

PAIN PROPOSAL

MADRID

ATENCIÓN PRIMARIA

- **Dra. Fátima Santolaya, representante de la Sociedad Española de Medicina General y de Familia (SEMG)**
- **Dr. Alejandro Tejedor, representante de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC)**
- **Dr. Juan Carlos Colmenarejo, representante de la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMergen)**

Papel del profesional de Atención Primaria

Atención Primaria (AP) presenta importantes ventajas para la atención del dolor crónico frente a otros niveles asistenciales. El médico de AP es la puerta de entrada y de salida del Sistema Nacional de Salud (SNS) y es quien tiene la perspectiva de la longitudinalidad de los problemas de salud del paciente y muy especialmente de las enfermedades crónicas y sus repercusiones en cuanto a morbilidad, discapacidad, pérdida de calidad de vida, etc. Prescribe el tratamiento al paciente, ajusta las dosis, controla el resultado y valora tanto los efectos beneficiosos esperables como la aparición de los posibles efectos secundarios.

Los médicos de AP disponen del conocimiento global sobre el paciente y sus tratamientos, por tanto, están en la mejor situación para controlar el dolor, su enfermedad de base y manejar los fármacos con el fin de que no se produzca interacción medicamentosa.

AP soporta la mayor parte de la carga de pacientes con dolor crónico. Según datos de la Sociedad Española del Dolor (SED), el 83% de los pacientes con dolor crónico se atiende en este nivel.

En muchos hospitales de la Comunidad Autónoma de Madrid (CAM), sobre todo en los nuevos, no existen Unidades de Tratamiento del Dolor (UTD) y los pacientes carecen,

por tanto, de acceso directo a éstas. Además queda una asignatura pendiente que es la formación del profesional en dolor.

Tipología de los casos más frecuentes en Atención Primaria

La artrosis es la causa más frecuente de dolor crónico en las consultas de AP (34%). Esta patología es la tercera causa de incapacidad temporal en España y supone un alto coste para el SNS. Otros motivos de consulta de dolor frecuente son radiculopatías, neuralgias postherpéticas, tumores, cefaleas y algias definidas.

El dolor crónico no es una entidad estática. Cada vez se definen más tipos de dolor (visceral, idiopático, mixto, irruptivo, etc.). El colectivo de AP subraya la importancia de diferenciar entre dolor crónico, agudo y oncológico para plantear una estrategia de tratamiento. En la actualidad, tanto el dolor crónico como el nociceptivo cuentan con un mayor grado de eficacia en los tratamientos empleados, mientras que esto no ocurre con los tratamientos utilizados en el dolor neuropático.

El problema surge con los otros tipos de dolor y sobre todo con las algias definidas, donde el paciente sufre dolor en varias localizaciones. Son pacientes que tienen una enfermedad de base y no mejoran con los tratamientos que se les administra.

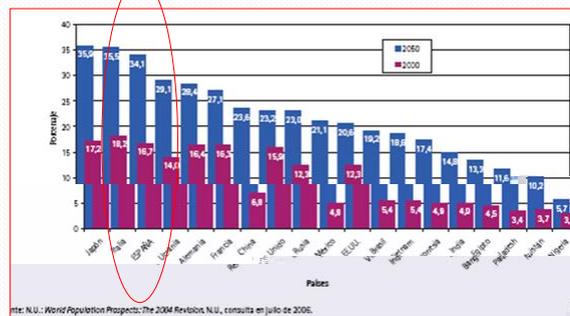
En la CAM no se dispone de datos de prevalencia regionales fiables y contrastados y se trabaja con los datos estatales o de carácter internacional, como los de la última encuesta europea.

Carga de la enfermedad crónica

Los representantes de AP señalan que para conocer la carga de la enfermedad del dolor crónico hay que situar el dolor en su contexto. Existe suficiente evidencia de que el envejecimiento se asocia a un aumento de las enfermedades crónicas y de las discapacidades. Ambos trastornos constituyen casi el 90% de la carga de enfermedad total en los mayores de 65 años (Organización Mundial de la Salud –OMS–, 2002). Según las proyecciones de población de Naciones Unidas para el año 2050, España será el tercer país más envejecido del mundo, con un 34% de población mayor de 65 años. Esto conlleva un aumento de enfermos crónicos y de personas con discapacidad.

**Enfermedades crónicas: Modelo de atención con visión de futuro.
Demografía, envejecimiento y enfermedades crónicas.**

La esperanza global de vida al nacer ha pasado de los 30 años en 1.700, a los 65 en el año 2.000, situándose en 76,63 y 83,36 años en varones y mujeres respectivamente en 2.002, y estimándose en los 80,89 y 86,92 años para el año 2030.



Según las proyecciones de población de Naciones Unidas para 2.050, **España será el tercer país más viejo del mundo, con un 34% de población mayor de 65 años en 2.050**, estando por delante Japón e Italia, con un 35,9 y un 35,5 respectivamente

Las personas mayores de 75 años consultan con mayor frecuencia al médico, presentan un índice más alto de comorbilidad y requieren más ingresos hospitalarios. El envejecimiento, por tanto, se perfila como el motor fundamental del aumento del gasto sanitario. Entre los años 2000 y 2050 se prevé un aumento medio del gasto sanitario público en Europa de un 25% (del 5,3% del año 2000 al 6,6% del año 2050).

Según este colectivo, el error de enfoque de los sistemas sanitarios actuales, en cuanto a las enfermedades crónicas se refiere, es que los recursos del gasto sanitario están orientados a sistemas asistenciales enfocados, principalmente, a intentar curar las enfermedades de carácter agudo y no a abordar de una forma eficiente y efectiva la cronicidad ante una sociedad que envejece. La pregunta formulada desde AP es si existe voluntad suficiente para el desarrollo de sistemas sociosanitarios cuya estrategia vaya dirigida al cuidado del paciente “cuidar” y no solo a la curación puntual “curar”. Estos nuevos sistemas deberían coordinar e implicar a todos los agentes sociosanitarios y de hecho ya existen distintos modelos desarrollados en otros países (Kaiser, Wagner, etc.).

Los representantes de AP coinciden en que para llevar a cabo un correcto abordaje del problema de la atención al dolor crónico, hay que adoptar conductas de trabajo multidisciplinares e interdisciplinares. Dichas conductas son necesarias para optimizar

la atención clínica y aspectos asociados (edad, polimedición, interacciones, contraindicaciones, perfiles de riesgo, etc.). Para ello hay que tener en cuenta que la educación para la salud es un compromiso de todos que incluye tanto a agentes sanitarios como no sanitarios y, por tanto, exige de políticas sanitarias encaminadas no solo a la curación, sino a la prevención mediante la educación en salud.

Herramientas de diagnóstico

Las dos herramientas fundamentales para el diagnóstico y el seguimiento del paciente con dolor crónico en AP son la anamnesis y la exploración física. De esta manera se analiza la espacialidad y la temporalidad, es decir, se exploran las cualidades del dolor como puedan ser la intensidad, los síntomas acompañantes, la influencia en actividades de vida cotidiana, etc.

En el primer nivel asistencial se usan poco las escalas de evaluación en la consulta debido principalmente a la falta de tiempo. Si se introdujeran dichas escalas o cuestionarios en la historia clínica informatizada (HCI) de AP se estimularía su utilización.

Teniendo en cuenta lo anterior, la escala que más se utiliza hoy para medir el dolor crónico en AP es la escala visual analógica (EVA). Mientras que para medir el dolor neuropático se usa normalmente el cuestionario DN4 que, igualmente, está poco extendido. Las radiografías y analíticas son otras herramientas de diagnóstico que los médicos de AP utilizan para confirmar el diagnóstico y poder posteriormente tratar el dolor crónico.

Calidad de vida

Los médicos de AP son conscientes de que parten de un sesgo para evaluar la calidad de vida de los pacientes con dolor; son conocedores de que no tratan el síntoma, sino una entidad y aquello en lo que deriva. Hay múltiples escalas para averiguar cómo se sienten los pacientes con dolor crónico. Un reciente estudio realizado en AP, “La percepción del beneficio clínico y calidad de vida en pacientes con artrosis de cadera y rodilla”, refleja cifras de puntuación del dolor medio bastante altas según la escala EVA, 60/100, puntuaciones medias que denotan importante deterioro con la escala WOMAC (específica de funcionalidad, rigidez y dolor) y baja percepción de calidad de vida según el cuestionario SF-12. La puntuación media en este cuestionario fue

especialmente preocupante si se la compara con la población general y concuerdan con hallazgos similares de otros estudios parecidos.

Los responsables de AP subrayan que el dolor crónico es uno de los síntomas con mayor efecto sobre el deterioro de la calidad de vida del paciente. La carga que supone el dolor genera a los individuos altos costes económicos, que además debe soportar la sociedad. Esto debería hacernos reflexionar sobre un análisis holístico para impulsar el proceso de toma de decisiones para la implantación de programas y estrategias inteligentes y efectivas que logren paliar esta situación.

Guías y protocolos clínicos

En AP existen muy pocas guías y protocolos clínicos de actuación. En la CAM se dispone de la Cartera de Servicios Estandarizada de AP con el Servicio de Cuidados Paliativos, que en el criterio número 3 de “Buena atención” hace una exploración del dolor y en el criterio número 6 trata la evolución del dolor en lo que concierne a cuidados paliativos.

También existe la *Guía de recomendaciones para el diagnóstico y tratamiento de la migraña en la práctica clínica*, fruto de un consenso entre las Sociedades de AP (SEMG-SEMFyC-SEMERGEN) con la Sociedad Española de Neurología.

Otras guías locales o de tipo puntual son:

- *Guía de actuación clínica en AP*. Dr. Andrés y Dr. Cerdá. Valencia.
- *Guía clínica de manejo de dolor en AP de la Unidad de Dolor*. Hospital Galdakao. Euskadi.
- *Guía para la valoración y tratamiento del dolor crónico en el anciano en el ámbito sociosanitario*. “Programa Yayo sin dolor”.

Papel del médico de AP en el abordaje del dolor

Para abordar el tratamiento del dolor en AP hay que superar barreras desde todos los frentes, desde la del paciente, del profesional, del sistema sanitario y la de las terapias. Según los representantes de este colectivo, el papel del médico de AP en el abordaje del dolor debe:

1. *Objetivar el dolor*

Es necesario objetivar el dolor crónico con su correspondiente historia clínica, diagnosticarlo y clasificarlo según el tipo de dolor. Para desarrollar esa tarea adecuadamente los representantes de AP señalan que hay que salvar varios condicionantes:

- Se debe conseguir una historia clínica adecuada que debería estar informatizada, con un formato sencillo y compartida por todos los profesionales involucrados tanto del centro de salud (médicos, enfermeras, trabajadores sociales) como del hospital. Se ha de avanzar en este aspecto porque es la pieza clave para saber qué se hace para luego poder evaluarlo.
- Las dificultades y gran heterogeneidad de acceso a las pruebas complementarias necesarias para el diagnóstico y seguimiento.
- Si el 83% de los pacientes se atiende en AP, parece poco comprensible que el acceso a las pruebas para alcanzar un diagnóstico concluyente sea tan complejo y esté tan mediatizado. Esta situación dispara los costes.
- La necesidad de información y formación en dolor.
- Se precisan programas de formación a los que el médico pueda acceder y que le permita mantener sus competencias y sus conocimientos.

2. *Evaluar el dolor*

Los representantes de AP no comprenden que, tanto médicos como enfermeras, apliquen múltiples escalas en otras patologías como el alcoholismo, el deterioro cognitivo y la diabetes, mientras que en la evaluación del dolor no se utiliza ni una vez al año una EVA o un cuestionario SF-12 para cuantificar y cualificar la evolución del paciente. Entre los condicionantes para medir el dolor crónico figuran la escasa cultura de utilización de las escalas de medida y de cuestionarios (EVA, WOMAC, SF-12, DN4, LANSS, etc.). Por otra parte, los médicos de AP no se pueden refugiar en la falta de tiempo en consulta para realizar estas evaluaciones, como excusa a no prestar una mejor atención en su ejercicio profesional.

