

Artículos originales

(<http://www.sicisalud.com/mair/expinv.htm>)

Las normas de divulgación biomédica acotan las posibilidades de comunicación de los investigadores o los someten a rígidos esquemas editoriales que, en oportunidades, limitan la redacción y, en consecuencia, la posterior comprensión de los lectores. SIIC invita a renombrados médicos del mundo para que relaten sus investigaciones de manera didáctica y amena.

Las estrictas supervisiones científicas y literarias a que son sometidos los Artículos originales aseguran documentos de calidad, en temas de importancia estratégica.

1 - Consideraciones sobre Economía de la Salud y Calidad de Vida en el Manejo del Dolor



Ceri J. Phillips, Columnista Experto

Sociedad Iberoamericana de Información Científica

Función que desempeña: Professor of Health Economics, Institute for Health Research, School of Health Science, Swansea University, Swansea, Reino Unido

Otro trabajo de su autoría: Moore RA, Phillips CJ, Pellissier J, Hunsche E, Crespi S. Economic evaluation of etoricoxib versus non-Selective NSAIDs in the treatment of osteoarthritis and rheumatoid arthritis patients in the UK. *Pharmacoeconomics* 22:643-60, 2004

Página del autor: www.sicisalud.com/dato/dat050/06928000a.htm

(*) Artículo breve escrito por el autor para *Trabajos Distinguidos edición en papel*.



El artículo amplio escrito por el autor para SIIC *En Internet*: se edita en: www.sicisalud.com/dato/dat050/06928000.htm

Abstract

Pain represents a major clinical, social and economic problem, with estimates of its prevalence ranging from 8% to over 60%. The impact of pain on economies is enormous, with the cost of back pain alone equivalent to more than one-fifth of one country's total health expenditure and 1.5% of its annual gross domestic product, while in another it represents three times the total cost of all types of cancer. However, decision makers have tended to concentrate their attention on a very minor component of the cost burden, namely prescription costs, which, in the case of back pain, represent 1% of the total cost burden. In addition to its economic impact, chronic pain is probably one of the diseases with the greatest negative impact on quality of life. For example, the quality of life for those with migraine had been shown to be at best equal to that for people with arthritis, asthma, diabetes mellitus or depression. The burden that pain imposes on individuals and the enormous costs that society has to bear as a result clearly demonstrate the need for collective thinking in the decision-making process. A broad, strategic perspective - based on evidence relating to effectiveness (including tolerability), efficiency and equity - is required in determining issues relating to the provision of services and resource allocation.

Artículo completo en inglés: www.sicisalud.com/dato/dat050/06928000i.htm

Introducción

El dolor representa un importante problema clínico, social y económico que ha preocupado a generaciones de profesionales de la salud de muchos continentes en un intento por aliviar el sufrimiento que produce. El advenimiento de los anestésicos y analgésicos modernos dio lugar a que disminuyeran los efectos del dolor, pero aun en los ambientes hospitalarios de los años recientes, 9 de cada 10 pacientes experimentan dolor en grados que se consideran excesivos.^{1,2} Esta proporción es claramente inaceptable y representa un desafío para todos aquellos vinculados con la prestación de servicios. Se argumentó que «el alivio del dolor no debería ser considerado como la responsabilidad ajena o simplemente desestimado, debido a que finalmente tanto el paciente como el dolor se terminan yendo. Liberarse de él es importante para los enfermos. En 1846 el primer anestésico permitió la cirugía desprovista de dolor. Ciento cincuenta años más tarde, los pacientes ya no tienen que tolerar un dolor insoportable en el hospital».³ Sin embargo, para muchos pacientes el dolor es una situación más o menos permanente en sus vidas que se extiende más allá de la fase

Resumen

El dolor, cuya prevalencia estimada oscila entre 8% y 60%, constituye un verdadero problema clínico, social y económico que impacta en forma contundente sobre la economía. Así, el costo de la dorsalgia equivale a más de un quinto de los gastos totales en salud y al 1.5% del producto bruto anual de algún país, mientras que en otro puede representar hasta tres veces el gasto que demandan todos los tipos de cáncer. Sin embargo, quienes toman las decisiones concentraron su atención en un componente muy menor de los costos, por ejemplo el de los medicamentos, que en el caso de las dorsalgias es de aproximadamente el 1% del total. Además de este impacto económico, el dolor crónico es probablemente uno de los síntomas con mayores efectos perjudiciales sobre la calidad de vida; tan es así que quienes están aquejados por migraña, por ejemplo, padecen igual sufrimiento que personas con artritis, asma, diabetes o depresión. La carga que el dolor impone a los individuos y los costos enormes que como resultado debe soportar la sociedad, demuestran claramente la necesidad de un pensamiento colectivo para impulsar el proceso de toma de decisiones. Se requiere una amplia perspectiva estratégica basada en la evidencia que relacione efectividad (incluyendo tolerancia), eficiencia y equidad, a fin de establecer cuál es la mejor manera de proveer servicios y distribuir racionalmente los recursos.

aguda. Tiene un impacto profundo sobre su calidad de vida de tal modo que para ellos, lo importante es el adecuado manejo del síntoma a fin de que el sufrimiento sea minimizado por el mayor tiempo posible. Es reconocido que el dolor crónico es uno de los problemas más difíciles y difundidos que la comunidad médica debe enfrentar,⁴ junto con otros síntomas como depresión, ansiedad, disfunción física y aislamiento social, los cuales con frecuencia están también presentes.⁵

La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor aprobó la siguiente definición: «dolor es la desagradable experiencia emocional y sensitiva con daño verdadero o potencial de los tejidos, o bien descrito en términos de dicho daño».⁶ Se clasifica de acuerdo con su tipo (nociceptivo, neuropático, idiopático o psicógeno), su duración (agudo vs. persistente o crónico) y su gravedad (leve, moderado, grave), a pesar de que en algunos pacientes pueden coexistir dolores de diferente intensidad.

