

PAIN PROPOSAL

PAÍS VASCO

ATENCIÓN PRIMARIA

- **Dra. María Asunción Ruiz de Galarreta, representante de la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN)**
- **Dr. José Antonio Estévez, médico de Atención Primaria del Centro de Salud Javier Sáenz de Buruaga y representante de la Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG)**

El colectivo de Atención Primaria (AP) señala la complejidad del manejo del dolor crónico en base a su componente subjetivo y multidimensional. Todos ellos se adhieren a la definición del dolor aportada por la Asociación Internacional de Estudios del Dolor: *“el dolor es una experiencia desagradable sensitiva y emocional producida por una agresión a un tejido real o no real, multidimensional y subjetiva”*. Estos axiomas convierten la percepción y la valoración del dolor por parte del paciente en información fundamental a la hora de tratar y hacer seguimiento terapéutico de la patología.

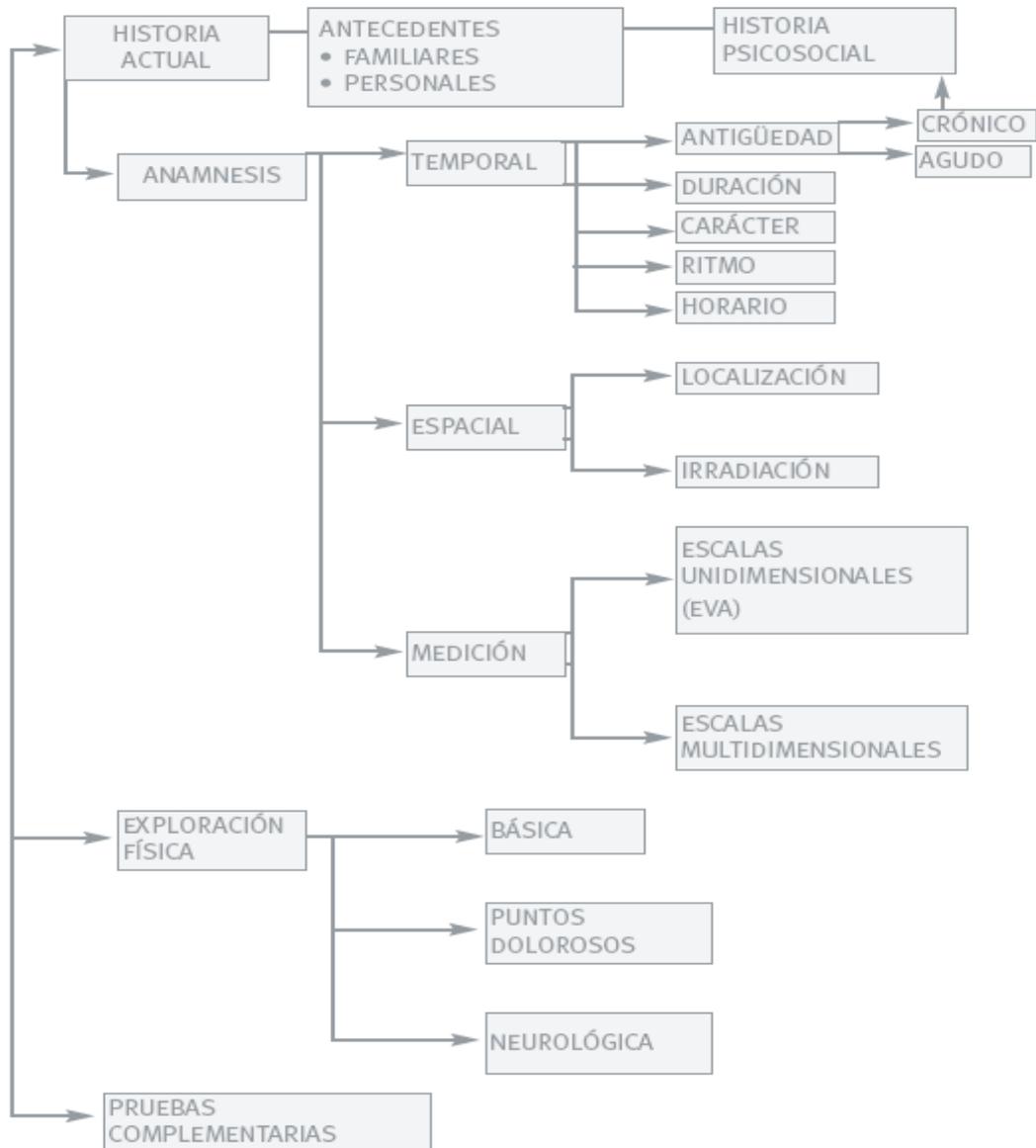
Asimismo, señalan la importancia de las diferentes facetas del dolor: social, económica, emocional, religiosa, etc., puesto que hacen del dolor una patología complicada que requiere de la colaboración activa del paciente con el profesional. Establecer una relación de confianza entre el médico y el paciente es fundamental en materia del dolor.

En la actualidad existe una baja concienciación sobre el abordaje del dolor por parte del profesional de AP, lo que explica su bajo diagnóstico.

El papel del profesional de Atención Primaria

En el ámbito de la AP se debe identificar el dolor, definir su estado actual a través de sus antecedentes y de la anamnesis. Para conocer el tipo de dolor, la duración, el carácter, la hora y la zona en la que se presenta, los profesionales hacen uso de la Escala Visual Analógica (EVA). Esta herramienta es la más utilizada en AP para el diagnóstico y el seguimiento del tratamiento del paciente.

Los resultados obtenidos a través de la consulta médica y la EVA se integran con los datos recogidos a través de exploraciones físicas y pruebas complementarias.



Algoritmo del dolor

Tipos y casos clínicos más frecuentes

En el ámbito de AP el dolor crónico es uno de los motivos de consulta de mayor frecuencia. Según datos recogidos, el dolor crónico presenta las siguientes características:

- Es más frecuente en mujeres que en hombres.
- Afecta en mayor medida a sujetos con edades comprendidas entre los 50 y los 70 años.
- Aparece en pacientes ubicados en zonas urbanas y con exceso de peso.
- Son pacientes en activo o con una invalidez provisional transitoria que viven con el núcleo familiar.
- Por lo general no presentan consumo frecuente de tabaco, ni de alcohol.

En cuanto a las causas más prevalentes en el ámbito de la AP, señalan:

- Lumbalgias (muchas de las cuales se presentan con radiculitis).
- Osteocondritis.
- Artritis.
- Osteoporosis.
- Dolores viscerales.
- Dolores isquémicos.

Tratamiento del dolor

En este primer nivel asistencial los expertos consideran que el tratamiento del dolor debe abordarse teniendo en cuenta las siguientes actuaciones:

1. Clasificar el dolor en función de:

- Mecanismo del dolor: nociceptivo, neuropático o mixto. El primer paso para la valoración del dolor es localizarlo, para un tratamiento más eficaz. Los tres tipos de dolor según el mecanismo de dolor a través de su actuación neuroanatómica y neurofisiológica de las vías conductoras son: dolor somático, dolor visceral y neuropático.

Fisiopatología

<u>Tipos</u>	<u>Mecanismo lesional</u>	<u>Descripción</u>	<u>Ejemplos</u>
Nociceptivo somático	Activación de receptores de: •Piel •Músculos •Articulaciones	Sordo Continuo o episódico Bien localizado	Dolor reumático Dolor traumático Metástasis óseas
Nociceptivo visceral	Activación de receptores viscerales	Profundo Opresivo Mal localizado	Pancreatitis Cólico renal Dismenorrea
Neuropático	Lesión de: •SNP •SNC	Urente Quemante Lancinante	Neuropatía diabética Neuropatía postherpética Dolor post-ictus
Psicógeno	Sin causa orgánica aparente	Clínica abigarrada Componente emocional importante	Somatizaciones Trastorno somatomorfo indiferenciado Trastorno por dolor
Mixto	Cualquier combinación de los anteriores	Clínica de acuerdo con los tipos implicados	Lumbociatalgia

Fuente: SEMERGEN. Documentos clínicos SEMERGEN. Manejo del dolor en Atención Primaria (2006)

- Curso del dolor: crónico, agudo o irruptivo. No existe un límite temporal preciso que diferencie el dolor agudo del crónico, ya que es un espectro continuo; si bien se define temporalmente un dolor como crónico cuando su evolución es mayor de tres a seis meses. Según la duración se puede clasificar en:
 - Agudo: producido por estímulos nociceptivos somáticos o viscerales de inicio brusco y corta duración.
 - Crónico: dolor que persiste, sea cual sea su intensidad, más de tres meses.
 - Iruptivo: dolor de intensidad moderada o intensa que aparece sobre un dolor crónico. Puede ser de inicio inesperado o previsible

(desencadenado por determinadas maniobras conocidas por el paciente). Existen tres tipos de dolor irruptivo:

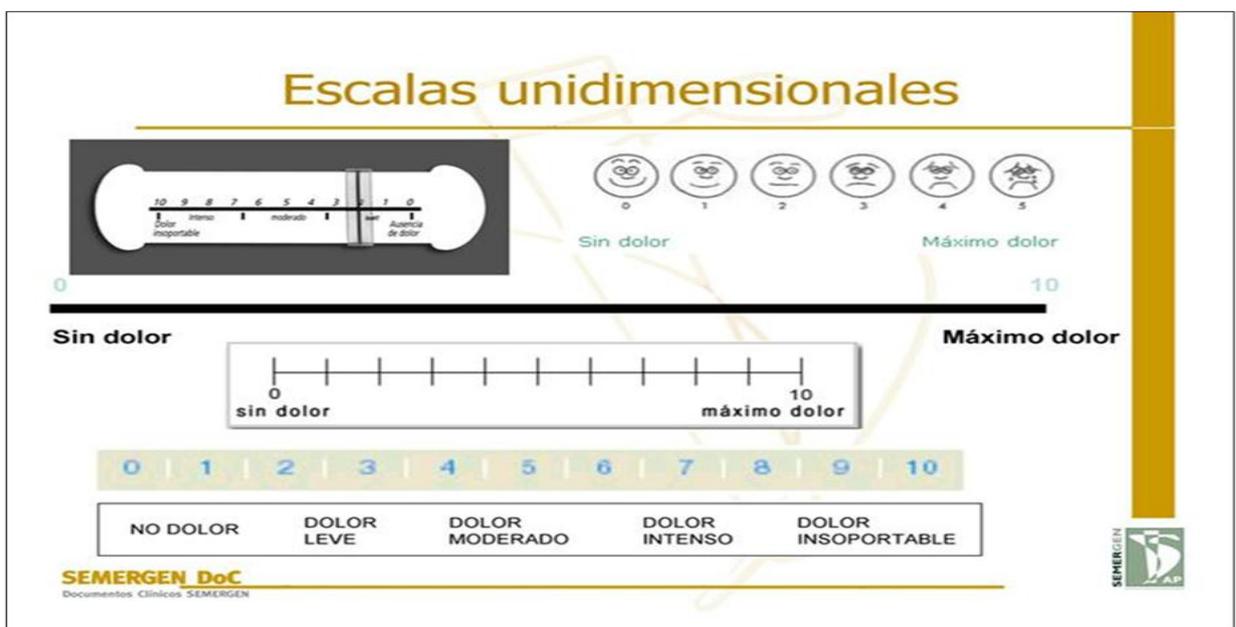
- Dolor por “fallo de dosis”: es cuando se reducen los niveles plasmáticos del fármaco antes de administrar la siguiente dosis. Se debe valorar si tal efecto sucede con frecuencia, el acortamiento del intervalo posológico, o bien aumentar la dosis del analgésico pero con el riesgo de efectos adversos del mismo.
- Dolor incidental: el paciente conoce el desencadenante, normalmente al realizar una actividad determinada. Por ello se puede anticipar tratándolo de forma preventiva.
- Dolor espontáneo: es frecuente en el dolor neuropático. Suele ser breve y sin causa establecida.

2. Marcar la intensidad del dolor a través de una escala (descriptiva o visual) para determinar si es leve, moderado o severo

Los métodos utilizados son:

- Método visual analógico (EVA). Una línea de 10 cm. Sensible.
- Escala numérica o verbal. De 0 a 10.
- Método cuantitativo. “Leve, moderado, severo y muy severo”.
- Evaluación por el comportamiento o conducta.
- Cuestionario de McGill.

Escala unidimensional



The diagram illustrates three types of unidimensional pain scales:

- Visual Analog Scale (EVA):** A horizontal line with a slider. The left end is labeled '0 Sin dolor' and the right end is labeled '10 Máximo dolor'. The scale is divided into segments labeled 'Dolor insoportable', 'Dolor intenso', 'Dolor moderado', and 'Dolor leve'.
- Numerical Scale:** A horizontal line with tick marks from 0 to 10. The left end is labeled '0 sin dolor' and the right end is labeled '10 máximo dolor'.
- Descriptive Scale:** A horizontal line with tick marks from 0 to 10. Below the line are five boxes labeled: 'NO DOLOR', 'DOLOR LEVE', 'DOLOR MODERADO', 'DOLOR INTENSO', and 'DOLOR INSOPORTABLE'.

SEMERGEN DoC
Documentos Clínicos SEMERGEN

La medición del dolor es difícil, por ello es necesario conocer la etiología y el mecanismo de producción.

Es una tarea prioritaria intentar hacer una valoración objetiva de la intensidad, teniendo en cuenta que el dolor es una experiencia subjetiva.

Para la evaluación cuantitativa o de intensidad del dolor existen diferentes escalas: verbales, numéricas, analógica-visuales, gráficas, así como métodos observacionales, que se seleccionarán en función de las características del paciente. La de uso más extendido por su comodidad y eficacia es la Escala Visual Analógica (EVA), tanto numérica como verbal, como con simbología (expresiones faciales). La EVA se compone de una línea horizontal con una longitud exacta de 10 cm, limitada en los extremos por dos líneas verticales que marcan en uno de los extremos el valor 0 “ausencia de dolor” y en el otro extremo el valor 10 correspondiente a “el mayor dolor”. El paciente marcará sobre la línea la intensidad de su dolor y midiendo desde el extremo correspondiente al valor 0 se obtendrá en centímetros o milímetros la intensidad del dolor (EVA 5 o EVA 50, por ejemplo).

Existen cuestionarios para la evaluación clínica del dolor que proporcionan información sobre otros aspectos del dolor crónico y que permiten su caracterización. El McGill Pain Questionnaire (MPQ) es uno de los más utilizados, aunque en nuestro país presenta inconvenientes para uso clínico habitual respecto a la traducción de los descriptores y por ello la dificultad de aplicación.

Fue elaborado por Melzack y Torgerson en la Universidad de McGill, Montreal, en 1971. La lista definitiva consta de 78 adjetivos, reunidos en 20 grupos, cada uno de los cuales contiene de dos a seis términos dispuestos en orden de intensidad creciente. Estos se agrupan, a su vez, en tres categorías: sensorial, afectivo motivacional y evaluativa.

Abordaje terapéutico

La escala analgésica de la OMS detalla los escalones a seguir.

Escala analgésica de la O.M.S.			
Escalón I	Escalón II	Escalón III	Escalón IV
Analgésicos no opioides ± Coanalgésicos	Opioides débiles ± Coanalgésicos	Opioides potentes ± Coanalgésicos ± Escalón I	Métodos Invasivos ± Coanalgésicos
----- Paracetamol AINE Metamizol	----- Escalón I ----- - Codeína Tramadol	----- -- Morfina Oxicodona Fentanilo Metadona Buprenorfina	

Fuente: Organización Mundial de la Salud (OMS)

En función del tipo de dolor que se trate dependerá su abordaje terapéutico.

1. Estrategia del tratamiento del dolor nociceptivo crónico no oncológico

El tratamiento es siempre integral y multidisciplinar. La intervención farmacológica será en función del cuadro clínico y la valoración individual de cada paciente.

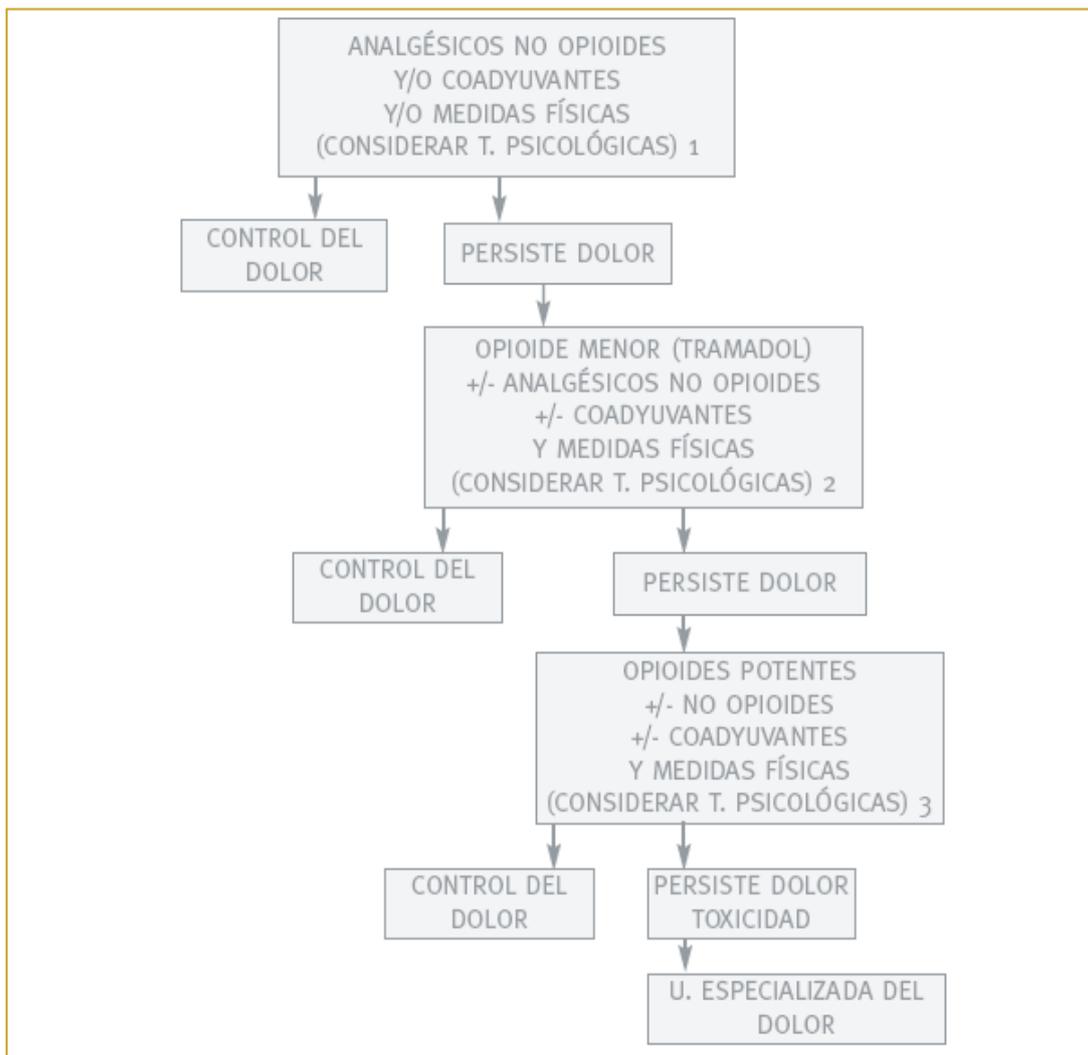


Figura 1. Propuesta de escalera analgésica en dolor crónico nociceptivo no oncológico.

FÁRMACOS NO OPIOIDES

Paracetamol

- Es el más utilizado para el dolor de leve a moderado.
- La dosis es de 650-1.000 mg/8 h con dosis máxima de 4.000 mg.
- Las precauciones de uso son por su toxicidad hepática, dosis dependiente y en hepatitis crónica y alcoholismo.
- Tiene perfil de seguridad elevado y se puede utilizar en niños, ancianos y en embarazadas.

- Se puede asociar junto a un opioide débil como Tramadol. La combinación tiene un mecanismo de acción complementario, lo que podría mejorar la analgesia y al mismo tiempo reducir los efectos adversos.

