

PAIN PROPOSAL

GALICIA

ATENCIÓN PRIMARIA

- **Dr. Isidoro Rivera, en representación de la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN)**
- **Dr. Gabriel Calvo Mosquera, en representación de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (SEMFyC)**
- **Pilar Rodríguez Ledo, en representación de la Sociedad Española de Medicina General y de Familia (SEMG)**

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

El médico de familia ejerce sus competencias en el ámbito específico de la Atención Primaria (AP). Su perfil es el de un profesional para el que la persona es un todo integrado por aspectos físicos, psíquicos y sociales vinculados a un contexto familiar y social concreto, lo que le permite llevar a cabo una atención continuada al colectivo de personas al que atiende para elevar el nivel de salud de las que están sanas, cuidar, aconsejar y paliar los efectos de la enfermedad cuando no es posible la recuperación de la salud.

Estas características específicas conforman un cuerpo propio de conocimientos y una forma propia de llevar a cabo dicha atención a través de un enfoque biopsicosocial en el que adquieren verdadero protagonismo la integración de las actividades de curación de la enfermedad con las actividades de promoción, prevención, rehabilitación y cuidados paliativos.

La atención a las personas es longitudinal. La principal herramienta del médico de familia es la empatía y su capacidad de comunicación con los ciudadanos que diariamente atiende, siendo la relación médico-paciente esencial en el manejo del dolor crónico.

El nuevo programa formativo de la especialidad en medicina familiar y comunitaria, de cuatro años de duración, aborda como áreas competenciales esenciales la entrevista clínica, la relación médico-paciente y la bioética. En las relacionadas con la atención al individuo, en el primer grupo “Abordaje a las necesidades y problemas de salud”, se

encuentran referencias, siempre incorporadas en el grupo general de problemas, al tipo específico de dolor y su tratamiento. Por ejemplo, pacientes somatizadores y psicofármacos en salud mental, cefaleas, algias de la cara, neuropatías en problemas del sistema nervioso, dolor de columna, radiculopatías, dolores musculares, artrosis, analgésicos, AINEs y gastroprotección en problemas músculo-esqueléticos.

En el segundo grupo, “Abordaje a grupos poblacionales y grupos de riesgo”, en el subgrupo “Atención al paciente terminal y al cuidador principal, duelo”, hay referencias al diagnóstico de los síndromes y dolores oncológicos, el abordaje terapéutico del dolor y uso de opiáceos, las escalas para la valoración de los síntomas e intervención psicosocial al paciente y su familia. No hay un grupo competencial específico sobre dolor crónico no maligno, aunque algunos contenidos podrían ser incluidos en problemas reumáticos y neuropatías.

Por otro lado, la investigación en dolor es escasa, aún a pesar de ser la AP el primer punto de contacto con el SNS, de tener una elevada actividad asistencial y mantener una relación permanente con los individuos y su entorno. En los últimos años se observa una mayor actividad a este respecto propiciada por las sociedades científicas. Los grupos de trabajo son parte esencial en este ámbito de propuestas. SEMERGEN ha puesto en marcha recientemente un Grupo de Trabajo de Tratamiento del Dolor en AP, comprometiéndose a impulsar la formación médica y la investigación en esta disciplina, habiendo colaborado con otras instituciones y sociedades científicas, como la Sociedad Española de Reumatología (SER) o la Sociedad Española del Dolor (SED).

Conclusiones

- El dolor crónico es un motivo de consulta muy frecuente en AP y se presenta con gran variabilidad en su evolución, fisiopatología y sintomatología.
- La posición privilegiada que el médico de AP tiene en el sistema sanitario por el contacto diario con sus pacientes y su perfil profesional integrador posibilitan un abordaje idóneo de los cuadros de dolor crónico en su práctica clínica.
- Se necesita promover estrategias estructurales que mejoren el ejercicio profesional en este nivel asistencial y programas formativos adaptados a las necesidades reales detectadas, principalmente en dolor crónico no maligno, nociceptivo y neuropático.
- Es imprescindible dedicar más tiempo a cada paciente y eliminar las barreras de acceso a las pruebas diagnósticas.
- La Administración, las sociedades científicas de AP y otras sociedades científicas relacionadas deben colaborar y aunar esfuerzos para el diseño de programas educativos de interés para los médicos, además de promover un mayor número

de trabajos de investigación que ayuden a conocer la realidad del problema y a establecer mejoras en la atención prestada a los pacientes.

- Como petición expresa a la Comisión Nacional de la Especialidad, el dolor se trata de manera transversal en los planes de formación y debería ser en sí mismo un solo capítulo que englobase el tratamiento del dolor en su conjunto como disciplina única y como contenido doctrinal.

Perfil del paciente en Galicia

Según datos manejados por el colectivo de AP en Galicia, se puede extraer la siguiente información:

- El dolor crónico presenta una prevalencia del 15% en la población.
- La edad media de los pacientes con dicha patología es de 63 años.
- Existe una mayor frecuencia en mujeres que en hombres.
- Según la escala de intensidad, predomina el dolor moderado-grave y de lenta evolución.
- El sistema músculo-esquelético es el más frecuentemente afectado.
- Los diagnósticos más habituales son aquellos que se corresponden con la patología articular de tipo artrítico degenerativa.
- Los pacientes con dolor crónico presentaron peores resultados en cuanto a calidad de vida, en comparación con aquellos que no sufrían dolor.

Descoordinación entre AP y las Unidades de Dolor

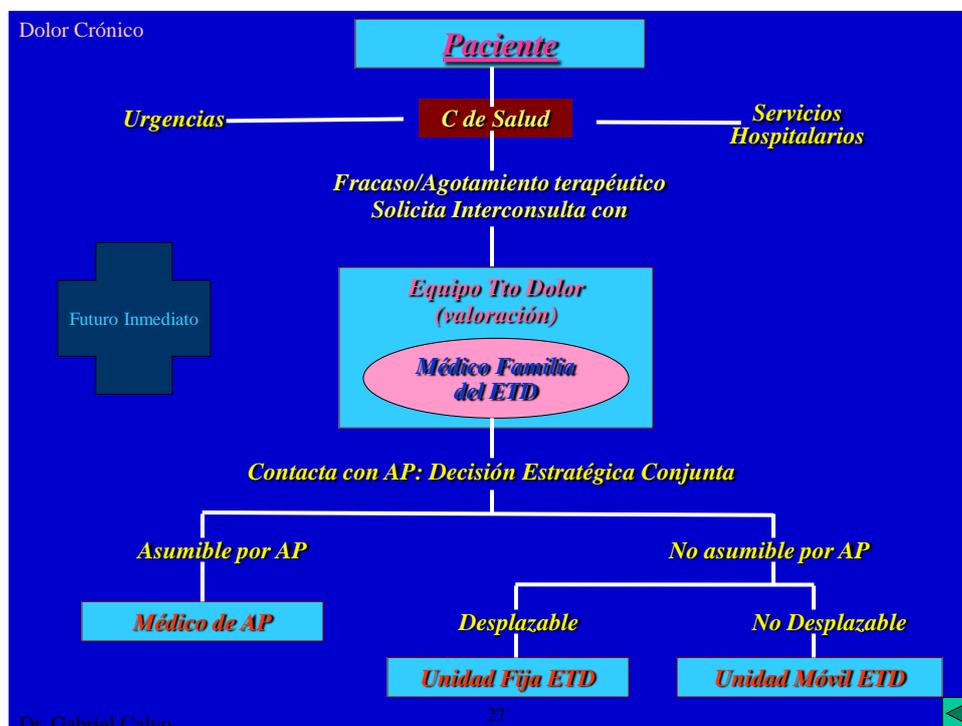
En el año 1986, la Ley General de Sanidad enunciaba que se promoverían todas las medidas adecuadas para garantizar la interrelación entre la AP y la hospitalaria, pero la realidad es que a día de hoy todavía existe entre ellas una gran desconexión y una comunicación deficiente, como demuestra un estudio manejado por el colectivo de AP realizado en el año 2000 en el que se observaba que el 71% de los médicos de AP desconocía la existencia de Unidades del Dolor en su hospital de referencia. Además, de los que sí lo conocían, el 25% no sabían de su funcionamiento en el circuito de enfermos. La inmensa mayoría de los médicos de las Unidades de Dolor no informaban a los médicos de AP sobre los pacientes.

Se han realizado numerosas propuestas y se han puesto en marcha diversas medidas para mejorar la coordinación, pero la realidad es que hasta el día de hoy todas se han mostrado ineficientes. ¿Por qué siguen fracasando? Fundamentalmente por la gran desconfianza que existe entre los profesionales de ambos niveles. Por parte de AE se

desconfía de los conocimientos y habilidades de los profesionales de AP y por parte de AP se desconfía de que los pacientes en el hospital sean tratados desde un punto de vista holístico e integral. Existe desconfianza entre los profesionales de AP, ya que desde el nivel hospitalario se les asigna un papel fundamentalmente burocrático.

Por este problema y por otros, la coordinación entre niveles difícilmente alcanzará el grado de eficacia deseado. Por lo tanto, es preciso promover nuevas alternativas y avanzar mejorando el modelo a través de la integración de niveles.

Nuevo modelo de integración de niveles de atención



ETD: Equipo de Tratamiento del Dolor

Fuente: Dr. Gabriel Calvo

- El paciente se trataría en primera instancia en el centro de salud. En el caso de que fracasara o agotara el tratamiento terapéutico, el médico de cabecera solicitaría una interconsulta con el equipo de tratamiento del dolor.
- Esta interconsulta sería recibida por el médico de familia del ETD. Una vez valorada contactaría con el médico del paciente y entre ambos establecerían una decisión estratégica conjunta.

- En el caso de que la decisión tomada fuera asumible por AP, el paciente sería tratado en el centro de salud. Si no fuera así, sería tratado en el hospital si pudiera desplazarse, o en su domicilio, por una Unidad Móvil (médico de familia ETD y enfermera ETD) en caso contrario.

El **Equipo de Tratamiento del Dolor** debería ser de naturaleza multidisciplinar, contando con médicos especializados en el control del dolor de diferentes especialidades. El médico de familia del ETD sería la figura clave para que funcionara de una forma eficaz y eficiente la coordinación entre niveles. Estas Unidades estarían ubicadas en los hospitales pero, en el caso de que un centro de AP precisara el equipo humano, métodos diagnósticos e instalaciones adecuadas, podrían crearse Unidades en este nivel.

