

PAIN PROPOSAL

ANDALUCÍA

INTRODUCCIÓN

El dolor crónico es una experiencia compleja del individuo que afecta a toda su personalidad y que precisa de una visión holística para su adecuado tratamiento. Para ello es importante una adecuada entrevista clínica y una evaluación integral en la que la participación y la alianza con el paciente sea un pilar fundamental; no hay que olvidar que tratamos personas (cuestión de trato más que de tratamiento), los tratamientos farmacológicos no son la única respuesta a los problemas de salud: antes de medicalizar hay que humanizar. Citando a William Osler, *“es más importante conocer el enfermo que porta una enfermedad que la enfermedad que porta el enfermo”*. La atención respetuosa, el cariño y refuerzo positivo hacia la persona enferma marca la diferencia entre sufrir la enfermedad y convivir con ella. El enfermo necesita el reconocimiento de su singularidad y esfuerzo para convivir con la enfermedad.

El dolor crónico, como su propio nombre indica, es una enfermedad crónica y como tal debe ser tratada (al igual que la diabetes, hipertensión arterial u otra enfermedad crónica) necesitando seguimiento, controles periódicos, apoyo psicológico... Estos enfermos sufren frecuentes recaídas y recidivas, por lo que es necesario un seguimiento periódico.

En la actualidad, los problemas de comunicación de la información sobre la enfermedad y el tratamiento suelen ser la causa más frecuente de insatisfacción del paciente. Entre los aspectos más valorados por estos están el recibir una información clara y comprensible, especialmente sobre el tratamiento y sus efectos, así como que el médico les aclare dudas y les facilite el conocimiento y la comprensión de su problema.

Sentirse informado es, pues, cada día más una necesidad y una expectativa irrenunciable de los pacientes y, por tanto, debe ser también un compromiso de los profesionales.

Si en todo acto médico la relación médico-paciente es fundamental, aquí, si cabe, lo es más por las especiales características de complejidad de la propia enfermedad y el

significado en la vida de los pacientes. Por ello la colaboración, respeto mutuo e implicación del propio paciente es fundamental, por lo que se deberá negociar con él el plan y objetivos del tratamiento. Las creencias, miedos, expectativas que tiene el paciente acerca de su dolor son fundamentales a la hora de enfrentarnos al mismo.

Hay que partir de la premisa de que tratar el dolor es un derecho de la persona, es un deber del profesional, es responsabilidad de todos y es una negligencia no hacerlo.

Dentro del tratamiento del dolor crónico destacamos la propuesta de Turk y Holzman: reconceptualización de las causas del dolor, comunicar un mensaje de esperanza y optimismo implícita o explícitamente, individualizar el programa dependiendo de las necesidades específicas, responsabilizar al paciente de sus progresos, exigir la participación del paciente en la aplicación del tratamiento, aprender nuevas habilidades, facilitar la activación del paciente, aumentar la expectativa de eficacia personal y fomentar las autoatribuciones del cambio positivo (motivar). La alianza médico-paciente es la base de todo el proceso de abordaje del dolor crónico desde la primera visita; para ello es fundamental que exista una comunicación franca y clara entre los dos basada en la confianza y respeto mutuo por ambas partes.

El objetivo terapéutico no es la curación, si no la rehabilitación y restauración de la funcionalidad, disminuyendo su discapacidad. La reelaboración del concepto de dolor crónico que tiene el paciente incluye redefinir el concepto de su enfermedad, así como los objetivos, procedimientos y resultados del tratamiento, disminuir la discapacidad y aumentar la calidad de vida mejorando la funcionalidad, disminuyendo el sufrimiento y la utilización de los servicios asistenciales de una forma inadecuada. En resumen, identificar metas para cambiar aspectos de su vida y aceptar una mayor responsabilidad en su tratamiento.

Por otra parte, una característica propia de la Atención Primaria (AP) es la prevención y, en este sentido, al abordar el dolor crónico se siguen las reglas de toda prevención:

- En la primaria se debe evitar la aparición de la lesión, promoviendo un estilo de vida, realizando deporte de una forma adecuada, una educación ergonómica en la vida diaria, trabajo, casa, estudio, prevención de heridas, traumatismos...
- La prevención secundaria debe impedir que el problema de dolor se cronifique con una activación temprana y un programa de ejercicios adecuado, así como prevenir la discapacidad, seguir en la medida de lo posible una vida normal y enfatizar la vuelta al trabajo.
- La prevención terciaria son programas que se ponen en funcionamiento para ayudar a pacientes que ya presentan dolor crónico, como fomentar un estado

cognitivo y emocional positivo. Evaluación y reconceptualización de expectativas y creencias desadaptativas, evitar las conductas que refuerzan el papel de enfermo (ansiedad, temor, miedo, preocupación excesiva, desmoralización), incluida la propia familia que no debe sobreproteger al enfermo, y por último, un abordaje de forma coordinada y multidisciplinaria.

- La prevención cuaternaria incluye los aspectos que origina el propio sistema sanitario, básicamente evitar la iatrogenia, las exploraciones no solo inútiles, sino que entrañan un riesgo para la salud.

ATENCIÓN PRIMARIA

- **Dra. María Reyes Díaz Osto, representante de la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMergen)**
- **Dr. Manuel Lubián, representante de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (SEMFYC)**
- **D. Diego Vargas, representante de la Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG)**

El Real Decreto 3303/1978, sobre la Regulación de la Medicina de Familia, especifica que *“el médico de familia constituye la figura fundamental del sistema sanitario y tiene como misión realizar una atención médica integrada y completa en los miembros de su comunidad”*. Sobre esta premisa, los especialistas de Atención Primaria posicionan a su colectivo como el canalizador del resto de profesionales sanitarios para los pacientes con dolor crónico.

El papel del profesional de Atención Primaria en el manejo del paciente con dolor crónico

El médico de familia debe prestar al paciente con dolor una atención integral, integrada, longitudinal, continuada, permanente y accesible. Este abordaje del dolor debe estar cimentado en equipos multidisciplinarios, comunitarios y participativos, en cuyo centro se sitúe su colectivo.

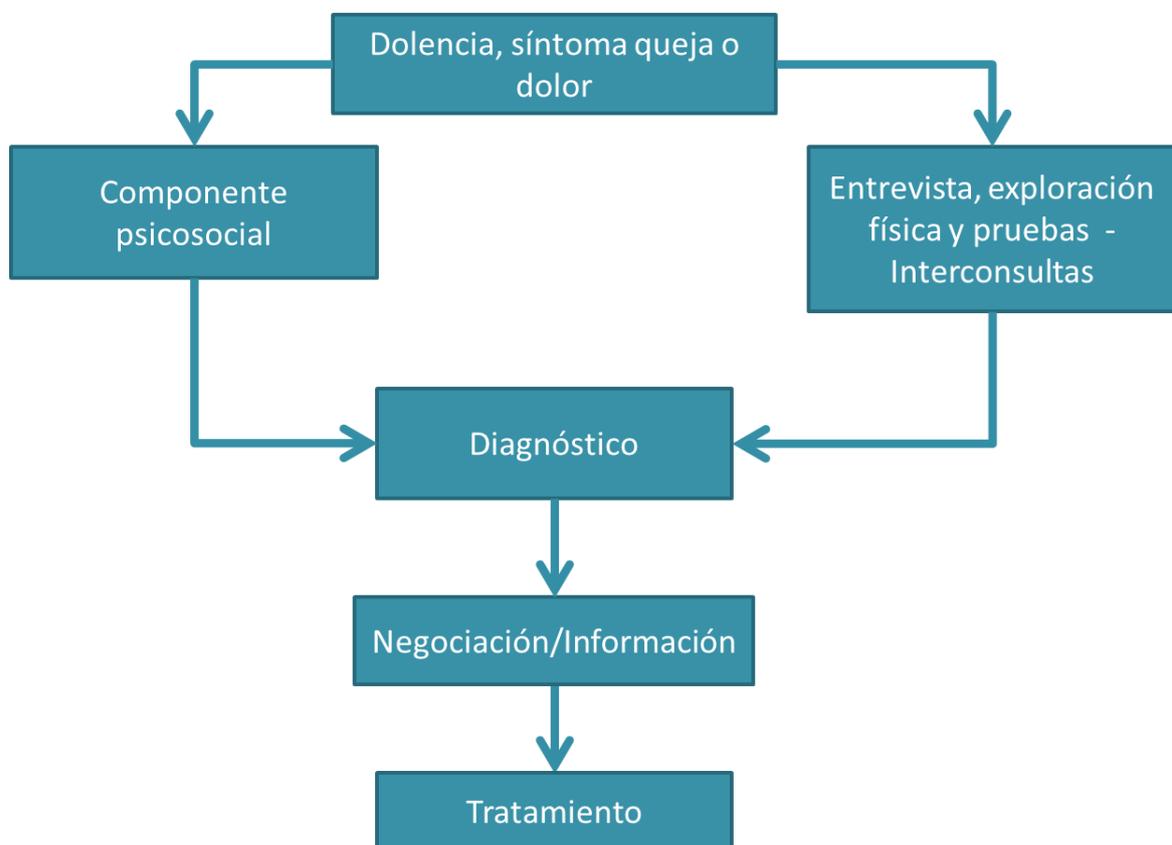
Para entender correctamente el papel que juega el médico de familia, hay que tener en cuenta las principales características de las consultas en Atención Primaria. Así, lo primero y más importante es que se dispone de un corto tiempo de entrevista que va desde los cinco a los diez minutos. En este sentido, aproximadamente la mitad de este

