

PAIN PROPOSAL

COMUNIDAD VALENCIANA

ATENCIÓN PRIMARIA

- **Dr. Enrique Almenar, representante de la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN)**
- **Dra. Amparo Melchor, representante de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC)**
- **Dra. Asunción Iturralde, representante de la Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG)**

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

El colectivo de Atención Primaria (AP) define el dolor como una experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada a una lesión tisular, presente o potencial, o descrita en términos de la misma; y en él intervienen factores biológicos, psicológicos y sociales.

La importancia del dolor en AP deriva de que éste es uno de los principales motivos de consulta. Más del 60% de las consultas de medicina familiar están relacionadas con él y comprenden un amplio abanico de patologías; desde traumáticas y reumáticas hasta psicosomáticas. En la consulta se trata fundamentalmente el dolor crónico, pero también se aborda el dolor agudo.

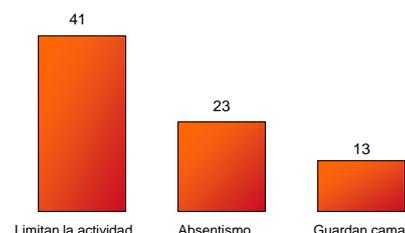
Hay diferentes tipos de dolor en función de los mecanismos fisiopatológicos.

Según el *Libro Blanco del Dolor: Gabinete de Estudios Bernard Krief (1998)*, se refleja que en lo referente a impacto social y económico:

- El 41% de los pacientes ve limitada su actividad diaria.

Impacto Social y Económico

(Libro Blanco del Dolor: Gabinete de Estudios Bernard Krief, 1998)



- El 23% de los pacientes presenta absentismo laboral (este dato varía desde un 17 a un 23% según la fuente consultada).
- El 13% de los pacientes se ha visto obligado a guardar cama.

El dolor crónico afecta a uno de cada cinco europeos y el tiempo medio de sufrimiento es de siete años. Dos terceras partes de los afectados sufren dolor moderado y una cuarta parte dolor severo. El 22% ingresa por este motivo y esto supone unos costes de salud y económicos que alcanzan pérdidas de hasta 500 millones de días de trabajo al año y entre 34 y 300 billones de euros.

En España, el 83% de las personas que padecen dolor son atendidas por médicos de Atención Primaria. Un 22% de esos pacientes han perdido su trabajo, según datos publicados en 2007 por la *Revista de la Sociedad Española del Dolor*.

Siguiendo con las cifras, hasta un 51% de los pacientes se encuentra satisfecho con el tratamiento recibido y un 49% señala que el médico está más preocupado por la enfermedad de base que por el dolor, por lo que urge que se aborde de manera individualizada el problema que supone el dolor crónico.

Tipología de los casos más frecuentes

Los dolores tratados más frecuentemente por la AP se pueden identificar como somáticos, viscerales y neuropáticos. Atienden a las características que se expresan en la tabla que se muestra a continuación.

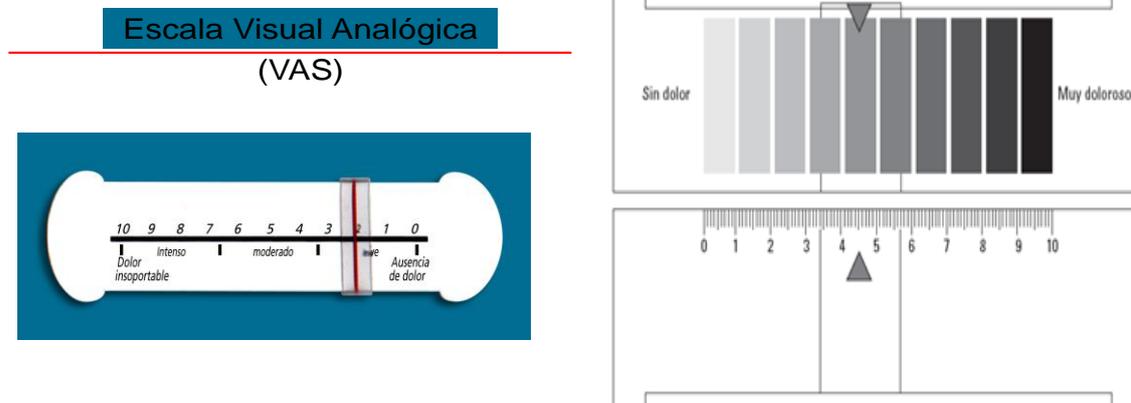
| Características del DOLOR | Dolor somático | Dolor visceral | Dolor neuropático |
|----------------------------------|---------------------------------------------|--------------------------------------------------|---------------------------------|
| Origen | Estimulación de los nociceptores | Estimulación de los nociceptores | Lesión nerviosa |
| Función nerviosa | Normal | Normal | Anormal |
| Localización de la lesión | Tejido (piel, músculo, tendón, hueso, etc.) | Abdominal, torácico, pélvico, visceral. | Nervios |
| Descripción | Sordo, agudo, algia, corrosivo | Sordo, algia, cólico, referido a puntos cutáneos | Quemazón, escopetazo, hormigueo |
| Sensaciones anormales | Ninguna | Ninguna | Habituales |
| Respuesta a la analgesia | Tiende a responder | Tiende a responder | Mala respuesta |

Herramientas de diagnóstico: escalas y cuestionarios para valorar la intensidad y el tipo de dolor

Los representantes de AP reconocen que, a pesar de que existen diferentes herramientas para valorar la intensidad del dolor en este nivel, solo un 10% de médicos de familia utilizan escalas de valoración del dolor.

Un test habitual que se suele utilizar es el índice de *Lattinen*, que engloba las siguientes dimensiones: intensidad del dolor, frecuencia del mismo, consumo de analgésicos, afectación del sueño y grado de incapacidad del enfermo causado por el dolor. Otro cuestionario útil para la evaluación de dolor es el de *McGill*, pero que al tener 65 descriptores es de difícil empleo en AP.

La más habitual es la *Escala Visual Analógica*, que es una regla numerada de 0 a 10 cm con la que el paciente cuantifica qué grado de dolor tiene. La escala califica al dolor como ausente (0), dolor muy leve (1 - 2), dolor leve (3 - 4), moderado (5 - 6), severo (7 - 8) y máximo dolor posible (9 - 10). También destaca la *escala EVA numerada para Dolor*.



Con menor frecuencia se utilizan la *escala de expresión facial de dolor* o la *escala de rostros faciales*, para aquellos pacientes con nivel bajo de conciencia o para niños. También se puede utilizar la *Escala de Andersen*, que clasifica el dolor desde ligero a muy intenso en función de una puntuación graduada desde 0 a 5.

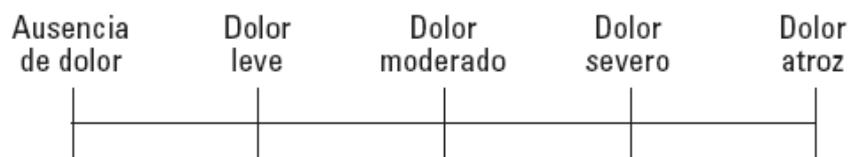


Escala de Andersen

(Bajo nivel de conciencia)

| Valoración | Significación |
|------------|-------------------------------------------------------------|
| 0 | No dolor |
| 1 | No dolor en reposo y ligero a la movilización o tos |
| 2 | Dolor ligero en reposo o moderado a la movilización o tos |
| 3 | Dolor moderado en reposo o moderado a la movilización o tos |
| 4 | Dolor intenso en reposo y extremo a la movilización o tos |
| 5 | Dolor muy intenso en reposo |

Otra variante de la escala EVA es la *Verbal*, con la que el paciente identifica el dolor que padece en función a la adjetivación del mismo.



Para poder valorar los componentes psicógenos del dolor se puede utilizar la *Escala de Madison* que, aunque se usa poco, es muy práctica. Cada ítem es calificado entre 0: ausente y 4: serio, y cuando la suma alcanza más de 15 puntos sugiere un factor psicógeno importante.

Hay que destacar también la *Escala de Edmonton Staging System*, que es de valoración pronóstica. Tiene en cuenta factores como el mecanismo de dolor, sus características, la toma previa de opioides, la función cognitiva, el distrés psicológico, la tolerancia a

fármacos y si hay antecedentes de drogadicción. Ofrece una valoración de si el dolor será de fácil o difícil control y si va a poderse abordar desde AP o, por el contrario, es susceptible de ser tratado por las unidades de dolor o unidades más específicas.

Guías y protocolos clínicos

Las Guías de Práctica Clínica (GPC) son recomendaciones dirigidas a la orientación de los profesionales a la hora de la toma de decisiones sobre la atención sanitaria adecuada para problemas clínicos específicos.

Se puede considerar que son herramientas creadas para facilitar la toma de decisiones clínicas, teniendo en cuenta las preferencias de los pacientes, los valores y la experiencia de los clínicos y la disponibilidad de recursos.

