

## Jornadas autonómicas Dolor y Sociedad. Noviembre de 2010.

X  
x

**Carlos Fluixá Carrascosa**

Presidente de la Societat Valenciana de Medicina Familiar i Comunitària  
Correspondencia: svmfyc@svmfyc.org

fml. 2010; 14(6):3p  
Disponible en: <http://www.revistafml.es/articulo/114/jornadas-autonomicas-dolor-y-sociedad-noviembre-2010/>

Recibido el: 12/12/2010  
Aceptado el: 15/12/2010  
Publicado el 23/12/2010

*El 10 de noviembre se invitó al presidente de la SVMFiC a participar en la Jornada Autonómica Dolor y Sociedad para dar un punto de vista desde la atención primaria. A continuación se transcribe el texto de la exposición y las diapositivas (sin el vídeo del paciente para evitar su difusión masiva no controlada). Los datos expuestos han sido posibles gracias a los socios participantes del Observatorio de Atención Primaria de SVMFiC a los que desde aquí se les da las gracias por su colaboración.*

### **Dolor. Epidemiología y aspectos básicos.**

El dolor como síntoma, rebasa el marco estrictamente personal y sanitario para convertirse en un problema o enfermedad social. Según el estudio Pain In Europe, la prevalencia del dolor crónico en España se sitúa en un 11%, con una duración media de 9 años. Casi la mitad de ellos (el 47%) padece dolor diariamente. Esta cifra aumentará en los próximos años a consecuencia del envejecimiento de la población, lo que supondrá al mismo tiempo un incremento de las necesidades sociosanitarias.

Es además el síntoma acompañante que más frecuentemente motiva una consulta médica.

Supone un precio elevado tanto en términos económicos como de salud, en parte por ser uno de los motivos más frecuentes de utilización de los servicios de salud además del importante consumo de fármacos. Requiere en muchos casos una actuación multidisciplinar.

Todo esto ya es conocido y a nivel nacional e internacional es aceptado y potenciado el interés en mejorar la lucha control del dolor. Como ejemplo:

El alivio del dolor es considerado por la OMS como un derecho humano.

Desde la IASP (Asociación internacional del estudio del dolor) se propone este año aunar esfuerzos en lemas anuales con la intención de luchar contra el dolor agudo. En este caso adquiere importancia el dolor que ocurre a nivel postoperatorio pues en este caso atentaría contra el principio de no maleficencia (problema ético).

Hay una facilitación de la prescripción por parte de la Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios provocada tras una presión de desburocratización desde el documento APXXI.

Este año se ha concedido el Premio príncipe de Asturias a investigadores del dolor.

Además se plantea la consideración del dolor como 5º signo vital (tras la temperatura, frecuencia cardíaca, presión arterial y frecuencia respiratoria)

Pero lo más importante es que detrás de todo esto hay un sufrimiento humano. Es el sufrimiento del paciente con dolor el protagonista de estas jornadas y por eso me he permitido traerles un testimonio de hace unos años de un paciente mío que padecía una enfermedad terminal. Al preguntarle qué era lo que le alegraba el día en una situación como la que estaba pasando, me contestó "No tener dolor" "...lo más importante es sin duda la lucha contra el dolor".

Yo pensaba que contestaría un amanecer, una visita de un amigo lo que iba a alegrarle el día, pero no; lo único que pedía era no tener dolor.

A pesar de considerarme ser un médico con interés en tratar y cuidar el dolor, volví a aprender que seguimos subjetivizando síntomas; a veces se nos olvida preguntar a los pacientes y en su lugar opinamos nosotros por ellos.