tiempo se destina a conocer los motivos de consulta (sintomatología de la enfermedad). Pero hay otros aspectos que deben estudiarse para comprender mejor la situación del paciente y así ofrecerle un mejor servicio: entorno, contexto social y familiar, situación personal, expresión facial, etc.

Por todo ello, el papel del colectivo de Primaria debe basarse en el modelo biopsicosocial por el cual el componente social no puede anular la importancia de la biología clínica, pero sí ha de tenerse muy en cuenta. Desde esta perspectiva, se ha de desglosar qué abarca cada uno de los componentes del modelo:

- Biológico: conocer la enfermedad y cómo tratarla.
- Psicológico: entender la implicación afectiva y emocional de la enfermedad.
- Social: tener en cuenta el entorno familiar, social y laboral para el abordaje de la enfermedad.

El colectivo de Atención Primaria propone el siguiente modelo clínico de atención al paciente:



Tipología de los casos más frecuentes en Atención Primaria

Según los datos de la encuesta de salud andaluza de 2007, los problemas más frecuentes en dolor crónico son los relacionados con la espalda, cuello, hombro o cintura. Este tipo de dolor está presente en un 18,1% de la población andaluza. Dentro de este porcentaje, el 19,4% son mujeres y el 16,7% son hombres.

La prevalencia del dolor aumenta con la edad, ya que afecta a un 4,4% de la población comprendida entre 16 y 24 años y a un 35,5% de la población mayor de 75 años.

Por otro lado, el perfil de paciente con dolor crónico se caracteriza por ser mujer, mayor de 50 años, ama de casa, con un nivel social medio y con estudios básicos. Además, suele tener enfermedades asociadas como la hipertensión, obesidad, dislipemia, climaterio, trastornos mixtos ansioso-depresivos, mioma uterino, etc. Por lo general, necesita acudir varias veces por un mismo dolor a varios especialistas.

Por último, para valorar el coste que supone el dolor en productividad laboral, la encuesta andaluza de salud arroja los siguientes datos:

- En el 76,1% de los pacientes (70,9% mujeres y 81,3% hombres), en las cuatro últimas semanas el dolor no había generado ningún tipo de dificultad en su trabajo habitual.
- Al 19,6% de los pacientes (24,0% mujeres y 15,1% hombres) el dolor les dificultó poco o regular su trabajo habitual.
- Al 4,4% de los pacientes (5,1% mujeres y 3,6% hombres) el dolor les ha dificultado mucho o bastante su trabajo.

Por lo tanto, estos datos revelan que el dolor, además de los costes directos, genera una pérdida de productividad laboral, ya que el 24% de la población con dolor de Andalucía asegura que éste le impide o dificulta realizar su trabajo con normalidad. En este caso, de nuevo, se puede observar que las mujeres se ven más afectadas.

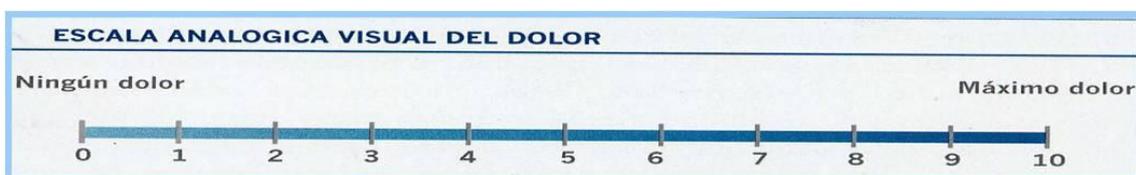
Herramientas de diagnóstico: escalas y cuestionarios para valorar la intensidad del dolor y para diferenciar el tipo de dolor. Utilidad y utilización en Atención Primaria

1. Escalas unidimensionales

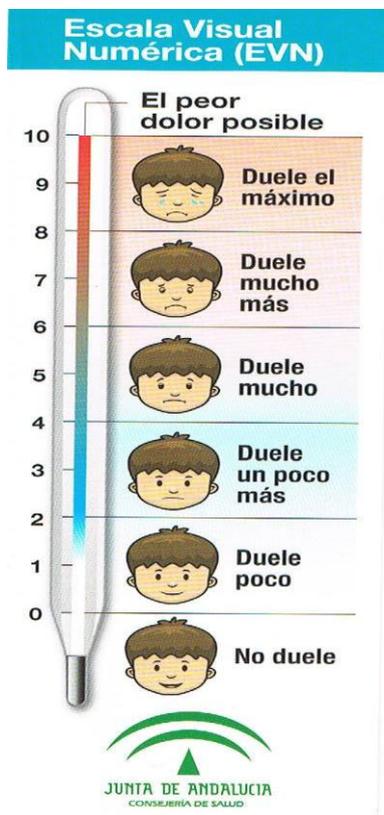
Concepto medido: evaluar cómo evoluciona en una persona la intensidad del dolor a lo largo del tiempo. No sirve para comparar la intensidad del dolor entre distintas personas.

Debe ser sencillo, fácil de utilizar y de comprender. Estas características las tiene la:

- Escala numérica (EN) descrita por primera vez por Downie (1978).
- Escala verbal simple (EVS) (Keele, 1948).
- Escala de expresión facial (Test Oucher) útil en niños y ancianos.
- Escala de Andersen útil en pacientes con bajo nivel de conciencia: relaciona la expresión facial o queja con el movimiento.
- EVA (escala visual analógica) (Huskinson, 1976): autoadministrada, fiable, validada y ampliamente utilizada.



A continuación se reproduce la escala recomendada por la Consejería de Salud–Junta de Andalucía donde se mezclan la EVS, la EVN, la escala de expresión facial y el termómetro del dolor, que puede ser útil para todo tipo de población.



2. Escalas multidimensionales

- BPI (*Brief Pain Inventory*, cuestionario de Wisconsin), cuestionario breve del dolor: esta herramienta es fácil de usar. Autoadministrado, validado, cuantifica tanto la intensidad del dolor como la discapacidad que produce. Consiste en una serie de preguntas en relación al dolor experimentado durante las 24 horas (localización, intensidad, impacto sobre el estilo de vida, tipo y efectividad del tratamiento). Es el recomendado en el PAI de DCNO.
- McGill Pain Questionnaire (Melzack, 1975): esta herramienta agrupa los descriptores en tres categorías (sensorial, emocional y evaluativa) que, a su vez, comprenden un número diverso de subclases. Cada subclase pretende describir una cualidad distinta del dolor y posee un número variable de descriptores ordenados según la intensidad de la cualidad a la que se refieren. El cuestionario permite obtener no sólo la intensidad del dolor, como haría cualquier herramienta unidimensional, sino que además facilita la determinación de características sensoriales y emocionales. Para utilizar el cuestionario se muestran al paciente los descriptores de cada subclase y se pregunta si su dolor se adapta a alguno o a ninguno de ellos. Es más complejo de usar y, por tanto, en AP se reservaría para estudios de investigación.
- Test de Lattinen: valora intensidad del dolor, frecuencia, consumo de analgésicos, incapacidad y sueño.

Guías y protocolos clínicos. Protocolo de derivación entre Atención Primaria y Hospitalaria en el área sanitaria

Andalucía es una comunidad pionera en ese ámbito. Existe el Plan Andaluz de Atención a las Personas con Dolor 2010-2013. Dicho plan se desarrolla en base a Procesos Asistenciales Integrados (PAI), entre ellos:

- Cefaleas.
- Fibromialgia.
- Artrosis de rodilla y cadera.
- Dolor crónico no oncológico.
- Cuidados paliativos.