La **Unidad Móvil** estaría formada por un médico especialista en medicina familiar y comunitaria con formación específica en dolor y un profesional de enfermería y acudiría al centro de salud o incluso a su domicilio a dar tratamiento al paciente. La Unidad Móvil de Tratamiento del Dolor también tendría otra importante función: la de formar al equipo de AP en cómo solucionar este caso y casos similares en el futuro.

Por lo general, entre los profesionales sanitarios existe el debate sobre quién debe ser el eje sobre el que pivote el paciente con dolor crónico. Las especialidades que atienden a un mayor número de pacientes con dolor crónico son los médicos de AP y los reumatólogos. Por término medio, en España un médico de AP atiende al año a casi 400 personas con dolor crónico más que un médico de una Unidad del Dolor. Ante estos datos, es inevitable llegar a la conclusión de que es necesario evitar el monopolio del tratamiento del dolor por una sola especialidad. Debido a las características propias de la AP y el volumen de pacientes con dolor atendidas en este nivel, se puede afirmar que la AP se encuentra en una posición inmejorable para ejercer de eje vertebrador del proceso.

Surge la pregunta de si AP puede hacerse cargo del tratamiento del dolor. Para ello es necesario analizar las fortalezas y debilidades que le son intrínsecas a este nivel. Como fortalezas más relevantes ofrece una atención integrada, continuada, con una accesibilidad total y completa, y existe un gran interés por parte de sus profesionales en la formación y el tratamiento del dolor. Como debilidades tiene poca oferta formativa, carece de medios diagnósticos, tiene que tomar decisiones empíricas en la mayoría de las ocasiones, existe muy mala relación tiempo-paciente y hay un exceso de pacientes por médico.

Por ello, resulta clave desarrollar y poner en marcha una mayor oferta formativa. Además de ampliar los procesos de formación, debe fomentarse la rotación de

médicos de AP con médicos expertos en el dolor. Ante la carencia de medios diagnósticos, los médicos de AP deben tener accesibilidad a los recursos materiales: es inconcebible que un médico de AP que se está formando tenga acceso a todas las pruebas, TACs, resonancias, etc., y que una vez que ha terminado la especialidad no pueda disponer de ellas y sufra cortapisas al respecto. Ante la escasez de tiempo, aunque las agendas han mejorado mucho en los últimos años, debe mejorarse el tiempo mínimo por paciente: el paciente con dolor precisa más tiempo de atención que un paciente al uso porque hay que tratar el problema álgido y, además, el problema psicológico, que va muy asociado al dolor crónico y en muchas ocasiones también al problema social en el cual está inmerso el paciente.

Una vez solucionadas estas debilidades con los mecanismos correctores adecuados, la AP estaría capacitada para convertirse en el eje sobre el que pivotase la atención del dolor, dando solución a más del 80% de las consultas relacionadas con el mismo.

Tipología, herramientas y abordaje de los casos más frecuentes de dolor en AP

Se ha hablado del papel del profesional de AP en el manejo del paciente con dolor crónico. No hay duda de que la AP es el nido del que parte esta actuación y tiene que ser así por su historia natural y por el tipo de pacientes que se atiende. No se trata de reclamar ningún papel, sino de constatar la realidad. Los pacientes que acuden a la consulta de AP tienen dolor crónico en un muy alto porcentaje. En cuanto a la tipología, no está muy clara.

En cuanto a herramientas de diagnóstico, existen muchas. En este sentido debería realizarse un análisis sobre porqué hay tantas y a qué se debe que ninguna cubra todos los requisitos.

Respecto a guías y protocolos clínicos, en Galicia falta mucho en esta materia. Se han dado grandes pasos y se ha avanzado en el dolor crónico oncológico, pero no ha ocurrido así en el dolor no oncológico. Si se habla de evidencia, hay que ser cautos en la interpretación y tener presente que la falta de la misma no implica que un tratamiento no sea una buena opción. En el abordaje terapéutico de los principales tipos de dolor hay que remitirse a guías y protocolos clínicos que den respuesta a la problemática del paciente.

En cuanto a cómo mejorar la adherencia a los tratamientos, si no se hace un buen abordaje y no se presta un buen servicio, la adherencia no es posible porque el paciente no cumple un tratamiento que no responde a sus expectativas.

La continuidad asistencial se puede mejorar, pero solo el trabajo en equipo y coordinado va a permitir que esto salga adelante. Para coordinarlo se han de tener en cuenta las diferencias de cada una de las áreas sanitarias y de cada uno de los servicios de salud. Estos son condicionantes que van a determinar que el profesional de AP pueda dar una respuesta o no, independientemente de que tenga buena voluntad. Y esto se arregla con planificación y coordinación.

Un caso: el proyecto de abordaje multidisciplinar en el Hospital de Lugo

En el proyecto de abordaje multidisciplinar del dolor crónico que se está desarrollando en Lugo desde la Gerencia de AP, se insiste en el diagnóstico diferencial y el abordaje del dolor como herramienta clave. Este proyecto parte de definir claramente el proceso y del trabajo en equipo multidisciplinar en todas las áreas (desde la prevención hasta el tratamiento y la calidad de vida) y no solo en formación, sino también asistencia e investigación.

El equipo lo forman once personas, entre las cuales hay tres médicos de AP, dos enfermeros de AP, un enfermero de hospital, un traumatólogo, un reumatólogo, un geriatra, un psiquiatra y un médico del Servicio de Urgencias del hospital. Dentro de este equipo, tres personas sufren dolor crónico. En un principio se planteó incluir algún paciente pero resultaba tarea difícil por el esquema planteado y por la burocracia del propio lugar de trabajo.

El objetivo principal es coordinar los esfuerzos en el abordaje del paciente con dolor crónico de una forma integrada y bajo un equipo multidisciplinar, planificando todo el proceso anteriormente citado.

Los objetivos específicos planteados son:

- Actualizar al profesional en la valoración diagnóstica, diagnóstico diferencial y tratamientos.
- Utilizar herramientas de medición de la intensidad del dolor basadas en la evidencia.
- Evaluar las escalas para la medición del dolor y las herramientas afines existentes. Posteriormente, valorar su utilidad en la práctica clínica
- Definir el proceso asistencial. Es decir, crear un algoritmo que sirva para protocolizar todos los aspectos mencionados anteriormente.
- Divulgar los logros obtenidos del proyecto.

La metodología de trabajo se basa en reuniones de equipo, análisis de las evidencias, definición del proceso, elaboración de materiales de difusión con el fin de realizar protocolos, materiales promocionales y manuales prácticos de consulta rápida con preguntas y respuestas cortas referenciadas. De esta manera se pretende desterrar mitos e ideas preconcebidas.

ATENCIÓN ESPECIALIZADA

- **Dr. Manuel A. Camba Rodríguez, en representación de la Sociedad Española del Dolor (SED)**

El dolor, problema de salud pública

Según datos de la Sociedad Española del Dolor, entre el 15 y el 22% de la población sufre dolor crónico en algún momento de su vida. Prácticamente a partir de los 25-30 años de edad toda la población ha sufrido una crisis de dolor prolongado. En cualquier caso, éstas no corresponden al tipo de dolor que realmente preocupan a los médicos que trabajan en las Unidades de Dolor.

Los profesionales especializados en el tratamiento del dolor son quienes tienen que tratar a un paciente cuando el dolor pasa de ser un síntoma a un síndrome. Hay numerosos estudios que evidencian que es un problema infravalorado o tratado inadecuadamente. Las asociaciones de pacientes han realizado estudios epidemiológicos cuyos resultados son preocupantes. Un ejemplo claro es el caso de la Asociación Española Contra el Cáncer. En él se comprueba que más del 80% de todos los pacientes que sufren dolor oncológico no tuvieron comunicación con los profesionales sanitarios para comentarles su dolor.

Unidades de Dolor

La Unidad del Dolor se define como una organización de profesionales de la salud que ofrece asistencia a los pacientes con dolor, que cumple con los requisitos funcionales, estructurales y organizativos que garantizan condiciones de seguridad, calidad y eficiencia adecuadas para atender a dichos pacientes que requieran asistencia especializada.

Papel del especialista en Galicia

En Galicia hay quince hospitales del SERGAS. De ellos, trece informan que tienen Unidad del Dolor y los otros dos son unidades de un especialista que cierran cuando llega el periodo vacacional, creando una dependencia que no puede satisfacerse durante dicho periodo.

La mayoría de los especialistas que se dedican al dolor en Galicia son anestesiólogos. Estos profesionales son imprescindibles en una Unidad de Dolor debido a las técnicas que desarrollan. Sin embargo, no deben ser los únicos profesionales y han de trabajar y coordinarse con otras especialidades relacionadas con el paciente con dolor.

Todas las Unidades de Dolor dependen de los servicios de Anestesiología y ésta es una asignatura pendiente que ha propiciado que no se hayan desarrollado a pesar de tener buenos profesionales. Esta situación es un obstáculo para el desarrollo y el tratamiento del dolor. Por tanto, las unidades de dolor deberían ser totalmente independientes de los servicios de Anestesiología, tener su propia gestión y aportar todos los datos necesarios a la Administración para su desarrollo.

Las carteras de servicios son muy dispares en un centro y otro. Esto resulta altamente contradictorio, ya que todos los gallegos deberían disfrutar del acceso a la misma calidad asistencial y al mismo tratamiento, con independencia de la zona en la que se encuentre. En Galicia algunas unidades están bastante desarrolladas y otras muy limitadas.

Para mejorar este panorama, según los estándares de calidad del Ministerio de Sanidad, de la SED y de la IASP (Asociación Internacional para el Estudio del Dolor, en sus siglas en inglés), hay tres niveles de Unidades de Dolor especializadas en el tratamiento del dolor, que están relacionadas con la cartera de servicios. El nivel 3 se caracteriza porque además de disponer de profesionales multidisciplinares, imparte formación; el nivel 2 dispone también de estos profesionales multidisciplinares y el nivel 1 realiza un tratamiento de evaluación simple.

En la comunidad gallega existen dos Unidades de Dolor de nivel 2. Éstas cuentan con el apoyo de las áreas de Psicología y Psiquiatría, pero son limitadas ya que no pueden desarrollar programas enfocados al tratamiento de dolor, en especial Psicología. El resto de las unidades son de tipo 1.