El propósito de esta revisión es evaluar el impacto del dolor crónico no neoplásico (es decir un dolor nociceptivo persistente o episódico de duración o intensidad tal que afecte la función o el bienestar del paciente) sobre los servicios sanitarios, la

economía y la calidad de vida de los pacientes, y proponer un abordaje coherente y coordinado para el manejo del síntoma. Luego, se han de explorar las estrategias que rindan los máximos beneficios dentro de las restricciones impuestas por los recursos limitados con que se cuenta.

La prevalencia del dolor

Se han hecho numerosos intentos para estimar la prevalencia del dolor crónico, la cual varía entre 8% y 60%,⁷⁻⁹ diferencia demostrativa de la diversidad de abordajes y metodologías empleadas en diferentes poblaciones para determinar la extensión del síntoma. Por ejemplo, el 11% de la población estadounidense informó padecer algún dolor persistente,¹⁰ mientras que el 23% de los suecos adultos están afectados por dolor continuo o casi continuo.¹¹ Un estudio enfocado hacia el dolor crónico como causa de morbilidad y costos económicos significativos, arrojó un índice de 8%,¹² mientras que dos revisiones recientes permitieron comprender claramente la extensión del problema que ese cuadro plantea a las organizaciones británicas de atención primaria.^{15,16} En el primero de estos últimos estudios,¹³ el 50.4% de quienes respondieron informaron encontrarse afectados por dolor crónico –equivalente al 46.5% de la población general–, el 26.9% refirió dolor que producía desde limitaciones moderadas hasta marcada incapacidad. El segundo estudio, un seguimiento del primero, mostró que la prevalencia de dolor crónico aumentó del 46.5% al inicio, al 53.8% al final del período de seguimiento de 4 años, y que el 79% de aquellas personas con dolor crónico al comienzo del estudio aún lo padecían al fin del seguimiento.¹⁴ Se informó que los dos cuadros más comunes fueron dorsalgia y artritis, que en conjunto constituyeron un tercio de los casos. La dorsalgia o «dolor de espalda» ha sido el problema más común en varones y en personas más jóvenes, mientras que la artritis lo fue en mujeres y personas de mayor edad.¹³

Recientemente se sugirió que por lo menos 103 millones de europeos, 100 millones de chinos y 43 millones de estadounidenses viven con artritis, una de las enfermedades incurables menos consideradas,¹⁵ con alrededor de 6 millones de casos nuevos de osteoartritis diagnosticados anualmente en Francia.¹⁶ La incidencia estimada de artritis reumatoidea en la población occidental es de 0.5 por 1 000, y su prevalencia, de 8 por 1 000.¹⁷

Impacto económico del dolor

La magnitud del problema del dolor crónico constituye una significativa carga económica para los pacientes, los servicios de salud y la sociedad. Los costos pueden ser directos e indirectos; los primeros representan los correspondientes a los servicios sanitarios para pacientes afectados por dolor crónico y los que afrontan de su peculio personal los propios pacientes, en concepto de viajes y otros gastos. Los costos indirectos son aquellos que se producen por fuera del sector de la salud y están relacionados con pérdidas de la producción debido a ausentismo y a baja productividad, además de los ocasionados por la asistencia informal, tanto el que resulta de la desatención del empleo remunerado como de la pérdida del tiempo destinado a ocio y descanso para ocuparlo en el cuidado de la salud, que de otro modo hubiera sido efectuado por organizaciones formales destinadas a ese fin.

Del mismo modo que en todos los estudios de costos de enfermedad hay una gran dependencia entre lo calculado y lo que se supone que en verdad cuesta. Además, existen debates teóricos sobre el método más apropiado para calcular los costos indirectos.¹⁸ El *enfoque del capital humano* considera el valor de la producción potencialmente perdida como resultado de una enfermedad en términos de ausentismo, productividad reducida y discapacidad o muerte prematura a una edad previa a la del retiro laboral. La alternativa, que es el *método de costo coyuntural*, asume que las pérdidas de la producción se encuentran circunscriptas al período requerido para reemplazar al trabajador «enfermo».¹⁹ Las diferencias en los resultados pueden ser muy importantes. Por ejemplo, los costos indirectos no médicos del dolor cervical en Holanda en 1996, fueron estimados en 526.5 millones de dólares al emplear el *enfoque del capital humano* y de

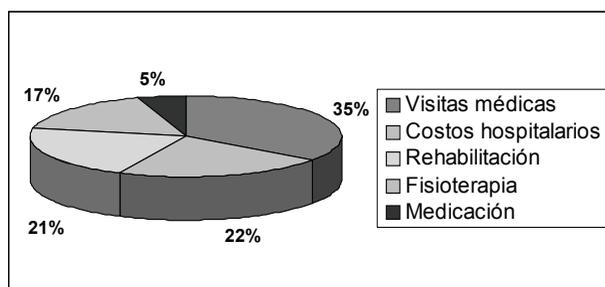


Figura 1. Costos directos de la dorsalgia en Alemania.

Tabla 1. Costos relacionados con el dolor y manejo del síntoma.