En las UGC de Andalucía se trabaja con los procesos asistenciales desde hace años. El Proceso Asistencial Integral de Dolor Crónico No Oncológico es todo un referente en el abordaje de estos pacientes.

Las escalas y cuestionarios están perfectamente definidos, así como los flujos de entrada y salida del Proceso.

Con respecto a las escalas se podrían enumerar las siguientes:

- Escalas analógicas visuales que por su sencillez y fácil comprensión serían muy recomendables utilizar ante el paciente con dolor.
- El BPI (*Brief Pain Inventory*), breve inventario del dolor que da una visión más global del paciente.
- El cuestionario de calidad de vida SF12 (el SF36 es largo y su puntuación es algo compleja, así que no es muy útil en la práctica diaria porque consume mucho tiempo).
- El McGill es uno de los cuestionarios más utilizados pero excesivamente largo para utilizarlo en Primaria.
- Las escalas de depresión y ansiedad de Hamilton son muy recomendables (están medidas en DIRAYA).
- El DIN4, sencillo, rápido de contestar y fácil de puntuar para el dolor neuropático.
- El COPE: escala que valora cómo afronta el paciente el dolor. Sirve de ayuda para una posterior intervención en el tratamiento.
- Interesante podría ser la Escala de Catastrofismo (ayuda mucho a la hora de diseñar una estrategia terapéutica).
- Hasta ahora se empleaba el FIQ (*Fibromyalgia Impact Questionnaire*) para evaluar al paciente con fibromialgia. Su uso en la demanda clínica, en el día a día en consulta, no ha sido muy extendido, no así en los estudios de investigación. En 2010 se presentó una redefinición de los criterios diagnósticos de la fibromialgia aceptados de forma preliminar por el American College of Rheumatology: "*Preliminary Diagnostic Criteria for Fibromyalgia and measurement of symptom severity*" (Wolfe et ál). Construyen una escala de gravedad (SS: SS1 donde se valoran signos cognitivos, sueño, fatiga; y SS2, con síntomas somáticos) y el WIPI, índice de dolor generalizado. Los investigadores combinaron la escala SS y el WPI para recomendar una nueva definición del caso de fibromialgia ($WPI \geq 7$ y $SS \geq 5$). La gran ventaja de utilizar estas escalas es que son autoadministradas, el paciente puede sacar su propia puntuación y el médico de familia solo tiene que apuntar la puntuación. Como todas las escalas autoadministradas, habrá un sector de población que tendrá dificultades para rellenarlas por diferentes motivos, pero otro importante sector podrá beneficiarse de las mismas.

- Diario del dolor: existen diferentes modelos. Cada profesional puede aplicar el que mejor le ayude a su objetivo. Es un magnífico modelo de autoaprendizaje sobre su dolor. Aprende cómo, cuándo o cuánto duele, qué emociones, pensamientos o creencias aparecen, cómo se podría controlar, etc. El hecho solo de “darse cuenta” es un paso adelante para afrontar el dolor.
- El MOS de apoyo de social: ayuda a situar al paciente en su entorno social y a ver las fortalezas o debilidades en sus habilidades sociales.

Se podrían poner muchas más escalas multidimensionales para el dolor, la personalidad, la depresión y ansiedad, pero ¿resulta práctico utilizar más escalas multidimensionales para que el médico de Primaria lo utilice de forma rutinaria en su consulta, como utiliza un *score* de riesgo cardiovascular? No hay una respuesta fácil, pero la realidad es la que es. Quizás utilizar varias escalas que le resulten cómodas al médico ayuden a tener una visión integral del paciente con dolor crónico, pero nunca una escala sustituirá a una buena entrevista clínica que tenga en cuenta el abordaje psicosocial.

Las ventajas de las escalas autoadministradas es que cuando el paciente “se para” a escribir, practica el “estar atento” y puede descubrir aspectos de su forma de afrontar el dolor que antes no había hecho consciente.

¿Cómo mejorar la calidad asistencial?

Estos son los principales aspectos que deberían mejorarse para aumentar la calidad asistencial del paciente con dolor:

- El acceso que tiene el usuario a su médico de familia en los centros de salud, de inmediatez y cercanía, sería deseable que ocurriera a nivel de especialistas que tratan al paciente ante una crisis aguda. Que el profesional sanitario posea los recursos necesarios tanto materiales y humanos para llegar al abordaje integral y de tiempo.
- Adecuar los recursos humanos y materiales al número de población asistida.
- Poseer mejor formación en dolor desde el abordaje multimodal ayudaría a disminuir la hiperfrecuentación que suele producirse en estos casos.
- Posibilidad real de que el profesional pueda contactar con las Unidades de Traumatología, Reumatología, Rehabilitación y Unidades del Dolor por teléfono como existen con las Unidades de Cuidados Paliativos.

- Acto único: que el paciente pueda acceder en el mismo día a diferentes actuaciones minimizando el número de citas para llegar al diagnóstico y tratamiento de su proceso.
- Que los plazos para el recorrido que realiza el paciente desde que es derivado por el médico de Primaria a especialidades hasta que vuelve a recibir toda la información del diagnóstico y tratamiento de su paciente sean lo más breve posibles.
- Que en las revisiones que prescriban las especialidades el paciente no tenga que acudir a su centro de salud para hacer el trámite burocrático administrativo; que sean sus Servicios de Atención al Ciudadano los que concierten las citas automáticamente.
- Que médicos de familia y especialidades compartan la misma historia digital (DIRAYA).
- Que los Servicios de Rehabilitación y Fisioterapia puedan trasladarse a las UGC de Primaria.
- Que los profesionales de Primaria sepan abordar al paciente con dolor crónico de una forma integral desde el enfoque biopsicosocial.
- Que el profesional sanitario de Primaria dedique al paciente el tiempo que estime oportuno para llegar a una atención satisfactoria, no sintiéndose presionado por el escaso tiempo del que dispone.
- Que el profesional tenga una buena comunicación médico-paciente.
- Que tal como está contemplado en el PAI de dolor crónico no oncológico, enfermería tenga una importante relevancia en la atención de estos pacientes.
- Que el profesional tenga los conocimientos, habilidades y actitudes suficientes para abordar el dolor crónico tanto desde el punto de vista del abordaje farmacológico como no farmacológico.
- Que el paciente pueda acceder a una segunda opinión médica.
- Formación del médico en counselling, entrevista motivacional y mindfulness para el abordaje integral del dolor.
- Creación de grupos de educación y terapia grupal para el dolor en los centros de salud, en colaboración con las Unidades de Rehabilitación, Fisioterapia y Salud Mental.
- Que el tratamiento se ajuste de forma individual de acuerdo a la mejor evidencia.
- Creación de grupos de formador de formadores que formen a los profesionales implicados en el seguimiento del paciente.
- Que al profesional de Primaria se le facilite información sobre la Red de Recursos de su Comunidad (ayuntamientos con talleres de ejercicio, gimnasia,

baile, memoria, relajación, yoga, tai-chi, etc.; asociaciones relacionadas con el dolor, etc.).

- Sería deseable crear una guía de recursos locales de la Comunidad.
- Sería aconsejable que en la formación continuada de las UGC se produjeran contactos con los farmacéuticos de la zona que podrían contribuir a la Educación para la Salud del paciente con dolor, diseñando una guía de cuidados compartidos.
- Prescripción, por parte de los facultativos, de todas las pruebas necesarias para llegar al diagnóstico sin tener que depender de derivación a Especializada.

¿Cómo mejorar la continuidad asistencial: A. Primaria - A. Especializada - Farmacia?

- Acuerdo de gestión de derivaciones A. Especializada-A. Primaria consensuado y firmado por ambas partes.
- Acuerdo de gestión con los Servicios de Rehabilitación y Fisioterapia consensuados y firmados por parte de Primaria y Especializada.
- Que en todas las mesas de gestión esté representada la Atención Primaria.
- Acuerdos de gestión comunes de prescripción de A. Especializada-A. Primaria-Farmacia: sería aconsejable que tuvieran los mismos protocolos de prescripción (cuando un paciente comparte cuidados es muy importante que el mensaje que reciba no sea contradictorio y/o discrepante entre las partes implicadas, lo cual puede crear inseguridad, dudas y falta de adherencia al tratamiento).
- Acuerdo de formación con las universidades en relación con másteres sobre dolor crónico.
- Acuerdo de cuidados compartidos con entrenadores universitarios de educación física que diseñen programas de ejercicios accesibles, de fácil introducción en la vida cotidiana del paciente, para impartir a grupos de pacientes para que los profesionales de la salud del SAS puedan entregar a los pacientes y los puedan desarrollar en los grupos de Educación para la Salud de las UGC de Primaria.