Necesidad de un Plan Nacional del tratamiento del dolor

La percepción del colectivo de Atención Hospitalaria es que existe la necesidad de desarrollar un Plan Nacional para el tratamiento del dolor. En este sentido, dicho plan debe plantear qué se quiere, a dónde se pretende llegar, así como qué se les quiere ofrecer a los pacientes con dolor crónico, tanto si este es de origen oncológico como no oncológico.

El Plan Nacional debe garantizar que todos los españoles tengan derecho a recibir la misma atención y tratamiento del dolor. Dicho plan debe desarrollar un adecuado abordaje del paciente con los diferentes tipos de dolor, tanto en el ámbito de AP como en el de Atención Especializada.

En el año 2011, el Ministerio de Sanidad publicó los estándares de calidad y seguridad de las Unidades del Dolor. En ellos han participado todas las sociedades científicas que trabajan o tienen contacto con pacientes con dolor. Desde la Sociedad Española del Dolor se ha empezado a desarrollar un programa para testar la realidad de esos estándares de calidad en España, dado que tan solo Madrid, Valencia y Barcelona disponen de Unidades de Dolor que puedan considerarse de calidad alta. Otras comunidades o regiones de España están muy por debajo de poder alcanzar estos estándares de calidad.

Como ya se ha comentado, es muy importante la formación tanto en AP como en AE. En AE hay también un gran déficit en el tratamiento del dolor. Resulta fundamental no remitir a cualquier paciente con dolor a la unidad especializada. Se trata de profesionales médicos y uno de los principales objetivos debe ser tratar el dolor y escuchar al paciente. En cuanto a los tratamientos, es posible que se presenten duplicidades en aquellos pacientes polimedcados. Puede darse el caso de la toma simultánea de AINEs e incluso de opioides.

Los estándares a desarrollar deben contemplar los derechos y garantías de los pacientes. Para obtener credibilidad en las técnicas ejecutadas, es imprescindible tener en cuenta aspectos organizativos y de gestión, así como una estructura adecuada, recursos humanos y materiales suficientes y una buena calidad asistencial. La falta de formación es uno de los grandes problemas y deben plantearse soluciones. Por eso es importante que se valore mucho la calidad asistencial, si las Unidades del Dolor obtienen buenos resultados con los pacientes o no, su coste, y lo que aportan con esos costes.

Por último, hay que definir criterios de seguimiento y revisión de los estándares y recomendaciones de calidad y seguridad.

ADMINISTRACIÓN REGIONAL

- **Dra. M^a Dolores Martín Rodríguez, jefa de Servicio de Desarrollo de Sistemas de Calidad de la Subdirección de Desarrollo y Seguridad Asistencial. Servicio Gallego de Salud (SERGAS). Médico de familia**
- **Dña. Mercedes Carreras Viñas, subdirectora general de Desarrollo y Seguridad Asistencial. Servicio Gallego de Salud (SERGAS)**

Datos generales del SERGAS

Desde la Subdirección General de Desarrollo y Seguridad Asistencial y la Dirección de Asistencia Sanitaria se coordina la estrategia de atención integral al paciente con dolor del SERGAS.

El SERGAS atiende a una población de 2.796.089 habitantes (según datos del INE 2009), que se caracteriza por ser una población envejecida y dispersa. Dispone de quince hospitales públicos, 393 centros de salud y 84 consultorios de AP (Datos 2011). Asimismo, existe una historia clínica electrónica (IANUS) común, para AP y AE, accesible desde cualquier centro sanitario público de la Comunidad, que facilita el seguimiento de los pacientes y garantiza la continuidad asistencial. Además, cuenta con un registro electrónico de gestión de cuidados en enfermería para todos los hospitales, que se llama GACELA.

En el SERGAS se realizan anualmente 25.806.646 consultas en AP, 189.666 intervenciones quirúrgicas, 2.225.396 estancias, 245.225 ingresos hospitalarios y se atienden a 1.088.878 pacientes en los servicios de Urgencias. La Comunidad tiene un coste per cápita de 1.330 €, que le sitúa en la media del conjunto nacional (1.100 € - 1.600 €).

Epidemiología del dolor en España

Los datos epidemiológicos del dolor para España del *National Health and Wellness Survey* (NHWS) de 2010, basados en una encuesta poblacional, reflejan una prevalencia del 17,25%. Al clasificar el dolor en leve, moderado y severo se constata que el 6,99% de los ciudadanos sufre dolor diariamente y, de estos, un 1,63% se trata de dolor severo. En este mismo trabajo se muestra la prevalencia de las comunidades autónomas más pobladas: Madrid, Comunidad Valenciana, Cataluña, Andalucía y Galicia, ocupando Galicia el segundo lugar con una prevalencia del 18,38%, después de la Comunidad Valenciana.

Situación inicial

En el año 2010 comenzamos a trabajar realizando el análisis de la situación de partida desde el punto de vista epidemiológico, de recursos disponibles y de consumo de fármacos relacionados con el dolor.

Realizamos un análisis cualitativo, centrado en las expectativas y necesidades sentidas por los pacientes, sus familiares y las asociaciones de pacientes y usuarios. Para ello utilizamos encuestas y trabajamos con grupos de pacientes y usuarios.

También trabajamos con expertos y profesionales sanitarios que nos trasladaron sus necesidades y expectativas, así como su experiencia en relación a la atención al paciente que sufre dolor.

En Galicia existían dispositivos de atención al dolor en 13 de los 15 hospitales del Servicio Gallego de Salud. Estos dispositivos atendían fundamentalmente pacientes con dolor crónico. Observamos una gran heterogeneidad tanto en la atención prestada en los distintos centros, en los elementos estructurales de los diferentes dispositivos, en los registros e indicadores de seguimiento de los procesos asistenciales y en los resultados de la atención.

Estrategia del SERGAS 2014

En el Servicio Gallego de Salud somos conscientes de la importancia que este problema de salud representa para los ciudadanos y por ese motivo empezamos ya en el año 2010 a trabajar en la estrategia de Atención Integral al Paciente con Dolor, con la colaboración de las sociedades científicas, las asociaciones de pacientes, los Servicios y Unidades del Servicio Gallego de Salud, enmarcada dentro de la “Estrategia SERGAS 2014: la sanidad pública al servicio del paciente”.

El día 18 de octubre de 2010, con motivo de la celebración del Día Mundial del Dolor, la Consejera de Sanidad presentó la Estrategia a los medios de comunicación con una declaración institucional. El Servicio Gallego de Salud se comprometió a constituir un comité autonómico, multidisciplinar, para la coordinación de esta estrategia.

Ese mismo día se celebraron las primeras acciones formativas e informativas dirigidas a la población y a los profesionales, impartidas a través de la Escuela Gallega de Salud para Ciudadanos.

La Escuela Gallega de Salud para Ciudadanos trabaja con las asociaciones de pacientes y familiares para impulsar la mejora de la atención al dolor, tanto en lo que se refiere al proceso de atención al dolor como la utilización de recursos sanitarios y los autocuidados. Contamos para ello con los profesionales sanitarios del Servicio Gallego

de Salud que imparten talleres de formación y participan en “foros con el experto” en los que se tratan temas relacionados con el afrontamiento del dolor por parte del paciente y cuidadores, así como diferentes aspectos relacionados con la fisiopatología, diagnóstico, tratamiento y cuidados.

La estrategia del SERGAS 2014 se presentó en agosto de 2011. La atención al dolor ocupa un lugar prioritario en nuestras políticas de calidad y seguridad del paciente, recogidas en el objetivo 2 de la estrategia, e incluye objetivos y actuaciones en materia de evaluación, prevención, atención adecuada e investigación.

La estrategia contempla como objetivos generales mejorar el abordaje del paciente con dolor desarrollando una estrategia global que logre un manejo óptimo, uniforme y equitativo del dolor para todos los ciudadanos gallegos, que consiga hospitales libres de dolor y mejorar la calidad de vida de las personas con dolor y de sus allegados.

Los objetivos específicos de la estrategia persiguen:

- Incorporar la atención al dolor como una estrategia transversal en todos los procesos.
- Sensibilizar a la sociedad, pacientes y profesionales de que el dolor constituye un problema real de gran dimensión y que además dispone de opciones terapéuticas adecuadas y eficaces en la práctica totalidad de los casos.
- Normalizar la mejor asistencia posible a cada paciente desde la perspectiva del propio paciente y de la continuidad asistencial.
- Convertir el dolor en la **quinta constante** a evaluar en los pacientes, de forma que no pase desapercibido y que el tratamiento se adecue a la intensidad y al impacto del dolor.
- Impulsar la participación de los ciudadanos como agentes activos para la prevención del dolor, dándoles capacidad de gestionar su propio proceso con formación.
- Potenciar las alianzas con los profesionales para que el desarrollo de la estrategia de abordaje del dolor sea verdaderamente efectiva y satisfactoria.
- Formar a los profesionales para adquirir, mantener y después perfeccionar las competencias necesarias para el manejo del dolor.
- Incorporar la atención al dolor como un valor ético dentro del Servicio Gallego de Salud.

En agosto de 2010 se planteó la Estrategia de Atención Integral al Paciente con Dolor del SERGAS y el enfoque del proyecto a la Sociedad Española del Dolor y a la Sociedad Gallega del Dolor. Su respuesta fue de absoluta colaboración. En septiembre de 2010 se presentó el proyecto a los directivos y a los responsables de calidad de los hospitales del SERGAS, en un acto institucional, en la Consejería de Sanidad, presidido por la Gerente del Servicio Gallego de Salud.

En octubre se organizaron las I Jornadas “El Dolor en el Sistema Sanitario Gallego” en las que abordamos la atención integral al dolor multiprofesional, con la participación de profesionales de todos los niveles asistenciales y también de pacientes.

Creación de Comisión Gallega de Estrategia contra el Dolor del SERGAS. Decreto 60/2012, de 26 de enero

En febrero de 2012 se publicó en el DOG la constitución de la Comisión Gallega de Estrategia Contra el Dolor, multidisciplinar, en la que participan dos pacientes propuestos por el Consello Asesor de Pacientes. Esta Comisión se constituyó el 17 de abril.