Existen muchas Guías de Práctica Clínica sobre el dolor. La revisión publicada por los doctores Neira y Ortega en la revista *Sociedad Española del Dolor* en 2008 realiza un análisis de las Guías de Práctica Clínica. En esta revisión se clasifican las guías según el nivel de evidencia, el grado de recomendación, el análisis de costes y el plan de aplicación. También se tienen en cuenta factores como el acceso libre al texto completo en la web, las recomendaciones en la Red y si incorporan o no algoritmos de decisión clínicos.

En la revisión se analizaron 47 guías en total. Los datos extraídos reflejaron que 27 de ellas tenían nivel de evidencia, mientras que 20 disponían de grado de recomendación. Entre las que analizaban costes figuraban 15 guías; 17 presentaban un plan de aplicación y 34 poseían un texto completo en la web.

Los representantes de AP inciden en que le corresponde al clínico la selección de la guía que permita la resolución del problema que se le presente en cada momento. Aun así, sería conveniente unificar la práctica clínica en los profesionales y utilizar los estándares del Ministerio porque, además de estar muy normalizada, se basa en la evidencia.

Abordaje terapéutico de los principales tipos de dolor

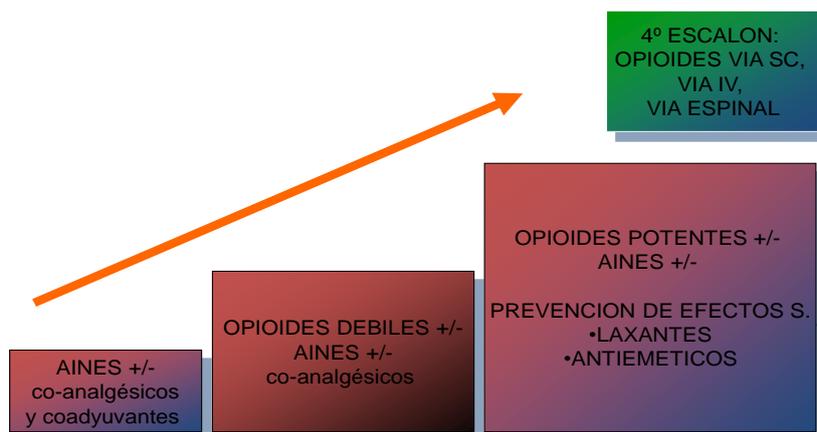
Se debe hacer una evaluación global del paciente en la que se incluyan criterios de valoración social, emocional, funcional y nutricional.

Se puede realizar el tratamiento sintomático del dolor a través de tratamiento:

- Farmacológico:
 - Analgésicos no narcóticos.
 - Analgésicos narcóticos.
 - Fármacos co-analgésicos.
- No farmacológico:
 - Contraindicación (calor, frío, masajes, ultrasonidos, etc.).
 - Estimulación eléctrica transcutánea (TENS).
 - Acupuntura.
- Anestésico.
- Del comportamiento: hipnosis, sofronización, etc.
- Quirúrgico:
 - Técnicas neuroablativas.
 - Técnicas neuroestimulantes.

En cuanto al tratamiento analgésico del dolor, sigue vigente la Escala Analgésica de la Organización Mundial de la Salud (OMS), que se divide en cuatro estadios.

Escala Analgésica de la OMS



En el primer escalón de la OMS se incluyen los analgésicos no opioides. Se debe tener en cuenta los efectos secundarios de todos estos fármacos y que todos tienen una dosis máxima a partir de la cual no se obtiene beneficio terapéutico con su empleo.

Los médicos de AP insisten en que el uso de la analgesia debe ser simple. Los tres analgésicos de base son los AINEs, los neuromoduladores y los opioides débiles. Se pueden combinar analgésicos periféricos (aspirina) con analgésicos centrales (opioides), ya que actúan por mecanismos de acción diferentes y potencian sus efectos analgésicos. Nunca se debe combinar dos analgésicos opioides, aunque algunos sean compatibles entre sí.

Tabla 1. Analgésicos no opioides (Escalón I de la OMS)

•GI, gastrointestinal; OMS, Organización Mundial de la Salud

| | Presentaciones disponibles | Inicio de acción (min) | Efectos adversos | Dosis máxima diaria (mg) |
|-----------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------|-----------------------------------|-------------------------------------------------------|
| Acetaminofeno (Paracetamol) | Comprimid, suposit 500–1000 mg | 15–30 | Hepatotoxicidad | 6g |
| Ácido acetilsalicílico | Comprimidos 100,300,500 mg | 15–30 | Toxicidad GI, alergia, hemorragia | 4g |
| Ibuprofeno | Comprimidos 200–400–600 mg; comprimidos 800 mg liberación prolongada; gel tópico. | 15–30 | Toxicidad GI y renal | 4 × 600; 3 × 800 liberación modificada (max. 2400 mg) |
| Ketoprofeno | Comprimidos 25–75 mg; comprimidos 100–150–200 mg liberación modificada | + 30 | Toxicidad GI y renal | 4 × 75; 2 × 200 |
| Diclofenaco | Comprimidos 50-100 mg; comprimidos 200 mg liberación modificada | 30–120 | Toxicidad GI y renal | 50 x 2-3 (max. 150mg) |
| Metamizol | Cápsulas 575 mg; ampollas 2g, susp. Infantil. | 15-30 | Agranulocitosis, toxicidad GI | 6g |
| Ac. Mefenámico | Cápsulas 250mg | + 30 | Toxicidad GI y renal | 4 × 500 (max. 2g) |

El escalón II de la OMS añade a los tratamientos anteriores la codeína y el tramadol:

Tabla 2. Opioides débiles para el dolor leve-moderado (Escalón II de la OMS)

OMS, Organización Mundial de la Salud; MFN, morfina oral potencia=1.

| Fármaco | Presentaciones disponibles | Potencia relativa comparada con MFN | Duración del efecto (h) | Dosis máxima diaria (mg) | Dosis inicial sin tratamiento previo (mg) |
|----------|--------------------------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------|--------------------------|-------------------------------------------|
| Codeína | Comprimidos de 30 mg; susp 6,33 mg/5ml | 0.17 | 4-6 | 120 | 10-60 |
| Tramadol | Gotas 100 mg/ml, cápsulas 50 mg | 0.1-0.2 | 2-4 | 400 | 50-100 |
| | Comprimidos de liberación modificada 100-150-200 mg | 0.1-0.2 | 12 | 400 | 50-100 |

En el escalón III se incluyen los opioides potentes. La metadona no es susceptible de control por el médico de Primaria, pero el resto de fármacos sí. Los más utilizados son el fentanilo y la morfina; este último es un fármaco barato y, en general, sería el de elección para AP.

Tabla 3.

Opioides potentes para el dolor moderado-severo (Escalón III de la OMS: pueden combinarse con fármacos escalón I)

^aMorfina 30-90 mg/día ÷4; morfina 90-300 mg/día ÷8; morfina > 300 mg/día ÷12. ^bCalculado con la conversión de mg/día a µg/h. La dosis máxima depende de la taquifilaxia.

| Fármaco | Presentaciones | Vía de administración | Conversión a MFN oral | Límite Dosis máxima diaria | Receta de Estupefaciente | Dosis inicial sin tratamiento previo |
|--------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|----------------------------------------|----------------------------|--------------------------|----------------------------------------------|
| Morfina sulfato liberación rápida | <u>Oramorph</u> solución oral unidosis 2mg/ml; <u>Sevredol</u> 10, 20mg | Oral c/4-6 h | x1 | No | Si | 20-40 mg/día |
| Morfina sulfato liberación lenta | <u>MST continus</u> (5,10,15,30,60,100,200 mg) <u>MST unicontinus</u> sobres retard 30 mg y cáps. retard, 200, 150, 60 y 30mg;Skenan | Oral c/12 h | x1 | No | Si | 20-40 mg/día |
| Morfina hidrocloreuro | <u>Morfina</u> 1%, 2%, 4% solución inyectable. | Parenteral (sc/iv), perfusión continu | x2 (sc); x3 (iv) | No | Si | 5-10 mg/día |
| Oxicodona liberación rápida | <u>Oxynorm</u> 5,10,20mg comprimidos de liberación modificada | Oral c/4-6 h | x1,5-2 | No | Si | 20 mg/día |
| Oxicodona liberación lenta Con Naloxona | <u>Oxycontin</u> 5,10,20,40,80 mg <u>Targin</u> 5,10,20,40 mg | Oral c/12 h | x1,5-2 | No | Si | 20 mg/día |
| Hidromorfona | <u>Jurnista</u> 4, 8,16, 32 mg comprimidos de liberación prolongada. | Oral c/24 h | x5-7,5 | No | Si | 8 mg/día |
| Fentanilo parches | <u>Durogesic matrix</u> , <u>Fendivia</u> , <u>Fentanilo</u> 12, 25, 50, 75, 100 µg/h parches. | Transdérmica c/72 h | x24 y ÷ 10 ^b | No | Si | 12 µg/h/día |
| Fentanilo transmucosa | <u>Abstral</u> , <u>Effentora</u> : 100, 200, 300, 400, 600, 800 µg comp. sublinguales; <u>Actiq</u> : 200, 400, 600, 800, 1200, 1600 µg, para chupar. | Transmucosa oral cuando precise | - | No | Si | 100 µg (sublingual) 200 µg (Comp. chupar) |
| Buprenorfina | <u>Transtec</u> 35, 52.5, 70 µg /h parches. | Transdérmica c/72 h | ÷ 0,583 (1:75-115) ^b | 140 µg/h | No | 17.5-35 µg/h |
| Metadona | <u>Metasedin</u> 5, 30,40 mg | Oral c/8 h | ÷4-8-12 ^a | No | Si | 10 mg |
| Metadona | Metasedin inyectable 10 mg/1ml | Parenteral | oral a sc ÷2 oral a IV ÷3 | No | Si | 5-10 mg |
| Meperidina | Dolantina inyec. 100 mg/2ml | Parenteral (im, sc) | 75mg=10mg MFN iv (respecto morfina iv) | 400 mg | Si | 50 mg |