Necesidad de formación continuada del dolor. Actividades formativas de mayor interés

- Abordaje integral del dolor crónico no oncológico: generalidades del dolor, mecanismos de producción, evaluación, diagnóstico y tratamiento multimodal.
- Abordaje en cuidados paliativos.
- Aprender y desarrollar habilidades de comunicación.

- Manejar la entrevista motivacional, counselling, mindfulness.
- Mejorar el abordaje psicosocial del paciente con dolor crónico no oncológico.
- Profundizar en el tratamiento farmacológico del dolor.
- Aprender y aplicar las recomendaciones sobre ejercicio físico e higiene postural.
- Aprender sobre terapias alternativas, incluida acupuntura y posibles recomendaciones.
- Aprender y utilizar técnicas de relajación, meditación, mindfulness.
- Aprender el manejo de talleres grupales sobre el dolor.
- Facilitar el conocimiento y manejo de la dinámica grupal.
- Acceder a másteres sobre dolor crónico no oncológico y cuidados paliativos.
- Formarse en el proceso asistencial de cuidados paliativos y dolor crónico no oncológico. Incluir en formación MIR (médico de familia): módulo sobre abordaje integral del dolor crónico no oncológico y cuidados paliativos basado en el modelo psicosocial.
- Incluir en formación pregrado un monográfico del dolor crónico.

ATENCIÓN HOSPITALARIA

- **Dr. Rafael Gálvez, representante de la Sociedad Española del Dolor (SED)**
- **Dr. Jerónimo Herrera, representante de la Asociación Andaluza del Dolor**

En este apartado, los especialistas presentaron los datos de un completo estudio llevado a cabo por la Asociación Andaluza del Dolor, aún sin publicar, el cual ha sido realizado entre 1.400 pacientes a través de entrevistas telefónicas y sirve como una excelente radiografía de la prevalencia del dolor en Andalucía. Así, cabe destacar los siguientes datos:

- El 15% de la población andaluza sufre algún dolor de tipo crónico.
- La valoración media de la intensidad de estos dolores es de 5,4 en la escala numérica.
- El 54,8% de los diagnósticos son realizados por la Atención Hospitalaria, frente al 36,3% que realiza el médico de Atención Primaria. Por el contrario, en Atención Primaria se inician el 51,9% de los tratamientos, frente al 28,3% de los realizados en Atención Hospitalaria.

- Casi la mitad de los pacientes visitaron a dos profesionales sanitarios distintos para contrastar el diagnóstico recibido.
- El 16,8% de los que padecen dolor no acude actualmente a ningún médico.
- Al 77,5% de la población con dolor se le prescriben medicamentos orales. El 15,8% sigue tratamientos o terapias complementarias, mientras que el 7,9% reconoce automedicarse.

El papel del profesional de Atención Hospitalaria en el manejo del paciente con dolor crónico

- Los especialistas hospitalarios han de ser el puente entre la Atención Primaria y el paciente.
- En el caso de los especialistas de las Unidades de Tratamiento del Dolor, también tiene que servir de enlace entre los profesionales que tratan el dolor del paciente.
- Tiene que posibilitar la rotación y el reciclaje al profesional de Atención Primaria.

Tipología de los casos más frecuentes en Atención Hospitalizada (Unidades de Tratamiento del Dolor)

Para clasificar los casos más frecuentes es necesario realizar una triple catalogación que se realizaría desde lo general, pasando por lo específico y finalizando por los cuadros clínicos.

Así, en cuanto al carácter general, la tipología más frecuente es la siguiente:

- Dolor intenso.
- Dolor sin control ni alivio en Atención Primaria.
- Casos que precisan de técnicas específicas de la Unidad de Tratamiento del Dolor, como por ejemplo, bloqueos selectivos.
- Pacientes considerados como complicados: aquellos que presentan pluripatologías o están polimedicados o que sufren múltiples alergias.
- Pacientes con problemas legales o periciales que precisan de exámenes más exhaustivos que los realizados en Atención Primaria.

En cuanto al carácter específico, cabe destacar las siguientes características:

- Pacientes con un alto componente neuropático.
- Pacientes con dolor nociceptivo rebelde a la terapia convencional.

En lo relativo a los cuadros clínicos, las tipologías más habituales son:

- Dolor postlaminectomía, raquialgias crónicas (lumbalgias, dorsalgias, etc.) o lumbociática crónica.
- Neuralgias (fasciales, postherpéticas, femorocutáneas, etc.) y otras neuropatías con dolor incoercible.
- Artrosis generalizada por dolor no controlado, dolor muscular incoercible.
- Dolor inflamatorio articular no controlado.
- Dolor de origen vascular isquémico.
- Dolor oncológico sin control.
- Dolor crónico visceral.
- Dolor postoperatorio crónico.
- Dolor crónico de origen desconocido.

Recursos asistenciales disponibles

En cuanto a los recursos asistenciales existentes en Andalucía, destacan la farmacología analgésica combinada, los bloqueos selectivos nerviosos y espinales, la estimulación nerviosa transcutánea (TENS) e iontoforesis, la estimulación medular y periférica, la radiofrecuencia y la infusión espinal.

Pero estos no son los únicos recursos, ya que desde hace unos años se han ido poniendo de moda otros como la vertebroplastia, la ozonoterapia o la acupuntura. En esta última terapia, Andalucía ha sido pionera en España, ya que ha sido la primera región que ha incluido servicios de acupuntura en casi todos sus hospitales.

Disponibilidad de guías clínicas y protocolos de actuación en dolor crónico

Las guías clínicas y los protocolos de actuación en dolor crónico deben buscar el consenso de todos los profesionales médicos a través de las sociedades científicas implicadas en su proceso de abordaje. Así, existe el ejemplo de la guía de tratamiento de dolor neuropático de 2009; un consenso que implicó a semFYC, SEMERGEN, la Sociedad Española del Dolor y las Sociedades de Traumatología, Reumatología, Rehabilitación y Neurocirugía.

Finalmente, estas guías deben incluir tanto aspectos farmacológicos como los no farmacológicos, ya que se pretende buscar un tratamiento integral del paciente. Éstas deberían evaluar la posibilidad de terapias alternativas o coadyuvantes como la homeopatía o acupuntura, así como sentar bases de actividades físicas (piscina, gimnasia, etc.) o de rehabilitación.

¿Cómo mejorar la adherencia a los tratamientos?

Este apartado se limita a una serie de puntos fundamentales:

- Implicación del paciente.
- Aleccionamiento familiar.
- Coordinación entre Atención Primaria y Especializada.
- Ajuste de medicación.
- Tratamiento integral del paciente.

¿Cómo mejorar la continuidad asistencial: A. Primaria – A. Hospitalaria – Farmacia?

Primero, los procesos asistenciales integrados son fundamentales para la interrelación de los profesionales y Andalucía es una comunidad pionera en este aspecto, hasta tal punto que existe un decreto que especifica este extremo. Si bien es cierto que éste debería ser de obligado cumplimiento.

En segundo lugar, los protocolos analgésicos deberían estar consensuados: primero entre Atención Hospitalaria y Atención Primaria y después entre estos dos colectivos y Farmacia. Si no hay consenso en los protocolos se pierde efectividad y los costes se elevan a la hora de abordar el dolor. Por otro lado, y no menos importante, un consenso protege a los profesionales a la hora de tomar decisiones.

En siguiente lugar, se deberían introducir las comisiones de dolor en la cartera de servicios. Estas comisiones estarían integradas por Atención Hospitalaria, Atención Primaria, Farmacia y la propia Administración. Existen ejemplos en otras regiones, como son los casos de Cataluña y País Vasco.

Además, es necesaria la existencia de Unidades de Tratamiento del Dolor de referencia en todos los hospitales de tercer nivel –o por lo menos en la gran mayoría– y en algunos comarcales. En ese sentido, Andalucía también se convierte en referencia, ya que un gran porcentaje de los hospitales de tercer nivel disponen de UTD de

referencia. También resulta básico la implicación y formación del colectivo de enfermería.