- Costos de intervenciones y terapias para tratar el dolor y asegurar el alivio del síntoma (por ejemplo, costos de medicamentos y personal asistencial)
- Costos resultantes de intervenciones inefectivas (por ejemplo, los de consultas adicionales de los médicos de cabecera)
- Gastos sufragados por el servicio de salud, los pacientes y sus familias, debido a la falta de recursos apropiados dentro de la localidad en que el enfermo se asiste (por ejemplo, costos de las terapias alternativas)
- Costos resultantes de una inadecuada automedicación (por ejemplo, costos del tratamiento de sobredosis)
- Costos debidos al tratamiento y prevención de los efectos adversos resultantes de la medicación antiálgica (por ejemplo, costos debidos a las hemorragias digestivas)
- Costos de demandas por discapacidades resultantes de los impedimentos para ejercer las tareas laborales
- Costos a la economía debidos a menor producción y ausentismo laboral
- Costos de asistencia social y apoyo a gente que sufre por dolor (por ejemplo, costos de atención domiciliar y cuidados paliativos)
- Costos de la atención informal provista por la familia, lo cual deriva en pérdida de ingresos
- Costos intangibles asociados con deterioro de la calidad de vida de los pacientes y sus familias

96.3 millones de dólares cuando se aplicó el *método de costo coyuntural*.²⁰ De modo similar, el costo indirecto de la dorsalgia en el Reino Unido se estimó en 10 700 millones de libras (16 400 millones de dólares [US\$]) si se emplea el *enfoque del capital humano* y de 5 000 millones de libras (US\$ 7 700 millones) si se lo calcula sobre la base del *método de costo coyuntural*.²¹

Costos directos

A fin de evaluar los costos directos que implica el manejo del dolor, se conviene en categorizar sus componentes. Por ejemplo, un estudio alemán calculó que el costo anual de la dorsalgia alcanzó a 10 000 millones de marcos alemanes (US\$ 4 600 millones),²² comprendidos los costos de varios sectores dentro de los servicios de salud, tal como se puede observar en la figura 1.

Un estudio llevado a cabo en Holanda sobre 424 pacientes con artritis reumatoidea estimó el costo directo de esa enfermedad durante los primeros 5 años en 11 550 florines holandeses por paciente (US\$ 5 576).²³ También es posible recoger información a través de estadísticas que se publican en relación con los medicamentos recetados. En Inglaterra, durante el año 2000 hubo más de 60 millones de recetas de analgésicos (Categoría 4.7 BNF), además de los medicamentos de venta libre, a un costo neto de componentes de 409 millones de libras (US\$ 625.8 millones). La gran mayoría de ellos fueron no opioides, en especial paracetamol y antiinflamatorios no esteroideos (AINE). Hubo 19 millones de recetas a un costo de 176 millones de libras o US\$ 269.3 millones.²⁴ Sin embargo, un número significativo de pacientes con dolor crónico puede no realizar consultas para tratarlo y, en cambio, automedicarse. Por ejemplo, una estimación conservadora acerca de los medicamentos de venta libre relacionados con la dorsalgia alcanza los 23.5 millones de libras (US\$ 36 millones).²⁵

También se calcula que la atención primaria de pacientes con dolor crónico en el Reino Unido representa 4.6 millones de consultas anuales, equivalentes al tiempo completo de 793 médicos generalistas, y a un costo total aproximado de 69

millones de libras (US\$ 106.6 millones).²⁶ El estudio analizó los esquemas terapéuticos empleados para el manejo de los pacientes y encontró que la poca eficacia fue la motivación de tantas consultas, así como la escasa tolerancia, la cual entre otras cosas demostró la necesidad de generar consensos para el adecuado manejo del dolor.²⁷

Costos indirectos

Sin embargo, los costos directos son bajos en comparación con el impacto sobre la economía. Por ejemplo, los costos indirectos de la artritis reumatoidea representan entre 50% y 85% de los costos generales.²⁸ Los problemas musculoesqueléticos están entre las mayores causas mundiales de discapacidad. En el Reino Unido, por ejemplo, 3 000 personas se acogen al sistema de beneficio por incapacidad cada semana y solamente 300 se reintegran a su trabajo alguna vez.²⁹ En Francia, un estudio de alrededor de 2 000 profesionales afectados por dolor agudo, encontró que aquellos con algias musculoesqueléticas (cerca del 50%) se habían tomado 9 días de licencia por enfermedad debido al cuadro doloroso.³⁰ En pacientes con diagnóstico de artritis reumatoidea, un cálculo conservador sugiere que 44 de cada 100 estarán inválidos al cabo de 10 años,³¹ aun cuando se les suministre terapéutica activa en una etapa temprana. Otros cálculos indican que un 33% deberá hacer frente a capacidad laboral restringida dentro del año,³² que un 37% tendrá que abandonar el mercado laboral a los 2 años,³³ cifra esta última que se incrementa a 42% a los 3 años³⁴ y a 64% a los 8 años.³⁵ Sin embargo, un mejor resultado a largo plazo se espera en el futuro como resultado del mayor empleo de terapias biológicas, especialmente los agentes anti-factor de necrosis tumoral alfa, los cuales otorgan beneficios clínicos importantes y retrasan la progresión de las lesiones articulares.

A pesar de las limitaciones en términos de metodología, parece que el impacto económico del dolor es sustancial e importa una carga mayor que otros síntomas.²¹ Sin embargo, quienes deciden y diseñan las políticas a seguir han concentrado su atención en componentes menores del costo, por ejemplo el de los medicamentos, debido a que son de fácil medición y en consecuencia son un objetivo obvio para implementar restricciones.³⁶ El porcentaje de costos directos calculados para prescripciones por dorsalgia es de alrededor del 5%,^{21,22} lo cual significa el 1% de la carga total. Se concluyó entonces, que «el ahorro a través de la restricción de las recetas carece de impacto sobre los costos totales. Sólo una terapéutica más eficiente, que reduzca los días de licencia por enfermedad, la cantidad de recurrencias, la evolución hacia enfermedad crónica y la prevención más efectiva, será capaz de limitar el costo de la dorsalgia a largo plazo»,²² y que «debemos resistir la tentación de poner acento sobre los costos de los medicamentos, de fácil cuantificación, mientras ignoramos otros costos y fuentes de derroche».³⁶

A los efectos de promover tal modo de pensar es esencial que «quienes establecen las políticas sean totalmente conscientes de todos los aspectos asociados con los costos del dolor y su manejo»,²² tal como se esquematiza en la tabla 1.