La Comisión Gallega del Dolor del Servicio Gallego de Salud es un órgano colegiado y multidisciplinar presidido por el Director de Asistencia Sanitaria y en ella participan profesionales de la administración sanitaria, médicos, diplomados en enfermería, farmacéuticos y psicólogos clínicos. También participan en ella dos personas ajenas al sistema sanitario que representan a los pacientes y ciudadanos. De este modo contamos con profesionales expertos en el abordaje del dolor de nuestra Comunidad y con la voz de nuestros pacientes y de la sociedad. Puntualmente esta comisión cuenta con la colaboración de expertos para temas concretos.

Las funciones de la Comisión son asesorar y orientar a la Consejería de Sanidad y al Servicio Gallego de Salud en materia de atención al dolor, ser órgano de referencia en materia de dolor para los comités de dolor de las áreas sanitarias, analizar y proponer alternativas para la atención al paciente con dolor, unificar los criterios de utilización de los recursos necesarios para la atención al dolor, promover la implantación de los procedimientos y guías de atención al paciente con dolor, evaluar los procedimientos de atención al dolor en las diferentes áreas de salud, proponer el cuadro de mando de indicadores de calidad y seguridad para la atención al dolor, proponer y fomentar la formación de los profesionales del ámbito sanitario en gestión del dolor, proponer y diseñar acciones formativas para la formación de pacientes/ciudadanos a través de la Escuela Gallega de Salud para Ciudadanos y cualquiera otra función que le fuera encomendada solicitada por la Consejería de Sanidad o por el Servicio Gallego de Salud, relacionada con la atención al dolor.

Implementación de la estrategia

La Gerencia del SERGAS marcó como primer objetivo para todos los hospitales la creación de una comisión clínica/grupo de trabajo para la mejora de la atención al paciente con dolor. Estos grupos están integrados por profesionales médicos, de enfermería, psicólogos clínicos, trabajadores sociales y farmacéuticos de los hospitales, generalmente liderados por el Servicio de Anestesia y Reanimación. En diciembre de 2010 todos los hospitales disponían de este grupo de mejora.

En el año 2010 se comenzó a trabajar en normalizar procedimientos para la valoración del dolor. Se priorizó la valoración y atención al dolor agudo en los hospitales, como primer procedimiento a sistematizar. Se contó para ello con la participación y el consenso de todos los hospitales del Servicio Gallego de Salud y se creó también un grupo de trabajo con la participación de servicios centrales que revisó tanto los datos disponibles como la evidencia científica.

De la misma manera, se diseñó y se puso en marcha un registro específico de valoración del dolor en el aplicativo GACELA de gestión de cuidados de enfermería. La gráfica de constantes incluye el dolor como quinta constante de valoración y se sistematizó un conjunto de indicadores.

En el procedimiento del dolor se incluye que si la valoración del dolor es superior a tres en la escala EVA, hay que revisar el tratamiento y alertar al facultativo responsable del paciente para que se vuelva a valorar.

También se sistematizaron y documentaron los indicadores para seguir la implantación de este procedimiento normalizado, la adherencia de los procedimientos de los profesionales y el impacto en los pacientes.

Evaluación cuantitativa y cualitativa

En marzo de 2011 se realizó una auditoría cualitativa y cuantitativa de la implantación del procedimiento. En la cualitativa se valoró el cumplimiento del calendario de implantación del procedimiento, la realización de actividades formativas, la adherencia de los profesionales, la valoración de la implantación del procedimiento por parte de los profesionales, los problemas identificados en los centros y las propuestas de mejora de los profesionales. En la cuantitativa se comprobó el nivel de registro de los puntos incluidos en la tabla de valoración de GACELA.

La tabla de resultados de la auditoría refleja que el procedimiento se había implantado en todos los hospitales a excepción de dos, en los que se implantó más tarde ese mismo mes.

En el último trimestre de 2010 se realizaron sesiones informativas y cursos de formación dirigidos a todos los profesionales sanitarios en los hospitales. Organizamos la jornada “Dolor en el Sistema Sanitario Gallego”, el 18 de noviembre, en la que participaron 190 personas entre profesionales, pacientes y ciudadanos. En esta jornada abordamos el dolor en nuestro sistema sanitario desde varios enfoques: las unidades de dolor, el tratamiento del dolor por el médico de familia, los cuidados de enfermería en el paciente con dolor, el tratamiento al dolor y la política farmacéutica, la percepción de los pacientes, la calidad asistencial y el dolor y la experiencia en otros servicios de salud que tenían implantado un sistema integral de atención al dolor (Extremadura).

Dentro de la campaña informativa se distribuyeron:

- Reglas con la escala EVA y el procedimiento para su correcta utilización a todos los profesionales de enfermería (15.000).
- Reglas con la escala de valoración facial y el procedimiento para su utilización a todos los profesionales de enfermería de hospitalización y consultas de pediatría. También utilizamos esta escala en pacientes con deterioro cognitivo y personas mayores (3.500).
- Dípticos informativos dirigidos a pacientes.
- Se colocaron pósteres informativos en lugares estratégicos de todos los hospitales.

Los grupos multidisciplinares de tres hospitales elaboraron materiales informativos dirigidos a pacientes centrados en la atención al dolor.

Desde el mes de diciembre de 2010 los profesionales sanitarios cumplimentan el registro del dolor en el aplicativo GACELA en los hospitales.

Actualmente el procedimiento de valoración del dolor agudo está implantado en todos los hospitales del SERGAS (15), lo mismo sucede con el registro del dolor en GACELA. Disponemos de un sistema de monitorización y seguimiento con indicadores comunes a todos los centros.

La Gerencia del SERGAS incluyó en el Acuerdo de Gestión de los Hospitales como objetivo la valoración del dolor como quinta constante en al menos el 50% de los pacientes hospitalizados. La Subdirección General de Desarrollo y Seguridad Asistencial monitoriza este indicador trimestralmente, informando la Gerencia del SERGAS, a las Gerencias de las Áreas de Gestión Integrada y a los responsables de calidad de los resultados obtenidos en el trimestre y los acumulados anuales.

En cuanto a los resultados cuantitativos, decir que en el año 2011 ingresaron en nuestros hospitales 220.727 pacientes y de estos tienen registro de dolor como quinta

constante 71.235, que supone un 32,3%. De los 14 hospitales del SERGAS (POVISA no dispone del aplicativo GACELA por ser un hospital concertado), cumplieron el objetivo marcado dos. Cinco hospitales superaron el cumplimiento medio del SERGAS y el resto no alcanzaron el objetivo. En el año 2012, en el periodo entre enero y septiembre, el nivel de cumplimiento medio de los hospitales del SERGAS se incrementó más de un 100% hasta el 66,3%, de forma que de los 146.617 pacientes hospitalizados un total de 97.189 tenían el dolor registrado como quinta constante en la gráfica del aplicativo GACELA. En este periodo 12 hospitales superaron el estándar marcado por la Gerencia del SERGAS (80%), presentando otros dos un registro superior al 45%. Decir que el *feedback* sobre el cumplimiento y el *benchmarking* entre centros han supuesto un incentivo para el cumplimiento de este objetivo.

En cuanto a la intensidad del dolor, en el periodo analizado de 2012, el dolor se percibe como leve por un 65,3% de los pacientes, como moderado en un 30,7% de los pacientes y perciben su dolor como severo un 4% de los pacientes que disponen de registro de dolor en la gráfica de constantes.

En nuestro registro el dolor es más frecuente en mujeres y, en ambos sexos, en el grupo de pacientes con edad con 60 o más años.

En nuestro registro cualitativo del dolor, incluido como Registro Especial en el aplicativo GACELA, observamos que la localización del dolor más frecuente es el abdomen (40,4%), seguido de extremidades y cabeza/cuello. El origen del dolor más frecuente es la enfermedad médica (31,9%), seguido del relacionado con la cirugía. En cuanto al tipo de dolor, el visceral (26,1%) es el más frecuente, seguido del óseo (19%) y el muscular (13,1%). Además, el dolor es localizado en el 79,4% de los casos. Los síntomas que se asocian con más frecuencia son las náuseas y los vómitos (5,3% de los casos).

Otras acciones realizadas

La Comisión se reunió por primera vez en el mes de abril y priorizó para el ejercicio 2012 las siguientes líneas de trabajo:

- Participación de los hospitales del SERGAS en el estudio sobre el dolor en los niños hospitalizados, promovido a nivel nacional por la Fundación Antena 3. Seis de nuestros hospitales han participado en la encuesta sobre el dolor en la infancia, aportando un tercio de las encuestas obtenidas en el estudio a nivel nacional.
- Participación en el pilotaje de indicadores de dolor crónico oncológico en los hospitales del SERGAS.

- Sistematización del procedimiento de atención al Dolor Crónico no Oncológico. En el mes de junio se constituyó un grupo de trabajo para la sistematización del dolor crónico no oncológico en Atención Primaria, multidisciplinar, en el que también participan dos pacientes. El borrador del procedimiento elaborado por el grupo de trabajo se ha entregado el día 28 de noviembre a los miembros de la Comisión del Dolor para que nos hagan llegar sus alegaciones y propuestas.
- Análisis de la situación de las Unidades de Atención al Dolor de la Comunidad.
- Diseño y programación del Curso online dolor crónico dirigido a profesionales sanitarios.
- Diseño de un plan de formación centrado en el dolor dirigido a pacientes/cuidadores y ciudadanos en general.

Estamos trabajando en la programación de plan de formación dirigido a profesionales y pacientes. Los meses de octubre, noviembre y diciembre de 2012 se impartió el primer curso online de dolor dirigido a profesionales del SERGAS, impartido a través de la FEGAS, en el que participaron 200 profesionales sanitarios de un total de 1054 solicitudes recibidas, con un total de 48 horas lectivas y 6,7 créditos.

El trabajo realizado en la estrategia se ha difundido en diferentes reuniones científicas:

- Participación en la Estrategia de Cronicidad del Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. Dolor Crónico 2012.
- Presentación de los resultados de la estrategia del dolor en la reunión del SIP Copenhague, 2012.
- Nuestro trabajo en la estrategia del dolor ha sido premiado en el XXX Congreso de la Sociedad Española de Calidad Asistencial. Bilbao, 2012.
- Cursos de Verano del Escorial. La Dimensión Social del Dolor. Universidad Complutense de Madrid, 2012.
- Pain in Europe VII – 7th Congress of the European Federation of IASP Chapters (EFIC®), Hamburgo 2011.
- Presentación de la estrategia del dolor en la reunión del SIP Bruselas, Parlamento Europeo, 2011.
- Jornadas de Calidad y Seguridad SERGAS-SOGALCA, 2010, 2011 y 2012.
- XVIII Congreso de la Sociedad Española de Calidad Asistencial, Santiago de Compostela, 2010.
- Jornadas Autonómicas Dolor y Sociedad. Tres ediciones 2010, 2011 y 2012.
- Otras reuniones científicas centradas en la mejora de la atención al paciente que sufre dolor.

