

PAIN PROPOSAL

CATALUÑA

NOTA PREVIA

Las actividades del Proyecto Pain Proposal en Cataluña consistieron en la celebración de una Mesa Técnica en la que intervinieron representantes de algunas sociedades científicas relacionadas con el abordaje del dolor:

- Sociedad Española de médicos de Atención Primaria (SEMERGEN).
- Sociedad Española de Medicina General y de Familia (SEMG).
- Sociedad Española del Dolor (SED).
- Sociedad Española de Farmacia Comunitaria (SEFAC).

Representantes de las líneas estratégicas de planificación sanitaria sobre el tema del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya en el periodo 2007-2010:

- Plan Director de Enfermedades Reumáticas del Aparato Locomotor de Cataluña.
- Modelo de Atención al Dolor Crónico de Cataluña.

Y representantes del colectivo de pacientes:

- Confederación Española de Personas Afectadas por Reumatismos (CONFEPAR).

A continuación se transcribe la información facilitada por estos profesionales, sin que de ello deba derivarse la conformidad de todos los participantes de la Mesa Redonda con las afirmaciones realizadas por otros.

ATENCIÓN PRIMARIA

- **Dr. Enric Zamorano, representante de la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMergen)**
- **Dr. José María Palacín, representante de la Sociedad Española de Medicina General y de Familia (SEMG)**

Los representantes de ambas Sociedades Científicas coinciden en señalar la necesidad de realizar un correcto manejo del dolor desde Atención Primaria (AP), al ser la puerta de acceso al sistema sanitario. Desde el área de Atención Primaria se debe:

- Identificar y valorar en los pacientes con dolor los siguientes aspectos:
 - Antecedentes familiares y personales para obtener una historia psicosocial.
 - Anamnesis del dolor: temporal, espacial e intensidad.
 - Exploración física: básica y neurológica.
 - Pruebas complementarias (signos de alarma) tan solo cuando sea necesario para no dilatar el tratamiento.
 - Tipificación del dolor: nociceptivo, neuropático...
 - Valoración del dolor en función de su impacto en la calidad de vida.
- Ofrecer un tratamiento integral: farmacológico y no farmacológico.
- Derivar si es refractario, es decir, cuando el foco del dolor no pueda ser controlado.

Tipos de dolor

Los tipos de dolor más frecuentes en la consulta del médico de AP son:

- Nociceptivo:
 - Somático: músculo-esquelético.
 - Visceral: dolor pélvico.
- Neuropático: radiculopatías, postherpético, diabético.
- Psicosomático: somatomorfo, fibromialgia.
- Mixto: oncológico.
- Otros: cefaleas.

Herramientas de diagnóstico

La entrevista médica con el paciente se señala como herramienta de diagnóstico principal. Otras herramientas a tener en cuenta son la Escala Visual Analógica (EVA), que permite la identificación y valoración del dolor por parte del paciente, y las escalas multidimensionales que miden la calidad de vida.

A esta selección se suman las pruebas complementarias (Rx, RM, TC) en el caso de que existan signos de alarma.

Guías y protocolos de actuación

Las guías y protocolos de actuación más utilizados en Atención Primaria son:

- Escalera analgésica de la OMS.
- Guías clínicas de sociedades científicas y comunidades autónomas.
- Protocolos clínicos específicos de Unidades del Dolor.
- Protocolos clínicos de Unidades de Cuidados Paliativos.
- Protocolos clínicos de Atención Primaria.
- Protocolo consenso entre Atención Primaria y Atención Especializada.

Abordaje terapéutico

En cuanto al *abordaje terapéutico*, se debe distinguir el tratamiento farmacológico del no farmacológico.

El dolor nociceptivo debe seguir la escala analgésica dictada por la OMS que incluye los AINEs y analgésicos similares, los opioides (mayores y menores) y los coanalgésicos y coadyuvantes.

En el dolor neuropático se recomienda el abordaje con antidepresivos (tricíclicos, duales) y anticolvulsivantes (pregabalina, carbamazepina, gabapentina) principalmente.

En cuanto al *tratamiento no terapéutico*, se indican el ejercicio físico y la psicoterapia de apoyo.

Adherencia terapéutica

Para mejorar la adherencia a los tratamientos el médico debe construir una relación de colaboración con el paciente y mantener unas líneas de comunicación abiertas. La educación sanitaria sobre el dolor, las posibilidades terapéuticas y los efectos secundarios que pueden aparecer durante la enfermedad resultan esenciales para lograr la involucración del paciente en el manejo de la misma. Asimismo, la potenciación del autocuidado y el limitar la dependencia del médico y del sistema sanitario por parte del paciente reportaría cuantiosos beneficios.

Según los especialistas, resulta fundamental establecer metas realistas y corregir expectativas erróneas. El paciente quiere que le curen el dolor, pero no siempre es posible. Por ello, el especialista debe saber controlar el malestar y la ira del paciente. Una posible solución es la inclusión de los familiares en el manejo del dolor.

Coordinación asistencial

Del mismo modo que el colectivo de Atención Especializada (AE), los profesionales de AP defienden como posibles medidas la mejora de la continuidad asistencial mediante el establecimiento de sesiones clínicas conjuntas entre profesionales de Primaria y Especializada (bien presenciales o telemáticas) y la elaboración de protocolos únicos del dolor que garanticen el manejo continuado del paciente.

La historia clínica compartida se revela como una herramienta útil pero complicada de implementar en Cataluña debido a la diversidad de proveedores de salud. Además, desde Atención Primaria se añade que el establecimiento de Comisiones Interdisciplinarias para abordar protocolos en el manejo del dolor y el desarrollo de una atención continua tridireccional (Atención Primaria, Especializada y Farmacia) garantizaría exitosamente el abordaje integral del paciente.

En este sentido, el colectivo de farmacia pone de manifiesto el aislamiento que sufren respecto del ámbito de AP en el manejo del paciente con dolor. Bajo su punto de vista cuentan con recursos limitados y un escaso arsenal terapéutico de medicamentos que se dispensan sin receta.

Frente a este sentimiento de aislamiento, los representantes de AP indican el valor de la farmacia señalando que el paciente con dolor acude a la Oficina de Farmacia antes que a la consulta del médico. Este motivo les convierte en los primeros agentes

sanitarios encargados de derivar a los pacientes, lo que hace imprescindible una correcta formación en dolor que les capacite también en el seguimiento terapéutico.

Formación en dolor

La formación en dolor por parte de los profesionales de AP es limitada. Por ello, reclaman con urgencia una formación específica y de calidad que incluso puede ser online. La teleconsulta con UTD o paliativas de referencia son eficaces para poder contrarrestar datos de los pacientes.

De forma general, el colectivo de AP califica el grado de formación en dolor como precario, teniendo en cuenta el carácter novedoso del arsenal terapéutico y que los profesionales no siempre disponen de los conocimientos suficientemente actualizados como para realizar un manejo global del paciente con dolor. Estas deficiencias impactan negativamente sobre el paciente y favorecen la cronificación del dolor.

El papel del psicólogo

En cuanto a la figura del psicólogo, los representantes de AP consideran que debería situarse solo en el nivel de AE, si bien es cierto que los médicos y enfermeras de AP deberían contar con formación en psicología para ayudar al paciente.

De igual forma manifiestan que conocer y controlar el ámbito psicológico del paciente con dolor es fundamental. También afirman que el pretender tratar el dolor solo con analgésicos o cirugía es un error que provoca un encarecimiento terapéutico innecesario.

ATENCIÓN ESPECIALIZADA

- **Dr. Carlos Barutell, representante de la Sociedad Española del Dolor (SED)**

El médico de Atención Especializada señala la importancia de contar con la colaboración entre AP y AE en materia de dolor con el objetivo de mejorar la atención del paciente al compartir diagnóstico, directrices de manejo y seguimiento de los enfermos.

Bajo su punto de vista, focalizar el manejo del dolor crónico en el área de AE sería un error, ya que el 83% de estos pacientes son atendidos por AP. Las Unidades de Dolor tan solo reciben el 2% de los pacientes, según datos de la encuesta de Dolor de 2003.

Tabla: Atención del dolor por los diferentes ámbitos asistenciales en España

• Medicina general	83 %
• Traumatología/C. Ortopédica	40 %
• Reumatología	17 %
• Neurología	15 %
• Medicina Interna	5 %
• Fisioterapeuta	1 %
• Cirugía general	4 %
• ESPECIALISTA EN TRATº DOLOR	2 %
• Osteopatía	2 %
• Otros	19 %

Fuente: Pain in Europe. Datos de España (2003)

Tratamientos de elección

En la actualidad, para el abordaje del dolor se dispone de tratamientos farmacológicos y no farmacológicos (fisioterapia, técnicas psicológicas, técnicas invasivas, técnicas de estimulación medular, inyección de fármacos por vía intratecal, etc.).

Los medicamentos más empleados para el tratamiento del dolor son los AINEs, prescritos en el 49% de los casos, seguidos de los opioides como tratamiento de elección en el 14% de los casos.

Tabla: tratamientos más empleados

Medicamentos empleados

• AINE	49 %
• Opioides	14 % (13 % débiles, 1 % potentes)
• Barbitúricos/ergotamina	12 %
• Paracetamol	8 %
• Tricíclicos	7 %
• Musculorelajantes	6 %
• Antiepilépticos	3 %
• Triptanes	3 %
• Inhibidores COX-2	2 %
• Esteroides	1 %

Fuente: Pain in Europe. Datos de España (2003)

El dolor crónico representa un problema grave de salud, todavía insuficientemente controlado, que genera un elevado número de consultas. Un 64% de los encuestados califican de inadecuado su tratamiento farmacológico en cada momento, frente a un 36% que lo califica de adecuado, según el estudio “Pain in Europe” llevado a cabo en doce países europeos, incluyendo España. Los datos en nuestro país reflejan un 58% de control inadecuado, frente al 42% de control adecuado.

A pesar del elevado número de tratamientos farmacológicos que no alcanzan el resultado adecuado, contrasta el alto grado de cumplimiento terapéutico (64% en España), así como la satisfacción de los pacientes con los médicos que les tratan el dolor (68% satisfechos o muy satisfechos).

El papel del profesional de Atención Especializada

Los profesionales médicos que trabajan en las Unidades de Tratamiento de Dolor deben desarrollar un abordaje especializado y multidisciplinar sobre los pacientes afectados por dolor crónico.

Como principales competencias se señalan:

- Atención integral de pacientes en la propia Unidad: prevención, diagnóstico, tratamiento, docencia e investigación.
- Continuidad de la atención del paciente en colaboración con otras unidades y servicios especializados.
- Apoyo y formación en dolor de los profesionales de Atención Primaria.

Tipos de dolor

El dolor neuropático (bien central o periférico) es el dolor más común abordado en el ámbito de la Atención Especializada.

Otros dolores frecuentes, aunque en menor proporción, son el nociceptivo, el oncológico y el dolor mixto.

La clasificación más habitual de los tipos de dolor es la de dolor agudo y crónico:

- El dolor agudo es debido a estímulos nocivos originado por alteraciones, lesiones o enfermedades de diferentes tejidos y vísceras. Se ha considerado

como un mecanismo de defensa, ejerciendo un papel protector al servir de aviso al paciente de una lesión orgánica. Es de breve duración (menos de seis meses) y cede, por lo general, al remitir la causa que lo origina. Se divide en dolor superficial, dolor somático profundo y dolor visceral.

- El dolor crónico se define como aquel que dura más de seis meses a pesar de la desaparición de las causas que lo originaron. Pierde el carácter de aviso protector del dolor agudo y se convierte en un problema en sí mismo, transformándose en una verdadera enfermedad. Con frecuencia se acompaña de efectos emocionales y psicológicos importantes, como irritabilidad, hipocondría, astenia, nerviosismo y depresión, que conducen a erigirse como el aspecto esencial de la vida del paciente. Éste se clasifica en dolor nociceptivo y neuropático:
 - El dolor nociceptivo aparece en los sujetos normales después de un estímulo que produce daño o lesión de órganos somáticos o viscerales.
 - El dolor neuropático es el originado por una lesión o enfermedad que afecta al sistema somatosensorial. Puede ser de origen central o periférico, que son los casos más frecuentes. Es un dolor persistente, de aparición tardía después de la lesión y de difícil tratamiento.

Tabla: Clasificación de tipos de dolor

1. Dolor crónico.

a) Dolor nociceptivo:

- Dolor osteoarticular:
 - Monoartritis (gota, bacterianas, psoriásica, lupus, sarcoidosis...).
 - Poliartritis (artritis reumatoide, lupus, polimiositis, síndrome de Sjögren, psoriásica, espondilitis anquilosante, fiebre reumática, sarcoidosis...).
 - Lumbalgia (inespecífica/específica).
 - Cervicalgia.
 - Poliartralgiás: síndrome general artrósico.
 - Fibromialgia.
 - Dolor miofascial con puntos “trigger”.
 - Cáncer y metástasis óseas.
 - Dolor visceral.

b. Dolor neuropático:

- Periférico:
 - Neuralgia postherpética.
 - Neuralgia del trigémino y del glossofaríngeo, del laríngeo superior, del occipital.
 - Polineuropatías metabólica/tóxica/carencial.
 - Radiculopatía compresiva.
 - Radiculitis.
 - Neuritis.
 - Síndromes de atrapamiento nervioso.
 - Traumatismo nervioso.
 - Dolor muñón y miembro fantasma.