Dado que los costos de adquisición de medicamentos son una parte muy pequeña e insignificante de un caro y complejo rompecabezas, es vano el intento de focalizar la atención y las energías sobre la restricción de gastos en esta área. Pacientes que con seguridad pueden ser transferidos desde terapia intensiva a sala general, otros que pueden egresar del hospital y quienes no exigen demasiado tiempo de los médicos de cabecera pueden dejar de usar recursos para que los puedan utilizar otros pacientes y volver más rápidamente a su vida normal. La inversión en intervenciones efectivas y programas que dan lugar al alivio del dolor y del sufrimiento, además de reducir los niveles de incapacidad, han de generar resultados tanto económicos como sociales que hacen rendir con creces la inversión original.^{23,27,38}

Impacto del dolor sobre la calidad de vida

Los cálculos sobre la carga económica que implica el dolor no se compadecen con la magnitud del sufrimiento y la menor

calidad de vida que experimentan los pacientes. El dolor nos afecta a todos en grados variables. Para algunos, puede ser la más breve de las sensaciones agudas, pero para otros es un atributo permanente de su existencia, con profundo impacto sobre la calidad de vida. Sin el tratamiento adecuado, esas personas están impedidas de trabajar y hasta algunas veces de llevar a cabo las tareas más simples. Ello lleva con frecuencia a problemas tales como la depresión y el estrés que luego se agregan a los trastornos causados por el dolor físico. Cuando se mide en términos de discapacidad ajustada por años de vida, la osteoartritis es la cuarta causa mundial de problemas de salud más frecuente en mujeres y la octava en varones.³⁹ Se estima que en el Reino Unido hay 2 150 millones de días por año con dolor crónico, cifra calculada sobre la base del 10% de prevalencia de este síntoma. Si se emplea la estimación de 22% con que se maneja la Organización Mundial de la Salud,⁴¹ habría 1 200 millones de días por año correspondientes a dolor crónico en Holanda, 2 400 millones en Canadá, 4 700 millones en Francia, 6 600 millones en Alemania y 21 500 millones en los Estados Unidos. Estos «días con dolor» producen un impacto profundo sobre la calidad de vida de la gente y también afectan a otros miembros de la familia del paciente, la cual deberá modificar su comportamiento para adaptarse al problema del dolor crónico.⁴²⁻⁴⁴

Los trastornos musculoesqueléticos se asocian con algunos de los peores aspectos de la calidad de vida,⁴⁷ en particular la relación con el dolor corporal y el funcionamiento físico.¹⁶ En pacientes derivados a un centro multidisciplinario danés dedicado al dolor, la gravedad de los impedimentos fue igual o menor que la de quienes padecían enfermedades cardiopulmonares y depresión importantes. Sus puntajes en la *Psychological General Well-being Scale* fueron menores que los de aquellos con hipertensión y problemas gastrointestinales, mientras también manifestaban altos niveles de ansiedad y depresión, tal como se puede medir mediante la *Hospital Anxiety and Depression Scale*.⁴⁸ También se vio que, antes del tratamiento, los pacientes con artritis reumatoidea tenían reducciones significativas en los puntajes de todas las escalas SF-36 y otras mediciones abreviadas, en comparación con las normas de población estadounidense ajustadas por edad y sexo.⁴⁹

Estrategias para el manejo del dolor

La carga de sufrimiento que impone el dolor sobre las personas y como resultado de ello el costo enorme que debe soportar la sociedad, tal como se destacó antes, demuestran claramente que quienes diseñan las políticas y toman las decisiones deben observar el problema desde una amplia perspectiva estratégica para determinar los aspectos relacionados con la prestación de los servicios y la asignación de los recursos. Sin embargo, las diferencias entre las demandas sobre los servicios para tratamiento del dolor y otros aspectos asistenciales, por una parte, y los recursos disponibles para satisfacer esas necesidades, por la otra, plantean uno de los mayores problemas para aquellos comprometidos en trazar las políticas, tomar las decisiones, contratar servicios y ejecutar los programas de asistencia sanitaria. A pesar de ello, se ha postulado que las decisiones relacionadas con el manejo del paciente se realiza teniendo en cuenta las «tres E»: eficacia, eficiencia y equidad.²⁷

Eficacia

«El dolor es una experiencia personal difícil de definir y de medir»,⁴⁰ y mientras sea difícil ser completamente objetivo, es posible concebir varios criterios contra los cuales evaluar las intervenciones y los programas para el manejo del dolor. La mayoría de los estudios sobre analgésicos emplean formas de medición que se basan sobre escalas categóricas o escalas visuales analógicas, mientras que el así denominado *porcentaje de pacientes que lograron al menos 50% de alivio del dolor*, se usa con progresiva frecuencia como indicador de eficacia.⁴⁰ Sin embargo, en términos de dolor crónico, la determinación de los resultados es una situación más conflictiva, dada la naturaleza multidimensional del problema.^{50,51} Expresiones tales como

capacidad funcional, grado de discapacidad, días libres de dolor, retorno al trabajo, medida de la calidad de vida relacionada con la salud, han sido propugnadas como potenciales indicadores de efecto, pero tanto en dolor crónico como en dolor agudo, la elección del analgésico probablemente deba hacerse sobre la base de factores como la eficacia, la seguridad y la duración del efecto.