Y como analgésicos para el dolor neuropático se pueden emplear los siguientes fármacos:

| Fármaco | Presentaciones | Actividad | Sedación | Dosis diaria (mg) |
|---------------|-----------------------------------------|---------------|----------|-------------------|
| Amitriptilina | Comprimid. 25-50 mg | Antidepresivo | +++ | 50-200 |
| Clomipramina | Comprimid. 10-75 mg | Antidepresivo | (+) | 50-200 |
| Nortriptilina | Comprimid. 10-25 mg | Antidepresivo | + | 50-225 |
| Fluoxetina | Comprimid. 20 mg | Antidepresivo | + | 20-80 |
| Haloperidol | Gotas, Comprimid., viales | Neuroléptico | + | 3-20 |
| Clorpromadna | Gotas, Comprimid., supositorios, viales | Neuroléptico | ++ | 25-200 |
| Carbamazepina | Comprimid. 200-400 mg | Antiepléptico | + | 400-1600 |
| Gabapentina | Comprimid. 200-300-400-800 mg | Antiepléptico | + | 900-3600 |
| Pregabalina | Comprimid. 25-50-75-100-150-200-300 mg | Antiepléptico | + | 150-600 |

Según los responsables de AP, los principios generales para seguir un adecuado tratamiento farmacológico del dolor son:

- Seguir las pautas marcadas en la escalera analgésica de la OMS o las recomendadas de guías terapéuticas específicas.
- La terapéutica debe cubrir las 24 horas.
- Administrar dosis adecuadas de los medicamentos.

- Deben prevenirse los efectos adversos y las interacciones medicamentosas tales como náuseas, vómitos, estreñimiento o problemas digestivos provocados por los opioides.
- La administración del tratamiento debe hacerse a horas fijas. El dolor hay que prevenirlo, nunca tratarlo "a demanda". Éste suele ser un error muy frecuente.
- La vía de administración óptima es la oral.
- Evaluar de forma continuada la respuesta analgésica.
- Escuchar al paciente e intentar darle una explicación lógica de la causa del dolor.
- Realizar seguimiento constante del paciente.

¿Cómo mejorar la adherencia a los tratamientos?

En primer lugar se deben eliminar los mitos y tabúes acerca del dolor y sus tratamientos, especialmente aquellos relacionados con el uso de mórficos. También se debe realizar una revisión del paciente para valorar aspectos relacionados con la adherencia al tratamiento, como la toma del medicamento y el seguimiento de consejos médicos.

En cuanto a la vía de administración, se señala que la subcutánea es una vía que no es muy utilizada en AP, pero es de uso recomendado, ya que es una vía segura, de fácil manejo y accesible. Al menos un 60% de los pacientes tiene dificultad para tomar la medicación por vía oral en el transcurso de su enfermedad. La vía de administración subcutánea puede ser intermitente o continua, esta última es por medio de infusores y la única complicación que puede derivarse es la infección en el sitio de punción.

Finalmente, el facultativo tiene que evitar, a la hora de hablar con el paciente, el lenguaje excesivamente técnico; debe dar una pauta posológica simple y con los mínimos medicamentos posibles. Es necesario dejar por escrito el tratamiento, de forma que puedan entenderlo los cuidadores. Se deben explicar las razones por las que se tiene que tomar la medicación e informar sobre los efectos secundarios de los fármacos y de sus características organolépticas (mal gusto, sabor, olor, difíciles de tragar, etc.).

¿Cómo mejorar la continuidad asistencial: Atención Primaria, Especializada y Farmacia?

El colectivo subraya la importancia de dar continuidad asistencial entre Primaria, Especializada y Farmacia. Es necesario encontrar una vía para facilitar el acceso desde

Primaria a las distintas especialidades y unidades de tratamiento del dolor. Además, hay que hacer que este proceso sea más ágil. Se deben instaurar protocolos, programar sesiones y establecer vías de contacto directo que permitan una perfecta comunicación.

Se podría mejorar la continuidad entre los diferentes niveles asistenciales con la existencia de un médico de AP referente en dolor que ejerciera como agente formador de los médicos de familia. También contribuiría a esta mejora la presencia de un médico especialista consultor para varios centros de salud. Y por último, la utilización de las TIC como forma de interconsulta serviría como herramienta de coordinación. Todo esto acompañado del impulso de la formación continua en cada departamento.

Necesidad de formación continuada en dolor

Es necesaria una formación continua en dolor que suponga la actualización de pautas de tratamiento, la posibilidad de rotación por las unidades de dolor y cursos de reciclaje en esta materia.

ATENCIÓN ESPECIALIZADA

- **Dr. Jorge Pallarés, representante de la Sociedad Española del Dolor (SED)**

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

El colectivo de Atención Especializada (AE) reconoce que los profesionales de AP son el eje actual sobre el que se sustenta la Sanidad Pública. Sufren una gran presión asistencial que hace que tengan que realizar labores que antes correspondían a los especialistas. La presión no es solo por el número de pacientes que tienen, sino también por conocimientos, tipos de exploraciones y pautas que deberían marcar. Para ello, se debería ayudar con interconsultas efectivas con médicos especialistas. También hay que tener en cuenta que existe un cierto desconocimiento en AP de las posibilidades que ofrecen las unidades de dolor.

Paradójicamente, los médicos de Primaria remiten los pacientes a otros especialistas de forma reiterada y son esos especialistas, que presentan demora importante de

asistencia, quienes, tras haber evaluado o revisado al paciente, lo remiten a las Unidades de Dolor.

Estos problemas podrían solucionarse al mejorar la comunicación entre los ámbitos de Primaria y Especializada. Los problemas que se plantean, por tanto, en AP son:

- Falta de formación de los profesionales sanitarios en el dolor (aunque en los últimos años ha crecido el número de cursos sobre esta materia).
- Escasa información y literatura sobre dolor dirigida específicamente a los médicos de familia.
- Aumento de la presión asistencial. Esto se traduce en falta de tiempo para atender a los pacientes de forma adecuada, entre ellos, a los enfermos con cuadros de dolor crónico. Esto provoca que los pacientes se conviertan en enfermos difícilmente reversibles a una actividad social y laboral.
- Dificultad para acceder a pruebas diagnósticas, algunas exclusivas del ámbito hospitalario.
- Complejidad de algunos tratamientos empleados en dolor para llevarlos a cabo en Primaria.
- Escasa relación y contacto entre profesionales de AP y de las Unidades de Tratamiento de Dolor (UTD). Para solucionarlo se proponen reuniones clínicas interdisciplinares.
- Los mitos y tabúes sobre el dolor y su tratamiento (sobre todo con los opioides y antidepresivos) que imperan en ciertos núcleos de población, sobre todo rurales.

Tipología de los casos más frecuentes

El responsable de la SED especifica la tipología de los casos más frecuentes en las unidades de dolor:

- Dolor osteo-articular.
- Dolor músculo tendinoso.
- Lumbalgia y lumbociatalgia.
- Fibromialgia y síndrome de fatiga crónica.
- Dolor neuropático.
- Dolor oncológico.
- Dolor vascular.

Herramientas de diagnóstico

Las herramientas de diagnóstico utilizadas en las Unidades Especializadas de Dolor son:

- Exploración neurológica y osteo-muscular.
- Test de evaluación:
 - EVA. La EVA para el paciente incluye una valoración desde ningún dolor y hasta el máximo dolor posible que se traduce, según el terapeuta, en una medida numérica del dolor de cero a diez.
 - *Lattinen*.
 - *McGill breve*.
 - *Barthel*. Test para discapacidad.
 - *DN4*. Específico para el dolor neuropático.
 - *Owestry*. Test de rehabilitación para discapacidad.
 - *MOS*. Específico de sueño.
- Exploraciones complementarias clásicas: EMG, TAC, RM, RX, test del sudor, etc.).
- Resonancia magnética funcional.
- PET.

