

El Médico

www.elmedicointeractivo.com

LA SANIDAD DÍA A DÍA

Acceda desde su teléfono móvil



SANIDAD Y SOCIEDAD

Nº 1216. Marzo 2021

ESPECIAL

DOLOR

La lucha contra
el dolor: reto
profesional y
derecho del
paciente

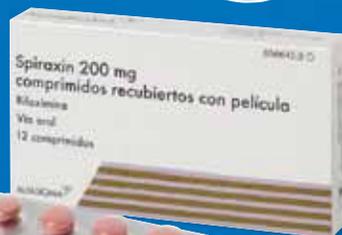




SPIRAXIN

Rifaximina- α

Eficacia intestinal asegurada en la Enfermedad Diverticular



Financiado por el SNS



SUMARIO

ESPECIAL DOLOR

El dolor es tan complejo que no hay ni unanimidad a la hora de definirlo. Eso ya da pistas de la dificultad de un problema que sufre el 18 por ciento de la población española, aunque esta cifra probablemente se queda corta ante la evidencia de que se trata de una cuestión infradiagnosticada e infratratada. Los expertos coinciden en la receta para mejorar esta situación, en la que son cruciales que Atención Primaria tenga más margen de acción y que existan más unidades del dolor.



REPORTAJE

6 La lucha contra el dolor: reto profesional y derecho del paciente

ENTREVISTAS



18 Víctor Mayoral Rojas. Presidente de la Sociedad Española del Dolor



24 Javier García Fernández. Presidente de la Sociedad Española de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor



30 Blanca Toledo del Castillo. Coordinadora del Grupo de Dolor Infantil de la Asociación Española de Pediatría



36 Juana Sánchez. Coordinadora del Grupo de Trabajo de Dolor y Paliativos de la Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia



42 Alan Luis Juárez Belaúnde. Coordinador del Grupo de Estudio de Dolor Neuropático de la Sociedad Española de Neurología



48 Yolanda Escobar Álvarez. Coordinadora de la Sección de Cuidados Continuos de la Sociedad Española de Oncología Médica



54 Javier Vidal. Reumatólogo y portavoz de la Sociedad Española de Reumatología



60 Ramón Morera i Castell. Tesorero de la Junta directiva de SEDAP



64 Dulce Ramírez Puerta. Vicepresidenta primera de SEDISA



68 João Simões. Director General de Grünenthal Pharma

OTROS TEMAS

Fue Noticia 72

Instantánea Médica 76

Publicaciones 82

El Médico

EDITA:

saned
GRUPO

Redacción: Poeta Joan Maragall, 60. 28020 Madrid. Teléfono: 91 749 95 00.

Administración: Poeta Joan Maragall, 60. 28020 Madrid. Teléfono: 91 749 95 10. Suscripciones: Poeta Joan Maragall, 60. 28020 Madrid. Teléfono: 91 749 95 00.

Directora:
Leonor Rodríguez

Subdirector médico:
Federico Pérez

Redacción: Ester Crespo e Isabel Sánchez Aguiar

Diseño: La Boutique

Maquetación: Pedro Pérez

Programación en Internet: Pedro Manzano

Correo electrónico: elmedico@gruposaned.com

Edición electrónica:
<http://www.elmedicointeractivo.com>

Corresponsales colaboradores: Silvia C. Carpallo, Nekane Lauzirika, Paco Romero, Antonio Morente, Ángeles Huertas, Javier Granda, Jorge Sánchez, Clara Simón, Eva Fariña, Nerea Garay, Mónica Martín, Esther Murillo.

Agencia: Europa Press.

Otras secciones: *Derecho Sanitario*: ASJUSA-ABOGADOS y Ricardo De Lorenzo. *Humanidades Médicas*: Dr. Fernando Ponte y Dr. Ángel Rodríguez Cabezas, Dr. José Antonio Trujillo.

Publicidad Madrid: Poeta Joan Maragall, 60. 28020 Madrid. Tel.: 917 499 500.

e-mail: elmedico@gruposaned.com.

Publicidad Barcelona: Carrer Frederic Mompou, 4A, 2º, 2ª. 08960 Sant Just Desvern (Barcelona). Tel.: 933 209 330. Fax: 934 737 541.

e-mail: gruposaned@gruposaned.com.

Imprime: GRUPO AGA. Distribuye: SERGRIM.

Suscripciones: 9 números. España: 36 euros (individual); 48 euros (institucional). CE: 80 euros.

Resto de países: 100 euros.

Asociación de Prensa Profesional **APP** Sección de Ciencias de la Salud. Asociación Española de Prensa Técnica y Profesional.

DEPÓSITO LEGAL: M-948-1982. Empresa Periodística n.º 3.657 Soporite Válido M. Sanidad: SVR 295. ISSN: 0214-6363.

© Copyright 2021. Prohibida la reproducción total o parcial del contenido de esta publicación sin autorización por escrito del titular del Copyright. Cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública o transformación de esta obra solo puede ser realizada con la autorización de sus titulares, salvo excepción prevista por la ley. Diríjase a CEDRO (Centro Español de Derechos Reprográficos, www.cedro.org) si necesita fotocopiar o escanear algún fragmento de esta obra.



¿Conoce las *ventajas* del Seguro de Automóvil de A.M.A.?



Ventajas en nuestros talleres preferentes

Recogida y entrega gratuita, limpieza exterior, prioridad en la reparación, 50% dto. sobre el precio de la franquicia, vehículo de cortesía según disponibilidad...



Reparación y sustitución de lunas

En nuestra red de talleres colaboradores de lunas a través del 912 74 86 95 o del click to call de nuestra página web.