Bajo su punto de vista, la enfermería ejerce un papel fundamental en la valoración del dolor crónico. Este colectivo está suficientemente sensibilizado para que se le dé apoyo y refuerzo a su implicación. Se propone una intervención más activa por

parte de enfermería ya que los pacientes tienen un buen nivel de confianza con este colectivo y, por tanto, podrían beneficiarse de ello los pacientes con dolor crónico. Lógicamente, si no se dispone de registros específicos se pierde el esperado beneficio de realizar estas valoraciones y así poder evaluar, medir y monitorizar el efecto beneficioso de las distintas intervenciones diagnóstico-terapéuticas realizadas en paciente con dolor crónico. Los cuestionarios que se apliquen deben de ser específicos, ágiles, adaptados a la realidad y con una determinada periodicidad.

3. Tratamiento del dolor

En AP el dolor crónico se aborda con intervenciones farmacológicas y no farmacológicas. Los condicionantes del médico más importantes son la formación y actualización en conocimientos relacionados. En España, y en la CAM, como en la mayoría de países, el dolor crónico se trata siguiendo la escalera analgésica de la OMS, con analgésicos menores, mayores y opioides principalmente. Para el correcto abordaje del tratamiento del dolor, con AINEs y opioides, el médico tiene que tener muy claro las equivalencias de los distintos fármacos del mismo grupo terapéutico, en especial de los opioides, las contraindicaciones y los perfiles de riesgo tanto cardiovasculares como gastrointestinales, sobre todo a la hora de atender a los pacientes polimedificados.

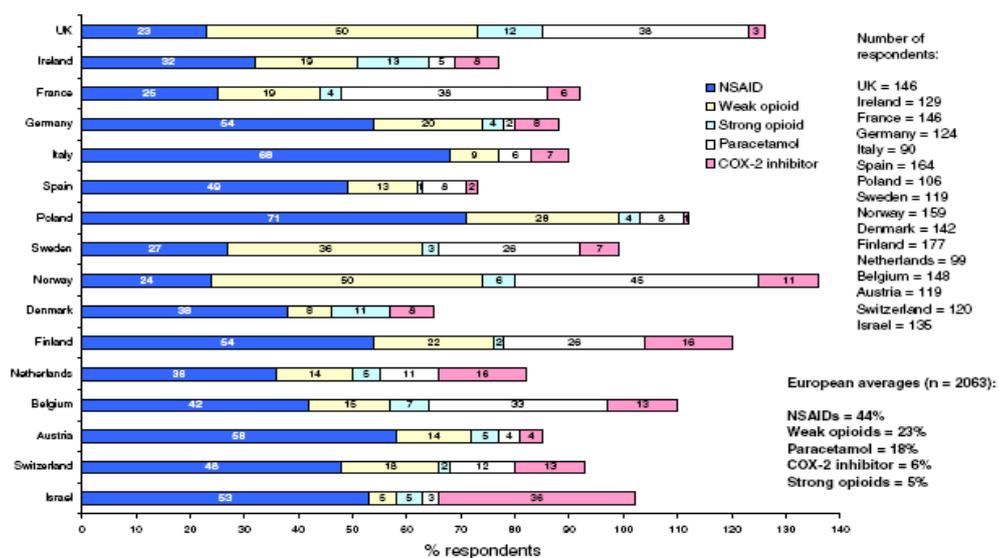


Fig. 22. Current use of prescription medicines in the 16 countries by respondents currently taking such medications. Answers to the structured interview question: "Which prescription pain medicines are you currently taking for the specific pain we have been discussing?".

Principios generales del tratamiento del dolor crónico

- Mejorar el dolor y la funcionalidad del paciente.
- Evaluar la intensidad del dolor.
- Valorar la respuesta al tratamiento.
- Priorizar la vía oral.
- Tipificar el tipo de dolor.
- Comenzar por el tratamiento más adecuado.
- Administración pautada, no a demanda.
- Evaluar los efectos secundarios.
- Reconocer y tratar el dolor irruptivo.
- Valorar la suspensión o retirada del tratamiento.

Abordaje integral

Para mejorar el tratamiento del dolor, según el colectivo de AP se deben tener en cuenta dos conceptos fundamentales: las cuestiones claves del tratamiento del dolor y los condicionantes del paciente. En definitiva, es necesario individualizar el tratamiento, obtener registros específicos en la historia clínica, monitorizar los resultados y detectar y prevenir de forma precoz los efectos adversos.

Otro de los problemas que emerge en AP con el manejo del dolor crónico es en lo relativo al flujo de información y de la comunicación con el paciente. Se habla de abordaje integral. Los representantes de AP se preguntan qué condicionantes existen y si hay posibilidades de desarrollar un abordaje biopsicosocial en el escenario actual con el tiempo y los recursos de los que se dispone.

Además del soporte sanitario y médico, el colectivo de AP sugiere el uso del soporte institucional sociosanitario para afrontar el dolor crónico. En cuanto a las técnicas de relajación y distracción, adquieren especial relevancia, ya que son complementarias a los tratamientos farmacoterapéuticos.

El paciente demanda el control del dolor, la mejora de la funcionalidad y el retraso de la progresión de la enfermedad. Dentro de sus expectativas el paciente espera obtener los efectos positivos del tratamiento, evitando posibles efectos secundarios e interacciones.

Las personas que tienen una enfermedad crónica valoran la accesibilidad, el respeto, la privacidad y la intimidad que les brinda su médico. Tanto la información que recibe del

profesional de AP como la comunicación bilateral que mantenga con éste son imprescindibles para una mayor implicación del paciente. Otros aspectos no menos importantes, pero de gran relevancia en el proceso del tratamiento, son la implicación de la familia y amigos, el apoyo emocional y una adecuada continuidad de los cuidados.

Cómo mejorar la adherencia a los tratamientos

Al contrario de lo que sucede con las enfermedades agudas, en las enfermedades crónicas se necesita una integración de cuidados. No se trata únicamente de emitir un diagnóstico y aplicar un tratamiento. Este proceso requiere de un soporte informativo sólido. Un paciente corresponsabilizado con los médicos de AP y colaborador requiere formar parte de una estrategia común. Para lograr la adhesión al tratamiento es fundamental reforzar la educación del paciente, las pautas de autocuidado, el cuidado compartido y el seguimiento continuado.

En cualquiera de los modelos de atención a las enfermedades crónicas (Kaiser, Wagner) se perfilan cuatro elementos clave para mejorar los resultados:

- Alfabetización sanitaria: según la OMS, se define como “las habilidades cognitivas y sociales que determinan la motivación y capacidad de los individuos para obtener acceso a entender y usar información de forma que fomente y mantenga la buena salud”.
- Educación al paciente.
- Mejora de la motivación.
- Labor de formación de enfermería.

Los estándares de calidad revisados recientemente en el Ministerio de Sanidad y en los que ha participado este colectivo indican que hay que cambiar el modo de actuar.

El paciente debe desempeñar un papel activo, es decir, que suministre información que será útil al profesional en el momento de la toma de decisiones y sea copartícipe de ellas. La confianza del paciente en el tratamiento es vital para que se produzca una correcta adherencia. Tener en cuenta las necesidades y expectativas del paciente ayuda a un correcto abordaje de la enfermedad. Por esta razón hay que mantener una comunicación bidireccional entre médico y paciente.

Entre las cuestiones más prácticas para mejorar el seguimiento del tratamiento del dolor, los representantes de AP abogan por:

- Ajustar la duración de los tratamientos y la dispensación de los mismos. Es preferible el uso de monodosis porque muchas veces el paciente acude cuando finaliza el envase y abandona el tratamiento durante unos días.
- Prestar atención a la bioapariencia de los medicamentos. Con la implantación del RDL 9/2011 muchos de los pacientes, sobre todo los ancianos, se confunden en la toma de sus medicamentos cuando se les cambia la forma o el color al que están habituados.
- Potenciar el papel de enfermería en el seguimiento del tratamiento. También se deben mejorar las instrucciones al paciente en la receta médica, ya que en muchas ocasiones se genera ambigüedad. La receta multiprescripción sería más fácil, pero ahora mismo tanto en OMI como en AP es fundamental que se les explique, actualice e imprima la hoja de medicación donde viene la relación de todos sus fármacos con los dibujos correspondientes a las dosis y tomas del desayuno, comida y cena.
- Mejorar y modificar el sistema de prescripción y dispensación de opiáceos. Con el modelo receta de estupefacientes que se utiliza en España es mucho más complicada su prescripción que en otros países de Europa. Esto produce un cierto rechazo a los trámites burocráticos cuando en realidad estos fármacos se deberían utilizar más.
- Aprovechar las tecnologías de la información y comunicación. Por ejemplo, con el envío de mensajes por teléfono móvil o un correo electrónico se puede incidir más sobre ello.

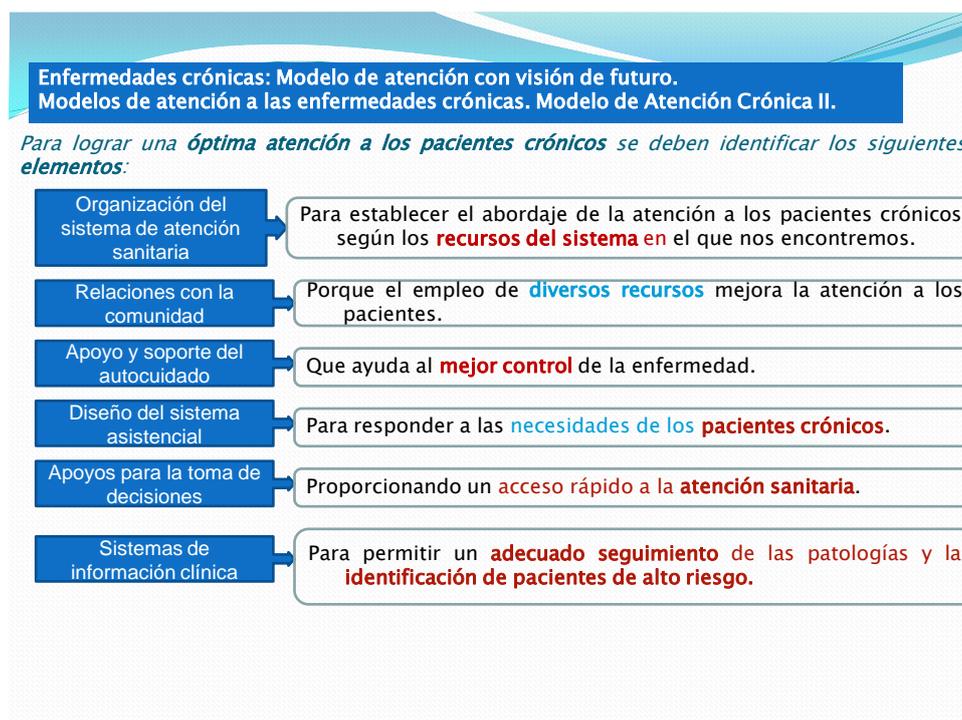
Mejorar la continuidad asistencial: Atención Primaria - Atención Especializada - Farmacia

Los protocolos de atención deben centrarse en el paciente y fomentar la coordinación entre los distintos especialistas, utilizando una única historia clínica compartida tanto por AP como por AE. También es necesario utilizar una fórmula que facilite la interrelación y coordinación de los distintos especialistas intrahospitalarios.

La CAM dispone de herramientas electrónicas muy potentes que no se aprovechan adecuadamente o sencillamente se desconoce su existencia. Así, por ejemplo, cualquier especialista en su centro, desde su visor Horus, tiene acceso a la historia

clínica de AP y a todas las pruebas clínicas complementarias. A su vez, los médicos de AP, a través de la historia, pueden acceder mediante el programa Horus a la mayoría de las pruebas complementarias realizadas al paciente. En los nuevos centros se tiene acceso a Seleni y también se puede ver la historia clínica del especialista. Se propone la difusión de “La Estrategia en Cuidados Paliativos” del Sistema Nacional de Salud y el Plan de Cuidados Paliativos de la Comunidad de Madrid.