Guías y protocolos clínicos

Aunque hay muchas guías, en el Hospital Universitari i Politecnec de la Fe solo están validadas las siguientes:

- Guía Criterios Derivación Pacientes Dolor Crónico de AP a la UTD Versión 1 (V.1). Para facilitar que no haya listas de espera.
- Guía del Tratamiento Dolor Crónico Médico AP V.1.
- Protocolo Tratamiento Farmacológico Programado V.10.
- Reglamento Interno UTD La Fe 2010 V.5.
- Cartera Servicios UTD La Fe.
- Protocolos homologados en el Hospital La Fe por la UTD para distintos procesos y técnicas.

Abordaje terapéutico de los principales tipos de dolor

Tratamiento farmacológico programado. Si se usa correctamente, el 72% de los pacientes puede ser tratado farmacológicamente sin incidencia clínica.

¿Cómo mejorar la adherencia a los tratamientos?

Las propuestas planteadas desde este colectivo son:

- Seguir los criterios del tratamiento farmacológico programado.
- Suministrar un teléfono o forma de contacto al paciente para consultar dudas. Esto provoca seguridad en el paciente y genera mayor adherencia al tratamiento.
- Anticipar todos los efectos adversos y dudas que puede encontrar el paciente.

¿Cómo mejorar la continuidad asistencial: Atención Primaria, Especializada y Farmacia?

El representante de la SED destaca desde el punto de vista global:

- Aumentar la capacidad diagnóstica y participación de los médicos de AP en el tratamiento del dolor.
- Ordenar la atención de las diferentes patologías que puedan presentar síndromes de dolor crónico, de forma que cada paciente sea atendido por quien mejor pueda hacerlo.
- Evitar consultas innecesarias, por ejemplo, las fibromialgias ya diagnosticadas.
- Disminuir los tiempos de espera en las Unidades del Dolor.
- Eliminar la repetición de pruebas complementarias y la aparición de circuitos reverberantes.
- Ofrecer una información coherente y unificada en todos los servicios.
- Preparar a los pacientes y familiares/acompañantes en los autocuidados de sus patologías crónicas.

Y desde el punto de vista específico:

- Mejorar la asistencia en síndromes dolorosos crónicos y oncológicos. Los pacientes afectos de dolor agudo deberán ser dirigidos a los Servicios de Urgencia de los hospitales.
- Informar y difundir el conocimiento acerca de las unidades terapéuticas del dolor entre los profesionales de Primaria. Dar a conocer su definición, sus

objetivos y las posibilidades terapéuticas que pueden aportar. Pueden colaborar los profesionales de Primaria y las Unidades de Dolor.

- Facilitar los criterios de consulta o derivación a las UTD.
- Dotar de una herramienta eficaz de trabajo al colectivo de Primaria interesado en el correcto manejo del dolor: *Guía de Tratamiento de Dolor Crónico*.
- Tratar de mejorar la efectividad de los tratamientos contra el dolor y, en último extremo, la calidad de la atención sanitaria de los pacientes.
- Facilitar la toma de decisiones sobre analgesia mediante recomendaciones basadas en protocolos y algoritmos generados desde criterios de medicina basada en la evidencia.
- Informar sobre los esquemas de analgesia más usuales.

Necesidad de formación continuada del dolor

El colectivo de AE enfatiza que la falta de información y actividad docente acerca del problema del dolor –dada la reciente emergencia de su estudio y tratamiento– exige la transmisión de estos conocimientos y la formación de otros profesionales sanitarios dentro y fuera de las UTD.

En un plazo no superior a cinco años se debe:

- Preparar a los profesionales precisos para la creación de tantas UTD como centros hospitalarios existen en la comunidad.
- Facilitar una cultura sanitaria sobre el estudio y tratamiento del dolor a todos los niveles para que exista una mejor y mayor comprensión del "dolor" en los profesionales sanitarios extrahospitalarios.
- Favorecer el reciclaje de los profesionales de AP en conocimientos sobre dolor crónico.
- Formar a profesionales interesados en el manejo del dolor, siendo referente de los MIR de diversas especialidades.

Entre la oferta formativa existente destacan un curso impartido por la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMergen) y la Sociedad Española del Dolor (SED), que comenzó en 2011, y un máster europeo de especialista en tratamiento del dolor, que imparte la Universidad Europea Miguel Cervantes, avalado por la SED.

UNIVERSIDAD

- **D. Germán Cerdá, decano de la facultad de Medicina de la Universidad Católica de Valencia**

¿Qué debe aportar la Universidad al tratamiento multidisciplinar del dolor?

La universidad ha cambiado, ya no es un ente distante al que solo unos cuantos tienen acceso; hoy en día es una necesidad social que tiene que ofrecer un servicio a la sociedad y que debe responder a sus necesidades. Actualmente la comunidad reclama que se invierta dedicación a los temas relativos al dolor, por ser un tema que preocupa socialmente, y conlleva también un impacto económico.

La universidad juega un papel muy importante en el conocimiento y formación en el manejo del dolor y, por tanto, debe ejercer como elemento aglutinador que cubra de evidencias la atención al dolor y aúne a especialistas de diferentes disciplinas y especialidades, como farmacéuticos, enfermeros, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales o psicólogos, entre otros. Además, puede aportar formación, tanto en el pregrado como en el postgrado, e investigación, tanto básica como clínica, que son la base que genera evidencias, además de opiniones.

Uno de los motivos detectados por los que en la actualidad no hay un correcto abordaje del dolor es por la falta de formación en el pregrado. En el caso de farmacéuticos, médicos o psicólogos, no se considera al dolor como una entidad que requiera de estudio, conocimiento y de abordaje específico, sino como un eje transversal que es común a muchas materias. En ninguna asignatura se estudian casos de pacientes que presenten dolor diariamente, que requieran apoyo de un psicólogo o un fisioterapeuta y que necesiten de abordaje del dolor multidisciplinar de una forma complementaria al puramente clínico. Debido a este desconocimiento, muchas veces el profesional recurre al uso de antiinflamatorios como terapia más socorrida y casi única, con el riesgo que ello conlleva.

Por tanto, el primer paso que se debe dar es que en las universidades se hable del dolor no solo como un síntoma transversal, sino también como una enfermedad.

Cuando el dolor se desliga de la causa que lo produjo porque se cronifica, se debe tener conocimiento de los diferentes diagnósticos posibles y de las posibilidades terapéuticas de abordaje de los mismos. Existen técnicas paliativas que no deberían ser desconocidas por alumnos y profesionales de la salud.

En cuanto al dolor oncológico, resaltar una tesis doctoral realizada en la Universidad Católica en esta materia. Considerando un periodo de los últimos diez años, se ha puesto de manifiesto que hay un 20% de trabajos que tratan sobre el dolor oncológico en revistas especializadas de oncología. En ellas no se valora el dolor en sí mismo, sino el tratamiento de la patología. Por ello, parece necesario que en el pregrado los futuros profesionales conozcan el dolor a dos niveles: uno básico y otro relativo a un conocimiento muy especializado. En este último nivel se enseñarían las técnicas diagnósticas y paliativas más especiales que habitualmente no están al alcance de otras especialidades.

Se debe, además, hacer examen de conciencia y decir que actualmente el primer problema que existe para un correcto abordaje del dolor es que los alumnos, en su formación pregrado en las universidades, no se forman adecuadamente en su reconocimiento y tratamiento. Por eso se hace imprescindible que haya una asignatura específica del dolor en las facultades de medicina.

La Universidad Católica de Valencia incorporó en su plan de estudios el tratamiento del dolor como asignatura. Sin embargo, fue rechazada su inclusión en el plan de estudios, considerando que la materia era de “enorme entidad científico y médica y, por tanto, debía ser tratada de forma transversal en otros módulos. Actualmente la universidad tiene incorporado este conocimiento en otras asignaturas, como por ejemplo en medicina paliativa, aunque no hay que confundir ésta con el tratamiento del dolor, ya que la medicina paliativa tiene sus propios contenidos, aparte del tratamiento del dolor.

No solo se propone crear esta asignatura para medicina y otras titulaciones de ciencias de la salud, sino también se debería reforzar la visión y el abordaje del dolor en otras asignaturas como bioética o psicología. Además, deberían realizarse prácticas regladas en Unidades de Dolor y ofrecer otras actividades formativas de profundización en el manejo de dolor tales como cursos de verano, alumnado interno en UTD o trabajo fin de grado.