Metamizol

- Escasa actividad antiinflamatoria pero con propiedades espasmolíticas y antipiréticas.
- Eficaz para el dolor moderado nociceptivo somático y visceral.

Ibuprofeno

- Actividad analgésica, antipirética y antiinflamatoria. Buena tolerancia. Dosis analgésica.
- Es seguro y eficaz en niños usado en dosis de 20-30 mg/kg/día.

Diclofenaco

- Buena actividad analgésica y antiinflamatoria.
- Indicado en dolor nociceptivo somático de leve a moderado.
- La dosis 75 mg por vía parenteral es útil para dolor agudo, sobre todo óseo y de partes blandas, y también para dolor cólico.

Piroxicam

Tiene vida media larga con elevada potencia antiinflamatoria. Precaución por efecto gastrolesivo. Administración en dosis única diaria.

Indometacina

Tiene gran potencia antiinflamatoria, pero su empleo se ha limitado por sus efectos adversos sobre SNC, digestivos o renales.

Naproxeno

Es de absorción rápida y su pico plasmático es de 2-4 horas.

Ketorolaco

- Analgésico potente de vida media corta.
- Útil en el dolor agudo nociceptivo como el dolor postoperatorio, traumático y en dolor cólico.

Aceclofenaco

Tiene vida media larga. Buena tolerancia gastrointestinal.

Lornoxicam

- Tiene una potente acción analgésica y antiinflamatoria.
- Es de vida media corta, por lo que precisa dos o tres dosis diarias.

La clasificación, dosis y vía de administración se resumen en el siguiente cuadro:

Analgésicos/AINE: clasificación, vía, dosis (adultos)

Grupos	Fármaco	Vía	Dosis máxima (mg/día)	Pauta (h)
Ácidos				
Acéticos				
Fenilacéticos	Aceclofenaco	v.o.	200	12
	Diclofenaco	v.o., rectal, i.m., s.c.	150-200	6; 12
Indolacéticos	Indometacina	v.o., rectal	150-200	6-8; 12 (retard)
Pirrolacéticos	Ketorolaco	v.o., i.m., i.v., s.c.	120	6
Enólicos				
Oxicans	Lornoxicam	v.o.	16	8-12
	Meloxicam	v.o.	15	24
	Piroxicam	v.o., s.i.	40	12-24
Pirazolonas	Metamizol	v.o., i.m., i.v., rectal	4.000	6-8-12
Nicotínicos	Clonixina	v.o.	125-250	6-8
Propiónicos	Ibuprofeno	v.o.	2.400	4-6
	Naproxeno	v.o.	1.500	6-8
	Dexketoprofeno	v.o.; i.m.; i.v.	75-150	8
	Trometamol			
Salicilatos	AAS	v.o.	4.000	4-6
No ácidos				
Alcanonas	Nabumetona	v.o.	2.000	12-24
Paraaminofenoles	Paracetamol	v.o.	4.000	4-6
	Propacetamol	i.v., i.m.	8.000	4
Inhibidores selectivos de la COX-2				
Sulfonamidas	Celecoxib	v.o.	100-200	12-24

OPIOIDES

Clasificación según su actividad sobre los receptores específicos a los que se fijan produciendo analgesia.

Indicaciones

- Opioides menores: dolor leve y moderado, solos o asociados con AINEs/analgésicos.
- Opioides mayores:
 - Dolor agudo de moderado a severo y severo solos o asociados con AINE/analgésicos.
 - Dolor oncológico, solos o asociados con AINEs/analgésicos y coadyuvantes.
 - Dolor crónico no oncológico solos o asociados.



Fuente: SEMERGEN. Documentos clínicos SEMERGEN. Manejo del dolor en Atención Primaria (2006)

En Atención Primaria se utilizan, sobre todo:

Tramadol

- Indicación de dolor neuropático y en dolor moderado de tipo nociceptivo.
- Dosis inicial de 50 mg c/6 h.
- Poco riesgo de tolerancia y dependencia y posible uso subcutáneo. Presentación en gotas para mezclar con líquidos.
- El mareo, las náuseas y los vómitos son los efectos adversos más usuales.
- La presentación con asociación con paracetamol mejora la analgesia y reduce los efectos adversos.

Morfina

- Inicio de acción en quince minutos.
- La morfina de liberación inmediata se pauta con un intervalo de cuatro horas. La morfina de liberación retardada alcanza su máximo efecto a las tres o cuatro horas y se mantiene durante ocho a doce horas.
- Es muy útil en medicina paliativa también en vía subcutánea.

Fentanilo

- Presentación también en parches transdérmicos de 12, 25, 50, 75 y 100 µg/h.
- La indicación es para dolor crónico oncológico y no oncológico.

Buprenorfina

- También usado por vía transdérmicos de 35, 52,5 y 70 µg cada 72 horas.
- La indicación es para dolor crónico moderado-severo.
- La vía sublingual comercializada en comprimidos se utiliza como medicación de rescate.

Metadona

- Se utiliza por vía oral con una media larga entre 18 y 30 horas.
- La indicación es en el dolor oncológico y cuando es necesario realizar una rotación de opioides.
- Produce menos estreñimiento que la morfina y menos efectos secundarios en general.

Oxicodona

- Comercializada en comprimidos de liberación controlada de 10, 20, 40 y 80 mg. En comprimidos de liberación rápida de 5, 10 y 20 mg.
- Se administra cada doce horas y tiene una farmacocinética que permite un pico plasmático a la hora de la administración.

COADYUVANTES ANALGÉSICOS

Son medicamentos que se utilizan para aliviar el dolor, solos o asociados con analgésicos, o que tratan otros síntomas que acompañan al dolor, como insomnio, ansiedad y depresión, o se utilizan para reducir los efectos adversos de los analgésicos.

Tabla 5. Coadyuvantes analgésicos		
ANTIDEPRESIVOS	ANTICONVULSIVANTES O NEUROMODULADORES (FAE)	OTROS
<ul style="list-style-type: none"> • Su mecanismo de acción consiste en incrementar las tasas de monoaminas en la sinapsis • Están indicados en el tratamiento del DN y la depresión asociada 	<ul style="list-style-type: none"> • Indicados en el tratamiento del dolor neuropático • Sus efectos secundarios más frecuentes son la somnolencia, las náuseas y la sensación de inestabilidad 	<p>Corticoides:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Utilizados en fases iniciales de dolor neuropático o mixto (metástasis vertebrales y radiculopatías, compresión medular) • Puede usarse la dexametasona, la metil-prednisolona o la prednisona • Son buenos coadyuvantes en el control del dolor asociado al cáncer, sobre todo en radiculopatías, la compresión medular y cefalea por aumento de la presión intracraneal
<p>Amitriptilina</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dosis de 10-25 mg cada 24 horas de inicio, preferentemente en dosis nocturna. Las dosis se incrementarán progresivamente hasta un máximo de 100-150 mg/día • El efecto analgésico ocurre en dosis más bajas que las anti-depresivas • Entre sus efectos secundarios aparecen estreñimiento, boca seca, retención de orina, visión borrosa y confusión. Debe evitarse en ancianos • Los tricíclicos están contraindicados relativamente en cardiopatías, hipertrofia benigna de próstata, glaucoma de ángulo agudo o epilepsia 	<p>La carbamazepina</p> <ul style="list-style-type: none"> • De elección en la neuralgia del trigémino • La dosis inicial es de 100 mg, y puede llegarse a dosis máximas de 2.400 mg en dos o tres dosis diarias 	<p>Benzodiacepinas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Son utilizadas para el tratamiento de la ansiedad y el insomnio y para eliminar los espasmos musculares • Para la sedación es útil el midazolán • Sus efectos adversos son ataxia, disartria, dificultad para la coordinación y la excesiva sedación
<p>Los Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina (ISRS)</p> <ul style="list-style-type: none"> • No hay todavía estudios concluyentes en analgesia • Estos fármacos no presentan los efectos indeseables de los tricíclicos y su toxicidad es mucho menor 	<p>La gabapentina</p> <ul style="list-style-type: none"> • No precisar monitorización periódica • El tratamiento se inicia con dosis de 300 mg/día y es posible llegar a dosis máximas de 3600 mg/día • Tiene indicación aprobada en el tratamiento del dolor neuropático 	<p>Neurolépticos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tienen indicación en la agitación, náuseas y vómitos • Entre sus efectos indeseables figuran las alteraciones psíquicas, la hipotensión ortostática, el extrapirramidalismo y el síndrome hiper-térmico maligno

Tabla 5. Coadyuvantes analgésicos (continuación)

ANTIDEPRESIVOS	ANTICONVULSIVANTES O NEUROMODULADORES (FAE)	OTROS
<p>La venlafaxina</p> <ul style="list-style-type: none"> • Es un inhibidor de la recaptación de la serotonina y la noradrenalina (IRSN), en menor grado de la dopamina • Una alternativa válida para el tratamiento del dolor neuropático • Dosis desde 150 mg/día y debe emplearse con precaución en pacientes hipertensos 	<p>Lamotrigina</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dosis iniciales de 50 mg/día en toma única con incrementos de dosis semanales hasta una dosis máxima de 400 mg • Hay evidencia en polineuropatía diabética, neuralgia del trigémino y dolor central postictus, aunque no tiene indicación oficial aprobada en dolor neuropático 	<p>Psicoestimulantes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El más empleado es el metilfenidato, útil en pacientes tratados con opioides en su inicio reduciendo la somnolencia, y en el tratamiento de la neurotoxicidad inducida • En ancianos mejoran los aspectos cognitivos, reducen la fatiga y poseen un cierto efecto antidepressivo
		<p>Capsaicina:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Es un analgésico de aplicación tópica • Aplicado con resultados irregulares en el dolor postmastectomía y en algunas neuropatías como la neuralgia postherpética y neuropatía diabética • Se emplea la presentación al 0,075% • La capsaicina se ha mostrado eficaz también en algunas localizaciones de la artrosis como la rodilla • Son frecuentes los efectos adversos como picor, escozor o irritación
<p>La duloxetina</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inhibidor dual • Sin efectos adversos cardiovasculares • Tiene indicación aprobada en neuropatía diabética periférica • Las dosis de inicio son de 60 mg/día en dosis única • Sus reacciones adversas más frecuentes son los mareos, las náuseas, el estreñimiento y la sequedad de boca 	<p>La pregabalina</p> <ul style="list-style-type: none"> • Es un fármaco anticonvulsivo de reciente introducción que tiene evidencia e indicación aprobada en dolor postherpético y neuropatía diabética • Se inicia el tratamiento con dosis de 75 mg/día que pueden incrementarse progresivamente cada tres a siete días hasta una dosis máxima de 600 mg repartidos en dos dosis 	<p>Anestésicos locales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lidocaína por vía tópica es eficaz en parches al 5% • Utilización que ha sido aprobada por la FDA en dolor neuropático, siendo incluso considerada de primera elección en la neuralgia postherpética

2. Estrategia terapéutica para el dolor neuropático (DN)

En el dolor neuropático puro los AINEs son ineficaces, por lo que no es útil la escalera analgésica propuesta por la OMS.

