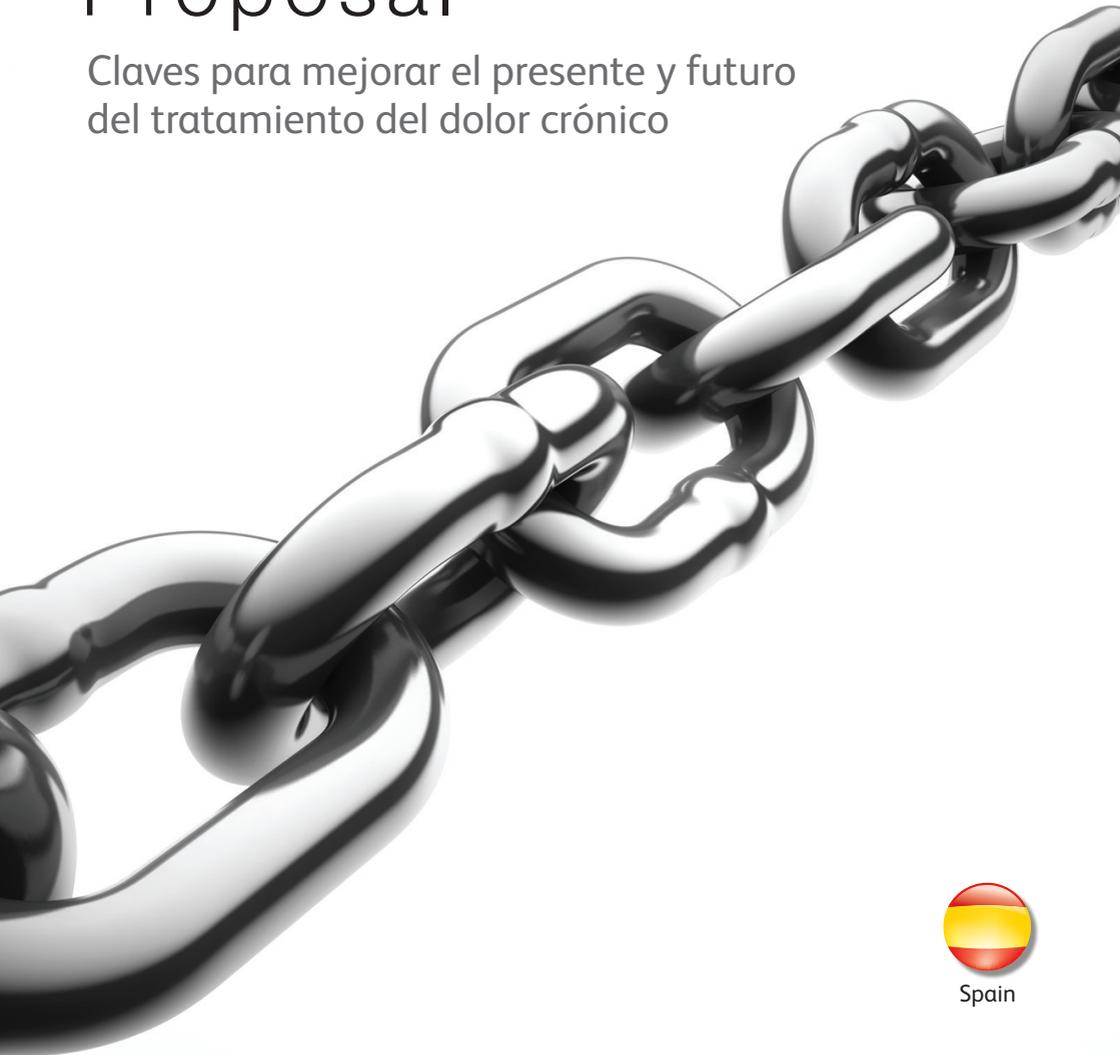




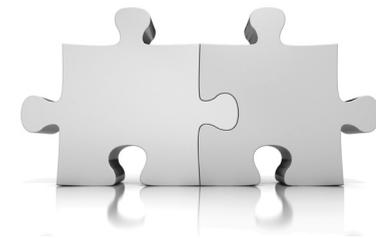
# PAIN

## Proposal

Claves para mejorar el presente y futuro  
del tratamiento del dolor crónico



Spain



## Prólogo

Se estima que el dolor crónico afecta nada menos que a uno de cada cinco adultos europeos y representa una carga considerable, no sólo para los pacientes, familiares y cuidadores, sino también para las economías y los sistemas sanitarios de los diferentes países.<sup>1</sup> Sin embargo, la dificultad para evaluar la magnitud del problema, derivada de la ambigüedad de la definición del dolor crónico, ha propiciado que este trastorno haya quedado relegado a un segundo plano en la sanidad pública.

El dolor se considera crónico cuando «persiste más allá del tiempo normal de cicatrización tisular», que por regla general se estima en tres meses.<sup>2</sup> Puede deberse a una gran variedad de enfermedades frecuentes, como el reumatismo articular, el cáncer y la diabetes, o desencadenarse a consecuencia de otros factores como traumatismos o intervenciones quirúrgicas. El dolor crónico no se adscribe a una especialidad médica concreta, por lo que el peregrinaje del enfermo hasta recibir el diagnóstico y tratamiento adecuados suele ser un proceso tortuoso, fragmentado y costoso.

El principal objetivo de la iniciativa Pain Proposal es lograr el consenso acerca de la repercusión del dolor crónico en toda Europa, a fin de subrayar la necesidad de tomar medidas inmediatas para subsanar las deficiencias actuales en la atención sanitaria de este trastorno, así como intercambiar ejemplos de buenas prácticas que ilustren el tratamiento eficaz del dolor. Esta iniciativa ha reunido a un panel de expertos en dolor crónico de toda Europa, al objeto de propiciar un intercambio de conocimientos, experiencias y buenas prácticas de cada país que constituya la base de futuras recomendaciones para mejorar la calidad de la atención sanitaria.

**El presente informe se centra en el modelo actual de atención integral del dolor crónico en España y se ha elaborado con la colaboración de los siguientes expertos participantes en la iniciativa Pain Proposal:**

**Profesor Pablo Vázquez Vega**

Director Ejecutivo de la Fundación de Estudios de Economía Aplicada. (FEDEA)

**Dr. Alfredo Perucho**

Médico Especialista en Dolor. Hospital Ramón y Cajal de Madrid

**Sr. Antonio Torralba**

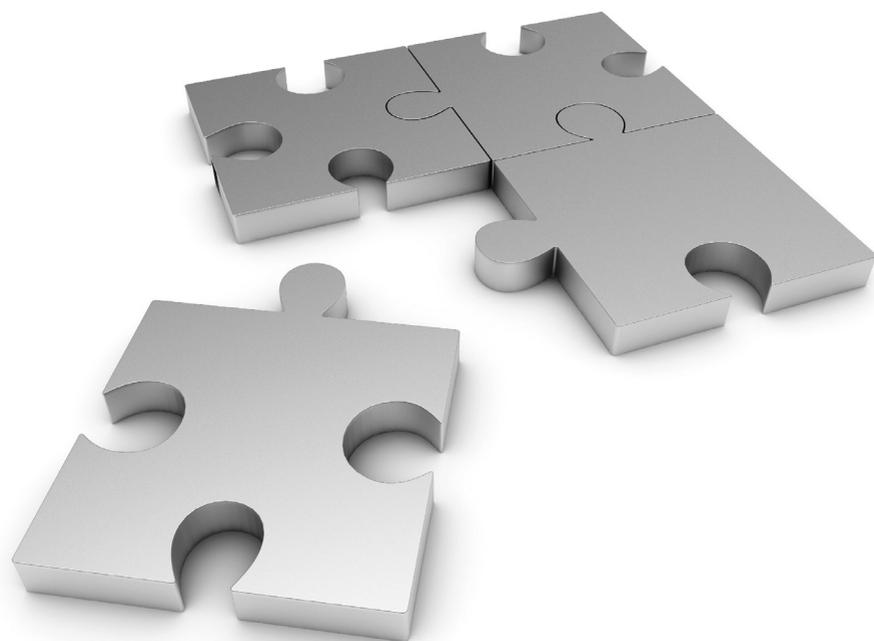
Presidente de la Coordinadora Nacional de Artritis (Conartritis)

**Dra. Ana Miquel**

Subdirectora de Atención Primaria. Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid

**Profesor Josep Darba**

Departamento de Economía. Universidad de Barcelona.



*La iniciativa Pain Proposal ha sido desarrollada por un grupo de expertos europeos en el ámbito del dolor crónico en colaboración con Pfizer. El contenido del presente informe recoge las opiniones y las directrices del Comité Ejecutivo de dicha iniciativa. Este informe ofrece una opinión consensuada sobre el dolor crónico y no debe interpretarse como un reflejo directo de la visión personal al respecto de ninguna de las partes.*

## La realidad del dolor crónico en España en 2010

Los nuevos datos para el año 2010 revelan el impacto que el dolor crónico tiene sobre las personas y sobre su vida personal y profesional, así como las dificultades a las que se enfrentan para recibir un tratamiento adecuado para el dolor, o incluso un diagnóstico certero. Asimismo, estos datos ponen de manifiesto la necesidad que tienen los profesionales de la salud de conseguir un mayor apoyo y formación en la gestión del dolor crónico.

### Las personas con dolor crónico tardan años en recibir un diagnóstico

- Más de un tercio (39%) de las personas que padecen dolor crónico tardaron más de un año en ser diagnosticadas.
- El 29% afirma que no reciben un tratamiento adecuado para su dolor.

### Cuando el dolor crónico no se trata adecuadamente puede afectar al rendimiento laboral del paciente

- El 62% de las personas con dolor crónico afirma que éste afecta directamente a su situación laboral; el 12% de las personas afectadas por el dolor crónico no pueden trabajar debido a sus problemas de salud.
- Incluso cuando trabajan, sienten que el dolor crónico reduce su rendimiento en al menos una tercera parte del tiempo.

### A pesar de su enfermedad, las personas con dolor crónico quieren trabajar y contribuir a la sociedad

- El 82% desea ser un miembro activo de la sociedad
- A casi la mitad de ellos (46%) les preocupa perder su empleo debido al dolor, y al 62% les preocupa que el dolor crónico les impida avanzar en su carrera profesional.

### El dolor crónico afecta a la vida personal y profesional de quienes lo padecen

- El 38% de las personas con dolor crónico cree que éste ejerce un impacto negativo sobre su vida social y familiar y un tercio (30%) sienten que se han aislado socialmente debido al dolor.

### Las personas que padecen dolor crónico tienen percepciones negativas sobre el mismo

- El 47% cree que el resto de la gente duda de la existencia de su dolor.
- El 66% cree que existe poca conciencia de lo que es el dolor crónico y el 35% han sido acusados alguna vez de utilizar el dolor como una excusa para no trabajar.

### Los médicos de atención primaria necesitan más formación en dolor crónico

- Más de la mitad (57%) de los médicos encuestados dicen saber qué deben hacer si un paciente sigue refiriendo dolor después del tratamiento.
- El 97% de los médicos desearían recibir más formación, especialmente en lo que concierne al tratamiento del dolor crónico y a las directrices sobre las derivaciones a otros especialistas y los tratamientos disponibles.

## Resumen

El dolor crónico es uno de los problemas socio-sanitarios de mayor importancia en España, tanto por su elevada frecuencia y la importancia de sus repercusiones en las actividades de la vida diaria de los pacientes, como por los costes sanitarios, económicos y sociales que esto conlleva para la sociedad española.

Sin embargo, la carencia de estudios económicos específicos que muestren la carga económica y social del dolor crónico y la falta de una visión global e integradora sobre la complejidad a la hora de tratar esta enfermedad traen consigo una precaria concienciación social sobre el dolor crónico y la necesidad de su tratamiento específico.

En el actual clima de contención presupuestaria debido a la situación de la economía española, debemos plantear, sin que esto suponga un incremento del gasto público, la necesidad de crear un plan estratégico nacional sobre el dolor crónico en cuya elaboración colabore la Administración, la comunidad científica y las asociaciones de pacientes, en el que se ahonde en una gestión más eficaz de los recursos que suponga un ahorro a medio y largo plazo y permita una redistribución más eficiente de estos fondos; dé como resultado una mayor capacitación y coordinación entre los distintos profesionales médicos para gestionar eficazmente el dolor crónico, y además refuerce la educación de los pacientes y la sociedad en general sobre los aspectos más importantes de esta enfermedad de tratamiento tan complejo.

## Cifras estadísticas<sup>3A-B,4C.</sup>

Prevalencia del dolor crónico en España	No existen datos oficiales
Número estimado de personas que sufren dolor crónico en España	4,5 millones
Duración media diagnóstico/tratamiento	6,5 años
% personas con dolor crónico que desarrollan un cuadro depresivo	29 %
% personas con dolor crónico que sufren trastornos del sueño	Más del 50 %
% personas con dolor crónico descontentas con el tratamiento	Más del 50 %
% personas con dolor crónico cuya situación laboral se ve afectada	Más del 30 %
Estimación de los costes directos e indirectos que el dolor crónico ocasiona en España cada año.	16.000 millones de euros (2,5 % PIB).

## Testimonio de pacientes

Antonio Torralba: *“El dolor es una sensación fácil de entender para cualquier persona; ¿quién no ha tenido alguna vez dolor de cabeza, de muelas o debido a una caída o golpe? Mucho más difícil es comprender el dolor crónico, pensar en un dolor casi continuo en tu vida, una presencia constante durante días, semanas e incluso meses o años. Para mí este dolor llegó con la artritis reumatoide y supuso tener que pensar en los movimientos, cuáles hacer y cuáles evitar, para no aumentar el dolor. Levantarme dos horas antes para poder prepararme para el trabajo. Dependier de antiinflamatorios, pomadas y analgésicos que disminuyeran el dolor, pero que en muchas ocasiones, demasiadas, no lo hacían desaparecer. Intentar soportar el dolor porque, como me dijeron, “la enfermedad es así” y tenía que aprender a vivir con ello. A costa de aislarme intentando soportarlo –no quieres que nadie te pregunte ni que te den falsos ánimos- y de volverme susceptible e irascible. Tenía miedo de no poder soportarlo, de no rendir igual que antes en el trabajo, que me despidieran y no ser capaz de encontrar otro. Echaba de menos poder hablarlo con mis familiares, amigos y compañeros de trabajo, que me entendieran.”*

## El impacto del dolor crónico en España

El dolor crónico afecta a más de 4,5 millones de españoles, con una duración media de 6,5 años. El perfil del paciente español con dolor crónico es una mujer de 50 años, ama de casa, con un nivel socioeconómico medio y estudios primarios. Como consecuencia de la aparición y del mantenimiento del dolor crónico, en el 50% de los pacientes aparecen trastornos del sueño<sup>3A</sup> y en el 29% surge un cuadro depresivo asociado. El 22% de los pacientes que sufren dolor crónico pierden su empleo, un 8% sufre cambios de responsabilidad en su puesto de trabajo y un 4% se ven obligados a cambiar de trabajo<sup>4A</sup>.

Más de la mitad de las personas que sufren dolor crónico no están contentas con su medicación y, además del sufrimiento personal y de las familias afectadas que esto conlleva, el dolor crónico en España supone un gasto de más de 3.000 millones de euros cada año a las arcas de la Sanidad pública<sup>4B</sup>.

A nivel nacional, se da una falta de información clara y concisa sobre la prevalencia de la enfermedad, ya que no existen estudios epidemiológicos.

En la Encuesta Nacional de Salud llevada a cabo por el Ministerio de Sanidad a través de las encuestas de las comunidades autónomas (CC. AA.) figura una pregunta sobre salud percibida por el paciente (*¿Ha padecido usted dolor crónico últimamente en el plazo del último año?*)

Según la Sociedad Española del Dolor (SED) el 21% de la población española sufre dolor crónico.

## El dolor crónico en el sistema sanitario español

Las consultas por dolor en España son muy comunes tanto en atención primaria (AP) como en urgencias. Una parte de ellas se resuelven y el resto se deriva al especialista; si allí no se resuelven entonces pasan a las Unidades del Tratamiento del Dolor (UTD).

La escasez de recursos en las UTD hace aumentar las listas de espera y alarga el proceso de tratamiento. Esto trae como consecuencia el estancamiento de la enfermedad en los pacientes.

Cuando se logra educar a los pacientes de larga duración en el padecimiento y el control del dolor, en lugar de en la desaparición del mismo, estos pasan de nuevo al médico de AP para los controles periódicos.

Según la SED, aproximadamente el 2% de los pacientes con dolor crónico se encuentran en las UTD; el 83% en AP y el 15% en el especialista.