Sería muy importante la creación de comités del dolor por Dirección Asistencial en Madrid. Y, además, se deberían integrar a todos los implicados en el manejo del dolor crónico (geriatras internistas, Unidad de Dolor, etc.) en los órganos de coordinación con AP.



Para lograr aportar novedades al sistema, el manejo del paciente crónico se debe desarrollar en un entorno de un proceso crónico con los elementos claves que le caracteriza:

- Organización.
- Relaciones con la comunidad.
- Apoyo y soporte del autocuidado.
- Diseño del sistema asistencial.

- Apoyo para la toma de decisiones.
- Sistemas de información clínica.

Necesidad de formación continuada en dolor

En AP existe una gran necesidad de formación. Entre las actividades de mayor interés figuran:

- Utilización de plataformas online.
- Potenciar el valor horizontal de la atención al dolor en la formación de residentes de medicina familiar y comunitaria.
- Acreditación de conocimientos adquiridos.
- Difusión de las iniciativas internacionales para el abordaje del dolor.
- Potenciar la creación de espacios específicos sobre el dolor en los congresos de sociedades científicas y en otros ámbitos.

Este apartado es fundamental al ser el dolor crónico una de las patologías más prevalentes en las consultas de AP.

Conclusiones

Expertos de distintas especialidades coinciden en que el dolor crónico es uno de los problemas de salud con mayores efectos negativos sobre la calidad de vida de la persona que lo padece y su entorno. La carga del dolor crónico, tanto para el individuo como para la sociedad, es importante y hay que tener una perspectiva estratégica que relacione efectividad, eficiencia y equidad para abordar este problema. En definitiva, el conocimiento es necesario, pero lo más importante es su aplicación.

Para aplicar este conocimiento desde la teoría a la realidad es necesario el planteamiento de estrategias que sean realmente efectivas y beneficiosas para paciente con dolor crónico.

Deben generarse consensos y líneas de actuación con objetivos comunes desde la inter y multidisciplinaridad de todos los agentes de salud implicados en el un abordaje integral y no fragmentario del paciente con dolor crónico.

ATENCIÓN ESPECIALIZADA

- **Dr. José Ramón González Escalada, representante de la Sociedad Española del Dolor (SED)**
- **Dra. Ana María Mañas, jefa del servicio de Oncología y Radioterapia del Hospital Universitario de la Paz**

El dolor, un problema de salud pública no resuelto

Se parte de la base de que el dolor es un problema importante de salud pública debido a su alta prevalencia, a la infravaloración a la que está sometido en el día a día y a que no se trata adecuadamente.

Hay una evidente falta de comunicación, en general, entre el paciente y el profesional sanitario. Tampoco se presta atención a la verbalización del dolor por parte del paciente y, además, hay un gran desconocimiento de las causas de la cronificación del mismo. Todos estos factores contribuyen a que el dolor se trate de una forma inadecuada.

Los analgésicos no se están utilizando adecuadamente y además existe un gran problema de seguridad con los tratamientos que condiciona mucho la efectividad de los mismos.

En relación a la adecuación de los tratamientos en dolor, es necesario resaltar la necesidad de realizar más estudios de incidencia y prevalencia, además de los correspondientes de coste efectividad. Con estos últimos se trataría de responder a la pregunta de cuál es el gasto real de las terapias que se emplean adecuadamente frente a las que se realizan inadecuadamente.

El dolor es un problema de salud pública NO RESUELTO (los datos)

- Prevalencia
 - Afecta al 19% de la población
 - Altera sueño (52%), depresión (48%), ansiedad (47%) ausencia al trabajo (32%).
 - Gasto ≈ al 2,3% del PIB
 - El tratamiento inadecuado del dolor produce 5.900 mll./€ cada año
- Es un problema infravalorado
 - 42% pacientes estiman que su dolor o queja dolorosa es infravalorado por su médico o su especialista
 - Solo un 70% de los médicos evalúan de alguna forma el dolor
- Se trata inadecuadamente
 - Reticencia de médicos (27%) y de pacientes (22%) a utilizar opioides
 - Solo un 2,4% de los pacientes con dolor se tratan con opioides
 - Un 69% de los pacientes con dolor se tratan con AINEs

Recursos asistenciales disponibles

Desde la AE cuestionan la adecuada asignación de recursos por parte de la Administración, ya que hay indicios de una planificación inadecuada. En este capítulo la información previa sobre la carga de enfermedad es necesaria para poder definir las necesidades asistenciales por grupo de población. Esta falta de datos es común tanto para la población tratada a nivel de AP como de AE.

Otro de los factores que dificulta el adecuado tratamiento del dolor de los pacientes reside en la falta de continuidad entre los diferentes niveles clínicos que, unido a que para el abordaje del dolor existe una gran disparidad de procedimientos dentro de la comunidad autónoma de Madrid, dificulta enormemente el correcto abordaje interdisciplinar del paciente. Esto eleva los costes sanitarios y crea insatisfacción en el tratamiento. Como ejemplos existen zonas que aun disponiendo de Unidades de Dolor, éstas son de difícil acceso para los pacientes. Hay áreas en las que el acceso a las mismas no está estipulado de manera homogénea. En definitiva, no existe una planificación ni una conveniencia en los recursos.

Unidad de Dolor

La Unidad de Dolor es una unidad multidisciplinar para el estudio y tratamiento del dolor. Se define como una organización de profesionales de la salud, de distinto grado y especialidad, que ofrece asistencia a los pacientes con dolor que necesitan atención especializada. Estas unidades deben cumplir los requisitos funcionales, estructurales y organizativos que garanticen a los pacientes condiciones de seguridad, calidad y eficiencia en su tratamiento.

Generalmente las unidades son unidisciplinarias, muchas de ellas cuentan con una enfermera y despacho a tiempo parcial. Esto conduce a que la atención de los enfermos es asimétrica. En muchas ocasiones, cuando el profesional se ausenta durante el periodo de vacaciones, los enfermos pierden la atención de continuidad. Ésta es la realidad de las Unidades de Dolor en España. Posiblemente sea el país de Europa que más unidades de dolor tenga, pero al mismo tiempo es probable que sea el país con menor planificación en las mismas.

Las unidades deben cumplir unos requisitos funcionales. Éstas tienen que dar respuesta necesariamente a los pacientes que, por la complejidad del dolor que sufren, han llegado hasta allí.

Según la SED, la atención prestada en las Unidades de Dolor españolas es bastante deficiente y asimétrica, en especial si se realiza una comparación entre las diferentes CCAA, lo cual difiere de la percepción general desde el punto de vista de la población general.

Dentro de los mismos hospitales hay unidades que no dan tratamiento ni disponen de técnicas para el paciente complejo, muchas veces se limitan a cambiar un tratamiento por otro. En resumen, esta disimetría produce una alteración y esto no es solo responsabilidad de los médicos, sino que también es responsabilidad de la Administración.

Unidades de Dolor en Madrid

- No existe un catálogo de Unidades.
- La mayoría no cumplen los estándares de calidad dictados por el Ministerio de Sanidad.

- Solo hay dos unidades multidisciplinarias (tipo III de la SED) en Madrid (una por cada tres millones de ciudadanos). La gran mayoría son de tipo II. Características:
 - Todas dependen de otro servicio (Anestesiología).
 - No tienen personal propio.
 - Disponen de escasos recursos de personal especializado. El personal de enfermería especializado de las unidades es imprescindible.
 - La dotación de material y de espacios es muy insuficiente.

¿Cómo mejorar la continuidad asistencial? Propuestas de mejora

- Marcar y cumplir con estándares de calidad:
 - Ampliar los derechos y garantías de los pacientes.
 - Mejorar la seguridad del paciente.
 - Mejorar todos los aspectos organizativos y de gestión.
 - Racionalizar la estructura y recursos materiales.
 - Ampliar los recursos humanos.
 - Mejorar la calidad asistencial.
 - Establecer criterios de seguimiento y revisión permanente de “Los estándares y recomendaciones de calidad y seguridad”.
- Plan del tratamiento del dolor: se debe gestionar un tratamiento que:
 - Garantice el derecho de todos los españoles por igual a recibir un tratamiento asistencial adecuado del dolor.
 - Desarrolle el tratamiento del dolor crónico tanto oncológico como no oncológico, del dolor agudo y del dolor pediátrico.
 - Abarque su desarrollo desde la AP y hasta y en coordinación con la hospitalaria. Se tiene que hacer de forma institucional, planificada e integral en la que se definan una serie de unidades que filtren de manera más adecuada al paciente antes de que éste se remita a la Unidad del Dolor correspondiente.

Este plan de atención al dolor puede aplicarse tanto a nivel nacional como autonómico porque son las comunidades autónomas las que tienen la

responsabilidad y los recursos para desarrollarlo. Un plan autonómico del tratamiento del dolor significaría un ahorro considerable para el sistema de salud.

Barreras al tratamiento del dolor en grandes hospitales

La representación de Atención Especializada apuesta por la comunicación directa entre Primaria y hospitalaria para el abordaje del dolor crónico. Los médicos deberían estar más sensibilizados con el problema del dolor, ya que es un síntoma común que refieren los pacientes y está estrechamente relacionado con la estancia hospitalaria. En la realidad, los grandes hospitales abarcan gran volumen de pacientes y de profesionales sanitarios, dando lugar a que las Unidades de Dolor se colapsen. Para apoyar esta situación en el Hospital de La Paz de Madrid se ha creado una Comisión de “Hospital sin dolor”.

El Hospital Universitario de La Paz lleva 47 años de actividad. Más que un hospital es considerado una ciudad sanitaria por su gran envergadura. Dispone de 1.309 camas, 45 quirófanos, nueve laboratorios y 30 salas de radiología, entre otros. Atiende anualmente casi a un millón de pacientes en consulta y diariamente a unas 45.000 personas. En él trabajan unos 7.000 empleados, 3.600 de ellos en enfermería en 134 unidades. De La Paz dependen seis centros de especialidades (José Marval, Alcobendas, Canto Blanco, Colmenar, Peña Grande y Fuencarral), Cruz Roja y atención al paciente.

En cuanto al funcionamiento del hospital, debido a su gran tamaño se produce el solapamiento de las funciones entre algunas unidades, mientras que en otras se generan carencias. El mismo problema puede verse abordado de diferente manera según desde dónde se trate. Es decir, para tratar el dolor desde la Unidad de Oncología, se suministran opioides desde el primer momento a los pacientes. Sin embargo, los geriatras tardan más tiempo en proponer el uso de estos medicamentos. Y por último, los reumatólogos prefieren aplicar terapias de rehabilitación. Esta situación refleja la heterogeneidad de conocimientos respecto a un mismo tema y también el grado de importancia que se le otorga al dolor, según desde qué perspectiva se trate. La formación y la información es cada vez más necesaria y los conocimientos deben ser más homogéneos.

¿Qué es y cómo funciona la comisión “Hospital sin dolor” del HULP?

La comisión “Hospital sin dolor” de La Paz se constituyó en octubre de 2009 como una necesidad para mejorar la formación y la atención de los pacientes con dolor, que no pueden ser atendidos en su totalidad por las Unidades de Dolor, saturadas y con falta de recursos.

Está integrada dentro la estructura de gestión de calidad del Hospital de La Paz. Entre sus obligaciones está la elaboración de una memoria anual, celebración de reuniones mensuales y elaboración y publicación de objetivos a corto, medio y largo plazo. Sus miembros se renuevan entre las candidaturas presentadas en el hospital cada dos años.

La Comisión está compuesta por 19 personas de distinta formación. Entre ellas hay tres enfermeras, una farmacéutica, un epidemiólogo y 16 médicos de 12 especialidades, en concreto las que más tratan dolor en el hospital. Con este equipo se han formado distintas subcomisiones que se responsabilizan de diferentes actividades, como elaboración de documentos informativos, estudios epidemiológicos, actividades educativas con acreditación del dolor, investigación y publicaciones, relaciones externas y captación y gestión de recursos para desarrollar los fines de la Comisión.