Los fármacos de primera elección serían los antidepressivos y los fármacos antiepilépticos (FAE).

La respuesta a los opioides es irregular y muy variable de un individuo a otro. Los que más eficaces se han mostrado han sido el tramadol, oxicodona, morfina y metadona, si bien los opioides potentes deben usarse en pacientes seleccionados.

En la neuralgia posherpética y en neuropatía diabética ha demostrado eficacia el tramadol frente al placebo a dosis de 200 a 400 mg/día. También la oxicodona ha demostrado ser eficaz frente a la neuralgia posherpética y diabética.

En base a la evidencia científica disponible se propone una escala analgésica para tratamiento del DN.

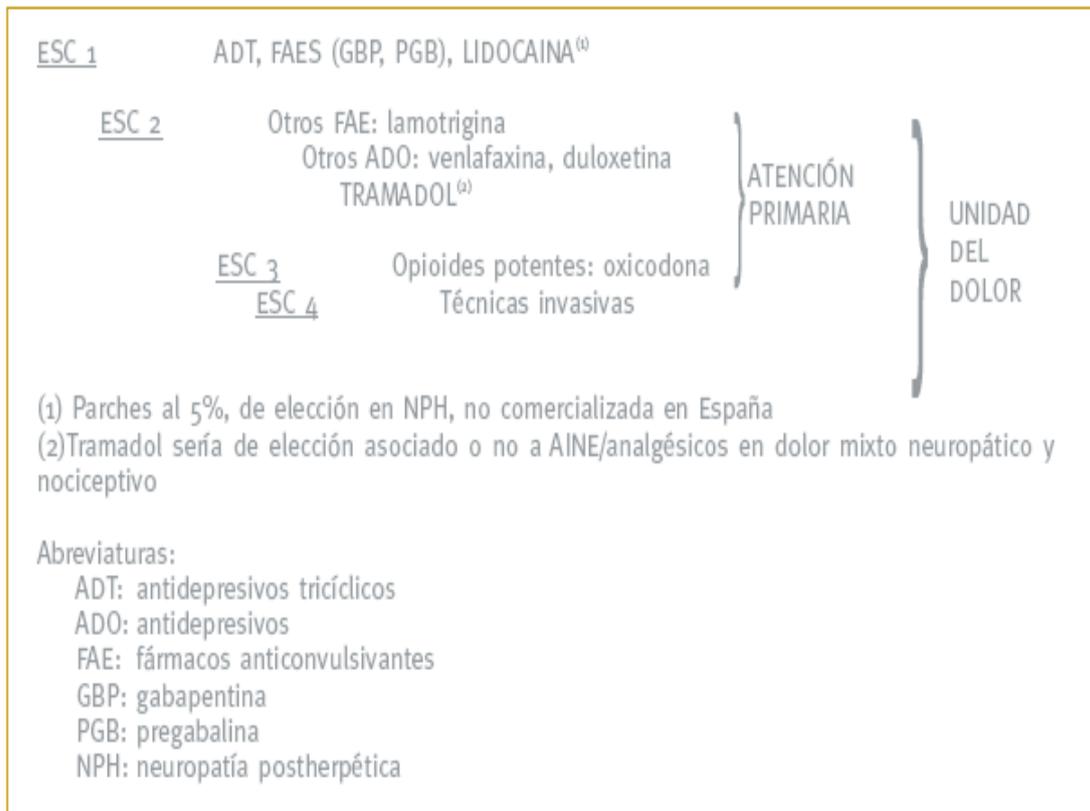


Figura 2. Propuesta de escalera analgésica en dolor neuropático.

Para un correcto abordaje del dolor hay que tener en cuenta múltiples aspectos. Atendiendo a su origen se habla de dolor de etiología no oncológica u oncológica. Según la duración del dolor puede ser agudo o crónico y según su fisiopatología dolor nociceptivo (somático o visceral) o neuropático. Tanto el dolor oncológico como el no oncológico pueden ser de tipo neuropático o nociceptivo.

El dolor oncológico es uno de los más estudiados. Cuenta con múltiples guías y protocolos de actuación, como puede ser el publicado por el Servicio de Salud de Osakidetza (<http://www.euskadi.net/ejgvbiblioteca>) con recomendaciones sobre los últimos días del paciente con cáncer.

Dolor crónico no oncológico

1. Dolor neuropático: es causado por lesión directa de estructuras a nivel central o periférico (invasión tumoral, infecciones de tipo metabólico...). La escalera analgésica propuesta para el tratamiento del dolor neuropático en el ámbito de la AP se conforma de:
 - Primera fase: se recomienda el uso de antidepresivos, medicamentos antiepilépticos (gabapentina, pregabalina) y lidocaína.
 - Segunda fase: se recomienda el uso de antiepilépticos, como la lamotrigina, y antidepresivos, como la venlafaxina o duloxetina y tramadol.
 - Tercera fase: se recomienda el uso de opiáceos de mayor potencia como la oxicodona.
 - Cuarta fase: se recomienda el uso de técnicas invasivas en las Unidades del Dolor.
2. Dolor nociceptivo: se origina por la estimulación de las terminaciones nociceptivas de la célula transmisora del impulso doloroso.

En cuanto a la escalera analgésica de dolor nociceptivo, se propone una línea similar a la del tratamiento del dolor neuropático basada en agotar las primeras escalas. En caso de que estas medidas no resulten eficaces se recomienda la derivación del paciente a la Unidad Especializada del Dolor.

Para el abordaje del dolor nociceptivo se recomienda la inclusión de las terapias psicológicas y físicas, incluso por encima de las terapias farmacológicas, para que el paciente se sienta entendido y escuchado.

Adherencia al tratamiento

Para el colectivo de AP la mayor o menor adherencia al tratamiento por parte de los pacientes depende de los siguientes parámetros:

- Tipo de dolor.
- Duración del tratamiento.
- Condiciones físicas y psíquicas del paciente.
- Condiciones familiares, sociales, económicas y emocionales del enfermo.

- Capacidad de comunicarse con el médico. En pacientes comunicativos (obsesivos e hipocondríacos) aumenta la capacidad de adherencia al tratamiento, mientras que en pacientes poco comunicativos (niños, ancianos, depresivos o psicóticos) la adherencia se complica a no ser que se cuente con un entorno familiar adecuado que realice el seguimiento oportuno.

Continuidad asistencial

La continuidad asistencial se señala como relevante en el correcto abordaje del dolor crónico y su éxito depende de factores como:

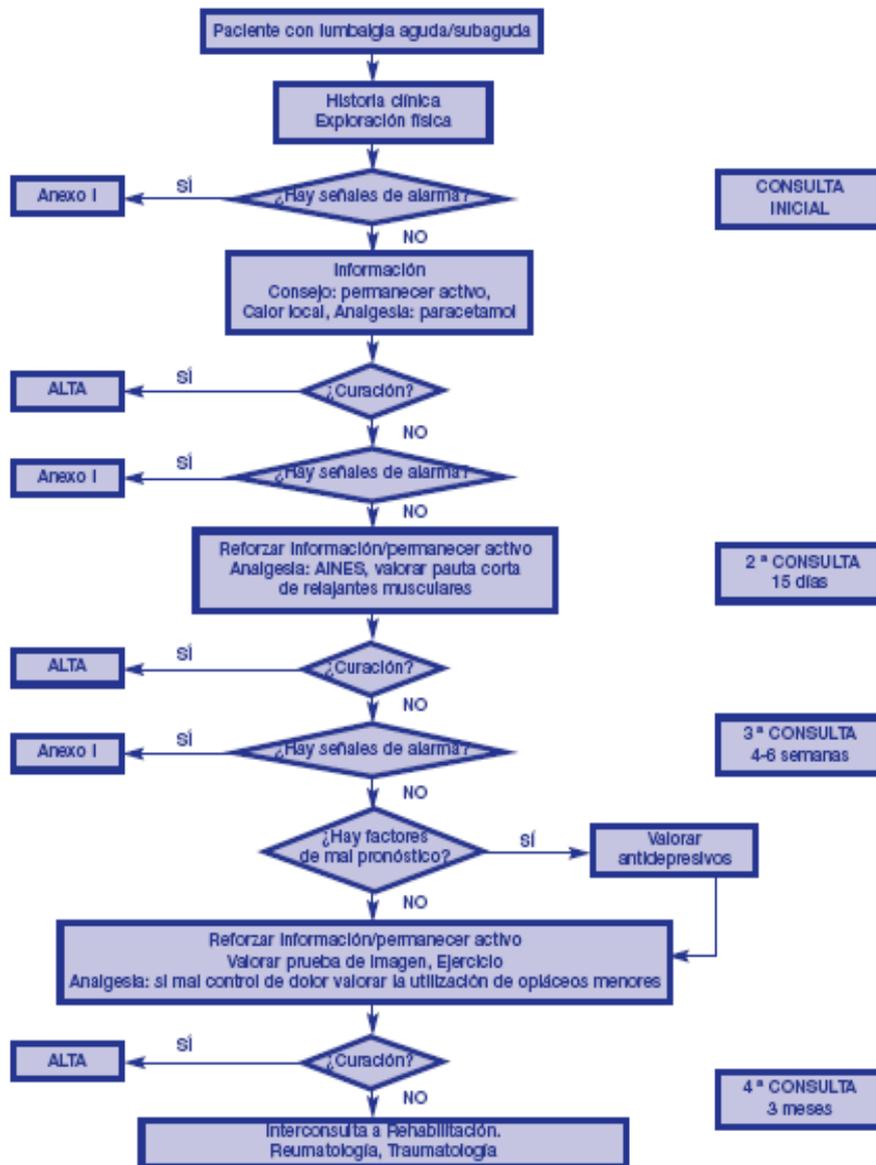
- La relación médico-paciente.
- Los sanitarios: ofreciendo información de calidad.
- La administración: garantizando los procesos que faciliten el flujo de la información y el establecimiento de las normas.