- Dolor neuropático central:
 - Dolor post AVC (isquémico o hemorrágico).
 - Infarto talámico.
 - Tumores.
 - Siringobulbia
 - TCE.
 - Poscirugía cerebral.
 - Lesiones traumáticas medulares.
 - Siringomielia.
 - Mielitis.
 - Mielopatía cervical por estenosis espinal.
 - Poscirugía tumores intramedulares.
 - Poscordotomía.

c. Dolor regional complejo (tipos I y II).

d. Dolor mixto:

- Radiculopatías.
- Síndromes neuropáticos de dolor en cáncer.

e. Otros:

- Dolor vascular.
- Cefaleas.
- Dolor bucodental y maxilofacial.
- Dolor ocular.

2. Dolor agudo.

Comorbilidades

Las alteraciones del área psíquica son un elemento común en los pacientes con dolor crónico. La gran mayoría de estos enfermos presentan depresión, ansiedad, alteraciones del sueño, irritabilidad, hipocondría, etc., que impactan gravemente en la calidad de vida de los pacientes.

Guías y protocolos de actuación

Desde la Sociedad Española del Dolor (SED) se han desarrollado una serie de guías y protocolos de actuación:

- *Guía farmacológica de analgésicos* (Álamo C, 2005).
- *Valoración y manejo del dolor* (Rodríguez MJ, 2006).
- *Estructura y funcionamiento de las Unidades del Dolor* (Muriel C, 2007).
- *Opioides* (Rodríguez MJ y Grupo de Opioides de la SED, 2007).
- *Utilización de opioides en dolor crónico no oncológico* (Rodríguez MJ y Grupo de Opioides de la SED, 2007).
- *Guía de Buena Práctica Clínica en Dolor Neuropático* (Barutell C, 2008).
- *Consenso en dolor neuropático* (Martínez-Salio A, Gómez de la Cámara A, Ribera Canudas MV, Montero Homs J, Blanco Tarrío E, Collado Cruz A et ál. Diagnosis and treatment of the neuropathic pain. Med Clin 2009; 133(16):629-636).
- *Prevalencia del dolor neuropático en las Unidades del Dolor. Estudio transversal. GTSED Dolor Neuropático* (Pérez C, Ribera MV, Gálvez R, de Barutell C, Micó JA, 2010).

Del mismo modo, se han generado otras guías fuera del ámbito de la SED, en muchos casos impulsadas por cada unidad hospitalaria. Algunos ejemplos:

- *Guía práctica: dolor miofascial y puntos gatillo* (2004).
- *Guía clínica dolor miofascial* (Collado A y Grupo de Trabajo Multidisciplinar, 2007).

Recursos asistenciales

La SED valora de manera insuficiente los recursos asistenciales con los que cuentan las Unidades del Dolor de Cataluña. Consideran que estos son muy heterogéneos en cuanto a:

- Estructuras y equipamientos.
- Dotación de personal.
- Cartera de servicios.
- Relación con otros servicios y niveles asistenciales.
- Actividad no asistencial: docencia/investigación.
- Mecanismos de control de actividad.
- Mecanismos de evaluación de resultados.

Unidades de Tratamiento del Dolor (UTD)

La escasez de recursos asistenciales enumerados anteriormente son corroborados por los resultados de la encuesta nacional desarrollada por la SED en 2007 (Dr. Carlos de Baturell) para conocer la situación real de las Unidades de Tratamiento del Dolor (UTD) de los hospitales españoles en la que se analizan aspectos relativos al personal, instalaciones y labor asistencial. Como principales conclusiones señalan:

- A pesar de todas las deficiencias y dificultades existentes en el ámbito del dolor, las UTD desarrollan una importante labor asistencial y, en algunos casos (Hospital Vall d'Hebron, Hospital Clinic, Hospital Sant Pau, Hospital Germans Trías i Pujol), de docencia e investigación.
- Se requiere por parte de las autoridades sanitarias, nacionales y autonómicas la realización de un censo en dolor para poder dotar a los hospitales de Unidades de Dolor con una categoría y nivel acorde a sus necesidades. En Cataluña ya se ha realizado en el seno del Departamento de Salud.
- Resulta imprescindible la creación de UTD de nivel IV-III en los hospitales de mayor nivel asistencial. Según los estándares publicados en 2011 por el Ministerio, se cree que se necesita una UTD de nivel III por cada 1,15-2 millones de habitantes (documento del Ministerio, mayo 2011).
- Se requiere mayor formación de los médicos de AP en dolor con el objetivo de hacer posible la coordinación de estos pacientes entre los diferentes niveles asistenciales.

- Se demanda una mejor relación con las Unidades de Cuidados Paliativos, ya que un porcentaje del 10 al 15% de pacientes oncológicos puede beneficiarse de dicha colaboración.
- Por último, se reclama la puesta en marcha de un Plan Nacional Integral del Tratamiento del Dolor, del mismo modo que se ha realizado con otras patologías de elevada prevalencia (EPOC, cáncer), pero sin olvidar que el paciente tiene que ser referido a nuestra UTD a ser posible con un diagnóstico realizado por el especialista de su patología de base (poliartrosis u osteoporosis visitado y tratada su patología por Reumatología). En este sentido, las UTD deben ayudar al tratamiento del dolor pero no tratar su enfermedad de base (diabetes y endocrino).

Según la SED, en España el nivel de personal y de instalaciones de las Unidades de Dolor es deficiente, no así el nivel asistencial. Se cifra en tres el número de UTD que a nivel nacional disponen de todos los recursos y servicios necesarios para ser catalogadas como tal. La gran mayoría de las restantes Unidades no disponen de personal suficiente (suelen estar compuestas por una única persona), ni de quirófano, ni realizan actividad docente (no desarrollan sesiones clínicas). Estas unidades prestan servicio de manera intermitente.

Organización y gestión de la Unidad de Tratamiento del Dolor

En 2011 el Ministerio de Sanidad definió unos estándares y recomendaciones sobre las UTD en base a los criterios establecidos por la Sociedad Española del Dolor.

Las funciones del director o responsable de la UTD de nivel III serán, entre otras, las siguientes:

- Dedicación a tiempo completo a la Unidad.
- Implementación de criterios de admisión y alta del paciente.
- Desarrollo de protocolos asistenciales y de relaciones con otros servicios y unidades.
- Administración de la Unidad, incluyendo presupuesto propio.
- Proveer sistemas de información y de evaluación y mejora de la calidad.
- Participación en investigación y docencia (UTD III).
- Coordinación de la red asistencial de dolor, aunque de forma eventual esta función la puede ejercer cualquier otro miembro de la UTD.

- Realización de una evaluación anual de resultados sobre la actividad y el funcionamiento de la UTD/red asistencial, en la que consten expresamente los resultados conseguidos.

Tabla: estructura ideal de una UTD de nivel III

Estructura	
Director o coordinador de la unidad	Dedicación completa a la UTD
Plantilla multidisciplinar	
Especialidades médicas	Especialmente recomendables en la plantilla de la unidad son anestesiología, medicina interna, neurocirugía, rehabilitación y reumatología
	Facultativos consultores de forma estable, con dedicación parcial a la actividad de la unidad. Si no forman parte de la plantilla de la unidad, deben ser: neurocirujano, psiquiatra, rehabilitador, neurólogo y cirujano ortopédico
Otros profesionales	Imprescindible: psicólogo especialista en dolor
	Enfermera / s con dedicación completa
	Soporte de otros profesionales, como fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales y trabajadores sociales
Proceso	
Biblioteca médica	Acceso online
Correo electrónico institucional	Todos los profesionales
Conexión informática	Entre atención primaria y la UTD Entre la UTD y recursos de cuidados paliativos
Períodos vacacionales	Se debe mantener la actividad asistencial
Protocolos de derivación	Garantizar la asistencia en los casos urgentes de dolor
Protocolos asistenciales	Basados en las recomendaciones de guías de práctica clínica y en la evidencia médica Actualizados periódicamente
Vías clínicas	Procedimientos más prevalentes de la UTD
Relación con otros profesionales	Garantizar al médico de atención primaria la posibilidad de solventar telefónicamente problemas derivados del tratamiento Habilitar los cauces de relación entre la UTD y los farmacéuticos intra y extrahospitalarios
Gestión por procesos	Se debe implantar
Procedimientos intervencionistas	Deben ir precedidos de la firma del documento de consentimiento informado por el paciente Al alta debe entregarse informe de la técnica realizada
Cuestionarios de calidad percibida	Todos los pacientes de la UTD
Información al paciente	Sobre las entidades clínicas y procedimientos más prevalentes de la UTD
Documentos con recomendaciones al paciente	Promoción del autocuidado: consejos sobre actividad física, medidas de higiene de la espalda y actuación posquirúrgica

La SED propone que cada UTD cuente con un núcleo de referencia. Para garantizar la atención sanitaria del paciente se propone el establecimiento de protocolos por áreas sanitarias. El pensar en planes globales se plantea como la solución ideal, pero se considera prácticamente imposible el poder llevarlo a cabo.

Historia clínica compartida e informe de pacientes

En este sentido, la documentación clínica, el registro de pacientes, la elaboración del informe de alta y la protección de datos serán propiedad del hospital al que esté vinculada la UTD. A su vez, el centro sanitario contará con un único registro de historias clínicas que centralizará toda la información correspondiente a la actividad que se realice en el mismo. Su gestión se llevará a cabo de acuerdo con un protocolo que garantice su trazabilidad y localización e incluya criterios escritos sobre archivo, custodia, conservación y acceso a la documentación.

La historia clínica deberá ser única para cada paciente y deberá ser compartida entre los profesionales, centros y niveles asistenciales. En caso de que se trate de un paciente que recibe tratamiento en una UTD, la historia clínica deberá contar con un apartado específico que recoja la evaluación del dolor que presente.

El médico responsable del paciente dentro de la UTD tiene que elaborar el informe del alta médica al cual se refiere la Ley 41/2002, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica.

Registro de pacientes en la UTD

Se recomienda que la UTD disponga de un registro de pacientes que permita la identificación, el diagnóstico final y los procedimientos y pruebas realizadas a cada paciente, así como la identificación de todos los profesionales implicados en su tratamiento.

También se recomienda que la UTD cuente con un registro informatizado de pacientes que permita establecer una base de datos local/regional/nacional para así poder mejorar el tratamiento del dolor en las UTD sobre la base de los resultados obtenidos, utilizando un instrumento de *benchmarking*.

Tipos de UTD y cartera de servicios

En función de los servicios que ofrece y los recursos de los que dispone, según la SED y el documento del Ministerio, las Unidades del Tratamiento del Dolor se clasifican en:

- UTD III: es multidisciplinar, de elevada complejidad y, habitualmente, está ubicada en el hospital universitario de referencia en áreas con población en torno a 1,5 millones de habitantes. Dispone de una estructura física diferenciada.

Los siguientes servicios deben ofertar atención a pacientes con dolor crónico complejo de difícil tratamiento:

- Consulta externa, hospital de día y hospitalización convencional.
 - Realización de interconsultas a traumatología, reumatología, cirugía general, medicina interna, oncología y cuidados paliativos.
 - Realización de procesos quirúrgicos.
- UTD II: es una unidad unidisciplinar, habitualmente ubicada en una estructura hospitalaria o extrahospitalaria. Atiende a pacientes con dolor crónico.
 - UTD I: es habitualmente una unidad monográfica.

Como criterios de admisión en la UTD se deben tener en cuenta la intensidad del dolor, la duración y la ausencia de respuesta terapéutica.