Servicios gratuitos de ITV y Gestoría

Inspección audiovisual y manual previa, gestión de cita con la ITV y servicio de chófer para pasar la inspección. Servicio gratuito e ilimitado de trámites administrativos relativos a la documentación del conductor principal.

Tasas e impuestos oficiales no incluidos.



Servicio Manitas Auto

Pequeñas operaciones en el vehículo asegurado y en las que no sea necesario acudir al taller, como sustitución de consumibles, configuración de dispositivos electrónicos, instalación de accesorios, etc.

1 servicio de hasta 2 horas gratis al año.



Y ahora le ofrecemos asesoramiento personalizado para planificar la forma de pago de su seguro.

A.M.A. MADRID

Vía de los Poblados, 3. Edificio nº 4-A
Tel. 913 43 47 00
madrid@amaseguros.com

A.M.A. MADRID (Hilarión)

Hilarión Eslava, 50
Tel. 910 50 57 01
hilarion@amaseguros.com

A.M.A. MADRID (Villanueva)

Villanueva, 24
Tel. 914 31 06 43
villanueva@amaseguros.com

LA MUTUA DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS

www.amaseguros.com

913 43 47 00

Siganos en



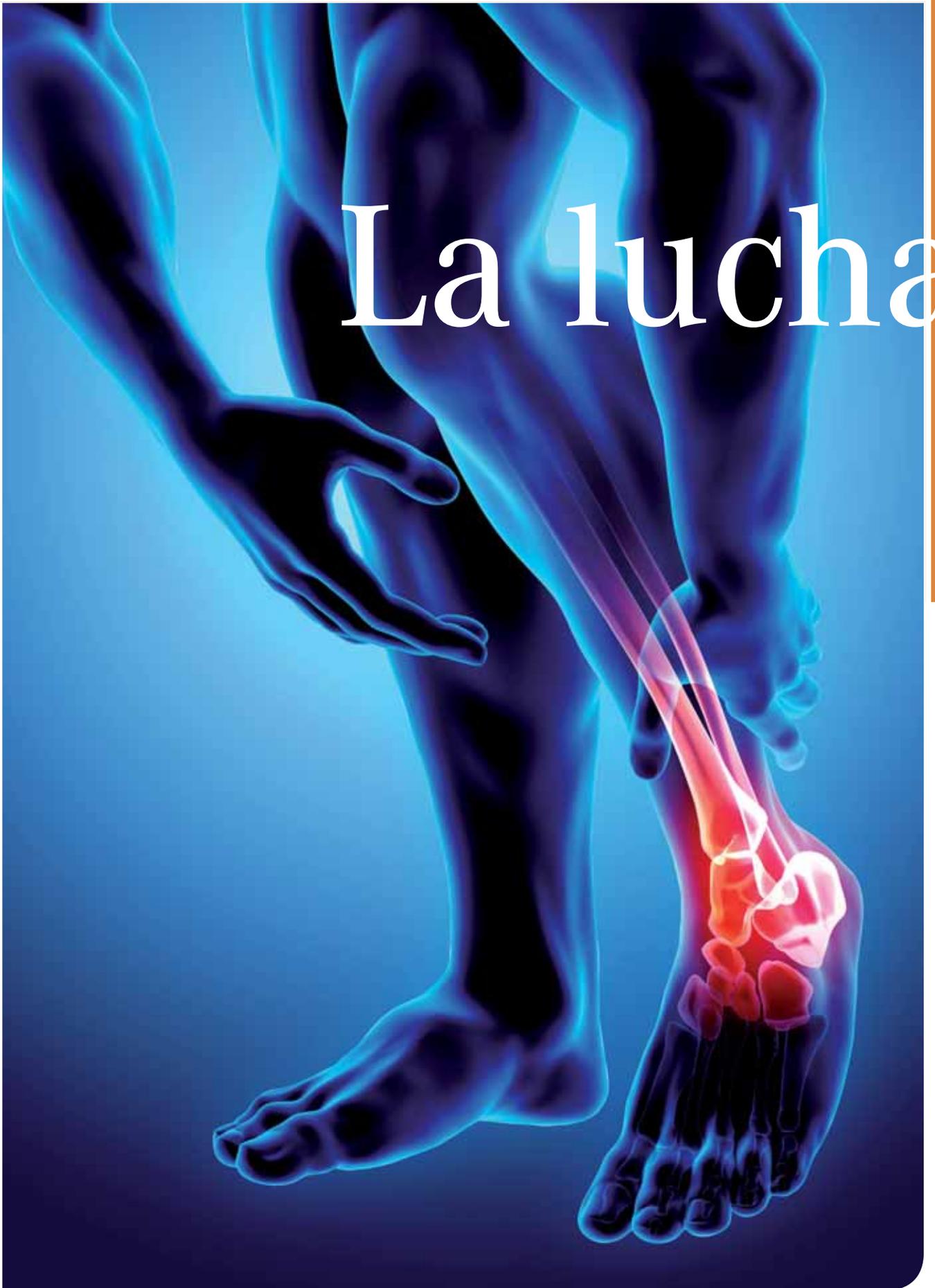
y en nuestra APP



A.M.A.
agrupación mutual
aseguradora



La lucha



contra el dolor:

reto profesional y derecho del paciente

El dolor es tan complejo que no hay ni unanimidad a la hora de definirlo. Eso ya da pistas de la dificultad de un problema que sufre el 18 por ciento de la población española, aunque esta cifra probablemente se queda corta ante la evidencia de que se trata de una cuestión infradiagnosticada e infratratada. Los expertos coinciden en la receta para mejorar esta situación, en la que es crucial que Atención Primaria tenga más margen de acción y que existan más unidades del dolor. Pero, por encima de todo, hay que comprender que la lucha contra el dolor se ha convertido en un derecho irrenunciable para todo paciente en una sociedad que no se resigna a este sufrimiento y exige al sistema mejores armas para combatirlo.