La continuidad asistencial está garantizada siempre y cuando se tengan también en cuenta procesos clave como:

- Continuidad de la relación: es la referida a la relación del médico con el paciente.
- Continuidad de la información: hace alusión a la relación entre profesionales sanitarios de diferentes niveles asistenciales (AP y AE, así como otros profesionales sanitarios como el farmacéutico comunitario). Por ello, y para mejorar la continuidad de la información, resulta crucial que ambas partes se coordinen de tal forma para que las diferentes partes conozcan el diagnóstico de un paciente aunque haya sido realizado por otra de las partes.
- Continuidad de la gestión: se trata de que una vez facilitado el conocimiento del diagnóstico entre AP o AE se facilite la toma de decisiones, el intercambio de información y la derivación del paciente entre los diferentes niveles asistenciales dentro del Servicio Vasco de Salud.

Guías y protocolos clínicos de derivación

Los expertos señalan una ausencia de guías y protocolos de derivación desarrollados para el ámbito de AP de País Vasco. Como posible referencia se señala la *Guía Clínica de Lumbalgia* en la que se establece un algoritmo para la gestión de las consultas en AP. Esta variable establece la cuarta consulta como clave para proceder a la derivación del paciente a AE si no experimenta mejora.



Algoritmo del tratamiento del paciente con Lumbalgia

Fuente: Guía de Práctica Clínica sobre Lumbalgia. Osakidetza (GPC 2007/1)

Formación continuada

En el ámbito de la AP la formación continua online sigue ganando terreno. Esta formación a profesionales debería potenciarse con la organización de congresos, jornadas y otras actividades educativas vinculadas con el dolor, al ser una de las patologías más prevalentes en el área de AP.

Los expertos coinciden en señalar que una mejora de la formación en dolor del profesional repercutiría de forma positiva sobre el gasto sanitario. Una mejor capacitación del profesional de AP repercute, sin ningún género de dudas, en una mayor capacidad de resolución del médico de Primaria, y con ello en una mejor y más racional derivación de los casos más complejos y recurrentes. Consecuentemente se producirá un mejor uso de los recursos del Sistema Vasco de Salud.

ATENCIÓN ESPECIALIZADA

- **Dra. María Jesús Berro Urziz, responsable de la Unidad del Dolor del Hospital de Cruces (Osakidetza) y representante de la Sociedad Española del Dolor (SED)**
- **Dr. Enrique Manuel Báñez Hernández, subdirector médico del Hospital de Txagorritxu (Osakidetza)**

Introducción y situación actual del dolor

Para el representante de la Atención Especializada (AE) el principal objetivo de la profesión médica es aliviar el sufrimiento humano, por lo que el tratamiento del dolor se convierte en una prioridad sanitaria.

Se debe luchar contra la concepción del dolor como un síntoma en lugar de como una enfermedad. Tradicionalmente el dolor ha sido considerado como un síntoma; es en la II Guerra Mundial cuando se considera como una enfermedad al comprobar que lesiones mínimas provocaban cuadros de sufrimiento prolongados.

Como ya se ha indicado anteriormente, el dolor responde a numerosas clasificaciones debido a que hay que tener en cuenta diferentes aspectos. Se puede hablar de las siguientes clasificaciones según:

- Etiología: no maligna y maligna.
- Duración del proceso: agudo y crónico.
- Fisiopatología: nociceptivo, neuropático y mixto.

Patología de creciente prevalencia

Por lo tanto, se incide en señalar al dolor crónico como una enfermedad crónica, independientemente de su causa, que necesita de un diagnóstico y tratamiento específico. A pesar de ello, el grado de sensibilización y de diagnóstico es muy bajo.

Además, se trata de un problema sociosanitario de primer nivel. En España existen cinco millones de personas con dolor crónico; sin embargo, su impronta social, sanitaria y política es baja. En este sentido, el colectivo de medicina especializada insta a las asociaciones de pacientes a dar a conocer la enfermedad y desarrollar una entidad que ampare y reúna a los enfermos con dolor crónico. De esta manera es loable el esfuerzo que la propia Sociedad Española del Dolor (SED) está realizando a través de su página web (www.sedolor.es) a la hora de inscribir a todas las asociaciones o instituciones de ámbito social que asocian a pacientes aquejados de dolor crónico.

La incidencia de estos pacientes va en aumento debido al aumento de la esperanza de vida, por lo que urge tomar medidas al respecto.

Los casos más frecuentes en las consultas de medicina especializada son los relacionados con problemas de columna lumbar y problemas degenerativos fundamentalmente entre la población de edad avanzada.

Abordaje terapéutico del dolor

El protocolo terapéutico para el abordaje del dolor fue establecido por la OMS a través de una escalera analgésica compuesta de tres escalones. La utilización de los fármacos en esta escalera vendría determinada por la intensidad de dolor, de forma progresiva o escalonada. Básicamente en el primer escalón para el dolor de intensidad leve estarían el paracetamol, los AINEs y el metamizol; en el segundo escalón para el dolor de intensidad moderada “los opioides débiles”; y en el tercer escalón, de utilidad para el dolor severo, “los opioides potentes”, permitiéndose asociar en cualquiera de los tres escalones otros fármacos llamados coadyuvantes. El objetivo de esta escalera analgésica era estandarizar procesos y procedimientos. Posteriormente fue aceptado un cuarto escalón en el que se incluyó la neuromodulación. En el plano real no se pone en práctica, ya que el tratamiento del dolor debe de ser individualizado teniendo en cuenta su intensidad y todos los componentes que lo integran, por lo que en muchos pacientes es necesario “coger el ascensor” en lugar de subir la escalera analgésica.

Los representantes del colectivo de AE indican la necesidad de suministrar a las Unidades de Dolor la mayor cantidad de información posible acerca de los tratamientos ya iniciados, los cuales deberían llevarse a cabo de forma protocolizada y estructurada entre AP y otras especialidades médicas comunes para los pacientes con dolor crónico. Esta falta de homogeneidad y coordinación entre hospitales, centros y Unidades de Dolor hacen inviable el correcto seguimiento del tratamiento del dolor.

Unidades Especializadas de Dolor

La primera Unidad del Dolor fue creada en 1960 por el doctor John Bonica en Seattle. En España la primera unidad se sitúa en el Hospital 12 de Octubre de Madrid en 1973. A partir de 1976 se comienzan a crear el resto de Unidades, aunque no es hasta 1990, año de creación de la SED, cuando existe un mayor apoyo para el desarrollo de estas unidades súper especializadas.

La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor y la SEED definieron unos niveles con el objetivo de acreditar y clasificar a las Unidades del Dolor. Se establecieron cuatro:

- Primer nivel: un profesional dedicado a pasar consulta una vez por semana.
- Segundo nivel: se trata de una unidad unidisciplinar compuesta por al menos dos especialistas y un coordinador médico. Dispone de un espacio físico diferenciado.
- Tercer nivel: hace referencia a una unidad multidisciplinar compuesta por especialidades médicas diferentes –siendo obligatorio un anestesista y un neurocirujano–, un psicólogo o un psiquiatra y al menos tres colaboradores de tres especialidades médicas diferentes. Además, debe ofrecer la posibilidad de ofrecer un diagnóstico, disponer de un espacio físico propio, protocolos de tratamiento y un mínimo de 300 nuevos pacientes al año.
- Cuarto nivel: presenta todas las características descritas para el tercer nivel más la capacidad de desarrollar investigación y docencia.

Tomando como referencia estos criterios se puede decir que en Euskadi existen registradas diez Unidades del Dolor:

- Dos en Álava.
- Cuatro en Vizcaya.
- Cuatro en Guipúzcoa.

Todas ellas pertenecen a la categoría del segundo nivel de la clasificación, lo que pone de manifiesto la ausencia de unidades multidisciplinarias en Euskadi.

Todas las Unidades de Dolor existentes tratan principalmente a los pacientes de ambulatorio y a los ingresados en los diferentes servicios hospitalarios, siendo el circuito de observación diferente en cada uno de los casos.

Los representantes del colectivo de AE señalan como principal problema de las Unidades de Dolor la falta de criterios únicos de acceso de pacientes entre ellas. Así, en

la actualidad existen hospitales que no permiten al profesional de AP derivar pacientes a la Unidad del Dolor si no es por recomendación del especialista. Tampoco existe una codificación unificada de pacientes, lo que fomenta la carencia de datos sobre el número de enfermos que se atiende en el área de especializada, tanto en las primeras como en las segundas consultas.

Adherencia terapéutica y coordinación asistencial

Los expertos reunidos destacan como área de mejora la falta de líneas de actuación e información dirigidas al paciente lideradas por los profesionales médicos y de la farmacia comunitaria. Así pues, un paciente activo es aquel paciente informado que sabe cómo autogestionar su enfermedad para vivir mejor, más allá de limitarse a recibir solamente un tratamiento terapéutico.

En este sentido, se reclama una mejor coordinación entre niveles asistenciales para evitar la repetición de procedimientos y/o tratamientos a los pacientes derivados desde AP a las Unidades de Dolor. Esta situación supone una pérdida de tiempo, esfuerzo y recursos tanto del paciente como de los profesionales médicos y de la Administración Pública.

Historia clínica unificada

Con el objetivo de facilitar el compartir la información entre todos los profesionales médicos, el Servicio de Salud de Osakidetza ha puesto en marcha una herramienta informática piloto en el Hospital de Txagorritxu (Álava). Esta herramienta se implantó en abril de 2010 y se encuentra en desarrollo, a excepción del servicio de registro electrónico de las resonancias magnéticas que todavía no se ha habilitado.