Lo más importante en esta Comisión no son los recursos, porque se hace de forma altruista después de la jornada laboral; sino las ilusiones, metas y el interés por parte de los que la forman.

Acciones “Hospital sin dolor”

Documentos informativos

Entre las acciones realizadas por el “Hospital sin dolor” destaca la elaboración y distribución de escalas para la valoración del dolor a nivel institucional. Como ejemplo está tanto la escala visual analógica EVA como la numérica y la escala LLANTO para pediatría (desarrollada y validada por esta Comisión).

Se han distribuido 7.000 escalas de evaluación del dolor por todo el hospital. Este proceso se ha podido llevar a cabo gracias a la acción conjunta del colectivo de enfermería, la realización de un curso de formación de formadores y la elaboración de otros cursos por parte de la Comisión.

Documentos informativos

ESCALA EVA INSTITUCIONAL

The top document is a pain scale with four faces (smiling, neutral, sad, crying) and a ruler. It includes the text: "Ningún dolor" (No pain), "El peor dolor posible" (The worst possible pain), and logos for Hospital Universitario La Paz and Comisión Hospital Sin Dolor.

The bottom document is a checklist with the title "Cada dolor tiene su historia, EVALÚALO" (Every pain has its story, EVALUATE IT). It includes logos for FUINSA, PLATAFORMA SinDOLOR, and a 10-year anniversary logo. The checklist items are:

- LLANTO (Crying)
- ACTITUD PSICOLÓGICA (Psychological attitude)
- NORMORRESPIRACIÓN (Normal respiration)
- TONO POSTURAL (Postural tone)
- BSERVACIÓN FACIAL (Facial observation)

7.000 escalas de evaluación del dolor distribuidas en todo el hospital

Fuente: Barbero R. Documentos informativos. AN Pediatr 2011; 74(1):10-14

También se han elaborado folletos informativos titulados “Trabajamos por un hospital sin dolor” que han sido distribuidos en el momento del ingreso de los pacientes al hospital, en la consulta, en los controles de enfermería y en las salas de espera.

En estos folletos se le informa a los pacientes de la importancia del dolor y el por qué se trabaja por un hospital sin dolor. Por otro lado, se insta a que si sufre dolor, que traslade a los profesionales sus características, su grado de aceptación, qué hace para solucionarlo y si el tratamiento que realiza es útil o no.

¿Le duele?

Cuéntenos su historia de dolor

El Hospital Universitario La Paz de Madrid, a través de su COMISIÓN HOSPITAL SIN DOLOR, quiere expresarles la importancia de valorar y transmitir el dolor a los profesionales sanitarios involucrados en su cuidado para que éstos puedan tratarlo de forma adecuada, favoreciendo su bienestar y mejorando así su calidad de vida.

EL DOLOR ES IMPORTANTE

El dolor no debe asumirse como una experiencia inevitable propia de una enfermedad. El dolor se debe prevenir y se puede aliviar.

En la actualidad existen múltiples tratamientos eficaces frente al dolor.

La Organización Mundial de la Salud y la Comisión Permanente de los Derechos Humanos reconoce el tratamiento del dolor como un derecho fundamental. **Por ello, no debe resignarse a vivir con dolor.**

VALORAMOS SU DOLOR

El **dolor** generalmente aparece como una advertencia o signo de alarma ante la existencia de una enfermedad o como respuesta a un daño sobre nuestro organismo.

La valoración que usted realice de su dolor orientará a los profesionales sanitarios responsables de su cuidado a encontrar un tratamiento individualizado contra el mismo y a evaluar si éste es efectivo.

Por esto es importante que exprese el dolor y que solicite a los profesionales sanitarios que le atienden que lo valoren.

CUÉNTENOS CÓMO ES SU DOLOR

El profesional sanitario necesita que usted le cuente todo sobre su dolor para poder tratarlo adecuadamente.

No olvide explicar:

El origen

Cuándo, cómo y por qué cree usted que empezó el dolor.

La localización

Dónde le duele, si es una zona determinada o si le es difícil explicar dónde le duele exactamente, si cambia de localización o se irradia.

La duración

Cuánto tiempo lleva con el dolor, si le había dolido antes en la misma zona y de la misma forma o si es de reciente aparición.

La intensidad

Cuánto le duele. Los profesionales sanitarios disponen de herramientas sencillas para medir la intensidad del dolor. Pida que le "midan" el dolor.

Escala de las caras



Escala numérica simple



Escala visual análoga



Escala verbal



Las características

Cuáles son las características del dolor: punzante, quemante, intermitente, si mejora con la postura o empeora con el movimiento.

El grado de afectación

Cómo afecta el dolor a su vida cotidiana y si perjudica su calidad de vida.

El tratamiento

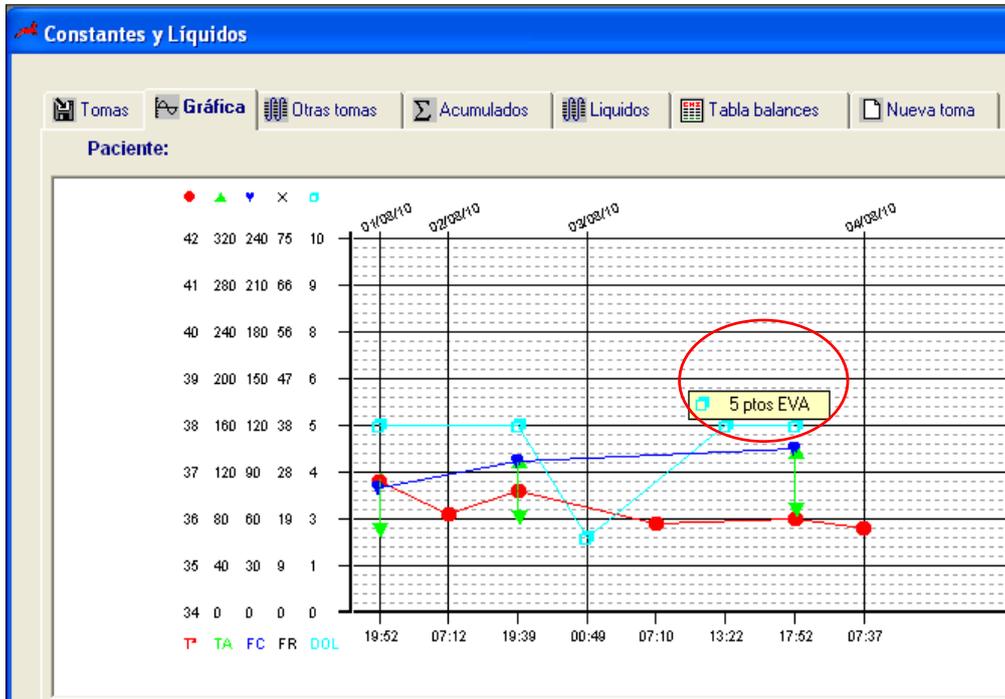
Qué medicamentos toma para el dolor y si le alivian o no. Es importante que detalle toda la medicación que usted toma para evitar contraindicaciones.

Hoja informativa del folleto informativo "Trabajamos por un hospital sin dolor"

Además de esta hoja informativa, se ha elaborado un decálogo de intenciones y se establece el compromiso de los profesionales involucrados en este proyecto. Dichos decálogos han sido distribuidos por todo el hospital.

Logros obtenidos

La Comisión de "Hospital sin dolor", junto con la "Unidad de calidad, diseño y desarrollo de sesiones informativas", decidió incluir el dolor como quinta constante en la escala EVA. Se modificaron las gráficas y todos los registros, tanto en GACELA, papel y registros informáticos.



Fuente: Documento procedente de los registros Gacela del hospital

Como resultados de estas acciones se ha producido una evolución en cuanto al registro del dolor en el hospital: en noviembre de 2009 solo se registraba el dolor en el 0,56% de los pacientes ingresados, en junio de 2010 el 69,92% y en enero de 2011 prácticamente casi todo el dolor (96,80%) estaba registrado.



Actividades educativas

- Sesiones interdepartamentales acreditadas.
- Talleres de dolor agudo (seis en 2010).
- Curso de dolor músculo-esquelético.
- Participación en congresos, sesiones y cursos de otros centros.
- Visitas de formación y rotaciones (profesionales propios y de otros centros).
- Sesiones informativas formativas (supervisoras).
- Contrato de un becario para control de calidad y acreditación de la Comisión según la norma ISO.

Por otro lado, se realizan dos sesiones interdepartamentales al mes. Ya se han realizado dos cursos de dolor músculo-esquelético y de pediatría y se ha asistido al simposium en la Federación Europea para el Estudio del Dolor (EFIC, por sus siglas en inglés) en Bruselas. Tanto los talleres como los cursos están acreditados. Todos los años se hacen proyectos “Hospital sin dolor” y “Dolor neuropático”. Se han publicados varios estudios sobre prevalencia de dolor neuropático en Unidades de Oncología Radioterápica, implantación de la calidad y medición de monodosis en colaboración con Farmacia. También se han editado manuales y el proyecto ha recibido tres premios, uno de ellos al de la mejor iniciativa del hospital.

Unidad del Dolor *versus* Comisión “Hospital sin dolor”

Una de las labores de la Unidad del Dolor es facilitar la concienciación y la colaboración de todos los profesionales en el proceso de alivio del dolor. Sin embargo, la sobrecarga asistencial hace que la actividad de la Unidad del Dolor se reduzca a la atención de un número limitado de pacientes. La Comisión “Hospital sin Dolor” está presente en todas las áreas del hospital. Los miembros de la Unidad del Dolor son un componente importante de la Comisión “Hospital sin Dolor”, pero hay muchos más especialistas que pueden hacer una labor de divulgación mayor.

Existen otros hospitales que tienen comisiones de hospital sin dolor, como por ejemplo el Hospital Infanta Sofía y la Cruz Roja. Lo ideal sería que todos los hospitales tuvieran comisiones de dolor, que se uniformaran todos los criterios, los protocolos y, sobre todo, los logros.

Conclusiones

- El alivio del dolor es un objetivo para todo el hospital.
- La Comisión “Hospital sin Dolor” se ha integrado formalmente en la estructura de gestión de la calidad en el Hospital Universitario La Paz.
- Esta metodología de trabajo puede implementarse en otras instituciones y áreas.
- El apoyo institucional es fundamental para el éxito de la Comisión.

ENFERMERÍA

- **Dña. Manuela Monleón Just, representante de la Sociedad de Enfermería Madrileña de Atención Primaria (SEMAP)**

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

Una de las razones por las que en enfermería no se conoce el dolor en la dimensión que debería conocerse es que hasta el momento, en la diplomatura universitaria la formación en dolor, ha sido escasa. Únicamente ha sido impartida en la asignatura de farmacología. En la actualidad, con la implantación del Plan Bolonia, enfermería se ha convertido en grado y se potencia más la formación en dolor.

En muchas ocasiones, la escasez de conocimientos al respecto mantiene en la población ideas erróneas sobre el dolor, como “a cierta edad es normal que duela” o el “miedo” existente al uso de opioides.

Atención multidimensional

Desde el colectivo de enfermería se ofrece una atención multidimensional al paciente. La enfermería en AP siempre se ha relacionado con la administración de fármacos analgésicos y en realidad tiene una dimensión más humana sobre el enfermo. Son muchas las acciones que ejercen las enfermeras, entre ellas, el cuidado del paciente a nivel físico (invalidez, sensación dolorosa...), psíquico (tristeza, depresión...), social (gasto económico, bajas laborales, familia...) e incluso espiritual (sentido de la vida que le da al enfermo a vivir con dolor...).

Intervención

La enfermera es un eslabón importante en la detección y seguimiento del dolor debido al trato directo que mantiene con los pacientes y al trabajo en equipo con los médicos y otros profesionales. En este sentido, educa al enfermo en su autocuidado. Dentro de las acciones ejercidas por enfermería, la responsable del colectivo destaca:

- La educación de medidas higiénico-dietética-posturales.
- El manejo de la medicación, la automedicación, cómo se utilizan los rescates, detectan reacciones adversas...
- Se encargan de los cuidados de catéteres y vías de administración.
- Enseñan a los pacientes terapia de ejercicios y fisioterapia básica.
- Además de educación en las terapias farmacológicas, atienden y forman al paciente en terapias no farmacológicas como relajación, meditación, entretenimiento y distracción.
- Se utiliza la educación individual pero también la EpS grupal.

