

Dolor crónico ¿es posible su control en AP? Coordinación entre niveles ¿una utopía?

Dra. Juana Sánchez Jiménez

Vicesecretaria General de la SEMG

El dolor es una de las causas más frecuentes de consulta en atención primaria (AP) sólo por detrás de la patología respiratoria. Es un fenómeno complejo en todas sus vertientes (fisiológicas, bioquímicas, psicosociales, morales y del comportamiento), lo que obliga a un enfoque y tratamiento multidisciplinar. Esto es más evidente en el dolor crónico, que produce un gran impacto en el paciente, con sufrimiento físico, afectación psicológica, repercusión laboral, social, económica; por otro lado, también repercute en el médico, con aumento de la presión asistencial, demanda de soluciones rápidas, lo que unido a un déficit de formación y a una falta de capacidad de resolución provoca en definitiva una pérdida de calidad asistencial. Así mismo, el dolor crónico plantea un verdadero problema de salud pública, con unos costes económicos tanto directos como indirectos elevados. Es indispensable la formación adecuada de los médicos en el tratamiento del dolor, independientemente de la especialidad que tengan y de su ámbito asistencial. Pero a pesar de estas premisas, es evidente que la situación actual dista mucho de ser la ideal para este síndrome: el aumento de la población y su envejecimiento hacen que sea cada vez más complejo el abordaje de esta patología tanto para la AP como para la atención especializada (AE).

Cuando se analiza el dolor crónico es inevitable llegar a la conclusión de que es necesario evitar el monopolio del tratamiento del dolor por una sola especialidad: solo sería una coartada para justificar el abandono en el que se deja a muchos

pacientes con dolor, que los convierte en usuarios hiperfrecuentadores, buscadores de una solución que no puede ser aplicada desde un contexto aislado sino en coordinación multidisciplinaria.

La pregunta es ¿quién debe ser el eje sobre el que pivote esta atención? Evidentemente, el núcleo debe ser siempre el paciente y a estos efectos las características de la AP (accesibilidad, longitudinalidad de la asistencia, enfoque biopsicosocial) le confieren una inmejorable situación para ejercer de filtro y motor coordinador en este proceso.

¿Cuál es la realidad en nuestro Sistema Nacional de Salud respecto a la coordinación? La Ley General de Sanidad de 1986 establece dos niveles de atención (primaria y especializada) y específicamente enuncia que "se promoverán las medidas adecuadas para garantizar la interrelación entre los diferentes modelos asistenciales".

Un ejemplo claro de buena coordinación entre AP y AE se establece ante la sospecha de patología tumoral o en los cuidados paliativos, donde los circuitos, en general en todas las Comunidades Autónomas, están bien organizados y planificados con los pasos a seguir por todos los involucrados; sin embargo, para el desarrollo de otras situaciones médicas igual de complejas se produce un mal funcionamiento, como se revela en los siguientes enfoques de diferentes estudios publicados:

- En un estudio publicado en *Annals de Medicina*, *Revista de la Acadèmia de Ciències Mèdiques de Catalunya i de Balears (ACMB)*, en el 2008, vol 91, nº1 titulado "Relació entre l'atenció

primària i l'hospitalària. Situació actual i propostes de millora" sobre una encuesta realizada a médicos de AP y AE, ambos colectivos reflejan una gran desconexión con la conclusión de que la comunicación entre ambos es deficiente.

- En otro estudio publicado en la revista de la Sociedad Española del Dolor (Rev. Soc. Esp. Dolor 7:453-459, 2000), sobre una encuesta realizada en Sevilla acerca de la relación entre la unidad de dolor y los centros de primaria, se concluye que el largo tiempo de espera para AE, la falta de técnicas diagnósticas en AP, la ausencia de contacto entre niveles y el uso de distintas herramientas de formato clínico provoca una insatisfacción generalizada tanto en AP como en AE y en el propio paciente.