Cartera de Servicios de las UTD

Los procedimientos que deberían estar incluidos en la cartera de servicios de las UTD de nivel III, a propuesta del panel de expertos de la Sociedad Madrileña del Dolor, son:

Hospital de Día	Tiempo (min)
Estimulación eléctrica transcutánea (TEN)	15
Estimulación eléctrica percutánea (PEN o PNT)	—
Iontoforesis	20
Programación / cambio de dosis de bomba implantable de flujo variable	15
Recarga de bomba implantable de flujo variable	35
Técnica de infusión espinal: preparación de la medicación, programación y relleno de bomba por telemetría	30
Técnica de infusión espinal: relleno de bomba de flujo fijo	30
Técnica de infusión espinal: preparación de la medicación y programación de bomba electrónica de infusión ambulatoria externa (PCA)	20
Técnica de infusión sistémica: incluye la infusión subcutánea y endovenosa y programación de bomba electrónica de infusión ambulatoria externa (PCA)	20
Programación de neuroestimulador implantado simple	20
Programación de neuroestimulador implantado de doble canal	27,5
Programación de neuroestimulador por radiofrecuencia	—
Administración espinal de anestésicos locales a través de sistemas externos o parcialmente implantados	20
Revisión de sistemas espinales externos o parcialmente implantados	15
Bloqueo regional intravenoso: manguito de isquemia	—
Test intravenoso con fentolamina	—
Test intravenoso con Lidocaina	60
Test y tratamiento intravenoso sistémico	60
Preparación quirúrgica de los pacientes que van a ser intervenidos en la UTD	20
Vigilancia posquirúrgica de los pacientes que han sido intervenidos en la UTD	30***
Infusión intravenosa bifosfonatos	20
Infusión intravenosa anestésicos locales	90

La cartera de servicios de las UTD II y I es heterogénea. Los procedimientos más frecuentes desarrollados en las UTDs tipo II son:

Procedimientos	Nº de Unidades
Tratamiento farmacológico	63
Bloqueos periféricos	63
Bloqueos simpáticos	57
Bloqueos centrales	63
Tratamiento mínimamente invasivo en patología musculoesquelética	63
Estimulación eléctrica transcutánea	54
Iontoforesis	41
Neurolisis de ganglios, central, periférica	46
Estimulación medular	56
Estimulación periférica	38
Infusión intratecal	41
Radiofrecuencia	49
Ozonoterapia*	22
Epiduroscopia	12
Termografía	4
* Uso de Ozonoterapia: no hay evidencia científica	
Fuente: SED	

Como UTD ejemplares a nivel nacional se indican las correspondientes al Hospital Ramón y Cajal y al Hospital Puerta de Hierro en Madrid, al Hospital La Fe y al Hospital General Universitario en Valencia y los Hospitales del Vall d'Hebron, Clinic y Sant Pau en Cataluña.

Coordinación entre UTD y Atención Primaria

Debe definirse un modelo de trabajo coordinado entre la UTD y los profesionales de AP que mejore el manejo sistemático del paciente, del mismo modo que se dispone para otros pacientes con enfermedad crónica. Esta mejora de la coordinación podría venir determinada por la organización de:

- Sesiones clínicas: se recomienda la realización de sesiones clínicas conjuntas en las que participen los miembros de la UTD y los profesionales de AP, implicándose estos en su preparación, promoción y difusión. Las sesiones deben tener carácter periódico y multidisciplinar, facilitando la asistencia de los profesionales sanitarios y sociales que intervengan en el proceso asistencial del paciente con dolor crónico. Se aconseja realizar una sesión inicial dedicada a la

presentación de la cartera de servicios de la UTD, revisión de los circuitos de derivación y la continuidad asistencial a través de una comunicación ágil y efectiva.

En posteriores sesiones se pueden exponer y debatir casos clínicos con problemas de diagnóstico, abordaje terapéutico y seguimiento de pacientes seleccionados desde Primaria o de pacientes ya derivados.

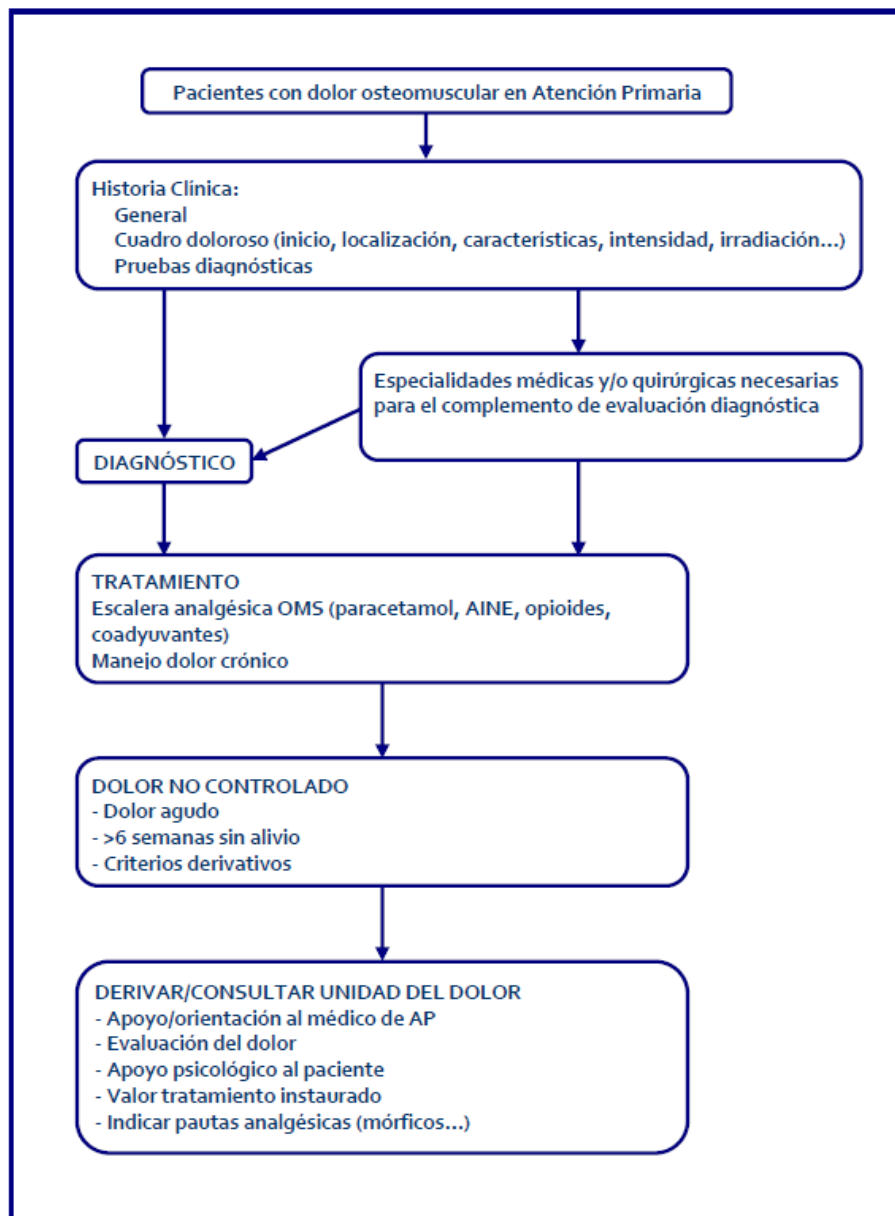
- Interconsulta: se deben establecer los medios necesarios para conseguir una interconsulta ágil (telefónica, correo electrónico, etc.) mediante la que el médico de AP pueda exponer y compartir dudas, incidencias y planteamientos terapéuticos en el manejo del paciente con dolor.
- Circuitos de derivación: se deben diseñar circuitos sencillos y ágiles tanto para evitar derivaciones innecesarias o evitables (citas burocráticas, pacientes en fase estable, citas para concertar exploraciones o entregar informes/recetas) como para facilitar la derivación de carácter preferente o no prorrogable.
- La información clínica compartida puede resolver la mayoría de estos trámites y ayudar a solucionar de una forma eficiente gran parte de los problemas clínicos que se planteen.

Continuidad asistencial

Para lograr una mejora de la continuidad asistencial resulta fundamental la coordinación entre todos los niveles y entre las UTD de los diferentes hospitales.

Criterios de derivación del paciente a la UTD

Según los expertos reunidos, el paciente debe ser derivado al nivel especializado cuando exista un problema de diagnóstico de la enfermedad de base que genera el dolor por parte del médico de AP. Como posible modelo de derivación se propone el siguiente:



Formación continuada en dolor del profesional médico

La SED señala la necesidad de contar con formación continuada en dolor dirigida a los especialistas, así como la integración de la asistencia en equipos multidisciplinares dentro de una red asistencial de dolor.

En este sentido consideran que la formación de los profesionales de AP debería ser impartida por los médicos de AE. Asimismo, se recomienda la formación en dolor del

colectivo de enfermería y psicología, sobre todo de aquellos que prestan sus servicios en las Unidades de Dolor.

Según dicta la Sociedad Española del Dolor (SED), el médico experto en dolor debe tener experiencia contrastada en las siguientes áreas de conocimiento:

- Diagnóstico y tratamiento del dolor.
- Diagnóstico y tratamiento psicológico.
- Farmacoterapia.
- Manejo de distintos tipos de dolor.

El experto en dolor debe acreditar al menos dos años de entrenamiento clínico en la materia en una UTD con docencia acreditada. También debe poseer la licenciatura en medicina, además de una especialidad reconocida que permita el manejo de pacientes.

Plan estratégico nacional de dolor

La SED aboga por la necesidad de desarrollar un Plan Estratégico Nacional y/o Regional sobre el abordaje del dolor crónico en orden a:

- Definir y unificar el modelo asistencial y los recursos.
- Dotar de formación adecuada a médicos de familia, especialistas y expertos.
- Favorecer la coordinación entre las Unidades de Dolor, la medicina de Atención Primaria y Atención Especializada mediante el desarrollo de protocolos de derivación adecuados.
- Desarrollar iniciativas de educación y de prevención sanitaria de la población.

ADMINISTRACIÓN

Plan director de Enfermedades Reumáticas y del Aparato Locomotor y Modelo de atención al dolor crónico. Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya

- **Dr. Xavier Surís, co-director del Plan Director de Enfermedades Reumáticas y del Aparato Locomotor de Catalunya**
- **Dra. Marta Larrosa, co-directora del Plan Director de Enfermedades Reumáticas del Aparato Locomotor de Catalunya**

Posición del Departamento de Salud de la Generalitat de Catalunya respecto al abordaje del Dolor

La planificación sanitaria del Departamento de Salud de la Generalitat de Catalunya tiene como objetivo establecer las directrices estratégicas para continuar avanzando en la mejora del estado de salud de los ciudadanos, la disminución de las desigualdades y la eficacia de los servicios de salud. El Plan de Salud de Catalunya es la herramienta de la que se dota el Gobierno de la Generalitat para establecer las prioridades en materia de salud, reforzándolo mediante la creación de planes directores que se encargan aplicar las políticas establecidas en el Plan de Salud.

Los planes directores, adaptados a la realidad del país y al contexto económico y sanitario, definen las actividades y la ordenación de servicios necesaria para la consecución de las políticas planteadas con una visión integrada de la situación, abordando desde la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades hasta la rehabilitación, con las actuaciones de diagnóstico y tratamiento.

La necesidad de elaborar un plan director de las enfermedades reumáticas y del aparato locomotor (PDMRAL) surge del hecho constatado de que estas enfermedades son los primeros problemas crónicos de salud de la población de Catalunya. Estas enfermedades, que habitualmente ocasionan dolor y discapacidad, tienen una gran repercusión sobre la calidad de vida de las personas que las padecen, y, además, por su alta prevalencia y cronicidad implican un importante uso de servicios sanitarios y sociosanitarios, así como elevados costes sociales y laborales cuando afectan a la población activa. La creación del plan director se enmarca en el contexto europeo de sensibilización respecto a estas enfermedades, tal y como se desprende de la

declaración del Parlamento Europeo del 2008, y sitúa a Cataluña nuevamente a la vanguardia en la planificación de un problema grave de salud.

Las enfermedades reumáticas son la causa más importante de dolor crónico, pero hay otras causas, como el dolor neuropático y de origen oncológico, que no se tratan en el PDMRAL. Por este motivo, paralelamente y de forma coordinada con el plan director, un grupo de expertos del ámbito del dolor ha trabajado en un Modelo de atención a los pacientes con dolor crónico. El documento resultante de este grupo de trabajo incluye criterios para la reordenación de las unidades del dolor y recomendaciones sobre la evaluación y el tratamiento del dolor neuropático.

A. El PDMRAL

A.1 Objetivos y propuestas del PDMRAL

Los objetivos generales del plan director son:

- Mejorar la promoción de la salud, la prevención y el autocuidado de las enfermedades del aparato locomotor en el ámbito de la atención primaria.
- Mejorar la capacidad resolutoria de la Atención Primaria en el ámbito de las enfermedades reumáticas.
- Disminuir la variabilidad y aumentar la eficiencia del proceso diagnóstico y terapéutico en enfermedades del aparato locomotor.
- Mejorar la continuidad asistencial y la eficiencia en la atención a través del análisis y la definición del modelo asistencial.
- Promover líneas de investigación orientadas a la prevención y la mejora de la atención a las enfermedades del aparato locomotor.
- Promover la formación de los profesionales implicados en las enfermedades músculo-esqueléticas.
- Establecer criterios sobre implantación de nuevas tecnologías diagnósticas y terapéuticas para estas enfermedades.

A partir de los objetivos generales del plan, así como de las necesidades en salud y servicios detectadas en el análisis de situación, se formularon las **líneas estratégicas prioritarias** en las que han trabajado los grupos. Las líneas priorizadas se han enfocado a la atención de la lumbalgia, la artrosis, la osteoporosis, la fibromialgia, las artritis crónicas y el hombro doloroso, así como aspectos relacionados con formación, tecnología e investigación.

