

## *Debemos hacer mucho más*

**M**ediante este editorial, proponemos abrir un debate sobre la intolerable paradoja que representa el incuestionable y continuo reforzamiento del tratamiento conservador del dolor y la infrautilización que se hace, de este inmenso arsenal terapéutico, fuera de las clínicas del dolor, con el inevitable y dramático corolario de la alta incidencia de dolor crónico severo (especialmente no oncológico), infratratado y las dramáticas consecuencia que ello conlleva.

Aunque aceptemos una cierta variabilidad, derivada de factores locales o regionales, si algo nos queda meridianamente claro, cada vez que convivimos con compañeros de otros países o participamos en foros internacionales, es que progresivamente, la “aldea global” en la que vivimos, diluye esas diferencias, hasta el punto de que podemos afirmar que en general, padecemos problemas muy similares, y en concreto en el campo que nos ocupa: el tratamiento del dolor, la falta de un adecuado entrenamiento del personal sanitario en el tratamiento del dolor y especialmente, una ancestral opiofobia, tan profundamente arraigada en la sociedad que conduce a la infrautilización de los analgésicos opioides y sobre todo del arma más poderosa de que disponemos para el control del dolor: los opioides mayores.

Por si alguien albergara dudas respecto a lo expuesto, resulta de obligada referencia la macroencuesta sobre dolor crónico no oncológico (46.000 personas de los 16 países más desarrollados de Europa), realizada a finales del año 2003 y que con el nombre de “*Pain in Europe*”, se nos dio a conocer a principios del 2004. Señalemos algunos datos suficientemente elocuentes, respecto a la magnitud del problema:

—Un 20% de los europeos, sufre un dolor crónico no oncológico, intenso (VAS superior a 5), desde hace una media de 7 años. Un 21%, de estos pacientes, dice padecer dolor crónico desde hace más de 20 años.

—Un tercio de los pacientes padecen un dolor continuo: 24 horas al día, durante los 365 días del año. Tras Holanda (62%), España es el país que presenta una mayor incidencia (61%) de este tipo de dolor.

—Uno de cada seis pacientes reconoce haber deseado morir por la intensidad del dolor que sufren.

—Dos tercios de los pacientes manifiestan que el tratamiento que reciben no controla su dolor.

—*Se tardó en recibir un tratamiento adecuado, una media de dos años.* La mayor demora se registró en España, que es también donde se constató una mayor incidencia de depresión asociada.

—Sólo un 23% tuvo acceso a una Unidad Especializada en el tratamiento del dolor y un minúsculo 10% reconoce haber sido sometido a escalas de medición del dolor.

Pero la gravedad de la situación se evidencia aún más, cuando repasamos los tratamientos prescritos:

—Un 63% de los pacientes sólo reciben AINE y/o paracetamol.

—Un 24% son tratados con opioides débiles.

—Sólo un 11% reciben opioides potentes (a nadie sorprenderá que “los últimos de la fila”, en tasa de prescripción de opioides mayores, seamos España e Italia).

Nos parece importante recordar que los “escandalosos” datos expuestos, provienen de la Europa más desarrollada (Reino Unido, España, Dinamarca, Irlanda, Francia, Polonia, Holanda, Suiza, Alemania, Suecia, Bélgica, Austria, Italia, Noruega, Finlandia e Israel).

Como decíamos al principio, resulta intolerable que, mientras el continuo reforzamiento del arsenal farmacológico posibilita el que la mayoría de los pacientes que atendemos en Clínica del Dolor se encuentren controlados sin necesidad de técnicas especializadas, fuera de nuestro ámbito, la insignificante utilización de los analgésicos opioides conduzca a una situación similar a la que se deduce de los datos suministrados por *Pain in Europe*.

Nosotros realizamos análisis periódicos del perfil de prescripción en nuestra Unidad de Tratamiento del Dolor, de ahí proceden los datos expuestos sobre la prevalencia actual de los tratamientos conservadores (hasta hace 5 años realizábamos mayoritariamente técnicas invasivas, hoy en día, estas sólo suponen un 23% de nuestras consultas). Sin embargo, en el análisis de los tratamientos que reciben los pacientes *antes de acceder a nuestra Unidad*, la penosa realidad permanece inmutable: nuestro paciente típico es mayoritariamente mujer (68%), mayor de 60 años, con un dolor de etiología no oncológica (86,4%), gran intensidad (VAS > 8), de más 6 meses de evolución y que viene tratado con AINE (72%), frecuentemente infradosificados y/o asociados entre sí, sólo un 21% se beneficia de un tratamiento con opioides menores y un ridículo 7% recibe opioides mayores.