El Ministerio de Sanidad publicó en 2007 la Estrategia en Cuidados Paliativos del Sistema Nacional de Salud. Esta estrategia ha conseguido que el tratamiento del dolor crónico de origen oncológico reciba un adecuado apoyo en cuanto a medios e infraestructuras.

En cambio, el tratamiento del dolor crónico falla cuando este no es de origen oncológico, por la falta de planes que ofrezcan estrategias de organización y de recursos, así como otros aspectos necesarios que no sean estrictamente farmacológicos (iniciativas de prevención, información, fisioterapias, guías clínicas etc.).

A nivel nacional no existen directrices o guías de práctica clínica sobre el tratamiento del dolor crónico. En el plano de las CC. AA. encontramos diversas iniciativas, como en la Comunidad de

Madrid, la Xunta de Galicia, la Generalitat de Catalunya o la Junta de Andalucía.

A nivel local cabe citar: la excelente Guía de Actuación Clínica en AP elaborada por el Dr. José de Andrés y Dr. Germán Cerdá desde la UTD de Valencia; la Guía Clínica de Manejo del Dolor en AP publicada por la Unidad del Dolor del Hospital de Galdakao en Euskadi y la Guía para la valoración y tratamiento del dolor crónico en el anciano en el ámbito sociosanitario” fruto del “Programa Yayo sin Dolor”.

Asimismo, existen las recomendaciones de la SED para el dolor neuropático y la Conferencia de consenso sobre diagnóstico y tratamiento del dolor neuropático publicada en Medicina Clínica, en cuya redacción participaron diversas sociedades médicas españolas.

En cuanto a las opciones de tratamiento, en el año 1986, la Organización Mundial de la Salud (OMS) puso en marcha un proyecto encaminado a ordenar el tratamiento del dolor crónico de origen oncológico; de esta forma nació la Escalera Analgésica. Posteriormente, y de una forma gradual, la Escalera se ha ido aplicando en el tratamiento de otros tipos de dolor, entre ellos el de origen no oncológico<sup>3C</sup>.



Según la escalera analgésica de la OMS, los pacientes con dolor crónico deben ser tratados primero con fármacos no opioides, tales como los antiinflamatorios no esteroideos (AINE) o los analgésicos no opioides. Si con la administración correcta de estos fármacos no se obtiene un control adecuado del dolor, se debe pasar al segundo escalón terapéutico iniciando la administración de un opioide débil (del tipo del tramadol o codeína). En aquellos pacientes en los cuales este segundo escalón fracasa se recomienda pasar a un tercer escalón iniciando la administración de opioides potentes (morfina, oxicodona, fentanilo o buprenorfina). Al mismo tiempo se recomienda, en todos los peldaños de esta escalera, la utilización de fármacos adyuvantes o co-analgésicos (antidepresivos, anticonvulsivantes, glucocorticoides, etc.) siempre que su administración sea necesaria<sup>3D</sup>.

Hoy en día, sabemos que esta escalera analgésica es útil, sobre todo en el dolor crónico de origen nociceptivo y que, sin embargo, resulta de poca utilidad en el tratamiento del dolor de origen neuropático<sup>3D</sup>.

Se calcula que en una tercera parte de los pacientes con dolor crónico no oncológico tratados en las Unidades del Dolor españolas, no se siguen las directrices emitidas por la OMS en cuanto a la escalada en el tratamiento analgésico, sino que se decide aplicar directamente lo que se conoce como el "ascensor", o iniciación del tratamiento analgésico sin tener en cuenta el tipo de analgésicos que el paciente está recibiendo en ese momento y contando solo con la intensidad del dolor como único parámetro del tratamiento analgésico que debe recibir<sup>3E</sup>, ya que los pacientes no responden de forma eficaz al tratamiento con los fármacos analgésicos que recomienda la OMS, sobre todo los analgésicos correspondientes al primer escalón (tanto AINEs

como analgésicos no opioides). En cambio, la evidencia confirma que el tratamiento eficaz en este tipo de dolor se basa, sobre todo, en la administración de los fármacos conocidos como "coadyuvantes", sobre todo los antidepresivos y los anticonvulsivantes<sup>3F</sup>.