Texto | Antonio Morente



La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP, por sus siglas en inglés) modificó hace unos meses la definición de lo que es el dolor, una explicación teórica que había permanecido inalterable desde 1979. Ahora se entiende que es “una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada o similar a la asociada con daño tisular real o potencial”. Una descripción que se completa con seis anotaciones realizadas por la propia IASP para acotar y transmitir mejor el concepto. Este cambio fue saludado por muchos profesionales y expertos, aunque para otros es incompleto, no transmite todos sus matices y deja fuera aspectos muy presentes en el día a día de las personas que sufren dolor.

Que después de más de 40 años reclamándose mayor precisión en la definición no haya unanimidad, por mucho que se matice hasta con seis aclaraciones adicionales para completarla, da una idea desde el primer minuto de lo complejo que es enfrentarse al dolor. Aquí hay que localizar problemas que no se ven. Entran en juego también factores psicológicos y sociales y, sobre todo, hay muchísima subjetividad en cómo se viven estos procesos, es una sensación y una emoción, porque lo que es doloroso para una persona no lo es para otra, o no al menos con la misma intensidad.

El dolor es como afrontar la cordillera del Himalaya, un reto que se antoja inasumible porque, por mucho que se avance, lo que queda por delante siempre parece más inabarcable todavía. Y, pese a todo, a ese desafío hay que enfrentarse a diario porque es una realidad que sufren millones de personas, y va a más dado que el aumento de la esperanza de vida se traduce en un progresivo envejecimiento de la población y en una acumulación de estos problemas.

Infradiagnosticado e infratratado

Los cálculos apuntan a que alrededor de un 18 por ciento de los españoles sufren dolor, lo que viene a suponer más de ocho millones de personas. La cifra es colosal, pero aún lo es más si se tiene en cuenta que hay unanimidad en que es una cuestión que está infradiagnosticada, y no solo eso, sino que también está infratratada y mal atendida pese a los esfuerzos que se vienen haciendo desde hace años. Así lo demuestran los datos,

como que el 62 por ciento de los pacientes nunca ha sido derivado a una unidad del dolor, que es el centro de referencia en el sistema español para abordar estos casos, y eso sin hablar de los plazos de los que sí consiguieron llegar: el 69 por ciento tardó más de un año y el 31 por ciento necesitó más de cinco, un tiempo en el que deambularon por el sistema sin obtener las respuestas necesarias.

Volviendo a nuestro símil del Himalaya, con el dolor ocurre como cuando has recorrido una parte de la cordillera: has hecho mucho, pero queda todavía muchísimo más por hacer. Y eso que el dolor puede estar infradiagnosticado, pero su manejo en nuestro país está más que analizado. Y hay unanimidad sobre los

Los cálculos apuntan a que alrededor de un 18 por ciento de los españoles sufren dolor, lo que viene a suponer más de ocho millones de personas



pasos a dar, que básicamente podrían resumirse en la necesidad de un diagnóstico temprano (que por lo pronto evitará que se cronifique el problema), un enfoque multidisciplinar, la incorporación de nuevos perfiles profesionales a esta batalla, que Atención Primaria tenga más margen de maniobra y el establecimiento de un circuito definido, además de una mejor coordinación entre niveles asistenciales, para llegar al punto final de contar con más unidades del dolor.

En conexión con este diagnóstico, el presidente de la Sociedad Española del Dolor (SED), Víctor Mayoral Rojals, considera que “la mejor solución pasa por cuatro pilares: formación e información a los pacientes, formación continuada y reconoci-

EL CANNABIS MEDICINAL, UNA ASIGNATURA PENDIENTE EN ESPAÑA

Nanotecnología para dispensar los medicamentos, realidad virtual, píe-les electrónicas..., la apertura de nuevos caminos para combatir el dolor empieza a adentrarse en unos terrenos que hace pocos años eran más propios de la ciencia ficción. Pese a ello, hay un camino más “tradicional” que muchos pacientes reclaman incluso más que la tecnología más vanguardista y que en España sigue sin explorarse pese a que otros países ya lo están recorriendo con aparentes buenos resultados: el cannabis medicinal.

A día de hoy, puede considerarse que la legalización del uso del cannabis medicinal es todavía una asignatura pendiente en España. Y eso, al margen de frustrar las expectativas de numerosos pacientes que aseguran que solo han podido calmar su dolor con esta sustancia, supone una contradicción, ya que nuestro país respaldaba en diciembre de 2020 la decisión de la Comisión de Estupefacientes de la Organización de Naciones Unidas (ONU) de retirarla de la Lista IV de la Convención sobre Drogas de 1961, donde figuraba junto a opiáceos peligrosos y altamente adictivos como la heroína.

De esta manera, se respaldaba las recomendaciones que, en enero de 2019, hizo la Organización Mundial de la Salud (OMS) para modificar el alcance de la fiscalización internacional del cannabis y las sustancias relacionadas con esta sustancia con fines medicinales. La Comisión de Estupefacientes apoyó esta decisión, por 27 votos contra 25 y una abstención, seguir esta recomendación de la OMS.

Pese a ello, la postura del Gobierno español se mantiene firme en que “el nivel de evidencia disponible no es suficiente para recomendar un uso generalizado en pacientes con determinadas patologías, contrariamente a lo que podría pensarse”, tal y como consignó el Ministerio de Sanidad (gestionado por el PSOE) en una reciente respuesta parlamentaria. Esto augura un nuevo choque en el corazón del Ejecutivo central, ya que su socio (Unidas Podemos) ultima una ley de consumo integral para regular el uso tanto recreativo como medicinal.