Pero lo más llamativo, es que tal situación es prácticamente invariable: en los últimos 8 años, sólo cabe destacar que tramadol ha desplazado, hasta casi sustituirla, a la codeína, como opioide menor más prescrito y que los opioides mayores han pasado de un 5 a un 7%, y que los escasos pacientes que hace 8 años nos llegaban con morfina de liberación sostenida, hoy nos llegan mayoritariamente con parches transcutáneos.

Si esto es así y no varía desde hace muchos años, seamos consecuentes y reconozcamos que los cientos de cursos y seminarios, dirigidos a médicos de familia y especialistas, no proporcionan los resultados esperados...*ergo* estamos utilizando una estrategia inadecuada: *debemos hacer mucho más*.

Desde estas páginas reclamamos una reflexión del conjunto de los que nos dedicamos al tratamiento del dolor, de la que emanen una serie de propuestas que alumbren una estrategia más adecuada.

A tal fin, iniciamos el debate con una serie de propuestas concretas:

### **En el ámbito nacional y supranacional**

1. *Informar y comprometer a nuestros representantes políticos*. Exposición adecuada de la magnitud del problema y exigirles su compromiso para arbitrar medidas tendentes a su solución.

2. *Disminuir/abolir las trabas administrativas*. Eliminación de la receta de estupefacientes o al menos su sustitución por otro mecanismo de control que entorpezca menos la prescripción de opioides mayores.

3. *Demandar la creación de un mayor número de Clínicas del Dolor.* Muchos de nuestros pacientes tienen que desplazarse desde 150 km, para acceder a nuestras unidades. Existen núcleos poblacionales de más de 300.000 habitantes sin una Clínica del Dolor cercana.

4. *Mejorar la docencia universitaria en el tratamiento del dolor.* Es evidente, que las promociones actuales acaban sus estudios de Medicina con un grado equivalente de ignorancia respecto al tratamiento del dolor, al que padecemos nosotros.

5. *Informar a la ciudadanía* de que el derecho a la salud, que recoge nuestra Constitución, conlleva inequívocamente el de recibir un adecuado alivio del dolor y alertar de la gravedad de la situación actual.

### **En el ámbito local**

1. *Perseverar con los programas de formación/actualización en tratamiento del dolor.* Tanto en el ámbito de la Medicina Primaria como en la hospitalaria.

2. *Fomentar periodos de rotación de los MIR de otras especialidades por la Clínica del Dolor.* En la actualidad, sólo los médicos de familia y reumatólogos, realizan un mínimo rotatorio por nuestra Unidad. Entendemos que tales rotatorios deberían ampliarse, en el tiempo y abarcar a otras muchas especialidades, muy relacionadas con el tratamiento del dolor, (Oncología, Neumología, Medicina Interna, Cirugía Vascular, etc.). Deberíamos realizar gestiones a nivel de las Comisiones de Docencia de cada hospital, tendentes a solucionar este problema.

3. *Establecer Comisiones intrahospitalarias interespecialidades para el tratamiento del dolor.* Más de veinte años después de iniciada su singladura, todavía hay especialistas en nuestro propio hospital que piensan, que la Clínica del Dolor “es un sitio donde atiborran de morfina a los pacientes oncológicos, para fallecer entre la inconsciencia y el delirio”.

4. *Potenciar la coordinación con la Medicina Primaria.* Serían muchas las medidas a proponer encaminadas a tal fin; pero lo más importante sería convencer a la propia Administración Sanitaria, de que esto es necesario: hemos vivido la triste experiencia de que tras formar durante meses a médicos de familia, luego, las mismas autoridades que permitieron sus rotatorios no les proporcionaron los medios mínimos para ejercer la importante función complementaria para la que fueron entrenados.

Somos plenamente conscientes de la audacia potencial de nuestros planteamientos (algunos los calificarán de inequívocamente osados) y que tras una sucinta presentación guardamos nuestros mejores argumentos para los que quieran debatirlos en este foro (nuestra revista), ya que lo único que nos anima es encontrar vías de solución a la grave problemática aquí expuesta.

**F. Collado y L. M. Torres**

Unidad de Dolor. Servicio de Anestesiología y Unidad de Dolor.  
Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz