



# REVISTA DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DEL DOLOR

www.elsevier.es/resed



## CARTA AL DIRECTOR

### Opiáceos en el dolor musculoesquelético crónico. ¿Estamos contra ellos?

### Opioids in chronic musculoskeletal pain: are we against?

Sr. Director:

Un Editorial recientemente publicado por el grupo de la Unidad del Dolor del Hospital Puerta del Mar de Cádiz, encabezado por el Dr. Luis Miguel Torres Morera, en la REV SOC ESP DOLOR en marzo de 2009, pone de relieve la existencia de controversias y señales de alarma que vienen de otros países respecto al empleo de los opiáceos potentes para el control del dolor crónico no oncológico<sup>1</sup>.

No estoy en contra del uso de los opiáceos en el dolor no oncológico sino todo lo contrario. Únicamente debemos colocar a las cosas en su sitio.

El pensador Jean Francois Revel, Premio Carlo Magno del Consejo de Europa, hace pocos años, en uno de sus más brillantes ensayos titulado *El conocimiento inútil*, ya establecía que el conocimiento existente sobre cualquier tema si no se aplica adecuadamente es inútil. Igualmente, el mismo autor, en una de sus frases incontestables dijo: "La mentira es la mayor fuerza que mueve al mundo".

A mi juicio, actualmente hay una situación de conocimiento inútil que está ocurriendo en nuestra medicina pública, un sistema basado en una cobertura universal, obligatorio y con financiación vía impuestos. Hay una serie de condicionamientos de nuestro sistema sanitario que cuando los estudiamos con algo de profundidad, podemos comprobar que la teoría está muy bien pero la práctica es otra realidad completamente diferente, atisbándose situaciones ineficientes y, por ende, antiéticas.

El campo del manejo farmacológico del dolor crónico, como el de otros muchos aspectos de la medicina actual, está expuesto a fenómenos de variabilidad en la práctica clínica y a la carencia de estudios de evaluación de la práctica clínica y de reevaluación de tecnologías médicas, sobre todo en la fase *postmarketing*. En España, se desconoce realmente cuáles son las consecuencias sociales y sobre la vida diaria de las personas sometidas a las nuevas tecnologías sanitarias. Otros países, más avanzados epidemiológica y sociológicamente hablando, sí empiezan a ver los problemas generados por los opiáceos potentes, prescritos para el control del dolor no oncológico y así lo hacen saber

al mundo occidental. Son las señales de alarma, las "red flags".

El empleo de los opiáceos potentes para el control del dolor crónico no neoplásico de etiología osteomuscular es un ejemplo que pone en evidencia las graves carencias que el Sistema Nacional de Salud tiene para controlar los síntomas en este creciente grupo de pacientes. El fracaso en el control del dolor hace mención no sólo al resultado sobre su alivio, sino también al gasto farmacéutico que crece exponencialmente en el capítulo de los opiáceos mayores, y a la imposibilidad del sistema de asistencia primaria (AP) para controlar la efectividad del tratamiento, mantenido a largo plazo por las prescripciones reiteradas por los médicos de zona sin que haya un verdadero control evolutivo sobre la calidad y cantidad de alivio del dolor obtenido. No comentemos siquiera la imposibilidad de las unidades del dolor actuales para controlar a medio y largo plazo a un paciente al que se le ha prescrito un opiáceo potente, ya que normalmente no lo volvemos a ver hasta pasados varios (muchos) meses.

Las razones del fracaso del control de los pacientes en tratamiento con opiáceos mayores a largo plazo son varias y creo que las conocemos perfectamente. Podemos enumerarlas claramente, ya que los proveedores del servicio sanitario somos los médicos y las enfermeras/os que poseemos los conocimientos teóricos y prácticos para ofrecer un adecuado manejo del dolor crónico no neoplásico, ya que vivimos la práctica diaria. Es la Administración Sanitaria del Estado, los 17 gobiernos autónomos y sus correspondientes consejerías de sanidad, que representan a la parte recaudadora, financiadora y compradora de los servicios sanitarios de la población cubierta, la que tiene que dar respuesta a los problemas suscitados y tomar las acciones pertinentes.

A modo de listado, podemos enumerar una serie de fallos del sistema, que si se modificaran podrían reconducir esta tendencia al desastre, como se ha vaticinado por autores de fama mundial al pronosticar que "la medicina occidental actualmente está volando a ciegas en el uso de los opiáceos mayores para el control del dolor crónico no neoplásico". El listado de problemas/acciones a tomar es el siguiente:

- Tenemos un modelo desintegrado entre la AP y especializada (AE), lo que se denomina modelo de segregación clínica que origina situaciones de ineficiencia técnica o asignativa.
- La distribución de las labores terapéuticas entre la AP y la AE obedece más a la tradición que a la razón, como lo

- han descrito economistas de la salud. Es preciso elegir el nivel en el que han de tratarse los diferentes procesos, allí donde y por quien mejor se haga. Los contratos programa de los hospitales actuales en nuestro medio, parece que obvian cualquier conexión con la AP, al menos en el campo del dolor crónico no neoplásico.
- Es preciso la formulación de protocolos y guías clínicas compartidas por profesionales de AP y AE, la denominada gestión por procesos, lo que permitiría un mejor manejo del dolor y un control del gasto desmesurado en opiáceos de dudosa eficacia en este tipo de pacientes.
  - Este punto podría ser el primero, puesto que está en la raíz del problema. Se trata de la necesidad imperiosa de acreditar los centros y servicios que se ofertan a los ciudadanos en lo que respecta a las unidades del dolor. Su ausencia está dificultando el control real del dolor y del gasto farmacéutico. Es una necesidad imperiosa la acreditación de las unidades del dolor multidisciplinarias en los hospitales generales o terciarios y la creación de unidades del dolor en los centros de salud y en los hospitales comarcales y en las islas menores, subsidiarias de las primeras, conectadas vía telemedicina y consultas online, además de utilizar los protocolos y guías clínicas ya comentados. La dotación de personal y la capacidad de tratar pacientes (cartera de servicios) en cada tipo de unidad debe definirse de acuerdo con la población a la que se va a atender.
  - La necesidad de la acreditación de las unidades multidisciplinarias del dolor en los hospitales generales radica además en la existencia de servicios de cirugía de columna (neurocirugía, traumatología y/o unidades de raquis), que ofrecen o no ofrecen, por un lado, tratamientos quirúrgicos de dudosa efectividad a corto o medio plazo, o, por otro lado, no ofrecen tratamientos mínimamente invasivos que podrían aliviar la sintomatología de muchos pacientes mayores o sobrevenidos, condenándolos al uso indiscriminado de opiáceos mayores, la mayoría de las veces inefectivos, agravando las consecuencias sociales de las tecnologías sanitarias, además de disparar el gasto farmacéutico astronómicamente.
  - Los servicios de rehabilitación hospitalarios y extrahospitalarios tienen que coordinarse con las unidades multidisciplinarias del dolor y establecer una vía clínica por la que circulen los pacientes que podrían beneficiarse de las técnicas de rehabilitación y de alivio del dolor, evitando demoras innecesarias (consumiendo opiáceos ineficaces), o impidiendo la realización de técnicas quirúrgicas excesivamente costosas y posiblemente inefectivas para el control del dolor en la enfermedad vertebral degenerativa.
  - Posiblemente, si se pudieran cumplir todos o varios de los puntos anteriores, el manejo del dolor crónico osteomuscular, en general, y, particularmente, el de la lumbalgia y ciática crónica por enfermedad degenerativa, los estudios de la eficiencia clínica (coste-eficacia, coste-efectividad, coste-utilidad y coste-beneficio) demostrarían que estamos en la vía correcta, tanto en el control del dolor

como en la capacidad de ahorro en el gasto farmacéutico (fármacos, prótesis de columna, cadera, rodilla, etc.).

- El ahorro obtenido con las medidas anteriores podría dirigirse a políticas sociosanitarias esenciales, consecuencia de las características sociológicas y demográficas de nuestra sociedad actual y del futuro, que a mi juicio a modo de ejemplo podrían resumirse sencillamente en “más piscinas y menos morfina”.

En definitiva, deben auspiciarse guías clínicas por parte de las gerencias de AP y AE o, en su caso, por parte de una eventual gerencia única, que evite el despilfarro actual en gastos de opiáceos potentes, sin claros beneficios para muchos pacientes. Por otro lado, las gerencias deben dotar a los hospitales generales con los medios adecuados (materiales y de personal), para que los pacientes puedan realmente ser valorados y tratados lo antes posible en unidades acreditadas, especializadas, multidisciplinarias, independientes de cualquier otro servicio hospitalario, integradas por personal cualificado en el campo del tratamiento del dolor crónico no oncológico, que cuenten con la capacidad de formar especialistas en el manejo del dolor crónico y que sean referente de otras unidades subsidiarias en los centros de salud y en los hospitales comarcales o en islas no capitalinas.

Como vemos, reitero nuevamente, es la Administración Sanitaria la que tiene que dar el paso, puesto que es la que dispone de los medios materiales y de personal necesarios para poder ejecutar todo el planteamiento postulado. Nosotros, los proveedores del servicio, poseemos en este campo el conocimiento que hemos generado a lo largo de muchos años de trabajo y que intentamos transmitir para generar nuevos conocimientos en la materia. En un sistema sanitario como el nuestro, por las razones ya expuestas, es imposible actualmente ofrecer una asistencia eficiente y, por lo tanto, que cumpla condiciones éticas que ofrezcan un correcto manejo del dolor crónico no oncológico mediante opiáceos potentes a largo plazo.

La postura aquí expresada no debe tomarse como una cruzada contra los opiáceos, sino todo lo contrario. Se intenta centrar el punto de gravedad del justo empleo de los opiáceos mayores en el dolor no oncológico en nuestro país.

## Bibliografía

1. Torres LM, Collado F, Calderón E, Martínez J, Neira F, Ortega ML. América contra los opiáceos. ¿Y nosotros qué? *Rev Soc Esp Dolor*. 2009;16:77-8.

F.J. Robaina Padrón

*Unidad del Dolor Crónico y Neurocirugía Funcional, Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín, Las Palmas de Gran Canaria, España*  
 Correo electrónico: frobpad@gobiernodecanarias.org