Otro aspecto clave es la reducción de la demora asistencial. Para ello tiene que facilitarse la accesibilidad del paciente a los distintos servicios del hospital. Un ejemplo de fácil implantación sería que todas las áreas de un hospital dispongan de un teléfono directo al que puedan llamar los pacientes. Esta medida de implementación de teléfonos directos en las áreas facilitaría también la accesibilidad y comunicación entre los propios profesionales médicos.

Las sesiones clínicas interdisciplinarias son otra opción de mejora de la continuidad asistencial. Así, por ejemplo, se podrían llevar a cabo dichas sesiones en los centros de Atención Primaria o en los mismos hospitales.

Los cursos de formación obligatoria en dolor para los médicos residentes de primer año y la teleasistencia (como es el caso de Extremadura, donde está perfectamente implantada) son otros aspectos de mejora de la continuidad asistencial.

Necesidades de formación continuada del dolor

La formación se podría clasificar en tres niveles:

- Nivel de pregrado: asignatura de dolor en la licenciatura.
- Nivel MIR: formación específica en dolor y rotación de profesionales por Unidades de Tratamiento del Dolor.
- Nivel postgrado: máster en tratamiento del dolor.

UNIVERSIDAD

- **Dra. Esperanza del Pozo Gavilán, departamento de Farmacología de la Facultad de Medicina de la Universidad de Granada**

Desde el punto de vista académico es importante valorar qué aspectos se tratan en relación al dolor y cómo se abordan en los distintos niveles de formación. Así, en este sentido, se han analizado cómo se aborda el dolor en los estudios de grado o licenciatura y en los estudios de postgrado.

Grado o licenciatura

Al contrario de lo que se puede o se suele decir, en los estudios de grado (antes licenciatura) se le da cierta relevancia al tema del dolor. Así, en el BOE –donde se incluyen todos los contenidos y temática a tratar– existen descriptores específicos sobre fármacos analgésicos.

En el grado, el dolor se trata desde la perspectiva de la fisiología, desde la farmacología y patología. Desde el punto de vista farmacológico ha habido notables avances respecto a cómo se abordaba en el pasado, ya que tradicionalmente se han estudiado los grupos analgésicos mayores u opioides y los analgésicos antiinflamatorios. Desde hace unos años los contenidos del dolor se han desarrollado más para dar cabida a otros fármacos no analgésicos como los antidepresivos tricíclicos y los antiepilépticos como los gabapentinoides (gabapentina y pregabalina).

Pero estos avances en farmacología no hay que circunscribirlos exclusivamente a los estudios en medicina. Por ejemplo, en odontología esta nueva farmacología debe tenerse en cuenta para tratamientos faciales atípicos, los cuales no se realizan con AINEs, sino con antidepresivos o antiepilépticos.

Por último, también hay contenidos de dolor agudo en las asignaturas de anestesia y reanimación o de fundamentos de anestesiología, que en la Universidad de Granada dependen del Departamento de Farmacología, aunque esto no tiene por qué ser así en otras facultades de medicina.

Por tanto, en el grado no existe una asignatura específica de dolor, sino que sus contenidos están dispersos entre las distintas asignaturas de patología y en las asignaturas de fisiología –en lo que respecta a la parte de fisiopatología– y, principalmente, en la materia de farmacología.

Postgrado

En el caso particular de la Universidad de Granada, existe un postgrado que es el Máster Oficial en Neurociencias y Dolor. Se imparte en la universidad desde el año 2006/2007, cuando surgió como un estudio de doctorado interuniversitario que, con la nueva formativa adoptada, se convirtió en máster oficial y fue de los primeros en conseguirlo por tener la Mención de Calidad otorgada por el Ministerio de Educación en 2008.

Este máster es interdisciplinar y en él colaboran muy activamente profesores de medicina (de todas las áreas: fisiología, farmacología, anatomía, psiquiatría y de psicología, entre otras).

El alumnado también es interdisciplinar. Un tercio de los estudiantes son médicos, mientras que los otros dos tercios están integrados por profesionales de enfermería, fisioterapia y psicólogos.

Los objetivos de este máster son, principalmente:

- Actualizar los conocimientos mediante el abordaje teórico y el desarrollo de líneas de investigación en el campo de las neurociencias en general y del dolor en particular.
- Aumentar las competencias de los profesionales sanitarios en aspectos relativos al dolor.

En cuanto a los contenidos, estos no son fijos y pueden ir variando según las necesidades. Se abordan los siguientes aspectos:

- Fisiología y fisiopatología del dolor.
- Dolor crónico, con especial énfasis en el neuropático.
- Dolor y cuidados paliativos (opcional).
- Dolor orofacial.
- Fibromialgia (que se implementará en un futuro próximo).

En este itinerario de postgrado, los alumnos tienen obligatoriamente que realizar rotaciones, y en el específico de dolor, las rotaciones se llevan a cabo en el Hospital Universitario de Granada Virgen de las Nieves, cuyo responsable es el Dr. Gálvez.

Por último, se realizan trabajos de fin de máster, muchos de los cuales tienen que ver con el dolor.

El Máster Oficial en Neurociencias y Dolor cuenta con la colaboración específica y fundamental de la Asociación Andaluza de Dolor y la Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria (SAMFyC). Con esta última se han elaborado y acreditado conjuntamente cursos de dolor a impartir al alumnado del máster y miembros de la Sociedad.

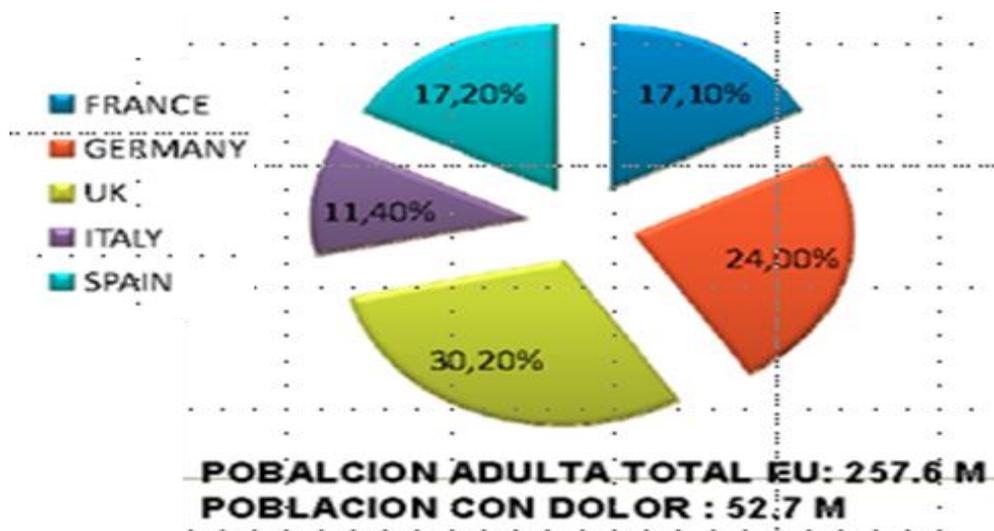
ADMINISTRACIÓN

- **Dr. Juan Antonio Guerra, Director del Plan Andaluz de Atención a las Personas con Dolor**
- **D. Jaime Espín, profesor de la Escuela Andaluza de Salud Pública (EASP)**
- **Dña. Reyes Sanz, de la Dirección de Calidad, Investigación y Gestión del Conocimiento**

Introducción: ¿es el dolor un problema mayor de salud pública?

Haciendo una breve referencia a la situación en Estados Unidos, y según datos del Institute of Medicine (*Relieving pain in America: a blueprint for transforming prevention, care, education and research* de 2011), el dolor crónico afecta al 26% de la población adulta. Este porcentaje es mayor que la suma de pacientes afectados por enfermedades cardiovasculares, diabetes y cáncer. En este sentido, en Estados Unidos las pérdidas anuales en productividad y consumo de recursos sanitarios asciende a la cifra de 635 billones de dólares (no se incluyen costes indirectos). El gasto directo que supone el dolor se estima en 150 billones de euros. Otros datos relevantes de este estudio muestran que entre el 70 y el 90% de los pacientes sufren dolor moderado o intenso (incluyendo ancianos y niños) y que casi el 50% de los afectados por dolor tienen un tratamiento insuficiente o inadecuado.

En Europa, según datos de este mismo estudio, se estima que el dolor supone un gasto directo de 200 billones de euros. En el trabajo de Langley (NHWS, 2010), la prevalencia del dolor asciende al 20%, si bien es cierto que en España es del 17,2%.