Al margen de la previsible colisión que va a producirse en el seno del Gobierno, la realidad es que en estos momentos parece que hay más obstáculos políticos que sociales para dar este paso de una vez por todas. En este sentido, una encuesta en 2018 del Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS) constató que el 84 por ciento de los españoles es partidario de legalizar el consumo de cannabis con fines terapéuticos.

Aunque cuente con este respaldo social, una hipotética autorización parece todavía lejana pese a la presión de colectivos de enfermos con dolor crónico y a que España cuenta con investigadores relevantes en este terreno. Esto supone un contraste con lo que ocurre en no pocos países de nuestro entorno, ya que existe reglamentación para acceder legalmente al cannabis con finalidad médica y terapéutica y para continuar y potenciar la investigación en Italia, Reino Unido, Alemania, Portugal, Holanda, Dinamarca, Luxemburgo, República Checa, Finlandia, Polonia, Canadá y 33 estados de EE. UU.

A esto habría que sumar que existen regímenes de dispensación en Israel, Tailandia, Malauí, Zimbabue, Sudáfrica, Nueva Zelanda, Australia, Jamaica,





Chile, Colombia, Argentina, Perú, Costa Rica, Ecuador y Uruguay. Asimismo, en otros países se están tramitando normativas tendentes a reconocer el uso médico del cannabis.

En nuestro país no solo no se ha dado un paso en este sentido, sino que se da la paradoja de que existen autorizaciones de la Agencia Española del Medicamento para cultivar, fabricar, distribuir y exportar cannabis sativa y sus productos con fines terapéuticos y de investigación. Esto significa que estos productos se generan en España, donde no son accesibles, pero sí se pueden enviar a otros países.

El uso de esta sustancia se abordó en el último Congreso de la Sociedad Española del Dolor (SED), en el que se analizó la investigación de nuevos cannabinoides y nuevas dianas en el tratamiento del dolor. En este foro, se puso de manifiesto que la investigación básica ha demostrado que el sistema endocannabinoide se comporta en múltiples ocasiones como un sistema modulador, buscando el equilibrio y la homeostasia en múltiples ocasiones.

Esto hace que se considere muy importante profundizar en su funcionamiento, ya que se ha comprobado que es distinto en situaciones patológicas y en situaciones fisiológicas. Desde la SED se incide en que no hay grandes novedades en cuanto a nuevas moléculas que se unan a receptores cannabinoides, pero sí que hay muchas interacciones receptoriales que pueden dar lugar a interesantes combinaciones farmacológicas, como el uso conjunto de opioides y cannabinoides o cannabinoides y distintos tipos de fármacos neuromoduladores.

miento de los profesionales, coordinación entre todas las áreas asistenciales y potenciación de las unidades de dolor realmente multidisciplinarias". Ese, subraya, es el camino a seguir porque hoy día "estamos lejos de dar una respuesta adecuada a los pacientes".

Pero por no empezar la casa por el tejado, conviene recordar que el dolor es un sistema de alarma que avisa de un daño para proteger al organismo. Podríamos decir, por lo tanto, que es un mecanismo de defensa que, además, aporta información muy valiosa para que el médico pueda identificar el origen del problema. Es por ello por lo que se viene reclamando que se protocolice su revisión, hasta el punto de que no son pocas las voces profesionales que reclaman que sea la quin-

ta variable que se revisa en una consulta, tal y como se hace con temperatura, frecuencia cardíaca, respiración y tensión arterial.

Crece el dolor crónico

El dolor es, de hecho, uno de los motivos principales de consulta, hasta el punto de que más del 90 por ciento de los pacientes ha acudido alguna vez a un profesional sanitario por esta causa. ¿Y de qué hablamos cuando hablamos de dolor? Pues principalmente del crónico, ya que el agudo sí cumple esa función más primaria de alerta y desaparece cuando lo hace el motivo que lo genera. El crónico, en cambio, es más complejo y es el que está aumentando su prevalencia, hasta el punto de que copa hasta un 66 por ciento de los casos.



Muy vinculado con el envejecimiento de la población, de ahí su tendencia al alza, las principales causas del dolor crónico son los problemas musculoesqueléticos (como la artritis o las dolencias lumbares y cervicales), el dolor neuropático (como la neuralgia del trigémino) o el dolor funcional, con síndromes como la fibromialgia, la migraña crónica y el dolor pélvico crónico. A esto hay que unir otros tipos, como el dolor crónico posquirúrgico, el síndrome de dolor regional complejo y el dolor oncológico.

Así que la verdadera batalla es contra el dolor crónico, que es el que se prolonga durante más de tres meses o, al menos, durante más tiempo de lo que tendría que ser normal para la recuperación. De ahí que el acento se ponga en una detección temprana, una de las medidas apuntadas como prioritarias en el diagnóstico para mejorar el manejo de estos pacientes, y es que un tratamiento precoz es el punto de partida para evitar una cronificación que, transcurridos los referidos tres meses, da sus primeros pasos con cambios en el sistema nervioso central que incluyen el recondicionamiento de las vías neuronales para compensar el dolor en marcha.

¿Y cómo se produce esta cronificación? Pues la cuestión no es tan sencilla, pero desde la Sociedad Española del Dolor advierten de que en esta transición del dolor agudo a crónico hay una variedad de factores físicos, genéticos, medioambientales, psicológicos y sociales que interactúan con la fisiopatología. Es difícil conocer todos los mecanismos y factores implicados, se admite, pero todos tienen un papel determinante, de ahí que la prevención del dolor sea vital, porque una vez que se convierte en crónico es mucho más difícil de tratar y tiene un enorme impacto en la calidad de vida del paciente.

