

Cátedra
Extraordinaria del Dolor
“FUNDACIÓN GRÜNENTHAL”
de la Universidad de Salamanca

“MANEJO DEL
PACIENTE CON
DOLOR”
XI REUNIÓN DE
EXPERTOS

“MANEJO DEL PACIENTE CON DOLOR” XI REUNIÓN DE EXPERTOS

“MANEJO DEL PACIENTE CON DOLOR”

XI REUNIÓN DE EXPERTOS

Salamanca, 26 y 27 de Septiembre de 2011

Cátedra Extraordinaria del Dolor
FUNDACIÓN GRÜNENTHAL
Universidad de Salamanca

Copyright: FUNDACIÓN GRÜNENTHAL
Depósito Legal: M-?????-2011
Reservados todos los derechos.

“MANEJO DEL PACIENTE CON DOLOR”

XI REUNIÓN DE EXPERTOS

Entidades Representadas:

Universidad de Salamanca	Sociedad Española de Cuidados Paliativos
Complejo Hospitalario de Salamanca	Sociedad Española de Medicina General
Instituto de Neurociencias de Castilla y León	Sociedad Española de Medicina Rural y Generalista
Sociedad Española del Dolor	Sociedad Española de Rehabilitación y Medicina Física
Sociedad Española de Reumatología	Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias
Sociedad Española de Neurología	Sociedad Española de Psiquiatría
Sociedad Española de Farmacología Clínica	Sociedad Española de Anestesiología Reanimación y Terapéutica del Dolor
Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria	Sociedad Española de Geriatria
Sociedad Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología	

Cátedra Extraordinaria del Dolor
FUNDACIÓN GRÜNENTHAL
Universidad de Salamanca

DIRECTOR Y COORDINADOR DEL CURSO

Prof. Clemente Muriel Villoria

Catedrático de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor.
Hospital Clínico Universitario, Universidad de Salamanca.

Director de la Cátedra Extraordinaria del Dolor.
“FUNDACIÓN GRÜNENTHAL”
Universidad de Salamanca

PARTICIPANTES

DIRECTORES Y COORDINADORES DE LA X REUNIÓN DEL CURSO

Prof. Clemente Muriel Villoria

Catedrático de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor.
Hospital Clínico Universitario, Universidad de Salamanca.

Director de la Cátedra Extraordinaria del Dolor.

“FUNDACIÓN GRÜNENTHAL”

Universidad de Salamanca

Dra. Isabel Sánchez Magro

Directora Médico Grünenthal Pharma.

GRUPO DE TRABAJO DE FIBROMIALGIA

Coordinador

Dr. Cayetano Alegre de Miquel

Jefe Clínico de Reumatología. Hospital Vall d'Hebron.

Jefe del Servicio de Reumatología Institut Universitari Dexeus, Barcelona.

Panel de expertos

Dr. Javier Ballina García

Servicio de Reumatología. Hospital Central de Asturias, Oviedo.

Dr. Antonio Collado Cruz

Coordinador de la Unidad de Fibromialgia del Hospital Clínico de Barcelona.
Miembro del Comité Científico de la Fundación de Afectados de Fibromialgia y
Fatiga Crónica de Barcelona.

Dr. Eduardo Gutiérrez Rivas

Médico Adjunto del Servicio de Neurología. Hospital 12 de Octubre, Madrid.

Dra. Dolores Navarro Rubio

Vicepresidente del Foro Español de Pacientes.

Dr. Javier Rivera Redondo

Médico Adjunto, Unidad de Reumatología. Instituto Provincial de Rehabilitación,
Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid.

Dr. Antonio Yusta Izquierdo

F.E.A. de Neurología. Hospital General Universitario de Guadalajara.
Profesor Asociado de Neurología. Facultad de Medicina UAH.

Dra. Pilar Martín las Cuevas

Médico de Familia. Centro de Salud Paulino Prieto, Oviedo.

**GRUPO DE TRABAJO: LA ATENCIÓN AL ANCIANO CON DOLOR
CRÓNICO O PERSISTENTE**

Coordinador

Dr. Javier Gómez Pavón

Servicio de Geriatria. Hospital Central de la Cruz Roja, Madrid.

Panel de expertos

Dr. Francisco Robles Agudo

Servicio de Geriatria. Hospital Canto Blanco, Madrid.

Dra. Carmen Navarro Ceballos

Servicio de Geriatria. Hospital Severo Ochoa. Leganés, Madrid.

Dr. Feliciano Sánchez Domínguez

Médico de la Unidad Urbana de Cuidados Paliativos de Salamanca.
(Asociación Española Contra el Cáncer) Sacyl, Salamanca.

Dr. Ángel Álvarez Sánchez

Servicio de Digestivo. Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

Dr. Andrés Sánchez Escobar

Psicólogo. Director del Servicio de Orientación Familiar de Toledo.

GRUPO DE TRABAJO: DOLOR NEUROPÁTICO

Coordinador

Dr. Manuel J. Rodríguez López

Ex-Presidente de la Sociedad Española del Dolor. Jefe de la Unidad del Dolor
Hospital Universitario Carlos Haya, Málaga.

Panel de expertos

Dr. Emilio Blanco Tarrío

Sociedad Española de Medicina Rural y Generalista.
Coordinador del Grupo de Trabajo de Tratamiento del Dolor de Semergen.
Centro de Salud María Auxiliadora de Béjar, Salamanca.

Dr. Ignacio Calvo Sáez

Jefe de la Unidad del Dolor del Hospital de Navarra.

Dr. Pedro Javier Cañones Garzón

Secretario General de la Sociedad Española de Medicina General.
Centro de Salud “Isla de Oza”. Madrid.

Dr. Antonio Hernández Royo

Presidente de la Sociedad Española de Rehabilitación y Medicina Física.
Jefe del Servicio de Rehabilitación Hospital Arnau de Vilanova, Valencia.

Dr. Lucio San Norberto García

Médico Adjunto Servicio de Anestesiología y Reanimación. Hospital de Salamanca.

Dr. Luis Miguel Torres Morera

Jefe Servicio de Anestesia, Reanimación y Tratamiento del Dolor.
Hospital Puerta del Mar, Cádiz. Profesor Asociado Universidad de Cádiz.

GRUPO DE TRABAJO: MANEJO DE OPIOIDES EN EL DOLOR

Coordinador

Prof. Javier del Pino Montes

Profesor Titular-Facultad de Medicina de Salamanca. Departamento de Medicina.
Sección de Reumatología.

Panel de expertos

Dr. Alberto Barba Tejedor

Profesor de la Facultad de Psicología. Departamento de Psicología Social.
Universidad de Salamanca.

Dra. Carmen de la Fuente Hontañón

E.A.P. “Plaza del Ejército”. Valladolid. Programa de Cuidados Paliativos. Sociedad
Castellano-Leonesa de Cuidados Paliativos.

Dr. Jesús Pérez del Molino

Jefe de Área de Geriatria y Psicogeriatría del Centro Hospitalario Padre Menni de Santander. Presidente de la Sociedad de Geriatria y Psicogeriatría de Cantabria.

Profa. Raquel Rodríguez Rodríguez

Catedrática Facultad de Medicina de Salamanca. Dpto. de Bioquímica y Biología Molecular. Instituto de Neurociencias de Castilla y León.

Prof. José Ignacio Calvo Arenillas

Catedrático de Fisioterapia Universidad de Salamanca. Especialista en Rehabilitación.

Dr. Alfonso de Cabo Rodríguez

Servicio de Traumatología, Hospital Virgen de la Vega de Salamanca.
Profesor Asociado de Traumatología y Cirugía Ortopédica. Universidad de Salamanca.

Dr. Carlos Barutell Farinós

Ex Presidente Sociedad Española del Dolor.
Unidad del Dolor Clínica del Pilar, Barcelona.

Dr. Alejandro Tejedor Varillas

Medico de Familia. Centro de Salud “Las Ciudades”. Getafe, Madrid.

GRUPO DE TRABAJO: DOLOR ONCOLÓGICO

Coordinador

Prof. Juan Jesús Cruz Hernández

Catedrático de Oncología. Universidad de Salamanca. Jefe de Servicio de Oncología Hospital Universitario de Salamanca.

Panel de expertos

Dra. Ana Casas Fernández de Tejerina

Servicio de Oncología. Hospital Virgen del Rocío, Sevilla.

Dr. Javier Casinello Espinosa

Jefe de Servicio de Oncología Médica. Hospital Universitario de Guadalajara.

Prof. Rogelio González Sarmiento

Catedrático de Medicina Molecular. Universidad de Salamanca.

Dr. Jerónimo Herrera Silva

Jefe de la Unidad del Dolor. Hospital Universitario Virgen de Valme, Sevilla.

Prof. Ginés Llorca Ramón

Catedrático de Psiquiatría. Universidad de Salamanca.

Dra. Juana Sánchez Jiménez

Médico de Familia. Centro de Salud de Berja, Almería. Vicesecretaria General SEMG.

Dr. Juan Ignacio Santos Lamas

Médico Adjunto Unidad del Dolor. Hospital Universitario de Salamanca.

GRUPO DE TRABAJO: ASPECTOS SOCIOECONÓMICOS DEL DOLOR

Coordinador

Dr. José Ramón González-Escalada Castellón

Jefe de la Unidad del Dolor del Hospital Ramón y Cajal de Madrid.

Panel de expertos

Dra. Concepción Ceballos Alonso

Directora Médica del Hospital Universitario de Salamanca.

Dra. María Rull Bartomeu

Servicio de Anestesiología y Reanimación Unidad del Dolor y Cuidados Paliativos.

Hospital Universitario de Tarragona Juan XXIII.

Profesor Asociado Departamento de Medicina y Cirugía.

Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud. Universidad Rovira i Virgili.

Dr. Filadelfo Bustos Molina

Ex-Presidente de ASECMA (Asociación Española de Cirugía Mayor Ambulatoria).

Jefe de Servicio de Anestesiología, Reanimación y Tratamiento del Dolor.

Hospital Virgen de la Salud, Toledo.

Prof. Rodrigo Miralles Marrero

Profesor Titular de Cirugía Ortopédica y Biomecánica Clínica. Facultad de Medicina y

Ciencias de la Salud. Universidad Rovira i Virgili. Jefe de Servicio de C.O.T.

Hospital Sant Joan. Reus, Tarragona.

Dr. Francisco Sánchez Montero

Médico Adjunto Unidad del Dolor. Hospital Universitario de Salamanca.

Dr. Fernando Vilanova Cardenal

Servicio de Anestesiología y Reanimación y Clínica del Dolor. Hospital Santa Creu i San Pau, Barcelona.

GRUPO DE TRABAJO: EVALUACIÓN Y DIAGNÓSTICO DEL DOLOR

Coordinador

Prof. Javier Vidal Fuentes

Servicio de Reumatología. Unidad de Dolor Reumático. Hospital General Universitario de Guadalajara. Profesor Asociado de Medicina UAH.

Panel de expertos

Dra. Gertrudis Saucedo Díaz

Responsable de la Unidad de Resonancia Magnética. Clínica Puerta de Hierro, Madrid.

Dr. Pedro T. Sánchez Hernández

Jefe de la Unidad de Psicología Clínica. Consorcio Hospital General Universitario. Servicio de Oncología Médica. Hospital General de Valencia.

Dr. Jaime Calvo Alén

Jefe Sección Reumatología. Hospital Sierrallana. Torrelavega.

Dr. Jorge Contreras Martínez

Médico Adjunto Oncología Radioterápica. Hospital Carlos Haya, Málaga.

Dr. Daniel Samper Bernal

Jefe de Sección y Director de Unidad de Dolor del Servicio de Anestesiología del Hospital Universitario Germans Trias i Pujol de Badalona, Barcelona.

Dr. Francisco Reinoso Barbero

Director de la Unidad de Dolor Infantil del Hospital la Paz de Madrid.

Prof. Jesús López Arrieta

Jefe Servicio Geriátrica, Hospital de Cantoblanco-La Paz. Madrid.

Prof. Francisco Lozano Sánchez

Catedrático de Cirugía Vascular de la Universidad de Salamanca.

Dr. Ángel Oteo Álvaro

Traumatología y Cirugía Ortopédica. Centro de Especialidades de Moratalaz, Madrid.

**GRUPO DE TRABAJO: FARMACOTERAPIA PARA EL CONTROL DEL DOLOR.
PAUTAS DE USO**

Coordinadora

Dra. María Victoria Ribera Canudas

Jefe de la Unidad de Dolor. Hospital Universitario Vall d'Hebron, Barcelona.

Panel de expertos

Dr. José María Recalde Manrique

Coordinador CADIME en Escuela Andaluza de Salud Pública. Granada.

Profa. Margarita Puig Riera

Prof. Titular de Anestesiología. Director de la Cátedra Extraordinaria de Dolor
Universitat Autònoma de Barcelona.

Prof. Juan Antonio Micó

Catedrático de Farmacología de la Universidad de Cádiz.

Dr. José Luis de la Calle Reviriego

Médico Adjunto Unidad para el estudio y Tratamiento del Dolor.
Hospital Ramón y Cajal, Madrid.

Dr. Alberto Camba Rodríguez

Presidente de la Sociedad Española del Dolor (SED). Jefe de Servicio de Anestesiología,
Reanimación y Tratamiento del Dolor. Hospital Arquitecto Marcide. Ferrol, La Coruña.

Dr. Juan Antonio Virizuela Echaburu

Médico Adjunto Oncología Médica, Hospital Universitario Virgen de la Macarena, Sevilla.

Dr. Pedro Gil Gregorio

Jefe de Servicio de Geriátrica. Hospital Clínico San Carlos, Madrid.
Presidente de la SEGG.

SUMARIO

PRÓLOGO	17
I. LA ADMINISTRACIÓN SANITARIA FRENTE AL DOLOR I	21
II. LA ADMINISTRACIÓN SANITARIA FRENTE AL DOLOR I I	31
III. XI REUNIÓN DE EXPERTOS SOBRE “MANEJO DEL PACIENTE CON DOLOR”	41
IV. GESTIÓN DE LA CALIDAD EN LAS UNIDADES DEL DOLOR	55
V. LA INVESTIGACIÓN BÁSICA EN EL ÁREA DE ANALGÉSIA	61
VI. INVESTIGACIÓN CLÍNICA EN DOLOR: TEORÍAS Y REALIDADES	69
VII. ENFERMERÍA Y EL DOLOR	83
VIII. EL PACIENTE CON DOLOR EN LA CONSULTA DEL MÉDICO DE FAMILIA	93
IX. EL PACIENTE CON DOLOR EN LA UNIDAD DEL DOLOR	93

PRÓLOGO

LA ADMINISTRACIÓN SANITARIA FRENTE AL DOLOR I

Dr. Juan Antonio Guerra de Hoyos
Junta de Andalucía

Es excepcional que alguien no haya experimentado nunca dolor, como se indica en nuestro refranero español: “*El dolor lo sufre el rey, el papa y el que no tiene capa*”, el dolor es considerado pues un fenómeno universal, todos los individuos lo experimentan a lo largo de su vida en mayor o menor medida, está presente como síntoma o consecuencia en múltiples enfermedades y en todos los niveles de la atención sanitaria. Es además una experiencia difícil de definir y de describir por los que lo padecen.

La definición más aceptada del dolor¹ es la elaborada por un grupo de expertos de la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (International Association for Study of Pain -IASP-) en 1986: “El dolor es una experiencia sensorial y emocional compleja que se asocia a daño tisular presente o potencial, o bien se describe en esos términos”

A partir de esta definición podemos destacar algunas características importantes del dolor, como la percepción de

una sensación desagradable y la repercusión emocional que le sigue, se trata pues de una experiencia subjetiva y personal que no solo depende del estímulo o lesión que la provoca, sino de la reacción de la persona ante esta, tanto en lo referente a las emociones que experimenta como a la conducta que adopta para aliviar o protegerse de la sensación dolorosa, lograr una medición objetiva de la sensación dolorosa o de su impacto suponen un reto aún no resuelto por completo.

Una de las maneras de clasificar a los síndromes dolorosos es atender a su perfil temporal, distinguiendo entre dolor agudo y crónico. Esta separación refleja el papel que se le atribuye clásicamente, al dolor agudo como señal de alerta dentro de un mecanismo de protección ante las noxas o lesiones corporales, que nos permite vivir en un entorno con elementos peligrosos que nos pueden provocar daño, así René Descartes en su Tratado del Hombre (1662) describe un mecanismo de reac-

ción automática a los estímulos dolorosos, la Teoría del Arco Reflejo, que supone la retirada de la parte del cuerpo afectada tras recibir un estímulo doloroso para evitar el daño, finalizada la amenaza o el estímulo doloroso el dolor desaparece.

Esta noción de protección del dolor, se apoya también en la existencia de raros casos de niños con ausencia congénita de receptores periféricos a los estímulos dolorosos, que son proclives a lesiones y mutilaciones que suelen producir la muerte a edades muy precoces².

En cambio cuando el dolor y la respuesta que provoca persisten en el tiempo pierden su valor de protección, transformándose el dolor en una enfermedad en sí mismo que puede tener un importante impacto negativo sobre la persona que lo padece, aunque es difícil establecer y consensuar un límite temporal para clasificar al dolor como agudo o crónico.

Algunas organizaciones como la Consejería de Salud Andaluza³ consideran como dolor crónico (DC) aquel que se prolonga más de 3 meses, mientras que otras organizaciones consideran 6 meses, o incluso prescinden de un límite temporal claro, así la IASP⁴ define al dolor crónico como aquel que persiste sin un valor biológico aparente por encima del tiempo habitual en que la lesión cura.

A escala mundial el DC es la causa más frecuente de sufrimiento y discapacidad con un impacto significativo sobre la calidad de vida de las personas. Una

publicación de los Institutos Nacionales de Salud Americanos⁵ lo coloca como el mayor problema de salud en el mundo, afectando a 65 millones de americanos en 1982.

De igual forma el informe “Global State of Pain Treatment”⁶, desde su aparición en 2009, presenta unas cifras impresionantes, estima que pese al consenso internacional de que estos pacientes deben ser tratados, el 80% de la población mundial con dolor moderado o intenso tiene un acceso insuficiente o nulo al tratamiento del dolor y que unos 33 millones de personas al año sufren dolor intenso e innecesario por no tener acceso a tratamiento paliativo, incluyendo cerca de 4 millones de pacientes con cáncer y 0,8 millones de pacientes terminales con VIH/SIDA, el 60% de los casos mueren sin haber recibido un tratamiento adecuado, incluso en los países con desarrollo económico insuficiente la situación es aún más extrema.

Según este informe, las razones de esta situación pueden ser variadas, pero las más importantes y comunes son falta de políticas sanitarias para abordar el dolor crónico y los cuidados paliativos, la falta de formación de los profesionales y falta de acceso a medicamentos esenciales como los opioides que a menudo despiertan reticencias en profesionales, organizaciones y gobiernos.

Los países desarrollados presentan una situación algo mejor en cuanto al acceso a los medicamentos esenciales, pero aún presentan un control inadecuado del dolor con altos costes personales, sociales y sanitarios. En el informe del

Instituto de Medicina de las Academias Nacionales de EEUU⁷ se estima que casi uno de cada tres americanos con más de 20 años, padece dolor (26%), se realiza un 10% de nuevos diagnósticos al año, y 116 millones de personas adultas tienen DC, lo que supone más que la suma de afectados por las enfermedades cardíacas, el cáncer y la diabetes; con un coste de 635 billones de dólares anuales solo en pérdidas de productividad y consumo de recursos sanitarios.

Más de 25 millones de personas sufren dolor agudo como resultado de lesiones o cirugías con escaso control del dolor provocado por la intervención y el 70%-90% de los pacientes con cáncer avanzado experimentan dolor significativo; en las encuestas más de un tercio de personas, incluyendo niños y ancianos no reciben un tratamiento adecuado del dolor. Se calcula que 65 millones de americanos con DC son tratados de forma insuficiente, aunque la tendencia ha mejorado en los últimos años. Además el dolor es una de las principales razones de consulta a los médicos, de toma de medicación, de discapacidad y de disminución de la calidad de vida y de productividad.

Los informes instan al propio gobierno americano a reconocer el dolor como reto de Salud Pública⁸, realizar una planificación estratégica para aumentar la conciencia de la realidad del dolor, la formación de los profesionales, implicar a los pacientes, mejorar la prevención y el abordaje diagnóstico y terapéutico y disminuir las desigualdades de algunos subgrupos de americanos.

En Europa también se informa de altas cifras de prevalencia y de impacto económico y social, así en un estudio⁹ desarrollado en 15 países europeos e Israel (2005) encuentra una prevalencia de dolor crónico moderado o intenso del 19% en personas de más de 17 años con importantes repercusiones laborales y personales, escaso acceso a recursos especializados de tratamiento, un 50% con tratamiento insuficiente y con un tercio de pacientes sin tratamiento en el momento del estudio, aunque existieron diferencias entre países concluye que se trata de un reto mayor de salud pública y que se debe tomar más en serio para cambiar esta situación.

Un reciente estudio (2010) realizado en 5 países europeos (Inglaterra, Francia, Alemania, Italia y España) más Japón y EEUU, así como una publicación¹⁰ sobre los datos españoles (2011) nos aportan los datos más recientes sobre prevalencia e impacto del dolor en nuestro entorno:

- En los 5 países un total de 52,7 millones de personas presentaron dolor en el último mes, con una prevalencia media del 20%, 1 de cada 5 personas, las cifras para este estudio para España fueron de 6,1 millones de personas que corresponden a un 17% de la población.
- Las mujeres presentan dolor con mayor frecuencia que los hombres (61% vs 39%) y con carácter más intenso.
- El 46,4% tiene dolor diario y en el 81% de carácter intenso, con lo que la intensidad y frecuencia multiplican el impacto.

- El 80% de personas con dolor intenso tienen tratamiento prescrito, mientras que un 20% o no toma tratamiento o lo hace utilizando fármacos de libre dispensación. Los fármacos prescritos en el dolor intenso o moderado son mayoritariamente AINES, con bajos porcentajes de opioides y paracetamol.
- La adherencia a los tratamientos, en los mejores casos (dolor intenso) está en torno al 50%, la satisfacción con el tratamiento no supera el 50%.
- El impacto en la calidad de vida (cuestionario SF-12) global y en las dimensiones física y psicológica es importante y similar al de enfermedades como el cáncer.
- Los pacientes con dolor intenso tienen un 20% de desempleo o solo obtienen contratos a tiempo parcial. El dolor multiplica por 6 la probabilidad de absentismo independiente de otras variables, con importantes disminuciones de la capacidad laboral y de la productividad.
- Particularmente en España los pacientes con dolor intenso presentan un absentismo del 42% frente a la media europea del 27%.
- El dolor intenso y diario es el que más afecta a la calidad de vida, a la frecuentación de consultas médicas y la hospitalización.

De estos datos se desprende que el dolor en general y el crónico en particu-

lar, en un problema muy frecuente en la sociedad y que causa un impacto importante con especial relevancia en cuanto a los costes sociales y sanitarios que ocasiona, el problema tiende a agravarse por el incremento de la esperanza de vida de los ciudadanos, las enfermedades crónicas y el aumento de complejidad y tecnificación de la atención sanitaria.

De forma similar a su impacto social el DC repercute gravemente en el individuo que lo padece, no solo en el plano fisiológico, sino en el psicoemocional y en el social, dichas repercusiones pueden aumentar en espiral llegando a una situación de difícil control pese a los tratamientos instaurados, además recientemente se ha descrito que el DC mantenido e intenso puede acompañarse de atrofia cerebral, con pérdidas anuales de 1-3 centímetros de materia gris en áreas como la corteza prefrontal, dorsolateral o en el tálamo¹¹, lo que hace necesario el tratamiento precoz e incluso adoptar medidas de prevención de la cronificación de los cuadros dolorosos.

Paradójicamente las organizaciones sanitarias y políticas, han venido prestando poca atención en la planificación y priorización de la atención sanitaria al DC, aspecto que ha venido a ser descrito como la epidemia silenciosa, porque solo tienen conciencia del dolor aquellos que lo sufren¹².

Por otro lado, algunos organismos internacionales como la OMS y la IASP vienen instando a los gobiernos y organizaciones sanitarias a mejorar la organización de la atención sanitaria que se

presta a las personas con dolor. Así la OMS reconoció (2003) el acceso a un tratamiento adecuado al dolor como derecho fundamental, o la Declaración de Montreal en el Congreso de la IASP (2010) que ha sido firmada por numerosas Asociaciones de profesionales y de Pacientes y ha tenido eco en algunos países como Italia que han regulado por ley este derecho.

En la reunión de las Divisiones Europeas de la IASP (EFIC, European Federation of IASP Chapters) celebrada en Bruselas en Mayo 2011 bajo el auspicio de el Parlamento Europeo, se elaboró una hoja de ruta para instar a los gobiernos y organizaciones sanitarias europeas a planificar mejoras en la atención al dolor crónico, en esta hoja de ruta se recomienda:

1. Reconocimiento del dolor como un importante factor que limita la calidad de vida.
2. Hacer disponible la información y el acceso al diagnóstico y manejo del dolor.
3. Aumentar la conciencia del impacto médico, financiero y social que tiene tanto del dolor como su manejo.
4. Aumentar la conciencia de la importancia de la prevención, el diagnóstico y el tratamiento del dolor.
5. Estimular la investigación sobre el dolor.
6. Establecer una plataforma europea para el intercambio, la comparación y promoción de las mejores prácticas.

7. Monitorizar las tendencias en el manejo del dolor a través de la plataforma europea

En España tanto en la Constitución Española (Art. 30), la Ley de Andalucía (Art. 33), en la Ley de Cohesión y Calidad SNS, en el Estatuto de Autonomía Andalúz (Art. 20.2), en la Ley de Derechos y Garantías de la Dignidad de la persona en el proceso de la muerte, en el III Plan Andalúz de Salud y en el II Plan de Calidad, se reconoce de igual forma que las personas con dolor tienen derecho a recibir una asistencia adecuada y se reconoce la necesidad y obligación de la organización sanitaria de realizar una planificación estratégica al efecto.

Estas obligaciones expresadas por las leyes y el compromiso ético de aliviar el sufrimiento y la pérdida de calidad de vida que provoca este problema en las personas con dolor y en sus allegados, llevó a la Consejería de Salud a promover la elaboración de un **Plan Integral Estratégico**¹³ sobre el dolor. Los planes integrales se definen como una estrategia global o conjunto de estrategias de actuación sobre problemas de salud y sus determinante, sobre los que se considera que se debe focalizar e intensificar los esfuerzos de intervención del sistema sanitario, se dirigen a un ámbito geográfico concreto, para un periodo de tiempo determinado y ponen un énfasis especial en prevenir la enfermedad y promover la salud.

Con el objetivo de desarrollar el plan estratégico, se constituyó en 2007 de un grupo multidisciplinar de 24 profesionales con perfiles clínicos (anestesiólogos,

cirujanos, enfermeras, especialistas del deporte, farmacéuticos, médicos de área de urgencias, médicos de familia, pediatras, psicólogos, psiquiatras, rehabilitadores, fisioterapeutas, radiólogos intervencionistas, traumatólogos) y técnicos.

Dicho grupo valoró la situación en Andalucía a través de un análisis de datos cuantitativos y cualitativos, y se valoraron además las necesidades y expectativas de pacientes, cuidadores, familiares y de la población general. A esta valoración se añadió las aportaciones y experiencias del grupo de trabajo y el conocimiento acumulado a través de una búsqueda bibliográfica basada en guías de práctica clínica, revisiones sistemáticas de la literatura y estudios primarios, en bases de datos genéricas y específicas sobre dolor, así como de búsquedas amplias de experiencias e informes de distintos países.

El plan fue presentado y publicado en Mayo de 2010 y las conclusiones del análisis de situación se superponían con lo encontrado en la literatura: alta prevalencia e impacto del dolor, infraevaluado e infratratado por los profesionales con alta variabilidad en los procedimientos diagnósticos y terapéuticos, brechas en la comunicación e información entre ciudadanos y profesionales, necesidad de lograr un abordaje más integral de las personas con dolor y un cierto avance en el diagnóstico y tratamiento de este problema respecto a épocas pasadas pero con suficientes oportunidades de mejora para poner en marcha el plan.

El plan plantea abordar de forma transversal el dolor incluyendo los siguientes aspectos:

- a) **Dolor crónico**, entendido como dolor superior a 3 meses de duración continua o intermitente durante más de 5 días por semana, incluyendo tanto el de origen oncológico como no oncológico.
- b) **Dolor perioperatorio** en relación con intervenciones de cirugía mayor (digestiva, torácica, traumatología y ortopedia, toco-ginecología, etc).
- c) **Dolor relacionado con procedimientos** menores de diagnóstico o tratamiento (no invasivos o mínimamente invasivos).
- d) **Dolor en situaciones de atención urgente o en emergencias**.
- e) **Dolor en población vulnerable**: la infancia, personas mayores, personas con trastornos mentales y personas discapacitadas.

Para estos aspectos se plantean los siguientes objetivos:

- Promover en el SSPAⁱ, así como en otros proveedores privados de salud, el abordaje integral del dolor para lograr una sociedad libre de dolor.
- Incorporar la política del dolor como estrategia transversal en el SSPA, integrándola en los valores y principios básicos del sistema y los profesionales que la componen.
- Mejorar la calidad de vida de las personas con dolor y de sus allegados; con especial énfasis en grupos

vulnerables como los menores, las personas mayores, personas con dificultades de comunicación, con trastorno mental o personas institucionalizadas.

- Impulsar la participación de la ciudadanía andaluza como agente activo ante la prevención o manejo de dolor.
- Potenciar la alianza de los profesionales ante el desarrollo de una política integral de abordaje del dolor en la población.