En cuanto a las escalas de evaluación del dolor, en términos generales el colectivo de enfermería no las utiliza en AP. Al realizar un informe, ni médicos ni enfermeras las aplican. Las enfermeras desconocen la tipología, a lo sumo se añade si hay o no dolor. En el caso de que se incluya esta valoración en los protocolos de actuación tendrá que ser de fácil manejo y aportar información sobre calidad de vida o utilizar por lo menos la escala EVA.

Guías y protocolos clínicos

A nivel comunitario no existeninguna guía. Lo único que hay es el *Protocolo de Cuidados Paliativos* que puede servir como guía pero de uso práctico. Para el paciente con dolor crónico en AP no existe ninguna guía.

Hay un consenso sobre la necesidad de elaborar estas guías porque sistematizan las intervenciones, aumentan la tranquilidad en el trabajo diario del profesional y evitan errores, aumentando así la calidad de los resultados.

Papel de enfermería en la derivación Atención Primaria - Atención Especializada

- Enfermería aprovecha la herramienta de gestión de casos en la derivación del paciente de AP a AE. En este sentido, asesora al paciente en cómo manejarse

en la institución y facilita el flujo entre niveles asistenciales para evitar demoras excesivas.

- Informe de enfermería al alta y comunicarse con el paciente. El enfermo crónico acude con frecuencia a la consulta, el médico no siempre puede atenderle y queda el paciente desatendido. Si se potencia al colectivo de enfermería como gestor de esos casos, se mejoraría el manejo del dolor.

Conclusiones

- Es necesario trabajar en coordinación con los demás profesionales que atienden al enfermo crónico.
- Hay escasez de formación en dolor.
- Necesidad de elaboración de guías y protocolos que orienten al profesional sanitario y al paciente en el abordaje del dolor.

FARMACIA COMUNITARIA

- **D Pilar Méndez Mora-Figueroa, representante de la Sociedad Española de Farmacia Comunitaria (SEFAC)**

Tipología de los casos más frecuentes

Existen distintos tipos de dolor, pero atendiendo a la duración, que es lo más importante, en la farmacia comunitaria (FC) se distingue entre dolor agudo y dolor crónico. El dolor agudo es un síntoma de origen conocido producido por un daño tisular y es una señal de alarma que protege al organismo de ser dañado o destruido completamente. Tiene una corta duración y generalmente desaparece con la curación del proceso que lo ocasiona. Sin embargo, el dolor crónico se convierte de síntoma a enfermedad desde el momento en que dura más de tres o seis meses. Muchas veces persiste aunque la lesión que lo ha causado haya desaparecido, produciendo además del dolor otras manifestaciones clínicas como ansiedad, depresión, alteraciones en el comportamiento del paciente y del sueño.

En EEUU se calcula que del 15 al 20% de la población sufre dolor agudo cada año y que del 25 al 30% de todos los estadounidenses sufren dolor crónico. En Europa se ha

observado una prevalencia del 19% (el 18% en España), según un estudio de prevalencia y calidad de vida de Breivik H et ál, de 2006.

Datos extrapolados de estudios europeos, reportados por la Federación Europea de la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor, estiman que el impacto económico del dolor en la UE es de 34 billones de euros anuales y cada afectado pierde dos semanas laborables al año. En España, el estudio Pandhora, que se ha realizado exclusivamente en las Unidades de Dolor, revela los siguientes datos: la edad media de los pacientes que acuden a éstas es de 60 años (66% mujeres), un 30% de los pacientes que refieren dolor crónico viven solos y el dolor más frecuente es el crónico no oncológico músculo-esquelético (86,9%).

El estudio español ITACA realizado en 100 Unidades de Dolor, con unos 900 pacientes con dolor crónico no oncológico, revela que el dolor crónico producido por la lumbalgia es el más frecuente en estas unidades (52,92%), seguido de la osteoartritis (33,96%) y la artrosis (30,65%). La mayor parte de ellos en mujeres, con sobrepeso y que viven en zonas urbanas.

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

La farmacia comunitaria (FC) es la puerta de acceso al sistema sanitario por la cercanía y accesibilidad de los pacientes. En España hay 21.000 farmacias comunitarias.

La primera labor del farmacéutico ante un paciente que entra a la FC demandando un fármaco sin prescripción médica es identificar el problema. Debe conocer qué le duele, cómo, desde cuándo y cuánto le duele. Así, puede aconsejar hábitos de vida saludable, dispensar aquellos medicamentos que la ley permite dispensar sin receta, hacer seguimiento farmacoterapéutico (SFT) o derivar al médico.

En el caso de que el paciente presente una receta médica, el farmacéutico comunitario debe obtener información del paciente en cuanto a comprobar si conoce para qué es el medicamento que le ha prescrito el médico, cuánto, cuándo y cómo se lo tiene que tomar; cómo le va o si le han cambiado algo en el caso de estar ya utilizando el tratamiento solicitado, porque ahí reside la importancia del cumplimiento terapéutico.

La administración del medicamento debe ser reglada y pautada en todas las enfermedades, pero en concreto en los casos de dolor crónico porque es necesario que los pacientes mantengan los niveles plasmáticos estables que le garanticen un adecuado control de éste.

El farmacéutico comunitario debe transmitir al paciente que el medicamento es un bien sanitario y no de consumo y que si se lo toma siguiendo las indicaciones del médico se encontrará mejor. El paciente, además, debe participar activamente en las decisiones terapéuticas y corresponsabilizarse con ellas.

Cada vez hay más farmacéuticos comunitarios que utilizan escalas de medición de dolor. Sería conveniente, según la responsable del colectivo farmacéutico, que se utilizaran las mismas que usan en AP. Así, en caso de que se observe alguna variación, se puede informar al médico, quien, a su vez, ha evaluado con las mismas herramientas.

La FC ofrece seguimiento farmacoterapéutico individualizado para poder detectar problemas relacionados con la medicación y sospechar la presencia de un resultado negativo de la medicación, pudiendo derivar al paciente al médico en caso necesario.

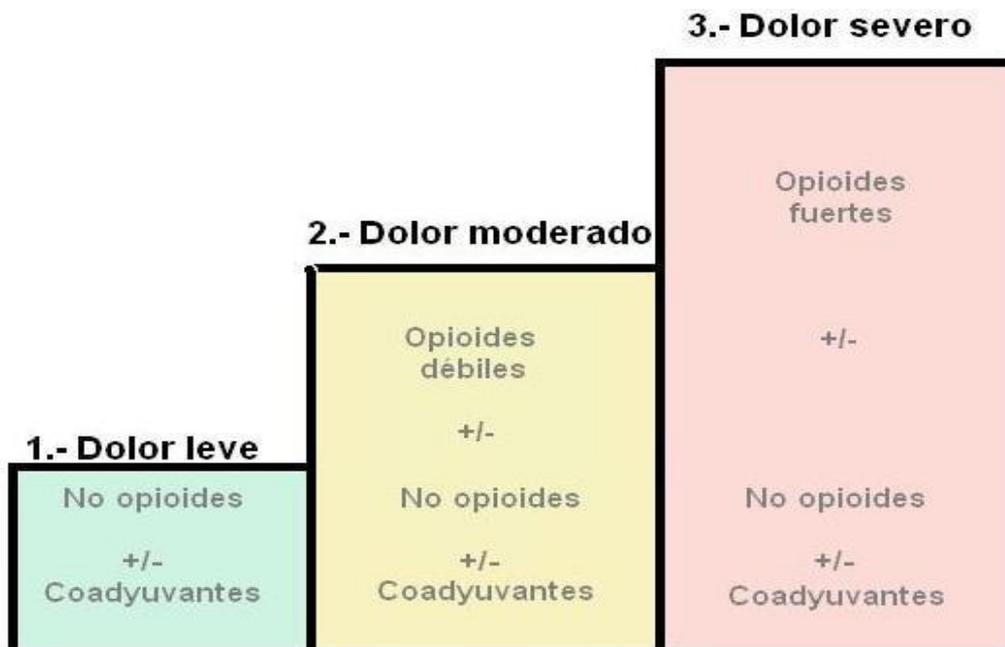
El farmacéutico ha de supervisar el establecimiento de medidas o medicación coadyuvante en los pacientes que están con opioides como protectores gástricos, antieméticos, laxantes. Debe informar sobre situaciones de riesgo, como conducción de vehículos o manipulación de máquinas peligrosas, a aquellos pacientes que tomen medicamentos estimulantes con el fin de que se tomen las medidas de prevención adecuadas. También es muy importante facilitar información sobre los productos milagro que tanto se demandan en la farmacia y de todo lo que aparece en los medios de comunicación.

Características de las consultas más frecuentes sobre dolor crónico

- Falta de efectividad del tratamiento: muchas veces el paciente espera un alivio rápido y completo del dolor. Si no lo consiguen, abandonan el tratamiento. Incumplimiento.
- Automedicación: estos comportamientos conllevan riesgos de:
 - Efectos secundarios.
 - Duplicidades.
- Miedo a la dependencia o adicción: ¿No me engancharé al medicamento de por vida? Este temor provoca incumplimiento terapéutico.
- Estado emocional depresivo.
- Impacto sobre la calidad de vida de los pacientes: relaciones personales, familiares, laborales. Puede producir abandono.

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

- Reconocimiento del farmacéutico comunitario como profesional sanitario experto en medicamentos y, como tal, puede ayudar a optimizar la utilización de la escalera de analgesia de la OMS. Muchas veces acuden pacientes con dos analgésicos pertenecientes al mismo escalón. Es sabido que no suman los efectos analgésicos, pero sí los efectos secundarios. En este apartado se podría trabajar en mejorar la coordinación entre los distintos niveles.



Fuente: OMS, 2008

- Elaboración y desarrollo de guías y protocolos de consenso con la participación de los tres niveles de actuación sanitaria (AP, AE y Farmacia).
- Uso de misma base de datos: los médicos trabajan con la base OMI, mientras que los farmacéuticos con la base del Consejo de Medicamentos. A veces llegan recetas a la FC con medicamentos que no están comercializados y hay que derivar al paciente al médico otra vez. Por otra parte, la dispensación de medicamentos genéricos con envases y comprimidos de formas y colores diferentes confunde y angustia a los pacientes. Como consecuencia de esto, muchos incumplen el tratamiento.

- Compartir la información farmacoterapéutica de la historia clínica del paciente (LOPD): muchas veces el paciente acude a la farmacia con medicamentos que ya le han retirado.
- Mayor comunicación, especialmente entre los niveles de AP y FC: para mejorar la coordinación es necesario compartir información sobre el tratamiento.

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

- Motivación del paciente: un paciente motivado y seguro, si conoce su patología y los medicamentos, asegura la adherencia.
- Responsabilidad: participación activa del paciente en las decisiones terapéuticas y co-responsabilizarse con ellas.
- Comunicación: muchas veces es el cuidador en vez del enfermo el que acude a la farmacia comunitaria, por ello es importante entrevistar al cuidador para saber qué le ocurre, sobre todo en el caso de mayores polimedicados.
- Confianza en el tratamiento farmacológico: es importante que el paciente tenga confianza en el tratamiento prescrito por el médico y que no tema a los efectos secundarios. Debe estar informado y, por ejemplo, no desprestigiar el uso de opiáceos. En muchas ocasiones se relaciona el uso de estos medicamentos con pacientes terminales u oncológicos por falta de información.
- Sistematización: mayor número de sistemas de dispensación personalizados (SPD) con la consiguiente mejora del cumplimiento.
- Ayudar a superar barreras de:
 - Los pacientes: tienen dificultad para evaluar su dolor. Además, experimentan episodios de ansiedad, agotamiento y en algunos casos limitación de la movilidad.
 - Los profesionales de la salud: denuncian la falta de herramientas y de tiempo para evaluar el dolor. Existe infratratamiento y excesiva regulación de los medicamentos de dispensación controlada.
 - El sistema de salud: requiere de aumento de recursos que permitan disminuir las listas de espera en AP. Las Unidades de Dolor existentes son de difícil acceso. En muchas ocasiones los pacientes acuden a la FC para que se les adelante la medicación. El farmacéutico se ve obligado a suministrárselo, de lo contrario el paciente no puede continuar con el

tratamiento. Incapacidad de derivar al paciente a tratamientos no farmacológicos (fisioterapia, psicólogo...).