De esta manera, según el representante de la formación universitaria, existirían profesionales concienciados con el tema del dolor. También mejoraría el manejo del mismo en AP sin necesidad de más especialización. Y por último, se potenciaría la vocación de especialistas en este campo, ya que se desconoce la satisfacción profesional que puede aliviar o eliminar el dolor como fuente de sufrimiento del paciente.

Otro ámbito donde es importante la aportación de la universidad en el manejo adecuado del dolor es en la formación de postgrado; la universidad debe convertirse en un reducto donde se continúe la formación rigurosa, reglada y continuada. Existe una gran oferta de formación en dolor y mucha información, pero aun así no se ha conseguido en estos años generar conocimiento y cultura sobre el dolor tanto en profesionales generales como en especialistas. Falta coordinación y un plan estratégico de formación que conduzca a la mejora de los conocimientos en el manejo del dolor y a una mayor implicación de los profesionales en esta tarea.

Además de la universidad, todo aquel que cuente con el conocimiento sobre el tema puede actuar como formador, aunque una de las diferencias fundamentales es que la formación de la universidad es acreditada y, por tanto, con reconocido valor curricular.

En cualquier proyecto de investigación o de docencia se puede contar con la universidad; de hecho, con la Escola Valenciana d'Estudis de la Salut (EVES) se ha desarrollado más de un proyecto de formación en dolor con la intención de capacitar a los profesionales de la Comunidad Valenciana.

La universidad debe estar abierta a colaborar con instituciones y empresas en proyectos de investigación o formación, rigurosos y de calidad. Debe colaborar con los agentes sociales para dar una respuesta ágil y eficiente a las demandas sociales, en este caso, en el ámbito del tratamiento del dolor. Hay que diferenciar entre información, conocimiento y sabiduría. La información es muy accesible, pero de escaso valor si no es transformada en conocimiento. Éste implica un trabajo intelectual que es el que se debe potenciar desde la universidad y la sabiduría se adquiere con el tiempo, desde la actividad clínica y la experiencia adquirida.

Según el representante de la universidad, la formación debería ir encaminada a dos ámbitos diferenciados:

- Primero: convertirse en reductos de formación para los especialistas de dolor, de formación continuada según un plan en el que se introduzcan las nuevas metodologías de formación.
- Segundo: para el resto de profesionales, tanto médicos de familia como otros especialistas, que necesitan también ese tipo de formación que puede ofrecer la universidad.

La universidad proporciona programas de formación, proyectos de investigación, tesis doctorales y, además, en España hay ejemplos de creación de cátedras de dolor. En estas últimas se implica a la industria como un apoyo a ese proceso de formación e investigación continuada.

En cuanto al ámbito de la investigación, el colectivo de la universidad subraya que se necesita más investigación de calidad, tanto básica como clínica, con tamaños muestrales significativos y evitar estudios fragmentarios de pequeñas muestras. Se hace indispensable un centro que unifique y que acoja a todos los investigadores para dar así el rigor científico y los medios necesarios para una investigación básica y clínica.

Conclusiones

- Introducir la medicina del dolor en los planes de estudio de los grados en ciencias de la salud, especialmente en medicina.
- Potenciar la creación de cátedras de dolor en las universidades que potencien la investigación y formación rigurosa en el tratamiento del dolor.

ADMINISTRACIÓN

- **D. Manuel Yarza, *director asistencial para la cronicidad de la Agència Valenciana de Salut***
- **D. Joaquín Ibarra, *director de la Escola Valenciana d'Estudis de la Salut (EVES)***
- **D. José Luis Trillo, *jefe de área de Farmacia de la Agència Valenciana de Salut***
- **D. Eduardo Zafra, *coordinador del Plan Integral de Cuidados Paliativos 2010-2013 de la Comunitat Valenciana***

Formación

La Escola Valenciana d'Estudis de la Salut (EVES) ha realizado diferentes proyectos formativos sobre tratamiento del dolor en los últimos años. En el año 2011 se ha iniciado un curso online denominado *Pain Education*, con la empresa farmacéutica Grünenthal. Éste consiste en cuatro módulos acreditados por la Comisión de formación médica continuada dependiente del Ministerio de Sanidad y Servicios Sociales e Igualdad y otros cuatro posibles módulos que aún no han sido acreditados. También se ha desarrollado, junto con la Universidad Católica de Valencia, el proyecto *Pain in Practice*, con la colaboración y coordinación de Pfizer y junto con la Universidad Católica de Valencia.

La relación de cursos realizados por la EVES que mencionaron el tratamiento del dolor en los últimos años no es muy extensa. Se han desarrollado diez o doce cursos sobre valoración integral del dolor en el anciano institucionalizado y en el pariente geriátrico, una jornada europea contra el dolor en el año 2003, jornada de paliativos y dolor crónico, aspectos generales en el abordaje del dolor crónico, prácticas diagnósticas, terapéuticas y de cuidados y diez o doce actividades específicas de diversas visiones del tratamiento del dolor. No obstante, como parte de la docencia en otros cursos, también se han realizado cursos de manejo terapéutico, en especial en cuidados paliativos.

En este sentido, hace al menos cuatro años la EVES realizó un convenio con la Sociedad de Cuidados Paliativos de la Comunidad Valenciana en el que se acordó el desarrollo de un programa para la impartición de cursos de formación específicos, teniendo en cuenta al colectivo al que van dirigidos, ya que no son iguales las necesidades que presentan los cuidadores de pacientes y las de los médicos especialistas. Para realizar esta labor, la Sociedad de Paliativos fue apoyada por una beca otorgada por la EVES. El itinerario del programa está diseñado con tres grados de complejidad en la formación de cuidados paliativos: el básico, el intermedio y el de nivel avanzado, los cuales se deben realizar progresivamente para alcanzar un desarrollo completo en la materia.

En todos los cursos que se imparten de paliativos se trata el tema del dolor, mientras que en los cursos de actualización para médicos de familia este tema no se aborda. Estos cursos de actualización han sido diseñados por la EVES en colaboración con las tres sociedades científicas de medicina familiar y comunitaria, que son las que determinan las materias en las que deben actualizarse los facultativos.

En estos cursos no se estudia el dolor como entidad, sino como síndrome asociado a las distintas patologías, como la lumbalgia o la fibromialgia. Y aunque el abordaje del dolor dentro de cada proceso es muy importante, se pierde el prisma de discapacidad, disfuncionalidad y afectación psicológica y laboral que un dolor crónico mantenido produce. Se deben realizar, por tanto, cursos específicos de dolor y no referirse a él como parte de un capítulo, porque es la única manera de darle el contexto y el valor económico-laboral que tiene.

Los representantes de la Administración proponen que es oportuno retomar la formación y otorgársela a los profesionales más cualificados en los departamentos. La EVES, en este sentido, se ofrece para apoyar propuestas de cursos sobre tratamiento de dolor.

Debido a que la mejor formación se adquiere trabajando, se sugiere la realización de una actividad docente financiada a través de ayudas o becas. Consistiría, básicamente, en pagar a un sustituto con el fin de que el médico de AP rote durante dos meses en una Unidad de Dolor. Si coincide en la unidad de su propio departamento, esta actividad se aprovecha para fomentar la comunicación entre ambos profesionales, lo cual repercutirá en una mejor comunicación profesional futura y permitirá mejorar la organización de las rotaciones de los MIR por las Unidades de Dolor.

Es importante que la estancia de los médicos de AP en las Unidades de Dolor se haga de una manera institucionalizada porque, de lo contrario, el facultativo se limitará a presenciar las acciones sin participar activamente. Si no se tiene acceso, por ejemplo, a recomendaciones para el tratamiento farmacológico o al programa Orión que contiene la historia clínica, el médico no podrá implicarse y no podrá integrarse en una labor de trabajo como un médico más de la Unidad que redunde en una mejor coordinación y tratamiento del paciente.

Un plan parecido ya se está realizando en el Plan Integral de Cuidados Paliativos de la Comunitat Valenciana. Los profesionales de AP acuden a su UDH durante una semana o quince días como máximo. Consiguen, de esa manera, mayores habilidades y una mayor comunicación con los profesionales del centro. También sería conveniente que los profesionales de l'Hospital d'Assistència a Crònics i Llarga Estada (HACLE) acudan a otros centros que tratan en régimen de paliativos para presenciar los procedimientos que se llevan a cabo y, así, obtener una formación integral.

El dolor es uno de los problemas de salud más importantes y que mayores consecuencias negativas provoca en la vida de las personas. Probablemente, con "recursos de proximidad" se podrían solucionar un 80% de los casos de personas que sufren dolor, es decir, con profesionales de Atención Primaria y de servicios hospitalarios. Hay que considerar que el dolor postoperatorio también causa gran sufrimiento, siendo éste absolutamente innecesario.