Es amplia la base de evidencia para evaluar la efectividad de las estrategias de manejo e intervenciones en el dolor agudo y crónico.⁴⁰ Además, el tema se actualiza continuamente mediante la incorporación de nuevas áreas terapéuticas potenciales, intervenciones y programas de manejo⁵²⁻⁵⁴ y mejora de la calidad.⁵⁵ Entre tanto, se confeccionan tablas de posiciones según la eficacia de los tratamientos⁵⁶ sobre la base de los números necesarios para tratar.⁵⁵

La naturaleza y magnitud de los efectos adversos asociados con algunas intervenciones también son objeto de debate y discusión sobre qué son intervenciones efectivas cuando se combinan aspectos relacionados con la eficacia y la seguridad. Por ejemplo, los AINE empleados generosamente para el tratamiento del dolor,⁵⁷ se asocian con efectos colaterales gastrointestinales, que van desde la dispepsia leve hasta complicaciones más graves como hemorragia gástrica y perforación, lo cual lleva a veces a una hospitalización con posible intervención quirúrgica o aun a la muerte.

Dos estudios sirven para ilustrar la magnitud del problema. A partir de los datos provenientes de los ingresos a salas de emergencia de dos hospitales generales de distrito ingleses por cuadros agudos del tracto gastrointestinal superior, con una población de 550 000 personas en la zona de influencia, se estima que anualmente 12 000 admisiones y 2 200 muertes hospitalarias, además de 330 en la comunidad, podrían atribuirse al empleo de AINE cada año.⁵⁸ Una revisión sistemática concluyó que, en promedio, 1 de cada 1 220 pacientes que reciben esos medicamentos por boca durante 2 o más meses, fallece debido a complicaciones gastrointestinales, lo cual se extrapola a alrededor de 2 000 muertes cada año en el Reino Unido.⁵⁹

De la combinación de pruebas de eficacia y seguridad surge la posibilidad de determinar cuáles son los analgésicos y anestésicos más efectivos para asegurar los mejores resultados para los pacientes, y al mismo tiempo, identificar los tratamientos que reduzcan al mínimo el riesgo asociado con los efectos adversos de las drogas.

Eficiencia

El término «eficiencia» es frecuentemente mal entendido ya que se lo confunde con «economía». Se propendió a usarlo para describir una actividad llevada a cabo a determinada velocidad y al costo más bajo. Sin embargo, ésta es una definición demasiado poco ambiciosa, porque el concepto económico de eficiencia comprende tanto los aportes (costos) como los rendimientos o resultados (beneficios). En el contexto del manejo del dolor es apropiado evaluar la eficiencia de las intervenciones desde la perspectiva de la ecuación costo-eficiencia. Esta última se diseñó para «comparar los costos y beneficios de una intervención asistencial a los efectos de evaluar si está bien realizada en relación con los recursos disponibles»,⁶⁰ y por la necesidad de asegurar que las intervenciones prestadas que se consideran eficientes deberían tener en cuenta tres factores:

- que eleven al máximo la sedación del dolor;
- que reduzcan al mínimo el costo global;
- que reduzcan al mínimo el impacto de los efectos adversos.

Ya se destacó antes el problema que resulta de enfocar esta situación sobre los costos de adquisición. Es importante reconocer que lo que cuesta un tratamiento no es simplemente el precio de las drogas o el tiempo de médicos y enfermeras, sino los costos totales de proveer el tratamiento.²⁷ Las cifras correspondientes a los efectos adversos no son insignificantes. Por ejemplo, los costos yatrogénicos asociados con los AINE se estimaron entre 32 y 70 libras (US\$ 49.0 y US\$ 107.1) por cada enfermo al que se le prescriben AINE en el Reino Unido, y los

efectos sobre el *National Health Service* de ese país se estimaron entre 166 millones (US\$ 254.0 millones) y 369 millones de libras (US\$ 561.5 millones) por año.⁶¹ En Suecia, por ejemplo, los cálculos correspondientes a los efectos gástricos colaterales derivados de los AINE oscilan entre 320 y 589 millones de coronas suecas (US\$ 34.8 millones a US\$ 64.0 millones);⁶² en Holanda oscilan entre 39 y 98 millones de euros (US\$ 38.6 a US\$ 97.0);⁶³ en Quebec, Canadá, por cada dólar canadiense gastado en AINE, se gastó un adicional de 66 centavos por sus efectos colaterales.⁶⁴ Además, se informó que los AINE fueron responsables de aproximadamente 19% de las internaciones hospitalarias debidas a insuficiencia cardíaca congestiva (ICC), lo cual indujo a la conclusión de que la magnitud de los trastornos vinculados a la cardiopatía inducida por esos medicamentos superaba a los correspondientes al daño gastrointestinal.⁶⁵

Los problemas asociados a los inhibidores de la ciclooxigenasa 2 sólo sirvieron para agravar una situación ya de por sí confusa: cuál es la estrategia farmacológica adecuada para pacientes doloridos. Los clínicos, otros profesionales asistenciales y quienes trazan las políticas sanitarias deben sopesar cuidadosamente los riesgos relativos y los beneficios antes de decidir cuál es el abordaje más efectivo y eficiente.