- Una experiencia mediante un internista consultor desarrollada en la Zona Básica de Salud (ZBS) de Berja, Distrito AP Poniente Almería, publicada en Revista Clínica Española, vol 203, suplemento 1 junio 2003, evidenciaba la mejoría en todos los estándares analizados: calidad de la derivación, número de pruebas complementarias solicitadas y su correlación diagnóstica, satisfacción de los profesionales, sesiones clínicas, disminución de la presión asistencial tanto en AE como en AP, disminución de los tiempos de demora...

- En todos los estudios se propone una serie de iniciativas para mejorar la coordinación: historia clínica informatizada con datos comunes para los dos niveles; uso del correo electrónico como medio de comunicación rápido para informar de ingresos, visitas, consultas externas, urgencias; conocimiento mutuo (sesiones conjuntas, médico de enlace o de referencia que facilite la comunicación y mejore los circuitos de derivación); actividad asistencial docente e investigadora; implicación de los gestores y la administración...

Estos estudios no dejan de ser iniciativas aisladas, heterogéneas y basadas en el voluntarismo y reflejan una situación insuficiente para todos los protagonistas.

Un ejemplo de mayor envergadura en el intento

de coordinación y mejora del tratamiento del dolor crónico lo tenemos en el desarrollo del proceso de dolor crónico no maligno (DCNM) de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía (2007), en el que el Dr. Manuel J. Rodríguez, coordinador del proceso, define en su introducción objetivos como mejorar la calidad de vida de los pacientes con dolor, de una manera racional, planificada y eficiente, garantizando el tratamiento adecuado del dolor según los principios rectores del Sistema Nacional de Salud:

- Ofrecer una cobertura que responda a las necesidades de los pacientes, con financiación pública.

- Impulsar la coordinación de los distintos niveles asistenciales y de los recursos disponibles, aprovechando todos los existentes.

- Asegurar la equidad, sin distinción por el tipo de enfermedad ni ámbito de atención.

- Proporcionar calidad, efectividad y eficiencia en el uso de los recursos.

- Conseguir la satisfacción de pacientes, familiares y profesionales.

En dicho proceso se contempla la posibilidad de desarrollar un equipo multidisciplinario de tratamiento del dolor crónico en AP (EMAP) cuya composición sería:

- Médico de Familia: con competencias en el abordaje biopsicosocial del dolor crónico y habilidades en técnicas mínimamente invasivas.

- Profesional de Enfermería: con competencias en el abordaje biopsicosocial del dolor crónico.

- Médico Rehabilitador: con competencias en el abordaje biopsicosocial del dolor crónico y habilidades en técnicas mínimamente invasivas.

- Psicólogo: con competencias en el abordaje biopsicosocial del dolor crónico.

- Fisioterapeuta: con competencias en el abordaje biopsicosocial del dolor crónico.

- Trabajador social: con competencias en el abordaje biopsicosocial del dolor crónico.

- Terapeuta ocupacional: con competencias en

el abordaje biopsicosocial del dolor crónico.

Dada la complejidad del abordaje del dolor crónico, se hace necesaria la actuación coordinada de todo el equipo en la elaboración del plan terapéutico del dolor, haciendo énfasis en la rehabilitación funcional con carácter intensivo (duración superior a 100 horas o tres meses de tratamiento), con dedicación plena de sus componentes y coordinados por el miembro del equipo, independiente de su especialidad, que reúna las mejores condiciones para ello.

El EMAP deberá desarrollar, además, actividades docentes e investigadoras para asegurar la mayor calidad y efectividad de los procedimientos aplicados.

De este modo se establece un filtro amortiguador de la presión que hará posible el enlace entre AE y AP y dar respuesta a las expectativas tanto de profesionales como de pacientes

A pesar de estos buenos deseos y de la publicación del proceso, hoy es difícil su implantación y desarrollo; sin embargo, si no realizamos un esfuerzo desde todos los ámbitos (pacientes, profesionales y gestores), no será posible avanzar en conseguir una mejora de la calidad asistencial y una satisfacción tanto de los pacientes como de los médicos, ya sean del ámbito de la AE o de la AP. Las claves pasan, pues, por el deseo de hacerlo, interés por implantarlo y los recursos para poderlo llevar a cabo.