Necesidad de formación continuada

- El farmacéutico es un profesional bien formado, aunque gran parte de esta formación la realiza por iniciativa propia.
- Se debería hacer una formación conjunta (médico-farmacéutico). Esto facilitaría la comprensión de medidas utilizadas por ambos profesionales.
- Se necesita formación para el conocimiento de protocolos de consenso, guías farmacológicas en vigor y colaboración interprofesional.
- Participación en la elaboración de nuevos protocolos y guías de actuación conjunta entre AP, AE y Farmacia.
- Formación básica en fármaco-economía de la salud (análisis coste-eficacia y coste-efectividad).

GESTIÓN REGIONAL

- **Dra. Ana Miquel, gerente adjunto de planificación y calidad de la Gerencia de Atención Primaria de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid**
- **Dr. Alberto Pardo, subdirector de Calidad de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid**

Introducción

El dolor es una de las causas más frecuentes de consulta en nuestro país, teniendo un alto coste económico, social y laboral. Su abordaje debe ser multidisciplinar, afectando a la gran mayoría de especialidades y procesos, así como a los diferentes niveles de asistencia.

En este sentido, se han desarrollado diversas actuaciones en los últimos años y como ejemplo se pueden citar las actuaciones desarrolladas por los centros, como el Hospital de La Paz que ha puesto en marcha una comisión multidisciplinar o un decálogo, dentro de su estrategia de hospital sin dolor o las referidas a la formación de los

profesionales. En este último caso, desde el año 2006 al año 2011 se han desarrollado unos 180 cursos, con más de 2.000 horas de formación y más de 4.000 participantes.

En este escenario actual, la atención adecuada del dolor es un objetivo institucional del Servicio Madrileño de Salud. A continuación se va a repasar brevemente la situación y las actuaciones que se están desarrollando tanto a nivel de AP como en los centros hospitalarios.

La cartera de servicios de Atención Primaria

Los representantes de la gestión regional aclaran el concepto de cartera de servicios y algunas características de éstas con respecto a la AP en el Servicio Madrileño de Salud. La definen como el conjunto de servicios que el SNS dice que AP, o los hospitales, deben facilitar a los ciudadanos. Dentro de esos servicios hay una serie que se han convertido en preferentes en la AP y que en Madrid se han protocolizado y constituyen la cartera de servicios estandarizados de AP. Esto significa que se ha decidido qué hay que hacer para que el paciente sea atendido con la debida atención de calidad. Después se evalúa para que se puedan establecer mejoras.

En concreto, la cartera de servicios estandarizados de AP incluye los servicios de fisioterapia y de atención en cuidados paliativos y, además, considera la detección del sedentarismo o la promoción del ejercicio físico en varios de sus servicios preventivos, tanto del niño como del adulto.

Atención Especializada

A nivel de nuestros centros hospitalarios, y además del conocimiento e implicación de sus profesionales, las actuaciones se pueden centrar en los siguientes aspectos: evaluar y medir el dolor que sufren los pacientes, implantar protocolos de actuación para disminuir la variabilidad y establecer unidades específicas para la atención a los pacientes con dolor.

En relación con la medición, se ha incluido una pregunta, sobre el grado de dolor que habían tenido los pacientes ingresados durante su estancia en el centro, en la encuesta anual de calidad percibida. Sus resultados a nivel global han sido los siguientes: el 23,5% de los pacientes ingresados no habían tenido dolor, un 20% manifestaron tener dolor leve (1-2-3), un 40% moderado (4-5-6-7) y un 15% intenso (8-9-10), situándose en 3,9 el valor promedio (escala de 0 a 10).

Además, entre los objetivos institucionales del año 2011 se incluyó la implantación, en al menos dos servicios/unidades, de escalas de valoración del dolor. Como resultado de esta actuación, el 97% de los centros han cumplido el objetivo, con un total de 276 unidades que utilizan las escalas y una media de nueve por centro, señalando que en varios de ellos ya se utiliza en el 100% de las unidades/servicios.

En cuanto a la utilización de protocolos, se realizó una evaluación de los 16 hospitales pertenecientes a los grupos 2 y 3 (medianos y grandes) y como resultado casi el 60% de los centros tenía un protocolo actualizado, aprobado y con alguna evidencia de implantación sobre la atención al dolor. Además, en el año 2012 se ha incluido como protocolo prioritario, dentro de los objetivos institucionales, el protocolo de manejo del paciente con dolor.

Por último, sobre las unidades específicas para el tratamiento del dolor, aproximadamente el 50% de los centros hospitalarios tienen unidades y, en concreto, todos los grandes hospitales (ocho) las tienen constituidas. De estas unidades, aproximadamente un 70% atienden a pacientes con dolor agudo y dolor crónico, así como a pacientes ambulatorios.

En esta misma línea de actuaciones organizativas, pero centradas en el conjunto de pacientes ingresados y atendidos en el hospital, se ha incluido una nueva actuación institucional para el año 2012, al establecer como objetivo para todos los hospitales la puesta en marcha de comités de atención al dolor.

Su objetivo es mejorar la atención a los pacientes con dolor y para ello se ha recomendado su creación estableciendo integrantes obligatorios y, por tanto, de mínimos y dejando que cada centro pueda agregar los profesionales que considere necesarios para optimizar sus trabajos. En concreto, los componentes mínimos incluyen: un representante del equipo directivo, de la unidad de calidad, de las áreas asistenciales relacionadas con el dolor (anestesia, cirugía, oncología, paliativos, etc.), de la unidad responsable del tratamiento del dolor, así como de continuidad asistencial.

Además, se recomienda incluir a profesionales con liderazgo en el centro o con conocimiento de áreas críticas de atención al dolor, teniendo en cuenta que en cada reunión el número de personas que se convoque no sea excesivo.

Sus funciones serán, entre otras, las siguientes:

- Proponer el desarrollo de actuaciones para mejorar la sensibilización de profesionales y pacientes.
- Promover la medición del dolor en las diferentes unidades asistenciales del hospital.
- Impulsar la realización o la inclusión de los aspectos relacionados con el dolor en procesos, guías, vías o protocolos del centro.
- Realizar acciones de comunicación y participar en la formación y difusión de la atención al dolor.
- Supervisar la implantación de las acciones de mejora puestas en marcha en el centro.

Pacientes hiperfrecuentadores

En el año 2008-2009 se hizo un estudio en el que se registraron los pacientes que acuden a las consultas de AP de Madrid, con una frecuencia mayor a doce veces por año. Posteriormente se hizo una clasificación por edades. Los datos extraídos reflejaron que:

- El 94,2% de los pacientes que acuden a las consultas de entre 15 y 64 años, más de doce veces al año sufren alguna patología crónica. Por lo tanto, de estos datos se puede inferir que la patología crónica es la que provoca que los pacientes visiten sistemáticamente las consultas de la Comunidad.
- Entre los 30 procesos más frecuentes en AP, cinco corresponden a dolor crónico. La artrosis ocupa el tercer lugar, pero también aparece la lumbalgia y otros procesos osteoarticulares como el dolor de hombro.
- Entre los fármacos que consumen estos pacientes, en primer lugar aparecían los analgésicos, que son administrados al 70% de los pacientes. A ello se suma que aproximadamente el 5% del gasto farmacéutico que se consume en medicamentos corresponden al apartado de analgésicos, antiepilépticos y antimigrañosos. Todos ellos, utilizados en dolor crónico.

Lo que se puede aprovechar y mejorar

- Protocolos clínicos: los protocolos que existían de las antiguas áreas eran específicos de una patología. Por ejemplo, en el área VIII hay un protocolo sobre el proceso osteoarticular; sin embargo, no existe sobre el dolor crónico.

Además, hay muy pocos proyectos de investigación dirigidos al dolor crónico que no sean estudios farmacológicos.

Los protocolos clínicos existentes son:

- “Procesos de patología osteoarticular”. Extinta área 8.
 - “Protocolo dolor osteoarticular”. Extinta área 9.
 - “Protocolo dolor facial”. Extinta área 9.
 - “Protocolo abordaje túnel carpiano”. Extinta área 9.
 - “Protocolo dolor lumbar. Extinta área 10.
 - “Protocolo cervialgias”. Extinta área 10.
 - “Protocolo de técnicas de tratamiento de unidades de fisioterapia”.
- Actividades formativas:
 - Cursos presenciales que se imparten por la Agencia Laín Entralgo:
 - ✓ Actualización en tratamiento de dolor agudo y crónico.
 - ✓ Atención integral al paciente paliativo.
 - Cursos online de dolor agudo y dolor crónico:
 - ✓ Actualización en tratamiento del dolor agudo y crónico.
 - Historia clínica informatizada:
 - Estructura por episodios clínicos donde se registran todas las acciones relacionadas con esa patología.
 - Hoja de medicación que el profesional puede imprimir siempre y que la buena práctica hace que se utilicen cada vez más.
 - Facilita el abordaje integral en planes de cuidados/incorporación de taxonomías internacionales.
 - Fácil adaptación.
 - Integración de protocolos clínicos.
 - Receta electrónica. Se prevé que para el año 2013 esté totalmente extendida. Dispone de una serie de módulos de prescripción y otra serie de módulos de dispensación. Dentro de los primeros, se produce la integración con los terminales del farmacéutico. Teóricamente se puede acceder a la hoja de medicación activa y también existe la posibilidad de establecer un

sistema de comunicación y de alertas con el médico prescriptor. Actualmente está en fase de diseño para una “futura” implantación.

- Integración de la misma con AE a través de Visor Horus.

- Plan de cuidados paliativos: se toma como referencia la Estrategia Nacional de Cuidados Paliativos, de la cual derivan un plan de cuidados paliativos y guías clínicas. También se ha construido una estructura organizativa con recursos para asegurar la organización paliativa de calidad. Además, en la historia clínica informatizada se están incluyendo protocolos de registro que permiten aplicar esas guías en el registro diario.

Análisis de situación

La distribución de los pacientes con dolor crónico se realiza en términos de recursos y ésta situación no siempre coincide con las necesidades del paciente.

Existen pacientes pluripatológicos con dolor que no llegan a ser tratados adecuadamente por la institución sanitaria. Pueden quedar atrapados en AP o bien en AE sin llegar a ser tratados, como necesitan, en una Unidad del Dolor.

Probablemente la solución para estos pacientes radique en conseguir que los niveles mencionados anteriormente coincidan. No solo se debe tener en cuenta la perspectiva de la gestión, en la que según el protocolo de derivación se establece que un paciente atendido en AP genera menor coste que uno atendido en el hospital, sino que el paciente debe ser tratado de la manera más adecuada.

En la realidad no hay una derivación única de AP a la atención del dolor, sino que hay una derivación de AP a múltiples especialistas. Entre el nivel asistencial de AP y la Unidad de Dolor no existe un flujo bidireccional de derivación. Es desde otros niveles de AE desde donde se deriva a las Unidades del Dolor.

En el momento de tratar al paciente hay que enfocarse en el dolor para analizar qué se puede hacer y cómo se debe actuar en cada momento.

El paciente, a lo largo del tiempo, ha adquirido autonomía en sus decisiones, sin embargo requiere de bastante más información y formación. En la actualidad están disponibles diversas tecnologías de la información que ayudan al mantenimiento de un tratamiento adecuado y disminuyen la frecuencia de las consultas.