Si solamente ponen su atención sobre los costos de adquisición, quienes toman las decisiones apenas si tendrán en cuenta la punta del iceberg, sin atender a los costos ocultos resultantes de hacer frente a circunstancias adversas, errores médicos y demandas por negligencia, así como infecciones hospitalarias⁶⁶ y los exámenes complementarios que se realicen. De igual modo, se ha sostenido que si se pusiera más énfasis en aplicar un modelo biopsicosocial en lugar de poner el acento en las soluciones técnicas, se podría hacer un uso más eficiente de los limitados recursos disponibles para el manejo del dolor.^{7,67} «Cada estudio publicado muestra que el tratamiento multidisciplinario y agresivo del dolor en el grupo más vulnerable de pacientes crónicos ha de producir un ahorro significativo en los costos, además de aliviar el sufrimiento de las personas».⁶⁷

Equidad

La noción de equidad fue muy tratada en la literatura. También se discute mucho sobre los esquemas y políticas destinados a evitar inequidades y desigualdades en lo que a salud se refiere, así como se han hecho propuestas a fin de disponer de servicios sanitarios que sean accesibles para la población que los necesite.

Es deseable disponer de servicios de buena calidad al alcance de todos. Esta premisa debería formar parte del proceso de toma de decisiones. Sin embargo, una encuesta hecha en 105 hospitales de 17 países europeos mostró que solamente el 34% de las instituciones contaba con un servicio para dolor agudo, que pocos de ellos empleaban medidas que aseguraran la calidad, y que más del 50% de los anestesiólogos estaban insatisfechos con el manejo del dolor posoperatorio que se llevaba a cabo en las salas de internación.⁶⁸ Asimismo, se postuló que, en poblaciones seleccionadas, los pacientes que se manejan a través de programas multidisciplinarios cuestan menos, retornan a sus tareas con más frecuencia y logran controlar mejor el dolor que aquellos tratados mediante métodos más tradicionales.⁷ Sin embargo, existen pocos equipos capacitados para llevar a cabo esos programas,² situación que probablemente se agrave, en la medida en que factores demográficos intensifiquen en el futuro inmediato la demanda de servicios dedicados al dolor crónico.⁶⁹

La visión del paciente es decisiva en términos de obtener cierto grado de equidad. Los programas para el manejo del dolor se consideraron de gran importancia en una encuesta entre casi 3 500 pacientes escoceses llevada a cabo para evaluar las prioridades que los servicios de salud deberían tener en cuenta, en respuesta a lo que los enfermos creen necesitar de ellos. A pesar de estos resultados, los autores de ese estudio destacaron el hecho de que el área recibió atención apenas marginal en los aspectos referidos a su desarrollo.⁷⁰ Quedó establecido que la sociedad, sobre la base de principios morales y la realidad económica, tiene la obligación de reducir los niveles de dolor y reintegrar los pacientes a su actividad habitual,⁶⁷ pero aún resulta

muy evidente que al dolor no se le otorga la atención que merece en relación con su índice de prevalencia, costo económico y efectos deletéreos sobre la calidad de vida.^{2,21,27,40,67}

Conclusión

El propósito de esta revisión fue evaluar el impacto del dolor sobre los servicios de salud, la economía y la calidad de vida de los pacientes y, a partir de allí, proponer un abordaje coherente y coordinado para el manejo del dolor.

La carga de sufrimiento que el cuadro doloroso impone a las personas y el costo enorme que debe soportar la sociedad dan lugar a sólidos motivos para priorizar el manejo del dolor y la toma de decisiones estratégicas al respecto. El dolor crónico es

todavía un cuadro complejo en el que la terapia analgésica constituye sólo una parte del tratamiento. Se hace cada vez más evidente que hay otros factores que contribuyen a la persistencia e intensidad,⁷¹ razón por la que las medidas farmacológicas deben ser vistas dentro del contexto de una estrategia de manejo general, orientada a las necesidades individuales y construida sobre la base de eficacia, eficiencia y equidad.

El autor no manifiesta «conflictos de interés».