Acciones de Mejora para desarrollar en el año 2013

- Alcanzar el estándar 70% de pacientes ingresados con registro de evaluación del dolor como quinta constante en la gráfica del aplicativo de gestión de cuidados de enfermería GACELA.
- Elaborar el proyecto “Tolerancia ZERO al dolor infantil” en el SERGAS.
- Implantar el procedimiento de evaluación de dolor y el de atención al paciente con dolor crónico no oncológico en todo el sistema sanitario gallego.
- Poner en marcha la “escuela de dolor” para ciudadanos y el programa “paciente experto en dolor”.
- Mejorar la información para pacientes con dolor, a través de la web de la Escuela Gallega de Salud para Ciudadanos.
- Desarrollar procedimientos específicos de atención al dolor.
- Determinar la estructura de las unidades de atención al dolor y su cartera de servicios.

Conclusiones

- El procedimiento de valoración del dolor está implantado hoy en todos los hospitales del SERGAS.
- El procedimiento de registro del dolor en GACELA también está implantado en todos los hospitales del SERGAS, con un incremento superior al 100% en el indicador “Pacientes con valoración del dolor como quinta constante en el año 2012”.
- Se dispone de un sistema de monitorización con indicadores comunes a todos los hospitales de Galicia y un sistema de información que permite el *benchmarking* entre centros, que ha sido un estímulo para la mejora.
- La implantación de la Estrategia Integral de atención al dolor por parte del SERGAS ha sido, en general, y como manifestaron las auditorías, valorada muy positivamente por los profesionales, las asociaciones de pacientes, y las sociedades científicas con las que se ha trabajado.
- Es necesario revisar las variables incluidas en el registro especial de GACELA para obtener indicadores que aporten valor desde un enfoque de gestión clínica. Así, simplificar el registro para facilitar el trabajo a los profesionales.
- Los profesionales han valorado muy positivamente disponer de información sobre la visión de los pacientes y su percepción sobre el funcionamiento del sistema. También se ha tenido en cuenta la percepción de los pacientes sobre la satisfacción de sus necesidades y expectativas por parte del sistema sanitario público gallego.

ADMINISTRACIÓN REGIONAL

- **Dr. Ángel Facio Villanueva, *subdirector general de Procesos Asistenciales. Servicio Gallego de Salud (SERGAS). Médico de Familia***

Tipos de dolor crónico más frecuentes y carga de la enfermedad

Desde la Subdirección existen compromisos establecidos. Estos se centran en la obtención de resultados que faciliten la normalización en el ámbito hospitalario. Por otro lado, el objetivo de ordenación y de la estrategia SERGAS es el desarrollo de AP, que es probablemente en lo que tendrá que incidirse en las fases posteriores del proyecto para garantizar la transversalidad.

Uno de los problemas que se presenta es que el dolor pueda manifestarse de múltiples maneras y el sistema tiene que orientarse a poder dar respuesta a la dificultad que esto conlleva. Algo muy importante a tener en cuenta es la percepción condicionada, ya que el dolor depende de muchos factores. Hay que trabajar para poner sobre la mesa las limitaciones que se detectan para que las expectativas, tanto de los pacientes como de los profesionales, sean reales y se puedan satisfacer. Evidentemente hay cosas que no tienen solución en este momento pero el que la población lo sepa, ayuda a que cada uno entienda en qué situación se encuentra.

Desde una visión macro, no se cuantifica lo que se tiene, si no aquello a lo que debe dar respuesta. En Galicia se tiene que dar respuesta al dolor agudo, y por tanto al dolor irruptivo y al dolor crónico pero, fundamentalmente a las exacerbaciones del dolor crónico. Tomando como referencia la filosofía que se ha aplicado en la Estrategia Nacional de Cuidados Paliativos, la realidad es que las crisis de necesidad son las que determinan las mayores demandas de los pacientes. Este punto es crítico ya que si hay ausencia de respuesta por parte del sistema o se genera una percepción negativa la fiabilidad o la seguridad que da el sistema es bajo. Por tanto, con pequeñas intervenciones puntuales en los momentos críticos de la evolución de los pacientes se consigue la percepción adecuada y mejores resultados.

Elementos clave para el tratamiento del dolor

Evidentemente, no podríamos hablar de esto si no entendiéramos que en Galicia, con la complejidad que tiene y esto es algo que dificulta mucho la planificación y la ordenación, hay que buscar la equidad en la organización y en la accesibilidad, etc. Esto es lo que ha determinado, entre otras cosas, que se haya ido a un modelo de

integración asistencial. Es decir, no tiene ningún sentido que con los recursos de que se disponen haya capacidad de dar respuesta y no se está dando en la amplitud que se puede. Por tanto, el planteamiento es el aprovechamiento adecuado de los recursos existentes para satisfacer las necesidades.

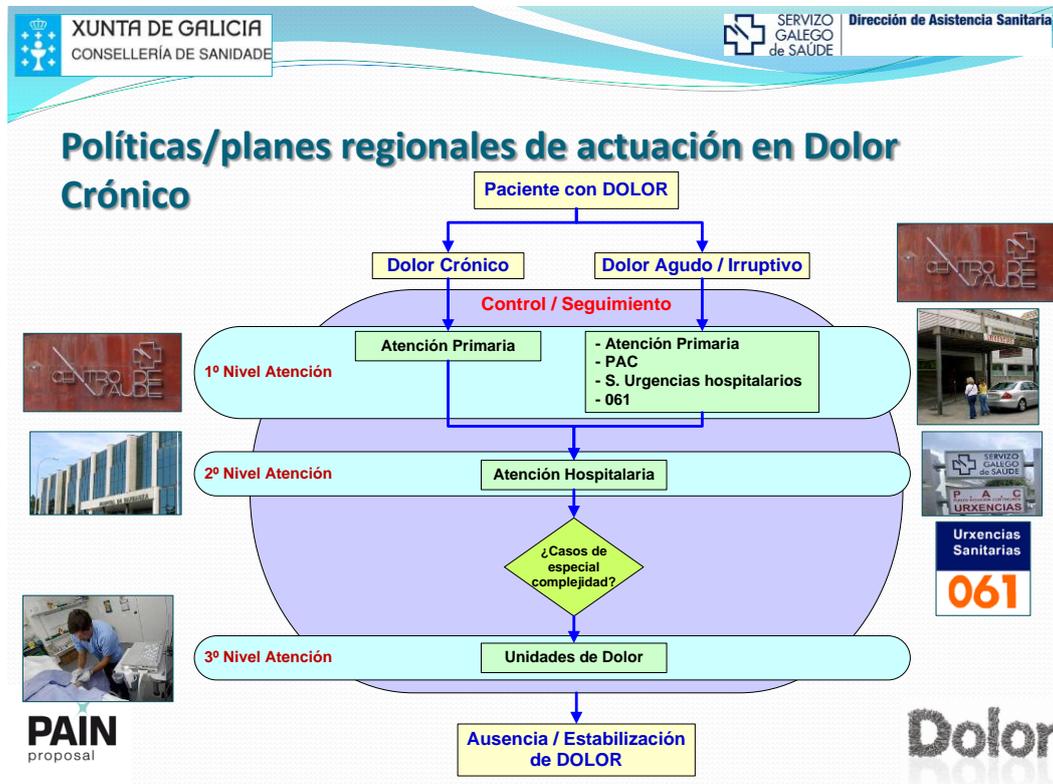
Cuando se perfilaba una visión menos global había áreas que conseguían desarrollar mucho una prestación y otras que no. Eso no sirve como modelo. No puede ser que un paciente en la comunidad autónoma de Galicia tenga una prestación diferente a otro, por el simple hecho de residir en lugares distintos. Lo cierto es que la orientación es acercarse al paciente y el esfuerzo que hace Galicia es tener dispositivos muy periféricos para poder atender a los pacientes que están más cerca. Lo que se quiere garantizar es que esos dispositivos den una buena respuesta y se apoyen en otros más distantes para casos especialmente complejos.

Un punto importante que trata la estrategia es la autogestión del dolor, que se incluye en los consensos europeos, sin entenderse esta autogestión como automedicación. La autogestión significa que un paciente desarrolla unos hábitos de vida saludables y que, evidentemente, adquiere la capacidad de ir manejando su situación de dolor apoyándose en los recursos que le ofrece el sistema. En Galicia se dispone de una gran cantidad de recursos para el dolor crónico y para el agudo.

Mapa de Atención Primaria de Galicia

¿Cómo se va a manejar, con los porcentajes de afectación de pacientes con dolor, a una población dispersa de casi 2.800.000 habitantes que se distribuye en 315 municipios, 478 centros de salud, más de 6.000 profesionales de AP, 2.672 pediatras y que cuenta con 2.542 sanitarios no facultativos? Se podrá contar con más o menos recursos, pero la realidad es lo que se dispone para afrontar este problema. El dolor es un problema claramente transversal tanto en AP como en hospitales. Galicia cuenta con una estructura muy potente de hospitales, con ratios de población muy razonables que permitirían garantizar en este modelo de integración una coordinación adecuada y que se pueda dar una respuesta específica a esta población.

Políticas regionales de actuación en dolor crónico



Ante un problema médico, cualquier persona acude a AP y esto sucede igual cuando el paciente tiene cualquier tipo de dolor. Cuando la percepción del dolor es equivocada, algunos pacientes acuden a demanda al servicio especializado de Urgencias pero eso, en general, ayuda poco y genera frustración al paciente porque se intenta paliar la situación, pero desde una visión puntual.

El tratamiento del dolor en Galicia sigue la filosofía de las escalas analgésicas que determina la OMS, que se clasifica en niveles. El primer nivel de Atención en todos los casos y para todas las situaciones y patologías es el médico de AP. En el caso de dolor agudo o en la irrupción del dolor crónico, se utilizan los dispositivos de urgencia fuera del horario ordinario. El segundo nivel es la Atención Hospitalaria, pero no necesariamente la atención hospitalaria en el ámbito de Unidades de Dolor, que sería un nivel superior, sino en el área de especializada en todos los hospitales que manejan dolor en sus distintas especialidades y que, por supuesto, tendrán que tener un manejo adecuado al igual que sucede en AP. Se dispone de muchos profesionales que manejan dolor y sería imposible concentrar todos los pacientes con dolor en el ámbito

de las Unidades de Dolor. El tercer nivel, el de las Unidades de Dolor, que sería el nivel más complejo, pretende llegar a la ausencia o estabilización del dolor.