Propuestas de futuro

- Necesidad de elaboración de una estrategia de abordaje del dolor que dé una visión global e integrada.
- Establecer el proceso de atención del dolor.
- Incluir en los planes de estudio la formación en dolor, ya que en la actualidad se limita a la asignatura de farmacológica del dolor. También se debe extender la formación a los residentes y especialistas, como ha ocurrido en el caso de cuidados paliativos.
- Establecer protocolos y guías a aplicar en toda la comunidad.
- Aprovechamiento de las nuevas tecnologías y otras herramientas para potenciar la integración de protocolos, escalas y guías clínicas.
- Promover la autonomía y la corresponsabilidad del paciente dotándole de información y herramientas.
- Potenciar la formación continuada en dolor.
- Realizar estudios de investigación epidemiológica.

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

En España no existe una estrategia nacional de atención al dolor. Andalucía es la única comunidad autónoma que tiene un Plan de Atención al Dolor Crónico. Las comunidades de Extremadura, Galicia y Madrid han desarrollado algunas iniciativas como las Unidades de Dolor o el “Hospital sin dolor”.

En el Servicio Madrileño no se dispone de una estrategia de atención al dolor crónico, aunque actualmente se está trabajando en ello.

Se necesita una visión holística del dolor al ser éste un síntoma que afecta a numerosas esferas del paciente y, por tanto, su manejo y responsabilidad implican a numerosas instituciones, entidades y servicios tanto de la Administración Central, regional, o local, como de la farmacia, AP, AE, calidad, salud pública, epidemiología, etc.

El planteamiento de la CAM es trabajar con todos los tipos de dolor, tanto en AP como en AE. En este escenario, en 2011 el Servicio Madrileño de Salud estableció trabajar en el diseño de una estrategia integral del dolor.

- Creación de un grupo de trabajo interno en fase de recopilación de datos. Ejemplo:
 - Análisis: un análisis realizado en 26 hospitales refleja que la mitad dispone de Unidades de Dolor. De ellos, los grandes hospitales de la Comunidad de Madrid cuentan con Unidad Crónica. Igualmente los datos revelan que el 69% de estas unidades dependen del servicio de anestesia. Estas unidades tratan tanto el dolor agudo como el crónico y el 70% de ellas atienden a enfermos ambulatorios.
 - Estudios: se han elaborado dos estudios de evaluación sobre el estado de seguridad de los centros y se ha realizado un sondeo con el fin de detectar medidas para el tratamiento del dolor en dichos centros. Se ha observado que casi el 60% de los hospitales tienen un protocolo aprobado, actualizado o tienen alguno en proceso de implantación dentro de la CAM.
 - Formación: desde el año 2006 se han desarrollado 159 cursos a los cuales han asistido 4.000 participantes. La formación del dolor debe ser continuada, actualizada y de fácil acceso. Esto es, se tiene que tender hacia los cursos online, de tal manera que el profesional sanitario pueda acceder con asiduidad y oportunidad.

Plan de trabajo estrategia de dolor integral

- Constituir un grupo de trabajo a nivel central para plantear una estrategia.
- Analizar la situación que existe en el Servicio Madrileño de Salud.
- Elaborar una estrategia para el dolor.
- Establecer alianzas.
- Monitorizar, evaluar y revisar.
- Actuaciones de sensibilización para los profesionales.
- Actuaciones de sensibilización para los pacientes.
- Programa de formación accesibles y de bajo coste.
- Promover actuaciones para implantar la evaluación del dolor de forma generalizada.
- Elaborar guías y protocolos de actuación comunes.

- Traducir las guías a herramientas sencillas que sean fáciles de manejar.
- Creación de comités, comisiones o direcciones asistenciales en todos los centros.
- Aprovechar experiencias e iniciativas previas.
- Compartir información.

Próximos pasos

Para desarrollar las actuaciones de forma coordinada y con el fin de establecer las líneas de actuación, que permitan proporcionar una atención integral e integrada a los pacientes con dolor, en el Servicio Madrileño de Salud se ha constituido a nivel central un grupo de trabajo en esta materia.

Las actuaciones del grupo están basadas en una visión holística del dolor, al ser éste un síntoma que afecta a numerosas esferas del paciente y, por tanto, su manejo y responsabilidad implican a numerosas unidades, como pueden ser la medicina preventiva y la salud pública, la atención al paciente, la farmacia, la actividad asistencial (para los diferentes tipos de dolor y en todos los niveles), la formación, la investigación o la calidad.

Por esta razón, nuestro enfoque busca promover la sensibilización y concienciación, desarrollando nuestra organización, para impulsar la estandarización y la atención adecuada a los pacientes con dolor, mejorando la formación e investigación y tratando de implicar a los propios pacientes.

Por último, con este planteamiento las líneas en las que se está trabajando para desplegar en nuestra organización son las siguientes:

- Sensibilización y cultura.
- Organización.
- Estandarización y procesos específicos.
- Formación e investigación.
- Pacientes.

ECONOMÍA DE LA SALUD

- **Dña. Renata Villoro, *Economista de la Salud***

Antecedentes

En España el dolor crónico es la causa más frecuente por la que se acude a las consultas médicas. El dolor se ha convertido en un problema de salud pública muy importante debido al impacto que tiene sobre la utilización de los servicios de salud, la calidad de vida del paciente (sufrimiento, depresión, familia, trabajo e interacciones sociales), el mercado laboral (absentismo laboral y baja productividad) y el impacto en la familia (cuidados informales).

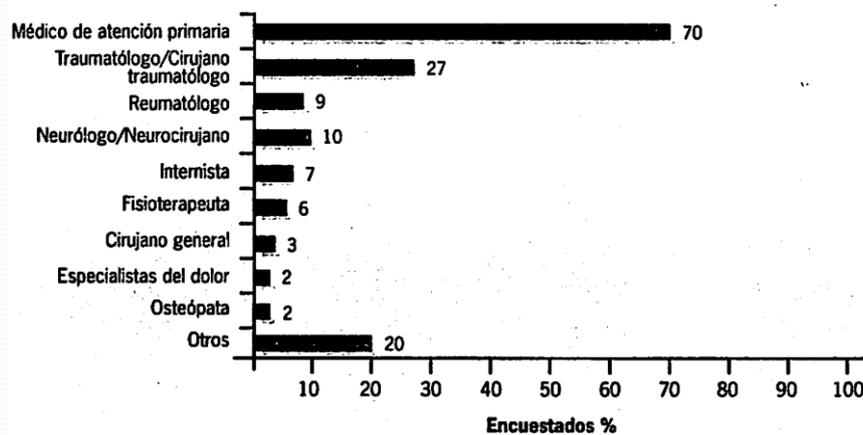
El dolor en España

El dolor crónico afecta en Europa a 75 millones de personas; esto representa a un 19% de la población europea. Noruega (30%), Polonia (27%), Italia (26%) y España (12%) son los países que presentan mayor prevalencia de la enfermedad, según datos del estudio de Breivik de 2006. España refiere menos afectación de dolor crónico, sin embargo, de las personas que lo sufren, un alto porcentaje lo hace con carácter severo. En una escala de 0 al 10, el 44% de las personas que sufren dolor en España reportan un dolor entre el 8-10, mientras que el promedio en Europa es de un 33%.

Más datos de este estudio constatan que la duración media del dolor en España es de 9,1 años, mientras que en Europa es de siete años. La osteoartritis y la artritis reumatoide son las causas más comunes de dolor crónico. Casi un 50% sufren estas dos afecciones. Igualmente, un 60% de los pacientes acude a las consultas médicas entre dos y nueve veces cada seis meses, de las cuales el 70% son visitas a AP y el resto son visitas a especialistas. De estos últimos, solo acuden a expertos del dolor un 2%.

Visitas médicas

Un 60% de los pacientes acuden entre 2-9 veces cada 6 meses



Breivik H, Collett B, Ventafridda V, Cohen R, Gallacher D. Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life, and treatment. *Eur J Pain.* 2006;10(4):287-333

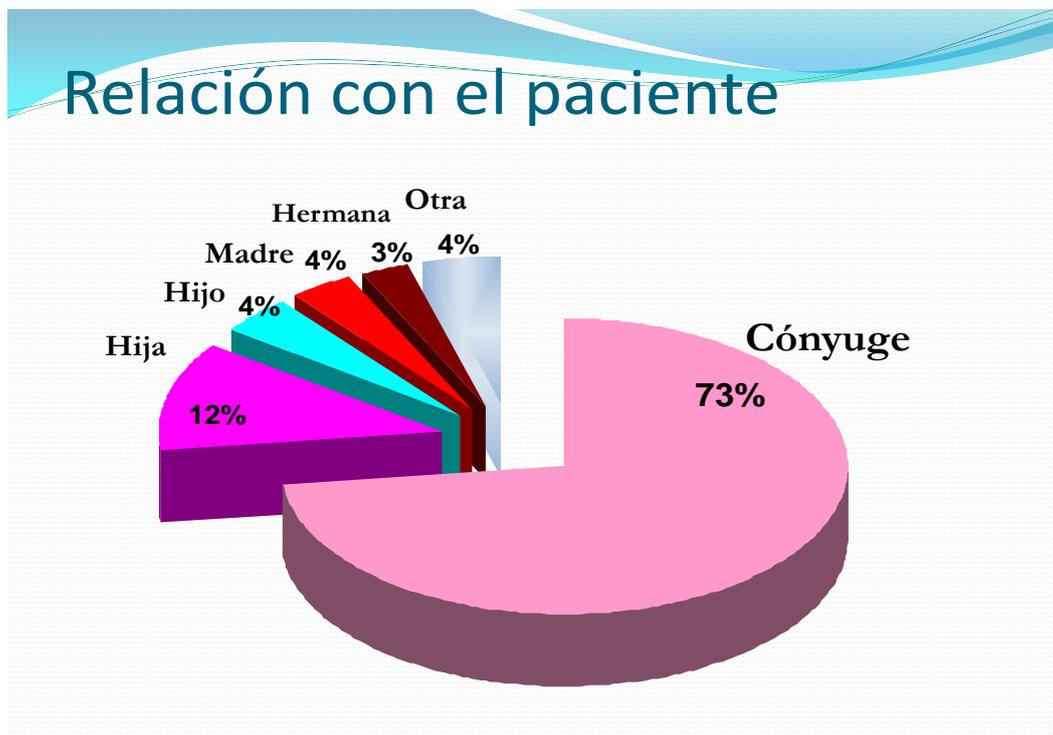
En cuanto a los tratamientos farmacológicos, y si se compara la media de utilización en España, continuando con el estudio de Breivik, se observa que en general se utilizan menos tratamientos que en el resto de Europa. En cuanto al uso de tratamientos no farmacológico (masajes, acupuntura, ungüentos, terapia de relajación), en España la cantidad reflejada es del 32%, mientras que en Europa se eleva al 72%.

La encuesta de Breivick tiene también algunos datos sobre la calidad de vida de los pacientes y el mercado laboral y sus efectos sobre los cuidadores informales. Con respecto al primero, el 29% sufría depresión, el 22% informa que perdió su trabajo, el 12% tuvo que cambiar de trabajo y de media se perdieron 8,4 días laborables por persona afectada en régimen laboral.

Cuidadores familiares

- Relación: los cuidadores informales son normalmente los familiares. Hay muy pocos estudios sobre el impacto de estos cuidadores y en España no hay ninguno. Por tanto, se toma como referencia los datos de la Encuesta sobre Discapacidades, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia (EDAD) de 2008 en los que participaron casi 13.000 pacientes con artritis reumatoide y

dolor de espalda. Los resultados evidencian que el 64% de los encuestados tiene un cuidador en casa y que, de estos, el 66% tiene cuidador informal. Normalmente es un miembro de la familia al que no se le paga y no tiene formación en dolor. El cónyuge es el que lleva la carga del cuidado del paciente con dolor. Suelen ser mujeres, mayores de 55 años.



En cuanto a las horas diarias que estos cuidadores informales dedican a los pacientes, se constata que la mayor parte de ellos (39%) le dedica menos de seis horas, pero el 33% le dedica más de 16 horas. Luego el 17% le dedica entre seis y diez horas de cuidado y el 10% entre 11 y 15 horas. Igualmente, casi la mitad de los cuidadores se dedica a estas tareas durante más de ocho años. En cuanto a días de la semana, el 93% de los cuidadores le dedican entre seis y siete días.