Para estos objetivos se plantean distintos proyectos, y acciones, agrupadas en seis líneas estratégicas:

1. Incorporar la atención al dolor como un valor ético en el SSPA.
2. Establecer una estrategia activa de intervención integral en las personas con dolor, garantizando la continuidad en el SSPA.
3. Garantizar una atención sanitaria de calidad, adecuada a las necesidades de la persona con dolor y favoreciendo la accesibilidad y personalización.
4. Potenciar la participación de la ciudadanía en el manejo del dolor, fomentando una cultura y actitud proactivas mediante la información la comunicación y la participación.
5. Potenciar la transferencia del conocimiento, sobre el dolor, en todos los profesionales del SSPA implicados en la atención al dolor.
6. Impulsar la investigación e innovación en el manejo efectivo del dolor

En el plan se establece un periodo temporal desde 2010 a 2013 para poner en marcha y evaluar las principales estrategias y acciones recogidos en él, a través de indicadores y resultados previamente previstos. El plan supone una estrategia integrada dentro del Plan de Calidad y se apoya particularmente en otras estrategias de calidad como la gestión por procesos, los programas de seguridad del paciente, la gestión clínica, el desarrollo profesional en base a los manuales y mapas de competencias definidos o el Plan Estratégico Integral de Formación de profesionales.

En particular se resaltan los procesos asistenciales integrados relacionados con el dolor como el proceso dolor crónico no oncológico, proceso de la fibromialgia, el subproceso de dolor perioperatorio dentro del proceso de bloque quirúrgico, los procesos oncológicos y la guía de uso seguro de opioides elaborada por la Consejería de Salud, como documentos que comparten objetivos con el plan y que definen las actuaciones de atención sanitaria más eficaces y seguras, de acuerdo con el mejor conocimiento científico disponible que se tratarán de introducir en la organización sanitaria para mejorar la calidad de la asistencia y los resultados de salud de acuerdo con los objetivos definidos en el plan.

La puesta en marcha de la implantación del plan comenzó en Septiembre 2011 y ha seguido un enfoque estructurado para la implantación¹⁴, partiendo de un análisis de situación de los objetivos de cambio, las posibles barreras y facilitadores, la puesta en marcha de las

estrategias, su evaluación y las correcciones necesarias para alcanzar dichos objetivos, en el año transcurrido se han puesto las bases para desarrollos posteriores en el resto del periodo temporal de vigencia del plan, los principales aspectos a destacar, que se han desarrollado hasta la fecha son:

- Incorporación de elementos relacionados con el dolor a la cartera de servicios del Servicio Andaluz de Salud y a los objetivos de contratos programa y acuerdos de gestión para el año 2012.
- Pilotaje de presentación y propuesta de análisis y plan de acción provincial (Consejos de Salud, Gerentes de Hospitales y Gerentes de Centros de Atención Primaria) para la puesta en marcha local del plan autonómico.
- Desarrollo de las competencias generales, transversales y específicas de los profesionales, así como los Mapas y Manuales de competencias relacionados, dicho desarrollo se ha realizado en colaboración con la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía y se han incorporado a las aplicaciones informáticas que dispone esta para la acreditación de profesionales y de centros. También y de forma paralela, se ha desarrollado en colaboración con esta agencia y con grupos de profesionales del servicio sanitario, un Distintivo de Calidad para Centros Contra el Dolor, con tres niveles: básico, avanzado y excelente, para el que se está desarrollando una aplicación informática específica.

- Desarrollo de Procesos Asistenciales Integrados Específicos como el de Dolor Crónico No Oncológico, Fibromialgia, Cuidados Paliativos o el de Atención al Paciente Quirúrgico.
- Elaboración de una Guía de Práctica Clínica¹⁵ de Uso Seguro de Opioides en la situación Terminal y un Versión para Pacientes de la misma.
- Diseño del Programa de Formación, que incluye entre otras acciones, actividades formativas concertadas como el Curso Change Pain o propias como formación en Psicoeducación y programas de ejercicio en dolor crónico o de Formación de formadores en el uso seguro de Opioides.
- Elaboración de censos de investigadores, grupos de investigación y proyectos de investigación relacionados con el dolor en Andalucía.

Conclusiones

- El dolor en general y el crónico en particular suponen un problema muy prevalente y con un alto impacto, tanto personal, como sanitario o social, que está presente de forma transversal en la asistencia sanitaria.
- Es necesaria una planificación estratégica para abordar un problema tan importante y complejo como el dolor, que además supone un compromiso ético para los profesionales y las organizaciones sanitarias y un derecho reconocido en la

legislación autonómica, nacional e internacional.

- En Andalucía se han recogido las experiencias y estrategias previas y se ha plasmado el compromiso de los profesionales y la organización sanitaria en el desarrollo del Plan Andalúz de Atención a las Personas con Dolor, que incluye todas las áreas de atención sanitaria en las que el dolor está presente.
- El plan en la actualidad, está en fase de implantación y ha sentado las bases para comunicar y realizar un cambio profundo en la cultura de los profesionales y de la propia organización, está desarrollando estrategias de mejora, formativas y de buenas prácticas de atención al dolor, que espera completar y evaluar en el resto de periodo de vigencia del plan.

BIBLIOGRAFÍA

1. Mersky, H. Classification of chronic pain: Description of chronic pain syndromes and definition of pain terms. *Pain* 1986; S1(3).
2. Indo Y. Genetics of congenital insensitivity to pain with anhidrosis (CIPA) or hereditary sensory and autonomic neuropathy type IV. Clinical, biological and molecular aspects of mutations in TRKA(NTRK1) gene encoding the receptor tyrosine kinase for nerve growth factor. *Clin Auton Res*. 2002 May;12 Suppl 1:120-32.
3. Rodríguez MJ (coord.), Cáliz R, Castilla FJ, Esteve R, García I, Guerra JA, y cols. *Dolor crónico nooncológico : proceso asistencial integrado*. Consejería de Salud, 2007.
4. International Association for the study of Pain. http://www.iasp-pain.org/AM/Template.cfm?Section=Pain_Defi...isplay.cfm&ContentID=1728#Pain
5. Institute of Medicine. *Relieving pain in America: A blueprint for transforming prevention, care, education and research*. <http://www.iom.edu/Reports/2011/Relieving-Pain-in-America-A-Blueprint-for-Transforming-Prevention-Care-Education-Research.aspx>.
6. Human Rights Watch. *Global State of Pain*. Accessible en: <http://www.hrw.org/node/98902/section/1>.
7. National Center for Health Statistics. *Health, United States, 2006, with special feature on pain*. <http://www.cdc.gov/nchs/data/hsr/hsr06.pdf>.
8. Goldberg and McGee. Pain as a global public health priority *BMC Public Health* 2011, 11:770.
9. 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 May;10(4):287-333. Langley PC, Ruiz-Iban MA, Molina JT, De Andres J, Castellón JR The prevalence, correlates and treatment of pain in Spain. *J Med Econ*. 2011;14(3):367-80
10. Langley PC, Ruiz-Iban MA, Molina JT, De Andres J, Castellón JR The prevalence, correlates and treatment of pain in Spain. *J Med Econ*. 2011;14(3):367-80.
11. Apkarian AV, Sosa Y, Sonty S, Levy RM, Harden RN, Parrish TB, Gitelman DR: Chronic back pain is associated with decreased prefrontal and thalamic gray matter density. *J Neurosci* 24:10410-10415, 2004.
12. Watkins E, Wollan PC, Melton LJ 3rd, Yawn BP. Silent pain sufferers. *Mayo Clin Proc*. 2006 Feb;81(2):167-71.

13. Plan Andaluz de Atención a Personas con Dolor 2010-2013. Sevilla: Consejería de Salud; 2010.

14. van Bokhoven, M A et al. Qual Saf Health Care 2003;12:215-220. Designing a quality improvement intervention: a systematic approach. Qual Saf Health Care. 2003 Jun;12(3):215-20.

15. Guerra de Hoyos JA, Sanz Amores R. USO seguro de opioides en pacientes en situación terminal: guía de práctica clínica. [Sevilla]: Consejería de Salud, [2010] disponible en: http://enfermeriacomunitaria.org/web/attachments/article/222/07.%20GPC_458_Uso%20seguro%20de%20opioides%20en%20enfermos%20de%20enfermedad%20terminal,%202010.pdf.

LA ADMINISTRACIÓN SANITARIA FRENTE AL DOLOR II

Dr. Enrique Ortega Ladrón de Cegama
Coordinador de la Unidad de Tratamiento del Dolor.
Servicio de Anestesiología y Reanimación y Terapéutica del Dolor.
Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid.

ACOTANDO EL PROBLEMA

El paciente con dolor crónico es aquel que lo sufre durante más de 6 meses o que rebasa el periodo de curación perdiendo su valor semiológico. Habitualmente su etiología suele ser poco clara y evoluciona asociado a una gran incapacidad vital. Esta situación hace que sean pacientes debilitados y quebrantados, exigentes y conflictivos y los más insatisfechos de todo el conjunto de los consumidores de servicios asistenciales. Por definición, el dolor crónico se extiende por largos periodos de tiempo. La persona que sufre un problema de dolor crónico se encuentra en un mundo complejo, poblado no solo por la gran cantidad de pacientes que lo sufren sino también por familiares, profesionales de la salud del sistema público y privado, jefes, funcionarios y compañías de seguros. Toda esta amalgama aporta soluciones variopintas, complejas, contrapuestas, caras y ocasionalmente no muy científicas. El paciente y los familiares se sienten cada vez más desespe-

rados y angustiados, pues la discapacidad y el malestar emocional aumentan, mientras los ingresos económicos y las opciones de tratamiento disminuyen. Crece la frustración en los profesionales de la salud, a medida que las opciones de tratamiento médico se extinguen y la condición de dolor no disminuye o empeora. En los jefes y compañeros de trabajo aumenta el resentimiento según disminuye la productividad, porque el trabajador está ausente de su puesto de trabajo con frecuencia y otros deben hacerse cargo de sus responsabilidades. Los financiadores sanitarios (sistema sanitario público y compañías de seguros) observan impotentes el aumento de los gastos y el aumento de tratamientos ineficaces. Con el tiempo, aquellos involucrados en el caso pueden cuestionar la veracidad de las quejas de dolor del paciente, puesto que en muchas ocasiones la base médica es incapaz de justificar los síntomas que presenta.

Los pacientes con dolor crónico se encuentran atrapados dentro del siste-

ma, en un continuo peregrinaje que les lleva de médico en médico y de prueba en prueba, intentando conseguir un diagnóstico para su problema y obtener un tratamiento adecuado. Para muchos el dolor se convierte en el centro de sus vidas. Se apartan de la sociedad, pierden sus trabajos, se alejan de familia y amigos, cada vez están más y más aislados.

La angustia, tan común en aquellos que sufren de dolor crónico, es imputable a una diversidad de factores, entre ellos miedo, sistemas de ayuda y de afrontamiento inadecuados o insuficientes, complicaciones inducidas durante el tratamiento (iatrogenia), abuso de potentes drogas, incapacidad de trabajar, dificultades financieras, litigios prolongados, interrupción de actividades normales y trastornos del sueño. Además experimentar esta suerte de “limbo médico” –esto es la presencia de una condición dolorosa que elude cualquier diagnóstico y que se atribuye bien a algún trastorno psiquiátrico, o bien a una enfermedad terrible que no se ha sabido diagnosticar – es en sí mismo una gran fuente de estrés, y puede provocar un evidente malestar psicológico, o agravar una condición psiquiátrica premórbida. En el caso del cáncer, el estrés del dolor se superpone al miedo a morir de una enfermedad fatal.

El dolor persistente enfrenta al individuo no solo al estrés causado por el dolor, sino a una cascada continua de factores estresantes que abarcan todos los aspectos de sus vidas. Vivir con un dolor persistente requiere una considerable fortaleza emocional pues tiende a vaciar las reservas emocionales de la

gente, grave no solo al individuo sino que mina las capacidad de ayuda de la familia, amigos, compañeros de trabajo y empleadores. Así, no debería sorprender que los pacientes se muestren preocupados, y experimenten sentimiento de ira, desmoralización, desamparo, desesperación, frustración, aislamiento y depresión.

Actualmente se reconoce que el dolor es una experiencia perceptiva compleja influida por un amplio rango de factores psicosociales, en el que se incluye a las emociones, el contexto social, el ambiente sociocultural, el significado del dolor para la persona, las creencias, actitudes y expectativas, además de los factores biológicos. El dolor que persiste durante años impactará en todos los aspectos del funcionamiento de la persona –emocional, interpersonal y de ocio, además del físico. El equilibrio o el peso de los factores contribuyentes, físicos y psicológicos, puede variar con el tiempo y entre individuos. Con todo, para asegurar el éxito terapéutico, los factores psicosociales se deben evaluar y tratar conjuntamente con los factores físicos y los factores psicológicos predisponentes. La literatura también sugiere que el contexto social y familiar en el que el dolor persiste puede jugar un papel central en la amplificación del dolor y el mantenimiento de la discapacidad. Por tanto no cabe ignorar el contexto social si se pretende una rehabilitación exitosa.

El impacto demoledor del dolor sobre la persona se ve agravado por las dimensiones epidemiológicas del problema. Según el estudio “Survey of

Chronic Pain in Europe” de 2.005, el 19% de la población europea refirió dolor durante el mes anterior a la entrevista, dentro de un cuadro de más de 6 meses de duración. Para un 66% de estos pacientes, el dolor era vivido como moderado, mientras para otro 34% era dolor severo, en torno a uno de cada seis pacientes siente que su dolor es tan intenso que, en ocasiones, desearía morir. En Europa el dolor es el síntoma por el que mayor número de pacientes acuden al médico. Frecuentemente se asocia a patología psiquiátrica asociada, el 21% habían sido diagnosticados de depresión. Y presenta importantes repercusiones sociolaborales, uno de cada cinco afectados por dolor crónico afirma haber perdido algún puesto de trabajo por culpa de su problema, los pacientes que trabajan han perdido más de 15 días laborables al año.

LOS CONDICIONANTES DEL PROBLEMA

La atención sanitaria del dolor, y en general la prestación de cualquier servicio social prestado a la comunidad se encuentra condicionado por una serie de factores:

- Dispersión y envejecimiento de la población a atender.
- Expectativas de los protagonistas involucrados en el proceso, Pacientes, familiares, personal sanitario, directivos y autoridades sanitarias.
- La limitación de los recursos económicos.

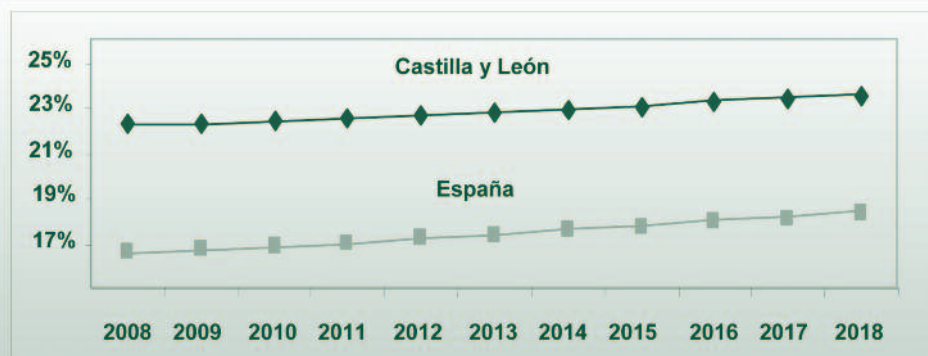
En el entorno de la Comunidad de Castilla y León, la dispersión geográfica de la población es un problema de primera magnitud. Nuestra comunidad con 94.223 Km² es la más extensa de la Unión Europea. Con una población de 2.558.463 habitantes tiene una baja densidad de población, 26,57 habitantes por kilómetro cuadrado tres veces inferior a la media nacional (89,33 hab./km²). En algunas provincias, como Soria la densidad poblacional desciende hasta 9,08 hab./km². De los 2.248 municipios que componen nuestra geografía, el 98% tienen menos de 5.000 habitantes. Solo 15 municipios superan los 20.000 habitantes.

El segundo elemento es el notable envejecimiento de la población, más del 22% es mayor de 64 años, 6 puntos por encima de la tasa española. Esta situación esta producida por dos hechos: una baja natalidad y una esperanza de vida, 81,28 años, superior a la media española. La tendencia al envejecimiento poblacional va a aumentar en los próximos años.

Dispersión y envejecimiento poblacional se asocian de una forma que complica aún más la situación, son los habitantes de los núcleos rurales los más ancianos de la comunidad, dificultando notablemente la prestación de los servicios sanitarios.

En este entorno si bien es complicado proporcionar asistencia primaria, es aún más complejo lograr una atención especializada de calidad, con una buena accesibilidad para todos los ciudadanos. Cuanto más especializado es un servicio, más difícil es para los ciudadanos de nuestra comunidad acceder a el.

Gráfico 1. Evolución del índice de vejez. Evolución comparativa entre la población española y la castellanoleonesa en el período 2.008 a 2.018.



Es la población anciana la que más frecuentemente presenta problemas de dolor crónico (entre el 30-50%), que en muchas ocasiones no es controlable con medios convencionales. La no resolución del problema o un tratamiento inadecuado puede agravar el problema con una mayor comorbilidad asociada (encamamiento prolongado, trastornos cognitivos, caídas,...) y un mayor consumo de recursos.

Las expectativas de los involucrados en el proceso son determinantes en la atención del dolor crónico. A la hora de diseñar cualquier proceso en la atención sanitaria es imprescindible llegar a conocer lo que esperan cada uno de los actores de dicho proceso.

Cuando el paciente con dolor acude al sistema sanitario lo hace con la esperanza de aliviar el dolor. No menos

importante es lograr información sobre su situación médica y alternativas terapéuticas que el sistema le puede ofrecer con el objetivo final de obtener la restauración o mejoría de su situación física, social y laboral. Quiere que la atención sea rápida y cercana a su domicilio. Necesita tener confianza en el profesional que le atiende y que los profesionales sanitarios le traten con dignidad.

Los familiares del paciente junto al alivio de la situación del paciente, buscan que su entorno ambiental y económico regrese a la estabilidad, no debemos olvidar que el dolor crónico es una enfermedad familiar. Requieren una comunicación e información correcta y adecuada en tiempo, confiar en los profesionales que atiende al paciente, que el trato sea digno. También la familia desea que la atención se proporcione cercana al domicilio.

Los profesionales sanitarios también tienen una serie de expectativas que tienen que ser tenidas en cuenta: Aliviar al paciente del dolor, poder acceder a técnicas específicas y de alta cualificación para tratar el problema con garantías, lograr apoyo diagnóstico y terapéutico cuando se enfrenta a problemas complejos sin "perder" al paciente durante todo el proceso y lograr proyección profesional. Dentro de estas expectativas tenemos que tener en cuenta el delicado equilibrio que se establece entre médico remitente y receptor cuando el paciente necesita ser derivado a un nivel superior de atención sanitaria.

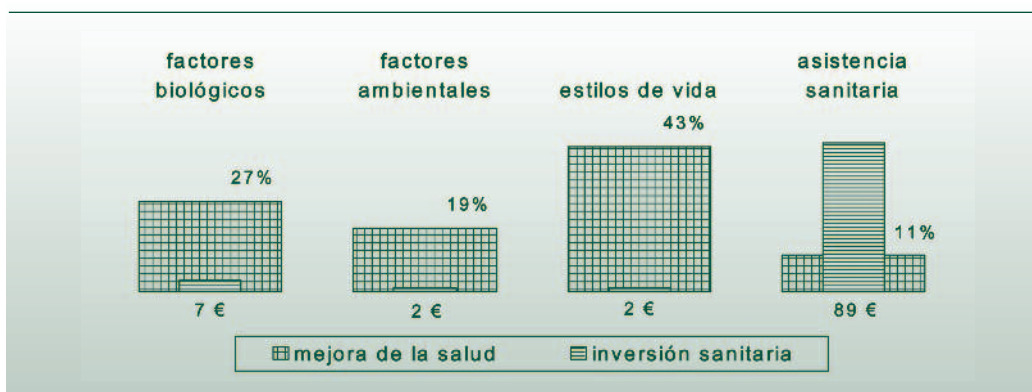
Los responsables de la gestión de las áreas sanitarias buscan la satisfacción del usuario, la reducción de la frecuentación de este tipo de pacientes dentro del Sistema sanitario y específicamente en su centro asistencial. Un motor importante es la necesidad de proyectar una imagen positiva de su centro manteniendo el presupuesto contenido.

Finalmente las Autoridades Sanitarias buscan obtener la satisfacción del usuario, disminuir la frecuentación de este tipo de pacientes dentro del Sistema Sanitario y si es posible se intenta incorporar al paciente a su entorno laboral. Por último se quiere obtener una repercusión pública positiva de la actividad realizada por el Sistema de Salud de Castilla y León. El lograr que todos estos objetivos se logren sin desviaciones presupuestarias es una necesidad perentoria en la

situación actual para permitir una sostenibilidad del sistema.

Cuando hablamos de la asignación de recursos sanitarios siempre se busca lograr una buena accesibilidad de toda la población al sistema, pero con frecuencia se olvida que esa accesibilidad también debe ser para todas las generaciones, incluyendo las futuras. Debemos emplear nuestros recursos de forma eficiente sin empeñar los recursos que pertenecen a nuestros descendientes. Al realizar inversiones en sanidad pública no debemos olvidar que el grado de salud de una población depende de cuatro aspectos básicos o determinantes de salud: Factores biológicos, factores ambientales o de entorno, estilos de vida y la organización de la asistencia sanitaria. El retorno de esa inversión no es proporcional a los recursos empleados. La intervención sobre los determinantes ambientales y los estilos de vida es mucho más rentable que las efectuadas en atención sanitaria. La atención sanitaria a pesar de requerir el 89% del total de la inversiones efectuadas solo mejora la morbi-mortalidad del paciente en un 11%. Frente al dato anterior, la modificación de los factores ambientales y de los estilos de vida de la población, con una inversión del 2% de todos los recursos, tiene un impacto sobre la morbi-mortalidad del 19 Y 43% respectivamente. Esta diferencia en la rentabilidad de los recursos según el área en que son invertidos nos obligan a replantearnos de forma crítica nuestros sistemas asistenciales modernos con el objeto de

Gráfico 2. Los determinantes de la salud y su relación con la inversión de recursos.



LA RESPUESTA

En la literatura existe un gran consenso en que el dolor es un fenómeno complejo y multifactorial que depende de la interacción de factores fisiológicos, psicológicos, socioculturales. La elevada prevalencia del dolor crónico requiere de la interrelación y estrecha coordinación entre atención primaria y las distintas especialidades implicadas en el manejo clínico de estos pacientes. El sistema de atención al dolor crónico debe utilizar una perspectiva biopsicosocial, lo que demanda la integración de múltiples disciplinas. Toda la evidencia científica apunta en la dirección de un abordaje del dolor crónico de formar multidisciplinar, con el objeto de ofrecer un programa integral que ha demostrado eficacia y costo-efectividad.

Con este objeto el III Plan de Salud de Castilla y León se plantea una serie de objetivos generales y específicos en el tratamiento del dolor de origen osteoarticular. Objetivos generales:

- Mantener la prevalencia de dolor por patología osteoarticular en las cifras de referencia estatal.
- Mejorar la calidad de vida percibida por las personas con dolor osteoarticular.
- Reducir la discapacidad asociada a osteoartritis. Y una serie de objetivos específicos:
- Mejorar la prevención de patologías osteoarticulares.
- Mejorar el diagnóstico y tratamiento de la patología del aparato locomotor en atención primaria y especializada aplicando protocolos de actualización clínica y actividades de formación.
- Mejorar el tratamiento facilitando la accesibilidad de los pacientes con dolor osteoarticular a la rehabilitación en atención especializada, primaria y escuelas de espalda.
- Mejorar los cuidados de los pacientes con dolor crónico, implantando

planes de cuidados en todas las áreas.

- Reducir los tiempos de atención entre el diagnóstico y el tratamiento de las patologías osteoarticulares, Reducir tiempos de acceso a las intervenciones quirúrgicas sobre el A. Locomotor y reducir los tiempos de acceso al tratamiento rehabilitador
- Mejorar la calidad de la atención integral al dolor implantando “consultas de dolor” de referencia, en cada una de las áreas.
- Reducir el número medio de días de incapacidad temporal por patología osteoarticular.
- Mantener un sistema de información que integre la información disponible.
- Medidas de prevención y detección precoz.

- Incluir el manejo del dolor osteoarticular en la formación continuada de atención primaria.
- Seleccionar e implantar guías de práctica clínica.
- Monitorización del consumo de fármacos analgésicos.
- Facilitar el acceso a mayor número de pruebas diagnósticas desde AP.
- Potenciación de la fisioterapia preventiva primaria y secundaria.
- Potenciar el papel de los profesionales implicados en la atención del dolor osteoarticular.
- Establecer una unidad del dolor o un especialista de referencia en cada una de las Áreas, así como unidades multidisciplinarias de referencia en la comunidad.
- Promover la formación y la investigación sobre dolor osteoarticular.

Tabla I. Recursos de las Unidades de Tratamiento del Dolor del SACYL. 2011.

Recurso		CA León	CAU Salamanca	HU Río Hortega	CA Zamora
P E R S O N A L	Licenciados Especialistas (Tiempo Completo/ T. parcial)	0 / 4	2 / 3	2 / 4	0 / 3
	Enfermería	2	4	2	1
	Otros	-	Fisioterapia Aux. enfermería	Psicólogo (tiempo parcial) Aux. enfermería Administrativo	Administrativo
Consultas externas (semanales)		5	8	14 (8+5+1)	2
Camas asignadas		6	12	2	4
Tratamiento intervencionista (nº quirófanos/salas de técnicas semanales)		0 / 1	2 / 0	1,5 / 3,5	1/0
Dependencia funcional		ANR	ANR & Paliativos	ANR	ANR
Inicio funcionamiento		1982	1989	1985	2002
Patología (Dolor agudo/D. crónico)		+ / +	0 / +	0 / +	+ / +

Fuente: Información proporcionada por las unidades hospitalarias.

(*) Unidad de referencia regional con una doble ubicación: H. Los Montalvos y H. Universitario de Salamanca. La unidad del H. Los Montalvos comparte instalaciones y personal con la U. Regional de Cuidados Paliativos

EL DESARROLLO.

El dilema clásico cuando asignamos recursos es decidir si queremos crear unidades asistenciales de carácter regional frente a la asignación de recursos en cada una de las áreas de salud.

En una unidad de referencia regional (Unidad de Tratamiento del Dolor tipo III) el paciente con dolor crónico es valorado y tratado en los Servicios de Atención Primaria y/o Urgencias. Si en el nivel primario no es controlado, es derivado a los Servicios de Atención Especializada donde se continúa con su valoración y tratamiento. Cuando el médico especialista no logra controlar el dolor del paciente solicita colaboración al Servicio de Anestesiología o deriva al Paciente a la Unidad de Tratamiento del Dolor de Referencia donde es valorado y tratado.

Las fortalezas de este modelo son: No dispersa los escasos recursos. Son modelos muy estables en el tiempo; El mayor tamaño de las unidades les hace más resistentes a los cambios de personal. El sistema no necesita capacidad de integración de los distintos niveles, en estos sistemas se trata al paciente y se le devuelve a su nivel con un informe final, no existiendo interacción entre el médico responsable del paciente y el especialista de referencia.

Las debilidades son las de cualquier sistema centralizado: La ubicación geográfica puede ser un problema político. La no integración de niveles asistenciales limita la eficacia de los tratamientos. Aunque concentra los recursos y permi-

te economías de escala, al ser el modelo que más aleja la atención del usuario, aumenta mucho el gasto en traslados.

Si definimos unidades asistenciales (Unidad de Tratamiento del Dolor tipo III) en cada área el modelo de relaciones difiere del anterior en: Cuando el médico especialista no logra controlar el dolor del paciente solicita el concurso de la Unidad Multidisciplinar del Dolor del Área. Los centros de salud y los servicios de urgencias pueden solicitar la valoración de pacientes de acuerdo a protocolos pactados.

Las fortalezas de este modelo asistencial son: Permite un máximo acercamiento de la atención al usuario. La cercanía de los actores facilita una acción integrada de los distintos niveles sanitarios.

Las debilidades son evidentes: Es un modelo caro, con una elevada necesidad de recursos, mal aprovechados por la dispersión. La atención ofrecida suele ser de baja calidad, habitualmente las pequeñas unidades no llegan a ser realmente multidisciplinarias. El menor tamaño no facilita las interacciones entre especialistas y no potencia el conocimiento. Son muy inestables en el tiempo; El tamaño pequeño las hace muy sensibles a los cambios de personal.

Podemos establecer un modelo intermedio más dinámico que llamaríamos modelo abierto. En este modelo se establecen dos o más unidades de nivel III que a través de médicos de enlace en cada área sanitaria establecen un sistema altamente permeable para pacientes, sanitarios e información. En este

modelo el paciente es tratado por un único equipo terapéutico (funcionalmente hablando) con múltiples localizaciones geográficas, con el objeto de facilitar el tránsito de los pacientes con dolor crónico resistente a tratamiento convencional y proporcionar el mejor tratamiento, en el mejor entorno y lo más cercano posible al domicilio del paciente. En este modelo se contempla desplazar al especialista en vez de a los pacientes en determinados supuestos asistenciales.

Las fortalezas de este modelo son: Integra y potencia el trabajo de diferentes UTDs. Los integrantes no pierden la vinculación con sus centros. Comparte recursos y permite economías de escala. Potencia el conocimiento. Permite adaptarse a los cambios de personal. Se adapta a los niveles de necesidad variable de cada hospital en cada momento. Puede ser utilizado como motivación en los pequeños hospitales. Combina la cercanía al usuario con la calidad.

Aunque presenta ventajas importantes, presenta algunas debilidades importantes: Modelo inestable que requiere un coordinador con gran vinculación con el Centro y mucha capacidad de negociación. Requiere una “actitud especial” en todos los integrantes del centro. Requiere una ubicación geográfica central con el objeto de facilitar desplazamientos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Esteve R, Ramírez C. El desafío del dolor crónico. Málaga 2001. Aljibe.