Con este modelo se persigue que el valor añadido de cada dispositivo sea el necesario. El tercer nivel requiere unos criterios poblacionales, con los cuales el número de unidades del que dispone Galicia está por encima de sus estándares. Es muy importante coordinar todas estas piezas porque en Galicia se dispone de la capacidad suficiente de dar respuesta pero falta coordinación y organización.

Promoción de protocolos de derivación

Respuesta multidisciplinar

Para el SERGAS, el tratamiento del dolor implica una respuesta multidisciplinar, como por ejemplo sucede con el cáncer. En el caso del dolor, por su complejidad, por la falta de respuesta u otros motivos se buscan soluciones de forma dispersa. Para el correcto abordaje se precisa una evaluación adecuada, información clara, precisa y suficiente, así como un plan terapéutico individualizado. Un punto a destacar en este ámbito multidisciplinar es el papel de la enfermería. No se puede entender el manejo del paciente crónico en AP sin una participación básica de enfermería porque es la mejor interlocución entre paciente y médico. Por ello, es necesario reivindicar y exigir este rol.

Para los niveles de asistencia que existen en Galicia en cuanto a la aplicación de la Escalera analgésica de la OMS, tanto en los primeros escalones, como incluso en el tercero, no sería necesario que hubiera dispositivos muy específicos. Lo que está claro es que si se alcanza el tercer escalón y no se obtienen resultados, la asistencia será más fácil si hay unos protocolos pactados que aseguren que se ha alcanzado un punto en el que se requiere la intervención especializada de la Unidad de Dolor. De este modo, el profesional que maneja la Unidad de Dolor se sentirá mucho más cómodo para actuar en aquellos niveles donde realmente es imprescindible.

Criterios de utilización

Se debe utilizar el método de administración de analgésicos más simple, que es la vía oral. En la actualidad, también se dispone de la vía subcutánea que, con el adiestramiento de enfermería, permite obtener resultados muy positivos, como demuestran los datos de la Estrategia Gallega de Cuidados Paliativos.

Por tanto, desde el SERGAS se debe reflexionar sobre por qué no se puede garantizar la accesibilidad a los recursos diagnósticos y terapéuticos en todos los niveles. Se debe

incrementar en paralelo tanto el consumo de analgésicos como los dispositivos asistenciales.

Criterios de derivación

Los profesionales del SERGAS tienen que garantizar que se establezcan unos criterios de derivación para poder asegurar el valor añadido de las unidades del dolor, de los centros de AE y de AP. Si un paciente recibe la misma atención de un médico de AP, se tienen muchas más probabilidades de éxito que si la recibe de una unidad especializada de un hospital. Por tanto, la unidad de dolor tiene cabida donde se realice un tratamiento especializado diferente. Si esto se garantiza, se obtendrá una respuesta mejor. Esta situación dificulta el trabajo en el dolor y en otras tantas especialidades médicas como, por ejemplo, en Endocrinología (los pacientes con diabetes que están bien atendidos en AP no tienen por qué acudir siempre a la consulta del endocrino). En cambio, si el especialista recibe un paciente diabético que no se ha podido resolver en AP, le dará una respuesta más rápida, el paciente estará mejor atendido y el médico de AP se sentirá más seguro con su práctica asistencial.

Visión global

Las estrategias son necesarias porque ponen un problema de salud encima de la mesa y obligan a que los distintos sectores actúen. Tanto pacientes como profesionales tienen que exigir a las administraciones que se establezcan los mecanismos necesarios para solucionar la situación y el tratamiento de esa afección. El dolor crónico es un elemento cardinal porque es transversal y se comporta muy parecido a los cuidados paliativos. Seguramente, tanto el dolor como los paliativos son dos dinámicas que viven los profesionales sanitarios personalmente o a través de familiares. Esto facilita el entendimiento entre los propios facultativos y hay menos barreras.

Plan Gallego de Cuidados Paliativos

Necesidad de una nueva estrategia

Una de las razones por las que se plantea el modelo básico de cuidados paliativos es por la cantidad de pacientes que está en una situación avanzada y compleja de su enfermedad y que sólo se puede atender en su domicilio. Otra razón porque a casi ningún paciente le gusta estar ingresado en un hospital si puede optar por recibir tratamiento domiciliario.

Teniendo en cuenta esas referencias, el nivel más lógico para atender a estos pacientes es AP, con la vertiente de la Atención Especializada a domicilio, y en los dispositivos específicos a los que se acude solo con necesidades concretas; cuando no se maneja adecuadamente o no se controla bien el problema. Por tanto, este modelo de cuidados paliativos se basa en dos niveles: uno de cuidados básicos y otro de cuidados complejos que en paliativos está funcionando razonablemente bien y que ha favorecido el manejo del dolor en AP en algunas áreas (en El Ferrol era la única área de gestión integrada que había cuando se promovió la gestión integrada en la Consejería y en el SERGAS). En ese momento, uno de los problemas importantes en el manejo del dolor en AP era que no se disponía del fármaco y no había bombas de perfusión percutánea. Este problema fue controlado con intervención de los colectivos de enfermería y AP, quienes se adiestraron conjuntamente desde el liderazgo de la unidad. Esto ayudó a conseguir unos niveles de control analgésico en domicilio muy importantes. Por tanto, con una estrategia y una coordinación específica (aunque sea un problema tan transversal), seguramente se consigan resultados.

Equipo multidisciplinar

Hay que tratar de implicar a todas las partes para conseguir eficiencia y, esto es, obtener resultados con los recursos que se disponen. Se obtienen resultados pero, a veces, no se difunden ni a los profesionales ni a la población. Hay que conseguir que todas las partes funcionen y lleguen a la diana del dolor. Y eso tiene que abordarse desde todos los agentes del sistema, tarea que no es nada fácil.

ECONOMÍA DE LA SALUD

- **Dña. Berta Rivera, en representación de la Asociación de Economía de la Salud (AES)**

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

De la literatura científica de la que se dispone, hay algunos estudios que analizan la enfermedad a nivel global y otros a nivel microeconómico. Un análisis de prevalencia de la enfermedad en el que participaron más de 53.000 personas de cinco países de Europa, que se publicó en el *Current Medical Research & Opinion* en 2011, revela que casi un 21% de los pacientes manifestó que sufría dolor. Si este porcentaje se traslada a la población de esos países estaríamos hablando de casi 30 millones de personas. De

éstas, 11,2 millones tenían dolor severo. Son cifras considerables y nos dan idea de que tenemos un problema que se debe tratar desde el punto de vista de las instituciones sanitarias.

Otro estudio microeconómico (que son estudios de carga de enfermedad, lo que entendemos como un estudio de costes o evaluación realizado en Unidades de Dolor en España y en el que participaron 1.071 pacientes), reveló que los costes del dolor variaban entre 1.500 euros y 1.700 euros por paciente al año.

Lo que resulta más interesante de este trabajo de investigación es que los costes directos (que son los gastos médicos principalmente, medicinas, gastos hospitalarios, costes de AP, etc.) representan el 86%; y, los costes indirectos (pérdidas de productividad laboral, pérdida de productividad doméstica, o consultas médicas adicionales) se sitúan en torno al 14%, lo cual demuestra la importancia que tiene. Hay estudios que incluso los cuantifican en mayor medida.

Por otra parte, el estudio determina que los costes están asociados de forma directa con la edad y no tanto por sexo.

Cuestiones metodológicas en la estimación del coste del dolor crónico

¿Cómo se dividen los costes a la hora de hacer un análisis de una enfermedad? En los costes totales que son los que se incluyen para hacer una evaluación completa. En este tipo de gastos no se considera solo el interés del sistema sanitario, sino el de toda la sociedad para conocer la carga que supone una determinada enfermedad. Se clasifican en directos e indirectos (en todos los niveles de la Administración Sanitaria) e intangibles.

Los costes directos incluyen tres partidas: los costes sanitarios y sociales; luego otros costes (los recursos que tienen que pagar los pacientes y que no están cuantificados como sistema de salud, como por ejemplo los medicamentos) y los gastos de cuidados informales (el gasto que se calcula, por ejemplo, cuando la familia cuida a un paciente). Un ejemplo de este último en un estudio sobre el coste de la Enfermedad de Alzheimer, realizado a través de las Asociaciones de Alzheimer de Galicia, revela que del total de costes de los enfermos de Galicia, el 60% era de costes de cuidado informal.

En el epígrafe de costes indirectos se evalúan cuatro tipo de gastos: los costes derivados de la productividad laboral (el 40% del absentismo laboral se produce por el dolor), los costes derivados de la productividad doméstica (son más difíciles de valorar), el coste de la pérdida de ocio (el bienestar de una persona se compone de

varias cosas, una de ellas es el ocio) y por último el coste de oportunidad de gestión no efectiva (que son consultas médicas adicionales, automedicación innecesarias y efectos adversos derivados de esa medicación que luego hay que tratar).

Los costes intangibles aparecen en muy pocos estudios por su dificultad de valoración. En este apartado se incluyen la pérdida de calidad de vida y el sufrimiento. ¿Cómo se puede poner en números el dolor de una persona y de su familia? Apenas se ven.

Los costes directos y los indirectos son un buen indicador sobre la importancia que tienen determinadas enfermedades sobre el coste total de un sistema o sociedad, o como se quiera enfocar. Normalmente en función de a quien vayan dirigidos se consideran unos u otros. Si es un hospital, interesan sus propios costes, si va hacia una administración regional le interesa su presupuesto.

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

Importantes beneficios económicos (reducción de los costes totales, los que están mal enfocados o son innecesarios) que redundarán en beneficio de la sociedad:

- Reducción de los costes sanitarios/sociales.
- Reducción de los costes de pacientes y familiares.
- Reducción de los gastos de cuidados informales.
- Reducción de los costes derivados de las pérdidas de productividad y ocio.
- Reducción de costes de oportunidad para el SNS.
- Reducción de pérdida de calidad de vida para los pacientes.