Un proceso dinámico

“El dolor no es algo estático, es un proceso dinámico, se va agudizando y pasados uno o dos años se cronifica, afectando incluso a áreas diferentes a las iniciales”, señala el

doctor Ignacio Velázquez Rivera, coordinador del Plan Andaluz de Atención a las Personas con Dolor, quien admite que en lo referente al manejo del dolor “queda muchísimo por recorrer”. Y eso pese a que “hoy en día en España tenemos las mejores unidades del dolor de Europa”, equipadas con las principales innovaciones tecnológicas y con profesionales de primer nivel.

“El dolor es un proceso que va a ir en aumento por el incremento de la edad biológica, hay mayor capacidad de supervivencia y ello supone un mayor deterioro, esa es una realidad incuestionable”, subraya. Eso se traduce en que “el dolor pasa de síntoma a enfermedad, cada vez hay más patologías incurables, lo que no significa que sean mortales”, y aquí pone el ejemplo de un proceso doloroso e invalidante como es la artritis.

Ignacio Velázquez pone sobre la mesa datos apabullantes, como que la lucha contra el dolor supone en España unos 13.000 millones de euros de coste sanitario, incluyendo ahí consultas, pruebas complementarias, ingresos hospitalarios, medicación... Y todo ello sin contar el desembolso social y laboral que también implica y con el agravante, ya apuntado, de que “el dolor es prevalente” y con un enorme impacto en nuestra sociedad. “Tememos más al dolor que a la enfermedad en sí, lo que más aterra al paciente son los procesos evolutivos y los procesos finales de la vida”, de ahí su defensa de que hay que apostar por más unidades tanto del dolor como de cuidados paliativos “en vez de centrarnos en lo más fácil, que es una ley de eutanasia”.

“El dolor crónico es una enfermedad en sí, te levantas y te acuestas con él, es invali-

dante, restringe la calidad de vida y tiene un gran impacto personal, laboral, familiar, social y en productividad”. En cuanto a los tipos de casos más frecuentes y que más costes están generando, apunta a la artrosis y la lumbalgia. “La lumbalgia es un síntoma y hay que ver qué la origina, pero a veces nos conformamos con un diagnós-

tico muy vago para un proceso que es muy complejo y prevalente”.

Evitar que sea discapacitante

Así que el objetivo es intentar romper desde su inicio la cadena que hace que un dolor agudo se convierta en crónico y este, a su vez, derive en discapacitante. Así

lo apunta Andrés Cabrera León, profesor del área de Salud Pública de la Escuela Andaluza de Salud Pública (EASP) y coordinador del curso para abordar el dolor crónico que imparte esta institución regularmente, quien añade otra dificultad adicional como es que “la forma de medir el dolor crónico cambia de un estudio a otro”.

De hecho, este problema “no se recoge en las encuestas poblacionales de salud como tal, se hace con aproximaciones a distintos dolores, como musculoesqueléticos o migrañas”. Al final lo que se hace es una “aproximación al dolor”, lo que se traduce en que la fibromialgia, la osteoporosis o la artritis pueden ser consideradas dolor crónico o no, de ahí que uno de los primeros pasos que habría que dar sería “avanzar en registros en los que el dolor crónico sea una enfermedad más a medir como tal”.

Lo que es evidente es que, ante el dolor crónico, el tratamiento médico etiológico (centrado en abordar la enfermedad de base causante) no es suficiente para solucionar la cuestión y evitar que se repitan

Desde la Sociedad Española del Dolor advierten de que en la transición del dolor agudo a crónico hay una variedad de factores físicos, genéticos, medioambientales, psicológicos y sociales que interactúan con la fisiopatología



La pandemia de coronavirus agrava la situación de los pacientes con dolor

El contexto actual provocado por la pandemia de coronavirus ha venido a jugar en contra de los pacientes con dolor, muy especialmente en lo que fue el periodo de confinamiento más duro. Durante ese tiempo, casi el 60 por ciento de las personas con dolor crónico sintió que se agravaba su problema de salud, una situación provocada sobre todo por el sedentarismo al que obligaba la alerta sanitaria.

La encuesta 'Paciente con dolor crónico y COVID-19', realizada por la Sociedad Española del Dolor (SED), puso de manifiesto que el 91,4 por ciento de estos pacientes empeoró su estado emocional y un 63 por ciento tuvo más problemas para conciliar el sueño, un cuadro que en buena parte se achaca a que solo el 49 por ciento mantuvo el ejercicio físico diario recomendado. En este sentido, los profesionales sanitarios especializados en dolor recomiendan la actividad física y no descuidar la salud mental.

Frente al casi 60 por ciento que se sintió peor durante el confinamiento, solo un 6 por ciento de personas con dolor crónico percibió una mejoría gracias a que en su trabajo tiene que realizar tareas físicamente exigentes y, con el confinamiento, aumentó su tiempo de descanso. Y es que muchos dolores, sobre todo los que afectan al sistema musculoesquelético, son más prevalentes en las fases de actividad laboral de los pacientes, a lo que se une que ciertas situaciones de estrés laboral pueden aumentar la percepción de dolor.

Como ocurrió en todo el sistema sanitario, la primera ola de la pandemia obligó a suspender el grueso de la actividad excepto los procedimientos inaplazables, por lo que los esfuerzos se centraron en mantener vía telefónica el contacto con el máximo número posible de pacientes. Tras el confinamiento se tardó bastante tiempo en recuperar una cierta normalidad en las unidades del dolor por la limitación de acceso a los centros y la menor disponibilidad de profesionales, lo que ha provocado que se empiecen a desarrollar sobre la marcha estructuras para intentar implantar una teleconsulta que, en muchos casos, está todavía en estado embrionario.

nuevos episodios. Y eso implica que hay que abordar las cosas de otra manera, porque si el dolor crónico convive con un porcentaje nada desdeñable de la población, su incidencia se dispara hasta el 37 por ciento en la infancia y alcanza el 70 por ciento en los mayores de 65 años.