Las **propuestas finales** formuladas por el plan director se concretan en:

1. Mejorar la promoción de la salud, la prevención y el autocuidado de las enfermedades del aparato locomotor en el ámbito de la Atención Primaria.
 - a) Elaborar material informativo específico con contenidos de educación sanitaria y consejos para el autocuidado.
 - a) Promover el ejercicio físico en las patologías en las que este sea conveniente.
 - b) Incrementar la implicación del personal de enfermería en los aspectos de educación, promoción de la salud y fomento del autocuidado de los pacientes.
 - c) Acercar la actividad de fisioterapia a los equipos de atención primaria para la realización de actividades educativas.
 - d) Favorecer la participación activa y fomentar el autocuidado de los pacientes.
 - e) Fomentar la participación de las asociaciones y las entidades de pacientes con enfermedades reumáticas, como elemento de apoyo en el proceso de la enfermedad, tanto para los pacientes como para los familiares.

2. Mejorar la capacidad resolutive de la atención primaria en el ámbito de las enfermedades reumáticas.
 - a) Mejorar el acceso a distintas tecnologías diagnósticas de forma protocolizada.
 - b) Incrementar la implicación de enfermería en el tratamiento y seguimiento de estos trastornos.
 - c) Acercar la actividad de fisioterapia a los equipos de atención primaria para la realización de medidas de tratamiento fisioterapéutico grupal o individual.
 - d) Elaborar de forma consensuada a escala territorial criterios para la gestión de los distintos procesos prevalentes, que incluyan la definición del papel de las distintas especialidades, los criterios de derivación y los circuitos asistenciales, considerando los criterios generales establecidos por el plan director.

3. Disminuir la variabilidad y aumentar la eficiencia del proceso diagnóstico y terapéutico en enfermedades del aparato locomotor.

- a) Promover la implantación de herramientas de apoyo a la decisión clínica.
 - b) Racionalizar, mediante el establecimiento de solicitudes protocolizadas, el uso de las distintas tecnologías diagnósticas en lumbalgia y hombro doloroso.
 - c) Fomentar el uso de medidas no farmacológicas y racionalizar el uso de fármacos en osteoporosis, artrosis y artritis crónicas a partir de criterios basados en la evidencia de efectividad y adecuación.
 - d) Analizar la variabilidad en las indicaciones del proceso quirúrgico de raquis lumbar.
 - e) Establecer los criterios de capacitación de los equipos especializados para la artroplastia de recambio articular.
 - f) Promover el Registro de Artroplastias de Cataluña.
 - g) Reducir la incidencia de fractura de cadera y otras fracturas osteoporóticas.
 - h) Promover la determinación del riesgo absoluto de fractura como herramienta de decisión para iniciar el tratamiento de la osteoporosis adaptado a la población de Cataluña.
 - i) Difundir la evidencia científica sobre el tratamiento de la osteoporosis.
 - j) Definir, a partir de estudios de coste-efectividad, el nivel de riesgo absoluto de fractura osteoporótica con indicación de tratamiento.
 - k) Favorecer la aplicación de las medidas terapéuticas para la osteoporosis en pacientes con alto riesgo de fractura por tratamiento corticoide, antecedentes de fractura osteoporótica previa o internados en centros sociosanitarios.
 - l) Disminuir la mortalidad y la discapacidad debida a la fractura osteoporótica de cadera con el establecimiento de un tiempo de espera quirúrgico de 48 horas y el abordaje multidisciplinario durante el ingreso.
 - m) Disminuir la discapacidad secundaria en las artritis crónicas mediante un diagnóstico y tratamiento precoz de las artritis de inicio reciente.
 - n) Establecer criterios de coste-beneficio en la indicación de los tratamientos biológicos para los reumatismos inflamatorios.
4. Mejorar la continuidad asistencial y la eficiencia en la atención a través del análisis y la definición del modelo asistencial.
- a) Crear un modelo integrado de atención a las enfermedades del aparato locomotor.

- b) Mejorar la accesibilidad a los servicios especializados del aparato locomotor, con especial énfasis en los procesos potencialmente graves o causantes de discapacidad.
 - c) Mejorar los aspectos asistenciales de las enfermedades del aparato locomotor relacionados con la actividad laboral. Promover la detección y la declaración de las enfermedades profesionales músculo-esqueléticas. Prevenir la discapacidad y el riesgo de cronificación evitando demoras del proceso asistencial.
5. Promover líneas de investigación orientadas a la prevención y la mejora de la atención a las enfermedades del aparato locomotor.
- a) Impulsar y apoyar proyectos de investigación relacionados con las enfermedades del aparato locomotor, tanto en el ámbito clínico como en el epidemiológico y de servicios sanitarios.
6. Promover la formación de los profesionales en las enfermedades músculo-esqueléticas.
- a) Homogeneizar el programa formativo en el periodo MIR de medicina familiar y comunitaria, integrando la formación específica en traumatología, reumatología, rehabilitación y dolor.
 - b) Promover la formación continua de los profesionales médicos en los aspectos de prevención, diagnóstico, manejo clínico y tratamiento de las distintas enfermedades del aparato locomotor. Los aspectos formativos se desarrollarán en colaboración con el Instituto de Estudios de la Salud y las sociedades científicas.
 - c) Promover la formación específica de posgrado en enfermedades del aparato locomotor del equipo enfermero. Los aspectos formativos se desarrollarán en colaboración con el Instituto de Estudios de la Salud y las sociedades científicas.
7. Establecer criterios sobre implantación de nuevas tecnologías diagnósticas y terapéuticas para estas enfermedades
- a) Evaluar las nuevas tecnologías diagnósticas y terapéuticas relacionadas con las enfermedades del aparato locomotor.

- b) Establecer los criterios de utilización de las nuevas tecnologías diagnósticas y terapéuticas de acuerdo con sus resultados en la evaluación.

La información más detallada sobre el PDMRAL se puede consultar en la web del Departament de Salut de la Generalitat en el apartado: Líneas de actuación > Planes directores. El documento del PDMRAL está disponible en: <http://www20.gencat.cat/docs/salut/Home/Ambits%20tematics/Linies%20dactuacio/Planificacio/Plans%20directors%202008-2010/Malalties%20reumatiques%20i%20de%20laparell%20locomotor/Que%20es/Enllasos/locomotor131010.pdf>

A.2. Fases del Plan Director

El Plan Director se estructuró en cuatro fases: análisis de la situación, grupos de trabajo, implementación y evaluación. En la actualidad se encuentra en fase de implementación, tras darse por finalizada la parte estratégica en 2010.

Fase 1 – Análisis de situación

El Plan Director se desarrolla como un instrumento de planificación sanitaria que estudia un grupo de procesos que por su prevalencia o gravedad son especialmente importantes para la sociedad. Así, se pretendió analizar las necesidades, los déficits y los condicionantes existentes desde las perspectivas de cómo impactan estos procesos en la salud de la población y qué servicios se ofrecen para afrontarlos.

De este análisis que se inició en 2008, se obtuvieron los siguientes datos:

1. El 77,7% de la población adulta refiere algún tipo de trastorno crónico¹ en Cataluña.
2. Los primeros problemas crónicos existentes entre la población están relacionados con el Aparato Locomotor, y generalmente, se trata de procesos que producen dolor: dolor lumbar, dorsal crónico, dolor cervical crónico y artropatía crónica (procesos inflamatorios y procesos degenerativos articulares). Tras estas enfermedades se sitúan otros

¹ Datos extraídos de la última Encuesta de Salud de Cataluña (ESCA) de 2006

trastornos crónicos como la mala circulación, alergias, migrañas o depresión.

3. Prevalencia por sexos y grupos de edad:

	Edad Media (años)	15 – 44 años Hombres	15 – 44 años Mujeres	45 – 64 años Hombres	45 – 64 años Mujeres	> De 65 años Hombres	> De 65 años Mujeres
Artrosis - artritis - reumatismo	64,7	3,1%	5,0%	20,9%	41,4%	45,7%	75%
Dorsalgia lumbalgia	52,4	19,3%	22,9%	30,3%	41,3%	31,2%	54,2%
Cervicalgia	52,2	13,8%	25,8%	23,8%	43,3%	26,6%	50,3%
Osteoporosis	68,1	0,3%	0,7%	1,4%	13,2%	5,6%	26,1%

Fuente: Plan director de enfermedades reumáticas y del aparato locomotor. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya

4. Utilización de los servicios de salud por personas con problemas del aparato locomotor². Las personas que refieren padecer procesos crónicos del aparato locomotor utilizan más los servicios sanitarios que las que no las padecen.

	Sin artrosis, artritis o reumatismos	Con artrosis, artritis o reumatismos
Atención Primaria	67,6%	88%
Otro Especialista	28,2%	53,3%
Enfermería	14,7%	28,1%
Psiquiatría	4,1%	7,9%
Psicología	3,7%	5,4%
Osteópata	1,9%	5,9%
Naturista	2,1%	2,5%

Fuente: Plan director de enfermedades reumáticas y del aparato locomotor. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya

² Ídem

5. En 2010, la primera causa de baja laboral fueron las enfermedades del aparato locomotor, por encima de los procesos respiratorios (históricamente, los procesos con mayor incidencia en bajas laborales). Además, estas bajas son de larga duración y suponen el 28% de los días totales de baja registrados³ en Cataluña.

Fase 2 – Grupos de Trabajo

Durante la segunda fase del Plan se constituyeron grupos de trabajo de expertos en una serie de líneas específicas de trabajo definidas durante la primera fase. Estas líneas de trabajo se dividieron en dos:

1. Procesos prevalentes:
 - Dolor lumbar.
 - Osteoporosis.
 - Artrosis.
 - Artritis crónica.
 - Fibromialgia.
 - Hombro doloroso.
2. Modelo asistencial: desde donde se dio una visión más global de cómo se atienden estas enfermedades y cuáles son los elementos que se podrían mejorar. Cada grupo de expertos elaboró un informe con unas conclusiones y propuestas concretas para mejorar la situación. Estas conclusiones se agruparon y se recogieron en el documento final aprobado en comisión.

Las principales propuestas del plan fueron:

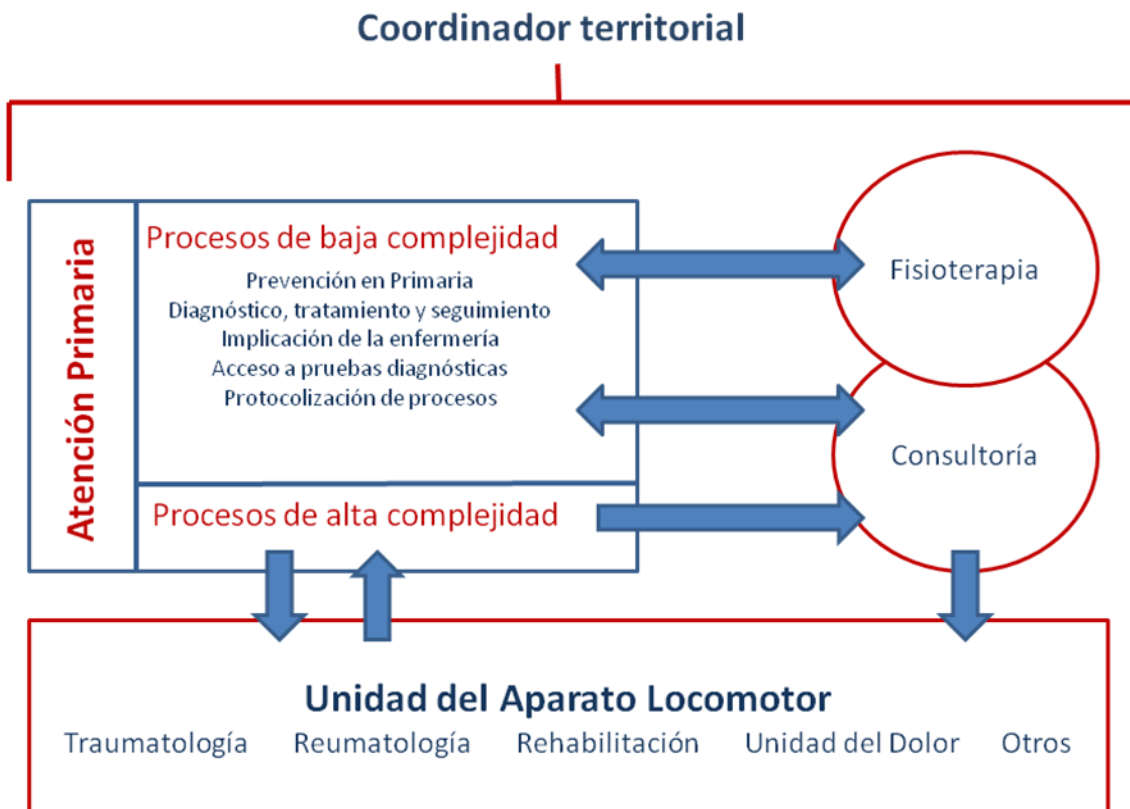
- Promover elementos de gestión territorial compartidos: establecer objetivos compartidos (en relación a la prevención, diagnóstico o tratamiento) por áreas de referencia en relación a las enfermedades reumáticas con mayor prevalencia con la finalidad de que la Atención Primaria y la Especializada trabajen de forma coordinada.
- Acciones para mejorar la capacidad resolutoria del área de Atención Primaria: las enfermedades del aparato locomotor son las de mayor prevalencia en las consultas de Atención Primaria. En muchas ocasiones estos procesos se derivan a Especializada, pudiendo ser solucionados en

³ Datos Extraídos del ICAM 2010

Primaria con mayor capacitación de sus profesionales. Para hacer posible este punto, se propone la formación de enfermería, la implicación directa de los profesionales de fisioterapia en los centros de AP, la consultoría directa con Atención Especializada, así como con el acceso protocolizado a ciertas pruebas diagnósticas que podrían mejorar su capacidad de resolución.