Recepción: 20/2/2006 - Aprobación: 17/5/2006

Copyright © Sociedad Iberoamericana de Información Científica (SIIC), 2007

Bibliografía

- Bruster S, Jarman B, Bosanquet N et al. National survey of hospital patients. *BMJ* 1994; 309:1542-46.
- Audit Commission. Anaesthesia under examination. Audit Commission: London, 1997.
- McQuay HJ, Moore RA, Justins D. Treating acute pain in hospital. *BMJ* 1997; 314:1531-35.
- Latham J and Davis BD. The socio-economic impact of chronic pain. *Disabil Rehabil* 1994; 16:39-44.
- Rudy TE, Kerns RD, Turk DC. Chronic pain and depression: toward a cognitive behavioural model. *Pain* 1988; 35:129-40.
- Merskey H, Bogduk N. Classification of chronic pain. Seattle: International Association for the Study of Pain Press, 1994:210.
- Clark JD. Chronic pain prevalence and analgesic prescribing in a general medical population. *J Pain Symptom Manage* 2002; 23:131-37.
- Zagari MJ, Mazonson PD, Longton WC. Pharmacoeconomics of chronic non-malignant pain. *Pharmacoeconomics* 1996; 10:356-77.
- Verhaak PFM, Kerssens JJ, Dekker J et al. Prevalence of chronic benign pain disorder among adults: a review of the literature. *Pain* 1998; 77:231-39.
- Crook J, Rideout E, Browne G. The prevalence of pain complaints in a general population. *Pain* 1984; 18:299-314.
- Brattberg G, Thorslund M, Wikman A. The prevalence of pain in a general population: the results of a postal survey in a county of Sweden. *Pain* 1989; 37:215-22.
- Van Korff M, Wagner EH, Dworkin SF et al. Chronic pain and use of ambulatory health care. *Psychom Med* 1991; 53:61-79.
- Elliott AM, Smith BH, Penny KI et al. The epidemiology of chronic pain in the community. *Lancet* 1999; 354:1248-52.
- Elliott AM, Smith BH, Hannaford PC et al. The course of chronic pain in the community: results of a 4-year follow-up study. *Pain*, 2002; 99:299-307.
- <http://www.arthritis-care.org.uk/news/detail.cfm?newsid=266&ion=uk>. Accessed 23rd October 2002.
- Reginster JY. The prevalence and burden of arthritis. *Rheumatology* 2002; 41 (suppl. 1):3-6.
- National Institute for Clinical Excellence. The use of etanercept and infliximab for the treatment of rheumatoid arthritis. Technology Appraisal, No. 36.
- Drummond MF. Cost-of-illness studies: a major headache? *Pharmacoeconomics* 1992; 2:1-4.
- Koopmanschap MA, Rutten FFF, van Ineveld BM, van Roijen L. The friction cost method for measuring indirect costs of disease. *Journal of Health Economics* 1995; 14:171-89.
- Borghouts JAJ, Koes BW, Vondeling H, Bouter LM. Cost-of-illness of neck pain in The Netherlands in 1996. *Pain* 1999; 629-36.
- Maniadakis N and Gray A. The economic burden of back pain in the UK. *Pain* 2000; 84:95-103.
- Bolten W, Kempel-Waibel A, Pforringer W. Analysis of the cost of illness in backache. *Med Klin* 1998; 93:388-93.
- van Jaarsveld CHM, Jacobs JWG, Schrijvers AJP et al. Direct cost of rheumatoid arthritis during the first six years: a cost-of-illness study. *British Journal of Rheumatology*, 1998; 37:837-47.
- Department of Health. Prescription Cost Analysis for England 2000. <http://www.doh.gov.uk/stats/pca2000.htm> (Accessed October 30th 2002).
- Walsh K, Cruddas M, Coggon D. Low back pain in eight areas of Britain. *J Epidemiol Community Health* 1993; 46:227-30.
- Belsey J. Primary care workload in the management of chronic pain: A retrospective cohort study using a GP database to identify resource implications for UK primary care. *Journal of Medical Economics* 2002; 5:39-52.
- Phillips CJ. The real cost of pain management. *Anaesthesia* 2001; 56:1031-3.
- Merkedal S, Mittendorf JRT, Zeidler H, Mau W. Indirect medical costs in the first 3 years of rheumatoid arthritis: comparison of current methodological approaches. *Expert Rev. Pharmacoeconomics Outcomes Res*, 2002; 2:313-8.
- Frank AO, Chamberlain MA. Keeping our patients at work: implications for the management of those with rheumatoid arthritis and musculoskeletal conditions. *Rheumatology*, 2001; 40:1201-5.
- Autret-Leca E, Bertin P, Boulu P et al. La douleur aiguë de l'adulte en médecine générale. Enquête épidéiologique transversale nationale. *Rev Pract*, 2002; 16:648-52.
- Sokka T, Kautiainen H, Mottonen T, et al. Work disability in rheumatoid arthritis 10 years after the diagnosis. *J Rheumatol* 1999; 26:1681-5.
- Jantti J, Aho K, Kaarela K, et al. Work disability in an inception cohort of patients with seropositive rheumatoid arthritis: a 20-year study. *Rheumatology (Oxford)* 1999; 38:1138-41.
- Eberhardt K, Larsson BM, Nived K. Early rheumatoid arthritis - some social, economical, and psychological aspects. *Scand J Rheumatol* 1993; 22:119-23.
- Albers JM, Kuper HH, van Riel PL, et al. Socio-economic consequences of rheumatoid arthritis in the first years of the disease. *Rheumatology (Oxford)* 1999; 38(5):423-30.
- Kaarela K, Lehtinen K, Luukkainen R. Work capacity of patients with inflammatory joint diseases. An eight-year follow-up study. *Scand J Rheumatol* 1987; 16:403-6.
- Smith I. Cost considerations in the use of anaesthetic drugs. *Pharmacoeconomics* 2001; 19:469-81.
- Pugner KM, Scott DI, Holmes JW, et al. The costs of rheumatoid arthritis: an international long-term view. *Semin Arthritis Rheum* 2000; 29 (5):305-20.
- Yelin E, Katz P, Lubeck D, et al. Impact of etanercept (ENBREL) on health care use and employment in early RA. *Arthritis Rheum* 2001; 44 (suppl 9):152.
- Murray JL, Lopez AD (eds). The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020. Cambridge MA: Harvard University Press, 1996.
- McQuay HJ and Moore RA. An evidence based resource for pain relief. Oxford University Press: Oxford, 1998.
- Gureje O, Von Korff M, Simon G, et al. Persistent pain and well-being: a World Health Organization study in primary care. *JAMA* 1998; 280:147-51.
- Flor H, Turk DC, Scholz OB. Impact of chronic pain on the spouse: marital, emotional and physical consequences. *J Psychosom Res* 1987; 31:63-71.
- Turk DC, Flor H, Rudy TE. Pain and families. I. Etiology, maintenance and psychological impact. *Pain* 1987; 30:3-27.
- Schwartz L, Slater MA, Birchler GR. The role of pain behaviors in the modulation of marital conflict in chronic pain couples. *Pain* 1996; 65:227-33.
- Schwartz L, Slater MA, Birchler GR, et al. Depression in spouses of chronic pain patients: the role of patient pain and anger, and marital satisfaction. *Pain* 1991; 44:61-7.
- Kemler MA and Furnée CA. The impact of chronic pain on life in the household. *J Pain Symptom Manage* 2002; 23:433-41.
- Sprangers MAG, de Regt EB, Andries F, et al. Which chronic conditions are associated with a better or poorer quality of life? *J Clin Epidemiol* 2000; 53:895-97.
- Becker N, Thomsens AB, Olsen AK, et al. Pain epidemiology and health related quality of life in chronic non-malignant pain patients referred to a Danish multidisciplinary pain center. *Pain* 1997; 73:393-400.
- Kosinski M, Kujawski SC, Martin R, et al. Health-related quality of life in early rheumatoid arthritis: impact of disease and treatment response. *Am J Manag Care* 2002; 8(3):231-40.