Entre el 10 y el 20% de los casos necesitarían de un abordaje más específico en unidades de dolor multidisciplinarias donde puedan aplicarse técnicas contra el dolor de escalones terapéuticos más específicas, pues el dolor de difícil control no solo produce un síntoma, sino comorbilidades como depresión, ansiedad o trastornos de sueño que redundan en un aumento de las bajas laborales, despidos o problemas en el entorno familiar.

Por tanto, se requiere un abordaje multidisciplinar, no ajeno al que se tiene que utilizar para una situación de enfermo al final de la vida o al que se realiza con un enfermo

crónico con pluripatología y que está en situación de dependencia. Es decir, existe un modelo, que es similar a estas situaciones de alta complejidad sanitaria, donde aspectos sanitarios y sociales se mezclan en múltiples situaciones.

Desde la Conselleria se ha abordado el dolor, fundamentalmente, centrado en los cuidados paliativos. Además, están las Unidades de Dolor, que no existen en todos los hospitales pero sí en los más importantes de la comunidad. Cuentan con una buena red a nivel científico y de atención, pero probablemente se encuentren desbordadas, por lo que se hace necesario delimitar sus campos de actuación.

Los cuidados paliativos básicos deben ser asimilados por todos los niveles asistenciales, así como todas las especialidades. A partir de estas nociones fundamentales habrá otras situaciones que requieran de cuidados paliativos de mayor complejidad que han de ser abordados específicamente o de manera compartida por los equipos de soporte de cuidados paliativos del departamento (ESCPD), tal como define el Plan Integral de Cuidados Paliativos, que son equipos multidisciplinares integrados por profesionales formados en atención paliativa con alto nivel de cualificación y de resolución de problemas. Recientemente se ha establecido una hoja de ruta entre la medicina paliativa y sus equipos específicos y la atención y tratamiento del dolor con sus Unidades de Dolor para fomentar la coordinación y la gestión de casos complejos, así como establecer sinergias que favorezcan la mejor atención de los pacientes con dolor y necesidades paliativos y adecuar la utilización de los diferentes recursos sanitarios a la complejidad de estas necesidades detectadas en los pacientes.

En resumen, para los representantes de la Administración se debería realizar una estrategia o protocolos para establecer cómo y desde dónde se deben abordar las situaciones de dolor complejas. Además, se debería llegar a un acuerdo en el que se refleje que la formación es una herramienta muy importante y la potenciación de la Atención Primaria es imprescindible.

ECONOMÍA DE LA SALUD

- **D. Salvador Peiró, representante de la Asociación de Economía de la Salud (AES)**

Impacto económico del tratamiento del dolor crónico a nivel nacional/regional

El gasto farmacéutico en analgésicos (de cualquier tipo) y antiinflamatorios a cargo del SNS ha ido creciendo muy notablemente en los últimos años. Los últimos datos

disponibles del Ministerio de Sanidad comprenden el periodo entre 1992 y 2006. En los dos gráficos siguientes se puede observar la evolución del consumo de analgésicos antipiréticos y el consumo de opiáceos.

Figura 1. Consumo de analgésicos antipiréticos en España. Datos expresados en DDD/1.000 hab. y día.

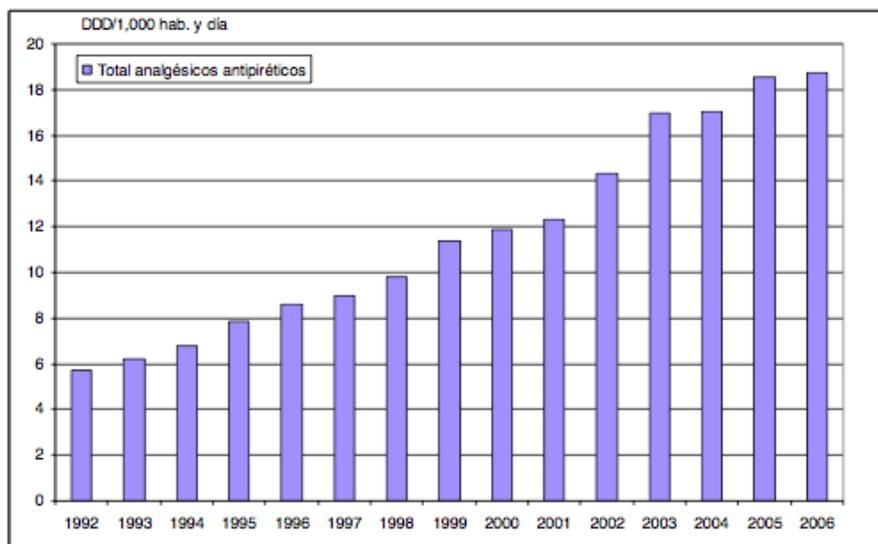
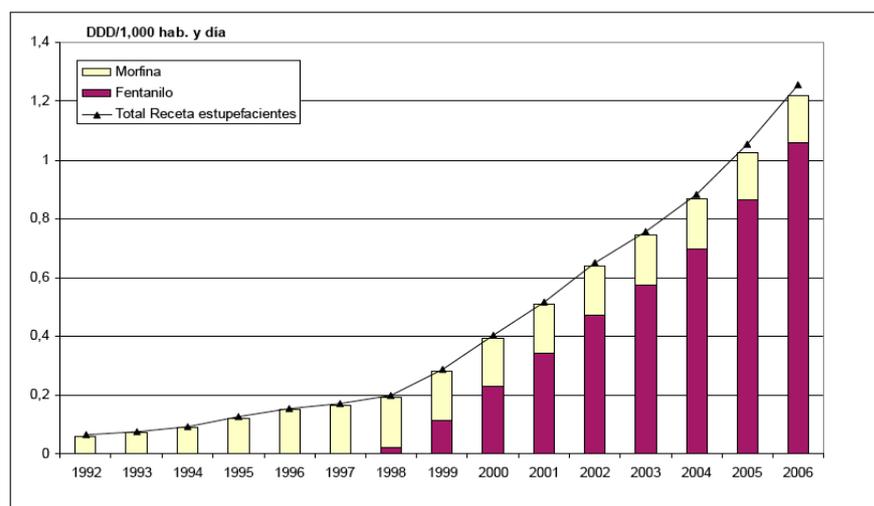


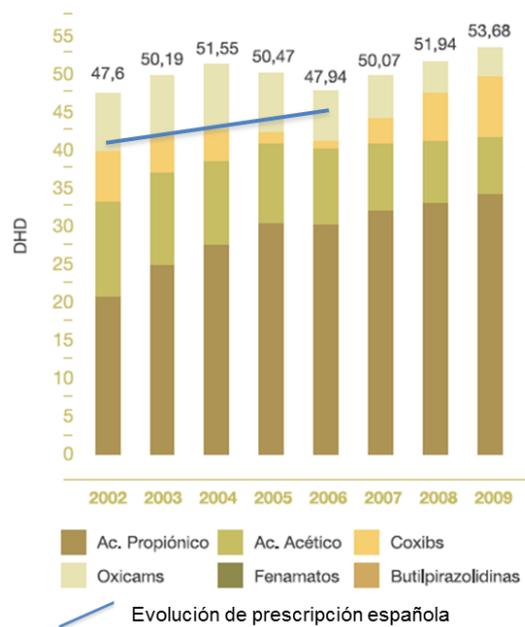
Figura 1. Evolución del uso de opiáceos que requieren receta de estupefacientes en España. Datos del Sistema Nacional de Salud.



En la Comunidad Valenciana también existe este incremento del gasto de farmacia en los últimos años, aunque menos pronunciado que en el resto de España. No obstante, y pese a la menor pendiente de crecimiento, Valencia prescribe más fármacos que la

media estatal. Así, el gasto en antiinflamatorios no esteroides alcanzó los 42 millones de euros en 2009.

Figura 1. Evolución de la prescripción de AINE por subgrupos terapéuticos en la Comunitat Valenciana para el periodo 2002-2009



El representante del colectivo de economistas subraya que además del gasto económico, el dolor también conlleva otros costes, que son aún más importantes:

- La incapacidad asociada: depende del tipo e intensidad del dolor.
- Pérdidas productivas asociadas: no solo se refiere a las derivadas de ausencias en el lugar de trabajo, sino también a las producidas durante la jornada laboral.
- Efectos adversos y secuelas del dolor mal manejado.
- Efectos adversos y secuelas de los tratamientos (bien o mal manejados): hemorragias gastrointestinales, descompensaciones de enfermedades crónicas, cuadros cardiovasculares...

En términos generales, y más allá de algunos estudios de *cost of illness* o carga de enfermedad (muchos de ellos enmarcados en campañas promocionales de analgésicos, opiáceos o AINEs), se conoce poco sobre los costes del dolor y de su tratamiento.

Según datos de un estudio financiado por el Instituto de Estudios Fiscales, los costes del dolor suponen el 2,5% del PIB, aproximadamente unos 16.000 millones de euros.