2. Miró J. Dolor crónico. Procedimientos de evaluación e intervención psicológica. Bilbao 2.003: Desclee de Brouwer

3. Unidad de Tratamiento del Dolor. Estándares y recomendaciones. Informes, Estudios e Investigación 2011. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.

4. Portal de Salud de la Junta de Castilla y León, www.saludcastillayleon.es.

5. Andres JD. Situación actual del tratamiento del dolor crónico en España. Rev. Esp. Anestesiología. Reanim. 2005; 52: 127-30.

6. Aronoff GM et al. A review of follow-up studies of multidisciplinary pain unit. Pain 1983.

7. Axutegi G. Fibromialgia. Ordenación de prestaciones. Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. MSC 2003.

8. Becker N et al. Treatment outcome of chronic non malignant pain patients managed in a Danish multidisciplinary pain centre compared to general practice: a randomised controlled trial. Pain 2000.

9. Breivik H. Evaluación del dolor Crónico en Europa. Paineurope 2004; 1:4-5.

10. Gatchel RJ et al. Evidence-Based Scientific Data Documenting the Treatment and Cost-Effectiveness of Comprehensive Pain Programs for Chronic Nonmalignant Pain. The Journal of Pain 2006;7:779-93.

11. Lempa M et al. Efficacy of an acute pain service – a controlled comparative study of hospitals. Langenbecks Arch Chir Suppl Kongressbd 1998.

12. Loeser JD et al. Managing The Chronic Pain. Theory and practice at the University of Washington Multidisciplinary Pain Center. Raven Press. New York 1989. Turk DC. Effectiveness and Cost-Effectiveness of Treatments for Patients with Chronic Pain. Clin J Pain 2002.

XI REUNIÓN DE EXPERTOS SOBRE “MANEJO DEL PACIENTE CON DOLOR”

Dña. Giovanna Gabriele

Fundación Josep Laporte. Universidad Autónoma de Barcelona.

Directora Foro Español de Pacientes.

Máster en Bioética y Derecho

I. DEFINICIÓN DEL DOLOR

Por regla general, el enfoque temático del dolor suele acompañarse de una breve definición. El objetivo de ésta es situar al lector, sea experto o no en la materia, en el marco contextual que ampara el tema objeto de análisis. Si bien en otros ámbitos de estudio sería posible enfocar la trascendencia de la gestión del paciente sin hacer ningún tipo de referencia definitoria previa, en el caso que nos ocupa, no es posible hacerlo sin demarcar previamente *qué es y qué no es* el dolor. El propósito que subyace a toda definición es, en palabras de la Real Academia Española el de “fijar con claridad, exactitud y precisión la significación de una palabra o la naturaleza de una persona”, pero también, el de “decidir, determinar, resolver algo dudoso.” A este respecto, la definición del dolor comparte estas dos acepciones.

Desde una definición positiva, centrada en “*qué es*”, el dolor aparece descrito como “una experiencia sensorial y emo-

cional desagradable asociada con daño tisular real o potencial, o descrita en términos de tal daño.” (Societal Impact of Pain). Desde una definición negativa, focalizada en “*qué no es*”, el dolor adquiere interesantes matices, que dan lugar a tres de los interrogantes clave que planteara en su momento Hilary Putnam y que no han perdido vigencia con el paso del tiempo (Gray, 1997):

- a. ¿Cómo podemos saber que otras personas sienten dolor?.
- b. ¿Es el dolor un estado cerebral?.
- c. ¿Cuál es el análisis del concepto de dolor?.

Todas ellas son cuestiones fundamentales a la hora de revisar el papel que juega el dolor en la gestión clínica y asistencial. La primera de ellas porque afecta directamente al impacto epidemiológico del dolor en la población. La segunda, porque interrelaciona el aspecto físico y emocional de la percepción del dolor. La tercera, porque engloba todos

los aspectos considerados o que deberían ser considerados como tales en una gestión del dolor basada en la excelencia.

Cuando se intenta ajustar una definición del dolor a un marco universal concomitante al impacto resultante en la espera privada y pública del paciente es posible evidenciar rasgos específicos que convierten al dolor crónico en un paradigma único, no compartido por ninguna otra patología o condición. Casi podría decirse que el dolor nos enfrenta no ya al reto terapéutico –la curación– sino al de la convivencia con una enfermedad o condición de larga duración. Es desde esta postura desde la que emerge la preocupación constante que supone “combatir el dolor” (CESE, 2008¹).

“El paciente define el dolor como constante o continuo, especialmente en las áreas raquídeas y proximales, con oscilaciones a lo largo del tiempo, empeorando por la mañana, con una mejoría parcial durante el día y nuevo empeoramiento por la tarde o por la noche. Los factores más frecuentes que empeoran el dolor son las posiciones mantenidas, las cargas físicas, la activación emocional y los cambios climáticos. La intensidad del dolor es una de las características que más llama la atención: el paciente explica con frecuencia que el dolor es intenso o insoportable y utiliza para describirlo tanto descriptores sensoriales (tirantez, agotamiento...), como afectivos (depriamente, agotador...) con un característico patrón de dolor crónico.” (Carbonell, 2006²).

Lejos de ser un elemento de neutralidad el dolor es percibido como elemento de interferencia en la capacidad de desarrollar tanto las actividades cotidianas como las actividades profesionales. Es el barómetro a partir del cual el paciente define cada día como “bueno” o malo”.

“P8: “Es un dolor increíble, me duele todo, me duele aquí, me duele la columna, todo [...] No puedes hacer nada. A mí me ha llegado a decir el médico: < tienes una capacidad para aguantar el dolor...>” (P8, mujer, 54 años, ama de casa) Diagnóstico Artritis reumatoide 2000. (Gabriele et al., 2011³)

A lo largo de este artículo trataremos de trazar la importancia del manejo del paciente con dolor dentro del marco de las tendencias y buenas prácticas existentes en el ámbito europeo e internacional.

1.1. La Epidemiología del dolor

El abordaje del dolor ha ido sufriendo una evolución claramente contradictoria desde Hipócrates hasta nuestros días por la dificultad derivada de la medición “subjetiva” del dolor a través de instrumentos objetivos. Esto es, de la complejidad inherente que comporta la medición de la su multidimensionalidad (OCDE, 2011⁴). Este ha sido uno de los principales factores que ha obstaculizado el disponer de una visión del dolor global, capaz de integrar los principales elementos de impacto derivados tanto en la vertiente médica, ética, social, legal, política como económica. De

hecho, los avances resultantes en la evidencia científica de la patofisiología del dolor no se han visto recompensados por una mayor trascendencia a la gestión del dolor, con independencia del progresivo impacto epidemiológico (Brennan et al., 2007⁵). Lo más preocupante es que esta situación atañe de igual forma a los países en vías de desarrollo como a los países desarrollados. Es decir, por vez primera, el dolor constituye en sí mismo uno de los indicadores por excelencia de la desigualdad a nivel social, educativo, laboral, económico y de percepción subjetiva de salud. El dolor, ha pasado así de ser considerado una manifestación subjetiva del individuo a una

problemática de salud pública (Goldberg and McGee⁶).

Si bien es cierto que aún son escasas las encuestas de salud que integran el dolor de manera exhaustiva, tal y como se viene desarrollando en países como Canadá o Estados Unidos, los datos parciales ofrecidos por otro tipo de encuesta de corte más generalista, son igualmente reveladores.

Un claro ejemplo es el caso de España. De hecho, en la *Encuesta Europea de Salud en España* (2009), el dolor constituye el segundo principal resultado negativo en términos porcentuales, inmediatamente después de la valoración positiva de salud.

Tabla I. Resumen de los principales resultados sobre el dolor. Encuesta Europea de Salud en España 2009 (2010).

- (a) **El 23,4% de la población de 75 y más años ha sufrido dolor físico severo en el último mes.**
- (b) Los **trastornos más frecuentes** padecidos por la población de 16 y más años en los 12 meses anteriores a la encuesta y diagnosticados por un médico **son los dolores lumbares** (13,3%) y **cervicales** (14,2%), las **migrañas y dolores de cabeza frecuentes** (8,6%).
- (c) **El 10,5% de la población de 16 años y más ha padecido dolor o molestia física en grado severo o extremo durante las cuatro semanas anteriores a la encuesta. La proporción es mayor en los grupos de edad más avanzada y en las mujeres. Así, en el grupo de 75 años y más alcanza el 23,4% (16,0% en los hombres y 28,3% en las mujeres).**
- (d) En cuanto al **ambiente laboral**, las principales situaciones problemáticas que encuentran las personas en su trabajo son las **posturas forzadas o manejo de cargas pesadas** (40,9%) y la **presión o sobrecarga en el trabajo** (39%).

En la más pormenorizada encuesta de la que disponemos, la *National Health and Wellness Survey*⁷ (2010), la percepción de dolor se dobla alcanzando al 41,5% de la población española. Su incidencia es particularmente notable en el rango de la severidad (28,9%) apareciendo los índices más elevados de consumo de medicamentos de no prescripción médica en los parámetros moderados (46,4%) y medios de dolor (49,2%). Al mismo tiempo y unido al consumo autónomo de medicamentos OTC se encuentra un importante porcentaje de población sin ningún tipo de tratamiento. Este último dato es un elemento común denominador de la percepción del dolor poblacional con independencia del grado de intensidad acusado. Así, mientras que el segmento del dolor severo, engloba a un 27,7% de la población española sin tratamiento, los segmentos del dolor moderado y medio, se corresponden a porcentajes aún más elevados del 44,5% y el 48,8%, respectivamente. Se demuestra de este modo que el dolor, lejos de considerarse una condición meramente subjetiva, es y actúa como uno de los elementos de mayor interferencia existente por encima de otras condiciones y patologías. De acuerdo al grado de severidad, el dolor incide muy especialmente en el uso de fármacos OTC (35%), en la desprotección terapéutica (53%), en la dificultad permanente de desarrollar las actividades cotidianas del día a día ya sea a nivel físico como emocional (24%) así como en los niveles de absentismo (41,8%) y presencialismo laboral (38,3%).

1.2. Consecuencias de una deficiente gestión del dolor

Si bien el s.XXI se ha iniciado con un gran número de iniciativas enfocadas a

la revisión de las políticas y estrategias emprendidas en la gestión del dolor, aún nos encontramos lejos de situarnos dentro de un marco común y armonizado de actuación. Las causas que se hallan tras la aún deficiente gestión del dolor en España se debe a factores de los que no son ajenos otros países: los valores culturales, creenciales, educativos, políticos o puramente circunstanciales que amparan el paradigma contextual del dolor.

Todo ello ha llevado a dilatar en el tiempo la toma en consideración del dolor no solo como un derecho fundamental de la persona sino como una cuestión prioritaria de salud pública. Las consecuencias derivadas de la inacción en el ámbito de la gestión no pueden ser más negativas. Tal y como se evidenciaba de las anteriores encuestas y de la literatura científica especializada, el dolor constituye en sí mismo un paradigma que afecta y se interrelaciona con dimensiones psico-emocionales, fisiológicas, económicas, personales, familiares, sociales y comportamentales. El dolor, es desde esta perspectiva, una condición y una patología, que repercute no ya en el individuo sino en la sociedad. De hecho, el impacto social de la inadecuada gestión del dolor tiene una especial repercusión en la esfera física, psico-emocional y socio-económica. No abordar el dolor, gestionarlo de modo incorrecto o infravalorar su impacto incrementa, en definitiva, el riesgo de depresión, ansiedad, pérdida de autonomía y conduce por tanto al aislamiento social, a una baja autoestima y a la ruptura de vínculos relacionales sociales, familiares, laborales y económicos.

Consecuencias físicas, psicológicas y emocionales

Los efectos derivados de una incorrecta gestión temprana y efectiva del dolor provoca numerosos efectos adversos. De hecho, de acuerdo a un estudio de la Organización Mundial de la Salud (OMS) las personas que conviven con dolor crónico son cuatro veces más propensas a padecer depresión o ansiedad que la población general (Gureje et al., 1997)⁸. Lo que incide, al mismo tiempo, en un efecto en cadena, en la especial evolución de la patología (WHO, 2002)⁹ y en un mayor consumo de medicamentos OTC y de recursos sanitarios (Jiménez-Sánchez et al., 2011¹). De hecho, tal y como han demostrado estudios anteriores, existe una relación directa entre el uso de este tipo de fármacos y una peor percepción subjetiva de salud (Astin, 1998¹⁰).

Consecuencias sociales y económicas

Numerosos han sido los efectos perniciosos resultantes del impacto del dolor; especialmente el crónico, en el ámbito socio-económico de las personas afectadas. En el estudio sociológico, ya clásico en esta materia de Rubin (1976¹¹), se afirmaba que los individuos afectados de dolor pertenecientes a la clase trabajadora norteamericana compartían características similares como una vida social más pobre; acceso a peores trabajos; un menor nivel educativo. Todos y cada uno de estos elementos repercutían de modo directo en una paulatina pérdida de bienestar social y calidad de vida, representados en la no consecución del sueño americano a diferen-

cia de la población general no afectada de dolor.

Aplicado al contexto de España, la investigación desarrollada hasta el momento demuestra que la experiencia continuada del dolor severo, incide negativamente tanto en la participación de la persona afectada en la esfera laboral como en los niveles de absentismo y presencialismo. Mientras que los resultados de los estudios emprendidos hasta el momento demuestran que el proceso de reactivación y reintegración laboral del trabajador no es lineal sino que describe diferente trayectoria dependiendo de la enfermedad específica padecida –asociada o no a dolor- (Loisel et al., 2001¹²; Loisel et al., 2004¹³) el porcentaje de trabajadores españoles que padecen dolor muscular en el cuello, los hombros o las extremidades superiores (27%) es netamente superior a la media de la Unión Europea (23,8%) (Lázaro y de Mercado et al., 2007¹⁴).

Del mismo modo, la percepción del dolor en periodos dilatados de tiempo incrementa la aparición de enfermedades asociadas (comorbilidad) y de un mayor índices de factores de riesgo derivados de los niveles superiores de masa muscular (IBM) (Heo et al., 2003¹⁵; Van Dijk et al., 2008¹⁶; Langley et al., 2011¹⁷; Schneider and Mohnen, 2012¹⁸).

Desde la óptica económica, un reciente estudio evidencia cómo los pacientes con mayor intensidad de dolor muestran mayor preocupación por la sostenibilidad económica diaria que la población general (Ríos, 2011¹⁹). O expresado en otras palabras, la vulnera-

¹ Jiménez-Sánchez, S. [et al.] Prevalence of chronic head, neck and low back pain and associated factors in women residing in the Autonomous Region of Madrid (Spain). *Gac Sanit* 2012.

bilidad al dolor expone al paciente a una mayor preocupación financiera y ésta incrementa, a su vez, el grado de dolor percibido.

Al mismo tiempo el dolor repercute negativamente en la pérdida de productividad y de ingresos resultantes del absentismo laboral.

II. La Gestión del paciente con dolor

La gestión adecuada del dolor se halla relacionada con la calidad y la equidad a la vez que con la eficiencia y la eficacia. Todos estos elementos inciden positivamente en el especial paradigma y abordaje multidimensional del dolor

así como en la reintegración social, económica y laboral de la persona afectada. La respuesta al reto que supone el dolor en el s. XXI pasa por desarrollar una transformación a nivel cultural, educativo, investigador y de política sanitaria destinada a desarrollar e implementar estrategias preventivas y de gestión específicas. De acuerdo a la literatura científica dicha aproximación debería englobar los siguientes aspectos:

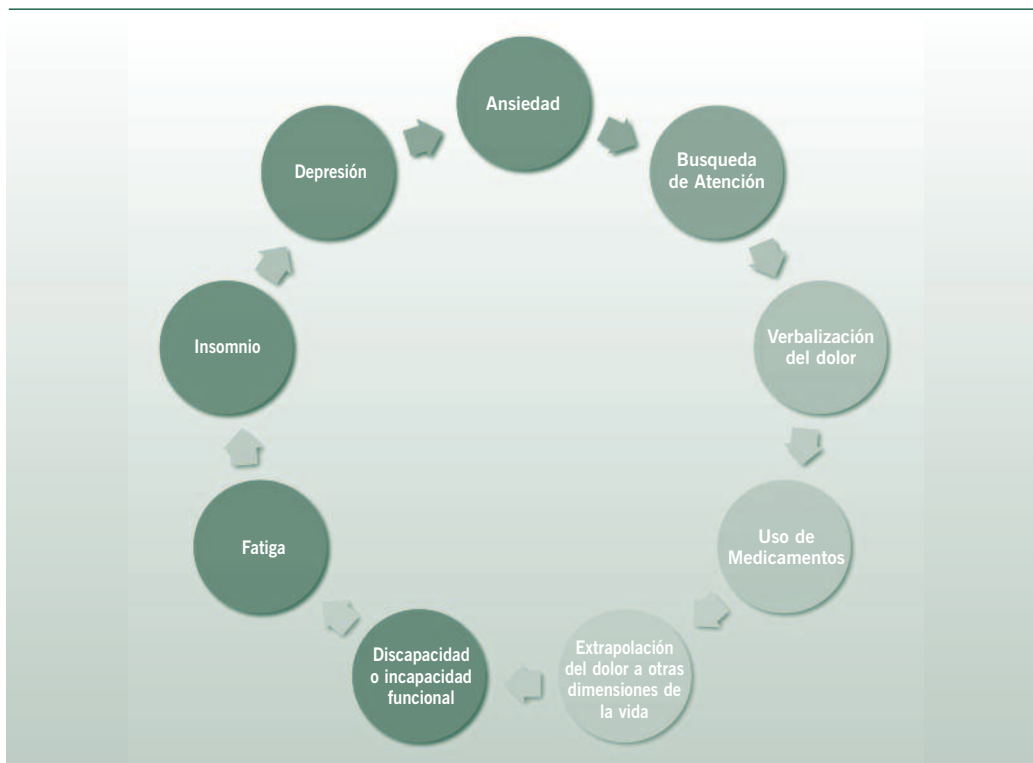
2.1. El paradigma del dolor

El dolor es un fenómeno complejo²¹ que dibuja un especial patrón de comportamiento como respuesta a la particular interacción entre el individuo y el

Tabla II. Adaptado de: Committee on Advancing Pain Research, Care and Education; Board on Health Sciences Policy; Institute of Medicine (2011²⁰).

- (a) Concienciación del dolor y de sus consecuencias, esto es de su impacto en el contexto vivencial de la persona (ámbito personal, educativo, económico, laboral, sanitario y social).
- (b) Reconocimiento del dolor como enfermedad y como materia de salud pública.
- (c) Énfasis en la prevención del dolor.
- (d) Mejora de la valoración y gestión del dolor en la atención sanitaria y social así como en la financiación de planes y programas *ad hoc*.
- (e) Uso de estrategias de comunicación en salud enfocadas a la gestión del dolor por parte de la persona afectada.
- (f) Enfoque de la atención hacia la disminución de los niveles de inequidad en la experiencia del dolor por parte de segmentos poblacionales y de variables sociodemográficas de mayor impacto (ej.: género, edad, posición social, soporte social, nivel educativo y cultural, etc.)

Figura 1. Dimensiones nucleares del comportamiento del dolor (Vlaeyen, 1987)²³: (ansiedad - búsqueda de atención - verbalización del dolor- uso de medicamentos OTC - extrapolación del dolor a otras dimensiones de la vida - discapacidad o incapacidad funcional - fatiga - insomnio - depresión).



mundo circundante²² y cuyo conocimiento es de vital trascendencia en la prevención, el diagnóstico y el tratamiento, en definitiva, en la correcta gestión del paciente con dolor.

No obstante, su complejidad es inseparable del abordaje presente y futuro del manejo del paciente con dolor. Pese a la carencia de cualitativos en España sobre el impacto del dolor en la población afectada, los resultados de las investigaciones realizadas en otros países evidencian

perfiles extremadamente similares. A modo de ejemplo, uno de los estudios más rigurosos en dolor crónico realizado en Canadá (2011¹⁴), arroja luz sobre cuáles deberían ser las líneas estratégicas de intervención en el tratamiento del dolor a través de un abordaje de carácter “multi-dimensional”. O expresado en otros términos, desde una aproximación de gestión capaz de aglutinar los “procesos biológicos, cognitivos, afectivos y sociales” que acompañan al dolor, y con especial énfasis al dolor crónico.

2.2. Tendencias en la gestión del dolor

En los albores del siglo XXI, no existe ninguna aproximación rigurosa al dolor que haya acometido su lucha terapéutica sin tener en cuenta la reflexión ética. Baste citar, a modo de ejemplo, el preámbulo del discurso pronunciado por el ex asesor del ministerio francés de sanidad, Xavier Bertrand, sobre los aspectos estructurales de la atención del dolor crónico en Francia: “El ministerio de la Sanidad ha hecho de la lucha contra el dolor una prioridad, respondiendo ante todo a un *“objetivo humanista, ético y de dignidad del hombre”*”.

Afrontar el dolor desde esta perspectiva es considerar que el dolor no es una fatalidad (“la douleur n’est pas une fatalité”) como rezaba la campaña pública del ‘Plan contra el Dolor’ iniciada en Francia en 1998 a través de la Secretaría de Estado. O expresado en otras palabras, establecer que el tratamiento contra el dolor es un derecho fundamental de la persona, y que responde a una voluntad ética y humanista. Más allá de ser un principio ético y un deber deontológico *per se*, la lucha contra el dolor implica, al mismo tiempo, establecer marcos de regulación normativa capaces de garantizar tanto la equidad en el acceso como la calidad, eficacia y efectividad de su tratamiento. A este respecto, la “*Carta Ética de Berlín*²⁵” impelía a los gobiernos de los diversos países de la Unión Europea (UE) a adoptar, entre otros, los siguientes principios jurídicos como elementos éticos de humanización de la medicina en el tratamiento del dolor:

- (a) Todo individuo con dolor tiene derecho a un adecuado tratamiento del dolor.
- (b) Todo paciente tiene el derecho a un exhaustivo y minucioso examen de la causa del dolor y a un diagnóstico que conduzca a un tratamiento adecuado, y en el que se incluye una aproximación de tipo interdisciplinar y que incluye la toma en consideración de los aspectos psicológicos, psiquiátricos y sociales.

Tres años más tarde, la “*Declaración del Dolor de Montreal*²⁶” ponía el acento, entre otros, en el dolor crónico y su gestión.

- (a) El dolor crónico es un problema grave de salud crónica que requiere una gestión similar a otras enfermedades crónicas como la diabetes o la enfermedad crónica del corazón.
- (b) La obligación de los gobiernos y de todas las instituciones sanitarias, en el marco de los límites legales de su competencia y teniendo en cuenta los recursos disponibles de atención sanitaria, es establecer leyes, políticas y sistemas que ayuden a promover el acceso de las personas con dolor al adecuado manejo del dolor. La imposibilidad de establecer leyes, políticas y sistemas no es ético y constituye una violación de los derechos humanos de las personas perjudicadas.

Si bien es cierto, como seguía subrayando el texto de la declaración, que la mayor parte de los países carecen de una política nacional o altamente inadecuada en relación a la gestión del dolor como un problema de salud, -incluyéndose el importante déficit existente en materia de investigación y educación en dolor- Francia continúa siendo un modelo a tener en consideración. Su “Plan del Dolor”, aún a pesar de la amenaza que se cierne sobre esta estrategia si se cumplen las predicciones de recorte en su financiación, constituye la más sólida referencia de la que dispone Europa en estos momentos. Ningún otro plan existente contra el dolor ha integrado en su seno la pluralidad de mejoras a nivel de gestión, y que ha comportado, entre otras actuaciones, una evaluación exhaustiva y pormenorizada de su efectividad y grado de implementación (Haut Conseil de la Santé Publique, 2011²⁶), la revisión del código deontológico de la profesión médica, la disposición de una normativa *ad hoc* y su vinculación con planes de salud pública. De hecho, sin el previo apoyo que supuso el desarrollo del marco normativo, la lucha contra el dolor crónico y agudo, no habría recibido la atención y el reconocimiento merecido. Entendiendo por ello la toma en consideración del dolor desde el punto de vista clínico, sanitario, social y profesional y del desarrollo de estructuras específicas orientadas a la mejora de la atención y del cuidado.

A excepción de Francia y de otros países como Australia, Canadá o Reino Unido, la lucha contra el dolor continúa siendo una asignatura pendiente (Gabriele, 2011²⁷).

Enfoque del dolor en la salud pública de Francia

Objetivos de salud pública relativos a la política sanitaria en dolor:

- (a) Cuantificación del dolor a partir de la producción de información epidemiológica *ad hoc* de acuerdo a la prevalencia del dolor de intensidad moderada y/o severa.
- (b) Prevención del dolor de intensidad moderada y/o severa en al menos el 75% de los casos.
- (c) Reducción de la intensidad y duración de los episodios dolorosos presentados por los pacientes crónicos, personas de edad avanzada y en las situaciones de final de vida.
- (d) Disposición de datos actualizados de prevalencia del dolor con el fin de evaluar la importancia y el alcance de los esfuerzos necesarios para su mejora.
- (e) Mejora del conocimiento epidemiológico y fisiopatológico del dolor.
- (f) Desarrollo de estrategias para una adecuada toma en consideración del dolor y para evaluar la eficacia de las intervenciones aplicadas. (LOI n° 2004-806 du 13 août 2004 relative à la politique de santé publique)

El reto al que se enfrenta el abordaje del dolor en el s. XXI es, de un lado, encontrar las mejores líneas estratégi-

cas de actuación de acuerdo a la evidencia científica. De otro, adaptar dichas líneas a las necesidades individuales y sociales. Ninguna de estas empresas logrará ser verdaderamente efectiva, no obstante, sin considerar previamente el análisis pormenorizado de las consecuencias derivadas de la no integración de estrategias terapéuticas *ad hoc* en la salud y calidad de vida del paciente.

Sostiene la Organización Mundial de la Salud (OMS) que toda política sanitaria ética en materia de equidad entraña, no únicamente el deber de combatir la enfermedad, sino de asegurar a la población de un mínimo de bienestar y desahogo. Renunciar a esta misión social conlleva el riesgo de agravar las desigualdades en salud y dejar de responder a las necesidades de salud pública.

“Los poderes públicos han de asegurar y mejorar la salud de la población, la actual y la futura, entendiendo la inversión en salud como una contribución decisiva al bienestar social, tanto en el efecto neto de la ganancia en salud como por la contribución a la sostenibilidad general por el aumento de la productividad asociada a la salud y por el efecto positivo que las políticas de cuidado del medio tienen en el entorno y en la salud humana. La excelente respuesta que hemos dado al requerimiento constitucional de protección de la salud desde la vertiente del cuidado de las personas enfermas, debe ahora complementarse con la vertiente preventiva y de protección y promoción de la salud.” Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública.

No cabe duda de que, como subraya la FDA, la generación de ítems es incompleta sin la participación del paciente (Jovell, 2006²⁸). En un entorno de crisis como el que nos encontramos, la implicación del paciente en la mejora de su salud, a nivel de información y formación y en estrecho seguimiento por parte del profesional sanitario y social, es más que nunca indispensable. Desde esta óptica, el programa de formación en el autocuidado de enfermedades crónicas de Stanford “Tomando control de tu Salud” y el proyecto académico de salud pública de la Universidad de los Pacientes, <<http://www.universidad-pacientes.org>> focalizado en la información, formación e investigación, son dos iniciativas innovadoras a tener en cuenta, impartidas y desarrolladas, respectivamente por la Fundació Josep Laporte <<http://www.fbjoseplaporte.org>> en el ámbito de la Universidad Autónoma de Barcelona (Blancafort, 2011²⁹).

El dolor no es únicamente una percepción subjetiva sino una enfermedad real y que es merecedor de una aproximación sociológica. Por ello mismo, cualquier estrategia política debería considerar el dolor como fenómeno social con el objetivo de priorizar el abordaje y gestión del paciente de acuerdo al impacto del dolor en las desigualdades y los determinantes en salud. El mayor coste social, el peor abordaje del dolor es ignorarlo (Jovell, 2011³⁰).

Conclusiones

- La calidad de vida es un factor clave para la “normalización” de la vida

cotidiana y la plena integración de la persona afectada en la sociedad desde el punto de vista de su participación en la consecución del progreso social, económico y político de todo país. El dolor es, desde este aspecto, el principal determinante del bienestar y de la calidad de vida de la persona afectada. No obstante, la mayor parte de los sistemas sanitarios no se hallan centrados en el dolor físico y psico-emocional. El desarrollo de investigaciones específicas y comparativas en dolor con otros países y escenarios de intervención es clave a la hora de identificar no tan solo la percepción subjetiva de su impacto en el paciente y familiar sino a la hora de adaptar el abordaje del dolor de acuerdo al patrón de experiencia y comportamiento del paciente. Aunque el abordaje del dolor ha mejorado sensiblemente en aspectos como la creación de unidades específicas –unidades de dolor- y en iniciativas concretas –campana de dolor-, las necesidades específicas de los pacientes continúan siendo en gran medida insatisfechas, creando una enorme carga emocional, social y económica para los pacientes, los cuidadores y la sociedad. El reconocimiento expreso y el abordaje del dolor en España desde la perspectiva de la experiencia del paciente es una tarea crucial para la salud pública y una responsabilidad moral del sistema sanitario, social y laboral así como de los agentes clave en la mejora de la calidad de vida y el bienestar social.