“El dolor es un área prioritaria en la cronicidad”, resalta Víctor Mayoral, y eso hace que el abordaje del dolor crónico

“resulta prioritario por su frecuencia y repercusión en la calidad de vida de las personas, además de por la variabilidad asociada a su manejo y el consiguiente impacto en los resultados en salud y otros indicadores sanitarios”. Y para ello, el primer paso es “escuchar al paciente, que hable libremente sobre su dolor”.

El perfil medio nos lo aporta el estudio 'El dolor en la enfermedad crónica desde

la perspectiva del paciente', elaborado por la SED y la Plataforma de Organizaciones de Pacientes (POP), según el cual suele ser una mujer que lleva 12 años de media conviviendo con una enfermedad crónica y 14 con dolor, y que en el 60 por ciento de los casos ya cuenta con un diagnóstico, pese a que solo un 47 por ciento tiene el grado de discapacidad reconocido. El nivel de dolor se sitúa en 7 sobre 10, con repercusiones como problemas para caminar (60 por ciento), limitaciones para vestirse o asearse (40 por ciento), disminución del rendimiento académico o laboral (70 por ciento)... De hecho, el dolor le provoca a estas personas que faltan al trabajo una media de 47 días al año. Y otro factor muy a tener en cuenta: alrededor del 70 por ciento sufre ansiedad o depresión.

El perfil femenino del dolor

De este retrato robot, una de las cuestiones que se desprende es la importancia del género, ya que la mayor parte de los pacientes que sufre dolor crónico son mujeres. Por ejemplo, el 23 por ciento de las mujeres sufre artrosis y el 12 por ciento, migraña, porcentajes que en los hombres son del 11 y del 4, respectivamente. La conjunción de dolor y depresión es también más prevalente en el sexo femenino (76 por ciento) que en el masculino (24 por ciento), lo que al final se traduce en que el 16 por ciento de las mujeres afirma sufrir un dolor insoportable frente al 7 por ciento de hombres.

En términos generales, esta radiografía se traduce en un paciente poco satisfecho con el tratamiento que recibe para paliar el dolor, al que puntúa con un 4 sobre 10, a lo que puede contribuir que solo el 14 por ciento recibe tratamiento por parte de un médico especializado en estos problemas. De todos modos, en lo que hay coincidencia general es en que el abordaje del dolor tiene que ser multidisciplinar y con un tratamiento de la persona que debe ser integral y no por el órgano que tiene afectado.

“El manejo del dolor es infinito”, reconoce Andrés Cabrera, y eso obliga a nuevos modelos de trabajo. Pero, sobre todo, debe llevar a un sistema que propicie la atención conjunta de médicos, personal de enfermería, fisioterapeutas, psicólogos, anestesiólogos y rehabilitadores, pero abriendo la puerta a la incorporación de nuevos perfiles profesionales como pueden ser expertos en TIC o ingenieros biomédicos.

Propiciar un abordaje multidisciplinar es esencial, y así lo defiende también Ignacio Velázquez, aunque a su juicio “la gran batalla está en Atención Primaria” y el paso definitivo en la lucha contra el dolor se dará cuando este nivel asistencial tenga más posibilidades de acción y más facilidades para derivar directamente a las unidades del dolor. Aunque depende del sistema implantado en cada comunidad autónoma, lo cierto es que en la actualidad y en la mayoría de los casos esto no es posible, ya que Atención Primaria está obligada a remitir al especialista, lo que puede embarcar al paciente en una travesía que le obligue a pasar por consultas de diferentes expertos para, al final, acabar en una unidad del dolor tras mucho tiempo y después de dar varias vueltas por el sistema.

Más margen para Primaria

Los datos de la Sociedad Española del Dolor apuntan a que el 7 por ciento de la población con dolor crónico complejo (más de tres millones de personas) llega hasta las consultas de Primaria, pero solo el 12,8 por ciento son derivados a una unidad del dolor, una derivación que se considera muy baja. Para evitar esta situación, Ignacio Velázquez defiende que el primer nivel asistencial debe contar con médicos especializados en el tratamiento del dolor que sean la referencia para sus compañeros, además de formar a los profesionales hasta el tercer escalón de medicamentos (opioides potentes) y, sobre todo, “tener unos criterios claros y bien definidos de derivación” a las unidades del dolor. “Si no solucionamos esto

seguiremos fracasando, este es el paso definitivo que hay que dar”, apostilla.

“El dolor como síntoma está presente en el 50 por ciento de las consultas de Atención Primaria”, recuerda Víctor Mayoral, presidente de la SED, por lo que es prioritario una “fuerte coordinación con los médicos de familia y otras especialidades de Atención Primaria”. Ello obedece a que “promover la continuidad de la atención entre las unidades especializadas en dolor y la Atención Primaria mejora la calidad de la atención, la satisfacción del paciente y disminuye las hospitalizaciones posteriores, lo que podría tener un impacto significativo en la mejora de los resultados” de las personas que sufren dolor.

¿Y cómo se ve esta cuestión desde Primaria? La doctora María José Aparicio Cervantes, médico de familia en la unidad de gestión clínica Trinidad Jesús Cautivo en Málaga, es coordinadora de derivación de Atención Primaria a unidad del dolor y coincide en que el principal hándicap es la dificultad para remitir directamente a un paciente a estos centros especializados. “Eso hace que se pierda un tiempo precioso”, lamenta, por lo que demanda una mejor comunicación, procedimientos más ágiles y, en general, mayor celeridad para “intentar romper esta barrera”.