Esta aplicación informática hace posible el disponer de una historia clínica unificada que mejora la calidad asistencial del paciente al permitir su seguimiento terapéutico independientemente de dónde viva o en qué hospital esté siendo tratado. Además, se revela como una potente herramienta de formación de los profesionales sanitarios.

De esta forma se daría solución, por un lado, al problema de la relación asistencial entre niveles, y por otro, a la continuidad de la información. No así al problema de la continuidad de la gestión, que quedaría en manos de los profesionales sanitarios.

Guías clínicas y protocolos asistenciales

Los expertos reunidos señalan que en Euskadi no se dispone de guías clínicas, ni de protocolos asistenciales en relación al diagnóstico diferencial y tratamiento del dolor crónico, a excepción de la *Guía de la Lumbalgia*, poco utilizada por los profesionales vascos.

En este sentido, señalan la necesidad de contar con guías clínicas y protocolos asistenciales sometidos a controles de calidad que pongan de manifiesto también los posibles beneficios obtenidos sobre la salud y la calidad de vida de los pacientes.

Formación en dolor

Si bien la formación en dolor a nivel universitario es escasa, se dispone de suficiente material informativo online. La escasa formación inicial en dolor de los profesionales de AP, unida a la falta de una línea educativa entre el médico-farmacia-paciente, ha favorecido el aumento de la presión asistencial en las Unidades del Dolor.

La sobrecarga de trabajo de estas unidades implica que se disponga de un tiempo muy limitado para la consulta asistencial, lo que complica el estudio de cada caso clínico y de la patología, condición que complica el registro adecuado de todos los casos. De ahí la ausencia de datos certeros sobre la prevalencia e incidencia del dolor.

En este sentido, se señala cómo el mal abordaje del dolor puede multiplicar por cinco el coste sanitario. Para evitar esta situación parece lógico demandar una mejor organización de los recursos asistenciales por parte de la Administración y una mejor colaboración por parte de los profesionales sanitarios y los pacientes.

Plan estratégico en dolor

Teniendo en cuenta las desigualdades en cuanto a recursos asistenciales, modelos organizativos, dotaciones y capacitación, así como de acceso a los pacientes a las diferentes Unidades del Dolor existentes en País Vasco, los expertos reunidos reclaman a la Administración Regional el desarrollo de un Plan Estratégico en Dolor que repercuta de manera positiva en la calidad de vida de los pacientes y de las personas que los cuidan. Este Plan debería llevarse a cabo con la colaboración de profesionales, pacientes, comunidad científica y el resto de agentes implicados.

ADMINISTRACIÓN

- **D. Alberto García Alcaraz, *Director Territorial de Sanidad de Álava***
(*Departamento de Sanidad y Consumo del Gobierno Vasco*)

El representante de la Administración pone de manifiesto el actual proceso de transformación del sistema sanitario del País Vasco mediante el desarrollo de una estrategia integral basada en la promoción de la salud y estilos de vida saludables, así como la disminución de los factores de riesgo. Este planteamiento se debe a que más del 70% de los factores de riesgo se encuentran fuera del sistema sanitario, localizándose en la dieta y/o en el ejercicio físico, por ejemplo.

Dentro de esta nueva estrategia, la cronicidad ha adquirido un papel relevante ante la necesidad de dar respuesta a los cambios demográficos, el aumento de la esperanza de vida y el aumento de la incidencia y la prevalencia de las enfermedades crónicas.

Los principales pilares de esta nueva estrategia sanitaria son el incremento de la prevención, el autocuidado y la auto-responsabilidad del paciente, así como la transformación del sistema sanitario, impulsando la continuidad del cuidado y la puesta a disposición del paciente de tratamientos eficaces. Para lograrlo se promueve la participación de los profesionales y los pacientes. Se apuesta por la investigación y la sostenibilidad del sistema sanitario para garantizar su equidad y universalidad.

La estrategia sanitaria de la cronicidad en Euskadi contempla una serie de políticas que se desarrollan a través de diferentes proyectos en los que el ciudadano juega un papel activo.

Principales políticas sanitarias

Entre las políticas sanitarias perfiladas por la Administración cabe señalar la salud poblacional, la gestión de la salud de forma estratificada y proactiva que identifique el perfil de la población y los recursos de los que se dispone para así poder adaptar de forma eficaz los recursos económicos y personales necesarios. Asimismo, se apuesta por la promoción de políticas de prevención y promoción de la salud que favorezcan la prevención de enfermedades. De esta forma se reducirán las desigualdades en materia de salud.

Otro de los aspectos que se abordan es la asistencia multidisciplinar e integrada entre los diferentes niveles asistenciales, rompiendo así con las tradicionales barreras entre

la AP y la AE. Para facilitar esta continuidad asistencial se revela como esencial el desarrollo de la historia clínica compartida y la receta electrónica.

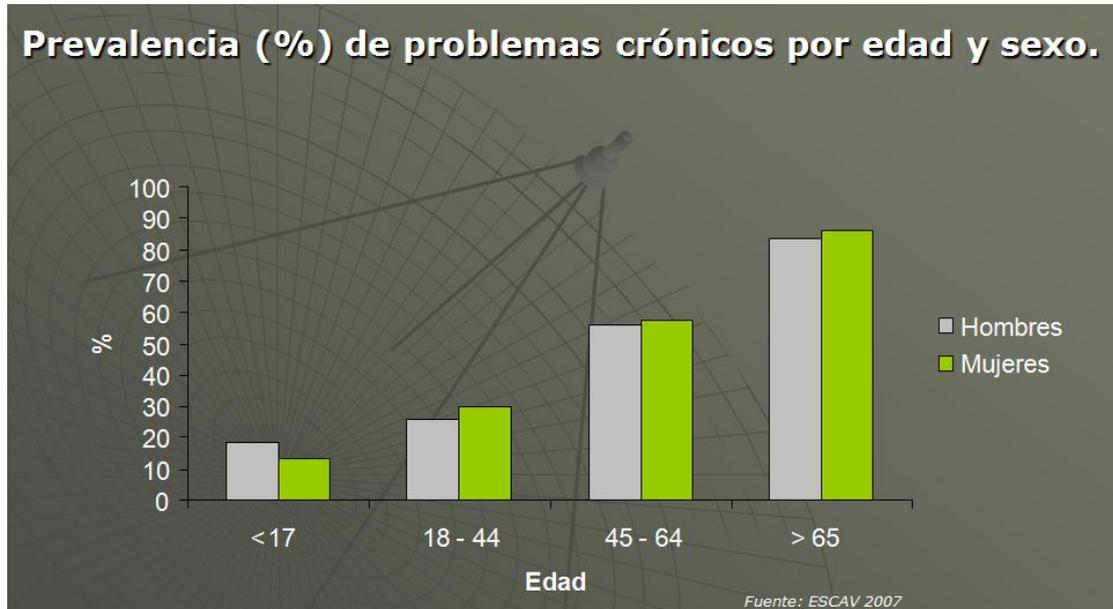
Todas estas medidas se han perfilado con el objetivo de consolidar estructuras y dinámicas que permitan acometer de forma más eficaz y coordinada las necesidades de la salud de la población como el dolor crónico, la diabetes, las cardiopatías, etc.

Datos estadísticos de la cronicidad en Euskadi

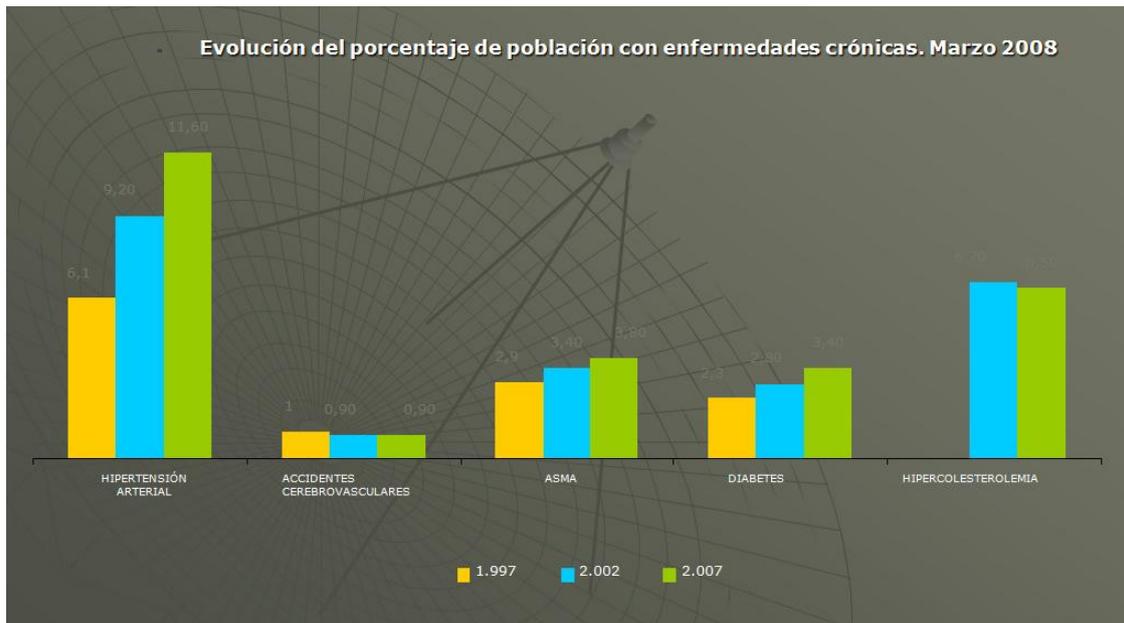
El Departamento de Salud del Gobierno Vasco carece de datos actualizados de epidemiología sobre dolor crónico en Euskadi. Los datos que se manejan hacen referencia a los estudios en los que las Unidades del Dolor del País Vasco colaboraron, como el realizado en 2001 y publicado al año siguiente en la revista de la SED y cuyo objetivo era *“describir y analizar las características epidemiológicas, clínicas y la calidad de vida de los pacientes con dolor crónico no oncológico no neuropático, incluidos en el estudio ITACA (Impacto del Tratamiento Analgésico sobre la Calidad de vida en Algias), en el que han participado cien Unidades de Dolor de nuestro país”*. Y cuyas conclusiones fueron que *“un 29,6% de la población general española no hospitalizada padece algún tipo de dolor, siendo el 17,6% dolor crónico. La prevalencia del dolor crónico de causa no oncológica está entre el 2 y el 4% de la población adulta”*. *“Si dentro del dolor crónico excluimos los pacientes oncológicos y el dolor neuropático, incluidas las cefaleas, queda un grupo de pacientes con características propias y que su principal causa de dolor es la patología degenerativa y/o inflamatoria osteoarticular y músculo-esquelética. En nuestro país, el dolor osteoarticular es el que motiva más frecuentemente consulta por dolor dentro de la población general y la afectación de columna vertebral es una de las localizaciones más frecuentes”*.