Más del 50% de los pacientes con dolor crónico considera que su dolor no está bien controlado y el 29% suele recurrir a la automedicación para su tratamiento, con las repercusiones que esto conlleva en cuanto a patrón terapéutico, efectos adversos y control deficiente en el manejo del paciente<sup>4B-C</sup>.

Estos resultados pueden hacernos reflexionar sobre la necesidad de formación y divulgación de protocolos y guías de tratamiento adecuados, y sobre los beneficios que puede traer consigo una mayor coordinación entre la atención primaria y la especializada en el tratamiento del dolor crónico<sup>4D</sup>.

En lo concerniente a la capacitación de los profesionales, hoy en día el abordaje del dolor solo se estudia en la asignatura de farmacología de la carrera de Medicina, así como en los capítulos reservados al dolor en el estudio de cada enfermedad. Sin embargo, no se trata el dolor como un área independiente.

En la actualidad existen dos postgrados en medicina de AP llamados Abordaje del dolor oncológico y Abordaje del dolor crónico. En cuanto a la formación continuada, existen más cursos sobre cuidados paliativos en pacientes oncológicos. Además, a través de la SED se imparten cursos de especialización sobre el dolor como alternativa privada para suplir el vacío existente en la formación reglada de especialistas en dolor intervencionistas.

## El dolor crónico desde una perspectiva política y económica

En España no existe una estrategia nacional del dolor elaborada por el gobierno central. Hace años el gobierno habló de una iniciativa que, sin embargo, nunca vio la luz.

Desde el punto de vista económico, sabemos que el dolor crónico genera los gastos propios de su atención sanitaria (costes directos) y las pérdidas potenciales de producción que ocasiona en los pacientes la enfermedad (costes indirectos). Estas últimas pérdidas se ven agravadas cuando se demora o no llega a tener lugar una atención adecuada.

En España carecemos de cifras concretas sobre los costes directos e indirectos del dolor crónico. Se estima que en España los costes directos e indirectos que ocasiona el dolor crónico suponen una cantidad anual de 16.000 millones de euros, lo que supone el 2,5% del PIB. Estas cifras deben mirarse, en todo caso, con cautela.

Lo que en todo caso nos enseña la experiencia de otros países con datos más acreditados es que el tratamiento de los pacientes con dolor crónico a los primeros síntomas debería considerarse una estrategia rentable, con un ahorro en el gasto presupuestario a medio y largo plazo. En otras palabras, el tratamiento no efectivo a corto plazo de los pacientes con dolor crónico supone un mayor consumo de los recursos a largo plazo.

Se ha comprobado que el 30% de los pacientes con dolor crónico han estado de baja laboral como consecuencia directa del dolor, requiriendo hospitalización el 11% de los pacientes con una estancia media de 12 días<sup>3H</sup>.

El Instituto de Estudios Fiscales cifra en 52 millones de jornadas laborales perdidas y 2.500 millones de euros el impacto del dolor crónico en el mercado laboral.



## Aquello que funciona

### Desde el punto de vista clínico:

- El enfoque que se está dando en los cuidados paliativos después de la publicación de la Estrategia, y que debería ampliarse al tratamiento del dolor en general.
- La UTD de Valencia con el Dr. José de Andrés; centrada en la AP, pero multidisciplinar (paliativos, formación, guía práctica sobre derivación y fármacos, etc.)
- El programa de atención domiciliaria de la CAM con el que mejoró el conocimiento de la realidad cotidiana de las personas dolor crónico.

### En el plano de la administración:

- Gratuidad y universalidad del sistema sanitario español.
- Planes de Cuidados paliativos de las distintas Comunidades Autónomas
- Protocolos de la Xunta (tendente a mejorar la comunicación entre Atención Primaria y Especialistas, y la derivación de los pacientes con dolor crónico).
- Plan andaluz de atención a las personas con dolor, en el que se resumen los estudios elaborados en España.
- Proceso asistencial de abordaje del dolor crónico no oncológico también en Andalucía

## Aquello que requiere atención urgente

- Falta de un plan estratégico nacional sobre el dolor crónico.
- Carencia de estudios económicos específicos que muestren la carga económica y social que el dolor crónico supone para el sistema sanitario y la sociedad en general.
- Carencia de especialización en dolor crónico en la formación reglada de los profesionales de la salud.
- Descoordinación entre profesionales médicos de la Atención Primaria y la Especializada, ya que en algunas ocasiones se consumen recursos sanitarios sin conllevar ningún beneficio real para el estado de salud del paciente.
- Falta de formación sólida y asociación por parte de los pacientes.
- Falta de concienciación social sobre el dolor crónico y la necesidad de su tratamiento específico. La población en general considera que el dolor es una consecuencia de la patología y que deben resignarse a sobrellevarlo sin tratarse o acudir al médico.
- Falta de una visión global e integradora sobre la complejidad a la hora de tratar el dolor crónico.