Recomendaciones

- (a) Reconocimiento de la educación y el soporte social y laboral como factores determinantes de la salud, el bienestar y la calidad de vida del paciente con dolor.
- (b) Aplicación de una atención centrada en el paciente desde un cambio y una reorientación del sistema sanitario, social y laboral hacia el comportamiento en salud derivado del impacto del dolor y desde el diseño y la implementación de políticas sanitarias, sociales y laborales más sensibles a la vivencia y experiencia del dolor por parte de los pacientes y los familiares.
- (c) Promoción de una política de salud pública, legislación y práctica sanitaria, social y laboral favorables a la máxima calidad de vida del paciente afectado de dolor y adaptadas a las necesidades, valores, preferencias, expectativas y prioridades del impacto del dolor en el paciente y contexto de vida.
- (d) Establecimiento de Comités y Grupos de Trabajo en dolor destinados a garantizar el acceso precoz y efectivo de la enfermedad desde el punto de vista de la información epidemiológica, la educación, el diagnóstico, el tratamiento, el control, la gestión, la monitorización y la evaluación.
- (e) Instauración de políticas y regulaciones sólidas (*Estrategia del Dolor en el SNS*), acordadas y

evaluadas por parte de la totalidad de agentes clave de interés involucrados en dolor.

- (f) Implementación de los Resultados Percibidos y Comunicados por los Pacientes (PRO) como un instrumento clave de medida de aspectos tan importantes como la valoración de los patrones de comportamiento en dolor (ítem de invisibilidad) y cambio de salud.
- (g) Aplicación de Auditorias específicas en dolor similares al “*The National Pain Audit*” del Reino Unido.
- (h) Mayor visibilidad a la labor realizada en pro del reconocimiento del dolor como derecho fundamental por parte de asociaciones de pacientes como Sinedolore, Fundación Fibromialgia, Con Artritis, Lire y entidades asociadas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Unión Europea. *Dictamen del Comité Económico y Social Europeo sobre “Los derechos del paciente”* (2008/C 10/18).
2. Carbonell, J. Semiología de las Enfermedades Reumáticas. *Monografías SER*. Sociedad Española de Reumatología, 2006.
3. Gabriele, G; Navarro, M.D.; Jovell, A.J. *Artritis Reumatoide: Una visión del presente y una mirada al futuro*. Publicaciones Universidad de los Pacientes. Barcelona, 2011, pp. 168.
4. OECD. *How's Life? Measuring Well-being*, 2011.
5. Brennan, F, Carr, D.B., Cousins, M. Pain Management: A Fundamental Human Right. *Pain Medicine* 2007;105(1):205-221.
6. Goldberg, D.S.; McGee, S.J. Pain is a global public health priority. *BMC Public health* 2011;11:770.
7. +Kantar Health. September 2010. National Health and Wellness Survey, 2010 [Spain]. Princeton, NJ.
8. Gureje O, Von Korff M, Simon GE, Gater R: Persistent pain and well-being: a World Health Organization study in primary care. *JAMA* 1998, 80:147-151.
9. World Health Organization: National Cancer Control Programme: Policies and Managerial Guidelines. Geneva: WHO 2002.
10. Astin, J.A. Why patients use alternative medicine: Results of a national study. *JAMA* 1998;279(19):1548-1553.
11. Rubin, L.B. *Worlds of Pain: Life in the Working-Class Family*. New York: Basic Books. En: Gorman, T.J. *Reconsidering Worlds of Pain: Life in the Working Class(es)*. *Sociological Forum* 2000;15(4):693-717.
12. Loisel et al. Disability prevention: New paradigm for the management of occupational back pain. *Disease Management Health Outcomes* 2001;9(7):351-360.
13. Loisel et al. Décider pour faciliter le retour au travail- Étude exploratoire sur les dimensions de la prise de décision dans une équipe interdisciplinaire de réadaptation au travail. Montréal, Rapport IRSST, 2004.
14. Lázaro y de Mercado, P [et al.]. *Impacto económico, laboral y social de las enfermedades músculo-esqueléticas en España*”. Fundación Abbott y Fundación Ramón Areces, 2007.
15. Heo, M [et al.] Obesity and Quality of Life: Mediating Effects of Pain and Comorbidities. *Obesity Research* 2003;11:209-216.

16. Van Dijk, G.M. [et al.] Comorbidity, limitations in activities and pain in patients with osteoarthritis of the hip or knee. *BMC Musculoskeletal Disorders* 2008;9:95.
17. Langley, P.C. [et al.] The association of pain with labor force participation, absenteeism, and presenteeism in Spain. *Journal of Medical Economics* 2011;14(6):835-845.
18. Schneider, S., Mohnen, S.M. Comorbidity of low back pain: Representative outcomes of a national health study in the Federal Republic of Germany. *European Journal of Pain* 2012;(4):387-397.
19. Ríos, R; Zautra, A.J. Socioeconomic disparities in pain: The role of economic hardship and daily financial worry. *Health Psychology* 2011;30(1):58-66.
20. Committee on Advancing Pain Research, Care and Education; Board on Health Sciences Policy; Institute of Medicine. *Journal of Pain & Palliative Care Pharmacotherapy* 2011;25:365-369.
21. Vlaeyen, J.W.S. et al. Dimensions and components of observed chronic pain behaviour. *Pain* 1987;31:65-75.
22. Loeser, J.D.; Fordyce, W.E. Chronic pain. In: J.E. Carr and H.A. Dengerink (Eds.). *Behavioural Science in the Practice of Medicine*. Amsterdam: Elsevier, 1983.
23. Vlaeyen, J.W.S [et al.] Dimensions and components of observed chronic pain behaviour. *Pain* 1987;31:65-67.
24. Angus Reid Research for the Canadian Pain Society (March 4 to 7, 2011).
25. Esta carta fue redactada por el consenso de un grupo de expertos pertenecientes a la DGSS (*Deutsche Gesellschaft zum Studium des Schmerzes – German Pain Society*) en el seno del German Pain Congress de Berlín en 2007.
26. Haut Conseil de la Santé Publique. *Evaluation du Plan d'amélioration de la prise en charge de la douleur (2006-2010)*, 2011.
27. Gabriele, G. Aspectos éticos del tratamiento del dolor. En: Economía de la Salud: Dolor. *Medical Economics* 2011;157 (Sept.):42-43.
28. Jovell, A.J. [et al.] Participación del Paciente: Nuevo rol del paciente en el sistema sanitario. *Aten Primaria* 2006;38:234-37.
29. Blancafort, S. El autocuidado en el dolor crónico. Economía de la salud en el área del dolor. *Medical Economics* 2011;155 (Jul.):14-15.
30. Jovell, A.J. Hacia una sociología del dolor: aprender a abordarlo. Economía de la salud en el Área de Dolor. *Medical Economics* 2011;153 (Jun.):56-57.

GESTIÓN DE LA CALIDAD EN LAS UNIDADES DEL DOLOR

Dr. Joaquín Estévez Lucas
Presidente de SEDISA

DOLOR

- Problema de salud pública.
- Afecta a gran parte de los ciudadanos.
- Inequidad.
- Abordaje muy dispar según C.C.A.A.
- Falta de estrategia.

- Enfoque inadecuado.
- Consume el 2% del P.I.B.
- Si se tratase bien = ¿Ahorro de 500.000€ (S.E.D.).

UNIDADES DEL DOLOR

- Planificación territorial.
- Multipluridisciplinariedad.
- Relación con:
 - Otros servicios y Unidades Hospitalarias.
 - Atención primaria.
 - Servicios sociales.
 - Área socio-sanitaria.
 - Autocuidados.
 - Atención a domicilio.
- Tipos de unidad:
 - Multidisciplinar.
 - Unidad del dolor.
 - Monográfica.
- Cartera de servicios.





ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN (I)

- Tamaño del Hospital y tipo de unidad.
- Cartera de servicios y procedimientos.
- Relación con el Hospital.
- Relación con la atención primaria y resto de red asistencial.
- Relación con servicios sociales.
- Plan de gestión.
- Manual de organización y funcionamiento.
- Registro de pacientes. Criterios de inclusión y exclusión.



ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN (II)

- Tiempos de espera. Accesibilidad.
- Recursos estructurales.
- Recursos humanos.
- Calidad. Evaluación, revisión y seguimiento.
- Formación. Área de capacitación específica.
- Investigación.
- Derechos y garantías del paciente.
- Misión, visión y objetivos.



GESTIÓN (I)

- Manual de organización y procedimientos.
- Director de la unidad.
- Recursos humanos:
 - Registro de personal sanitario.
 - Expedientes personales.

- Funciones y competencias.
- Medios documentales.
- Personal facultativo.
- Personal de enfermería.
- Identificación y diferenciación del personal.
- Otros profesionales.
- Personal de apoyo.



GESTIÓN DE PACIENTES

- Historia clínica.
- Informe clínico.
- Registro de pacientes.
- Protección de datos.
- Responsable de ficheros.
- Confidencialidad y gestión de datos.
- Sistema de información.

GESTIÓN (II)

- Formación.
- Estándares de tiempo por actividad.
- Recursos materiales:
 - Programa funcional.
 - Estructura.
 - Equipamiento.
- Relaciones intrahospitalarias.
- Guías y protocolos.



PACIENTE (I)

- Derechos y garantías.
- Información a pacientes y cuidadores.
- Consentimiento informado.
- Acuerdo terapéutico.
- Garantía de los derechos del paciente.
- Plan de acogida.
- Código ético.
- Seguro de responsabilidad.
- Seguridad del paciente.
- Eventos adversos.



PACIENTE (II)

- Cultura de seguridad.
- Comunicación entre profesionales.
- Seguridad en el uso de medicamentos.

- Seguridad en el uso de productos sanitarios.
- Identificación del paciente.
- Seguridad del paciente y gestión de riesgo.
- Implicación del paciente en su seguridad.
- Prevención de la infección.
- Plan de autoprotección.



CALIDAD (I)

- **DEFINICIÓN:** Hacer bien lo que hay que hacer, sólo lo que hay que hacer y a la primera.
- **FASES:**
 1. Control.
 2. Aseguramiento o garantía.
 3. Calidad total.
- **PRINCIPIOS:**
 - Satisfacción del paciente.
 - Motivación e implicación de los profesionales.



- **EXCELENCIA.**

CALIDAD (II)

- Plan de calidad SNS - estrategia 7: Acreditación de unidades.
- Modelos:
 - ISO.
 - EFQM (Europeo - Autoevaluación).
 - Joint Commission.
 - Sedar.
 - SED Acreditación de Profesionales y Unidades.
 - S. Madrileña del dolor.
 - AD Qualitatem (Cuestionario - doble evaluación).

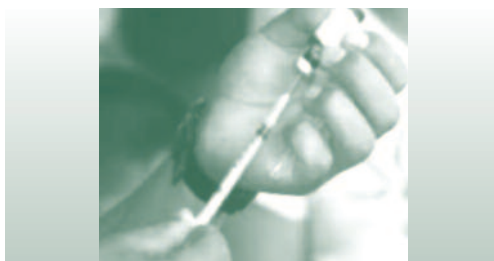
ESTÁNDARES E INDICADORES DE CALIDAD (I)

- Estructura - Proceso - Resultado.
- Generales - Consulta - Hospitalización convencional - Hospital de día.
- Aspectos a tener en cuenta (I).
 - Misión, visión y valores.
 - Objetivos y campo de acción.
 - Patologías a tratar.
 - Técnicas a tratamientos.
 - Exploraciones diagnósticas
 - Consultas.
 - Intervencionismo.
 - Especialidades.



ESTÁNDARES E INDICADORES DE CALIDAD (I)

- Aspectos a tener en cuenta (II).
 - Formación del personal.
 - Realización y revisión de protocolos.
 - Accesibilidad.
 - Procedencia de pacientes.
 - Diagnósticos frecuentes.
 - Duración de tratamientos.
 - Mejoría de pacientes.
 - Grado de satisfacción de pacientes (reclamaciones).
 - Tiempos y listas de espera (consultas y tratamientos).
 - Continuidad de cuidados.



ESTÁNDARES E INDICADORES DE CALIDAD (III)

- Revisión y seguimiento de indicadores.
- Conjugar:
 - Adecuación de cartera de servicios a necesidades de población.
 - Rentabilidad = QALY (Años de vida saludable).

- Aplicación en la asistencia de los últimos conocimientos.
- Expectativas y satisfacción de pacientes.
- Profesionales = Nivel Científico - Técnico.
- Gestión = Control de calidad, cantidad y costes.

ACREDITACIÓN EXTERNA

LA INVESTIGACIÓN BÁSICA EN EL ÁREA DE ANALGESIA

Dra. Isabel Martín Fontelles

Dpto. Farmacología y Nutrición. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad Rey Juan Carlos

La investigación básica en el área del dolor es un tema enormemente amplio e interesante. Podríamos decir que sus metas parciales son:

- Mejorar el conocimiento de los mecanismos que median el dolor, en todas sus variadas facetas.
- Buscar, a partir de este mejor conocimiento, nuevas dianas sobre las que actuar.
- Diseñar nuevas moléculas y/o estrategias aprovechando estas dianas y, finalmente.
- Ensayar nuevos productos, o nuevos esquemas de administración, en modelos experimentales.

Es evidente que en ninguno de los pasos expuestos se debería perder de vista el objetivo final: buscar soluciones que puedan ayudarnos a controlar los dolores resistentes a los tratamientos conocidos.

Está claro que los cuatro pasos están muy interrelacionadas y que las cuestio-

nes a estudiar se superponen con mucha frecuencia. La diferencia entre ellas está en realidad más en la mente del investigador y en lo que para él se convierte en el objetivo hacia el que dirige sus esfuerzos.

En el primer caso la meta es mejorar el conocimiento y en el segundo el foco está en la búsqueda de las dianas o abordajes terapéuticos novedosos, en el tercero el protagonismo pasa a la investigación química con el diseño y la posterior síntesis de nuevas moléculas y por último pasamos a comprobar la actividad y seguridad de los nuevos compuestos utilizando en las primeras etapas ensayos *in vitro* para terminar con la evaluación en modelos animales en los que, además de comprobar la toxicidad, se intentan reproducir situaciones que se asemejen lo más posible a las patologías humanas para las que estarían indicados, en cualquier caso nunca se deben perder de vista las conocidas limitaciones cuando se va a dar el salto a la clínica humana. Incluso los resultados más prometedo-

res en las fases preclínicas no son garantía de éxito.

No vamos a repasar en detalle todas y cada una de estas etapas de la investigación preclínica, pero veremos un ejemplo de una posible diana en desarrollo.

¿Dónde la buscamos?

A lo largo de toda la vía de conducción del dolor aparecen puntos en los que la transmisión del estímulo se modula por mecanismos fisiológicos, sobre ellos se podría actuar para modular, mediante el uso de fármacos o de otras técnicas, la progresión del estímulo hacia las estructuras en las que la sensación se hará consciente. El conocimiento de la fisiología de la transmisión del dolor abre las puertas a numerosas posibilidades.

Vamos a fijar nuestra atención en el punto donde se genera el estímulo doloroso, en los tejidos periféricos, un lugar aparentemente sencillo en comparación con los complejos eventos que tienen lugar en el sistema nervioso central (SNC).

Contemplar algunos aspectos de lo que sucede en esta localización hará que nos demos cuenta de que nada debe considerarse demasiado simple y de que, también aquí, encontramos nuevas dianas que ofrecen nuevas oportunidades terapéuticas.

En la periferia, piel, vísceras, cartílagos..., es donde, con más frecuencia, se generan las lesiones que darán lugar a que se transmita un estímulo que se per-

cibirá como dolor. Cualquier estímulo nocivo, capaz de dañar los tejidos, activará la vía de transmisión del dolor y podrá ser percibido como tal.

En esta localización es donde ejercen su efecto principal, y mejor conocido, los llamados analgésicos anti-inflamatorios no esteroideos (AINE), actúan, principalmente, reduciendo la actividad de dos de las enzimas de síntesis de prostaglandinas, la ciclooxigenasa1 (COX-1) y la ciclooxigenasa 2 (COX-2), pero esto, a pesar de su demostrada eficacia y de su frecuentísimo uso, no agota las opciones terapéuticas que se pueden ejercer a nivel periférico.

¿Por qué? Porque, además de las prostaglandinas hay muchos otros mediadores que se liberan en los tejidos dañados, como los hidrogeniones, que modifican p.e. el pH y activan canales ASIC (Acid Sensing Ion Channels)¹ capaces de despolarizar la membrana y disparar potenciales de acción que transmitirán como una señal dolorosa. Otros mediadores (citocinas, quimocinas, factor de crecimiento neural (NGF), ATP...) dependen de la llegada de células inmunes y, por último, otros se extravasan desde la circulación sanguínea (bradicinina p.e.), todos aparecen en el área como consecuencia del daño tisular². Controlar los mecanismos que ponen en marcha la liberación de estas sustancias, o regular los efectos de estos mediadores, constituyen dianas interesantes.

Por otra parte, los tejidos periféricos también son la diana de actuaciones terapéuticas que tienen como objetivo la

reparación de la lesión y que, indirectamente, reducirán el dolor. Por ejemplo reparación del cartílago articular³ puede tener un efecto anti-álgico. A pesar de ello, cuando el daño tisular se prolonga y el estímulo doloroso es mantenido y reforzado por la participación de células inmunes, que acuden en respuesta a la lesión y que juegan un papel en la regulación de la intensidad del dolor, su presencia y actividad precisa modularse mediante fármacos⁴.

En la periferia, estímulos nocivos como calor, presión lesiva, frío, protones... como ya se ha dicho, provocan liberación de mediadores y cambios de pH que estimulan los nociceptores. Al final, todo esto provocará la entrada de Na^+ y Ca^{++} , y la consiguiente generación de un potencial de acción.

Una vez generado el potencial de acción en la aferente primaria de la neurona sensorial, este deberá recorrer el camino hacia el SNC. En las vías nerviosas de conducción la transmisión depende inicialmente (dolor agudo) del flujo de iones por canales de Na^+ que existen constitutivamente. La transmisión del estímulo hacia estructuras superiores sufrirá a lo largo de su camino modulaciones en diferentes momentos (ganglios dorsales, asta dorsal de la médula espinal, núcleos mesencefálicos...) en todos estos puntos encontramos mecanismos (neuronales, gliales, inmunes...) cuya modificación facilita, o deprime, la transmisión del dolor y, consecuentemente, la intensidad con que se percibe.

También es bien conocido que cuando el dolor se cronifica se producen algu-

nas desviaciones de este patrón. Un ejemplo, centrándonos sólo en modificaciones que afecten a la periferia, tiene lugar la expresión de genes que facilitan la síntesis de nuevos canales de Na^+ y Ca^{++} que facilitan la transmisión del estímulo doloroso empeorando la situación del paciente⁵. Estos “nuevos” canales que se expresan cuando el dolor se cronifica, son sintetizados en los cuerpos neuronales que se encuentran en los ganglios dorsales de la médula espinal y viajan hasta la terminación nociceptora, cuando esto sucede al estimularse los receptores y canales presentes en estos terminales (TRP, ASIC, P2X/P2Y...) la entrada de iones está facilitada y un estímulo de intensidad igual se ve potenciado en estas situaciones de dolor crónico.

Una interesante opción terapéutica es diseñar y administrar fármacos que actúen selectivamente sobre estos canales que se sobre-expresan en situaciones de dolor crónico y que serían útiles porque actuarían selectivamente en estos casos. Y en esta línea se han diseñado, por ejemplo, fármacos como el ziconotide, un bloqueante de canales de Calcio neuronales, con potente efecto analgésico pero también con efectos indeseables que limitan su utilidad.

Otro cambio importante que se produce durante el dolor crónico, y que es menos manejado, es el estímulo de sistemas endógenos de control del dolor. Es cierto que los mecanismos centrales de control del dolor son más o menos conocidos aunque poco potenciados para el tratamiento del dolor, pero se ha puesto muy poca atención en los mecanismos anti-álgicos endógenos periféricos.

Vamos a ver donde podemos encontrar dianas nuevas y selectivas aprovechando esta característica.

El dolor crónico, además de favorecer la expresión de nuevos canales, provoca la síntesis de las neurotrofinas que, como antes se ha comentado, viajan hasta los cuerpos de las neuronas primarias, localizados en los ganglios, y hacen que se expresen nuevos receptores opioides, estos desde aquí se desplazan en dos direcciones, hacia el asta posterior de la médula espinal y también a los terminales periféricos, donde se inicia la transmisión del estímulo doloroso.

La estimulación de estos receptores modula la transmisión de los potenciales de acción porque, entre otras cosas, reduce la energía disponible, por inhibición de la actividad de adenilatociclase y cierre de los canales de calcio, e hiperpolariza la membrana, abriendo los canales de potasio.

En los tejidos inflamados aumenta la presencia de mediadores de analgesia endógena como péptidos opioides, endocannabinoides, somatostatina y citocinas antiinflamatorias⁶.

Por otra parte, la inflamación no sólo afecta a los terminales nerviosos sino también a los vasos que irrigan la zona inflamada y estimula la llegada y la extravasación de linfocitos que son capaces de liberar opioides endógenos. Estos opioides, al unirse a los receptores que habíamos comentado anteriormente, controlan en parte la transmisión del dolor.

Es un mecanismo poco eficaz porque los opioides endógenos son péptidos y por lo mismo se degradan muy rápidamente.

¿Cómo podríamos potenciar esta “analgesia” endógena?, o en dicho de otro modo ¿hay dianas sobre las que podamos actuar?

Podemos:

1- Favorecer la llegada de los linfocitos liberadores de opioides a la atmósfera del receptor.

1.1- Facilitar la migración de los linfocitos desde los vasos, para ello deben adherirse al endotelio y en este proceso intervienen moléculas de adhesión endotelial:

- Selectinas.
- ICAM-1 (intracellular adhesion molecule).
- Integrinas (α4 y β2).
- Quimocinas (CXCL1 y CXCL2/3).

1.2. Ayudando a que el linfocito se adhiera a la neurona, esta función es facilitada por moléculas de adhesión neuronal:

- ICAM-1.
- NCAM (neural cell adhesion molecule).

2. Aumentando la liberación opioide del linfocito, intervienen en este proceso:

- Factor liberador de Corticotrofina (CRF).

- Interleukinas (IL-1b).
- Noradrenalina (receptores α_1 , α_2 y α_2).
- Quimocinas (CXCL8).

Mimetizar el efecto de uno o varios de los mediadores enumerados puede mejorar la analgesia opioide endógena periférica, pero

¿Cuál podríamos seleccionar? O lo que es lo mismo ¿cuál sería más eficaz, en principio?.

En todo este proceso hay varias opciones y deberíamos analizarlas todas antes de seleccionar una.

Como uno de los principales factores limitantes de la eficacia analgésica sabemos que es la labilidad de los opioides endógenos, ya hemos comentado que son péptidos y sufren rápidamente proteólisis que aun es más rápida en una zona donde el pH es ácido y la temperatura alta, como sucede en los tejidos lesionados y/o inflamados, una opción razonable sería intentar que se liberasen en una zona próxima al receptor y protegidos por la célula que los libera.

Así, siguiendo con nuestro ejemplo, si esta opción nos parece sugerente el siguiente dato que investigaríamos es hay algún dato en clínica humana que apoye la hipótesis de que la analgesia periférica inducida por liberación de opioides juega un papel en el control fisiológico del dolor.

Al revisar la literatura existente^{7,8,9,10,11,12} encontramos que se ha des-

crito un importante vínculo entre el sistema inmune y la antinocicepción opioide en el dolor inflamatorio. En la inflamación se observa que hay extravasación de células inmunes en las que se expresan más péptidos opioides (desde Beta endorfinas a Pro-opiomelanocortina) que en las mismas células circulantes. En las fases tempranas predominan monocitos y en fases más tardías en linfocitos T y B. Da la impresión que las células inmunes no solo migran para combatir las lesiones sino también para reducir el dolor.

Por otra parte los opioides exógenos parecen interferir en la adherencia de las células inmunes a la neurona¹³ lo que reduciría la eficacia de la analgesia opioide endógena en los pacientes tratados con opioides, intentar aumentar esta adherencia sería por lo mismo una opción terapéutica interesante para potenciar la analgesia opioide.

Y, por último, se ha demostrado en modelos animales que la inmunosupresión reduce la antinocicepción derivada de la extravasación de células inmunes y que esta analgesia endógena se recupera al activar la respuesta inmune¹⁴.

Todo esto apoyaría el interés de las dianas que se han propuesto y en concreto las que tengan como meta mejorar la adhesión de las células inmunes a las neuronas en la periferia².

Hasta aquí manejamos datos recogidos de la literatura, fundamentalmente en el trabajo de Hua y colaboradores⁴, pero...

¿Cómo continuaría el desarrollo de esta investigación? Pues, sería el turno de la química médica, los químicos de síntesis revisarían las moléculas que participantes, modelizarían ligandos capaces de mimetizar, de forma más duradera y estable lo que hacen las moléculas naturales que favorecen la adhesión, por último sintetizarían nuevas moléculas, con puntos con actividad y distribución espacial similares.

Después se procedería a comprobar si estas moléculas son capaces de unirse *in vitro* (ensayos de binding), a los receptores naturales y si presentan actividad agonista o antagonista. Es estudiar, en tejidos aislados, si son capaces de aumentar la adhesión de células inmunes a las neuronas, en situaciones que imiten diferentes grados de inflamación.

Para terminar esta etapa de investigación básica preclínica se ensayaría su eficacia analgésica en modelos animales de inflamación aguda y crónica así como los posibles efectos indeseables, vías de administración y farmacocinética.

Por cada 5000-10000 compuestos que entran en el proceso de descubrimiento y desarrollo sólo 1 llega a ser aprobado^{15,16}. El camino es, por lo tanto, aun largo y complejo, después de identificar una diana de interés y las posibilidades de éxito realmente bajas, pero es cierto que es un camino apasionante que mejora nuestra comprensión de los hechos y que puede darnos soluciones para tratar dolores resistentes que, por el momento, no tienen tratamiento eficaz.

BIBLIOGRAFÍA

1. Mercado F, Vega R, Soto E. Canales iónicos sensibles a la concentración extracelular de protones: estructura, función, farmacología y fisiopatología Rev Neurol 2005; 41 (11): 667-75.
2. Hua S, Cabot PJ. Mechanisms of peripheral immunecell-mediated analgesia in inflammation: clinical and therapeutic implications. Trends Pharmacol Sci 2010; 31 (9): 27-33.
3. Takeshita N, Yoshimi E, Hatori C, Kumakura F, Seki N, Shimizu Y. Alleviating effects of AS1892802, a Rho kinase Inhibitor on osteoarthritic disorders in rodents. J Pharmacol Sci 2011; 115(4): 481-9.
4. Hua S, Cabot PJ. Mechanisms of peripheral immunecell-mediated analgesia in inflammation: clinical and therapeutic implications J Pharmacol Sci 2010; 31 (9): 427-43.
5. Hildebrand ME, Smith PL, Bladen C, Eduljee C, Xie JY, Chen L, Fee-Maki M, Doering CJ, Mezeyova J, Zhu Y, Belardetti F, Pajouhesh H, Parker D, Arneric SP, Parmar M, Porreca F, Tringham E, Zamponi GW, Snutch TP. A novel slow-inactivation-specific ion channel modulator attenuates neuropathic pain. Pain 2011; 152 (4): 833-43.
6. Coutaux A, Adam F, Willer JC, LeBars D. Hyperalgesia and allodynia: peripheral mechanisms. Joint Bone Spine 2005; 72 (5): 359-71.
7. Rittner HL, Brack A, Stein C. (2008) Pain and the immune system. Br J Anaesth 2008; 101(1): 40-4.
8. Rittner HL, Brack A. Leukocytes as mediators of pain and analgesia. Curr Rheumatol Rep 2007; 9 (6): 503-10.
9. Stein C, Lang LJ. Peripheral mechanisms of opioid analgesia. Curr Opin Pharmacol 2009; 9 (1): 3-8.

10. Busch-Dienstfertig M, Stein C. Opioid receptors and opioid peptide-producing leukocytes in inflammatory pain – Basic and therapeutic aspects. *Brain Behav Immun* 2010; 24 (5): 683–94.
11. Stein C, Clark JD, Oh U, Vasko MR, Wilcox GL, Overland AC, Vanderah TW, Spencer RH. Peripheral mechanisms of pain and analgesia. *Brain Res. Rev.* 2009; 60 (1): 90–113.
12. Stein C, Schäfer M, Machelska H. Attacking pain at its source: new perspectives on opioids. *Nat Med* 2003; 9 (8): 1003–8.
13. Hua S, Hermanussen S, Tang L, Monteith GR, Cabot PJ. The neural cell adhesion molecule antibody blocks cold water swim stress-induced analgesia and cell adhesion between lymphocytes and cultured dorsal root ganglion neurons. *Anesth Analg* 2006; 103 (6): 1558–64.
14. Hermanussen S, Do M, Cabot PJ. Reduction of beta-endorphin-containing immune cells in inflamed paw tissue corresponds with a reduction in immune-derived antinociception: reversible by donor activated lymphocytes. *Anesth Analg* 2004; 98 (3):723–9.
15. Paul SM, Mytelka DS, Dunwiddie CT, Persinger CC, Munos BH, Lindberg SR, Schacht AL. How to improve R&D productivity: the pharmaceutical industry's grand challenge. *Nat Rev Drug Discov* 2010; 9 (3): 203-14.
16. Kissin I. The development of new analgesics over the past 50 years: a lack of real breakthrough drugs. *Anaesth Analg* 2010; 110 (3): 780-9.

INVESTIGACIÓN CLÍNICA EN DOLOR: TEORÍAS Y REALIDADES

Dra. Concepción Pérez Hernández

Jefe de la Unidad del Dolor. Hospital Universitario de La Princesa. Madrid

La investigación clínica en dolor evidentemente ha avanzado de manera notable en los últimos años, sin embargo nos encontramos en la actualidad en un momento complejo y en el que los que nos dedicamos a la práctica clínica pero desarrollamos también parte de nuestra actividad en investigación vivimos cambios importantes. No sabemos que pasará en los próximos años, sin embargo podemos ver el punto actual y partir de unas premisas en España:

- La financiación por parte de la industria de la mayoría de los ensayos clínicos y de la investigación en dolor.
- Evidentemente esto condiciona la segunda premisa, que es la diferencia de objetivos a conseguir por el clínico y por la industria.

La industria lógicamente busca el registro y la aprobación de diferentes productos farmacéuticos. Los médicos buscan poder adquirir práctica en la investigación clínica y currículo.