Esta cantidad representaría tres veces el presupuesto actual de la Agència Valenciana de Salut. No obstante, son cifras relativas porque no se diferencia bien entre los costes del "dolor" y los de las patologías de base. En definitiva, se sabe poco de la relación coste efectividad incremental de las intervenciones organizativas para mejorar el manejo del dolor.

Beneficios sobre el Sistema Nacional de Salud de la implantación de planes específicos sobre el abordaje del dolor crónico

En general se asume que las organizaciones sanitarias manejan mal el dolor y que se debe mejorar mucho en esta área. Esta idea preconcebida permanece tanto en los profesionales sanitarios como en los pacientes. Se sabe que el dolor implica a toda la organización sanitaria y tiene muchos problemas de fronteras profesionales.

Algunas administraciones y organizaciones han trabajado en la realización de planes y programas específicos en dolor. Los "planes específicos" son intervenciones organizativas complejas que toman la forma de programas institucionales multidisciplinares y que, usualmente, incluyen uno o más de los siguientes componentes:

- Formación específica de médicos y enfermeras en manejo del dolor.
- Educación de los pacientes.
- Implantación de la evaluación rutinaria del dolor (el llamado "quinto signo").
- Auditorias del manejo y alivio del dolor: feedback a los médicos y a las enfermeras sobre cómo se está llevando a cabo este manejo.
- Ayudas a la decisión automatizada o no (algoritmos).
- Posibilidad de interconsulta o bien apoyo mediante especialistas o equipos especializados en dolor.
- Técnicas de mejora del registro, como gráficas a pie de cama, escalas de las valoraciones y otros instrumentos estandarizados.
- Publicidad y promoción del programa mediante la utilización de carteles y folletos. También elaboración de seminarios entre profesionales, pacientes y familiares.

Se sabe muy poco del coste de estas intervenciones y apenas existe literatura sobre ello. La mayor parte de los estudios a este respecto provienen de la Administración de Veteranos (VHA) en Estados Unidos. Se trata de una organización con 130 hospitales, una estructura burocrática rígida y que trata a un sector con un alto nivel de alcoholismo y enfermedades mentales. La principal fuente de información son, por

tanto, los VHA, una red de centros públicos y cuasi-funcionariales que atienden a diez millones de personas que corresponden a un perfil particular. Un contexto, teóricamente, muy diferente al nuestro.

Respecto a la evaluación rutinaria del dolor, desde 1980 existe un acuerdo prácticamente universal sobre el valor de la evaluación rutinaria y autoreferida de la intensidad del dolor. Pero los estudios que evalúan esta práctica no muestran que produzca mejoras en la valoración del dolor, ni que acorten la estancia media. Existe un fuerte consenso en que hay que hacerlo, pero no hay ninguna evidencia de cuál es su utilidad real para reducir el dolor.

En cuanto al acceso a equipos de apoyo especializado, destaca el estudio realizado por Morrison que mejora las evidencias en la efectividad en pacientes (evaluaciones de dolor, tratamiento analgésico). Sin embargo, la duración y la intensidad del dolor no cambian en el grupo experimental respecto al de control. En los pacientes oncológicos existe una mayor satisfacción, pero también disminuyen las puntuaciones del dolor.

Por todo esto, se concluye que al parecer las intervenciones institucionales combinadas mejoran los procesos de evaluación del dolor, su documentación y registro. También se percibe un incremento en el uso de analgésicos, la preocupación de los clínicos por el dolor y la satisfacción de médicos, enfermeras y pacientes. Pero no hay evidencias sobre su seguridad y, lo más importante, su efectividad (la reducción del dolor) es muy inconsistente entre estudios. En los pocos estudios de relativa mejor calidad estas prácticas no mejoraron la intensidad o la duración del dolor, ni la estancia media en los hospitales (Morrison RS et ál, 2006; Goldberg GR et ál 2007; Helfand M y Freeman M, 2009; Merlin T et ál, 2002).

Adicionalmente, la capacidad para generalizar los resultados de estos estudios al Servicio Nacional de Salud (o a cualquier otro entorno) viene muy limitada por la especificidad de las intervenciones, los contextos organizativos, entornos culturales, tipos de pacientes y otras variables.

Nuevas propuestas e ideas de futuro

El representante de los economistas de la salud expresa que el SNS, como organización, necesita más conocimiento de la efectividad y la eficiencia de las intervenciones organizativas en este campo. Especialmente se necesita más conocimiento para cuantificar el problema, conocer el valor (beneficios) de las alternativas y de cada uno de sus diversos componentes y conocer los costes de tales alternativas, su impacto presupuestario y su relación coste-efectividad incremental.

Entre las carencias de información más llamativas está la relacionada con los efectos adversos de la medicación analgésica-antiinflamatoria y su evitabilidad. El estudio sobre la seguridad de los pacientes en Atención Primaria de salud (APEAS) reportó casi 19 millones de efectos adversos atribuidos a medicamentos en Atención Primaria, de los cuales algo más de un millón fueron graves y 8,8 millones potencialmente evitables. Por tanto, urge mejorar el uso de los fármacos y evitar los efectos adversos.

En otro orden, el cambio de perspectiva que supone dejar de enfatizar la enfermedad y poner el acento en el dolor debe ser meditado. Ésta parece una perspectiva adecuada para las unidades especializadas de dolor, pero no es obvio que lo sea para la Atención Primaria o la Especializada (excepto la específicamente dedicada al dolor). Esto implica que, aunque el dolor se pueda abordar teóricamente como estrategia global, hay que tratar cada uno de los “dolores” con estrategias específicas de manejo, incluyendo el abordaje de las enfermedades de base.

En todo caso, y desde el punto de vista de la economía de la salud, para el desarrollo de la estrategia deberían realizarse los siguientes estudios:

- Revisión sistemática de la efectividad de las intervenciones organizativas para mejorar la calidad de la atención de dolor.
- Revisión sistemática del coste-efectividad de las mismas.
- Desarrollo de modelos económicos sobre los que explorar la efectividad, los costes y el impacto presupuestario de las posibles alternativas de cambio organizativo en relación al dolor.
- Evaluación sólida de la efectividad, seguridad y coste-efectividad de las experiencias vigentes.
- Desarrollo de alguna experiencia piloto que permita evaluar el impacto de las alternativas propuestas.

Valoración de la necesidad de contar con un Plan Estratégico Nacional/Regional sobre el abordaje del paciente con dolor crónico

Un plan estratégico debe incorporar las respuestas a las preguntas importantes de manejo del dolor: ¿Qué hay que hacer y qué no hay que hacer? ¿A quién? ¿Cómo? ¿Dónde? ¿En qué niveles? ¿Por qué profesionales? ¿Con qué medios? Aunque la necesidad de “hacer algo” para mejorar el abordaje del dolor crónico es clamorosa, existe demasiada poca información sobre la efectividad, los costes o la relación coste-efectividad incremental de las intervenciones organizativas para saber exactamente qué habría que hacer.

Las respuestas a las cuestiones necesarias para la toma de decisiones deberían basarse en la revisión de evidencias empíricas y en el desarrollo y análisis de las experiencias propias y no solo en la opinión de expertos y de grupos con intereses concretos.

Conclusiones

Es urgente desarrollar estudios que evalúen la efectividad, el coste-efectividad incremental y el impacto presupuestario de las intervenciones organizativas de mejora de la atención al dolor en el contexto específico del SNS.

FARMACIA

- **Dña. Gema Plá, representante de la Sociedad Española de Farmacia Comunitaria (SEFAC)**

Tipología de los casos más frecuentes

La representante del colectivo de farmacia señala que el paciente con **dolor agudo** acude a la oficina de farmacia en dos situaciones diferentes:

- Primero “indicación farmacéutica”, cuando el paciente solicita consejo para su dolencia aguda (cefalea, dolor de cervicales, menstruales, dental, etc.). En este caso, el profesional carece de herramientas para actuar porque no existen muchos protocolos consensuados y, aun menos, en los que forme parte este grupo de profesionales.
- Y la segunda situación, “dispensación con receta médica”, cuando el paciente, que previamente ha acudido a la consulta del facultativo, acude a la OF con la receta. En esta situación hay que comprobar que toda la información que el médico le ha transmitido al paciente haya sido entendida por él correctamente. También se intenta realizar educación sanitaria para hacer un correcto uso del tratamiento pautado, así como asegurarse la efectividad y seguridad del tratamiento.

Respecto al **dolor crónico**, también se presentan dos situaciones distintas:

- Una, cuando el paciente acude a la oficina de farmacia para que se le dispense por primera vez un tratamiento. En este caso se procede a realizar los pasos

descritos en el caso anterior: comprobación de los conocimientos del paciente, educación sanitaria y asegurarse de la efectividad y seguridad del tratamiento.