No obstante, entiende que el sistema se diseñó teniendo en cuenta que a una unidad del dolor “no puede llegar cualquiera, deben ir pacientes ya estudiados y tratados porque se trata del último eslabón de la continuidad asistencial”. El problema es que Primaria tiene acceso a una variedad de tratamientos relativamente limitada y a este nivel acude una población cada vez más envejecida y con pluripato-

logías, lo que dispara la incidencia del dolor crónico, por lo que “se necesitan otros recursos que en su mayoría están en las unidades del dolor”.

Pese a que “se ha incrementado el margen de maniobra de Primaria porque ha crecido el arsenal terapéutico”, considera que “hemos llegado al límite”. “Primaria resuelve mucho y tiene capacidad para ver muchos tipos de dolor, si no supiéramos resolver esto sería el colapso absoluto porque somos los que recibimos más pacientes”, por lo que incide en que “las unidades del dolor no deben de tener miedo en ese sentido”. Eso sí, “hay que tener una buena comunicación y llegar a un consenso para establecer unas pautas y unos criterios claros de derivación”.

Criterios claros de derivación

“Si no está definido el flujo de derivación desde Primaria, el paciente acaba en un circuito en el que puede acabar rebotando por tres o cuatro especialidades”, como Traumatología, Rehabilitación o Reumatología, lamenta Ignacio Velázquez, coordinador del Plan Andaluz de Atención a Personas con

Como constata el estudio ‘El dolor en la enfermedad crónica desde la perspectiva del paciente’, un 25 por ciento de estos pacientes no está en tratamiento farmacológico ni se le ha ofrecido tal posibilidad

Dolor. “Tenemos las técnicas y la medicación necesarias, nos falta un protocolo más rápido, formación en todos los niveles y más unidades del dolor. De esta manera no lo arreglaremos todo, pero sí evitaremos la cronificación y el peregrinar de los pacientes y su desesperación”, apostilla.

Víctor Mayoral, por su parte, incide en el contraste en que “la derivación desde Atención Hospitalaria está garantizada en todos los centros, pero solo el 46,4 por ciento tienen protocolos establecidos para coordinarse con los servicios de Atención Primaria, estableciendo circuitos específi-



cos”. De paso, pone sobre la mesa otro déficit del sistema en relación con el dolor: faltan especialistas en la materia, pero también hay problemas con su reconocimiento y acreditación. En este sentido, lamenta el “déficit formativo especializado en dolor dentro del marco de la ordenación de las profesiones sanitarias”, algo que “esperamos se pueda corregir en el nuevo desarrollo de las áreas de capacitación por lo que respecta a Medicina, pero debería contemplar a todas las áreas de la salud relacionadas”.

La formación, por lo tanto, es otro factor a tener en cuenta, ya que es fundamental para poder ofrecer un abordaje integral en el que se tengan en cuenta aspectos emocionales y sociales. Es necesario que todos los profesionales sanitarios mejoren su comprensión del dolor, lo que a su vez allanará más el camino para la coordinación entre niveles asistenciales y especialidades.

Ignacio Velázquez, en este sentido, apuesta por la formación de formadores y por que el dolor sea un área de capacitación. Y no son pocas las voces profesionales que lamentan que en la mayor parte de las facultades de Medicina no exista un estudio sistemático del dolor, que básicamente se aborda como un síntoma y de un modo disperso, cuando es una cuestión (sobre todo en los casos crónicos) en la que deberían aumentarse los conocimientos no solo de los médicos, sino también de otros profesionales sanitarios.

Todos estos pasos, al final, nos llevarán tarde o temprano a la cumbre de la pirámide, que son las unidades del dolor. “En las unidades del dolor no curamos a nadie, pero mejoramos a mucha gente y recuperan calidad de vida”, apunta Ignacio Velázquez, que es también responsa-

ble de la unidad del dolor del Hospital de Alta Resolución de Guadix (Granada). Desde su punto de vista, hay dos cuestiones fundamentales: por un lado, hay que “manejar la expectativa del paciente” sobre lo que se va a conseguir, y por otro, “estamos infradotados, ni siquiera todos los hospitales de la red pública tienen hoy una unidad del dolor”.

Unidades del dolor mejorables

La situación de estos centros de atención, que suponen el máximo nivel de especialización en nuestro sistema en la batalla contra el dolor, fue analizada en el ‘Estudio sobre las unidades del dolor en España: actualización de sus recursos y actividades’, presentado a finales de 2019 y cuyos datos siguen siendo la principal referencia al haber permitido la pandemia pocos avances durante 2020. Esto hace que, a la espera de poder proceder a su revisión, se siga utilizando la cifra de 183 unidades del dolor en centros públicos, una cifra que supera las 300 si se incluyen las de carácter privado.

La conclusión que arroja este estudio es como todo lo relacionado con el dolor: queda mucho por hacer. Así, por ejemplo, el 70 por ciento de estos centros considera que no dispone de los recursos necesarios para abordar correctamente los casos que se les presentan, de hecho, solo el 18 por ciento cree que tiene capacidad para tratar a los pacientes más complejos, y solo el 40 por ciento dispone de una unidad de dolor agudo. Otra constante (60 por ciento) es la falta de personal, a lo que se une que el 55 por ciento de estas unidades son de tipo 1, dotadas en muchos casos con un único profesional que, además, tiene que dedicar parte de su jornada laboral a otros servicios.

A esto se une el evidente problema, ya apuntado, del excesivo tiempo (el 69 por ciento de los pacientes tardó más de un año y el 31 por ciento necesitó más de cinco) que al final hace falta para llegar a una unidad del dolor. “No es aceptable, y todos lo compartimos, las largas listas de espera que tenemos”, admite el presidente de la SED, Víctor Mayoral, para quien “las unidades del dolor no son solo una consulta, se trata de un servicio integral que requiere tratamientos de hospital de día, salas de técnicas y quirófano”.