- Acciones para mejorar la eficiencia de los Servicios Especializados mediante la creación de Unidades Funcionales del Aparato Locomotor.

Modelo asistencial propuesto



Fuente: Plan director de enfermedades reumáticas y del aparato locomotor. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya

Fase 3 – Implementación del Plan

En un tercer estadio el Plan pretende implementar en todo el territorio catalán las propuestas concretas extraídas de estos informes. Esta implementación se llevaría a cabo, principalmente, a través del CatSalut y de la formación de profesionales sanitarios.

Fase 4 – Evaluación

Por último, el Plan Director tiene previsto evaluar la implementación de estas propuestas concretas en todo el territorio catalán.

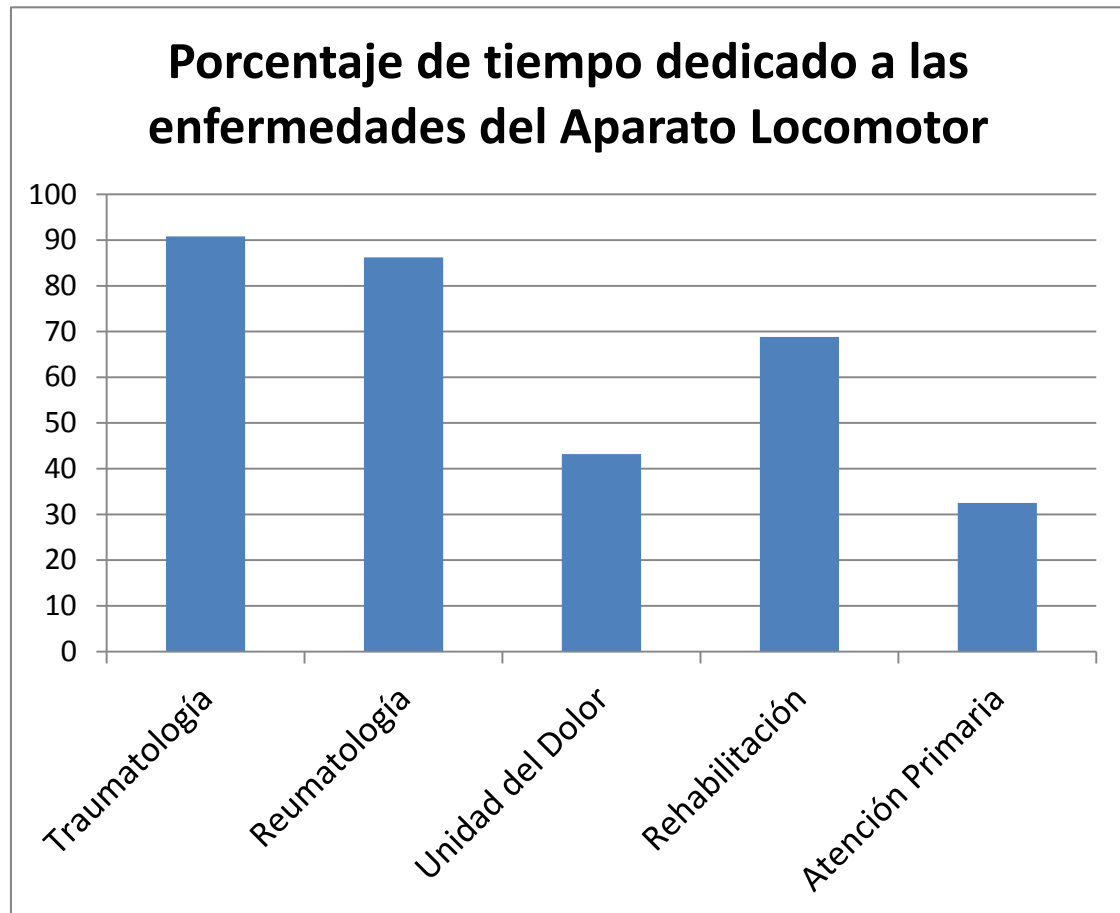
A. 3. Encuesta de opinión a los profesionales sanitarios

Paralelamente al trabajo estratégico de análisis y elaboración de conclusiones y propuestas, el Departamento de Salud elaboró una encuesta entre los profesionales sanitarios.

Especialidad	Encuestas realizadas	Tasa de participación	% de la muestra
Médicos de Familia	233	18,6%	34,8%
Traumatólogos	240	37,2%	35,8%
Reumatólogos	86	62,3%	11,8%
Rehabilitadores	74	60,2%	11,0%
Unidades del Dolor	46	35,4%	6,3%

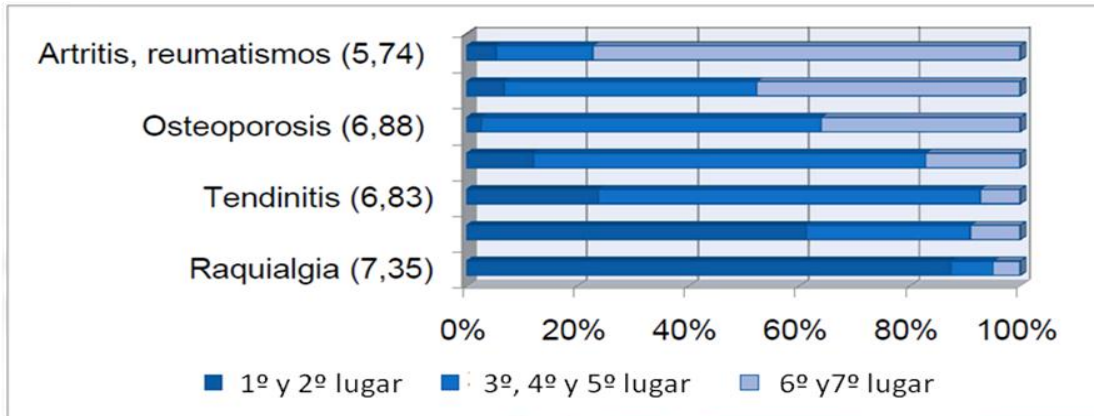
Fuente: Plan director de enfermedades reumáticas y del aparato locomotor. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya

La encuesta pone de manifiesto el elevado tiempo que los profesionales dedican al tratamiento de las enfermedades del aparato locomotor.



Fuente: Plan director de enfermedades reumáticas y del aparato locomotor. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya

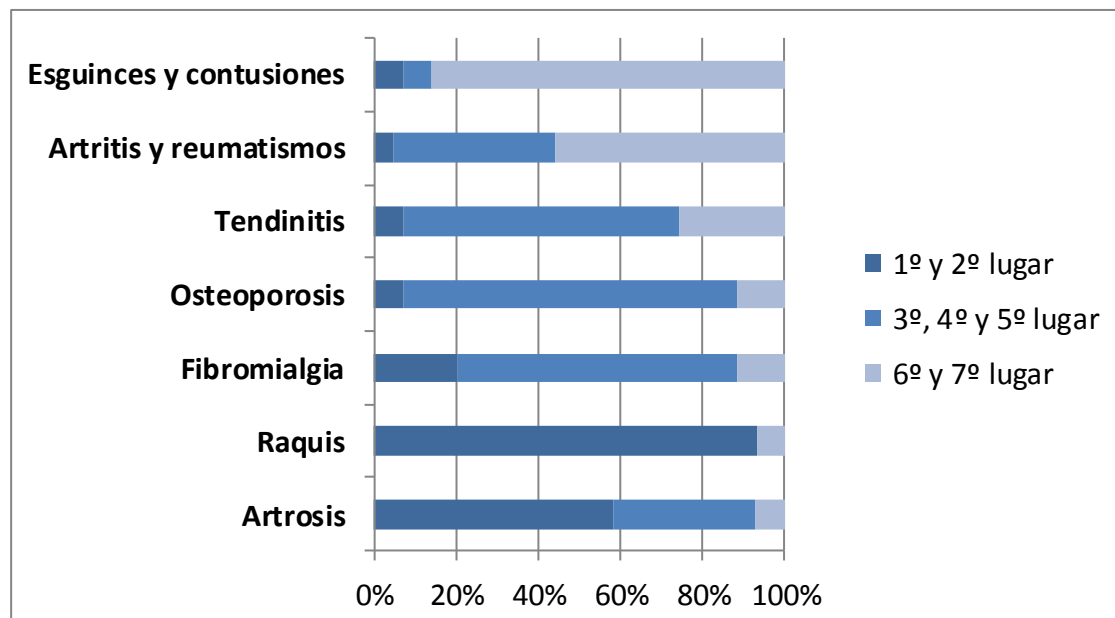
Si se atiende a la frecuencia de las enfermedades del Aparato Locomotor tratadas en Atención Primaria se pone de manifiesto el elevado porcentaje de consultas relacionadas con las mismas, siendo la patología de raquis y la artrosis las dos más frecuentemente atendidas.



Fuente: Plan director de enfermedades reumáticas y del aparato locomotor. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya

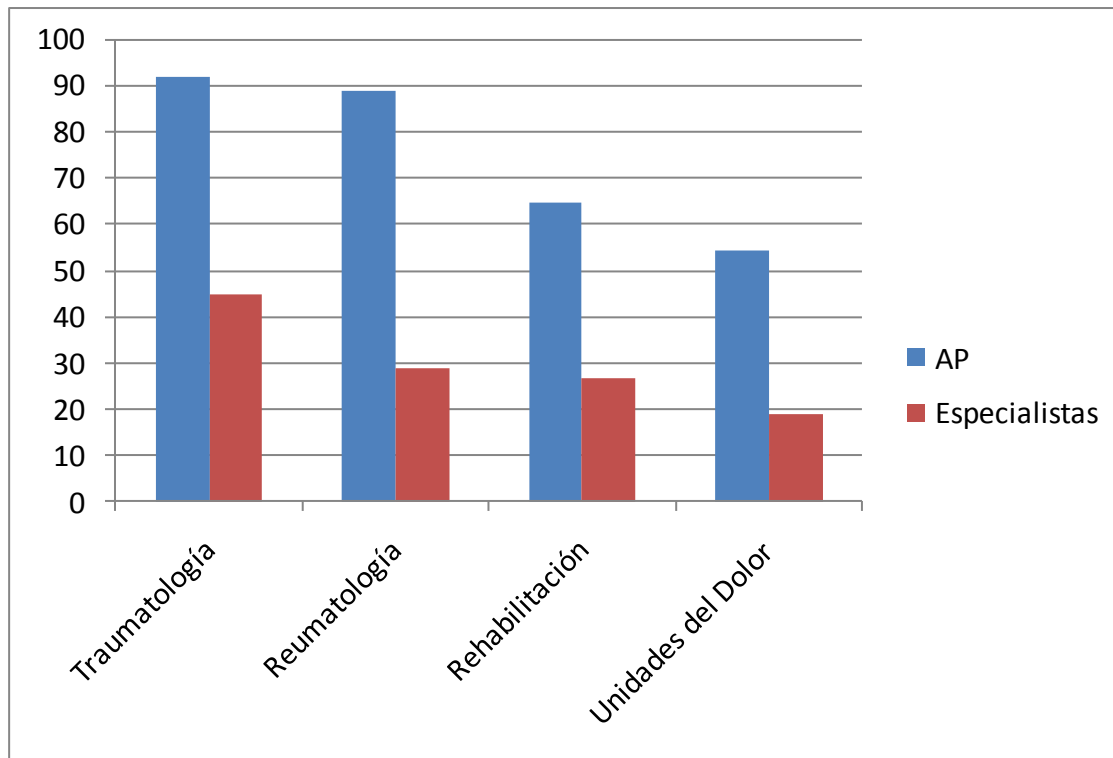
*Nota: entre paréntesis se registra el grado de experiencia media de los profesionales en relación a cada una de las patologías descritas

En el área de Atención Especializada la frecuencia de atención a las enfermedades del aparato locomotor también es elevada, siendo la artrosis la más prevalente.



