



El 'dolor' de no ir a trabajar

SANDRA PULIDO

Redactora en Gaceta Médica

En España, entre el 17 y el 28 por ciento de la población sufre dolor crónico. Esta situación le supone al estado un coste de 16.000 millones de euros, lo que se traduce en el 2,5 por ciento del Producto de Interior Bruto (PIB). Sin embargo, la mayor parte del gasto viene por costes indirectos relacionados con la incapacidad de trabajar del paciente. En más del 40 por ciento de los casos no obtienen un control adecuado de su patología y al final esto provoca que el promedio de días laborales perdidos por dolor en España sea de 16,8 al año.

KEY WORDS: dolor, costes, españa, sostenibilidad, incapacidad, trabajar, baja laboral, producto interior bruto.

Según la Sociedad Española del Dolor (SED), los diversos estudios llevados a cabo en España cifran la prevalencia del dolor entre el 17 y el 28 por ciento de toda la población. Esto quiere decir, que uno de cada cinco españoles sufre en algún momento de su vida dolor crónico (que es aquel que dura más de tres meses).

En relación a la edad, la mayor parte de los pacientes que acuden a las unidades especializadas tienen entre 47 y 58 años, estando el 70 por ciento en edad laboral. Sin embargo, el 89 por ciento presenta una limitación muy importante para continuar trabajando.

A pesar del cada vez mayor conocimiento de la neurobiología de esta patología, los expertos reconocen que quedan muchos retos por enfrentar, entre los que se incluyen el poder reincorporar al paciente al mundo laboral.

EL COSTE DEL DOLOR CRÓNICO

La crisis económica sacudió con especial fuerza a los países del sur de Europa, entre ellos Portugal y España. En España el gasto sanitario neto disminuyó entre el año 2009 y el 2014 en un 20 por ciento, disminución que no siguió la evolución del decremento del producto interior bruto (PIB), ya que el porcentaje de gasto sanitario con respecto a este disminuyó un 3,2 por ciento.

“Aunque el coste del dolor crónico es difícil de calcular, ya que no se dispone de datos globales, se cree que les cuesta a Europa más de 300 billones de euros o en torno al 1,5-3 por ciento del PIB. En España se estima que el coste total (directo e indirecto) que ocasiona el dolor crónico es de 16.000 millones de euros anuales, lo que supone el 2,5 por ciento del PIB”, explica a EDS Juan Perez Cajaraville, direc-

tor de la Unidad de Dolor Grupo HM Hospitales, miembro Junta Directiva de la SED y vicepresidente de Docencia de La Federación Europea de Dolor EFIC.

El estudio ‘Costes del tratamiento del dolor versus no tratamiento. Aproximación a la realidad de Portugal y España’ asegura que estos pacientes tardan de media más de cinco años, tras el inicio del dolor, en ser atendidos por una Unidad de Tratamiento del Dolor (UTD), y en más del 40 por ciento de los casos, no obtienen un control adecuado de su padecimiento.





Al final, esto provoca que el promedio de días laborales perdidos por dolor en España sea de 16,8 al año. “En el dolor, la mayor parte del gasto viene por los costes indirectos. El coste derivado de la incapacidad para trabajar supone el 90 por ciento. El resto son costes directos derivados de la atención médica y del gasto en farmacia”, subraya Miguel Ángel Caramés, miembro de la Junta Directiva de la SED.

El estudio citado anteriormente describe la lumbalgia inespecífica como la principal causa de gasto público por conceptos asistenciales y laborales. La padece en algún momento de la vida hasta el 80 por ciento de la población y ocasiona en España dos millones de consultas por año en atención primaria. Supone la causa más frecuente de incapacidad laboral en individuos menores de 50 años.

El impacto económico de la lumbalgia en el sector laboral español entre los años 2000 y 2004, reveló que supone el 12,54 por ciento del total de bajas laborales y que el coste medio anual por jornadas no trabajadas se cifra en más de 162 millones de euros, el 10,6 por ciento del dinero gastado en el total de incapacidades transitorias.

“Sólo la migraña supone una carga económica de 1.076 millones de euros anuales, en su mayo-

ría (68 por ciento) debido a costes indirectos (732 millones de €). Se estima que la osteoartritis de rodilla y cadera supone un coste anual de 4.738 millones de euros (23 por ciento), equivalente al 0,5 por ciento del PIB”, puntualiza Cajaraville. (Tabla 1)

LAS UNIDADES DE TRATAMIENTO DEL DOLOR

Ante el panorama económico de los últimos años, las administraciones sanitarias se han visto obligadas a determinar en qué áreas era menos peligrosa la reducción de gastos. Ante esta situación, las UTD han tenido que demostrar que no son prescindibles.

“El problema del dolor es la consulta más frecuente en atención primaria y la mayor parte de los dolores son tratados ahí pero hay un porcentaje que tiene que ser derivado a otras especialidades”, continúa Caramés. “Pero en la década de los 90 nacieron en España las Unidades de Tratamiento del Dolor Crónico que son centros multidisciplinarios, formados por médicos de diferentes especialidades que realizan un abordaje común para tratar de mitigar los dolores que no han podido ser atajados por otros especialistas”, añade el miembro de la SED.



TABLA 1

DATOS COMPARATIVOS SOBRE LA INCIDENCIA DEL DOLOR Y SU REPERCUSIÓN EN PORTUGAL Y ESPAÑA

Variable	País	Portugal	España
Prevalencia del dolor crónico		29-21%	17-18%
Dolor moderado o intenso		12,8%	12%
Control inadecuado del dolor		35%	>40%
Dolor más frecuente incapacitante para el trabajo		Lumbalgia	Lumbalgia
Coste del dolor		4.600 millones (2,7% del PIB)	15.000 millones (2,5% del PIB)

Fuente: Estudio: Costes del tratamiento del dolor versus no tratamiento. Aproximación a la realidad de Portugal y España. Miguel Ángel Caramés Álvarez y Minerva Navarro Rivero.

Los especialistas insisten en que las Unidades del Dolor son esenciales para mejorar la calidad de vida de los pacientes con dolor crónico. “Deberían estar presentes en los 800 hospitales que actualmente hay en España. Pero la realidad es que solo contamos con 188, habiendo incluso provincias en las que no existen. Es una cifra insuficiente para dar cobertura asistencial a ese 18-28 por ciento de la población”, subraya Cajaraville.

La escasez de recursos en las UTD, unida a la indefinición en la tipología de los pacientes que deben ser derivados a las mismas, hace aumentar las listas de espera y alarga el proceso de tratamiento.

Según la SED, aproximadamente el 10 por ciento de los pacientes con dolor crónico se encuentra en las UTD, el resto, por diferentes motivos, no tiene contacto con los especialistas en medicina del dolor. Todo ello conlleva a que el dolor crónico también se asocie con un

incremento del riesgo de enfermedades psicológicas como ansiedad o depresión. Estudios realizados en España mostraron que el 47 por ciento de los pacientes con dolor crónico sufren un cuadro depresivo asociado y el 50 por ciento trastornos del sueño.

“Los pacientes tardan una media de cinco años en llegar a la primera consulta en UTD especializada. Esto significa, que en la mayor parte de las veces, el paciente ya es irrecuperable para el trabajo. Hay que tratar muy rápido a los pacientes con riesgo de cronificarse” lo que confirma que “las UTD son coste-beneficiosas porque los estudios han demostrado que las unidades multidisciplinarias del tratamiento del dolor reincorporan al doble de pacientes al trabajo. Tenemos que dotarlas adecuadamente de medios humanos y materiales para que la población pueda acceder lo antes posible a este tipo de unidades”, insiste Caramés.



La magnitud de los costes indirectos supera con creces a los costes directos

A pesar de ello, los investigadores concluyen que las UTD sí son beneficiosas desde el punto de vista económico. “Según datos recopilados por la SED, las Unidades de Dolor sí son beneficiosas ya que consiguen una disminución de gastos tras el cese del peregrinaje de los pacientes de un especialista a otro, con el consiguiente consumo económico en pruebas diagnósticas; reduciendo las demandas legales por negligencias médicas; disminuyendo las complicaciones por accidentes laborales y consiguiendo retrasar o evitar cirugías costosas”, sostiene Cajaraville.

La magnitud de los costes indirectos, bien en bajas laborales o en pérdidas de productividad, supera con creces a los costes directos ocasionados por el dolor, lo que sugiere que una mejora de la eficacia de la gestión del dolor podría cosechar grandes recompensas económicas.

AVANCES EN EL TRATAMIENTO

Actualmente en las UTD se llevan a cabo desde tratamientos farmacológicos a técnicas intervencionistas ambulatorias como infiltraciones periféricas articulares, bloqueos epidurales o bloqueos regionales. Los procedimientos quirúrgicos en la Unidad del Dolor pasan por bloqueos simpáticos, catéteres espinales tunelizados con/sin bomba de infusión, técnicas de radiofrecuencia etc. Por su parte, el área quirúrgica de los hospitales lleva a cabo bloques del plexo celiaco, discografías, técnicas de electroestimulación medular e infusión espinal entre una gran cantidad de procedimientos.

“El reto del tratamiento del dolor es su complejidad ya que debemos considerar siempre que no hay dos dolores iguales. El avance debe darse en el ámbito social, político y por supuesto científico”, defiende Cajaraville.

“A nivel político e institucional, desde el departamento de Calidad y Cohesión del Ministerio de Sanidad se está haciendo año tras año avances para conseguir estándares, guías de práctica clínica, documento marco en dolor crónico, creación de grupos de referentes autonómicos etc.”. Todo ello, continúa el especialista, “para vehicular en un futuro próximo el tratamiento del dolor crónico de manera más eficiente”.

Sin embargo, a nivel científico los avances no son excesivamente “novedosos” en lo que se refiere a la introducción de nuevas moléculas, “pero sí se ha avanzado mucho en el conocimiento de la fisiopatología del dolor y de cómo funcionan los medicamentos. Esto permite un mejor abordaje del tratamiento de los diferentes tipos de dolor y mejora la calidad de vida de muchos pacientes, que de otro modo estarían peor tratados”, considera director de la Unidad de Dolor Grupo HM Hospitales.

Las investigaciones actuales disponen de un amplio conocimiento de los mecanismos y vías a nivel periférico y espinal, pero las vías y áreas cerebrales implicadas en el procesamiento de las diferentes esferas que componen la experiencia del dolor es mucho más limitada. “Es ahí donde se están realizando más hincapié. Sabemos que algunas de las vías de neurotransmisión encargadas del aprendizaje y la memoria de eventos aversivos están sobreactivadas en el dolor crónico. Por tanto, el dolor, si se cronificara, potenciaría la adquisición de los recuerdos negativos”, aclara Cajaraville.

“Dentro de la cartera de servicios más asistencial también alcanzamos nuevas mejoras en estimulación medular y periférica, aplicación de frío y radiofrecuencia sobre estructuras nerviosas mediante todas esas infiltraciones y procedimientos que especialistas de las Unidades de Dolor pueden proporcionar al paciente”, concluye vicepresidente de Docencia Federación Europea de Dolor EFIC. ■

COSTE-EFICACIA/ COSTE-BENEFICIO

‘Costes del tratamiento del dolor versus no tratamiento’ señala que numerosos estudios demuestran que los programas integrales desarrollados en los centros multidisciplinarios de tratamiento del dolor son más costes-efectivos y costes-beneficiosos que los tratamientos tradicionales o aislados.

La revista *Journal of Pain* publicó en 2008 un estudio de Gatchel y Okifuji que reflejaba que el ahorro durante la vida de una persona ascendía a 132.420 dólares en los casos en los que el paciente había sido tratado del dolor desde un

abordaje biopsicosocial, es decir, en Unidades de Tratamiento del Dolor Multidisciplinarias, tomando como referencia a los pacientes tratados convencionalmente.

Asimismo, estos autores comprobaron que la tasa de retorno al trabajo tras el tratamiento del dolor en las Unidades del Dolor fue del 66 por ciento, frente al 27 por ciento de pacientes que trataron su dolor de manera convencional.

Aunque todos los estudios norteamericanos evidencian que los centros multidisciplinarios de tratamiento del dolor crónico son beneficiosos desde el punto de vista económico, no existen estudios de este tipo en España.