Mejores prácticas. La importancia de la evaluación económica de las tecnologías sanitarias

Antes de entrar en el tema en sí, conviene establecer qué son tecnologías sanitarias y evaluación económica:

- Tecnología sanitaria: es el conjunto de medicamentos, dispositivos y procedimientos médicos o quirúrgicos usados en la atención sanitaria, así como los sistemas organizativos y de apoyo dentro de los cuales se proporciona dicha atención.
- Evaluación económica: método sistemático de análisis diseñado para ofrecer una información, valorada según la accesibilidad y oportunidad, sobre programas y/o intervenciones alternativas, que sirva de apoyo

para la toma de decisiones. Hay que resaltar lo de apoyo porque una valoración económica no debería decidir nunca que se tome una alternativa u otra. El gestor o las personas implicadas son las que tienen esa potestad porque si no, se puede entrar en los ratios puros y hay casos muy complicados como sucede en el Reino Unido.

Hay que valorar una enfermedad con los indicadores que seleccionemos pero tenemos que escoger algo que dé valor a lo que se cuantifica, de accesibilidad y oportunidad. Cuanta más información se disponga, más realista se será con lo que se puede conseguir y, por otra parte, a lo mejor hay otras cosas que no se pueden lograr.

Objetivos de la evaluación económica de tecnologías sanitarias

- Informar de las decisiones sobre precio y financiación.
- Fomentar el uso apropiado de las tecnologías sanitarias.
- Disminuir la variabilidad de la práctica clínica.
- Lograr un uso más eficiente de los recursos sanitarios.
- Analizar las implicaciones ético-legales del uso de tecnologías sanitarias.
- Definir el catálogo de prestaciones.
- Identificar las tecnologías emergentes.
- Monitorizar la utilización de tecnologías sanitarias, sobre todo, en etapas iniciales de la introducción de nuevos sistemas o tecnologías para ver si merece la pena continuar.

¿Para qué sirve?

La evaluación económica sirve para mejorar la efectividad y la eficiencia, esto es, que una cosa puede ser efectiva porque cumple con los objetivos que se fijan pero puede no ser eficiente porque es posible lograr ese objetivo con menos cantidad de recursos. La evaluación sirve también para racionar o fijar prioridades con criterios racionales aunque los recursos sean escasos. En definitiva, para mejorar el proceso de toma de decisiones: cobertura/financiación, planificación y ordenación y decisión clínica (guías, estándares...).

¿Qué desencadena el interés por la evaluación económica?

Evidentemente, el incremento del gasto. Las evaluaciones económicas empezaron a ser de interés a medida que se vio que el crecimiento del gasto no podía subir de la

manera que lo estaba haciendo debido a la cobertura universal de la sanidad, el incremento de precios, de la demografía y de la prestación real media.

La segunda razón por la que tiene gran importancia la evaluación económica a nivel local, comarcal, regional o nacional es la variabilidad. Hay notables diferencias en las tasas de intervenciones médicas a pacientes según su lugar de residencia, o entre centros, que no explicadas por razones médicas, sociales o de necesidad. Hay infrautilización de procedimientos apropiados y sobreutilización de procedimientos poco eficaces; existe incertidumbre sobre efectividad de algunas técnicas que pueden paliarse con estudios evaluativos basados en la mejor evidencia disponible. Toda esta información puede seguirse en el Atlas de Variaciones en la Práctica Médica en el SNS (<http://www.guiasalud.es>).

Gráfico de una evaluación económica

Existen alternativas más o menos efectivas en función de los resultados y que son más o menos costosas. Cuando una alternativa es menos efectiva y más costosa, está claro que no se utilizaría: el resultado es peor y cuesta más. Se llaman alternativas dominadas. Cuando la alternativa es más efectiva y menos costosa, implica mejores resultados con menos coste. El problema surge cuando hay alternativas más costosas pero más efectivas, o menos efectivas pero menos costosas. ¿Qué se haría ahí?

En este tipo de gráficos se ven claramente opciones que se rechazarían, otras que se adoptarían y las otras depende de los recursos disponibles, de la capacidad del sistema o del interés del objetivo.

La eficacia se define como un nivel de logro de un objetivo, en condiciones ideales o experimentales (frontera óptima) y la efectividad como el nivel de logro de un objetivo en condiciones reales de utilización (distancia a la frontera).

La diferencia entre eficacia y efectividad se entiende como la aproximación a pérdidas de eficiencia o calidad. Por ejemplo, un fármaco hipotensor demostró en un ensayo clínico su capacidad para controlar la presión arterial en el 76% de los pacientes del estudio. La eficacia del fármaco era por lo tanto, 0.76. Sin embargo, su aplicación concreta en las condiciones reales de un entorno determinado, la precisión diagnóstica fue del 95%, la prescripción correcta sólo se produjo en el 66% de los casos, únicamente el 65% de los pacientes cumplieron el tratamiento, y la cobertura del programa de atención no excedía del 90% de la población. Por tanto, la efectividad real de la intervención resultó ser del 28%.

Métodos de evaluación económica

Hay diferentes métodos de evaluación económica: minimización de costes, coste-efectividad, coste-beneficio y coste-utilidad. El más utilizado, quizás sea, el coste efectividad porque es más fácil de implementar por los indicadores de entrada y salida. El más completo el coste utilidad.

Cómo se define la utilidad

En una evaluación económica se evalúa por un lado la parte del coste y por otro la parte del beneficio de lo que se esté analizando. Se pueden utilizar muchos indicadores pero hay uno que es el año de vida ajustado por calidad (AVAC/QALY) que, en casos como el del tratamiento del dolor, es muy importante como resultado de cualquier información. Este indicador aproxima la “utilidad” de los distintos estados de salud a través de la cantidad (esperanza de vida) y la calidad. Su medida principal, (EQ-5D), valora cinco dimensiones del estado de salud: la movilidad, el cuidado personal, las actividades cotidianas, el dolor o malestar y la ansiedad o depresión.

En un análisis muy sencillo se puede tener en cuenta, por ejemplo, las tasas de mortalidad, tasas de esperanza de vida, sin embargo, el AVAC es más complejo pero tiene en cuenta distintas facetas de la vida, lo que le da una potencia de evaluación bastante mayor que otro tipo de indicadores.

Y, ¿cómo se hace? A través de matrices que tienen en cuenta el nivel de sufrimiento. En un eje se establecerían los niveles de sufrimiento (el nivel uno sería ausencia de dolor, tras el cual se situarían leve, moderado y grave) y en el otro eje se indican los niveles de incapacidad. Sería una matriz a combinar según el estado de salud del paciente. De esta manera lo establecen los profesionales sanitarios a nivel global. Es el indicador más utilizado y refleja muy bien el nivel de sufrimiento del paciente pero se puede usar cualquier otro indicador. El cálculo de los AVAC consiste en multiplicar cada año vivido por el valor de la utilidad del estado de salud, datos que se introducen en la evaluación económica.

Un ejemplo puede ayudar a comprenderlo. Supongamos un individuo que hasta los 28 años ha estado sano sin ningún tipo de dolor (valor de la matriz igual a uno). A partir de esta edad se manifiesta debilidad y pérdida sensitiva en las extremidades de forma leve e intermitente, lo que le genera una incapacidad social leve con un nivel de sufrimiento igualmente leve (0,986). Al no remitir los síntomas, decide acudir a su médico y a los 29 años se le confirma el diagnóstico de esclerosis múltiple, teniendo hasta los 33 años las mismas limitaciones, sufrimiento moderado de 0,986. Todo esto podríamos seguir evaluándolo así hasta que se esté valorando el paciente.

Nuevas propuestas/ideas de futuro

- Mejorar la información sobre la prevalencia del dolor crónico: la información es fundamental. Hay que destacar el riesgo de que se puede perder el objetivo final con la información. Hay poca información en determinados temas pero también es importante, sobre todo de cara a los profesionales que usen esa información y seleccionar la información válida.
- Mejorar las estimaciones de la carga de la enfermedad: la sanidad genera un gasto, pero también es una inversión. En este sentido, la Administración sí que tiene que ser consciente de que reducir el gasto en sanidad es reducir también los beneficios en otras muchas áreas. La sanidad genera capital humano, calidad de vida y rendimientos, sobre todo en determinados tipos de patologías.
- Mejorar la información sobre auto percepción de la salud por parte del paciente: el paciente está desinformado muchas veces y tiene que saber a quién acudir.
- Mejorar la información sobre resultados.
- Incorporar la evaluación económica para ordenar prioridades.
- Elaborar un Plan Estratégico de Atención al Dolor Crónico.

Necesidad del establecimiento de un Plan Estratégico

- Define la amplitud del problema.
- Fija objetivos y establece prioridades.
- Plantea las acciones a realizar para la consecución de objetivos en cuanto a su contenido y su realización temporal.
- Analiza/evalúa los resultados obtenidos y las actuaciones en función de estos resultados en un periodo de tiempo.

La evaluación económica es fundamental y la apuesta es ponerla en una de las prioridades de la Administración. La coordinación es imprescindible y, por los menos, sin ésta no se consigue alcanzar un grado de colaboración en el que se sepa el orden de trabajo en AP y cómo llega un paciente a una Unidad de Dolor que, a veces, lo desconocen hasta los profesionales.

FARMACIA COMUNITARIA

- **Dña. Ana Rodríguez Sampedro, en representación de la Sociedad Española de Farmacia Comunitaria (SEFAC). Presidenta**

El dolor es una sensación que cada persona la percibe de una manera distinta y por eso es tan difícil de valorar y depende mucho del sujeto en sí, de lo que siente. Se sabe que, muchas veces, el dolor es psicosomático manifestado como consecuencia del daño producido de otras enfermedades encubiertas como puede ser una depresión.

No hay mucha diferencia entre las tipologías de dolor en la Farmacia Comunitaria (FC) con respecto a AP o AE. Desde la FC es más sencillo el tratamiento del dolor agudo que el dolor crónico, el cual suele necesitar una intervención coordinada con AE para su control y un mayor seguimiento farmacoterapéutico.

Las consultas más frecuentes se refieren a indicación farmacéutica, con demanda de analgésicos y antiinflamatorios de prescripción sin receta. Los dolores sobre los que se realizan más preguntas son los asociados a procesos febriles, dolores musculares, odontalgias y dolores menstruales. En cuanto a dolor crónico suelen ser por cefaleas, lumbalgias, migrañas, dolor de espalda, hueso osteoarticular u oncológico y en menor medida dolores neuropáticos y fibromialgias.