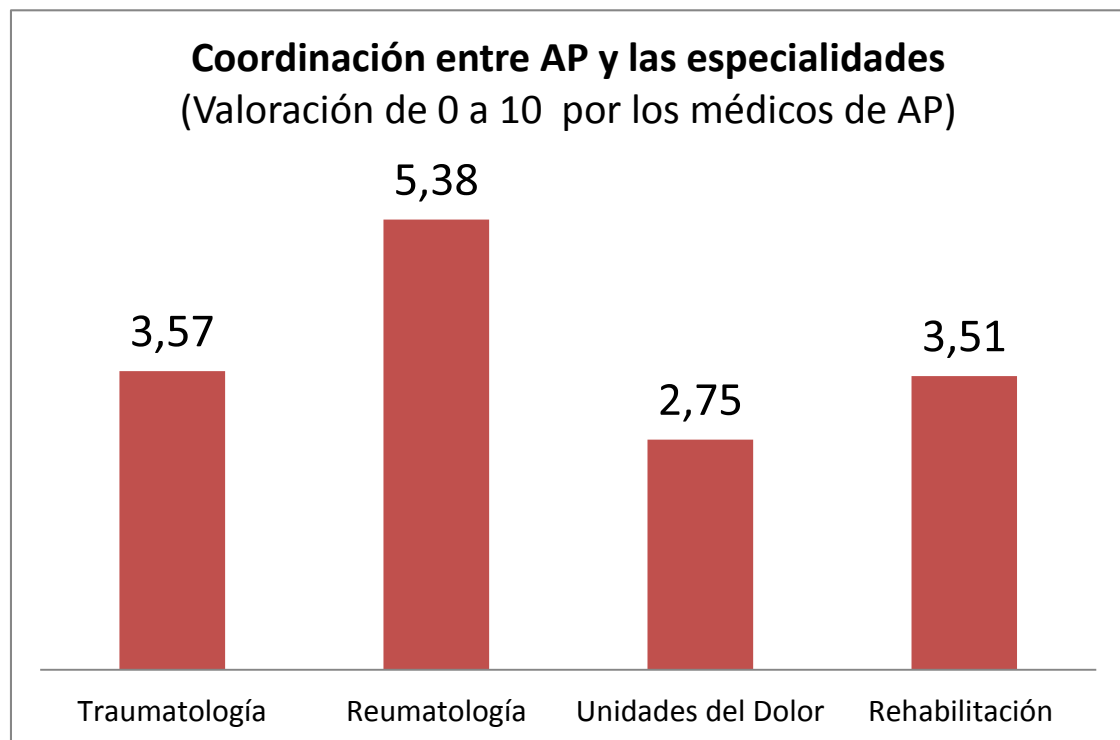
Fuente: Plan director de enfermedades reumáticas y del aparato locomotor. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya

En cuanto al grado de conocimiento de los médicos de AP sobre los criterios de derivación de pacientes del área Atención Primaria a Especializada destaca el desconocimiento de los casos en los que se han de derivar los pacientes a las Unidades del Dolor.



Fuente: Plan director de enfermedades reumáticas y del aparato locomotor. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya

La coordinación entre niveles asistenciales está mal puntuada en ambos colectivos siendo la mejor coordinación con la especialidad de reumatología y la peor con los especialistas de las Unidades del Dolor.



Fuente: Plan director de enfermedades reumáticas y del aparato locomotor. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya

Los profesionales encuestados de AP consideran como principales problemas de la atención del paciente con enfermedades del aparato locomotor las listas de espera para acceder a la Atención Especializada, el retorno a Atención Primaria de los pacientes sin información, la escasa coordinación entre especialistas y la sobrecarga asistencial de los médicos de Atención Primaria.

Tabla: Principales problemas en la atención de enfermedades del aparato locomotor

Principales Problemas en la atención de enfermedades del Aparato Locomotor	Valoración (0 a 10)
Lista de espera para especialistas	8,24
Retorno de los pacientes a AP sin información	7,95
Escasa coordinación con especialistas del Aparato Locomotor	7,76
Escasa coordinación entre especialistas	7,76
Sobrecarga asistencial de los médicos de AP	7,60
Acceso limitado a podología	7,00
Circuitos de información poco eficientes	6,83
Acceso limitado a fisioterapia	6,64
Poca definición de la cartera de servicios de cada especialidad	6,27
Falta de formación de los médicos de AP	5,97
Retención de pacientes por parte del Especialista	5,64
Acceso limitado de los médicos de AP a pruebas diagnósticas	5,55

Fuente: Plan director de enfermedades reumáticas y del aparato locomotor. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya

Los especialistas consideran su propia sobrecarga asistencial como el problema principal en la atención a estos procesos.

Como posibles soluciones a dicho problema se apunta la historia clínica compartida, el desarrollo de un sistema de consultoría con Atención Primaria, la implantación de guías de práctica clínica, la creación de unidades funcionales del aparato locomotor.

Modelo de Atención al Dolor Crónico en Cataluña

- ***Dra. Elena Català, Responsable del Modelo de Atención al Dolor Crónico de Cataluña, que se ubica en los planes Estratégicos de Ordenación de Servicios con poder normativo***

B.1. Introducción y objetivos

El modelo de atención al dolor crónico pretende asegurar un modelo que sea accesible, equitativo, de calidad y eficiente. El dolor es un síntoma que está presente en muchas enfermedades y, por lo tanto, las propuestas de mejora en su manejo aparecen de manera transversal en diferentes planes directores y estratégicos. Las recomendaciones que se proponen desde el grupo de trabajo sobre dolor son aplicables a cualquier tipo de dolor crónico, pero el documento del modelo se dirige específicamente a la atención al dolor neuropático, menos frecuente pero muy incapacitante, dado que los otros tipos de dolor crónico son objeto de otros planes directores: el de las enfermedades reumáticas y del aparato locomotor, el sociosanitario y el de oncología.

Los elementos que forman el modelo publicado incluyen herramientas para mejorar la calidad de la atención a los pacientes con dolor neuropático en la Atención Primaria, así como la definición del papel de apoyo que debe desempeñar la atención especializada en el tratamiento y seguimiento de las patologías de base que originan el dolor. La segunda parte del documento hace referencia a los criterios de planificación de las unidades de dolor, los servicios hospitalarios que actúan dando apoyo a la Atención Primaria y a la Atención Especializada en el tratamiento de pacientes con dolor crónico complejo o de tratamiento difícil.

Los objetivos generales del modelo de atención al dolor crónico en Cataluña son:

- Mejorar la calidad de vida de las personas que sufren dolor crónico.
- Ofrecer a los pacientes afectados de dolor crónico una atención sanitaria accesible, efectiva, basada en la evidencia, con criterios de equidad, subsidiariedad y sostenibilidad.
- Mejorar la sensibilización y la capacitación de los profesionales que intervienen en la atención al dolor crónico.

La prevalencia del dolor crónico en la población adulta del territorio español es del 23,4%. La prevalencia del dolor crónico es superior en las mujeres y aumenta en los grupos de más edad. La principal causa declarada son los problemas osteomusculares.

La prevalencia del dolor neuropático agudo o crónico se sitúa en torno al 6-8% de la población. En general, la intensidad del dolor neuropático es alta y suele asociarse a depresión y a problemas para conciliar el sueño. Diversos estudios muestran que la afectación de la calidad de vida, tras ajustarla según la intensidad del dolor, es superior en el dolor neuropático que en otros tipos de dolor crónico.

Se han detectado deficiencias en el manejo clínico del paciente con dolor crónico:

- Existe poca valoración y atención al problema de dolor.
- Falta evaluación y seguimiento del dolor, tanto en la Atención Primaria como en la Atención Especializada.
- Hay problemas con la adecuación del tratamiento, bien por inadecuación, infratratamiento o por exceso de medicalización de un síntoma que, a veces, podría mejorar con otras estrategias.

Atención al dolor crónico neuropático en la Atención Primaria

El modelo propone recomendaciones para mejorar la atención al paciente con dolor crónico neuropático en la Atención Primaria, basadas en la identificación correcta y el diagnóstico diferencial entre dolor nociceptivo y neuropático, la valoración de la intensidad del dolor, las recomendaciones de tratamiento farmacológico y la implicación de personal de enfermería y otros profesionales sanitarios en el seguimiento.

Los niveles de resolución y los criterios de derivación a la Atención Especializada y a las Unidades de Dolor deben pactarse y protocolizarse territorialmente entre la Atención Primaria, la Atención Especializada y las Unidades de Dolor, de acuerdo con los criterios generales establecidos por el modelo y el plan director de las enfermedades reumáticas y del aparato locomotor.

Criterios de planificación de las Unidades de Dolor

Los criterios de planificación de las Unidades de Dolor tienen como punto de partida reforzar la capacidad resolutoria de la AP. La metodología seguida para elaborar los criterios ha sido:

- Identificar a los enfermos que deben ser atendidos en los diferentes niveles asistenciales.
- Definir la cartera de servicios y perfiles profesionales que tienen que formar parte de las Unidades de Dolor.
- Establecer los niveles de resolución y los circuitos de derivación entre los dispositivos asistenciales.
- Proponer criterios de reordenación necesarios para disminuir la variabilidad territorial.

Los pacientes deben tratarse en la AP y solo en determinados casos tendrían que derivarse a la Atención Especializada, que debe prestar su apoyo en el caso de pacientes que presenten dificultades en el diagnóstico o el tratamiento de la patología de base. La cartera de servicios de las Unidades de Dolor se ha ordenado en tres niveles de complejidad.

La derivación a una Unidad de Dolor se realizará según criterios pactados y protocolizados entre las unidades de dolor y la AP, en casos de intensidad del dolor alta o dificultades en el tratamiento, o en el caso de los pacientes candidatos a la realización de técnicas intervencionistas para tratar el dolor. El acceso rápido a las Unidades de Dolor se procurará en aquellos pacientes que presentan dolor intenso de aparición reciente, con importante afectación de la calidad de vida o interferencia en la actividad laboral o habitual, y con indicación de técnicas o tratamientos más específicos.

Las Unidades de Dolor formarán parte de las unidades funcionales del aparato locomotor, que serán los dispositivos asistenciales que organizarán la atención de las diferentes especialidades relacionadas con el aparato locomotor, siguiendo las directrices del plan director.

Para más información puede consultarse la web del Departament de Salut de la Generalitat en el apartado "Líneas de actuación: modelo asistencial". El documento se puede consultar en:

[http://www20.gencat.cat/docs/salut/Home/Ambits%20tematic/Linies%20dactuacio/Planificacio/Plans estrategics ordenacio i altres Plans/Model atencio Dolor Cronic Catalunya/Que es/Documents/atencio dolor cronic 2011.pdf](http://www20.gencat.cat/docs/salut/Home/Ambits%20tematic/Linies%20dactuacio/Planificacio/Plans%20estrategics%20ordenacio%20i%20altres%20Plans/Model%20atencio%20Dolor%20Cronic%20Catalunya/Que%20es/Documentos/atencio%20dolor%20cronic%202011.pdf)

B.2. Estructura del Plan

2.1. Análisis de la situación

Se estableció una primera etapa para definir los objetivos anteriormente citados y marcar las líneas de actuación posteriores. De este análisis se extrajeron los siguientes datos relevantes:

- El 33% de la población catalana refiere muchos problemas de dolor o malestar⁴.
- La prevalencia del dolor crónico en el total del territorio español es del 23,4%, presenta mayor prevalencia entre las mujeres y aumenta en los grupos de mayor edad.
- La prevalencia del dolor neuropático agudo o crónico se sitúa en torno al 6-8% de la población. Habitualmente la intensidad de este tipo de dolor es muy elevada y suele asociarse con problemas de ansiedad y depresión y alteraciones del sueño.
- Aunque es menos prevalente, diversos estudios demuestran que el dolor neuropático es más intenso y afecta más a la calidad de vida que a los pacientes con dolor nociceptivo.
- En Cataluña hay 41 Unidades del Dolor en hospitales públicos y los principales motivos de consulta son lumbalgia, cervicalgia, artralgia, fibromialgia, dolor miofascial, neuralgia postherpética, neuropatías metabólicas y dolor oncológico.

Tras el análisis se identifican los siguientes problemas:

- El impacto sobre los servicios con el probable aumento de la demanda por la elevada prevalencia, repercusión negativa sobre la calidad de vida y los costes directos e indirectos asociados.
- Los déficits detectados en el manejo clínico del dolor crónico.
- La fragmentación de la atención al paciente entre los distintos niveles asistenciales y diferentes profesionales, así como la falta de claridad

⁴ Datos extraídos de la última Encuesta de Salud de Cataluña (ESCA) de 2006

- de la cartera de servicios y de los criterios de derivación a las Unidades del Dolor y a los servicios de Atención Especializada.
- La variabilidad territorial en localización, recursos y actividad de las Unidades del Dolor en Cataluña, lo que disminuye los niveles de equidad y de calidad de la atención al paciente.

2.2. Líneas estratégicas

Tras este análisis de situación se establecieron las siguientes líneas estratégicas:

- Atención al dolor crónico neuropático en la Atención Primaria.
- Criterios de planificación de las Unidades del Dolor.
- Líneas de formación y sensibilización.

ATENCIÓN AL DOLOR CRÓNICO NEUROPÁTICO EN LA ATENCIÓN PRIMARIA

Teniendo en cuenta que el dolor osteomuscular se aborda en el Plan Director de Enfermedades Reumatológicas y del Aparato Locomotor y que el dolor oncológico se contempla en los Planes Directores de Oncología y Sociosanitario (en su apartado de cuidados paliativos), el Modelo de Atención del Dolor propone recomendaciones concretas para mejorar la atención al paciente con dolor crónico neuropático desde la Atención Primaria. Estas recomendaciones se basan en la identificación correcta y el diagnóstico diferencial entre dolor nociceptivo y neuropático, la valoración de la intensidad del dolor, las recomendaciones de tratamiento farmacológico y la incorporación del personal de enfermería y otras profesiones sanitarias en el proceso de seguimiento del paciente.