Prevalencia del dolor

En cuanto a la intensidad, el 23% de los casos es leve, el 60% de casos moderado y 17% de la población describe el dolor como intenso.

Otros datos relevantes del estudio son:

- La presencia de dolor intenso no solo se presenta en la población cuya edad supera los 65 años, sino también en aquella población entre los 55-64 años (20% intenso y 15% moderado) y también en el rango de 45-54 años (26% intenso y 20% moderado).
- Las mujeres tienen más dolor que los hombres (61% frente al 39% en hombres). También describen una mayor frecuencia de los dolores intenso (66% frente al 34% en hombres) y moderado (64% frente al 36% en hombres) que los hombres.
- El 46,4% de la población tiene dolor en el día a día y, de estos, en el 81% es intenso. Lo que aumenta el impacto al sumarse intensidad y frecuencia.
- El 80% de pacientes con dolor intenso tiene tratamiento pautado, mientras que un 20% no toma tratamiento o lo toman a demanda. En el caso del moderado un 66% es pautado, frente al 37% que siendo leve no tiene pautado tratamiento.
- Se observa un alto consumo de AINEs en dolor intenso y moderado y bajo consumo de opioides y paracetamol.
- La adherencia al tratamiento es, en general, del 50%; se alcanzan los mejores valores en este aspecto cuanto más severo es el dolor padecido.
- Fuerte impacto en calidad de vida, similar a enfermedades como el cáncer. Más que las características demográficas o de la enfermedad, el factor que más deteriora la calidad de vida es la intensidad del dolor.
- Los pacientes con dolor intenso tienen un índice de empleo de solo el 20%; muchos de ellos no son contratados o son contratados a tiempo parcial. Hay una importante repercusión en absentismo (en el caso del dolor intenso se multiplica por 6) y esto se refleja en pérdidas de capacidad laboral y productividad.
- En España los pacientes con dolor intenso tienen un absentismo del 42%, frente a la media europea del 27%.
- El dolor intenso y diario es el que más impacta en uso de consultas y hospitalización.

Antecedentes de planificación del dolor en Andalucía

2005



Proceso Asistencial Integrado: Fibromialgia



Proceso Asistencial Integrado: Dolor Crónico no Oncológico



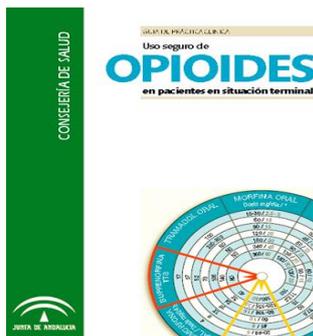
Proceso Asistencial Integrado: Cuidados Paliativos

2008



Plan Andaluz de Cuidados Paliativos (2008 – 2012)

2010



Guía de práctica clínica: uso seguro de opioides en pacientes en situación terminal

¿Por qué la creación e implementación de un Plan de Atención a las Personas con Dolor?

Existe una realidad palpable y desde la Consejería, y todos los actores implicados en el abordaje del dolor deben adquirir un compromiso moral para con aquellos que lo sufren.

En este sentido existe una gran cantidad de legislación, a nivel regional, nacional e internacional (buenos ejemplos son Francia, Italia y Alemania), en la que se reconoce el derecho del paciente a recibir un tratamiento adecuado para el dolor.

Por otro lado, desde mayo de 2011 existe una estrategia desarrollada por la *Europe Against Pain* (EFIC) y la *Societal Impact of Pain* (SIP), donde se marca la hoja de ruta a nivel europeo para mejorar en este problema. Esta hoja de ruta marca los siguientes pasos:

- Reconocer la importancia del problema del dolor.
- Poner el conocimiento existente a disposición de todos los profesionales que tienen que utilizarlo y que abordan este problema.
- Concienciar sobre la importancia de impacto del dolor.
- Fomentar la prevención, desde los primeros estadios de la enfermedad.
- Estimular la investigación.
- Crear una plataforma europea para el intercambio de información y experiencias.
- Monitorización de esta plataforma.

Elaboración del plan

En diciembre 2007 se encargó a 24 profesionales multidisciplinares una planificación de tratamiento de dolor y hasta mayo de 2010 estos trabajaron en la elaboración del plan, el cual se puso en marcha ese mismo mes y cuya vigencia se fijó hasta 2013.

Los profesionales involucrados en este plan representaban a los siguientes colectivos:

- Anestesiólogos.
- Cirujanos.
- Enfermeras.
- Expertos en el área del deporte.
- Farmacéuticos.
- Médicos de área de cuidados críticos/urgencias.
- Médicos de familia.
- Pediatras.
- Psicólogos.
- Psiquiatras.
- Rehabilitadores.
- Radiólogos intervencionistas.
- Traumatólogos.
- Epidemiólogos.
- Técnicos de gestión de Consejería y SSPA.
- Administrativos.

Plan andaluz de atención a las personas con dolor 2010-2013



A. Aspectos del dolor que aborda el Plan

El principal tipo de dolor que aborda el plan es el crónico, que se especifica como un dolor que supera los tres meses de duración y además se presenta de forma continua o intermitente durante más de cinco días por semana. Se incluye tanto el dolor de origen oncológico como no oncológico. Pero esto no implica que sea el único tipo de dolor o aspecto específico que abarque, ya que el plan está proyectado para abordar el dolor de una manera transversal. Así, además del dolor crónico, el plan comprende:

- Dolor perioperatorio en relación con intervenciones de cirugía mayor (digestiva, torácica, traumatología y ortopedia, toco-ginecología, etc.).
- Dolor relacionado con procedimientos menores de diagnóstico o tratamiento (no invasivos o mínimamente invasivos).
- Dolor en situaciones de atención urgente o en emergencias.
- Dolor en población vulnerable: la infancia, personas mayores, personas con trastornos mentales y personas discapacitadas.

B. Líneas de actuación del plan

Tras un exhaustivo análisis de situación llevado a cabo por la Dirección General de Asistencia Sanitaria para tener una radiografía exacta del abordaje del dolor en toda Andalucía, los profesionales involucrados en la elaboración del plan acordaron desarrollar el mismo en las siguientes seis líneas de actuación:

1. *Incorporar la atención del dolor como un valor ético en el Servicio de Salud Pública de Andalucía.*

Esta primera línea pretende incluir el dolor como valor en los programas corporativos y en los niveles altos de gestión. Para ello, en una primera instancia el plan se ha presentado en el Sistema Andaluz de Salud y ha creado un grupo de trabajo para incorporar la cartera de servicios del plan a la cartera de servicios del Servicio de Salud Pública de Andalucía.

En segundo lugar, se han establecido alianzas con la Universidad de Sevilla y con la Universidad Internacional de Andalucía en la elaboración de un máster formativo en dolor. En este sentido, se pretende continuar estableciendo estas alianzas con otras universidades andaluzas.

Por último, en esta primera línea se han establecido sinergias con distintos planes integrales como los de cuidados paliativos, salud mental o urgencias-emergencias. Estas colaboraciones han dado como resultados talleres de formación, contenidos formativos o la propia *Guía de Uso de Opioides*, la cual está en fase de implementación.

2. *Establecer una estrategia activa de intervención integral en las personas con dolor, garantizando la continuidad en el Servicio de Salud Pública de Andalucía.*

Para evitar que el plan acabara siendo un documento que no se llegara a implantar, se propuso desarrollar un comité técnico asesor a nivel autonómico. Las funciones de este comité consistirían en implantar, impulsar y monitorear el plan. Actualmente el grupo del comité técnico está operativo.

Con el objetivo de garantizar el desarrollo del plan, se propuso su inclusión en las comisiones clínicas (seguridad, farmacia, calidad y quirúrgicas) de los centros a nivel local. Aún no se ha conseguido, ya que los primeros contactos con los gerentes y las comisiones clínicas se iniciaron en 2012.