- Además y como última premisa partimos de una situación de extrema dificultad en la actualidad. La posibilidad de realizar estudios clínicos independientes es a día de hoy complicadísima (falta de recursos humanos y económicos fundamentalmente) y por otro lado también la industria vive un momento muy difícil invirtiendo en desarrollo clínico de moléculas mucho dinero, a pesar de que frecuentemente estas moléculas no ven cumplido su objetivo final: llegar al mercado farmacéutico.

¿QUE ES UN ENSAYO CLÍNICO?

Un ensayo clínico es un procedimiento que sirve para evaluar de manera experimental una sustancia, un producto, un fármaco o una técnica terapéutica o diagnóstica. Su objetivo es evaluar en seres humanos su eficacia y seguridad. En definitiva es una prueba científica de un fármaco, aceptada por el enfermo y

amparada por la ley, o un estudio experimental y prospectivo en el cual el investigador controla las variables y los pacientes o sujetos son asignados de forma aleatoria a las distintas intervenciones que se comparan.

El elemento esencial del ensayo es la existencia de un grupo control, que permite probar si la nueva intervención (fármaco o técnica) es mejor o no que las ya existentes o que no intervenir (grupo placebo). Un ensayo clínico se inicia cuando surge una hipótesis a partir de estudios no controlados (observacionales, retrospectivos, etc) o de estudios preclínicos. No todo lo que hacemos en nuestra práctica clínica ha pasado por

una investigación rigurosa o lo que es lo mismo tiene poca evidencia científica.

Realmente un ensayo clínico es el estudio clínico con más evidencia ya que minimiza sesgos y controla la mayoría de las variables estadísticas. Son imprescindibles para poder demostrar la eficacia de los productos en las distintas patologías y también avalan su seguridad y son la base de la Medicina Basada en la Evidencia.

TIPOS DE ENSAYOS CLÍNICOS

Los ensayos clínicos se clasifican de diferentes formas según el factor de clasificación. Estos factores no son excluyentes.

Clasificación de los ensayos clínicos		
Factor de clasificación		Tipos de ensayos clínicos
Desarrollo clínico		<ul style="list-style-type: none">• Fase I• Fase II• Fase III• Fase IV• Explicativos• Pragmáticos• Equivalencia Terapéutica• Búsqueda de dosis• Dosis-respuesta• Concentración-respuesta• Bioequivalencia• Biodisponibilidad• Estudio piloto• No enmascarado / Abierto• Enmascarado/ Ciego /Cerrado
Aspecto de la intervención		
Objetivo		
Enmascaramiento		
Exposición		
Control		<ul style="list-style-type: none">• Simple ciego• Doble ciego• Triple ciego
Aleatorización		

ENSAYOS CLÍNICOS FARMACOLÓGICOS SEGÚN FASE DE DESARROLLO CLÍNICO

Los ensayos clínicos en humanos son imprescindibles para poder corroborar la eficacia y la seguridad de los resultados obtenidos en el laboratorio en estudios *in vitro* y en animales. Por esta razón, antes de su posible aprobación, un fármaco debe ser probado en seres humanos, a través de una metodología que distingue tres fases, considerando el estudio y seguimiento de un fármaco después de su comercialización como una cuarta fase.

Estudios fase I

Representa la primera administración en humanos, generalmente en pequeño número. Esta fase se realiza generalmente en adultos jóvenes sanos, con el fin de detectar posibles signos incipientes de toxicidad, lo que permitiría determinar luego el rango seguro de dosificación. Los aspectos farmacocinéticos se suelen medir también, aunque su estudio no es el objetivo principal de esta fase.

Estudios fase II

Consisten en la administración del fármaco a individuos que presentan la enfermedad para la que se ha concebido su empleo. Este grupo de pacientes debe ser relativamente homogéneo en sus características basales (presentar solo la enfermedad en cuestión) y no se suelen incluir más de 100 a 200 individuos. Son de grupo activo (con fármaco frente a grupo placebo). Su finalidad es establecer mediciones preliminares de la rela-

ción eficacia terapéutica/toxicidad (ventana terapéutica), así como establecer la dosis óptima o sus límites de variación en la condición a tratar.

Estudios fase III

Si se obtiene razonable evidencia de las fases I y II, comienzan los estudios de fase III, tratando cientos o incluso miles de pacientes. Aparte de verificar la eficacia del medicamento, ya con una dosis establecida y sirve también para ver toxicidad previamente no detectada. En esta fase se obtiene una mejor perspectiva de la relación entre seguridad y eficacia.

Estudios fase IV

También conocidos como estudios de farmacovigilancia consisten en el seguimiento del fármaco después de que ha sido comercializado. Se busca básicamente la detección de toxicidad previamente insospechada, así como de la evaluación de la eficacia a largo plazo. En la fase IV se pueden detectar reacciones adversas raras, mientras que en las fases previas es excepcional el descubrimiento de aquéllas con frecuencia menor a 1/1000. En esta fase también se pueden valorar aplicaciones potenciales no previstas inicialmente.

ASPECTOS ÉTICOS EN LA INVESTIGACIÓN CLÍNICA

Los criterios éticos son indispensables dentro de todo ensayo clínico. Los participantes deben estar informados y dar su consentimiento informado cuando son incluidos dentro de un ensayo.

Los ensayos clínicos pasan por un comité de ética. Este comité verificará el interés científico y médico del estudio, la relación riesgo/beneficio, la conformidad con las buenas prácticas metodológicas y la presencia de un seguro que permita indemnizar a los participantes en el estudio en caso de daño. Las relaciones financieras entre los investigadores y los promotores del estudio, cuando existan deben ser anunciadas. Los conflictos de intereses deben ser evitados.

Ezekiel Emanuel refiere siete requisitos que deben guiar la evaluación del marco ético de las propuestas de investigaciones clínicas. Estos siete requisitos proporcionan un marco sistemático y racional para determinar si una investigación clínica es ética. A su vez, éstos han sido elaborados para guiar el desarrollo, la ejecución de los protocolos y su revisión. Los requisitos han sido elaborados para ser universales, sin limitaciones a una situación en particular, un país o un grupo de investigación. Estos requisitos son:

- 1.- Valor: La investigación clínica debe tener valor (importancia social, científica o clínica), es decir, que sus resultados deben tener la probabilidad de promover mejoras en la salud, el bienestar o el conocimiento de la población. Este requisito asegura a los sujetos de investigación que no serán expuestos a riesgos sin la probabilidad de algún beneficio personal o social.
- 2.- Validez científica: la mala ciencia no es ética. Un estudio con sujetos humanos que ha sido mal diseña-

do (y por lo tanto no puede producir observaciones reproducibles, o sea, hechos científicos) no es ético. La metodología debe ser válida y reproducible, teniendo un objetivo científico claro, estar diseñada usando principios, métodos y prácticas de efecto aceptados. La búsqueda de validez científica se basa también en los dos principios: utilización de recursos limitados y evitar la explotación.

- 3.- Selección equitativa del sujeto: con equidad distributiva, los beneficios y las cargas deben ser distribuidos equitativamente.
- 4.- Proporción favorable de riesgo-beneficio: a una investigación clínica se le pide que: los riesgos potenciales a los sujetos individuales se minimicen, que los beneficios potenciales a los sujetos individuales o a la sociedad se maximicen y que los beneficios potenciales sean proporcionales o excedan a los riesgos asumidos.
- 5.- Evaluación independiente: Dado que los investigadores tienen potencial de conflicto de múltiples intereses, pueden involuntariamente distorsionar sus juicios sobre el diseño y la realización de la investigación, al análisis de los datos y su adherencia a los requisitos éticos. Todo esto se minimiza con evaluaciones independientes con autoridad para aprobar, enmendar o cancelar la investigación.

6.- Consentimiento informado: Su objetivo es que los sujetos que participan en investigaciones clínicas lo hagan cuando esta sea compatible con sus valores, intereses y preferencias. El consentimiento informado tiene los siguientes requisitos: la provisión de información sobre la finalidad, los riesgos, los beneficios y las alternativas a la investigación y de su propia situación clínica, y la toma de una decisión libre no forzada sobre si participar o no. Con todo esto los sujetos pueden tomar decisiones racionales y libres.

7.- Respeto a los sujetos inscritos: Los individuos deben ser respetados durante todo el desarrollo de la investigación, no solo hasta firmar el consentimiento informando. Este respeto implica cinco actividades:

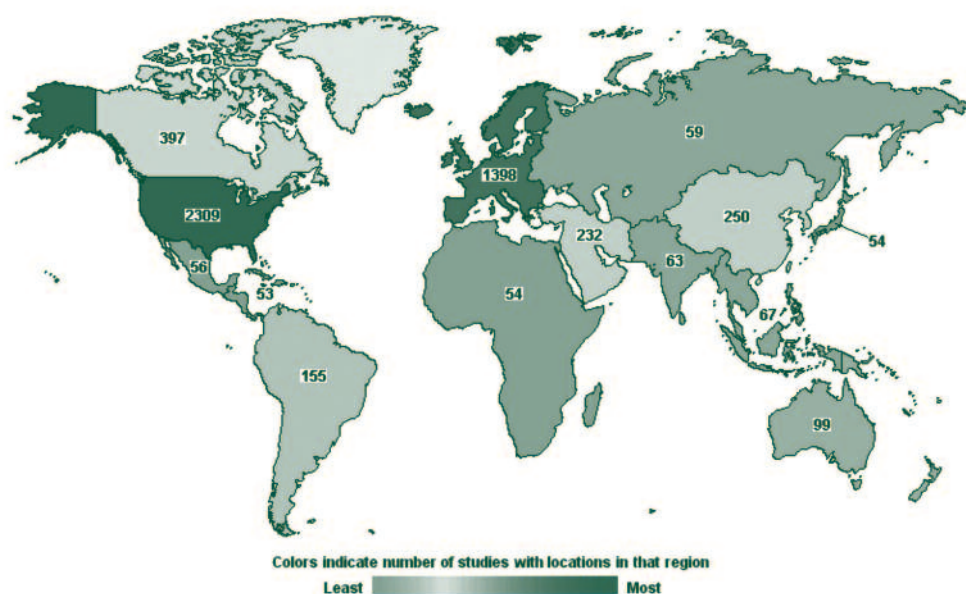
- a.- Permitir al sujeto cambiar de opinión y a retirarse sin sanción.
- b.- Respetar la privacidad del sujeto, administrando la información acerca de él recopilada de forma confidencial.
- c.- Si durante la investigación se obtiene nuevos datos sobre riesgos o beneficios de las intervenciones realizadas, se debe comunicar a los sujetos.
- d.- Debe informarse a los sujetos sobre los conocimientos científicos obtenidos como resultado de la investigación.

e.- Se debe ir evaluando a medida que avanza el estudio valorando la aparición de reacciones adversas, para poder prestarles un tratamiento adecuado y oportuno, y/o retirarlo de la investigación si fuese necesario.

¿QUÉ ENSAYOS SE ESTÁN REALIZANDO EN EL MUNDO?

A día de hoy según los datos de la página web: www.clinicaltrials.gov existen 5018 estudios clínicos que versan sobre dolor.

La distribución geográfica de los mismos se puede ver en el gráfico anterior, siendo Europa junto con EEUU y alguna zona de Canadá los territorios en los que más investigación se desarrolla.

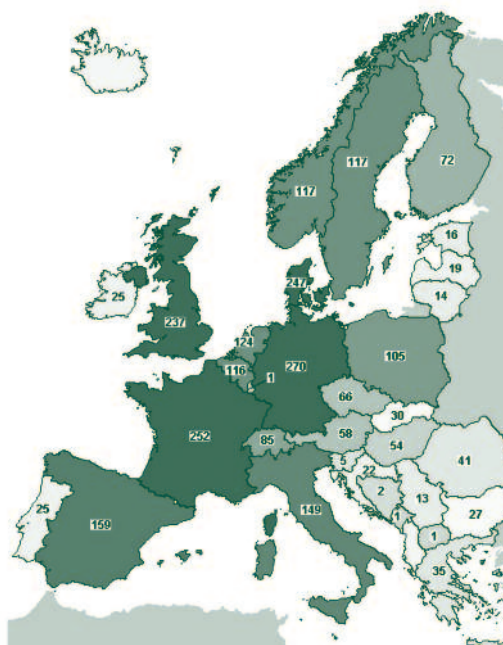


¿QUE SE ESTÁ HACIENDO EN ESPAÑA?

En este gráfico se puede ver que dentro de Europa España está situada entre los países con una investigación media situada por detrás de grandes países como Bélgica, Reino Unido, Francia o Alemania y similar a otros como Italia.

CLAVES DE LA INVESTIGACIÓN CLÍNICA EN ESPAÑA: POR PARTE DEL PROMOTOR

Al considerar la realización de estudios clínicos en España, la reacción inmediata de la mayoría de la comunidad de investigación clínica internacional (en realidad los promotores) es que sólo es recomendable en las etapas pos-



teriores del proceso (fase III-b y Fase IV). España es uno de los países con una reputación notoria de la burocracia-montado cuestiones relacionadas con el proceso de ensayo clínico. Sin embargo, las compañías están encontrando que el desarrollo clínico anterior en España, puede proporcionar una rentabilidad positiva en el registro de medicamentos y las fases de comercialización del desarrollo de fármacos.

Los plazos siguen siendo un problema en España, y esto está vinculado a las necesidades de hacer frente a tres cuerpos diferentes: los comités de ética, las administraciones de los hospitales y la Agencia Española del Medicamento (AEM). Estos cuerpos tienen que ser tratados por separado y cada uno tiene sus propios problemas.

Además la introducción de comités de ética regionales ha supuesto en algunas zonas geográficas una ralentización mayor del sistema al igual que ocurrió hace años con el Reino Unido, lo cual complica más todavía la situación.

Del otro lado de la balanza los investigadores españoles suelen tener una alta formación y son profesionales serios que contrarrestan estos handicaps burocráticos con los que se encuentran los promotores (habitualmente la industria farmacéutica).

Existen otras trabas como son la necesidad en España de que el director del hospital apruebe el estudio y esto suele ser un procedimiento automático basado en los resultados de una aprobación del comité de ética positiva. Sin

embargo, también requieren de un contrato específico que se basa a menudo en su propia plantilla y esto tiene que ser revisado legalmente por cualquier patrocinador. De nuevo nos encontramos ante una dificultad añadida.

Por otro lado la Agencia Española del Medicamento (AEM) necesita aprobar todos los estudios clínicos que se realicen en España. En teoría ha habido una gran mejora en el momento de su aprobación como resultado de la simplificación en el proceso de envío, que se ha aplicado en los últimos años. Sin embargo, esto todavía es muy lenta y abierta al cambio político. Cada vez que hay un cambio de gobierno en España, o de ministro de Sanidad se produce un cambio de estructura en el Ministerio de Salud con cambios en la dirección de la Agencia y cambios en la manera de tramitar y/o valorar muchas cosas entre otras los estudios clínicos. Esto puede tener efectos tanto positivos como negativos, pero siempre hay un período transitorio de incertidumbre que se traduce en retrasos en el proceso de intervención.

El conocimiento de inglés del equipo investigador sigue siendo en la actualidad un problema importante a solucionar. Además, durante la selección de investigadores, el patrocinador a menudo identifica excelentes médicos de investigación clínica, pero con un equipo de co-investigadores y enfermeras con una comprensión limitada de este idioma, lo que dificulta la gestión diaria de los estudios.

CLAVES DE LA INVESTIGACIÓN CLÍNICA EN ESPAÑA: POR PARTE DEL INVESTIGADOR

Hasta ahora hemos analizado la situación desde el punto de vista exterior pero realmente ¿cuales son las necesidades no cubiertas en la investigación clínica en nuestro medio? ¿Qué facilidades o dificultades nos encontramos ante la realización de los estudios clínicos? ¿Cuál es la visión del médico que trabaja en la Unidad del Dolor sobre la investigación clínica? Estos son los interrogantes que desde la opinión personal, como investigadora de más de 14 años de experiencia veo.

Si analizamos la situación general de la investigación lo primero es ver que posibilidades en ensayos existen dentro de nuestro medio y que dificultades encontramos para su realización:

• Ensayos fase 1

Es difícil realizarlos en el medio hospitalario en general porque requieren:

- Necesidad de un Servicio de Farmacología clínica potente.
- Necesidad de un espacio especial (laboratorio, un “Hospital” para voluntarios sanos, etc.).

Por otro lado a día de hoy no todas las Unidades de Dolor tienen una relación estrecha y de colaboración con los servicios de Farmacología Clínica.

• Ensayos en fase 2

Requieren que el promotor vea en la Unidad del Dolor un potencial importante como centro reclutador y actualmente la realidad es:

- Pocas oportunidades en España.
- Difícil reclutamiento:
 - Desconocido (tanto los efectos beneficiosos como los potenciales efectos secundarios: el paciente tiene miedo).
 - No hay posibilidad de seguir tratamiento a largo plazo (suponiendo que el fármaco a estudio tenga un efecto claramente beneficioso para el enfermo no es viable la continuación con el tratamiento, lo cual supone un handicap más para el paciente a la hora de aceptar la participación sobre todo cuando el dolor crónico la curación con un tratamiento de 12 semanas (lo estandar en un ensayo clínico) es casi imposible.

• Ensayos en fase 3

En España frecuentemente no conocemos los fármacos hasta esta fase y son por ello:

- Los más frecuentes: ya se conoce el rango de dosis y sabemos datos de seguridad, ahora se necesita volumen de pacientes con lo que los centros a reclutar tanto a nivel mundial como dentro del país son muchos mayores.
- Posibilidad de un tratamiento a largo plazo. Este es un punto importante en dolor crónico porque permite una vez pasada la fase de doble ciego seguir con el tratamiento habitualmente durante un año, lo cual implica un factor muy positivo para el tratamiento del paciente.
- En la actualidad existen fase abiertas en la mayoría. Desde los últimos

años todos los fármacos aprobados en dolor en España tienen en el momento de su comercialización datos de seguridad de al menos 12 meses y en muchos ensayos en fase III el promotor permite la continuación con el fármaco hasta su comercialización.

• Ensayos en fase 4

Antes eran muy frecuentes en España, en principio su utilidad es la de buscar en fármacos comercializados la ampliación de indicaciones y aportar datos de seguridad y tolerancia.

En la actualidad los tramites burocráticos hace que sea raro que un promotor ponga en marcha en España un estudio de estas características que “automáticamente” la AEM lo clasifica como un Estudio postautorización (EPA).

• Otros estudios...

- EPA: Estudios postautorización.
- Estudios observacionales “aprobados por la AEM”.

La principal dificultad de realización a día de hoy para hacer estos estudios son de tramites de AEM y de comités locales con firmas de las Fundaciones biomédicas, etc que hacen imposible la realización de estos estudios y limitan el accesos a la investigación de muchos compañeros que por otras dificultades no tienen posibilidad de realizar ensayos clínicos en fases mas tempranas de la investigación.

Barreras a la investigación

Podemos analizar las barreras que en la práctica clínica tenemos para reali-

zar ensayos clínicos desde diferentes aspectos

• Barreras administrativas:

- Diseños de protocolos que se prolongan en el tiempo, desde que se ve el diseño inicial a la puesta en marcha habitualmente pasa más de un año.
- Protocolos rígidos, donde el clínico rara vez puede cambiar u opinar sobre el protocolo
- Tiempos largos entre:
 - Protocolo
 - Investigador
 - Comité ético
 - AEM
 - Fundación
 - Gerencias
 - Inicio del ensayo

• Barreras hospitalarias:

- Comités éticos que a veces tardan en deliberar o con reuniones muy espaciadas en el tiempo.
- Falta de colaboración entre distintos servicios: en la actualidad es frecuente encontrar la necesidad de colaboración entre distintos servicios como farmacia (habitual), otros referidores, otros servicios que también ven al paciente por esa u otras patologías, etc...
- Las Fundaciones: la realidad es que en teoría el papel de las Fundaciones es para facilitar la investigación y dar apoyo pero en la práctica clínica nos suponen una

disminución de atribuciones a los investigadores un trámite mas a seguir y lo habitual es la falta de soporte práctico de las mismas a la investigación clínica. Frecuentemente es para nosotros un impuesto mas sin ningún beneficio aparente.

• Barreras de las Unidades Clínicas:

Las principales barreras que nos encontramos en la práctica diaria para realizar estudios clínicos son:

- La sobrecarga asistencial que dificulta buscar tiempo para reclutar pacientes y hacer todo el desarrollo del ensayo, cada visita de un paciente de ensayo ocupa mucho tiempo, a parte del necesario para la transmisión de los datos reclutados en el CRF, queries, etc...
- La existencia de Consentimientos informados americanizados: la verdad es que cuando los pacientes leen esos consentimientos de al menos 10-15 hojas donde se pormenoriza hasta el máximo los riesgos de participar al paciente le produce a veces una situación de angustia que creo es negativa para la relación médico paciente independientemente del ensayo clínico.
- Laxitud en el cumplimiento de las tareas: en la vorágine diaria es difícil encontrar tiempo para la realización de tareas obligatorias dentro de un ensayo clínico como son pasar los datos al CRF, contestar queries, pasar y firmar muchos datos que lleguen por email o correo, etc... Por ello es frecuente que tengamos una laxitud en el compromiso adquirido y no es infrecuente que los monito-

res “persigan” al equipo investigador intentando que este cumpla sus funciones.

CLAVES DE LA INVESTIGACIÓN CLÍNICA EN ESPAÑA: ¿QUÉ NOS GUSTARÍA?

Existen unos pilares básicos que bajo mi punto de vista a todos aquellos que realizamos investigación en dolor nos gustarían; estos son:

- Investigación clínica no rígida; es decir, tener la oportunidad de participar en el desarrollo de los protocolos clínicos.
- Rapidez en los trámites, suprimiendo la gran cantidad de firmas y burocracia que retrasa la ejecución y suben el presupuesto de los estudios clínicos. Centralizar los requisitos.
- Estudios diseñados para necesidades reales no para la EMA. En cuanto la investigación es patrocinada por la industria farmacéutica los protocolos son hechos sólo para la aprobación de los fármacos no pensando en las necesidades reales de los clínicos y los pacientes. Esto es un punto difícil en tanto en cuanto el desarrollo de un fármaco o técnica nueva emplea miles de millones muchos no llegan a ser desarrollados y la industria farmacéutica no es una ONG.
- Fundaciones con aportación a la Unidad: que exista un compromiso real de ayuda, no de trabas y que los beneficios de estas

Fundaciones recaigan en los Servicios Clínicos que las mantienen con su investigación.

- Colaboración real: Industria > > Hospital > > Investigadores. Sería ideal buscar un punto de acuerdo donde la investigación fuese realizada por los clínicos con el soporte de la industria y sin dificultades en los entendimientos con las gerencias y direcciones con los hospitales.
- Mayor facilidad para el diseño de estudios independientes: evidentemente el objetivo de la industria farmacéutica es poder registrar los fármacos o las diferentes técnicas, pero sería ideal que se facilitasen los términos para poder lograr investigar aquellos aspectos que a los clínicos nos preocupan de los pacientes y poder ver en situaciones reales el comportamiento de los fármacos no en supuestos controlados en muchas variables, o sea en situación de práctica clínica habitual.

CLAVES DE LA INVESTIGACIÓN CLÍNICA EN ESPAÑA: NECESIDADES NO CUBIERTAS

- 1.- Ancianos y niños: Se deberían desarrollar ensayos clínicos para poblaciones especiales más desprotegidas como niños y ancianos.
- 2.- Enfermos complejos: Es básico intentar aproximar la investigación clínica al mundo real con pacientes pluripatológicos siempre exentos de cualquier investigación pero habituales en nuestro quehacer diario.
- 3.- Definir que debemos medir: El dolor no es un número y es difícil definirlo. Queda por establecer cuales son las variables que debemos tener en cuenta a la hora de ver la mejoría del paciente. ¿Qué queremos medir? ¿Qué debemos medir? ¿Qué quiere el paciente que midamos? Existen muchas preguntas sin resolver y sin futuro inmediato en su resolución.
- 4.- Valorar la comorbilidad: Al hilo del anterior punto deberíamos saber que es prioritario para cada paciente y si la comorbilidad la estamos valorando desde un punto de vista relevante para el paciente y no para el registro de los fármacos o su marketing.
- 5.- Estudios clínicos que estén diseñados para la vida real no para el registro de nuevos productos o indicaciones.
- 6.- Falta investigación en dolor en técnicas intervencionistas donde el nivel de evidencia siempre es escaso y donde la dificultad de diseñar estudios doble ciego así como la falta de interés de la industria hace difícil llegar a poder cambiar esta situación.
- 7.- Así mismo existen muchas patologías huérfanas de investigación como el dolor visceral crónico, el dolor central, etc...
- 8.- Por último recalcar la necesidad de favorecer la investigación clínica independiente, empezando

por facilitar los trámites burocráticos y facilitar la financiación de estos estudios.

CLAVES DE LA INVESTIGACIÓN CLÍNICA EN ESPAÑA: FUTURO

A día de hoy y sin querer ser muy pesimista la verdad es que el futuro, al menos inmediato, es incierto. Existen actualmente condicionantes que limitan el futuro de la investigación como son:

- Decretos: que evidentemente disminuyen los ingresos de los laboratorios y por ende la cantidad que estos dedican a I+D.
- Crisis: la situación económica en Europa hace que no sea sólo en España donde se recortan los presupuestos a Investigación y becas clínicas tanto de la industria como de los gobiernos.
- Países emergentes: existen países como en la Europa del Este donde la investigación clínica acaba de comenzar y por diferentes cuestiones burocráticas o de otra índole se están convirtiendo en grandes reclutadores de pacientes de ensayos clínicos haciendo menos necesario la inclusión de otros países más tradicionales como puede ser España.
- Falta de motivación: la existencia de grandes dificultades a la hora de poner en marcha un ensayo clínico desilusiona al promotor. La existencia de dificultades a la hora de comenzar en el Hospital junto

con la escasa aportación económica que a raíz de la creación de las Fundaciones recibe el equipo investigador también son factores desmotivantes a la hora de embarcarse en un ensayo clínico.

- Falta de tiempo: la sobrecarga asistencial dificulta encontrar tiempo hasta para explicar los procedimientos del ensayo a un hipotético paciente.
- Problemas para registro: las agencias cada vez exigen más datos y posteriormente existen importantes problemas locales a la hora de la introducción de nuevos fármacos o tecnologías que cambian frecuentemente el planteamiento de la industria en el desarrollo de futuras moléculas.

Por todas estas razones estamos en una época de incertidumbre donde los próximos años seguramente viviremos tiempos difíciles y deberemos todos intentar acercar posiciones(industria, fundaciones, AEM, hospitales, médicos...) para conseguir que la investigación médica en las Unidades de Dolor tenga un presente y un futuro.

BIBLIOGRAFÍA

- ClinicalTrials.gov: Registro de ensayos clínicos de la Biblioteca Nacional de Medicina de los Estados Unidos (NLM).
- Terrés, C.R. Diseño estadístico de ensayos clínicos Med Clin 1996; 107: 303-309.
- Armijo JA, Adin J. 2003. Farmacología Clínica: Objetivos y Metodología. En: Flórez

J, Armijo JA, Mediavilla A, ed. *Farmacología Humana*, 4ta edición. Masson. Barcelona. pp: 191-218.

- Castro M. 2007. Placebo versus Best-Available-Therapy Control Group in Clinical Trials for Pharmacologic Therapies: Which Is Better? *Proc Am Thorac Soc Vol*; 4:570-3.

- Hernández R, Armas MJ. 2003. Comités de Ética e Investigación Clínica. *Bol Méd Potgrado*; 19(3): 190-2.

- Shapiro HT, Meslin EM. Ethical issues in the design and conduct of clinical trials in developing countries. *N Engl J Med* 2001; 345: 139-142.

ENFERMERÍA Y EL DOLOR

Teresa Plumed Sánchez

Enfermera Anestesia Reanimación-TD. Hospital General Obispo Polanco. Teruel

En primer lugar quiero agradecer en mi nombre y en la Asociación que presido ASEEDAR-TD a la Fundación Grunnental su amable invitación para participar en esta Reunión de Expertos en el manejo del dolor, siendo para mí un gran honor el encontrarme entre personas todos grandes especialistas y estudiosos del tema.

Antes de comenzar mi exposición, “ENFERMERIA Y EL DOLOR, me gustaría definir lo que es Enfermería, y su más satisfactoria función.

La Enfermería es fundamentalmente, el desarrollo de una actividad humana, de una actividad que tiene unas características propias y distintas.

La conducta y las prácticas cuidantes distinguen singularmente a la Enfermería de las contribuciones de otras disciplinas. Leininger considera el cuidado como uno de los conceptos más poderosos y el fenómeno particular de la Enfermería.

El Dolor es una experiencia psicológica compleja asociada de una manera inmediata y directa con una acción tisular y que desaparece con la curación.

Cuando es intenso va acompañado de un estado de angustia, haciendo aumentar el sufrimiento del paciente.

El dolor está vinculado con la enfermedad puede tener diferentes formas, ya que la percepción del paciente y la del profesional son diferentes. Para el paciente es un síntoma más para el profesional lo es todo.

Es sinónimo de sufrimiento y deja huella en la persona.

La reacción psicológica al dolor incluye tanto el componente emocional como las reacciones neuropsicológicas que lo acompañan, así como el comportamiento con actitudes y manifestaciones tanto verbales como gesticulares.

Mientras que los aspectos emocionales del dolor son subjetivos y privados, el comportamiento ante él, tiene una proyección social importante, puesto que los componentes dolorosos difieren de persona a persona ya que cada uno es único así como su manera de vivir el dolor.

Las determinantes psicológicas del dolor pueden agruparse en tres categorías:

- Afectivas.
- Cognitivas.
- Constitucionales.



Y es en esta clasificación concretamente en las Afectivas donde he basado mi exposición.

