



EDITORIAL

Eficiencia de las consultas especializadas. A propósito del trabajo “Evaluación de la eficiencia del manejo clínico del dolor neuropático en consultas especializadas frente a consultas generales en unidades asistenciales de neurología en España”

J. Marta Moreno

Departamento de Neurología, Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza, España

Recibido el 6 de marzo de 2010; aceptado el 9 de marzo de 2010

PALABRAS CLAVE

Dolor neuropático;
Resultados de
investigaciones;
Gestión del dolor;
Medición de los
resultados del
tratamiento del dolor

KEYWORDS

Neuropathic pain;
Outcomes research;
Cost-effectiveness
research;
Pain management;
Measuring results of
pain treatment

Resumen A propósito del trabajo “Evaluación de la eficiencia del manejo clínico del dolor neuropático en consultas especializadas frente a consultas generales en unidades asistenciales de neurología en España” de Matías-Guiu et al, se hace una reflexión sobre las dificultades metodológicas y operativas de trabajar con resultados en salud, calidad de vida o costes en un tema tan subjetivo como es el dolor y su impacto en la vida diaria. A continuación se destaca la importancia de la decisión de establecer una consulta monográfica u otro tipo de dispositivo asistencial específico para el dolor neuropático, incorporando un nivel más a la asistencia. Se dan algunas claves para el análisis de esa decisión.

© 2010 Sociedad Española de Neurología. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Efficacy of specialist clinics. On the article “Assessment of the efficiency of the clinical management of neuropathic pain in specialist clinics compared to general clinics in neurology health care units in Spain”

Abstract With reference to the article “Assessment of the efficiency of the clinical management of neuropathic pain in specialist clinics compared to general clinics in neurology health care units in Spain” by Matías-Guiu et al, a reflection is made on the methodological and operational difficulties of working with results in health, quality of life or costs in something so subjective as pain, and its impact on daily life. It then highlights the importance of the decision to establish a specialist clinic or other type specific care team for neuropathic pain, adding another level of care. Some points are given for the analysis of that decision.

© 2010 Sociedad Española de Neurología. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

El trabajo “Evaluación de la eficiencia del manejo clínico del dolor neuropático en consultas especializadas frente a consultas generales en unidades asistenciales de neurología en España”, de Matías-Guiu et al¹, es novedoso y valiente al

Véase contenido relacionado en DOI:10.1016/j.nrl.2009.12.002.
Correo electrónico: jmarta@salud.aragon.es.

plantear el estudio de la eficiencia de la intervención como su objetivo principal y, además, lo hace en un tema tan difícil como es el dolor. Su lectura es muy interesante y creemos que merece algunos comentarios y una reflexión.

Aunque, como reconocen sus autores, el estudio tiene algunas limitaciones en el número de casos, su carácter retrospectivo o la difícil homogeneidad de la muestra y las intervenciones en ambos grupos, este trabajo nos da la oportunidad de abrir un debate acerca de temas muy importantes:

1. La dificultad metodológica y operativa que supone trabajar con resultados en salud, calidad de vida o costes en un tema tan subjetivo como es el dolor y su impacto en la vida diaria.
2. El análisis de la decisión de establecer una consulta monográfica u otro tipo de dispositivo asistencial específico para el dolor neuropático, incorporando un nivel más a la asistencia, lo que es (o debiera ser) un decisión organizativa de primer orden en un servicio.

La primera cuestión planteada destaca la dificultad de medir costes y resultados de forma multidimensional, mediante escalas validadas, que reflejen la vivencia del dolor (subjetivo) y su interferencia en el bienestar o las actividades cotidianas (en gran medida subjetivo) y el rendimiento individual (mediado por las circunstancias del paciente, por ejemplo, según situación laboral o apoyos familiares, etc.).

El abordaje de los costes se realiza distinguiendo costes directos e indirectos, calculando estos últimos según la aproximación social o "de abajo a arriba". Esto supone asignar como costes indirectos lo que el paciente tiene que dejar de hacer y los ingresos que deja de percibir por el menoscabo que le supone la enfermedad, con la dificultad de acotar qué conceptos se deben incluir y cómo se operativiza su medida^{2,3}. En ese sentido, el trabajo comentado hace un planteamiento que deberá ser referente y comparativo para los que se realicen en el futuro y, por lo tanto, supone una aportación metodológica importante.

Además, se hace un esfuerzo por valorar aspectos de la asistencia que son muy relevantes para el paciente en esa situación, como la accesibilidad y la demora en la valoración y el tratamiento o la satisfacción con su médico. No creemos que en una consulta monográfica de dolor esas dos cuestiones se puedan considerar independientes. La accesibilidad, entendida como la posibilidad de que los pacientes con dolor neuropático consigan atención sin una dilación excesiva cuando lo precisen, no es sólo un objetivo, sino que puede ser en sí misma parte del tratamiento e influir en los resultados. Tener una cita sin demora con un médico en quien se confía puede evitar, en gran parte, la ansiedad y la automedicación e incluso puede tener un efecto placebo⁴. En una consulta o unidad monográfica, la demora en la atención va ligada a cómo se articula con los otros niveles asistenciales. Eso nos lleva a una segunda reflexión, que debería ser explícita y meditada antes de considerar la puesta en marcha de una consulta monográfica o una unidad en nuestros centros: la necesidad de ella y la importancia de la gestión de las derivaciones entre niveles asistenciales.