Más información en www.siicsalud.com: dirección de correspondencia, otros datos del autor, bibliografía completa y full text.

Anticipos

Resúmenes de artículos originales recientemente aprobados que, por razones de espacio, no pudieron publicarse en la presente edición.

Las versiones completas de Anticipos pueden consultarse libremente, hasta el 30 de septiembre de 2007 en las páginas de www.siiic.info que se indican al pie de cada resumen.

Los logotipos que acompañan los títulos son publicados por solicitud expresa de los autores y de las instituciones participantes en los estudios.

a - Etiología Genética del Retraso Mental

Paulina Aracely Lantigua Cruz, Columnista Experta de SIIC

Institución: Departamento de Genética Clínica, Centro Nacional de Genética Médica, La Habana, Cuba.

El retraso mental es un síntoma que constituye un problema de salud universal por sus características etiológicas, personales, familiares y sociales. Desde el punto de vista genético se considera que la inteligencia tiene una herencia multifactorial; es decir, están involucrados muchos genes que, influidos por múltiples factores ambientales, incluyendo el propio genoma, generan un espectro en el cociente de inteligencia (CI), cuyo límite inferior se encuentra entre 80 y 70. Los valores inferiores son considerados anormales; además, pueden definirse gradaciones que, según las posibilidades de autonomía de los individuos afectados, se clasifican en retraso profundo, severo, moderado y ligero.

Artículo completo: www.siiic.info/trabajosdistinguidos/saludmental/104/136.htm
Extensión aproximada: 3 páginas

b - Trastornos del Sueño Durante la Menopausia



Guillermo Acosta Osio, Columnista Experto de SIIC

Institución: Universidad y Hospital Metropolitano, Barranquilla, Colombia

Se realiza una revisión de los trastornos del sueño durante la menopausia, su probable etiología, factores desencadenantes, la importancia de la historia clínica y el diagnóstico diferencial; también se analiza la importancia de la terapia hormonal de reemplazo y los tratamientos alternativos.

Artículo completo: www.siiic.info/trabajosdistinguidos/saludmental/104/137.htm
Extensión aproximada: 10 páginas



c - Percepción en la Enfermedad Mental Grave: Repercusiones en la Identidad



Charmaine Williams, Columnista Experta de SIIC

Institución: University of Toronto Faculty of Social Work, Toronto, Canadá

Este artículo hace una revisión de un estudio que evaluó la relación entre la percepción de la enfermedad y el ensimismamiento en el rol de paciente disfuncional entre 25 pacientes con diagnóstico de esquizofrenia y 33 pacientes con diagnóstico de trastorno bipolar. Se encontró una fuerte relación entre estos dos elementos; sin embargo, la información cualitativa reveló que la percepción de la enfermedad no necesariamente causa disfunción. Los pacientes mantienen una imagen positiva de sí mismos mediante el uso de estrategias para reflexionar positivamente sobre la elaboración de su identidad como pacientes y para revalorizarse comparativamente con otros enfermos. El estudio indica que los

médicos pueden promover esos procesos con el fin de fomentar el desarrollo de la percepción con una identidad del paciente positiva y funcional.

Artículo completo: www.siiic.info/trabajosdistinguidos/saludmental/104/138.htm
Extensión aproximada: 8 páginas



d - Resumen y Actualización del Artículo "Vacunas contra Estupefacientes: ¿Una opción Terapéutica Viable?"



Kathleen M. Kantak, Columnista Experta de SIIC

Institución: Department of Psychology, Boston University, Boston, EE.UU.

A partir de la publicación del artículo de revisión "Vacunas dirigidas contra los estupefacientes: ¿una opción terapéutica viable?", aparecido en 2003, han surgido nuevos datos, ideas y abordajes. Este trabajo aporta un resumen del artículo publicado en la revista *Drugs* y una actualización acerca de los datos más nuevos desde que se publicara la mencionada revisión. Diversos estupefacientes han sido blanco de la inmunoterapia, como la cocaína, la nicotina, la fenciclidina, la metamfetamina y la heroína. Las vacunas contra la cocaína y la nicotina progresaron a ensayos clínicos de fase II, basado en el éxito de los estudios clínicos de fase I y de los preclínicos. Los resultados iniciales son alentadores pero aún persiste el problema sobre la variabilidad de las concentraciones séricas de los anticuerpos. Se ha descrito una nueva vacuna contra la heroína –que utiliza un transportador proteico novedoso– y apropiada para su empleo en seres humanos. Esta vacuna es capaz de inducir una respuesta inmune diez veces mayor que la vacuna contra estupefacientes más inmunogénica existente en la actualidad. Con esta nueva proteína transportadora, el problema que produce la respuesta variable a los anticuerpos podría ser superado. Otros abordajes, como los anticuerpos monoclonales humanizados para potenciar la inmunidad pasiva contra un estupefaciente y las partículas de bacteriófagos obtenidas mediante bioingeniería que se unen al estupefaciente en el cerebro en vez de la circulación sistémica, se agregan a la lista de las nuevas ideas para el tratamiento de personas vacunadas con concentraciones séricas bajas de anticuerpos.

Artículo completo: www.siiic.info/trabajosdistinguidos/saludmental/104/139.htm
Extensión aproximada: 7 páginas