3. *Garantizar una atención sanitaria de calidad, adecuada a las necesidades de la persona con dolor y favoreciendo la accesibilidad y personalización.*

En este apartado, que es el más complejo de implementar, se han puesto en marcha las siguientes iniciativas:

- Inicio de los trabajos de incorporación a la cartera de servicios y elaboración de los objetivos en el contrato-programa. Se espera que sean implementados por la mayoría de los centros a lo largo de 2012.
- Realización del pilotaje provincial en gerentes de Atención Hospitalaria y Primaria en Sevilla. Esta iniciativa se pretende ampliar al resto de provincias.
- Elaboración del cronograma para la celebración de consejos provinciales de salud.
- Desarrollo de las competencias generales, transversales y específicas en los procesos de tratamiento del dolor. Están dirigidas a profesionales con la colaboración de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía.
- Implementación de un distintivo de Centros Contra el Dolor, también en colaboración con la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía.
- Actualización de los planes asistenciales integrados de dolor crónico no oncológico, de fibromialgia y del bloque quirúrgico. Algunos de ellos están en proceso de actualización. Cuentan con la incorporación de contenidos del abordaje del dolor, concretamente con un subproceso de dolor perioperatorio.
- Definición de circuitos de continuidad asistencial interniveles para pacientes con dolor crónico.
- Actualización de los recursos autonómicos existentes. La reestructuración de los mismos por cada provincia durante 2012.
- Formación de un grupo que desarrollará una guía de buenas prácticas en dolor asociado a procedimientos y a un catálogo de procedimientos con dolor asociado.
- Formación de un grupo para desarrollar una guía de buenas prácticas en sedo-analgésia en interrupción voluntaria del embarazo (IVE).
- Desarrollo y financiación del proyecto de implementación de la *Guía de práctica clínica de uso seguro de opioides en pacientes en situación terminal*. Además se está preparando una versión para pacientes.
- Colaboración, a través de la Escuela Andaluza de Salud Pública, con el Ministerio de Sanidad en la elaboración de los estándares

y recomendaciones de calidad y seguridad en las Unidades Asistenciales.

- Participación en el Proyecto FUINSA, centrado en clasificar los indicadores para todos los tipos de dolor.

4. *Potenciar la participación de la ciudadanía en el manejo del dolor, fomentando una cultura y actitud proactiva mediante la información y la comunicación.*

El objetivo de esta línea es implicar al propio ciudadano en el abordaje del dolor, por lo que se ha llevado a cabo un plan de comunicación, una guía de información al ciudadano y un banco de preguntas y respuestas. Todo ello, aprovechando plataformas de difusión ya existentes como Salud Responde.

Por otro lado, se quieren incorporar contenidos sobre dolor en diversos ámbitos como el banco de expectativas, las encuestas de satisfacción, el Plan de Participación Ciudadano, la Escuela de Pacientes y los Servicios de Información al Ciudadano.

5. *Potenciar la transferencia del conocimiento sobre el dolor a todos los profesionales del Servicio Andaluz de Salud implicados en la atención a este problema.*

En este caso, se tenían que diseñar programas de formación continuada, tanto en grado, postgrado, como durante el MIR y, finalmente, para los profesionales del Sistema de Salud Pública de Andalucía.

Además era necesaria la definición de competencias y estándares. Estos deben incorporar aspectos del dolor al procedimiento de acreditación de profesionales y centros de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía y también a los mapas de competencias de los profesionales del Sistema de Salud Pública de Andalucía.

6. *Impulsar la investigación e innovación en el manejo efectivo del dolor.*

Por último, en cuanto al apartado de investigación e innovación, cabe destacar:

- La gestión de la financiación y logística del proyecto Taxonomía del Dolor (una colaboración de FUINSA, Grünenthal y la Escuela Andaluza de Salud Pública).

- La identificación de investigadores, grupos y líneas de investigación en Andalucía en colaboración con la Fundación Progreso y Salud.
- El inicio del desarrollo de la cooperación con el Observatorio de Prácticas Innovadoras en el Manejo de Enfermedades Crónicas Complejas (OPIMEC), para desarrollar una comunidad virtual de profesionales expertos interesados en el dolor y así dar difusión a las estrategias de la plataforma.
- La participación en el Simposium *Sociatal Impact of Pain* y su integración en el Foro Internacional ubicado en la red social LinkedIn.
- El desarrollo de contenidos generales a integración en el programa común de formación de MIR en Andalucía, incluido en el Plan Estratégico Integral de Formación de Andalucía.
- La elaboración de un catálogo de lagunas de investigación.

C. Objetivos del plan

- Promover en el Servicio de Salud Pública de Andalucía, así como en otros proveedores privados de salud, el abordaje integral para lograr una sociedad libre de dolor.
- Incorporar la política del dolor como estrategia transversal en el Servicio de Salud Pública de Andalucía, integrándola en los valores y principios básicos del sistema y los profesionales que la componen.
- Mejorar la calidad de vida de las personas con dolor y de sus allegados, con especial énfasis en grupos vulnerables como los menores, las personas mayores, personas con dificultades de comunicación, con trastorno mental o personas institucionalizadas.
- Impulsar la participación de la ciudadanía andaluza como agente activo ante la prevención y manejo del dolor.
- Potenciar la alianza de los profesionales ante el desarrollo de una política integral de abordaje del dolor en la población.

FARMACIA

- **Dña. Dolores Murillo Fernández, representante de la Sociedad Española de Farmacia Comunitaria (SEFAC)**

Tipología de los casos más frecuentes

En un estudio realizado por la Sociedad y en referencia a la tipología de los casos más frecuentes que se presentan en la Farmacia Comunitaria, cabe destacar la siguiente información¹:

- Dolor de espalda: 21,1% de los encuestados.
- Dolor en las extremidades inferiores: 21,8% de los encuestados.
- Dolor en las extremidades superiores: 19% de los encuestados.

Estos datos no arrojan estadísticas diferentes a otros más exhaustivos o realizados con mayores medios como son los casos de Pandhora o ITACA, pero sí se puede resaltar que el 46,7% refieren máximo dolor por la mañana. Este dato es relevante porque cuestiona el tipo de tratamiento que reciben la mayoría de los pacientes enmarcados en este porcentaje.

Actuación del farmacéutico comunitario en la atención al paciente con dolor crónico

En cuanto a cómo debe actuar el farmacéutico ante un paciente con dolor crónico, deben diferenciarse dos situaciones concretas: cuando el paciente se presenta con prescripción médica y cuando no se presenta con dicha prescripción.

Cuando el paciente acude con prescripción médica, el farmacéutico comunitario debería actuar según los siguientes parámetros:

- Consultar al paciente si sabe para qué patología toma ese medicamento. En muchas ocasiones el paciente, que está polimedicado, no sabe diferenciar qué medicamentos toma para cada enfermedad.
- Preguntar si sabe cómo debe tomar el tratamiento.

¹ Doukkali A, Murillo MD, Motilva V, Lacalle JR. Intervención farmacéutica y percepción del paciente de su dolor. *Far Com* 2010; 2(3):93-99

- Cerciorarse de que conoce la duración o hasta cuándo debe tomarlo. En ocasiones la receta no incluye la duración del tratamiento y el paciente desconoce esta información.
- Comprobar y tener especial precaución con posibles medicaciones adicionales que tenga el paciente y que sean o no compatibles entre sí. También tener en cuenta si algún medicamento necesita de especial seguimiento para detectar posibles interacciones.

Cuando el paciente acude a la Farmacia Comunitaria sin receta médica, el farmacéutico comunitario debería actuar según los siguientes parámetros:

- Verificar el problema de salud del paciente: qué, cómo, cuánto y desde cuándo le duele.
- Adopción de decisiones: una vez se haya verificado qué sufre el paciente, el farmacéutico decidirá si tiene un posible tratamiento farmacológico, si se trata de un síntoma menor o si hay que derivar al médico si se trata de un síntoma mayor.

El rol del farmacéutico comunitario en la atención al paciente con dolor crónico

Desde la Sociedad Española de Farmacia Comunitaria se diferencian tres responsabilidades del farmacéutico en su atención al paciente con dolor crónico:

- Dispensación: se trata de la actitud activa del farmacéutico en la provisión de medicamentos al paciente. Es la faceta o el rol más conocido por la sociedad del farmacéutico.
- Indicación farmacéutica: en este caso el paciente acude al farmacéutico pidiendo “*qué me da para...*”. La indicación implica la ayuda al paciente en la correcta toma de decisiones para el autocuidado de su salud.
- Seguimiento farmacoterapéutico: esta responsabilidad del farmacéutico se basa en una mayor implicación en el resultado del tratamiento farmacológico y el registro sistemático de la terapia que recibe el paciente.

Características de las consultas más frecuentes sobre dolor crónico

Las principales consultas sobre dolor en la Farmacia Comunitaria por parte de los pacientes se centran en:

- Falta de efectividad del tratamiento.
- Preguntas sobre seguridad de fármacos.
- Cuestiones sobre la automedicación.