En cuanto a la prevalencia de enfermos crónicos por edad y sexo, según la encuesta de salud en 2007 en País Vasco de 2007 el 41,5% de los hombres y el 46,3% de las mujeres declararon padecer al menos un problema crónico de salud.

Prevalencia (%) de problemas crónicos por edad y sexo.

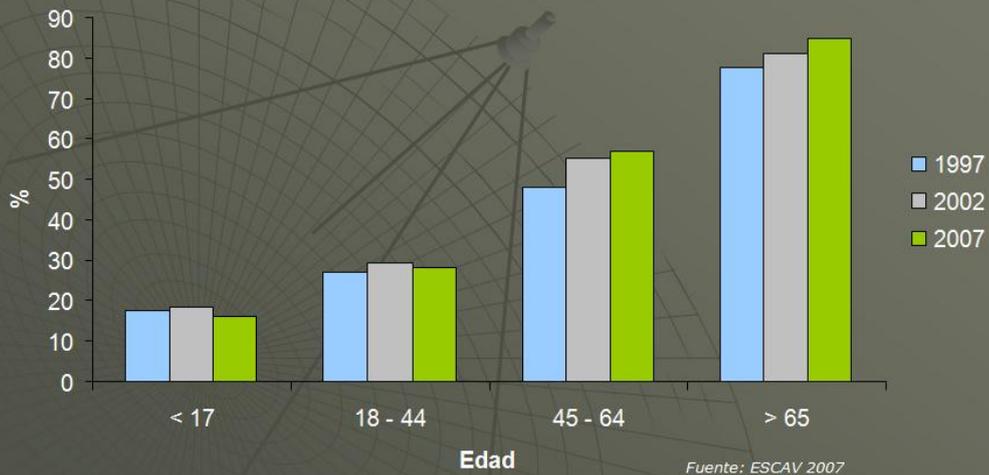


Evolución del porcentaje de población con enfermedades crónicas. Marzo 2008



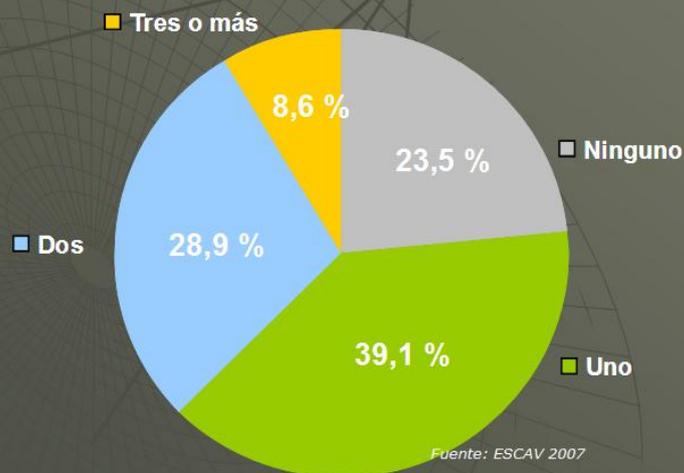
Si se analiza la prevalencia destaca el aumento del dolor crónico en poblaciones de entre 45 y 64 años. En 2007, en comparación con 1997, se detectaron cerca de 90.000 personas más que refirieron algún tipo de dolencia crónica.

Evolución de la proporción de personas con problemas crónicos entre 1997 y 2007 en función de la edad.



En las personas mayores de 65 años los problemas crónicos se muestran más frecuentes. La mayor parte de este colectivo presenta más de una enfermedad crónica.

Distribución de la población mayor de 65 años según número de problemas crónicos.



En base a los datos aportados anteriormente se pone de manifiesto que:

- El 80% de las intervenciones que se realizan abordan algún ámbito de la enfermedad crónica.
- El 77% del presupuesto sanitario se destina al manejo de la cronicidad.
- En 2020 las enfermedades crónicas causarán tres de cada cuatro muertes.
- 2/3 del aumento del gasto actual se deben al aumento de la prevalencia de las enfermedades crónicas.

Teniendo en cuenta estas variables, se hace complicado garantizar la sostenibilidad del sistema sanitario público. Los datos evidencian que existe un problema estructural que requiere de una modificación de los hábitos, modelos y estructuras que respondan a la realidad y a las necesidades actuales.

El modelo actual es el mismo que hace 50 años. Se basa en el manejo de los dolores agudos en base a las necesidades que los pacientes presentan. Lo que se necesita es un sistema proactivo, integrado y con corresponsabilidad de los propios usuarios que optimice el sistema sanitario.



Con el objetivo de adaptar los recursos asistenciales a las necesidades de la población se propone la estratificación de la población mediante la pirámide de Kaiser. Incidir en el ámbito de la promoción y prevención de la salud es fundamental para agilizar la carga de patologías complejas futuras.



Proyectos estratégicos de la estrategia de crónicos

El Departamento de Salud y Consumo del País Vasco ha definido catorce proyectos que permitan el desarrollo de la nueva estrategia de crónicos en la región.

Estos proyectos se rigen por cinco principios, los cuales han sido impulsados en 2009 y desarrollados de forma exitosa durante 2010. Son:

- Enfoque poblacional.
- Prevención y promoción.
- Autonomía del paciente.
- Continuo asistencial.
- Intervenciones.

Cuadro 13: Proyectos estratégicos de la Estrategia de Crónicos

Las políticas se están implementando mediante 14 proyectos estratégicos



Fuente: Estimaciones facilitadas por Osakidetza, datos de Osabide y ejemplos internacionales, elaboración propia.

De los catorce proyectos definidos por la Administración, actualmente con cierto grado de desarrollo, cabe destacar:

- Las ventajas de la historia clínica unificada.
- El aumento de competencias avanzadas de la enfermería.
- El desarrollo de hospital de sub-agudos.
- La atención clínica integrada.
- La estratificación e identificación de la población.
- El desarrollo de iniciativas de prevención y promoción de la salud, así como del autocuidado, autonomía y formación del paciente.
- Fomento de la colaboración sociosanitaria, la financiación y la contratación de profesionales.
- El favorecer el desarrollo de redes de conexión entre las asociaciones de pacientes para que compartan experiencias.
- El promover la receta electrónica.
- El desarrollo del centro de investigación de cronicidad.
- La puesta en marcha de proyectos piloto enfocados en la innovación. Aquellos que reporten resultados favorables se generalizarán.

Dentro de estos nuevos proyectos la atención al dolor crónico se integra dentro de la atención clínica integrada, de la atención sociosanitaria y del modelo de atención integral de cuidados paliativos.

Plan de contratación territorial

El plan de contratación territorial es una herramienta novedosa que permite el alineamiento de la nueva política sanitaria con la contratación de servicios, de tal forma que garantice el desarrollo satisfactorio de estos proyectos.

Desde la Administración se definen un marco y unas actuaciones. El marco hace referencia a las líneas estratégicas y la estrategia de la cronicidad, mientras que las actuaciones se refieren a las acciones específicas desarrolladas. Estas actuaciones cuentan con financiación pública, lo que permite a los centros disponer de más recursos.

Acuerdos de gestión

En Álava, en materia de integración se pretende ir más allá de la coordinación. Para ello se han desarrollado los llamados acuerdos de gestión entre AP y AE. Se trata de una colaboración estructurada basada en un documento de compromiso establecido entre dirección hospitalaria y los jefes de servicio con el objetivo de identificar procesos que, por motivos de incidencia o de prevalencia, reporten beneficios compartidos.

Actuaciones como la formación, la accesibilidad en cuanto a las listas de espera, el acceso a pruebas complementarias por parte de AP, el establecimiento de tasas y protocolos de derivación se agilizan a través de estos acuerdos. Esta mecánica de trabajo representa un avance en el compromiso frente al modelo antiguo.

Para el colectivo de los economistas de la salud, los acuerdos de gestión deberían contar con la opinión del paciente y del ciudadano, ya que de nada sirve definir una estrategia para el paciente sin contar con el mismo.

Desde el colectivo de AE se señala como positivo el desarrollo de herramientas, como los acuerdos de gestión y la receta electrónica, que permitan la coordinación de todos los profesionales implicados en el abordaje de ciertas patologías, pero muestran su escepticismo frente a su aplicación en el ámbito del dolor crónico. En este ámbito resulta de mayor eficacia la inclusión de la patología entre las prioridades de la cartera de salud y el mayor seguimiento del arsenal terapéutico destinado al control de esta

patología. En este sentido sería loable la incorporación de indicadores de gestión que pregunten o indaguen sobre el correcto diagnóstico, tratamiento y seguimiento de este tipo de pacientes dentro del Servicio Vasco de Salud.

Dolor crónico y cuidados paliativos

En Álava está implantado un Modelo de Atención Integral de Cuidados Paliativos realizado con la participación de los profesionales de los diferentes niveles asistenciales. Está centrado en el paciente y su entorno familiar y contempla el domicilio como principal receptor de cuidados. Los pacientes identificados en esa situación presentan en gran parte de los casos, entre otros síntomas, cuadros de dolor crónico cuya actuación y manejo terapéutico se contemplan en el Plan de Actuación Individualizado (PAI), que establece la hoja de ruta en el manejo terapéutico de estos cuadros por parte de los profesionales de los diversos niveles asistenciales que pueden intervenir dependiendo de la evolución y el grado de complejidad de cada caso.