Efectos

- El 83% ha visto afectada su salud como resultado de ser cuidador, de los cuales:
 - El 58% ha sido diagnosticado con depresión moderada o severa.
 - El 42% ha presentado problemas físicos.

- El 65% de problemas en el mercado laboral, de los cuales:
 - El 35% no puede trabajar.
 - El 18% tuvo que dejar su trabajo.
 - El 13% redujo sus horas laborales.
- El 64% ha visto reducido su tiempo de ocio.
- El 21% ha visto reducido su tiempo para cuidar de otras personas dependientes como hijos o padres.
- Al 5% les ha causado problemas con el cónyuge o la familia (5%).

Consecuencias económicas

Esta situación conlleva unos costes sociales y económicos para los pacientes y para los cuidadores. ¿Cuáles son? ¿Se pueden medir? ¿Es importante hacerlo? Lo importante no es saber cuánto cuesta la atención al dolor *per sé*, porque eso es inevitable. El problema son los costes que están escondidos, que no se contabilizan como parte de la atención al paciente con dolor crónico, como es el caso de los cuidadores informales, por ejemplo, pero también lo son tanto los perjuicios ocasionados a la vida laboral como a los ocasionados a la calidad de vida. Se trata de cuestiones que no están relacionadas con la atención sanitaria y tienen un precio más alto.

La representante del colectivo de economistas de la salud subraya que es importante medir estos gastos porque dan una visión de la verdadera magnitud del dolor crónico y permiten compararlo con otros problemas de salud pública.

Clasificación de costes

Existen varias clasificaciones. Ésta es una de las más aceptadas:

- Costes directos: debidos al tratamiento.
 - Costes sanitarios: gasto sanitario (AP, hospital, medicamentos, etc.).
 - Costes no sanitarios: servicios sociales, cuidados informales.
- Costes indirectos: los que se derivan del impacto del mercado laboral (pérdida de productividad):
 - Incapacidad temporal.
 - Incapacidad permanente.

- Costes intangibles: debidos al sufrimiento y a la pérdida de calidad de vida:
 - Del paciente.
 - De la familia (cuidadores informales).

Los costes intangibles son difíciles de medir y aunque existen técnicas para evaluarlos, no se miden en general, salvo en el Reino Unido. De igual modo, hay muy pocos estudios en Europa sobre dolor crónico.

Lo que sí se mide en el dolor crónico es cómo afecta éste a la calidad de vida en términos de años de vida ajustados por calidad (AVACS) al que se le debe asignar un coste. Esta información es importante para luego, con estos datos, realizar evaluaciones económicas y comparar con programas enfocados a mitigar el dolor. Sería importante ver qué beneficios, o qué costes, se ganarían si se atendiera a los pacientes con dolor crónico con programas alternativos.

Impacto económico de la artritis en España

Uno de los pocos trabajos de investigación sobre artritis reumatoide en España, firmado como primer autor por el doctor Lajas en 2003, revela que el coste medio anual por paciente es de 10.419 €, en un rango que va desde 7.914 € a 12.922 €. De este importe, el 70% corresponde a costes directos (40% sanitarios y 60% no sanitarios –aquí se contabilizan servicios sociales–) y el 30% a costes indirectos. En este estudio no se miden costes intangibles y no incluye costes del impacto sobre los cuidadores informales. Es decir, ese 70% solo incluye cuidadores formales pero no informales y, como se ha visto, casi el 70% de los pacientes que tienen cuidadores son informales.

También hay que tener en cuenta que en el tratamiento de los pacientes con artritis se han incorporado terapias biológicas que incrementan los gastos sanitarios. Pero, a cambio, se consigue una mejora en la calidad de vida en la productividad laboral y disminuiría en el impacto del cuidador informal.

Impacto económico de los dolores músculo-esqueléticos en España

Otro trabajo de investigación pendiente de publicación, realizado por Juan Oliva y Ramón Osuna, sobre los costes económicos de los cuidadores informales (costes directos no sanitarios) en dolores músculo-esqueléticos, refleja que los costes directos no sanitarios en el año 2005 para este grupo de enfermedades ascienden a 3.012

millones de euros. En cuanto a los indirectos, la incapacidad temporal representa 2.488 millones de euros y la incapacidad permanente 7.263 millones. Aquí está reflejado lo que paga la Seguridad Social más las pérdidas de las empresas donde trabajan estos pacientes en términos de disminución en productividad.

La suma de los costes directos e indirectos, 12.763 millones, equivale al 1,5% del PIB en 2005.

Conclusiones

- El dolor crónico es costoso para la sociedad (paciente, cuidadores y ciudadanos).
- Existe escasez de datos sobre prevalencia de dolor crónico en España, a nivel nacional y por comunidades autónomas.
- Carencia de estudios económicos específicos, ni nacionales ni regionales, que midan la carga económica y social que el dolor crónico supone para el sistema sanitario y la sociedad en general.
- Heterogeneidad en técnicas de medición de costes que habría que subsanar.
- Heterogeneidad en criterios de inclusión de costes. Solo Reino Unido incluye costes intangibles. No se pueden hacer comparaciones.
- Carencia de evaluaciones económicas de intervenciones de manejo del dolor y políticas sociales alternativas enfocadas a mitigar el dolor. De esta manera no se pueden incluir en los recursos de la Administración.

Necesidades a corto plazo

- Datos epidemiológicos y sobre costes para:
 - Identificar la verdadera magnitud del problema.
 - Llevar a cabo evaluaciones económicas de alternativas de manejo del dolor.
- Ayudar a que las decisiones de gestión de recursos sean más racionales, transparentes y eficientes.
- Se necesita considerar la carga económica y social asociada a la pérdida de bienestar de los cuidadores informales.
- Homogeneizar criterios de inclusión y técnicas de medición de costes del dolor crónico.

Necesidades a medio plazo

- Revisar políticas implementadas en diferentes regiones de España y diferentes países que ya hayan resultado coste-efectivas en el manejo del dolor crónico.
- Realizar evaluaciones económicas de programas e intervenciones enfocados a la mejora en el diagnóstico y el tratamiento del dolor crónico, una vez se disponga de datos.
- Diseño de políticas sociales enfocadas a mitigar el impacto y los costes del dolor sobre los pacientes, sus familias y sus cuidadores.

Necesidades a largo plazo

- Definir un modelo asistencial de larga duración (Plan Estratégico Nacional/Regional) para el paciente con dolor crónico que sea sostenible.
- Necesidad de crear una cultura de evaluación continuada de prácticas para el manejo del dolor crónico.
- Crear Unidades de Tratamiento de Dolor o comisiones que evalúen estas UTD para revisar en todas las CCAA los aspectos que presentan un buen funcionamiento y analizar aquellos que no estén generando buenos resultados. Estas comisiones también servirán para realizar programas alternativos, ver la necesidad de tener plataformas, historia clínica informatizada... Son programas poco costosos con los que mejorará la atención al paciente.
- Desarrollar la creación de un programa de ayuda a cuidadores. Un ejemplo es Alemania, donde se ha implementado un programa que ha funcionado muy bien. Primero se identifica qué cuidadores están atendiendo a un paciente más de seis horas y se reemplazan con un asistente social o un voluntario uno o dos días a la semana.
- Los programas de formación a los profesionales de la salud siempre son muy coste efectivos.

PACIENTES

- **D. Antonio Torralba, representante de la Confederación española de Personas Afectadas por Reumatismos (CONFEPAR)**

El representante del colectivo de pacientes manifiesta su disconformidad con que no se hable lo suficiente del paciente, si bien es cierto, en la mayoría de ocasiones todavía es considerado como un ente abstracto. El paciente debe estar en el centro del sistema; ya no es la persona que va a la consulta, se le indica la medicación y se marcha a casa. El paciente debe de ser alguien que se implique en la toma de decisiones sobre su salud. Y esto exige un cambio de mentalidad.

Basado en su experiencia de más de 25 años padeciendo dolor crónico, el paciente debe de ser un activo ya que aunque el tratamiento provenga de excelentes facultativos o de los mejores hospitales, la salud de una persona depende, en gran medida, de su actitud y de su comportamiento.

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

El responsable de este colectivo indica que lo primero que tiene que hacer un paciente con dolor crónico es asumir que lo padece e informar al médico. Hay que tener en cuenta que la población desconoce lo que es el dolor crónico. Habla de ello como un síntoma individual y no como una enfermedad y hay que diferenciarlo de la enfermedad de base que padece. Partiendo de esta base, si no existe para el paciente, no existe para la sociedad y, por tanto, no se diagnostica y carece de tratamiento.

Por otro lado, en muchas ocasiones y de manera errónea los profesionales argumentan que se tiene que vivir con el dolor. Hay fármacos, técnicas y cuidados paliativos con un objetivo común: que el paciente conviva con el menor dolor posible.

Los tratamientos actuales para el dolor crónico son sintomáticos y no curan, aunque minimicen el dolor. Muchas veces esta información no se le transmite al paciente. Si no se informa al enfermo se acaba generando sensación de engaño y de que el dolor no desaparecerá. Esto influye en la confianza del médico, la adherencia del tratamiento y la calidad de vida.

Los tratamientos farmacológicos son importantes, pero no se puede restar importancia al tratamiento psicológico, ya que el paciente puede sufrir episodios de depresión. Los tratamientos farmacológicos no son excluyentes de otras alternativas sanitarias o sociales.

Cómo mejorar la continuidad asistencial entre Atención Primaria, Atención Especializada y Oficinas de Farmacia

- Se precisa coordinación entre todos los agentes implicados en el tratamiento del dolor crónico: profesionales de todo el conjunto del SNS, pacientes, oficina de farmacia y movimiento asociativo.
- Debe existir una buena derivación y coordinación entre AP y AE para que el diagnóstico y el tratamiento se apliquen lo antes posible.

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

- El paciente necesita formación e información porque solo así puede aportar su experiencia y conocimientos. Debe facilitarse en un lenguaje sencillo para que lo comprendan todos los pacientes. De esta manera el paciente se involucraría activamente en su autocuidado.
- Los pacientes también deben corresponsabilizarse con el profesional sanitario en el cuidado de su salud, con un correcto cumplimiento terapéutico.
- El movimiento asociativo puede aportar su valor añadido para que el paciente, bien formado e informado, se adhiera más al tratamiento y sobre todo facilite el trabajo al profesional sanitario.

Impacto del dolor crónico en el ámbito laboral, social y personal

Es necesario abordar la influencia del dolor crónico en el entorno laboral, social y personal del paciente.

- Laboral: las consecuencias del dolor crónico en el ámbito laboral preocupan sobremanera al paciente: disminuye sus posibilidades de encontrar trabajo; si tiene trabajo se reduce su rendimiento o, lo que es peor, al no sentirse integrado abandona su puesto de trabajo para no ser estigmatizado. Por otra

parte, si le conceden la incapacidad laboral y es una persona activa se sentirá desplazado y puede llegar a sufrir depresión.

- Impacto en el entorno social y familiar afectando a las actividades diarias del paciente y la de sus familiares.
- Se produce un cambio de rol dentro de la familia. Pasa de ser cuidador a tener que ser cuidado. Esto exige un esfuerzo de adaptación.
- Disminución de los recursos económicos ante la imposibilidad de desempeñar determinadas actividades laborales y el aumento de gastos para la adaptación del hogar, los tratamientos, etc.
- Deterioro en la calidad de vida de los pacientes.
- Aislamiento social.
- Incapacidad permanente.

Conclusiones

- La sociedad actual desconoce el dolor crónico.
- El tratamiento de los pacientes con dolor crónico tiene un coste elevado tanto para el sistema de salud como a nivel social y personal.
- Es necesario trabajar y colaborar con los poderes públicos para la plena integración en el sistema de los pacientes con dolor crónico.
- Impulsar un plan estratégico del dolor crónico ya sea nacional o regional tomando como ejemplo el plan desarrollado recientemente de enfermedades reumáticas.