- La segunda situación ocurre cuando los pacientes van tras dispensaciones sucesivas de un mismo tratamiento: en estos casos es muy importante comprobar la efectividad del tratamiento pautado, la existencia de alguna interacción o reacciones adversas y asegurarse del cumplimiento terapéutico pautado, ya que en ocasiones el paciente abandona el tratamiento al ver que éste no le está proporcionando el efecto deseado; además, hay que corregir las desviaciones que se observen (ejemplo: duplicidades terapéuticas) y derivar al médico si es necesario.

Los pacientes que acuden a la oficina de farmacia se pueden dividir en los siguientes perfiles:

- Pacientes “informados”: suelen ser bastante exigentes al ser poseedores de información de distintos medios (Internet, revistas, familiares, etc.).
- Pacientes no exigentes: muy sufridos, ya que prácticamente no se quejan puesto que asumen que el dolor forma parte de su enfermedad (ejemplo: los oncológicos).
- Pacientes incomprensidos = el dolor mejor tolerado es el que tienen otros. Consideran que el dolor de los demás es mejor tolerado que el suyo.
- Pacientes polimedicados: en algunas ocasiones el dolor produce problemas colaterales, como depresión o insomnio. El facultativo facilita fármacos para abordar estas consecuencias derivadas del dolor.

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

El colectivo de farmacia afirma que el farmacéutico se encuentra, a veces, muy limitado. Por esta razón, sería conveniente realizar guías o protocolos conjuntos con Atención Primaria, en los que el sector farmacéutico también interviniese. Cuando el paciente solicita ayuda a los farmacéuticos, solo se cuentan con herramientas como analgésicos que no necesitan prescripción médica, como paracetamol o ibuprofeno, o productos naturales que normalmente son de menor evidencia científica. El sector se siente, por tanto, aislado e impotente para poder actuar.

Las tres acciones básicas que todo farmacéutico debe realizar en cuanto a lo que la propia atención farmacéutica se refiere es, en orden de importancia, y ante una prescripción, preguntar al paciente, informarle y, por último, dispensar la medicación.

El farmacéutico también informa al paciente acerca de los "productos milagro" que aparecen publicitados por diversos medios de comunicación como la televisión.

En cuanto a los tratamientos para el dolor, es importante que este profesional, junto con el facultativo, ayude a desmitificar la idea que los pacientes tienen acerca de los opioides y estupefacientes e intentar hacerles perder el miedo a su utilización siempre que lo precisen.

Desde la oficina de farmacia se debe hacer un seguimiento farmacoterapéutico, ya que con la receta electrónica el médico, a veces, solo ve al paciente una vez al año. Se debería, por tanto, aprovechar el estrecho contacto que existe entre paciente y farmacéutico.

Tener acceso a la historia clínica farmacoterapéutica del paciente (siempre que él mismo lo autorice) sería una herramienta muy útil para hacer un seguimiento mucho más preciso y efectivo.

Además, el farmacéutico debe vigilar la evolución del dolor para derivar al médico si considera que el paciente empeora o no mejora; para esto hay técnicas tales como el diálogo con el paciente y la escala EVA, entre otros. Por último, tiene que revisar la medicación recetada debido a que a veces los pacientes son tratados por diferentes facultativos y esto puede conllevar a duplicidades en los fármacos.

Características de las consultas más frecuentes sobre dolor crónico

Según la representante del colectivo de farmacia, las preguntas más frecuentes planteadas por los pacientes en las oficinas de farmacia sobre dolor crónico son:

- *¿Por qué me sigue doliendo?* Los pacientes esperan un alivio rápido y completo. Si el efecto producido por el medicamento no es el esperado, aparece el incumplimiento terapéutico.
- *¿Puedo tomar algo más?* Esta pregunta no debe ser respondida por el farmacéutico.
- *¿Para qué sirve?* Desconocimiento del efecto del medicamento.
- Aclaración de lo que el médico previamente les ha explicado.
- *¿Cuáles son los efectos secundarios?*
- *¿El EFG es igual que la marca? ¿Por qué me dan el barato?* Existe desconfianza de los pacientes hacia los genéricos.

Por último, la responsable de este colectivo destaca que los pacientes reconocen los medicamentos que toman por la apariencia de los mismos (caja, color...). En muchas ocasiones se confunden los nombres. Esta situación puede llevar a un problema de desconcierto entre los pacientes.

¿Cómo mejorar la continuidad asistencial: Atención Primaria, Atención Especializada y Farmacia?

Propuestas:

- Mejorar la comunicación entre el personal sanitario (facultativo y farmacéutico) con sesiones clínicas conjuntas, protocolos conjuntos y consensuados, identificación de farmacias y comunicación directa vía e-mail o telefónicamente entre estos profesionales cuando se precise.
- Dejar de infrutilizar los medios informáticos, rompiendo las barreras burocráticas, como la ley de protección de datos, y empezar a compartir información.
- Fomentar la corresponsabilidad médico-farmacéutico-paciente y aumentar la empatía.
- Educar al paciente sobre los efectos que puede esperar de su tratamiento.
- Adaptar el tratamiento al paciente con marcaje de envases, sistemas personalizados de dosificación (SPD), sistemas individualizados de dosificación y dispensación (SIDD). Todo esto en determinados pacientes aumentaría la adherencia al tratamiento.
- Desarrollar un programa de atención domiciliaria a pacientes con problemas de desplazamiento.
- Realizar técnicas de feedback entre el paciente y el farmacéutico para hacerles el seguimiento de la medicación.

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

La representante del colectivo de farmacia señala que el farmacéutico es un profesional que está bien formado, aunque la mayor parte de las veces por iniciativa propia debida a la inexistencia de programas aceptados y reglados. Esta falta de programas hace que en otras ocasiones se carezca de la formación necesaria y se prima el esfuerzo formativo a los asuntos relacionados con otras materias como la parafarmacia o la cosmética.

Se debe buscar la participación en una formación conjunta con otros profesionales como médicos, enfermeros, fisioterapeutas, psicólogos, etc. Siempre con protocolos avalados, consensuados y de una manera conjunta.

Por último, se debería "recompensar" e identificar a las farmacias, que siguen unos protocolos y tienen instaurados programas de atención farmacéutica, ya que no todas se comportan de la misma manera.

PACIENTE

- **Dña. Consuelo Andrés, representante de la Confederación Española de Personas Afectadas por Reumatismos (CONFEPAR)**

Valoración de la atención al paciente con dolor crónico: información, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la enfermedad

Para la representante de los pacientes, si hubiera que valorar la calidad asistencial en una escala que oscilase del 1 al 10, se podría decir que dicha valoración alcanzaría el 6. Uno de los factores esenciales es el tiempo del que dispone el facultativo para dedicar a la atención y al diagnóstico de cada paciente.

La percepción del dolor que tiene cada persona es distinta y éste es un aspecto a tener en cuenta para lograr su implicación en el tratamiento. Es muy importante la individualidad, el diagnóstico y la prescripción de fármacos adecuados y precisos a cada caso concreto. El paciente debe atender tanto al tratamiento como al consejo del facultativo. Además, se debe establecer una comunicación fluida entre ambos.

Beneficios sobre el Sistema Nacional de la Salud. Implantación de planes específicos sobre el abordaje del dolor crónico

La asistencia al paciente debe realizarse en el espacio de tiempo más corto posible. Incluso, en algunas ocasiones, debe realizarse con carácter urgente. Es muy importante el papel que corresponde al médico de Atención Primaria ya que tiene que detectar el problema y derivar al paciente al facultativo correspondiente. Una atención precoz puede evitar, o al menos aplazar y ralentizar, la cronicidad, con el consiguiente beneficio en la calidad de vida del paciente y obtener así la disminución de costes innecesarios para el SNS.

Mejores prácticas. Ejemplos, valoración, costes y beneficios de las mismas

Aunque el tema que aquí ocupa implica a muchas patologías, en lo que corresponde a las enfermedades reumáticas se debe puntualizar que quizá sean éstas las que pueden ser un claro ejemplo de lo que significa convivir diariamente con el dolor. El paciente reumático, en general, es consciente del gasto, el esfuerzo y los recursos que han de dedicarse a su tratamiento, tanto para el sistema como para él mismo, por lo que cualquier actuación destinada a la mejora y a la optimización de recursos que repercuta en una mejora del coste económico es positiva. La actuación, en este sentido, deberá abarcar a todos los ámbitos implicados: personal, familiar, laboral, social y asistencial.

Nuevas propuestas e ideas de futuro

La representante de los pacientes enfatiza en la importancia de potenciar el asociacionismo como canal de transmisión debido a que éste ocupa el espacio que media entre el propio afectado y los demás ámbitos implicados: administración, sistema sanitario, familias, medios de comunicación, comunidad y sociedad en general. El papel que juegan las asociaciones debe ser aprovechado en los denominados trabajos de red.

Por último, hay que valorar positivamente la iniciativa que nos ocupa y proponer el establecimiento de grupos de trabajo como el reunido aquí, que funcionen de manera regular y estructurada.