Queremos aclarar que no hablamos aquí de dos situaciones concretas que dan lugar a dos afirmaciones por nuestra parte. La primera, es que las unidades del dolor de nuestros centros deberían ser auténticamente multidisciplinarias y contar con el neurólogo⁵. La segunda es que la indicación de los casos subsidiarios de neuroestimuladores y, en general, de procedimientos neuroquirúrgicos para el dolor la deben hacer neurólogos superespecializados. En los dispositivos de alta especialización, la clave de la eficiencia es la correcta selección y el seguimiento de los casos (véase la cirugía de la epilepsia o de los trastornos del movimiento).

Dejando al margen estas dos situaciones que requieren una consulta especializada, la pregunta es si la consulta o unidad monográfica que nos planteamos es necesaria, esto es, aporta un valor añadido sobre lo existente que justifique su apertura, cuál es el coste de oportunidad de hacerlo y si no hay otra forma más eficiente de atender esa necesidad.

Para mejorar la asistencia del dolor neuropático o cualquier otra enfermedad, se pueden considerar al menos dos alternativas: *a)* mejorar el manejo por parte del neurólogo general, incluyendo mejoras formativas y organizativas, y *b)* estratificar la oferta, estableciendo unos escalones asistenciales con criterios de derivación entre ellos, en que el escalón inferior sería el médico general y el superior, una consulta especializada o una unidad del dolor multidisciplinaria donde el neurólogo esté presente. Estas dos aproximaciones no son excluyentes y, de hecho, siempre será necesario que en la consulta general se atienda unos determinados casos (más "sencillos") y se seleccione lo que se refiere a la consulta especializada. La selección de los casos que llegan es siempre la clave del buen funcionamiento de una consulta especializada. De no tener el neurólogo general una formación adecuada o si no están bien establecido los criterios de derivación, se duplicarán la asistencia, las pruebas y los tratamientos y se producirá una selección de casos en la consulta de más alto nivel, deslizándose hacia los intereses del médico (casos interesantes desde el punto de vista de la investigación, la docencia, recomendados, personal sanitario y allegados, etc.) y no a las necesidades de los pacientes. A las consultas de más alto nivel, en lo público y en lo privado, acuden los pacientes con mayor nivel económico y cultural y no los que más lo precisan, como cabría esperar. Nuestra propia experiencia y la bibliografía de los estudios de utilización en nuestro país y en otros desarrollados así lo demuestran^{6,7}.

A igualdad de calidad de asistencia prestada y costes, puede estar justificado abrir una consulta monográfica, con base en los beneficios no asistenciales (docencia, investigación), para lo cual también es imprescindible tener muy claros los criterios de derivación en ambos sentidos (selección de casos). Para investigar, casi siempre es necesario conseguir una homogeneidad de lo atendido y un volumen suficiente de casos, lo cual nos lleva a la siguiente conclusión: deben ser pocas, con una casuística suficiente y con una clara área de referencia.

En resumen, creemos que se deben proponer unidades de dolor neuropático, pocas, con un área de referencia clara, de casos seleccionados, que cuente con protocolos y criterios de derivación entre especialistas y niveles asistenciales, que sean un foco de investigación, formación, gestión y seguimiento de la calidad de la atención a esa enfermedad en su área de referencia y que esté articulada

la comunicación con los médicos que pueden referir a pacientes y con los propios pacientes, garantizándoles la accesibilidad, para lo cual puede ser interesante utilizar la tecnologías de la información o una consulta de enfermería asociada que apoye el seguimiento y la formación en autocuidados de estos pacientes. Con estas consideraciones, estamos hablando de unidades muy complejas que, con el fin de caracterizarse y garantizar la idoneidad en su estructura, procedimientos y resultados, deberían ser unidades acreditadas basadas en criterios explícitos elaborados por expertos. Y en esto las sociedades científicas tienen la oportunidad y el deber de ser protagonistas.

Bibliografía

1. Matías-Guiu J, Guerrero M, López-Trigo J, Montero J, Ortega A, Alfonso V, et al. Evaluación de la eficiencia del manejo clínico del dolor neuropático en consultas especializadas frente a consultas generales en unidades asistenciales de neurología en España. *Neurología*. 2010;25:210–21.
2. Van den Berg B, Brouwer WB, Koopmanschap MA. Economic valuation of informal care. An overview of methods and applications. *Eur J Health Econ*. 2004;5:36–45.
3. Jorgensen N, Cabañas M, Oliva J, Rejas J, León T. Los costes de los cuidados informales asociados a enfermedades neurológicas discapacitantes de alta prevalencia en España. *Neurología*. 2008;23:29–39.
4. Hróbjartsson A, Gøtzsche PC. Placebo interventions for all clinical conditions. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2010, Issue 1. Art. No.: CD003974.
5. Martínez-Salio A. El papel del neurólogo en el tratamiento del paciente con dolor crónico. *Rev Neurol*. 2005;41:641–2.
6. Van Dooslaer E, Masseria C, Koolman X. Inequalities in access to medical care by income in developed countries. *CMAJ*. 2006;174:177–83.
7. Regidor E, Martínez D, Astasio P, et al. Asociación de los ingresos económicos con la utilización y la accesibilidad de los servicios sanitarios en España al inicio del siglo xxi. *Gac Sanit*. 2006;20:352–9.