El fomento de la colaboración sociosanitaria con el resto de instituciones es fundamental en el manejo de patologías crónicas y están condicionadas por aspectos sociales como es el entorno familiar, la situación económica, etc.

Para garantizar la mejor atención del paciente crónico y la sostenibilidad del sistema hay que buscar fórmulas de colaboración y financiación compartida entre los diferentes agentes que componen la red sociosanitaria (residencias, centros de discapacidad, unidades psicosociales, etc.).

Fomentar el papel activo del farmacéutico

El colectivo de farmacia valora el nuevo modelo como positivo, aunque demanda mayor colaboración de la farmacia en la definición de las catorce actuaciones y el desarrollo de futuras estrategias en dolor. Consideran que podrían aportar valor en cuanto a la prevención y al autocuidado de la salud. Por su parte, la Administración señala la presencia del papel activo del farmacéutico en el seguimiento del paciente a través de la receta electrónica.

De forma generalizada, los especialistas reunidos solicitan a la Administración Regional una mayor presencia del abordaje del dolor crónico en el nuevo plan estratégico del paciente crónico en Euskadi.

ECONOMÍA DE LA SALUD

- **Profesor D. Juan Manuel Cabasés, Catedrático de Economía Aplicada de la Universidad Pública de Navarra**

El representante del colectivo de economistas de la salud señala como principales causas de la ausencia de estudios específicos que valoren la carga/coste del dolor crónico las siguientes:

- La transversalidad de la enfermedad (que hace que se pueda incurrir en doble contabilidad).
- El desconocimiento de la prevalencia.
- La heterogeneidad de los lugares de tratamiento.
- La ausencia de guías de práctica clínica.

Para poder mejorar la valoración del coste derivado del manejo de esta patología se debe tener en cuenta: la utilización de servicios sanitarios y sociales, los recursos utilizados por el paciente y su entorno familiar, los cuidados informales que precisa, la capacidad de producción perdida (potencial *versus* real), el coste de oportunidad de la gestión no efectiva del dolor crónico (consultas médicas adicionales, automedicación ineficiente, sobredosis, efectos adversos...) y la pérdida de calidad de vida (es decir, el coste intangible del dolor).

Los economistas de la salud defienden el fomento de una cultura de evaluación económica que permita evaluar el coste real del dolor (costes directos e indirectos) y la efectividad de los tratamientos (efectos en salud) con el fin de desarrollar una estrategia específica en dolor crónico que haga posible:

- Definir una visión a medio/largo plazo.
- Establecer objetivos, cuantificarlos y ordenarlos.
- Establecer acciones concretas a realizar.
- Identificar a los responsables de los objetivos y las acciones.
- Establecer un cuadro de mando: calendario, responsables, presupuestos e indicadores de resultados.

Herramientas de evaluación del dolor crónico

Para la evaluación de la efectividad del manejo del dolor crónico se propone el uso de herramientas como Año de Vida Ajustado por Calidad (AVAC o QALYs), EQ-5D o de

otras medidas obtenidas de los pacientes o PROMs (*Patient Reported Outcomes Measures*).

La ventaja de los PROMs es que constituyen una herramienta de seguimiento que recoge la opinión del paciente, aspecto valorado positivamente por todos los profesionales reunidos como método de información adicional sobre la información clínica evaluada por el profesional sanitario.

Por su parte, el EQ-5D es un instrumento de calidad de vida asociada a la salud percibida por el paciente desarrollada por el Grupo EuroQol (www.euroqol.org). La información es aportada por el propio paciente y responde a cinco dimensiones y, en su versión más reciente, cinco niveles para cada dimensión (sin problema, leve, moderado, severo y extremo):



El EQ-5D contiene, además, una escala visual analógica, de 100 puntos, para expresar el estado de salud en un número de 0 a 100 (peor estado de salud imaginable y mejor estado de salud imaginable, respectivamente), similar a la utilizada por los profesionales sanitarios para medir la intensidad del dolor (EVA de 10 puntos).

Un correcto diagnóstico y tratamiento del dolor crónico aportaría múltiples beneficios, entre los que destacan:

- Reducción de los costes sanitarios y sociales.
- Reducción de los cuidados informales.
- Incremento de la productividad. Más jornadas de trabajo y más productivas.
- Mejora de la calidad de vida asociada a la salud.

Como retos de futuro se señalan:

- Mejorar la información sobre prevalencia del dolor crónico.
- Mejorar las estimaciones de la carga de la enfermedad.
- Mejorar la información sobre salud autopercebida (PROMs).
- Mejorar la información sobre resultados.
- Incorporar la evaluación económica de procedimientos diagnósticos y tratamientos para ordenar prioridades.
- Integrar todo en un plan estratégico de atención al dolor crónico que defina una visión a corto-medio plazo que, a su vez, establezca una misión y objetivos, que marque presupuestos, personas responsables, entre otros aspectos.

FARMACIA

- **D. Miguel Ángel Gastelurrutia, *Presidente del Comité Científico de la Sociedad Española de Farmacia Comunitaria (SEFAC)***

El representante del colectivo de farmacia señala la farmacia comunitaria como un lugar clave para el seguimiento farmacoterapéutico y de información del paciente con dolor crónico basándose en la frecuencia de sus visitas. Los pacientes con dolor acuden a la farmacia comunitaria al menos una vez al mes. Esta frecuencia, unida a la relación de confianza establecida entre el paciente y el farmacéutico, ponen de manifiesto la infrutilización de este profesional en relación al manejo del dolor.

La atención del dolor es una de las consultas más habituales en las farmacias comunitarias. Los dolores más comunes son el lumbar y el de piernas.

Los medicamentos dispensados con más frecuencia para este tipo de patología son paracetamol, metamizol, ibuprofeno y diclofenaco, lo que pone de manifiesto la elevada prescripción de medicamentos pertenecientes al primer escalón de la Escala Analgésica (OMS). Esta situación debe llevar a reflexionar sobre si se están utilizando las escaleras analgésicas terapéuticas de forma adecuadas por parte de los profesionales encargados de la prescripción de los analgésicos. En este sentido, los profesionales reunidos no cuestionan la eficacia del actual arsenal terapéutico.

Los profesionales reunidos apoyan el rol activo del farmacéutico en el abordaje del paciente con dolor crónico no solo en materia del seguimiento farmacológico y del cumplimiento terapéutico del paciente, sino también de la transmisión adecuada de

información al mismo. Asimismo, señalan la necesidad de que todos los profesionales sanitarios repitan los mismos mensajes para concienciar al paciente con dolor en su enfermedad y enfrentarse así con éxito a la subjetividad del dolor.

Incumplimiento terapéutico

Desde la farmacia comunitaria se percibe un elevado incumplimiento terapéutico en materia de dolor crónico debido, entre otros factores, a la falta de efectividad de los medicamentos que comunican los pacientes. Para combatir esta situación abogan por la prescripción de los medicamentos que hayan demostrado su eficacia con independencia del impacto económico que su uso pueda derivar para el sistema público de salud vasco.

Mayor colaboración entre profesionales

Asimismo, se echa de menos por parte de los farmacéuticos de atención comunitaria un papel más cercano del profesional de la farmacia con los centros de salud. En la actualidad, los farmacéuticos no disponen de criterios de derivación y/o protocolos entre AP y la farmacia comunitaria que mejoren la continuidad asistencial del paciente.

El colectivo de farmacia sugiere la posibilidad de utilizar la EVA en las farmacias para mejorar la coordinación con los niveles de AP y AE. Sin embargo, los especialistas de la salud no ven útil medir el dolor en la farmacia comunitaria por su carácter evolutivo, puntual, sencillo y difícil de interpretar.

En relación a la formación del farmacéutico en dolor, ésta se valora como positiva pero se señala la conveniencia de desarrollar una formación conjunta con los profesionales de AP sobre cómo actuar frente a este tipo de pacientes.

Beneficios de la receta electrónica

El representante de la Administración señala la receta electrónica como una herramienta que aportará valor al farmacéutico al ir más allá de la prescripción, la dispensación y el seguimiento de la adherencia al tratamiento.

Esta herramienta permitirá un diálogo más fluido entre diferentes profesionales, en colaboración con la farmacia comunitaria y el ciudadano para educarlo y responsabilizarlo. En la actualidad se encuentra en un grado de desarrollo bajo, al requerir una inversión en infraestructura tecnológica.

PACIENTE

- **Dña. Arantzea Gabana, *Presidenta de la Asociación de Artritis Reumatoide y Espondilitis Anquilosante (ADEAR) y representante de la Confederación Española de Personas Afectadas por Reumatismos (CONFEPAR)***

El representante del colectivo de pacientes señala la mejora de la información al paciente sobre determinadas enfermedades relacionadas con el dolor crónico (como por ejemplo la artritis reumatoide) respecto a hace unos años, así como la falta de tiempo de los profesionales.

La información ha mejorado en varios aspectos: además de la de los profesionales, se ha avanzado notablemente en los manejos de la enfermedad, es decir, avances y mayor información de las mismas. También Internet es una herramienta que usada de una forma adecuada es una gran apuesta.

El impacto que tiene la falta de información repercute directamente sobre la adherencia al tratamiento por parte del paciente.

Tratamientos eficaces y paciente responsable

Se defiende el poner a disposición del paciente aquellos tratamientos que han demostrado su eficacia, con independencia de su coste, así como la involucración, implicación del paciente en el diagnóstico y seguimiento de la enfermedad al tratarse de una enfermedad subjetiva que presenta dificultades para cuantificar el dolor.

Mejora de la continuidad asistencial

Para lograr una mejora de la continuidad asistencial el representante de este colectivo propone la puesta a disposición del paciente de un equipo multidisciplinar de expertos y el fomento del diagnóstico precoz. La mejora de la continuidad y calidad asistencial revertirá en la mejora de la calidad de vida del paciente.

Mejora de la información al paciente

El mejorar la información al paciente con dolor crónico resulta de vital importancia para evitar un elevado impacto emocional a la hora de recibir el primer diagnóstico. Informar de las limitaciones que conlleva la enfermedad es tan importante como informar acerca de los beneficios que aporta un correcto tratamiento y cumplimiento terapéutico sobre la calidad de vida del paciente.