En este sentido, el plan recomienda la implementación de tres herramientas para mejorar el diagnóstico, seguimiento y abordaje terapéutico del dolor:

- a) *Herramienta de diagnóstico*: el test DN4 y mapeo para identificar el dolor.

El modelo propone la implementación del test DN4, validado en castellano, para agilizar el diagnóstico por parte de la Atención Primaria. Este test –que ya se utiliza en diversos países europeos–,

ayuda al médico a identificar si se trata de dolor neuropático o mixto. Así, en una escala de 0 a 10, es indicativo de dolor neuropático o mixto en los pacientes cuyos resultados se sitúen en el 4 o por encima.

Cuestionario DN4

(Versión española del cuestionario Dolour Neuropathique 4²³)

Responda a las 4 preguntas siguientes marcando SI o NO dónde corresponda:

ENTREVISTA AL PACIENT

Pregunta 1: ¿Tiene su dolor alguna de estas características?

	Si	No
1 Quemazón		
2 Sensación de frío doloroso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Descargas eléctricas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Pregunta 2: ¿Tiene en la zona donde le duele alguno de estos síntomas?

	Si	No
4 Hormigueo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Pinchazos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Entumecimiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 Escozor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

EXPLORACIÓ DEL PACIENT

Pregunta 3: ¿Se evidencia en la exploración alguno de estos signos en la zona dolorosa?

	Si	No
8 Hipoestesia al tacto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 Hipoestesia al pinchazo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Pregunta 4: ¿El dolor se provoca o intensifica por?

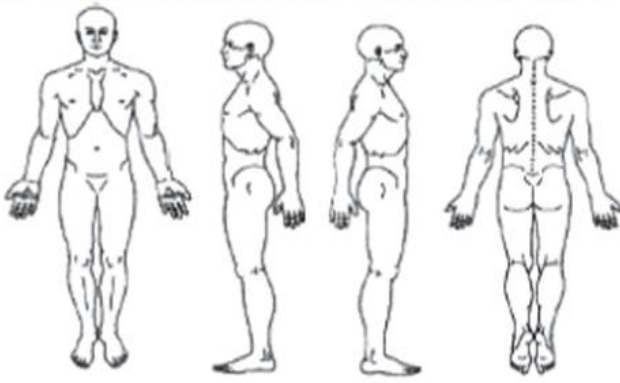
	Si	No
10 El roce	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Puntuació superior o igual a 4 és un dolor que té component neuropàtic

Fuente: Modelo de atención al dolor crónico. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya

Una vez identificada la naturaleza del dolor, se realiza un mapeo para localizar el dolor, situarlo cronológicamente, conocer su frecuencia, los factores que lo alivian, los que lo desencadenan o agudizan y sus manifestaciones asociadas.

LOCALITZACIÓ Delimitat Difús Irradiat Superficial Profund



CRONOLOGIA
 Agut Crònic (> 3 mesos) Des de quan el patiu?.....

FREQÜÈNCIA
 Continuat Intermitent.....

FACTORS QUE L'ALLEUGEREIXEN
 Repòs Mobilització.....

FACTORS QUE EL DESENCADENEN O AGREUGEN
 Repòs Mobilització.....

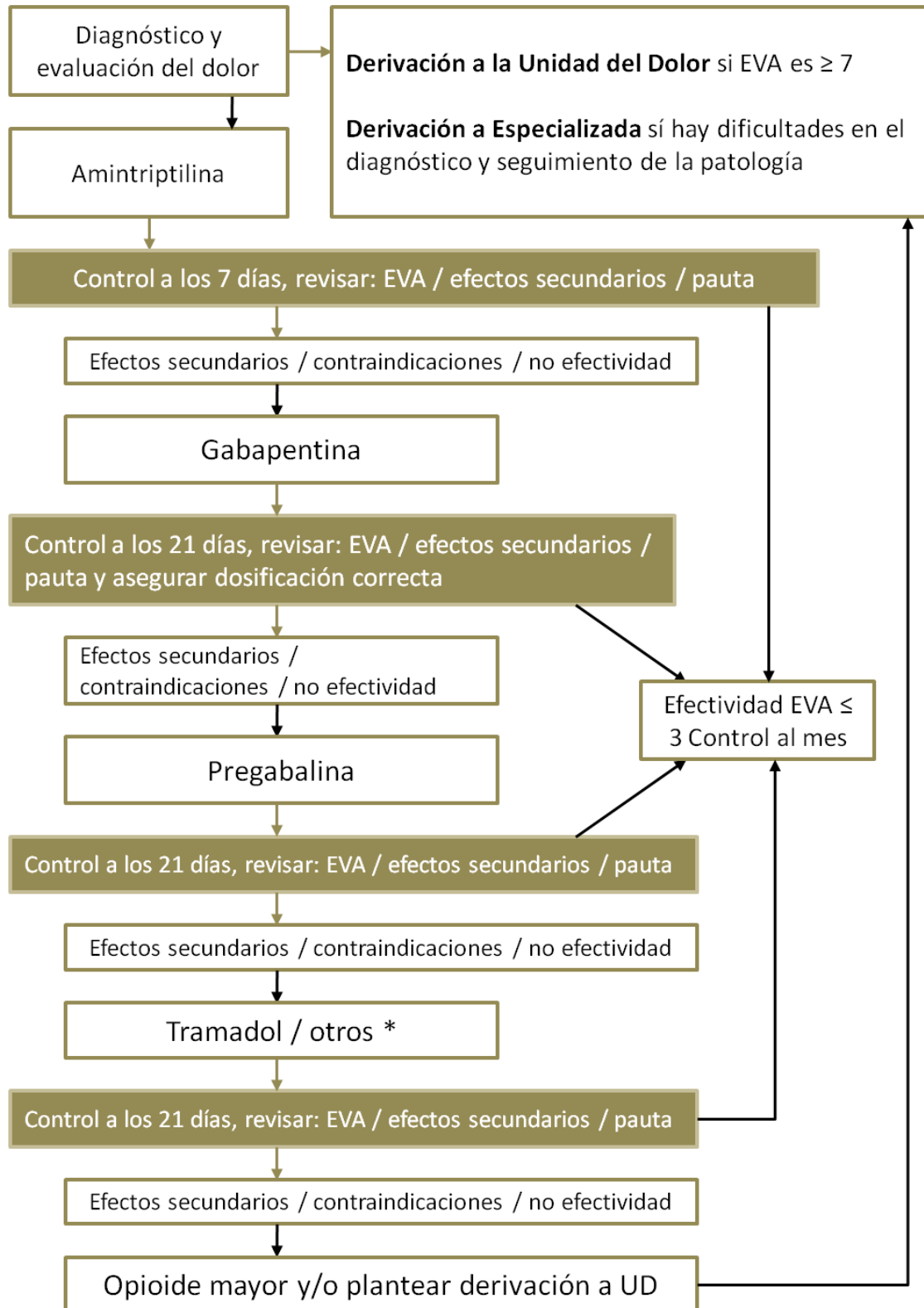
MANIFESTACIONS ASSOCIADES
 Agitació Irritabilitat Insomni Ansietat Depressió Limitació de la mobilitat

O. DIAGNÒSTIC: 1. Tipus de dolor: nociceptiu neuropàtic
- Patologia.....

Basado en
el test DN4

Fuente: Modelo de atención al dolor crónico. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya

- b) *Tratamiento médico del dolor neuropático*: los responsables del Modelo de Atención Crónico de Catalunya establecieron un algoritmo basado en la evidencia, la eficacia y la eficiencia de los tratamientos.



*En patologías localizadas se pueden utilizar tratamientos de aplicación tópica como la capsaicina o la lidocaína al 5% en parches

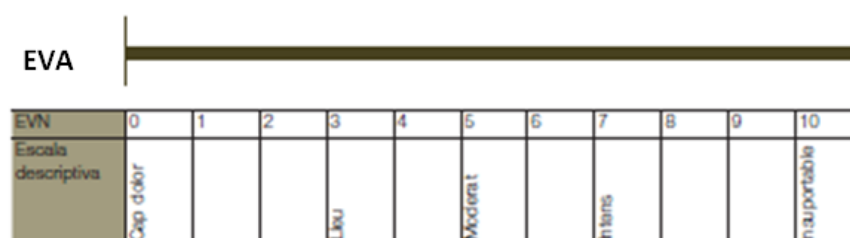
Medicamento	Administración	Dosis iniciales	Dosis máxima
Amitriptilina	Oral	10-25 mg/día noche o 12 horas	50-75 mg/día
Duloxetina	Oral	30-60 mg/día	120 mg/día
Venlafaxina	Oral	37,5 mg/día	150-225 mg/día
Gabapentina	Oral	300-400 mg/8h	2.400-3.600 mg/día
Pregabalina	Oral	50-150 mg/12h	600 mg/día
Carbamazepina	Oral	100 mg/8h	1.200/día
Tramadol	Oral	50-100 mg/día en 1 o 2 dosis	400 mg/día
Lidocaína 5%	Tópica (parches)	1-3 día. Duración máxima 12 h/día	
Oxicodona	Oral	5-10 mg/12h	
Morfina	Oral	10-20 mg/12h	

Fuente: Modelo de atención al dolor crónico. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya

c) *Seguimiento del paciente: escalas de intensidad.*

Se apunta al profesional de enfermería como el encargado de realizar el seguimiento del paciente con dolor para liberar tiempo al profesional médico que pueda ser dedicado al diagnóstico y el tratamiento.

Las escalas propuestas son la Escala Visual Analógica (EVA), la Escala Visual Numérica (EVN) y la Escala Verbal Descriptiva (EVD).



Fuente: Modelo de atención al dolor crónico. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya

CRITERIOS PARA LA PLANIFICACIÓN DE LAS UNIDADES DEL DOLOR

Con el objetivo de establecer los criterios de planificación de las Unidades del Dolor se llevó a cabo una encuesta entre las Direcciones Generales de 68 hospitales públicos.

Región Sanitaria	Unidades de Dolor
Lérida	2
Campo de Tarragona	5
Tierras del Ebro	2
Gerona	7
Cataluña Central	4
Alto Pirineo y Arán	2
Ámbito Territorial Barcelona Norte	8
Ámbito Territorial Barcelona Sur	6
Barcelona Ciudad	5
TOTAL	41

Fuente: Modelo de atención al dolor crónico. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya

Los resultados de la encuesta pusieron de manifiesto los siguientes datos:

- Principales patologías atendidas:
 1. Lumbalgia.
 2. Cervicalgia.
 3. Artralgia.
 4. Fibromialgia.
 5. Dolor miofascial.
 6. Neuralgia posherpética.
 7. Neuropatías metabólicas.
 8. Dolor oncológico.

- Especialidades que derivan a las Unidades del Dolor:

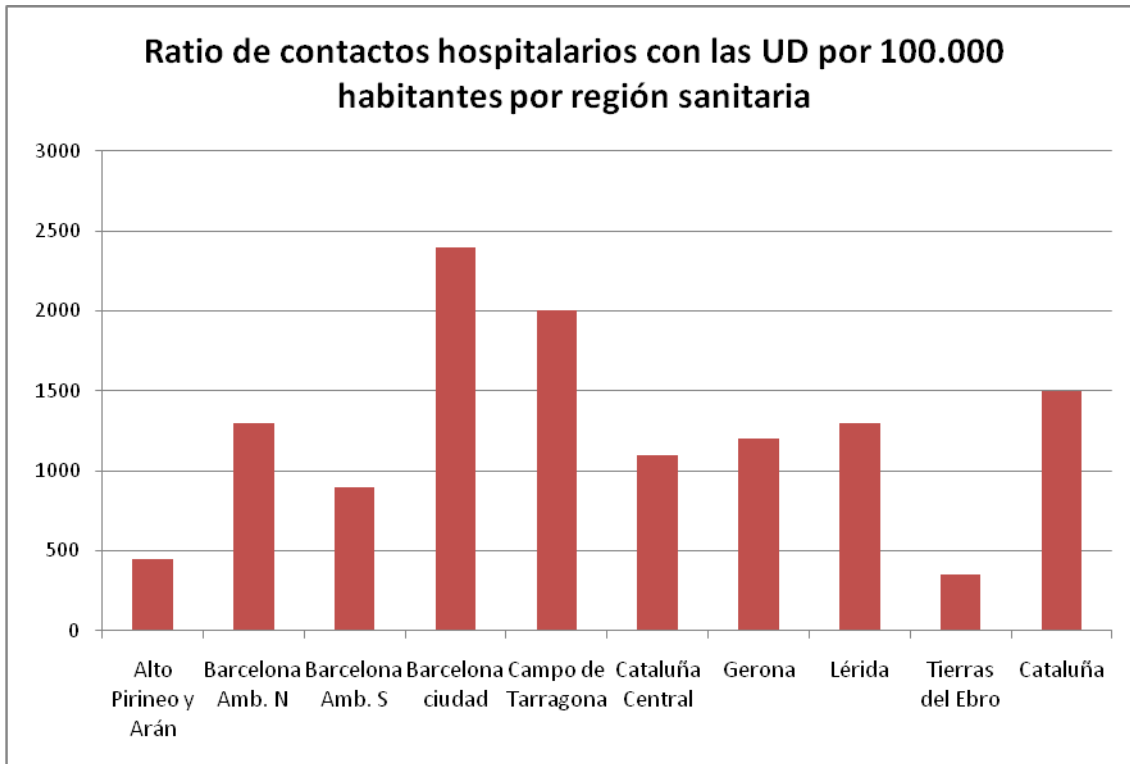
1. Atención Primaria.
2. Traumatología.
3. Neurocirugía.
4. Reumatología.
5. Cirugía.
6. Medicina Interna.
7. Oncología⁵.