¿Cómo mejorar el compromiso por parte del paciente y su adherencia a los tratamientos?

Sobre este aspecto relacionado con la adherencia terapéutica del paciente, la representante del colectivo de farmacéuticos comunitarios parte de la premisa de que toda persona que sufre una enfermedad quiere curarse. Por lo tanto, la falta de compromiso o adherencia de un paciente a una medicación está motivada por la nula o deficiente información que ha recibido. El farmacéutico comunitario está obligado a transmitir al paciente la información correspondiente al tratamiento terapéutico.

De igual manera que el farmacéutico es responsable de dar al paciente la información adecuada sobre la eficacia y seguridad de un tratamiento, el médico es el encargado de explicarle la enfermedad que tiene. En muchas ocasiones el paciente acude al médico para solucionar un problema y sale de la consulta con una enfermedad que, a veces, hasta desconoce.

Si un paciente conoce y comprende su enfermedad y la eficacia y seguridad de un tratamiento será un paciente educado y, probablemente, un paciente comprometido con su tratamiento terapéutico.

Barreras en el tratamiento del dolor

El colectivo de Farmacia Comunitaria también considera que existen una serie de barreras que deben ir superándose en el abordaje del dolor. Estas barreras se sitúan en tres niveles:

1. Pacientes:

- El dolor es en sí mismo una barrera.
- Existencia de dificultad en la evaluación del dolor.
- El dolor puede estar asociado a otras enfermedades como depresión, ansiedad o mero agotamiento.
- Temor a convertirse en carga para la familia o el entorno próximo.
- Falta de adherencia a los tratamientos.
- Naturalización del dolor como parte del proceso de envejecimiento.

2. Profesionales sanitarios:

- Falta de recursos, herramientas y tiempo.
- Naturalización del dolor como parte del proceso de envejecimiento.
- Temor a los efectos secundarios, principalmente en ancianos polimeditados.
- Excesiva regulación de los medicamentos de dispensación controlados.

3. Sistemas de salud:

- Largas listas de espera y complicados sistemas de citas en Atención Primaria.
- Dificil acceso a las Unidades de Tratamiento del Dolor.
- Incapacidad para derivar a los pacientes a tratamientos no farmacológicos (fisioterapia, acupuntura, etc.).
- Alto coste sanitario del dolor.
- Restricciones a la prescripción de ciertos medicamentos y tratamientos.

¿Cómo mejorar la continuidad asistencial: A. Primaria – A. Hospitalaria – Farmacia?

El colectivo de farmacia comunitaria considera que para mejorar la continuidad asistencial es necesario trabajar en equipos de salud. En este sentido, el profesional de Atención Primaria debería ser el centro o el perfil sobre el que pivotase este equipo.

Por otro lado, se debe mejorar y facilitar la comunicación entre los colectivos implicados en la mejora de la calidad asistencial de los pacientes con dolor. Así, la iniciativa de Receta XXI, en opinión de la representante de la Sociedad Española de Farmacia Comunitaria², no ha cumplido enteramente uno de sus objetivos, ya que no mejora la falta de comunicación entre el farmacéutico y el médico.

Necesidad de formación continuada

En este apartado, desde la Farmacia Comunitaria se solicita formación conjunta entre médicos y farmacéuticos para unificar criterios y mensajes, así como para conocer la forma de actuar y proceder de unos y otros.

² Para la Administración, la Receta XXII no ha sido un fracaso ya que ha supuesto la disminución del 20% de la frecuentación en Atención Primaria o la conciliación de medicamentos y el aumento de la seguridad en el consumo

PACIENTE

- **D. Ramón Alcalá Moreno, representante de la Confederación Española de Personas Afectadas por Reumatismos (CONFEPAR)**

Valoración de la atención al paciente con dolor crónico

Para los pacientes, la valoración integral de la atención que reciben se debe hacer desde tres perspectivas: información, diagnóstico y tratamiento:

- Información: la población general desconoce qué es el dolor crónico. Por ello, hay que dar visibilidad y generar conocimiento al respecto.
- Diagnóstico: enfermedad de difícil diagnóstico. El dolor crónico no es considerado como una enfermedad en sí, sino como un síntoma asociado a otras enfermedades. Además, se ha extendido la concepción de que hay que aprender a vivir con el dolor.
- Tratamientos: la gran mayoría son sintomáticos y no van a la causa del dolor. Existen tres tipos de tratamientos:
 - Farmacológicos: dependen de la necesidad del paciente. Son tratamientos de fácil acceso.
 - Psicológicos: en ocasiones son de difícil acceso.
 - Rehabilitadores: fisioterapia, hidroterapia, cinesiterapia, entre otros. Este tipo de tratamientos son los más complicados de acceder.

¿Cómo mejorar la continuidad asistencial?

- Mejorar la coordinación entre los agentes implicados en el abordaje del dolor: Atención Primaria, Atención Hospitalaria y Farmacia.
- Mejorar la comunicación entre la Atención Primaria y la Atención Hospitalaria para un diagnóstico precoz e iniciar el tratamiento más adecuado al estadio del dolor, evitando así que el paciente vaya derivado de un servicio a otro y que pierda tiempo.

¿Cómo mejorar el compromiso del paciente?

El aspecto más importante es la adherencia del paciente al tratamiento tanto farmacológico como rehabilitador. Para reforzar este aspecto se debe:

- Dar buena información y formación al paciente sobre el dolor.
- Utilizar un lenguaje comprensible, ya que a veces se utilizan tecnicismos casi ininteligibles para el ciudadano medio.
- Implicar al paciente en su autocuidado y fomentar la educación sanitaria.
- Contactar al enfermo con asociaciones de pacientes. El hecho de pertenecer a una asociación refuerza la formación en la enfermedad y se consigue una mayor adherencia al tratamiento.

Impacto del dolor

El impacto del dolor en el paciente se puede medir en tres planos: plano personal, laboral y social y familiar.

- Plano personal:
 - Deterioro de la calidad de vida.
 - Falta de autonomía.
 - Depresión.
 - Alteración del sueño.
 - Discapacidad temporal o permanente.
- Plano laboral:
 - Disminución de las posibilidades de acceder al mercado laboral.
 - Reducción del rendimiento en el trabajo.
 - Pérdida del empleo.
 - Incapacidad temporal o permanente.
- Plano social y familiar:
 - Disminución de recursos económicos.
 - Aislamiento social.
 - Alteración del día a día de la familia.
 - Pérdidas de horas de trabajo de los cuidadores.

CONCLUSIONES

- El dolor crónico es una enfermedad crónica y como tal debe ser tratada (al igual que la diabetes, hipertensión arterial u otra enfermedad crónica) mediante un seguimiento, controles periódicos y apoyo psicológico. Este tipo de dolor es una experiencia compleja del individuo que afecta a toda su personalidad y que precisa de una visión holística para su adecuado tratamiento. Es importante una adecuada entrevista clínica y una evaluación integral en la que la participación y alianza con el paciente sea un pilar fundamental. Los tratamientos farmacológicos no son la única respuesta a los problemas de salud, por ello antes de medicalizar hay que humanizar.
- La información es una necesidad y una expectativa irrenunciable de los pacientes y, por tanto, debe ser también un compromiso de los profesionales
- La alianza médico-paciente es la base de todo el proceso de abordaje del dolor crónico desde la primera visita. Para ello es fundamental que exista una comunicación franca y clara entre los dos basada en la confianza y respeto mutuo por ambas partes.
- El objetivo terapéutico no es la curación, si no la rehabilitación y restauración de la funcionalidad, disminuyendo su discapacidad. La reelaboración del concepto de dolor crónico que tiene el paciente incluye redefinir el concepto de su enfermedad, así como los objetivos, procedimientos y resultados del tratamiento, disminuir la discapacidad y aumentar la calidad de vida, reduciendo el sufrimiento.
- Es fundamental implementar el uso de escalas de valoración del dolor. Se recomiendan para uso en AP por su sencillez la EVN como escala unidimensional, el BPI como cuestionario multidimensional y el DN4 o el ID-Pain para la identificación del dolor neuropático.
- Reorientar la formación del dolor en todos los profesionales tanto de AP como de AH.
- La coordinación entre las distintas especialidades debería pasar por mejorar la capacidad de resolución de la AP (mejorar el diagnóstico), crear las comisiones mixtas de dolor entre AP y AH e implementar los PAI relacionados con el abordaje del dolor.