Como Enfermera que soy y a lo largo de mi trayectoria profesional, he ido viendo y tratando todo tipo de personas con diferentes tipos de dolor, así como su diferente manera de asumirlo, teniendo todas ellas una cosa en común: El querer curar o por lo menos aliviar lo más posible su dolor.

Por sus características y cuadro complejo quizá sea el dolor crónico, donde estas determinantes Afectivas del dolor, se muestren con más rigor, con los síntomas característicos: Miedo, temor, irritabilidad, trastornos del humor y depresión, todo ello debido:

- Los pacientes tienen la percepción del fracaso de los recursos, tanto profesionales, como los controlados por ellos mismos, así como escasa confianza de encontrar un remedio eficaz.
- Hay un exceso de reposo, con disminución de la actividad física siendo agravado con la edad.
- Abuso de medicaciones.
- Trastorno del sueño y deficiente calidad del mismo.
- Abandono del trabajo, con los consiguientes problemas económicos y de relación social, que llevan a modificaciones en el ambiente familiar, llegando a veces a la desestructuración de la misma.

Enfermería, personal que tiene la suerte de permanecer día a día junto al enfermo y su entorno familiar percibe todo lo que le rodea los sinsabores, disgustos con sus seres queridos, sabiendo que Lo prioritario para ellos es su mejora o alivio del dolor, ya que su creencia está en que si mejora, mejorara su carácter, y con ello todo lo demás. Enfermería es aquí donde debemos de utilizar unas reglas básicas, con las que seamos capaces de valorar su estado, para que comience de nuevo a levantar su autoestima.

Observar, Valoraremos su dolor, a través de gestos y comportamiento:

A. Comprender Sus preocupaciones, sus miedos, sus necesidades.

B. Saber escuchar, y responder, todo esto con una gran dosis de paciencia y cariño.

Los tipos de dolor que yo he elegido, para comprender mejor las emociones y comportamiento, y por tener un significado especial para mí son:

- **Dolor en las personas mayores.**
- **Dolor oncológico.**
- **Dolor de las Familias.**

DOLOR EN LAS PERSONAS MAYORES

El anciano presenta problemas específicos difíciles de valorar y tratar. Son personas que a pesar de ser mayores, agudizan su ingenio al máximo para conseguir algo para su beneficio, pero también diré que son las personas más sufridas y agradecidas a la hora de trabajar con ellos, quizá sea por su falta de cariño, y su soledad, cada vez estos más acentuados.

Hay autores que refieren que de un 25- 50% de la población anciana que vive en su domicilio tiene dolor. El porcentaje aumenta del 45- 80% si viven en residencias.

Lo que está claro es que vivan donde vivan los ancianos entre un 45- 50% toman analgésicos.

Las causas más frecuentes del dolor son:

- Enfermedades del aparato locomotor (artritis, artrosis).
- Enfermedades tumorales malignas (colon, mama, próstata).
- Dolor neuropático (neuralgia post-therpetica).
- Dolor central (isquemia cerebral, miembro fantasma)

A menudo ocultan su dolor, tienen tendencia a rebajarlo, o negarlo pudiendo adoptar una actitud de soportar o callar, como idea que tienen que el dolor es un elemento de la senectud.

Cuando permanecen ingresados si tienen familia suelen no dar importancia al dolor para no retrasar el alta y volver a su hogar, por el contrario si carecen de ella modifica su conducta para retrasar el alta hospitalaria.

Existen unos conceptos erróneos en el tratamiento del dolor en los ancianos, muy acusados y en el que ninguna enfermera deberíamos de incurrir.

- Que el dolor es el resultado del proceso del envejecimiento.
- La percepción dolorosa o sensibilidad, disminuye con la edad.
- Los efectos de los narcóticos hacen a estos demasiado peligrosos.

La valoración del dolor en estas personas no es fácil, debido a la resistencia que tienen a reconocerlo, las escalas no suelen ser muy validas ya que no las suelen comprender.

¿Cómo averiguar exactamente que les duele y con qué intensidad?.

Como he dicho anteriormente Enfermería, utiliza otros recursos, quizá no con tanto rigor científico, pero no por ello menos importantes.

Tras obtener una historia completa, e identificar su patología ambas realizadas anteriormente, por un Facultativo, comenzaríamos a ponerlos en práctica.

- Observar sus expresiones faciales y movimientos corporales que muchas veces los delatan.
- Con ellos siempre debe de omitirse la palabra dolor, siendo lo más adecuado.
- ¿Qué le pasa?
- ¿Siente calambres?
- ¿Por qué se protege esa parte del cuerpo?
- ¿Le pica?

Este síntoma en estos pacientes puede ser una molestia terrible.

Normalmente presentan un perfil particular. Pluripatología, Sintomatología atípica, tendencia a la cronicidad y uso de polifarmacia, todo esto hace que su conducta sea más compleja.

- Se vuelven irritables.
- Pierden el apetito.
- Se resisten a cuidar de sí mismos, volviéndose más silenciosos y menos comunicativos.

Existe dentro del dolor crónico un Síndrome descrito, y que en ellos se ve con mucha frecuencia y al cual LINDHAL llama VARIALGIA, caracterizándose más por el tipo de dolor, que por su localización, presentándose en cualquier parte del cuerpo, con unas características;

- Varía con el tiempo atmosférico.
- Varía día a día.
- Es peor, o más severo por la mañana.
- Despierta al paciente por las noches.
- Se mueve periódicamente de una parte a otra del cuerpo.
- Pero sin lugar a duda la causa orgánica mas frecuente del dolor en el anciano es la patología del aparato locomotor, expresándola en la zona lumbar.

El dolor en el anciano incrementa el riesgo de inmovilidad, llevándoles a la siguiente evolución.

Dolor->cronicidad-> Inmovilidad->Depresión->Incapacidad->invalidez->dependencia.

Enfermería con estos pacientes deberíamos implicarnos, llevando nuestra misión asistencial más allá de las curas, y técnicas, a otros cuidados sencillos y fáciles de poner en práctica y volviendo de nuevo a la fórmula anteriormente descrita.

- Observación.
- Comprensión.
- Conversación.

Una vez que se han realizado las otras dos, con las que puede ser fácil llegar a una valoración del dolor, intentaremos entablar una conversación, lo más amena posible. Al principio puede ser un monólogo ya que suelen ser desconfiados, pero poco a poco, con un trato familiar pero correcto iremos tocando temas que sepamos o sospechamos le gustan, y poco a poco el anciano irá sin querer entrando en ella, haciéndose partícipe.

- Nosotros nos mostraremos en todo momento cercano, lo llamaremos por su nombre, esto les da seguridad y confianza.
- Les ayudaremos a adaptarse a sus limitaciones físicas y psicosociales.
- Es muy importante para ellos que demos aprecio por sus costumbres, tradiciones, valores y sabiduría. Les procuraremos en todo momento bienestar y confort.
- En cuanto a proporcionarles información, sólo la que sea capaz de digerir. Ni mucha ni poca, la justa y adecuada a su nivel de comprensión.

DOLOR ONCOLÓGICO

Es un dolor por desgracia cada día más frecuente. No tienen ninguna utilidad, envilece y anula a la persona que lo padece, por lo que se tratará desde el momento de su aparición ya que es un dolor que puede y se debe controlar.

Para estos enfermos adquiere un significado especial, a los temores que suele generar la confirmación del diag-

nóstico, se añade el temor anticipado al dolor, que con frecuencia va asociado al temor de la muerte, por lo que en estos enfermos resulta desmoralizante.

Desarrollan más alteraciones psicológicas donde se observan mayores niveles de depresión y ansiedad.

Evolucionan con procesos lentos, necesitando mucho la ayuda de los profesionales sanitarios pero en especial de aquellos que están cuidándolos continuamente: la familia. Es verdad, y se sabe que existen una serie de variables psicológicas que contribuyen a percibir la experiencia del dolor de forma diferente de unos pacientes a otros. Estas variables incluyen la personalidad de los mismos, el sufrimiento emocional que afrontan el problema, así como el ambiente social que lo rodea.

Aquí enfermería se encuentra con dos frentes:

- El paciente como tal.
- La familia, en su papel de cuidador.

Cuando cuidamos de una persona querida que está enferma es muy frecuente que se puedan tener las siguientes reacciones:

- Estados de ánimo cambiantes. Se está ante una nueva situación, a la que hay que adaptarse poco a poco, con variación de horarios, pérdida de relaciones familiares y sociales.
- Dificultades de comunicación. No se desea ni se quiere añadir situaciones que puedan aumentar más sufrimiento a la persona que tiene dolor, por ello muchas veces se

miente o se dicen verdades a medias para que el enfermo no sufra.



Enfermería debe de junto con su programa de enseñanza en los cuidados y tratamiento para la familia, despejarles estas dudas que a ellos les causa tanto dolor, ayudándoles y haciéndoles ver que todo de alguna manera tiene solución y que puede ser enfocado el problema con otro punto de vista, el cual tanto para ellos como para el enfermo sea una alivio el poderlo compartir.

Hay que hacerles ver que lo que nos cuentan que les ocurre, como su ánimo cambiante es normal y comprensible ya que tu estado propio carece de importancia sintiéndote tan identificado con ellos que su estado de ánimo es el tuyo. Hay que hacerles ver que no siempre está en tus manos ni en las del enfermo que el dolor desaparezca, pero que el sufrimiento que se genera pueda ser compartido, ya es una fuente de alivio.

Las mentiras piadosas o verdades a medias que ellos dicen para que el enfermo no sufra y con las cuales se cree le protegen, quizá sería mejor analizar estas situaciones compartiéndolas con los demás, y dar con ello opción al enfermo para comentar con la familia las experiencias que siente y tiene miedo de compartir para no aumentar la pena.

En cuanto al enfermo:

- Animarlo para disfrutar de los momentos que no hay dolor. Sería el momento ideal para hacer aquellas cosas que son imposibles de realizar cuando éste está presente.
- Inculcarle que la comunicación con sus seres queridos, amigos, personal sanitario que lo atiende, es la base para aliviar el sufrimiento que se está generando y no cargarlo sobre una sola persona.

Es absolutamente necesario controlar el dolor en estos pacientes porque tiene la maldita propiedad de recordarles permanentemente el diagnóstico y sombrío pronóstico de su padecimiento, ya que de todos los síntomas que puede tener un enfermo oncológico, el dolor es el que más impacta emocionalmente a él y a su familia.

DOLOR EN LAS FAMILIAS

No es un dolor que se pueda incluir en cualquiera de sus variedades, ya que cumple con todas.

- Es amenazante, porque acecha.
- Es agudo cuando se instaura.

- Crónico, porque permanece a lo largo de la vida.

No puedo definirlo científicamente, ya que cada uno lo definimos como realmente lo sentimos. Unos con realismo, y otros con negación, pero lo que sí está claro, es que tanto los unos como los otros lo intentamos asimilar de la mejor manera posible, yendo siempre hacia delante importando únicamente atender a nuestro ser querido.

Se comienza por recibir la noticia con aturdimiento e incredulidad, entrando en la fase de NEGACIÓN, manifestándose síntomas de ansiedad, miedo, desprotección y rabia ante la realidad que se avecina y que nos parece totalmente injusta. Después aparece el tiempo de ASIMILACIÓN, estableciendo en esta fase, lo que llamamos, la “conspiración de silencio”, queriendo evitarle a nuestro enfermo un sufrimiento absurdo.

Pasados los primeros momentos desde el diagnóstico, la reacción que experimenta el ser humano cambia. Se hace más fuerte sintiendo la responsabilidad de cuidar lo mejor que se sepa.

Llega el ingreso, una habitación donde permanece el paciente, y del que tú día a día vas haciendo tu fortín, tu refugio. Durante el día tanto el enfermo, si su dolor se lo permite, como la familia se apartan más del sufrimiento. Hay amigos, personal sanitario que entra y sale siempre con palabras de esperanza y con remedios para el alivio del dolor. Todos quieren ayudar de la mejor manera posible, siendo este tiempo y a pesar de todo de grata compañía y que al llegar

la noche con su silencio se echan de menos, embargándote de nuevo el miedo y la soledad muy malos compañeros. Conforme pasan los días comienzan a vislumbrarse en la familia los síntomas de desesperanza y tristeza. Ellos lo definen como: *dolor en el alma*. ¿Sabemos cómo definen este dolor? Lo definen señalando con la mano en el pecho, como algo que te quema por dentro muy cerca del corazón, haciendo que éste vaya más deprisa.

La enfermedad degenera más y más. Llegan las palabras médicas más horribles que se puedan decir: “No hay nada más que hacer”. Sin duda el golpe más duro recibido hasta el momento, aquí es donde se produce el abatimiento total de la familia, que tiene que asumir otro planteamiento: la vuelta a casa, no menos dura por el hecho de estar en tu hogar, si más cómoda para todos, para el enfermo el primero, pues vuelve a su morada de donde muchos nunca quieren o queremos salir.

Cuando llega el final esperado que nunca se desea ocurra, hay que asumir el dolor de la pérdida. Es entonces cuando a la familia le vienen las dudas de si todo lo que has hecho está bien o no. Cuyo dolor acrecienta el de la pérdida siendo entonces ellas motivo de vigilancia, consejos y consuelo.

Es difícil el hacerles comprender que todas sus dudas son propias del ser humano, que todos alguna vez hemos tenido, pero que es mucho más importante el comportamiento y desvelos que ellos han tenido para la persona, recordaremos los días en que su mejoría era

notable y donde se realizaban aquellas cosas que le gustaban y le llenaba de satisfacción, haciéndoles ver que sin sus cuidados y atención no habrían sido posibles.

Al igual que en estos tipos de dolor que he analizado desde mi perspectiva enfermera, en todos ellos, este aparece, se instaura y permanece, pasando por fases que de alguna manera van dando tiempo para asumirlo. Pero... ¿qué es de ese dolor de las familias ante catástrofes, accidentes, donde a veces las pérdidas son varias?.

Ahí ni como profesionales, muchas veces tenemos palabras para expresar ese sentimiento donde todos los estadios del dolor llegan en décimas de segundo, ni tampoco consuelo, pues seríamos incapaces de prestarlo ante un dolor tan brutal al que yo definiría como múltiple.

Desde aquí y tras esta exposición de las diferentes caras con que el dolor se nos presenta, me gustaría recordar a todos los profesionales que de una u otra manera tratamos con él, que no se nos olvide nunca que debemos: **Intentar controlarlo y suprimirlo con todos los medios a nuestro alcance, ya que nuestra misión más noble es precisamente el alivio del dolor y el sufrimiento**, haciendo como nuestro lema la definición que del dolor da McCaffrey: **“Dolor es todo lo que la persona que lo sufre considera como tal y existe siempre que esa persona afirma sentirlo”**.

MUCHAS GRACIAS



BIBLIOGRAFÍA

- Federico Madrid, Juan, Xavier Gómez-Batiste Alentorn (2002) Afrontar el dolor en oncología C Ediciones medicas S.L Madrid.
- C, Muriel Villoria- J.L Madrid Arias. Estudio y Tratamiento del Dolor Agudo y Crónico. Pag.1111- 1113 tomo 2 ELA Madrid 1994.
- Marcos Gómez Sancho- Medicina Paliativa. La Respuesta a una necesidad 1998 Madrid.
- Fatela, V Dolor Crónico en pacientes Geriátricos, Estudio y Tratamiento del dolor agudo y crónico. TOMO 2.
- Álvarez A.M Calidad de vida en la vejez, Gerokomos 1998-9: 3 107-114.
- Plumed Sánchez. Teresa El Dolor de las Familias. Jornadas Catalanas de Enfermería Reanimación Td Barcelona, 2009.

CONCLUSIONES

- En esta Reunión de Expertos en el manejo del Dolor, he podido percibir una de las cosas que desde nuestra Asociación ASEEDAR_TD hace tiempo reclamamos: La Existencia de una Formación en nuestro caso para Enfermería y en la que estamos totalmente de acuerdo.
- Esta debería de ser impartida a lo largo de toda la carrera, cumplimentando con prácticas pasando por estas Unidades al igual que se hace con el resto de Especialidades, adquiriendo una formación en las diversas técnicas y tratamientos.
- Con ello conseguiremos personal cualificado para atender y manejar a todo tipo de Enfermos con Dolor, ya que Enfermería es pieza clave en estas Unidades, y actuando de puente entre: Médico- Paciente- y Familia.
- Desde ASEEDAR_TD trabajaremos en ello trasladando el problema a las Entidades correspondientes, ya que nos parece de suma importancia, que la nueva Enfermería venga con una buena base para el cumplimiento de su Función más dignificante: LOS CUIDADOS.

EL PACIENTE CON DOLOR EN LA CONSULTA DEL MEDICO DE FAMILIA

Dr. Manuel Lubian
Atención Primaria. Cádiz

*El dolor es el camino de la consciencia
y es por él como los seres vivos
tienen consciencia de sí.
Al oírle un grito de dolor a mi prójimo,
mi propio dolor se despierta y grita
en el fondo de mi consciencia.*

Miguel de Unamuno

La atención a las personas con dolor, en sus múltiples formas de presentación, constituye una de las principales actividades de la labor diaria de los médicos de familia. Todas las estadísticas nacionales e internacionales muestran que la elevada prevalencia de las distintas enfermedades que cursan con dolor, sobre todo de curso crónico, generan que las visitas en la APS por esta causa se constituyan como uno de los principales motivos de consulta a los profesionales que atienden a sus pacientes en este nivel asistencial.

Por estas circunstancias, en el mapa de competencias del médico de familia se establece como un requisito imprescindible la integración de conocimientos y habilidades necesarias para la correcta atención a las personas con dolor. Más allá de la obligada cualificación científica técnica, resulta imprescindible un abordaje holístico de estos pacientes teniendo en cuenta la repercusión que en la vida personal, familiar, laboral y social tienen estos procesos.

Desgraciadamente, la evidencia demuestra que en general el dolor se trata de forma insuficiente. Desde el punto de vista ético, el principio de beneficencia e incluso el de no maleficencia, nos obliga a proporcionar una adecuada atención a estos pacientes. Incluso desde la posición deontológica y normativa, iniciativas legislativas de tanta importancia como el Estatuto de

Andalucía reconoce en su artículo 20.2 que *“todas las personas tienen derecho a recibir un adecuado tratamiento del dolor...”*.

A pesar de todo ello, el dolor continúa estando infratratado pese al aumento de la prevalencia de enfermedades crónicas que cursan con dolor y a los avances en su evaluación y tratamiento. Aspectos como las creencias erróneas, la cultura del fatalismo, las carencias formativas y el déficit de recursos materiales y organizativos son algunas de las causas que motivan esta situación. Particularmente preocupante resulta esta situación en la población más vulnerable, los niños, las personas de edad avanzada y los enfermos mentales.

Precisamente la cronicidad de los distintas patologías que cursan con dolor y la falta, en ocasiones, de tratamientos que aseguran la curación, se vive por parte de los profesionales como una dificultad añadida a la atención a estos pacientes, originando una sensación de sobrecarga asistencial, a veces real, que solo puede ser abordada desde el planteamiento de que el dolor debe ser considerado como una enfermedad específica y tratada como tal.

Por otra parte, las expectativas de las personas a las que atendemos son, lógicamente, cada vez más altas en consonancia con el conocimiento de que disponen acerca de los avances de la medicina y de las posibilidades terapéuticas que están a su alcance. El aumento en la expectativa de vida, en unas condiciones en la mayoría de los casos de excelente calidad en la misma, produce

una razonable demanda acerca del tratamiento de procesos que originan dolor crónico y por tanto distintos grados de incapacidad funcional.

ELEMENTOS CONCEPTUALES DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD.

Los médicos de familia y por ende la Atención Primaria de Salud, ocupamos un lugar esencial en la atención a estos pacientes, no solo por constituir un primer nivel de atención en el sistema sanitario, sino porque las características constitutivas de la APS, avaladas hace 30 años por la Organización Mundial de la Salud, recogen los elementos conceptuales para la atención de las personas.

- Integral y que como tal asume el modelo biopsicosocial de atención, sobrepasando la concepción puramente biológica y por tanto reduccionista del padecimiento y ampliando el punto de mira a las circunstancias afectivas, emocionales, sociales de la persona.
- Integrada, realizando una eficaz labor de ensamblaje de cada una de las actuaciones clínicas de las distintas subespecialidades y por tanto de los diversos profesionales implicados en la atención de los pacientes. Se integra funcionalmente con las restantes estructuras del sistema sanitario. De igual manera interrelaciona los elementos de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación.
- Longitudinal, continuada y permanente, a lo largo de toda la vida de

las personas, en sus distintos ámbitos y en cualquier circunstancia.

- Accesible, evitando las barreras que puedan tener los ciudadanos para tomar contacto y utilizar los recursos sanitarios.
- Basada en Equipos multidisciplinarios, tanto de profesionales sanitarios como no sanitarios.
- Comunitaria y participativa, atendiendo a los problemas de salud colectivos y de elevada prevalencia, haciendo participe a la comunidad de todo el proceso.
- Programada y evaluable, con actuaciones basadas en programas, procesos asistenciales integrados y planes integrales de salud, con objetivos, metas, actividades, recursos y mecanismos de evaluación claramente establecidos.
- Docente e investigadora, que desarrolla actividades de formación continúa de los profesionales y de investigación básica y aplicada a las materias propias de su ámbito.

Por todo ello se comprende que el Real Decreto 3033/1978 exprese que *“el Médico de Familia constituye la figura fundamental del Sistema Sanitario y tiene como misión realizar una atención integral y completa a los miembros de su comunidad”*.

La atención a los pacientes conlleva otras consideraciones, que si bien son aplicables a cualesquiera profesionales que los atiendan, son consustanciales a la práctica clínica del médico de familia y

que en la atención a las personas con dolor toman más relevancia, si cabe.

Como Ian McWinney recordaba “las tareas centrales de un médico consisten en comprender a las *dolencias* y en comprender a las *personas*. Puesto que no es posible comprender totalmente una dolencia sin comprender también a la persona enferma, estas dos tareas son indivisibles.” Es evidente que estas reflexiones resultan particularmente enriquecedoras en la atención a las personas con dolor. En este sentido Kay Toombs planteaba que “un paciente no *sabe* que tiene una enfermedad sino que *siente* que está enfermo”, enlazando con el concepto de dolor total que aqueja a gran parte de estos pacientes en los que la sensación de dolor se plantea como algo que abarca e influye en toda su biografía.

En esta situación compleja, que nos obliga a un abordaje holístico y personalizado, humanista en su más amplio sentido, resulta imprescindible extremar una de las características esenciales de un buen profesional, tan difícil y excelente, como es la empatía, en tanto que la disposición de ponerse en el lugar del otro, intentando compartir no solo sus sensaciones sino también sus sentimientos.

No debemos olvidar que no tratamos el dolor sino que atendemos a personas con dolor.

Es cierto que este modelo nos obliga a cambiar nuestra práctica clínica, rompiendo la inercia tomista que durante tantos años ha prevalecido en nuestra actuación profesional.

No se nos escapa la dificultad que para todos nosotros origina la propuesta de este modelo de atención, sobre todo teniendo en cuenta las características de las consultas del médico de familia en nuestro país:

- Tiempo de entrevista corto (entre 7-10 min). Es cierto que el tiempo que le dedicamos a la comunicación con nuestros pacientes, nuestro principal instrumento de trabajo, puede parecer escaso, pero el hecho de la repetición de las consultas, resultado de la deseable accesibilidad, nos ofrece una posibilidad de planificar la actuación en cada una de ellas, de forma que el tiempo global que dedicamos a nuestros pacientes supera el de cualquier otro profesional implicado en su atención.
- Contexto familiar importante, que resulta la esencia de nuestra especialidad y nos permite la imprescindible implicación de la familia en el cuidado de los pacientes.
- Expresión fácil de emociones, dando pie a la exploración de sentimientos acerca del proceso doloroso.
- Poca cultura participativa, como un elemento distorsionador que deja en manos del médico y de los tratamientos farmacológicos la resolución de la enfermedad.

El modelo de creencias de salud, generado por el entorno familiar, social, los medios de comunicación, el medio cultural, las experiencias previas, y el propio sistema sanitario establece en ocasiones unas expectativas, ideas,

demandas que son difícilmente asumibles por los profesionales.

En este sentido resulta imprescindible abordar el modo que el paciente tiene de asumir la responsabilidad acerca de su padecimiento y de su obligada implicación en el tratamiento, sobre todo y más allá de la concordancia en el mismo, con las medidas higienicodietéticas y de ejercicio físico que serán esenciales para su mejoría. La internalización del lugar de control de su responsabilidad, entendiendo que la mayor parte de las medidas propuestas deben ser asumidas por su parte, resulta obligada a expensas de generar expectativas, que muy probablemente no se verán satisfechas únicamente con actuaciones que ponen el acento en tratamientos farmacológicos.

MODELO CLÍNICO CENTRADO EN EL PACIENTE

Tradicionalmente, el método clínico, centrado en la enfermedad y por tanto estrictamente objetivo, ha sido asumido por los médicos desde principios del siglo XX y ello ha contribuido al brillante éxito de los grandes avances terapéuticos de los que disfrutamos. Pero paradójicamente ha sido el éxito de la tecnología el que ha revelado las limitaciones de este modelo. La concentración en los aspectos técnicos de la atención sanitaria tiende a distraernos del mundo interior del paciente. Ya hace 30 años, Ian McWinney planteaba la necesidad de un cambio de método en la atención a las personas proponiendo un modelo que en su esencia es el intento por parte del médico de des-

empeñar una doble tarea, comprender al paciente y comprender su enfermedad. Para él la enfermedad y la dolencia pertenecen a dos mundos diferentes, uno al mundo de la teoría y otra al mundo de la experiencia personal.

Este nuevo método ha demostrado su efectividad, tanto en el aumento de la cumplimentación, o mejor su concordancia, en el seguimiento de los tratamientos, y por tanto en los resultados clínicos en patologías muy dispares, como en mejorar la satisfacción de la atención recibida de parte de los profesionales.

La medicina de familia ha encabezado los intentos para reformar el método puramente clínico para transformarlo en lo que se ha dado en llamar método ***Clínico Centrado en el Paciente***, término acuñado por Balint en una reflexión crítica al modelo basado en la enfermedad. Al aplicarlo, el médico está concediendo la misma importancia a su agenda médica, imprescindible y con tendencia a la excelencia, que a la comprensión del significado que la dolencia tiene para el paciente, reflejo de su mundo personal y único.

De una manera esquemática, el modelo se basa en los siguientes componentes:

1. Explorando la enfermedad y las vivencias que al paciente le ocasiona.

Este modelo incorpora por tanto, a la tan necesaria exploración de síntomas, la exploración activa de la idea e incluso de las creencias que el paciente tiene de su enfermedad, los sentimientos, espe-

cialmente los miedos, que le produce, el impacto que la enfermedad tiene en su vida diaria, las expectativas que tiene con respecto al profesional a y las posibles medidas diagnósticas y terapéuticas... conociendo en fin lo que se ha dado en llamar la "agenda del paciente".

2. Comprendiendo a la Persona completa.

Como ya se ha comentado incorporando al paciente y a su contexto familiar, social, laboral... tanto más necesario en los pacientes que consultan por dolor.

3. Búsqueda de Acuerdos.

El paciente debe participar en la toma de decisiones a todos los niveles implicando al paciente en todo el proceso salud-enfermedad relacionado con él. Es imprescindible el acuerdo tanto en las pautas diagnósticas como terapéuticas propuestas.

4. Cuidando la relación profesional-paciente.

El profesional debe intentar como objetivo importante, que la relación con el paciente sea mejor en cada encuentro clínico. Se incorporan así los siguientes elementos: avanzar en la relación, crear el ámbito de intimidad adecuado, autococonocimiento, pacto y el uso del efecto placebo que la relación tiene en sí misma.

5. Siendo Realista.

Todo esto debe hacerse en el marco de los recursos que se tienen, con el tiempo de entrevista real del profesional y los medios que se encuentran a su alcance. Este componente intenta introducir todos aquellos aspectos que pue-

den hacer el modelo más adaptable a la realidad.

Incorpora los siguientes elementos: hacer una aproximación del problema a largo plazo, planificar y organizar adecuadamente los recursos, aproximación en equipo, establecimiento de prioridades, objetivos razonables, y hacer un uso

de tiempo y de energía emocional razonables.

El objetivo final es la adecuación de la “agenda del profesional” con la “agenda del paciente” y en ultimo termino llegar a la imprescindible negociación, y por tanto al acuerdo o pacto con él.

EL PACIENTE CON DOLOR EN LA UNIDAD DEL DOLOR

Dra. Ana Esther López

Coordinadora de la Unidad de Dolor del Hospital General Universitario
Gregorio Marañón. Madrid

El término de Unidad del Dolor fue acuñado ya hace 40 años por el profesor Bonica¹ que reconoció que el dolor crónico era un síndrome patofisiológico que trascendía de las diversas causas que podían originarlo y cuyo tratamiento precisaba de unidades específicas las “Unidades del Dolor” Bonica consideraba que éstas debían ser multidisciplinarias con la participación de varias especialidades. Actualmente son unidades especializadas en la prevención, diagnóstico, tratamiento, docencia e investigación del dolor donde los profesionales estudian y valoran los pacientes con dolor rebelde y plantea estrategias para su control².

Los criterios de admisión de un paciente en la Unidad del Dolor (UD) son diferentes según la ciudad y el hospital donde se encuentre ésta. El flujo de pacientes pueden iniciarse en el Médico de Atención primaria (MAP), en el especialista de zona, en interconsulta hospitalaria y últimamente también pueden acudir para pedir una segunda opinión y

por libre elección de médico (modalidad que existe en algunas comunidades).

Una de las cuestiones más importantes es cuándo y cómo ha de mandarse a un paciente a la UD, para ello es fundamental la realización de criterios de derivación consensuados con los médicos del área y con los hospitalarios, así como algoritmo de decisiones en cuadros algicos importantes (clínica, pruebas diagnósticas...). Con la elaboración de éstos conseguiremos que la valoración y el tratamiento para los pacientes con dolor crónico sean más efectivo y en el tiempo adecuado³.