## El dolor y la Atención Primaria

Decía Balint que "la medicina más común y poderosa que usa el médico es su propia palabra". Yo añadiría "...su propia palabra que transmita *asertividad, empatía, alianza con el paciente y responsabilidad por su cuidado* además de la escucha". Esta frase tiene más valor si cabe cuando estamos hablando del dolor, y sobretodo si lo vemos desde el punto de vista de la Atención Primaria que recuerdo aborda y resuelve el dolor en el 85-95% de los casos, que está presente en un 53% de las consultas médicas (65% de mas de 65 años sufren dolor crónico), y además, como hemos comentado antes, se trata de un serio problema sanitario con importantes consecuencias de sufrimiento y deterioro de calidad de vida de los pacientes; consecuencias que afectan a su entorno familiar, laboral y social, independientemente de las repercusiones socioeconómicas y laborales para el sistema.

El dolor es un problema complejo, en el que intervienen diversos factores biológicos, psicológicos y sociales, poco entendido y en muchas ocasiones sin resolver. La presencia de dolor en múltiples enfermedades es responsable de un aumento de la morbilidad y fuente de trastornos psicológicos importantes que precisan atención y tratamiento especializado.

Hay distintos umbrales del dolor con elevada variabilidad de la respuesta dolorosa entre las personas. Además es vivido de diferente forma por cada persona según sus valores culturales y creencias espirituales, y en todos los grupos étnicos tratan de dar sentido al sufrimiento como parte de la existencia de todos los seres humanos. Y por otro lado es importante tener en cuenta el contexto biográfico y relacional y que hay una elevada variabilidad de la respuesta dolorosa entre las personas.

Siempre opinaremos que el que debe tratar una patología es aquel que mejor vaya a manejar dicha patología (experiencia, conocimiento, disponibilidad, confianza, relación médico-paciente...), pero en este caso, el conocimiento de la persona y su circunstancia, la posibilidad de seguimiento cercano y el abordaje biopsicosocial en el diagnóstico, tratamiento y control del dolor, hace que una vez más sea el médico de familia por su situación, el especialista ideal para poder tratar y controlar el dolor de sus pacientes.

## Dolor y sufrimiento

Por último aquí recordar que dolor y sufrimiento no son términos sinónimos. El mismo dolor no produce la misma valoración de amenaza en todas las personas ni todas ellas poseen los mismos recursos para hacerle frente. El sufrimiento constituye un fenómeno más amplio que el dolor y tiene muchas causas potenciales, de las cuales el dolor es sólo una de ellas.

El sufrimiento es un concepto más amplio que la depresión. Las personas que padecen dolor declaran con frecuencia de que únicamente sufren cuando su origen es desconocido, cuando creen que no puede ser aliviado, cuando su significado es funesto y/o cuando lo perciben como una amenaza; cuando temen su prolongación, reaparición o intensificación en el futuro sin posibilidad de control.

Hay que aliviar no sólo los síntomas que padece sino también los síntomas concretos, orgánicos o psicosociales que de acuerdo con su biografía individual, sean motivo de sufrimiento para él en un momento y situación determinados.

Esto lo aprendemos en AP al compartir el dolor de los pacientes que *sufren*, pacientes con enfermedades crónicas *reumatológicas* con el dolor como sintomatología centro de sus vidas (desde la artrosis hasta enfermedades invalidantes autoinmunes), pacientes con deseo de quitarse la vida por *dolores neuropáticos* intensos como el producido por HZV, patologías no del todo comprendidas ni explicadas como la *fibromialgia* o pacientes con enfermedades terminales cuyo dolor hace en ocasiones indigna la vida.

Pero lo más importante es ponerse en el lugar del paciente para poder tratar los síntomas que son realmente importantes para él: escuchar y actuar en consecuencia.

Todo esto hace que sea fundamental un correcto abordaje del dolor desde el inicio que ayude a dirigir el tratamiento del dolor. El empleo de tratamientos eficaces no sólo disminuye el dolor sino que mejora las manifestaciones asociadas, las relaciones interpersonales, la calidad de vida y el desarrollo de actividades cotidianas con una importante mejoría de la calidad de vida del paciente.