Hay diferentes tipos de pacientes: incumplidores, porque el dolor persiste a pesar del tratamiento; automedicados, suelen ser pacientes mal informados; y polimeditados, pacientes que toman otros medicamentos y en algunos casos tratan problemas derivados del dolor como insomnio o la depresión.

Todos los tipos de dolor afectan a la vida laboral pero cabe destacar los pacientes con dolor oncológico que se quejan mucho de la falta de comprensión de la gente. En este sentido, la farmacia comunitaria actúa como filtro de estos pacientes.

Los farmacéuticos son una fuente de información de confianza y de consejo sobre salud y medicamentos; sin embargo, no pueden funcionar aislados y deben aceptar una responsabilidad común con todos los profesionales de la salud para servir a las metas de la comunidad y de la salud pública.

Es imprescindible recordar al paciente la importancia de completar el tratamiento en su totalidad, de tomar bien los medicamentos y de adoptar actitudes adecuadas frente a su dolor. Hay que resolver las dudas del paciente y cubrir la carencia de información con el objetivo de que el paciente adquiera un mayor compromiso con su terapia y optimizar los resultados del tratamiento. Los servicios que demanda la sociedad hoy en

día a la FC son múltiples (médicos, farmacéuticos, psicológicos, terapéuticos, etc.) derivado de la necesidad de orientación sanitaria, de un abordaje integral de su situación y de la importancia de una acción interdisciplinar, con el inconveniente de que ninguno de ellos remunerado.

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

En la farmacia comunitaria resulta sencillo para los pacientes adquirir tratamientos para el dolor agudo, ya que son pacientes que se automedican y que adquieren AINES y analgésicos sin receta, pero es en este caso donde la figura del farmacéutico/a comunitario se hace imprescindible aplicando sus conocimientos de atención farmacéutica, la herramienta más importante de la que dispone en la FC.

La atención farmacéutica consta de tres partes básicas de indicación, dispensación y seguimiento. En el dolor crónico el papel más importante que tiene el farmacéutico es ofrecer una buena información a la hora de dispensar el tratamiento que el médico receta al paciente para detectar si hubiera interacciones con otra medicación, comprobar las pautas de tratamiento o si su adherencia al mismo es correcta. De forma esquematizada el papel del farmacéutico se puede resumir en:

Garantizar una terapia y resultados adecuados

- Garantizar una farmacoterapia adecuada (análisis de medicación, ver PRM).
- Garantizar la comprensión/adherencia del paciente a su plan de seguimiento.
- Monitorización y notificación de resultados.
- Derivación a medidas alternativas como ayuda: fisioterapia, pilates, yoga, etc.

Dispensar medicamentos y dispositivos

- Procesar la prescripción o la orden médica, que es lo principal.
- Preparar el producto farmacéutico. Muy importante, sobre todo al nivel rural ahora que se le está dando más auge a la atención domiciliaria.
- Entregar la medicación o los dispositivos. Con el nuevo decreto de noviembre de 2011, se contempla que se haga desde la FC. Esta medida conlleva una mejor adherencia al tratamiento, que aumenta de un 20 a un 90%.

Promoción de la salud y prevención de la enfermedad

- Proporcionar servicios clínicos preventivos: formación en centros de trabajo y por sectores como el mar, campo, construcción, oficina.
- Vigilar y notificar problemas de salud pública.
- Promover el uso seguro de los medicamentos en la sociedad.
- Participar en actividades de investigación.
- Participación en la colaboración con otros agentes de salud.

Características de las consultas más frecuentes sobre dolor crónico

- Asociados a otras enfermedades tales como depresión o artrosis, más frecuente en el sexo femenino y edad avanzada.
- En algunos casos relacionados con el trabajo realizado por el paciente (incapacidad laboral). En muchas ocasiones, son pacientes incomprendidos por su entorno personal y profesional.
- Utilización de parches.
- Opinión sobre tratamiento analgésico combinado.
- Dosificación y aumento de dosis en analgésicos.
- Pauta a seguir (dosis, intervalo y duración de tratamiento).
- Poca efectividad: el paciente con dolor crónico es muy incumplidor porque normalmente el dolor no remite con lo que toma, se produce falta de efectividad y demanda un tratamiento analgésico añadido.
- Dosis máxima posible en un tratamiento pautado por su médico.
- Temor a los efectos secundarios e interacciones con otros tratamientos.
- Falta de confianza en los medicamentos genéricos.
- Problemas con los continuos cambios de tratamiento.

Cómo mejorar la continuidad asistencial

La continuidad asistencial mejorará aumentado la comunicación entre farmacias, entre farmacias comunitarias y AP y farmacias comunitarias y AE. Esta comunicación es más difícil en las ciudades que en el ámbito rural en el sentido de que el médico está menos próximo a las farmacias.

Destacar también la importancia de los farmacéuticos adjuntos, los cuales formados y supervisados por los titulares, juegan un papel muy importante en el desarrollo de la práctica farmacéutica.

Además, se deberían realizar guías de actuación consensuadas entre diferentes sociedades científicas y apoyadas si cabe por parte de las administraciones, con fácil acceso a las mismas; y mejorando el uso de la receta electrónica que permita una comunicación más directa entre la farmacia y el médico. Facilitar el acceso a la historia clínica y a la historia farmacoterapéutica, siempre con el consentimiento del paciente. Sería de gran importancia para lograr una mejor actuación asistencial más coordinada e integral.

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

- Información, educación y seguimiento de los pacientes con patología crónica del dolor. Se podría empezar con los dolores neuropáticos graves.
- No cambiando la forma y el color de las pastillas cada vez que las recoge.
- Tratamientos individualizados proporcionando información sobre su tratamiento farmacológico (por qué, cómo y cuándo tomarlo) más claros de entender que el prospecto, y la importancia para mejorar/controlar su patología concreta y, sobre todo, su calidad de vida. Atención domiciliaria.
- Preparación de dispositivos especiales para asegurar la eficacia del tratamiento (SPD), sobre todo en polimedicados.

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

Los farmacéuticos, en general, tienen una buena formación sanitaria debida en parte a la adquirida en la carrera, donde una de las principales asignaturas es la farmacología, y la otra parte adquirida a lo largo de su desarrollo profesional. Sería importante tener guías prácticas y protocolos consensuados entre profesionales expertos de diferentes sociedades médicas y farmacéuticas en las diferentes materias y que para la farmacia comunitaria fueran prácticas para su aplicación diaria. Además, se debería exigir mucha la formación conjunta entre médicos-farmacéuticos para que haya mejor entendimiento y coordinación.

Hacen falta protocolos y criterios de la Unidad de Dolor y conocer en profundidad otros factores en los que se pueda influir y de qué forma, desde la farmacia comunitaria, en el control del dolor.

Teniendo en cuenta todo lo anterior es indiscutible el papel del farmacéutico comunitario en el control del dolor. Por ello es necesario que el farmacéutico comunitario sea parte integrante de los protocolos de actuación y en los esquemas de actuación donde están integrados los demás agentes de salud.

Conclusiones

- Desde el punto de vista de la FC es necesario seguir avanzando en la formación de los farmacéuticos comunitarios sobre el dolor.
- Es muy necesario la participación conjunta en el cuidado del paciente respecto a este tema de todos los agentes de salud, incorporando al farmacéutico comunitario en todos los proyectos de formación, investigación, etc., que desde la Administración, la AP y la AE puedan surgir.
- En los tiempos que corren es necesario buscar estrategias de actuación que puedan poner en práctica la teoría de la atención farmacéutica desde la FC.
- Se sabe que existen muchos protocolos sobre el dolor, pero sería necesario que existiera uno consensuado con la FC, AP y AE para trabajar todos con una herramienta común por un mismo fin. Sin estos avances no se conseguirá nada.

PACIENTES

- **Dña. Ana Vázquez, en representación de la Confederación Española de Personas Afectadas por Reumatismos (CONFEPAR)**

Cómo afrontar el dolor para compatibilizarlos con la vida diaria

- Tratamientos farmacológicos: AINEs, paracetamol, inmunosupresores, tratamientos biológicos y corticoides.
- Tratamientos no farmacológicos: fisioterapia, entrenamiento físico adaptado y personalizado, entrenamiento en ayudas técnicas y ergonomía articular, apoyo psicológico.

Claves para vivir con el dolor crónico

- No esperar a que se pare el dolor para normalizar la vida.
- Buscar soluciones con sentido común.
- Se debe conocer cuándo y cómo se presenta el dolor, como forma de abordarlo.
- Se debe aceptar la realidad sin expectativas inalcanzables.
- El dolor se puede pasar o no con un medicamento.

- No hay que culpabilizar a los médicos.
- Priorizar sobre los objetivos de la vida.
- Adaptarse al dolor.
- No buscar culpables externos (médicos, familiares, compañeros de trabajo...). Solo lleva a la inseguridad sobre cómo ponerle fin y a pensar que la solución depende de los demás.

Necesidades del paciente con dolor crónico

- Tratamientos farmacológicos. Es muy importante tener en cuenta la edad y la actividad de ese paciente a la hora de administrarlo. No es lo mismo un niño, un joven o un anciano.
- Equipos multidisciplinares.
- Terapias encaminadas a disminuir el dolor.
- Utilización de medidas preventivas (fisioterapia adaptada, medidas preventivas en terapia ocupacional y, sobre todo, ergonomía articular).

Claves para el enfoque del dolor de las personas y profesionales que rodean al paciente

- Atención adecuada sin paternalismos.
- Destacar los aspectos importantes y descentralizar la vida del dolor.
- Mantener el ánimo y la voluntad de la persona afectada.
- Aceptar el ensayo error de los profesionales que rodean al paciente y del propio paciente.
- La enfermedad afecta a todas las áreas de la vida del paciente. Es muy importante resaltar este aspecto en la vida familiar y en la sexual y debería de abordarse porque muchas veces no se comprende por el otro lado.
- Cuidar la autoimagen aunque se sufra dolor. Muchas veces, sobre todo cuando hay brotes de la enfermedad, la persona se deja llevar por la situación y no se arregla.
- En enfermería se debería llevar el control del peso porque el dolor provoca sedentarismo y éste aumento de peso. Igualmente, la pérdida de peso también favorece la disminución del dolor.

Conclusiones

El paciente tiene el compromiso de participar activamente y en simbiosis con el sistema sanitario para la mejora de su calidad de vida.