¿Cómo llegan los enfermos a la UD?

Los pacientes pueden llegar asustados, porque piensan que su patología es terminal y no tiene solución y hacen un símil de que en las UD sólo se ven los pacientes con patología oncológica, esto es debido al desconocimiento que existe de la función y posibilidades terapéuticas que se pueden realizar en las UD.

Otros pacientes llegan expectantes, no saben muy bien que se le puede ofrecer diferente de la terapéutica que ha llevado y por último están los pacientes ignorantes que no saben porqué les han mandado a la UD (aunque su médico se lo haya explicado).

¿Qué esperan de la Unidad del Dolor?

En general los pacientes derivados a la Unidad del Dolor tienen una gran expectativa de que su problema va a ser resuelto de una manera sencilla llegando a la curación con la toma de una pastilla.

Sin duda una de las acciones en la primera visita es averiguar qué espera el paciente de la Unidad del Dolor; muchas veces influenciado por lo que hayan oído, leído o le hayan informado por otros profesionales sanitarios.

Otro gran grupo de pacientes son aquellos multitratados que no tienen ninguna esperanza de que en la Unidad del Dolor le puedan solucionar su problema del dolor.

¿Qué se encuentran en la Unidad del Dolor?

Los pacientes se encuentran con un especialista que valora la relación médico-paciente de una forma especial, pues parte del éxito de la terapéutica se haya en esta relación.

Una buena comunicación médico-paciente es fundamental para poder comprender el impacto que tiene el dolor en la vida del paciente y con ello hacer un abordaje adecuado del dolor.

Gran importancia tiene el lenguaje no verbal que el paciente nos aporta y que el médico necesita reconocer y analizar así como tener en cuenta que se debe conseguir una atmósfera adecuada para ganar la confianza del paciente y conseguir una alianza terapéutica

Así mismo se debe realizar un diagnóstico de la causa del dolor y plantear una estrategia de tratamiento siendo la disposición del paciente para adoptar un papel activo en el control del dolor y una actitud positiva ante su sintomatología dolorosa fundamentales para el éxito del tratamiento⁴. El equipo formado por el paciente y su médico basado en la comunicación es fundamental para animar al paciente a cambiar su percepción dolorosa involucrando activamente al paciente en el tratamiento.

Una vez conseguida esta alianza terapéutica, se necesita dar al paciente las posibilidades de éxito de los tratamientos propuestos.

¿Cómo encontramos al paciente?

El paciente llega a la Unidad del Dolor y siente que somos el último recurso, por lo que en general tiene un grado de ansiedad elevado y a la vez tiene puestas sus esperanzas en las posibilidades terapéuticas que podamos ofrecer.

A veces el paciente ha ido de un especialista a otro sin que su sintomatología dolorosa fuera tratada de manera efectiva hasta que es remitido a la Unidad del Dolor, de manera que el paciente se

siente como “un proyectil” de un especialista a otro.

Con esta percepción que tiene el paciente y además con los diferentes tratamientos que ha seguido prescritos por los diferentes especialistas hace que a veces sean reacios a nuevos tratamientos farmacológicos y no farmacológicos de ahí la importancia en la alianza terapéutica a la que antes nos referíamos.

¿Cómo evolucionan los pacientes?

Un grupo de pacientes los tratamientos instaurados farmacológicos y no farmacológicos dan lugar a una mejoría de su dolor y se puede dar el alta de la UD y que el Médico de Atención Primaria controle la evolución del paciente.

Otro grupo de pacientes no tienen mejoría a pesar de diferentes tratamientos y son pacientes con dolor de difícil manejo, dentro de este grupo hay pacientes que están en litigios con la administración y de su resolución dependerá la mejoría de la sintomatología dolorosa.

Hay pacientes que se pide una nueva valoración por otros especialistas y otros que han de acudir de forma continua a la UD por tener dispositivos que han de ser regulados por un especialista en dolor.

En resumen la derivación del paciente con dolor a la UD se debería realizar a través de criterios consensuados por los diferentes médicos que atienden a estos pacientes para que la valoración y tratamiento por parte de los especialistas en tratamiento del dolor sea en el tiempo y

forma adecuada según la patología dolorosa. Una vez el paciente está en la UD se debe eliminar los temores y explicar las posibilidades terapéuticas así como conseguir una comunicación eficaz y una alianza terapéutica.

BIBLIOGRAFÍA

1.- Bonica J. J.”Considerations of chronic pain” en Bonica J,J,Loeser J:D(eds) The management of pain. Filadelfia. Lea & Febiger, 1953.

2.- Busquets Juliá C. “Unidades del Dolor” en Unidades del dolor. Realidad hoy, reto para el futuro C.Busquets, Mº V. Ribera L”academia de ciencias medicas de Catalunya i de Balears. Barcelona 2002.

3.- Galvez RGuía práctica en Atención primaria. Criterios de la remisión de pacientes a las Unidades del Dolor. You & Us, S.A., 2002.

4.- Kems RD.Rosenberg R,Jamison RN et al Readiness to adopt a self-management approach to chronic pain the Pain Stages of Cahnge Questionnaire(PSOCQ) Pain, 1997; 72.227-34.

EL PACIENTE GERIÁTRICO CON DOLOR

Dr. Ignacio Toranzo

Presidente de la Sociedad Castellano Leonesa Geriátría.
Hospital Virgen del Canto. Toro. Zamora.

El paciente geriátrico

Para empezar debemos definir al paciente geriátrico. Nuestro paciente no es el paciente de más de 65 años, definir a una personas por la edad como criterio único es una simpleza. Hay una serie de criterios de fragilidad que van para seleccionar a los mayores de alto riesgo en los que es necesario intervenir con una valoración geriátrica completa inicial.

Criterios de “anciano fragil”:

- Mayor de 80 años.
- Vive solo.
- Viudedad reciente.
- Cambio reciente de domicilio.
- Enfermedad crónica incapacitante.
- Usa más de tres fármacos.
- Prescripción reciente de antihipertensivos, antidiabéticos o psicofármacos.
- Ingreso hospitalario en el último año.

- Necesidad de atención domiciliaria sanitaria al menos una vez al mes.
- Pérdida de ABVD por otras causas.
- Deterioro cognitivo o depresión.
- Situación económica precaria.

Para considerar a un paciente como geriátrico debe cumplir tres o más de los siguientes criterios:

- Mayor de 75 años.
- Pluripatología relevante.
- Enfermedad principal de carácter invalidante.
- Patología mental acompañante o predominante.
- Problemática social en relación con su estado de salud.

El dolor en geriatría

El dolor es una de las quejas más frecuentes en la consulta geriátrica, y si el paciente no lo refiere espontáneamente

debemos preguntar por él. Las estimaciones de su prevalencia varían en función del tipo de estudios y del lugar en donde se han realizado con una amplia horquilla en los porcentajes, así se estima su prevalencia entre un 25% y un 50 % en la comunidad y un 50 al 80 % en los institucionalizados.

Parece lógico que las tasa de prevalencia de dolor aumenten con la edad, puesto que la pluripatología pasa a ser la norma y los distintos sistemas y mecanismos defensivos van decayendo (homeostenosis) condicionando la fragilidad del anciano. Hacia los 85 años se produce un efecto meseta, e incluso parece ser que esta prevalencia descende, esto puede ser explicable por el efecto supervivencia y por los problemas de valoración del dolor en los muy mayores.

Hoy en día se considera que un cambio está relacionado con el envejecimiento cuando es universal, deletéreo, progresivo, intrínseco e irreversible aunque existe todavía controversia con las cataratas o la hipertrofia prostática, por ejemplo.

El dolor no es una consecuencia del envejecimiento, se puede envejecer sin dolor, y la ignorancia de esta evidencia es la que lleva a que muchos profesionales infradiagnostiquen e infratraten el dolor.

Además el proceso de envejecimiento no es homogéneo, en cada individuo es diferente condicionado por factores intrínsecos y extrínsecos, haciendo de los mayores el grupo más heterogéneo de la población. Si a esto añadimos el

recelo de usar opiáceos en el mayor, el temor a las interacciones por la polifarmacia, la pluripatología, la relación coste beneficio, el ageismo, y el peor cumplimiento de las pautas terapéuticas nos lleva a que el dolor en el anciano esta menos diagnosticado y peor tratado que en otros grupos de edad.

En el anciano el dolor predominante es el crónico, definido este como aquel que permanece más de 90 días, y en la gran mayoría de los casos su abordaje es el tratamiento del dolor en sí mismo, pues la causa no es tratable. Este dolor mayoritariamente es de origen osteomuscular, y a la cabeza de ellos el dolor articular, seguido de dolor en espalda y en extremidades inferiores. También el dolor maligno es más frecuente con el envejecimiento, ya que la presencia de neoplasias aumenta con la edad. Así, el 60% de todas las neoplasias y el 70% de todas las muertes producidas por cáncer se desarrollan en personas mayores de 65 años. Otras causas de dolor en la edad avanzado son polimialgia reumática y arteritis de la temporal, herpes zoster, neuropatía diabética y patología vascular periférica.

CLASIFICACIÓN DE LAS PATOLOGÍAS MAS FRECUENTES QUE CAUSAN DOLOR EN EL ANCIANO EN BASE A SU MECANISMO FISIOPATOLOGICO

Dolor Nociceptivo

- ARTROPATÍAS: ARTROSIS, A.R., GOTA, A. POST-TRAUMÁTICA, ALT. MECÁNICAS DE COLUMNA).

- SÍNDROME MIOFASCIAL.
- ÚLCERAS CUTÁNEAS Y DE MUCOSAS.
- ALTERACIONES INFLAMATORIAS NO ARTICULARES (POLIMIALGIA REUMÁTICA).
- DOLOR ISQUÉMICO (ARTERIOPATÍA DISTAL, ARTERIOSCLEROSIS, ETC.).

Dolor Neuropático

- NEUROPATÍA DIABÉTICA DOLOROSA.
- NEURALGIA POST-HERPÉTICA.
- NEURALGIA DEL TRIGÉMINO.
- DOLOR CENTRAL (AC V, ETC.).
- DOLOR POSTAMPUTACIÓN.
- DOLOR MIELOPÁTICO O RADICULAR (ESTENOSIS ESPINAL, ARACNOIDITIS, FIBROSIS PERIRADICULAR, ETC.).
- DOLOR FACIAL ATÍPICO.
- SISTEMA NERVIOSOS SIMPÁTICO: DOLOR REGIONAL COMPLEJO, CAUSALGIA, Distrofia simpático refleja, ETC...).

Dolor mixto o patología indeterminada

- CEFALEA CRÓNICA (CEFALEA TENSIONAL, MIGRAÑA, CEFALAS MIXTAS).
- VASCULOPATÍAS DOLOROSAS.

Dolor Psicológico

- SOMATIZACIONES.
- CUADROS HISTÉRICOS.

Lógicamente los mayores también padecen el dolor agudo, como en cualquier otro grupo de edad, aunque hay que recordar que su faceta de síntoma cardinal de ciertas patologías en el anciano pierde importancia, esta descrito y contrastado la mayor incidencia de neumonías, pleuritis, peritonitis o eventos cardiovasculares sin dolor. En cualquier caso el dolor agudo, como en otros grupos de edad aparece asociado a procesos agudos y apunta a una urgencia médica o quirúrgica.

Comentario aparte requiere el dolor postoperatorio, que es un dolor esperado y cuyo mal tratamiento influye directamente en la recuperación del anciano. Su manejo insuficiente puede llevar a una inmovilidad postoperatoria con todo lo que ello conlleva (úlceras por presión, enfermedad tromboembólica, impactación fecal, retención o incontinencia urinaria...).

Los diferentes estudios sobre la existencia de una presbialgia en el anciano son contradictorios, pero si hay descritos una serie de factores habituales en este grupo de edad que modifican el umbral doloroso en el anciano:

Factores que aumentan el umbral doloroso en al anciano (modificada de Martín).

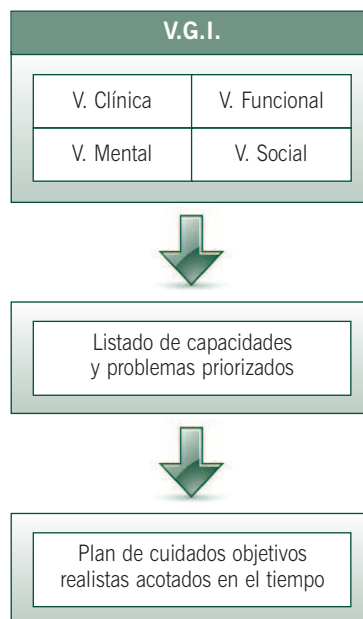
- Enfermedades acompañantes (poli-neuropatías y afecciones del sistema nervioso central).
- Fármacos(analgésicos, ansiolíticos, antidepressivos y esteroides).
- Factores psicológicos (adaptación al síntoma, aceptación de la idea de muerte cercana, interpretación del dolor como síntoma del envejecimiento).

Factores que disminuyen el umbral doloroso en al anciano (modificada de Martín).

- Dolor de etiología múltiple.
- Factores psicológicos (aislamiento mental, introversión, ausencia de actividades palcenteras, insomnio, depresión).
- Factores sociales (situación de pérdida, cambios negativos en el ámbito familiar, situaciones de dependencia).

VALORACIÓN DEL DOLOR EN EL PACIENTE ANCIANO

La herramienta básica en el quehacer diario del geriatra es la valoración geriátrica integral, es una valoración multidimensional en la que además de la valoración clínica, se realiza la valoración, funcional, mental y social. Ese mismo esquema de trabajo lo aplicamos a la valoración del dolor.



ELEMENTOS BASICOS DE UNA EVALUACIÓN GERIÁTRICA

Área biomédica

- Existencia de alergias y reacciones adversas previas a fármacos.
- Relación de patologías previas agudas y crónicas, priorizadas, y su impacto funcional.
- Estado de hidratación y nutrición. Preguntar siempre si ha habido pérdida de peso.
- Relación de los medicamentos prescritos y no prescritos utilizados.
- Relación de vacunas recibidas.
- Estado de la función renal. Ritmo urinario e intestinal.
- Signos de maltrato, evidentes (moratones, fracturas...) o sutiles (conduc-

ta retraída, deshidratación...), se debe estar atento especialmente en casos de deterioro cognitivo, o excesiva dependencia del cuidador.

Datos funcionales (Basales y al ingreso).

- Capacidad de realizar las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD) y las instrumentales (AIVD). Las dos escalas más utilizadas son el índice de Barthel y el índice de Katz para las ABVD y la escala de Lawton y Brody para las AIVD. Más breve es la escala de incapacidad física de la Cruz Roja.
- Trastornos de la marcha, caídas.
- Función perceptiva (audición, visión y habla).

Datos mentales (Basales y al ingreso).

- Función cognitiva: el más sencillo de aplicar es el cuestionario de Pfeiffer, también se utiliza el MMSE de Folsstein, en su validación al castellano por Lobo, y la escala de valoración mental de la Cruz Roja.
- Estado afectivo. Depresión: GDS de Yesavage. Ansiedad: Hamilton.
- Para el síndrome confusional agudo, se usa el Confusion Assessment Method (CAM).

Datos sociales.

- Relaciones sociales: familiares, amigos, cuidadores.
- Medios económicos, vivienda, acceso a servicios sanitarios y sociales.
- La escala más difundida es la de Gijón.
- Testamento vital.

Se deben escoger las escalas más adecuadas al ámbito de trabajo y al tipo de pacientes que vamos a ver.

A la hora de preguntar al paciente sobre sus dolencias debemos dar más tiempo para su respuesta, detectar problemas sensoriales que puedan entorpecer la comunicación, preguntándole todas las características del dolor (desencadenantes y atenuantes, semejanzas, intensidad, irradiación, temporalidad..) En ocasiones el anciano apenas se queja (estoicos, miedo a la institucionalización, aceptación del dolor como parte del envejecimiento...) y otras veces el paciente aumenta las quejas generalmente por un problema de la esfera afectiva. Las quejas en el anciano pueden ser múltiples, debemos saber escuchar, y tener en cuenta las prioridades del paciente, procuraremos quedarnos a solas en algún momento, especialmente si percibimos signos directos o indirectos que nos hagan sospechar maltrato.

Interrogar a los familiares puede ser de gran ayuda a la hora de situarnos temporalmente el proceso doloroso y las pérdidas funcionales sobrevenidas, pero debemos ser cautos pues a veces minimizan el dolor del enfermo y otros lo aumentan (bajo nivel cultural, angustia, preocupación excesiva o pretensión de institucionalizar al paciente).

En la exploración física y debido a la comorbilidad existente en el anciano debemos tener cuidado de no atribuir un nuevo dolor a variaciones del dolor antiguo por una enfermedad crónica preexistente.

Antes de pedir pruebas diagnósticas debemos sopesar si su resultado va a influir en la estrategia terapéutica.

La movilidad y la independencia funcional debe ser el objetivo prioritario en el anciano con dolor. En la valoración funcional usaremos escalas estructuradas y validadas para actividades básicas de la vida diaria, para actividades instrumentales y actividades avanzadas, es importante en toda la valoración y especialmente en la funcional saber el estado basal de la persona, es decir su función antes de la aparición del dolor, valorando el tiempo transcurrido en la pérdida funcional, cuanto más tiempo transcurrido peor es el pronóstico de recuperación.

La depresión es un compañero habitual del dolor frecuentemente acompañada de ansiedad, por eso hay que valorar su existencia.

El deterioro cognitivo debe diagnosticarse, es posible que se incremente con el dolor o incluso puede aparecer con el

dolor o como consecuencia de efectos secundarios del tratamiento de este.

Debemos recopilar la historia farmacológica del paciente saber que toma y que ha tomado para el cuadro doloroso y su efectividad. Además debemos conocer los productos que toma para otras patologías, incluyendo la automedicación y la parafarmacia. (dosis, vía de administración, tiempo que los ha tomado, motivo de su suspensión, eficacia y efectos colaterales).

La medición del dolor es dificultosa en todos los grupos de edad, y aún más en el anciano. Se han desarrollado diversas escalas, reflejan la valoración subjetiva del paciente de su dolor y nos van a orientar sobre la efectividad del tratamiento. Las más sencillas de aplicar y ordenadas de mayor a menor dificultad son las siguientes:

1. ESCALA VISUAL ANALÓGICA (EVA)



2. ESCALA DE PUNTUACIÓN NUMÉRICA



3. ESCALA DE DESCRIPTORES VERBALES

- No tiene dolor.
- Dolor ligero.
- Dolor moderado.
- Dolor intenso o insoportable.

4. ESCALA DE CARAS DE WONG-BAKER



Tener las escalas en formato grande, (déficit visuales) bien iluminadas, modular el tono de voz adecuado, hablando de frente, usando frases cortas y asegurándose de que entiende nuestras preguntas, sin ruidos en el entorno, dado tiempo a la respuesta, con paciencia a lo largo de toda la entrevista son factores que contribuirán a una mejor comunicación con el anciano.

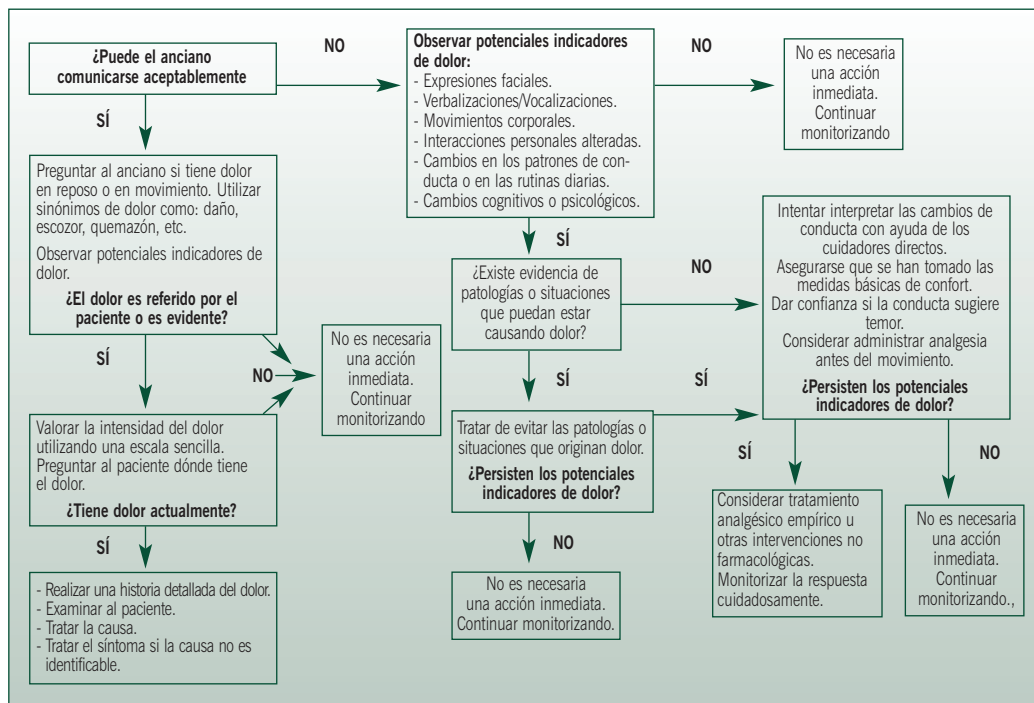
Reseña especial tiene la valoración en el paciente con demencia donde la identificación se realizará mediante la observación de conductas relacionadas con dolor. Hay que observar cualquier

evidencia de dolor relacionada con el movimiento (transferencias, aseo matutino, curas, movilización, etc.) y considerar a éste como causa potencial de cualquier cambio o conducta inusual en un paciente con demencia severa.

Conductas que pueden indicar dolor en ancianos con deterioro cognitivo.

La Sociedad de Geriatria Americana ha propuesto un algoritmo para detectar la presencia de dolor en pacientes con deterioro cognitivo con los que no es posible la comunicación.

Expresiones faciales	Cambios interpersonales
<ul style="list-style-type: none"> - Fruncimiento del ceño - Muecas - Expresión triste o distorsionada - Parpadeos rápidos 	<ul style="list-style-type: none"> - Agresividad - Agitación - Disminución actividades sociales, aislamiento - Resistencia a los cuidados
Expresiones verbales	Cambios en el patrón de la actividad
<ul style="list-style-type: none"> - Quejas - Suspiros - Gemidos - Gritos, llantos, petición de ayuda - Respiración ruidosa 	<ul style="list-style-type: none"> - Rechazo de los alimentos - Cambios en el patrón del sueño - Deambulación errante - Interrupción de la rutina habitual
Movimientos físicos	Cambios cognitivos
<ul style="list-style-type: none"> - Postura tensa y/o rígida - Restricción de movimiento - Hostilidad - El paciente se mece - Cambios en la movilidad 	<ul style="list-style-type: none"> - Aumento de la confusión - Irritabilidad - Angustia - Ansiedad
Nota: Algunos pacientes presentan escasas conductas asociadas al dolor intenso.	



TRATAMIENTO DEL DOLOR

El objetivo en el tratamiento del dolor crónico en el anciano, una vez descartada una actuación curativa será el de mantener la capacidad funcional o recuperarla hasta el punto previo al cuadro doloroso.

El abordaje terapéutico debe ser multidimensional, incluyendo los medios farmacológicos, rehabilitadores, psicológicos y sociales adecuados y corresponsabilizando al paciente en su tratamiento, y al marcarse los objetivos y las pautas de tratamiento consensuarlas con él.

Hay que valorar aquellos factores de mal pronóstico en el control del dolor(E. Bruera):

- Dolor neuropático.
- Dolor incidental.
- Deterioro cognitivo grave.
- Malestar psicológico importante.
- Historia de abuso de alcohol o adicción a drogas (indica estrategias pobres para enfrentarse a las situaciones de estrés cotidianas).

Debemos tener en consideración una serie de cuestiones del tratamiento del dolor crónico en el paciente geriátrico:

- Las dosis deben ser pautadas y no a demanda estableciendo las horas de las tomas por reloj, y estableciendo medidas iniciales de rescate para el dolor irruptivo si fuera necesario.

- Preferencias en vías de administración: oral, transdérmica, rectal, subcutánea , i.v., epidural e intratecal. La vía intramuscular no se aconseja en tratamientos prolongados.
- “Empezar lento y continuar despacio”. Las dosis iniciales deben ser bajas (aproximadamente el 50% del adulto), se subirán lentamente hasta conseguir la analgesia deseada y observando la aparición de efectos secundarios. Como regla general, cabe resaltar que siempre se debe iniciar el tratamiento por el analgésico eficaz menos potente. La potencia analgésica vendrá determinada por la intensidad del dolor, no por el diagnóstico ni la duración del proceso.
- Debemos anticiparnos a los posibles efectos secundarios de los fármacos. Es prioritario conocer la función renal y hepática .En caso de usar aines controlar TA, usar inhibidores de la bomba de protones, no usar dosis altas ni prolongadas en el tiempo. En el caso de los opiáceos hidratar bien al paciente, prevenir estreñimiento y vómitos iniciales.
- Es necesaria una reevaluación continua del tratamiento y de la eficacia del mismo. En las visitas control registraremos las siguientes variables:
 1. Intensidad y frecuencia del dolor incidental. Valorar la intensidad de las crisis de dolor y su frecuencia. Intentar determinar factores desencadenantes.
 2. Mejoría global en el control del dolor desde el último ajuste terapéutico, valorada en tanto por ciento (p.ej. mejoría de un 30%).
 3. Posibles efectos secundarios del tratamiento, haciendo hincapié en aquellos previsibles y que se deben prevenir.
 4. El cumplimiento terapéutico.
 5. La asociación de otros tratamientos pautados por otros profesionales, que puedan producir interacciones farmacológicas.
 6. Presencia de nuevos signos o síntomas relacionados con el dolor.
 7. Aspectos psicológicos y de afrontamiento. Valorar el cumplimiento y la adherencia a las estrategias acordadas en ese sentido.

BIBLIOGRAFÍA

- American Geriatrics Society. The Management of Persistent Pain in Older Persons, JAGS, 50: S205-S224.
- Covarrubias-Gómez, Alfredo. Manejo del dolor en el paciente anciano. Revista mexicana de anestesiología Vol. 29. Supl. 1, Abril-Junio 2006. pp S207- S209.
- Emmet KR. Presentaciones atípicas e inespecíficas de la enfermedad en el anciano. Modern Geriatrics. Madrid: IDEPSA;1998.
- Franco M.L, Seoane de Lucas A..Características del dolor crónico en el anciano. Rev, Soc. Esp. Dolor, 2001, 8:29-38.
- Geriatric Review Syllabus (GRS). 5ª edición. Barcelona: Medical Trenes; 2003.
- Geriatric Review Syllabus (GRS). 6ª edición. Barcelona: Medical Trenes; 2007.

- Gil Gregorio P, Moreno A, Rodríguez MJ, Zarco J. Manejo del dolor del anciano en atención primaria (Estudio ADA). Rev Clin Esp. 2007;207:166-71.
- Guía práctica para el tratamiento del dolor en el anciano desde el ámbito sociosanitario, Generalitat Valenciana, Conselleria de Benestar Social-2010.
- Ham RJ, Sloane PD. Atención primaria en geriatría. 2ª edición. Madrid: Mosby; 1995.
- John Jairo Hernández Castro, MD, Carlos Moreno Benavides, MD, Dolor en el adulto mayor, Avances en Psiquiatría Biológica vol. 9 2008 .
- José Félix Sancho, Ana Fernández, Azahara Sancho, Loreto Cavallo, Gumersindo Pérez Manga y Juan A. Cruzado, Tratamiento del dolor oncológico en el anciano, psicooncología. Vol. 3, Núm. 1, 2006, pp. 153-161.
- Ribera Casado J. M. El dolor en el anciano. Rev Clin Esp. 2007;207(4):155-7.
- Ribera Casado J. M. Guía práctica para el Manejo del dolor en el anciano. Bristol-Myers-Squibb. 2005.
- Ribera JM, Cruz J. Geriatria en Atención Primaria. 3ª edición. Barcelona: Grupo Aula Médica; 2002.
- Salgado A, Guillén F, Ruipérez I. Manual de Geriatria. 3ª edición. Barcelona: Masson; 2003.
- Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. Tratado de Geriatria para residentes. 2007.
- Dr. Victor M. Whizar-Lugo*, Dr. Ramón De Lille-Fuentes** Dolor Crónico en el Anciano MANestesia en México, Vol.17, Suplemento 1, 2005.

EL NEUROLOGO FRENTE AL MANEJO DEL PACIENTE CON DOLOR

Dr. José M^a Gómez Argüelles

Servicio de Neurología. Hospital Virgen de la Luz. (Cuenca)

INTRODUCCIÓN

El médico neurólogo está acostumbrado a tratar patologías consideradas habitualmente como “importantes” por la población, como es la demencia, la enfermedad de Parkinson o los accidentes cerebrovasculares. Sin embargo, el dolor como tal no es considerado como “importante” por el propio neurólogo, incluyéndolo muchas veces dentro de las patologías menores. Tato es así, que muchas veces ni se pregunta por él, entendiendo que si existen otras quejas mayores, no es necesario explorar esta cuestión. Una excepción serían los neurólogos que se dedican al estudio de las cefaleas, los denominados en el argot médico como “cefalólogos”, pero incluso así se pueden considerar neurólogos que se dedican a una patología menor. Sin embargo, aunque podemos decir que lentamente, las cosas van cambiando, ya que hace unos 10 años, la Sociedad Española de Neurología (SEN), decidió crear un Grupo de Estudio de Dolor Neuropático, dado el creciente interés que iba existiendo por parte de la

Neurología en el estudio, diagnóstico y tratamiento del dolor; en este caso neuropático.

El dolor crónico es la causa más común de:

- Sufrimiento por parte del paciente.
- Incapacidad para éste.
- Deterioro de la calidad de vida.
- Demanda de consulta médica, tanto es así que puede llegar a suponer hasta el 40% de los motivos de consulta en algunas especialidades.