Es fundamental el reconocer los límites de la medicina en diagnóstico y tratamiento, la importancia de personalizar tratamientos, de reconocer umbrales de dolor justificados no sólo por la patología sino por la multi-causalidad, personalidad, patología psicológica asociado ... por todo ello, es fundamental la personalización del tratamiento (tratar personas y no enfermedades), es necesario disponer de tiempo y conocimiento (y más siendo los pacientes a domicilio los que más sue-

len requerir por sus patologías asociadas), y es importante cribar adecuadamente la remisión a otras unidades especializadas sabiendo previamente bien que pacientes van a tolerar y aceptar medidas más cruentas o agresivas y quién no va a estar dispuesto a ello.

## **El dolor. Algunos puntos de vista desde el médico de familia de la Comunidad Valenciana.**

A continuación se dan los datos extraídos de una consulta realizada a compañeros médicos de familia de la Comunidad Valenciana que participan como miembros del Observatorio de la SVMFiC. En este caso participaron 88 médicos de todos los departamentos de salud.

De forma resumida, los resultados de la encuesta expresan:

- 1.- El conocimiento del manejo del dolor es considerado bueno o muy bueno en el 87% de los casos.
- 2.- Es necesaria la existencia de Unidades del Dolor; un 21,3% de los encuestados considera imprescindible la existencia de dichas Unidades de referencia para los médicos de Atención Primaria.
- 3.- La patología que se remite o remitiría con mayor frecuencia sería la de dolor neuropático, seguida del oncológico y reumatológico.
- 4.- Se considera positiva la existencia de un consultor filtro de interconsultas a la Unidad del Dolor siempre que sea con contacto personalizado y tenga como objetivo el mejorar los conocimientos en el tratamiento del dolor.
- 5.- Se considera importante (60,3%) la posibilidad de acceso telefónico con unidades del dolor para consultas puntuales.
- 6.- La demora de las interconsultas a la Unidad del dolor es en el 85% de más de 1 mes (un 22,5% de más de 6 meses)
- 7.- Solo en 5 Departamentos hay uniformidad entre los encuestados del mismo departamento, a la hora de contestar si hay o no Unidad del Dolor en el departamento. Curiosamente hay discordancia incluso en las respuestas de médicos del mismo centro de salud.

## **CONCLUSIÓN**

1.- El lugar que ocupa el especialista en medicina familiar y comunitaria es privilegiado para controlar y tratar este síntoma por lo que debería mejorarse la formación a este nivel para que lo que acudiera a las Unidades del Dolor dependiera de tratamientos cruentos o mala respuesta a un correcto tratamiento previo.

2.- A pesar de que los conocimientos del tratamiento del dolor que tiene el médico de familia son considerados como adecuados, es necesaria una formación continua del médico de AP en el tratamiento del dolor en fármacos, abordaje psicológico y entrevista clínica que permita potenciar la participación del ciudadano en el manejo del dolor, fomentando a su vez una actitud proactiva del ciudadano mediante la información, comunicación y la participación.

3.- En caso de plantearse la presencia de la figura de un médico interconsultor sería interesante siempre que se plantee desde el punto de vista de detección de necesidades y potenciar la formación en atención primaria.

4.- Hay una heterogeneidad en la provisión de servicios y por tanto desigualdades en el acceso al tratamiento y en la calidad que debe resolver la AVS.

5.- Hay signos que indican una falta de coordinación entre las Unidades de Dolor y AP.

## **PROPUESTAS desde AP**

Las propuestas desde AP irían encaminadas a potenciar el mejor control del dolor en AP centrandose esfuerzos en los siguientes puntos:

- Importancia de medir los síntomas para evitar subjetivizar.
- Introducir a enfermería en el manejo de estas escalas.
- Utilizar estrategias para la evaluación del dolor: Escala analgésica visual accesible fácilmente en la historia clínica electrónica para enfermería y médicos que permita objetivar el grado de dolor.
- Valorar introducir el dolor como 5º signo vital.
- Facilitar asesoría telefónica sobre dudas diagnósticas, recomendaciones e interacciones.