- Actividad de las Unidades del Dolor en Cataluña (2009).

Región Sanitaria	Primeras	Sucesivas	Técnicas	Consultas interhospitalarias	Procedimientos invasivos	Ingresos
Alto Pirineo y Arán	109	61	120	3	0	0
Barcelona Ámbito Norte	3.938	14.309	7.809	732	34	38
Barcelona Ámbito Sur	3.155	6.622	2.945	325	4	81
Barcelona Ciudad	4.495	21.435	9.616	2.627	2.421	269
Campo de Tarragona	2.309	4.510	4.292	888	1	18
Cataluña Central	891	1.627	1.570	1.546	133	209
Gerona	1.746	4.613	1.802	295	232	21
Lérida	718	2.725	1.126	257	3	14
Tierras del Ebro	135	283	22'	35	0	8
TOTAL	17.496	56.185	29.500	6.708	2.828	658

Fuente: Modelo de atención al dolor crónico. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya

⁵ En este caso hay bastante polémica, ya que aunque los criterios de cuidados paliativos han aliviado la derivación de Oncología a las Unidades del Dolor, en muchos casos se considera que debería situarse por encima de Medicina Interna



Fuente: Modelo de atención al dolor crónico. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya

Los resultados de esta encuesta permitieron definir la elaboración de los criterios de planificación de la Atención al Dolor Crónico, los cuales se basaron en los siguientes parámetros:

1. Identificación de las enfermedades que han de ser atendidas en los diversos niveles asistenciales.
2. Definición de la cartera de servicios y de los perfiles profesionales de las Unidades del Dolor (requisitos mínimos para encuadrar en cada nivel):
 - a. UD de nivel I:
 - Manejo farmacológico.
 - Técnicas de infiltración.
 - Técnicas de bloqueo.
 - Técnicas de neuromodulación externa (TENS).
 - b. UD de nivel II: además de los requisitos anteriores, se debe disponer de técnicas de radiofrecuencia.

- c. UD de nivel III6: además de los requisitos anteriores, se debe disponer de técnicas de neuromodulación como implantes internos espinales, de nervios periféricos o subcutáneos.
3. Establecimiento de los niveles de resolución y de los circuitos de derivación entre los dispositivos asistenciales.
 4. Propuesta de criterios de reordenación necesarios para disminuir la variabilidad territorial.

En base a estos cuatro criterios y a los elementos considerados anteriormente, el Modelo de Atención al Dolor Crónico en Cataluña propone que para asegurar una atención cercana todos los hospitales de agudos deberían tener profesionales con experiencia en el manejo del paciente con dolor crónico y en las técnicas definidas en las UD de nivel I.

Los procedimientos requeridos en las UD de nivel II y III y la atención a pacientes de alta complejidad deberían ser ofrecidos por los hospitales de referencia o los de alta tecnología, teniendo en cuenta aspectos de masa crítica, experiencia y tecnología requerida.

LÍNEAS DE FORMACIÓN Y SENSIBILIZACIÓN

A su vez, el modelo propone líneas de formación adecuadas a los médicos y personal de enfermería de Atención Primaria, así como cambios en los itinerarios curriculares de los médicos en formación, con el fin de aumentar la capacitación en el manejo de estos pacientes.

B.3. Fase Operativa – Implementación del Modelo

El Modelo de Atención al Dolor Crónico en Cataluña ha sido elaborado con el liderazgo de la Dirección General de Planificación y Evaluación y de manera coordinada con el Plan Director de Enfermedades Reumatológicas y del Aparato Locomotor, el Plan de Innovación de Atención Primaria y Salud Comunitaria y el Mapa Sanitario, Sociosanitario y de Salud Pública.

⁶ En este caso, el Modelo Asistencial aconseja la multidisciplinariedad y la figura del psicólogo en este tipo de Unidades, pero no lo incluye al no ser un documento de estándares y recomendaciones, sino de criterios de planificación

El grupo de trabajo creado contó con el consenso de una Comisión Asesora en la que estaban representadas las sociedades catalanas de: Dolor, Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor, Medicina Familiar y Comunitaria, Neurología, Cirugía Vasculat, la Asociación Catalana de Diabetes y la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMergen).

Tras la elaboración del documento por este grupo de trabajo, el Institut Català de la Salut y el CatSalut han consensuado y valorado positivamente el Modelo de Atención al Dolor Crónico, lo que hace que su implementación sea inminente.

B.4. Líneas de actuación futura

El actual Modelo de Atención al Dolor Crónico aborda aspectos globales, por lo que en un futuro se deberá profundizar en aspectos concretos como en la atención del dolor crónico en Urgencias, en los grupos vulnerables, en aspectos de mejora de la calidad de la atención al paciente haciendo especial hincapié en la interdisciplinariedad o en la revisión de la evidencia sobre la efectividad de las técnicas, intervenciones y abordaje médico.

FARMACIA

- **D. Pedro Doblas, representante de la Sociedad Española de Farmacia Comunitaria (SEFAC)**

Tipología de los casos más frecuentes

En la Oficina de Farmacia se atienden principalmente casos de dolor agudo y dolor crónico. Respecto al dolor agudo, acuden dos tipos de pacientes: el que pregunta y pide consejo al farmacéutico (me duele...) y el que exige una medicación (deme...).

En el caso de dolor crónico, básicamente se referencia el dolor cervical, de espalda, huesos y piernas.

Perfil del paciente con dolor

El perfil de paciente con dolor que acude a la Oficina de Farmacia es el de un enfermo no exigente y en muchas ocasiones no persistente. Al comprobar que el dolor no desaparece instantáneamente abandonan el tratamiento.

Según el profesional de la farmacia, por lo general los pacientes con dolor son polimedicados (ya que se les suele administrar tratamientos para depresión o para el insomnio), están poco informados y se sienten incomprendidos por su entorno.

El papel del farmacéutico comunitario

El farmacéutico comunitario suele ser el primer y último profesional sanitario al que acude el paciente con dolor crónico; por ello, debería participar en el proceso terapéutico en coordinación con los especialistas de Atención Primaria y Especializada. Para ello deberían existir protocolos o guías de actuación que contemplaran tanto la actividad en el área médica como en la Oficina de Farmacia.

Mejorar la formación reglada del farmacéutico en dolor es esencial. Se debe aumentar su conocimiento acerca de los protocolos de derivación de Atención Primaria a Especializada. Además, para hacer posible la participación del farmacéutico en el seguimiento del paciente se propone la posibilidad de acceso a la historia clínica compartida. De esta forma, el profesional podría conocer el diagnóstico del paciente de primera mano, más allá de lo que el paciente le transmite, que muchas veces se trata de información incompleta o incorrecta.

En este sentido, los representantes del colectivo médico muestran sus reticencias ante este libre acceso argumentando que se corre el riesgo de que acceda un auxiliar en lugar del farmacéutico licenciado. Bajo su punto de vista los auxiliares no disponen de la formación suficiente para manejar el dolor y frecuentemente son ellos los que dispensan los medicamentos en lugar del titular de la farmacia (quien se encarga más de los asuntos administrativos).

El modelo británico

El representante del colectivo de farmacéuticos califica de modélico el modelo británico de Oficina de Farmacia.

El modelo británico presenta al farmacéutico como el único profesional capacitado para dispensar medicamentos y atender al paciente, mientras que el auxiliar se

encarga de la venta de artículos de cosmética, tratamientos naturales y otros productos no sujetos a prescripción médica.

La implantación de este modelo permitiría que el farmacéutico centrara su labor profesional en el paciente, en el seguimiento de su enfermedad y en la terapia. Asimismo, se lograría restringir el acceso del auxiliar a la historia clínica compartida.

Características de las consultas más frecuentes sobre dolor crónico

Las principales consultas en torno al dolor que se realizan en la Oficina de Farmacia son:

- ¿Por qué me sigue doliendo? – Si no consiguen un alivio rápido aparece el incumplimiento.
- ¿Puedo tomar algo más? – Muchos pacientes, principalmente ancianos, no siguen ciertas medicaciones porque consideran que toman mucha medicación.
- ¿Para qué sirve? – En ciertas ocasiones, el médico de Atención Primaria no ha tenido tiempo de explicar al paciente para qué sirve la medicación y éste lee el prospecto y se desinforma, ya que existen múltiples tratamientos con múltiples indicaciones.
- Efectos secundarios – El paciente presenta miedo frente a los efectos secundarios descritos en el prospecto del medicamento.
- ¿Por qué me cambian la medicación por una presentación de genérico? – Los pacientes no entienden por qué les recetan un genérico cuando antes les recetaban uno de marca. Tienen la percepción de que el tratamiento que van a recibir es peor⁷.

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

- Utilizando una única base de datos.
- Respetando las competencias de cada colectivo y no cuestionando la decisión terapéutica adoptada por el médico para evitar infundir miedo en el paciente. De igual forma, el profesional médico debe respetar las competencias del farmacéutico.

⁷ En este sentido el colectivo de farmacéuticos explica que existe consenso entre Atención Primaria, Especializada y Farmacia que ciertos medicamentos no deberían tener genéricos, ya que podrían llegar a ser perjudiciales para el paciente, como es en el caso de los opiáceos

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

- Tratamientos individualizados: etiquetas en los medicamentos (nombre del paciente, médico, farmacia, la dosis, la posología, las advertencias y la indicación principal).
- Preparación con antelación de la medicación para estudiar interacciones y duplicidades.
- Entrega a domicilio de la medicación, ya que en muchos casos al paciente le es muy complicado acercarse a la farmacia a por su tratamiento.
- Adaptar la receta electrónica a tratamientos mensuales, perdiendo el miedo a re-ensasar los medicamentos.
- Información compartida entre farmacias y entre farmacia y AP.

Nivel de formación del farmacéutico en dolor. Necesidad de formación continuada

El representante de farmacia insiste en la necesidad de una formación reglada en dolor que les acredite en el seguimiento y manejo de esos pacientes. Propone la existencia de especialistas por patologías y áreas terapéuticas (dolor, reproducción, etc.) en la Oficina de Farmacia en beneficio de la construcción de una farmacia comunitaria profesional, formada y competente.

PACIENTES

- **Dña. Dàmaris Juan Sala, representante de la Confederación Española de Personas Afectadas por Reumatismos (CONFEPAR)**

Atención al paciente con dolor crónico

Según el representante del colectivo de pacientes, resulta fundamental el recibir información clara por parte del profesional sanitario sobre la patología que padece, ya que en muchas ocasiones ésta no es comprensible por contener demasiados tecnicismos.

El obtener información, bien sea verbal o escrita, de fácil comprensión ayudaría al paciente a explicar a su entorno familiar, social y/o laboral su enfermedad, los posibles síntomas y las limitaciones que podría sufrir sin incurrir en errores.

Se aboga por la implementación de políticas de concienciación y prevención, ya que existe un gran número de enfermedades crónicas que se manifiestan de forma temprana o se cronifican por una mala información.

El colectivo de pacientes siente que durante los últimos años no ha habido grandes cambios ni se han alcanzado nuevos logros en cuanto a la facilitación de información, diagnóstico y tratamiento del dolor crónico. Por ello, demanda una mejor coordinación dentro del sistema sanitario para optimizar el diagnóstico y tratamiento, así como los costes y el tiempo.

La demanda de atención sanitaria de calidad es otro de los aspectos de mejora señalados por el colectivo de pacientes. Teniendo en cuenta que la relación médico-paciente se basa en la confianza y en los resultados obtenidos, el paciente debe tener la certeza de que el Sistema Nacional de Salud le ofrece las mejores opciones terapéuticas. Consideran que ahorrar en medicamentos provoca una dilatación de los tratamientos y las bajas laborales e incrementa la automedicación.

Impacto del dolor crónico

El dolor crónico impacta de forma integral en la vida del paciente. Afecta a todas las facetas de su vida: laboral, económica, social y personal. Este impacto desemboca, en muchas ocasiones, en depresión o ansiedad, por lo que el soporte psicológico en AP podría ser muy útil para el tratamiento del paciente.

Necesidades de formación

Para los pacientes la formación en su enfermedad mejora la adherencia terapéutica. En este sentido las Asociaciones de Pacientes deben esforzarse en ofrecer a sus socios esta información y formación sobre su patología. La colaboración activa de las Asociaciones de Pacientes con los centros de Atención Primaria, realizando charlas y otras actividades formativas para el paciente y sus familias, serían de gran ayuda.