UNIDADES DE DOLOR

Estas Unidades se crearon con el objetivo de dar un diagnóstico y tratamiento adecuado a los pacientes con dolor crónico. Nacieron en un principio con la idea de ser clínicas multidisciplinarias, aunque con el tiempo se centraron más en algunas especialidades, sobre todo aquellas con mayor interés en el tratamiento del dolor, fundamental-

mente intervencionistas. Hoy en día prácticamente todas (con alguna excepción), están formadas por neurocirujanos y/o anestesiastas, con ayuda de otros especialistas a tiempo parcial. Dado su formato y ayuda a otros profesionales en resolución de cuadros de dolor, que de otro modo serían complicados de tratar, llevó a un gran éxito y ello a su rápida extensión por el territorio nacional. Pero con el tiempo fueron perdiendo su condición multidisciplinar, especializándose como hemos dicho en una o dos especialidades médicas, y realizando varias terapias fundamentalmente intervencionistas. El neurólogo, salvo contadas excepciones, quedó al margen de dichas Unidades, siendo habitualmente un colaborador puntual en ellas.

¿QUÉ APORTA EL NEURÓLOGO EN EL DOLOR?

Lo intentaremos resumir en los siguientes apartados, y que puede aportar el neurólogo a cada uno de ellos:

1. Datos epidemiológicos.
2. Fisiopatología.
3. Diagnóstico.
4. Tratamiento del dolor.

1.- DATOS EPIDEMIOLÓGICOS

En cuanto a la epidemiología, estamos observando, a veces de forma casi “epidémica” como va en aumento la población que sufre dolor, un sobre todo en su variante crónica (más de 6 meses de duración). No existe una única

explicación a este fenómeno, habiéndose involucrado diversos factores, como el envejecimiento de la población, disponer de más medios de diagnóstico y terapéuticos, menor umbral de dolor en la civilización actual, mayor exposición a factores potencialmente “nocivos”, etc.

Por otro lado, hoy en día existe lo que se denomina universalización de la asistencia sanitaria, con lo que cualquier persona puede acceder a las prestaciones sanitarias, independientemente de su localización y posibilidades socio-económicas. Otro aspecto importante que muchas veces no es tenido en consideración, es también la mayor iatrogenia, al realizarse más técnicas diagnósticas, y sobre todo terapéuticas (normalmente exitosas), pero que conllevan un mayor riesgo de dejar como secuela dolor secundario. Y por último, sin duda existe mayor nivel cultural, lo que acerca a la población a cualquier tipo de información referente a su enfermedad, conociendo todas las distintas posibilidades que tiene para tratarla.

2.- FISIOPATOLOGÍA

Hoy en día existe mayor conocimiento de la fisiopatología del dolor. Sabemos que el dolor “emerge del cerebro” (de hecho, la definición oficial del dolor por la IASP es como *una experiencia sensorial y emocional desagradable*). Conocemos como el dolor es conducido por unas vías nociceptivas, las cuales transmiten el dolor a través de 4 pasos: transducción, transmisión, modulación y percepción, pero los nociceptores más las fibras que conducen dicho dolor, no

dejan de ser neuronas, por lo que al neurólogo no le deberían resultar complicado entender como funciona este sistema (a pesar de su intrínseca complejidad). También conocemos como podemos diferenciar los tipos de dolor en dos grandes grupos: fisiológicos y patológicos. Y dentro de este último, se englobaría e conocimiento del dolor neuropático (*aquel que ocurre como consecuencia directa de una lesión o enfermedad que afecte al sistema somatosensorial* -Treede et al, 2008). Estos mismos autores, al definir el dolor neuropático, añadieron que debe cumplir 3 criterios:

- a) *Tener una lesión neuroanatómica plausible (periférica o central).* Posiblemente nadie mejor que el neurólogo para determinar dicha lesión.
- b) *Una enfermedad que pueda contribuir a dicha lesión.* Igualmente suelen ser enfermedades relacionadas con el sistema nervioso.
- c) *Test confirmatorios que puedan evaluar tanto la lesión como la enfermedad.* Sobre este último punto trataremos en el siguiente apartado.

3.- DIAGNÓSTICO

Desgraciadamente aún hoy seguimos diagnosticando el dolor con escalas subjetivas, tipo Escala Analógica Visual (EVA), que tienen sus evidentes limitaciones en cuanto a poder asegurar cuanto de intenso es el dolor que sufren nuestros pacientes, y cuanto de eficaz puede

ser una intervención que realicemos en ellos.

Pero hemos de conocer que se ha producido un gran cambio en los últimos años en cuanto al descubrimiento de nuevos estudios neurofisiológicos y/o psicofísicos, por ejemplo el QST, el CHEPS, el láser, etc. sobre los que el neurólogo puede aportar sus conocimientos en ellos. Incluso más espectacular ha sido el progreso en los estudios de imagen del dolor con el PET, SPECT y sobre todo con la RM funcional, donde de nuevo el especialista en neurología se siente acostumbrado a trabajar. Y por último no hay que olvidar las nuevas técnicas diagnósticas tipo magnetoencefalografía, la estimulación magnética transcraneal, la microneurografía, la biopsia cutánea para el estudio de fibras nociceptivas, etc, de las que el neurólogo también aporta un gran conocimiento habitualmente.

4.- TRATAMIENTO DEL DOLOR

Hemos observado en los últimos años un cambio en el tratamiento del dolor: se puede decir que ha quedado obsoleta la escalera analgésica clásica de la OMS, con la llegada de nuevos fármacos denominados neuromoduladores, del tipo de los antiepilépticos y antidepresivos, los cuales se han hecho habituales en el arsenal del dolor (sobre todo en el dolor neuropático, o en el dolor de componente mixto). No son ajenos a dichos tratamientos el neurólogo, los cuales usa habitualmente en otras patologías, por lo que puede aportar experiencia de uso en ellos. No nos olvidemos tampoco del

tratamiento neuropsicológico del dolor crónico, realizado por psicólogos con los que el neurólogo trabaja habitualmente codo con codo.

Por último, y no menos importante, se ha producido últimamente además una modificación del enfoque del tratamiento del dolor; ya que hemos pasado de tratar la etiología (ej. neuropatía herpética) o la distribución topográfica (ej. neuralgia del trigémino), a tratar los síntomas (ej. alodinia dinámica), ya que hoy se suponen que existe correlación entre los mecanismos fisiopatogénicos y la sintomatología del paciente. De nuevo, el neurólogo puede disponer de los conocimientos terminológicos y medios diagnósticos (termodos, algómetro, etc) para hacer dicha clasificación.

Conclusiones

- El dolor crónico, especialmente el neuropático, es una causa creciente de demanda de asistencia médica.
- El paciente que lo padece en un enfermo complejo que requiere la mejor planificación diagnóstica y terapéutica.

- El neurólogo ofrece un gran conocimiento en la fisiopatología, técnicas diagnósticas y nuevos tratamientos en el dolor crónico.
- El neurólogo debería ser una parte fundamental en el engranaje del estudio y tratamiento del dolor.

BIBLIOGRAFÍA

- Serra-Catafeu J. La importancia del neurólogo en el diagnóstico y tratamiento del dolor neuropático. *Continua Neurológica* 2003; 3: 54-7.
- Carneado-Ruiz J, Morera-Guitart J, Alfaro-Sáez A, Turpin-Fenoll L, Serna-Candel C, Matías-Guía J. El dolor neuropático como motivo de consulta en Neurología: Análisis de su frecuencia. *Rev Neurol* 2005; 41: 643-8.
- Montero-Homs J, Gutiérrez-Rivas E, Pardo-Fernández J, Navarro-Darder C. Estudio de prevalencia, incidencia y caracterización del dolor neuropático en consultas de neurología. *Estudio PREVADOL. Neurología* 2005; 20: 385-9.
- Martínez-Salio A, Vicente-Fatela L, Acedo MS, Urbano M. ¿Para qué sirve un neurólogo en una Unidad del Dolor? *Rev Soc Esp Dolor* 2005; 12: 146-53.
- Robaina FJ. ¿Por qué las Unidades del Dolor deben ser multidisciplinarias? *Rev Soc Esp Dolor* 2005; 12: 137-40.



QST- Thermotest



RM funcional



Estimulación magnética transcraneal

EL PACIENTE CON DOLOR EN LA CONSULTA DE REHABILITACION

Dr. Xoán Miguéns Vázquez

Médico Especialista en Medicina Física y Rehabilitación. Hospital Xeral. Lugo.

Los restos arqueológicos encontrados en la Isla de Creta, estatuas de la diosa de la adormidera coronada con un triplete que recuerda a la papaver somniferum, al igual que unos alfileres de idéntica forma a la flor de la planta del opio y datados en el siglo XIII a.C.⁽¹⁾, evidencian el conocimiento de la planta de la adormidera desde la antigüedad. Tan antigua como la adormidera es la aplicación de la medicina física; agentes como el calor o el frío han sido empleados desde siempre en el alivio de dolor; y perduran hasta el momento actual, en que son sometidos a escrutinio de la medicina basada en la evidencia.

La evidencia científica en rehabilitación ha permitido determinar, a pesar de complicaciones metodológicas, qué técnica o técnicas gozan de mayor aval científico para su aplicación en la práctica clínica diaria. En Medicina Física, la dificultad en el diseño de ensayos clínicos de alta calidad impide un mayor y mejor apoyo a muchas de los tratamientos empleados en Rehabilitación. Resulta

complicado diseñar estudios con cegado, debido a la patente muestra hacia el paciente de una intervención terapéutica palpable (la aplicación de un máquina o la acción manual) y a la imposibilidad de cegar al terapeuta que aplica la técnica. No obstante, la ausencia de evidencia no indica ausencia de eficacia, sino que objetiva la patente necesidad de realizar estudios de mayor calidad que permitan un adecuado posicionamiento en la recomendación a aplicar. Un interesante estudio publicado en el British Medical Journal⁽²⁾, en forma de revisión sistemática, demostraba la ausencia de ensayos clínicos controlados que avalen la eficacia del paracaídas en la prevención de muerte y politraumatismo severo. Concluyen los autores, con cierta ironía, que aquellos fervientes defensores de la medicina basada en la evidencia se constituyan en grupo control para un posicionamiento definitivo a este respecto. Al hilo de este ejemplo, y parafraseando a Álex Rovira⁽³⁾, “la mente es como un paracaídas, no sirve de nada si no se abre”, resulta conveniente emplear en su

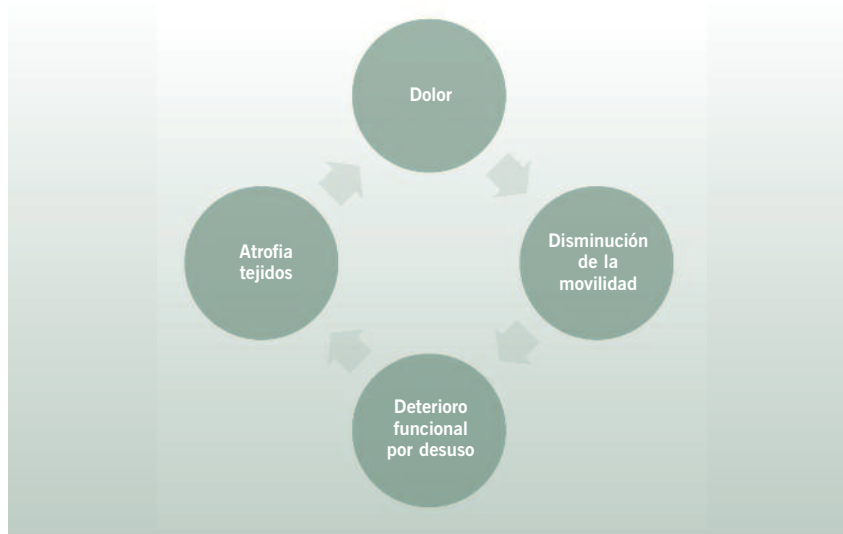
justa medida la información proporcionada por la evidencia científica así como buscar mecanismos que permitan mejorar el diseño de estudios en el campo de la Rehabilitación. A modo de ejemplo, citar el denominado TENS fingido, que emite una corriente durante 30 segundos, permitiendo el cegado del grupo al que sea aplicada, publicado en un interesante artículo en la revista *The Journal of Pain* por Rakel y cols. en el año 2010⁽⁴⁾.

En la actualidad, la incorporación de nuevos dispositivos tecnológicos, implica la convivencia de técnicas de gran antigüedad con la más reciente tecnología, en una situación ocasionalmente paradójica.

El médico especialista en Rehabilitación ante el paciente con dolor puede y

debe emplear todo el arsenal terapéutico a su alcance, con un objetivo claro, romper el círculo vicioso, denominado por Cibeira⁽⁵⁾ la “inercia del dolor”. Ésta se caracteriza por un deterioro de la funcionalidad consecutiva al dolor, que a su vez favorece la permanencia e intensifica el dolor, retroalimentando a éste (Figura 1). Tampoco debemos olvidar que nuestros pacientes viven inmersos en la cultura del dolor, caracterizada por una tolerancia al sufrimiento que es percibida como necesaria en cierta medida. Recordar a nuestros pacientes que sufrir no mejora el pronóstico e incluso ir más allá y señalar que lo empeora desde el punto de vista de una adecuada recuperación funcional, deben formar parte de las recomendaciones habituales en nuestra práctica asistencial diaria.

Figura 1. Círculo “vicioso” de la inercia del dolor.



Dentro de este arsenal terapéutico, en primer lugar y respecto al empleo de fármacos, coincido con Coilutti& Mattia⁽⁶⁾ en la necesidad del manejo de analgesia opioidea para un adecuado abordaje del dolor. Afirmar que tratamos dolor sin emplear analgesia opioidea puede resultar tan extraño como afirmar que tratamos diabetes mellitus sin insulina; en ambos casos un considerable número de pacientes quedan fuera de nuestra capacidad de maniobra.

En los últimos años, cobra especial importancia la aplicación de técnicas intervencionistas, y colegas rehabilitadores de diversos puntos de España han iniciado una interesante y estable línea de trabajo a este respecto, que ha culminado en la creación de un Grupo de Trabajo específico filial de la Sociedad Española de Medicina Física y Rehabilitación.

Tabla 2. Evidencias en rehabilitación con sus grados de recomendación. Cada procedimiento ha demostrado algún tipo de eficacia en las indicaciones correspondientes.

Procedimiento	Indicación	Grado de recomendación
Ejercicio terapéutico	Lumbalgia subaguda y crónica	A
	Cervicalgia	A
	Artrosis de rodilla	A
	Artritis reumatoide	A
	Enfermedad coronaria	A
	Claudicación intermitente	A
	Incontinencia urinaria femenina de estrés	A
	Sida	A
Rehabilitación respiratoria	Cirugía abdominal	A
	Cirugía cardíaca	B
	Enfermedad pulmonar obstructiva	B
	Fibrosis quística	C
	Extubación infantil	B
Rehabilitación multidisciplinaria	Accidente cerebrovascular	A
	Lumbalgia	A
	Cervicalgia	B
	Lesiones por movimientos repetidos de los miembros superiores en el medio laboral	A
	Fibromialgia	B
Escuela de espalda	Lumbalgia en el medio laboral	A
Termoterapia	Artritis reumatoide	B
	Artrosis de rodilla	C
Ultrasonido	Tendinitis cálcica del hombro	
	Úlceras varicosas	
TENS	Artrosis de rodilla	A
Láser de baja potencia	Artrosis de rodilla	B
	Fractura de cadera del anciano	B
Ortesis lumbares	Lumbalgia	C
Ortesis semirrígidas de tobillo	Lesiones ligamentos en deportistas	A
Suelas con dispositivos de descarga	Fracturas de estrés en los miembros inferiores	A
Cojines antiescaras	Úlceras por presión	A

Respecto a técnicas más características de Medicina Física: Electroterapia y Cinesiterapia, la combinación de ambas resultan habituales. Analizadas desde el punto de vista de la Evidencia Científica han surgido numerosas publicaciones en forma de revisiones sistemáticas y meta-análisis que han sido recopilados por el Dr. Climent⁽⁷⁾, tal y como ilustra la tabla II.

En cualquier caso, la realización de ejercicio terapéutico es inexcusable, entre otros motivos para posibilitar la ruptura del círculo vicioso dolor-deterioro funcional al que hacíamos alusión al inicio de este punto. Las consecuencias deletéreas del inmovilismo son bien conocidas y referenciadas en numerosos textos, siendo paradigmática la frase de Nacovick Ambodick “el cuerpo privado de movimiento se deteriora como el agua estancada”. En la última revisión Board⁽⁸⁾ de la especialidad tales conse-

cuencias son recopiladas como refleja la tabla III.

Cobra especial relevancia el rol del ejercicio terapéutico en el abordaje del dolor. En primer lugar porque mejora el umbral analgésico del paciente, y en segundo lugar porque conlleva un mejor perfil funcional, que a su vez posibilita una menor sensación de enfermedad.

PRESCIPCION DE EJERCICIO TERAPEUTICO

El abordaje del dolor mediante la prescripción de ejercicio terapéutico no resulta tarea sencilla: ha de ser individualizada y precedida de una valoración funcional específica, evaluando en todo momento la comorbilidad asociada, con especial hincapié en la situación cardiovascular del paciente. Su indicación, ha de considerar la población diana, la posi-

Figura 3. Efectos adversos del inmovilismo según Cuccurullo-Board Review.

- Summarize the adverse effects of immobilization on different organ systems

Adverse effects of immobilization on different organ systems

Organ system	Conditions
Muscles	Reduced strength, endurance, flexibility and bulk
Joints	Reduced flexibility; joint contractures
Bones	Osteopenia and osteoporosis
Heart	Reduced stroke volume, cardiac output, and exercise capacity tachycardia
Peripheral circulation	Reduced orthostatic tolerance and venous return; deep vein thrombosis
Lungs	Atelectasis and pneumonia; pulmonary embolism
Gastrointestinal tract	Reduced appetite and bowel motility; constipation
Urinary tract	Urolithiasis, infection
Skin	Pressure ulcers
Endocrine	Reduced endorphin production and insulin sensitivity; reduced lean body mass; obesity
Psychologic	Reduced self image and stress tolerance; anxiety and depression

bilidad de tratamiento grupal, las preferencias personales del paciente, adaptando, en la medida de lo posible, la prescripción al destinatario, con un adecuado equilibrio entre flexibilidad y rigidez, evitando la monotonía, para asegurar una adecuada adherencia al tratamiento. Su inicio precoz, lo antes posible, debe obedecer a la consecución de un objetivo real y alcanzable, acorde al estadio evolutivo del proceso a tratar, y con las re-evaluaciones periódicas necesarias para adecuar el proceder terapéutico a la evolución del paciente, estableciendo nuevos objetivos a medida que se van alcanzando los previos.

Hasta la actualidad no ha sido posible establecer con firmeza la superioridad de una modalidad de entrenamiento sobre las demás⁽⁹⁾, siendo preferible la pauta más “adaptable” al paciente, individualizando la indicación de ejercicio al máximo. En los casos en los que sea necesario un adiestramiento del paciente, éste ha de ser lo suficientemente breve como para asegurar un adecuado aprendizaje atravesando el “puente de la rehabilitación” con la mayor celeridad posible, evitando que el paciente se duerma debajo de él y proporcionando siempre la independencia y autonomía del paciente.

BENEFICIOS DE LA REHABILITACIÓN

El Dr. Walter Frontera, ha señalado que la rehabilitación beneficia más a los que menos tienen, por edad, enfermedad o discapacidad⁽¹⁰⁾; y es en las poblaciones más sensibles en las que los numerosos

beneficios de la rehabilitación tienen especial impacto.

Hemos de diferenciar los beneficios de la rehabilitación en general, agrupados por Barnes⁽¹¹⁾ en la tabla IV, de los beneficios generales del ejercicio terapéutico (Tabla V) y de los beneficios de la cinesiterapia (tabla VI):

Tabla 4. Beneficios de la Rehabilitación según Barnes&Ward.

- Beneficios funcionales
- Reducción de las complicaciones
- Mejora la coordinación de recursos
- Economía y eficiencia
- Educación
- Formación e investigación

Deben ser destacadas las bonanzas económicas de la rehabilitación, que avalan no su eficacia sino su rentabilidad. Respecto al abordaje del dolor, la tabla V recopila una disminución del dolor y un aumento de la funcionalidad como beneficios del ejercicio terapéutico, que posibilitarían la ruptura del círculo de la inercia del dolor señala por Cibeira.

Finalmente en la Tabla VI, merecen especial comentario los efectos beneficiosos del ejercicio sobre la función inmunitaria, ya señalos por Shephard en 1995⁽¹²⁾ y

Tabla 5. Beneficios generales del ejercicio terapéutico.

- Disminuye el DOLOR
- Aumenta la FUNCIONALIDAD
- Mejora la salud en general
- Mejora la calidad de vida
- Aumenta la supervivencia (cardíopata)

que nos facilita la introducción del último punto de este capítulo: la rehabilitación del paciente oncológico.

Tabla 6. Beneficios de la Cinesiterapia.

- Disminuye peso
- Disminuye TVP
- Aumenta grosor cartílago hialino
- Disminuye rigidez
- Aumenta elasticidad
- Aumenta fuerza
- Aumenta velocidad marcha
- Mejora el sueño
- Disminuye la ansiedad
- Mejora depresión
- Mejora HTA
- Mejora dislipemia
- Mejora metabolismo en DM
- Aumenta la DMO
- Mejora AVDs
- Mejora función Sistema Inmune
- Aumenta las endorfinas

REHABILITACIÓN ONCOLÓGICA

Al igual que el conocimiento del opio y de la Medicina Física se remonta a la antigüedad, la existencia del cáncer como enfermedad data del 1600 a.C., año en el que se relata en un papiro egipcio la primera información escrita sobre el tratamiento de un paciente con un tumor⁽¹³⁾. Desde entonces hasta la actualidad, el progreso en el tratamiento de esta enfermedad ha evolucionado hacia un abordaje multidisciplinar en el que la Rehabilitación tiene un importante rol.

Resulta fácilmente comprensible que el paciente oncológico padezca dolor; no obstante, si bien es una queja frecuente, ni es el único síntoma ni tampoco el más frecuente. Lehman en 1978⁽¹⁴⁾ en un artículo a este respecto, puntualizaba la fre-

cuencia sintomática del paciente oncológico identificando la debilidad generalizada como el síntoma más frecuente, presente en el 35% de los pacientes; le seguían déficit en AVDs y dolor con un 30%; y dificultad para la deambulaci3n con un 25%. Otros aspectos como el linfedema, siempre presente en la mente del médico especialista en Rehabilitaci3n, representa un porcentaje menor.

El abordaje del paciente oncol3gico desde la perspectiva de la Rehabilitaci3n ha demostrado que 3sta es beneficiosa independientemente del tipo de tumor y de su estadiaje⁽¹⁵⁾. El plan terap3utico debe basarse en objetivos terap3uticos cuya característica princeps debe ser la adaptabilidad, oscilando desde el completo restablecimiento de la funci3n hasta una intenci3n paliativa en los estadios m3s evolucionados. Entre ambos extremos, tienen cabida el mantenimiento de la capacidad funcional, la prevenci3n de complicaciones, el adiestramiento en soporte y autocuidado, as3 como el acondicionamiento f3sico. La terapia rehabilitadora debe ser individualizada y adaptada al estadio evolutivo del proceso. Con este fin, resulta de utilidad, y a d3a de hoy continua vigente, la clasificaci3n de Dietz⁽¹⁶⁾, que establece 4 tipos de programas de rehabilitaci3n en funci3n de su objetivo fundamental:

- 1.- Rehabilitaci3n preventiva, entendi3ndose 3sta como profil3ctica frente a discapacidad.
- 2.- Rehabilitaci3n restauradora, que persigue la completa recuperaci3n sin secuelas.

3.- Rehabilitación de apoyo y compensación, en pacientes con procesos lentamente progresivos que pretende compensar los déficits funcionales que se instauran conforme avanza la enfermedad.

4.- Rehabilitación paliativa, cuyas dianas terapéuticas son el alivio del dolor, el mantenimiento del confort mitigando en la medida de lo posible las consecuencias de las complicaciones que hacen su aparición en los procesos de pronóstico más severo.

Probablemente la mayor dificultad de la rehabilitación oncológica reside en el manejo de una discapacidad dinámica con potencial evolutivo⁽¹⁷⁾, que obliga al replanteamiento continuo de los objetivos de la terapia rehabilitadora. Sin duda alguna, esta dificultad representa en la actualidad el mayor reto, a su vez enormemente dificultado por las características de la enfermedad, que generan distintas limitaciones para su abordaje entre las que podríamos destacar: las numerosas contraindicaciones para la aplicación de agentes físicos, la listas de espera para consulta y sobre todo para el acceso a las áreas de tratamiento que no posibilitan un adecuado seguimiento de la evolución del paciente, la existencia de otras prioridades asistenciales que relegan la atención rehabilitadora del paciente oncológico por doble motivo, en los casos más favorables, por la posibilidad de recuperación espontánea de una “vida salvada”, y en los más severos, por el pronóstico infausto, que de forma inexorable ocasiona el fallecimiento del paciente independien-

temente de la terapéutica rehabilitadora implantada.

En este contexto, debemos tener presente, que el Código Deontológico, en su Capítulo V relativo a la Calidad de la Atención Médica, en el artículo 21 señala 2 interesantes aspectos: “Todos los pacientes tienen derecho a una atención médica de calidad científica y humana.” y “El médico tiene la responsabilidad de prestarla, cualquiera que sea la modalidad de su práctica profesional,...”⁽¹⁸⁾.

Conclusiones

Dividamos éstas en 2 grupos, las primeras en relación al abordaje del dolor desde la perspectiva del médico rehabilitador, y las segundas con intención e recopilar los retos futuros de nuestra especialidad en el campo del dolor así como la existencia de la rehabilitación oncológica como asignatura pendiente.

Respecto al tratamiento del dolor:

- 1.- Un adecuado control del dolor facilita el mantenimiento de la funcionalidad.
- 2.- Un adecuado programa de cinesiterapia mejora y mantiene la funcionalidad del paciente.
- 3.- Un adecuado control del dolor posibilita un adecuado programa de cinesiterapia.
- 4.- Un adecuado programa de cinesiterapia posibilita un mejor control del dolor.

En relación con el futuro de la especialidad:

- **LA INCLUSIÓN DEL MÉDICO REHABILITADOR EN LAS UNIDADES DEL DOLOR CONSTITUYE UNA PRIORIDAD EN EL CAMPO DEL DOLOR CRÓNICO MÚSCULO-ESQUELÉTICO.**
- **EL PACIENTE ONCOLÓGICO SE PERfila COMO LA ASIGNATURA PENDIENTE EN EL CAMPO DEL DOLOR EN NUESTRA ESPECIALIDAD.**

BIBLIOGRAFÍA

1. Schott H. Crónica de la Medicina. Ed. Random House Mandadori S.A. Barcelona 2004.
2. Gordon C S Smith, Jill P Pell. Parachute use to prevent death and major trauma related to gravitational challenge: systematic review of randomised controlled trials. *BMJ* 2003;327:1459-61.
3. Alex Rovira. La brújula interior. Ed. Urano S.A. Barcelona 2003.
4. Barbara Rakel et al. A new transient Sham TENS device allows for investigator blinding while delivering true placebo treatment. *The Journal of Pain* 2010, 3 (March) 11: 230-238.
5. Cibeira JB. Dolor y Rehabilitación. En: Miranda Mayordomo JL. Rehabilitación Médica. Ed. Grupo Aula Médica. Madrid 2004. pp:463-472.
6. Coluzzi F, Mattia C. Oxycodone. Pharmacological profile and clinical data in chronic pain management. *Minerva Anestesiologica* 2005 July-August;71(7-8): 451-60.
7. Climent JM. Evidencia Científica sobre Rehabilitación. *FMC* 2002;9(9):659-666.
8. Sara J Cuccurullo. Physical Medicine and Rehabilitation Board Review.
9. Andrade Ortega. Ejercicio terapéutico. En: Sanchez Blanco y cols. *MANUAL SERMEF de Rehabilitación y Medicina Física*. Ed. Panamericana, Madrid 2006. pp:143-159.
10. Walter Frontera R. Rehabilitación del envejecimiento y de la inmovilización con énfasis en el ejercicio. En: Miranda Mayordomo JL. Rehabilitación Médica. Ed. Grupo Aula Médica. Madrid 2004. pp:473-481.
11. Michael P Barnes & Anthony Ward. Manual Oxford de Medicina Física y Rehabilitación. Ed. Grupo Aula Médica. Madrid 2006. pp:18-19.
12. Shephard RJ, Sheck PN. Cancer, immune function and physical activity. *Can J Appl Physiol* 1995;20(1):1-25.
13. Guillén Ponce et al. Rehabilitación y oncología. En: Palomino Aguado B, Jimenez Cosmes L. Rehabilitación, oncología y malformaciones congénitas. Ed. Grupo Acción Médica, Madrid 2011, pp:1-9.
14. Lehman JF, Delisa JA, Warren CG. *Cancer Rehabilitation: assessment of need, development and evaluation of a model of care*. *Arch Phys Med Rehab* 1978, 59:410-419.
15. Marciniak et al. Functional outcome following rehabilitation of the cancer patient. *Arch Phys Med Rehabil*, 1994;77(1):54-57.
16. Dietz JH. Rehabilitation oncology. New York: John Wiley & sons; 1981:25-31.
17. Vazquez Gomez et al. Rehabilitación Oncológica. En Juan Garcia FJ. III curso intensivo de revisión en Medicina Física y Rehabilitación. Ed. Grupo 76, Vigo 2010, vol 1, pp: 394-430.
18. Código de ética y deontología médica y compendio de doctrinas internacionales. Consejo General de Colegios Médicos de España. Ed. Punto Graphic, Madrid, 1990.