## Una necesidad de cambio: la iniciativa Pain Proposal

Debemos plantear, sin que esto suponga un incremento del gasto público, la necesidad de crear un plan estratégico nacional sobre el dolor crónico en cuya elaboración colabore la Administración, la comunidad científica y las asociaciones de pacientes, en el que se ahonde en una gestión más eficaz de los recursos, que suponga un ahorro a medio y largo plazo y permita una redistribución más eficiente de estos fondos; dé como resultado una mayor capacitación y coordinación entre los distintos profesionales médicos para gestionar eficazmente el dolor crónico, y además refuerce la educación de los pacientes y la sociedad en general sobre los aspectos más importantes de esta enfermedad de tratamiento tan complejo.

- Desarrollo de un proceso integrado del abordaje del paciente con dolor crónico mediante la implementación de procesos y planes territoriales en los que se establezcan los diferentes niveles de tratamiento (desde la medicina primaria, hasta la clínica del dolor multidisciplinaria) estableciendo el circuito y las estructuras habilitadas para atender al paciente<sup>5A</sup>, analizando la situación en cada zona determinada para establecer recursos adecuados a las necesidades de cada población y caso concreto.
- Determinar la carga económica de la enfermedad y presentar propuestas de mejora en la eficiencia de la gestión del gasto, planteando recortes sensatos y estratégicos como un ahorro a medio y largo plazo.

- Incidir en la capacitación de los profesionales con la puesta en marcha de manera definitiva del área de capacitación específica en dolor y la posibilidad de formarse en una especialidad que cada vez requiere mayores conocimientos y habilidades técnicas<sup>5B</sup>.
- Mejorar la coordinación entre la Atención Primaria y la Atención Hospitalaria, así como entre los diferentes especialistas de la misma para gestionar eficazmente el dolor crónico sin tener que llegar a las UTD, donde solo irían los casos que realmente lo necesitan.
- Reforzar la educación de los pacientes y de la población en general sobre los aspectos más importantes de la enfermedad y hacerles partícipes para fomentar su autonomía.
- Asumir que el tratamiento efectivo y preventivo del dolor crónico es un proceso complejo que incluye aspectos fisiológicos, psicológicos y socioculturales con el fin de incrementar la percepción de control del dolor por parte del paciente y modificar, en ciertos casos, las creencias en torno a su condición y a su enfermedad. Esto podría incidir favorablemente en la calidad de vida del paciente y su familia<sup>6A-B</sup>.

Referencias:

1. Breivik, H., Collett, B. et al. 2006. Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life, and treatment. *Eur J Pain* 10, pp.287-334.
2. Smith et al. 1999. Chronic Pain in Primary Care. *Family Practice* 16 (5) 475-482.
3. Rodríguez, M. J., 2006. Valoración de la actitud terapéutica ante el paciente con dolor crónico en las Unidades de Dolor en España. Estudio STEP (Survey of therapeutic attitudes for the treatment of chronic pain in Spanish Pain Units. The STEP study). *Revista Sociedad Española del Dolor*, 8, pp.525-532.
4. Rodríguez, M. J., García A. J., 2007. Costes del dolor neuropático según etiología en las Unidades del Dolor en España (Neuropathic pain costs according its etiology in the Spanish Pain Units). *Revista Sociedad Española del Dolor*, 6, pp. 404-415.
5. Insausti Valdivia, J. Col 22.852 Clínica del dolor del Hospital Severo Ochoa. Leganés, Madrid. ¿Quo vadis dolor? [carta]
6. Londoño, C., Contreras, F., Delgadillo, G., Tobón, S., Vinaccia, S. 2005. Barreras para el manejo efectivo del dolor crónico (Barriers for the effective management of chronic pain). *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 10 (1), pp.25-31.