Su característica fundamental, resalta, tiene que ser la accesibilidad, “lo importante es que todo el que lo necesite pueda acceder con rapidez, cercanía y comodidad a una unidad del dolor”. Un deseo que contrasta con los tiempos de acceso y con otra cuestión importante que también le preocupa, la distribución territorial de estos centros, ya que “todas se encuentran solo en las principales capitales de España”.

Frente a una situación en la que hacen falta más unidades del dolor y mejor dotadas, sobre todo en personal, otros aspectos del análisis en los que hay coincidencia es en que tienen que ser multidisciplinarios y ofrecer una amplia gama de tratamientos, cuestiones para las que es necesario aumentar los perfiles profesionales. “El 85 por ciento de las plantillas son anestesiólogos, que hacen más falta en otras áreas como quirófano y cuidados intensivos”, señala Ignacio Velázquez, que considera imprescindible la incorporación de más rehabilitadores, fisioterapeutas y psicólogos. Junto a ello, los expertos también apuntan a que es necesario reforzar la investigación, la formación clínica de especialistas y la educación de la población, así como trabajar desde estas unidades en la sensibilización social.

Medicamentos contra el dolor

Una de las cuestiones en las que más se incide en relación con estos centros es que en ellos se puede acceder a la atención

más especializada contra el dolor, lo que incluye los niveles más altos del arsenal terapéutico, a los que no puede llegar Primaria. En este sentido, ¿cuál es el panorama actual de los fármacos que se emplean? ¿Existen las suficientes posibilidades o hay también deficiencias? “Básicamente, el panorama es el mismo desde hace unos años y no hay en marcha una línea de investigación que vaya a suponer una ruptura”, aclara Antonio Matas Hoces, coordinador del Centro Andaluz de Documentación e Información de Medicamentos (Cadime), un organismo adscrito a la Escuela Andaluza de Salud Pública (EASP).

Lo primero que apunta es que el farmacológico nunca puede ser el único tratamiento, “tiene que ser mucho más amplio y abarcar el aspecto sociosanitario, el psicológico, la fisioterapia...”. En cuanto a medicamentos, en la lucha contra el dolor se utilizan como primer escalón los analgésicos simples y los antiinflamatorios no esteroideos, para luego dar el salto a opioides suaves o ya fuertes, como la morfina. “Se están usando gabapentínicos, antidepresivos y lidocaína, pero nada nuevo desde hace tiempo” si se exceptúan los avances que se han producido en el terreno de los fármacos oncológicos.

Antonio Matas considera que no estamos ante una sociedad que haya bajado su umbral del dolor, pero sí cree que “nos hemos acostumbrado a que haya siempre un medicamento que nos lo quite”. Y esa no es precisamente la realidad, ya que “los estudios demuestran que hasta los fármacos más importantes no pueden hacer mucho, se considera que es eficaz cuando se consigue una reducción de un tercio del dolor, al final hablamos de un alivio simple. Por desgracia, contra el dolor no tenemos una pastilla que lo arregle todo, no hemos avanzado lo suficiente”.

Ante esta situación, reconoce que, “por desgracia, en algunos casos el paciente va a tener que aprender a convivir con el dolor”, porque como mucho lo que se conseguirá será suavizar su problema. Pese a ello, y



contando con que no se puede garantizar el resultado, lo que sí es rotundo al afirmar que, hoy en día, “es inaceptable no intentar quitarle el dolor a una persona”.

“Para conseguir una mejoría del dolor y de la funcionalidad lo importante es el abordaje multidisciplinar”, planteando al paciente un tratamiento “realista” que se reevaluará de manera constante cambiando fármacos o dosis. Para ello, es fundamental tener una comunicación franca y directa con el enfermo, que sepa, por ejemplo, que un opioide le puede aliviar el dolor, pero también conllevará unos efectos secundarios. “El dolor es una experiencia muy dura para algunos, por eso es importante hablar con el paciente y manejar sus expectativas”, apostilla.

Abuso y uso inadecuado

¿La desesperación del enfermo por quitarse el dolor puede llevar a un abuso de medicamentos? “Más que un abuso hay un uso inadecuado, como que se consumen mucho los antiinflamatorios no esteroideos sin tener en cuenta consideraciones como la hipertensión o el riesgo cardiovascular”, y para evitarlo hay que aportar toda la información posible al paciente. “En muchos casos el paracetamol tendría que ser suficiente, tenemos que conseguir que la ciu-

dadania sea consciente de los riesgos de tomar tanto ibuprofeno”, reivindica.

Al respecto, Ignacio Velázquez, coordinador del Plan Andaluz de Atención a las Personas con Dolor, incide en que en España se está muy lejos de la “epidemia por consumo de opioides que hay en EE. UU.” gracias al doble control existente: por un lado, el deontológico y ético del profesional y, por otro, el de la propia Administración. “Tenemos un sistema que tiene capacidad para detectar y reconducir estas situaciones”, así que “lo que ocurre en España y en EE. UU. no es comparable en absoluto”. Y pese a que el uso de opioides tiene que estar “muy tasado, regulado y controlado”, y por encima incluso de una cierta mala fama porque “están asociados a enfermedades muy graves que desembocan en muerte”, considera que “son fármacos muy útiles con la correspondiente supervisión, lo que no se puede es recetarlos y luego estar dos años sin ver al paciente”.

“No existe una pastilla milagro, a no ser que la investigación farmacéutica dé un vuelco total en unos años”, reflexiona por su parte Antonio Matas, al tiempo que recuerda que nunca se puede perder de vista que “el dolor es una alerta del organismo. Si duele es por algo y eso hay que investigarlo, no vale con tomar una pasti-



lla para que desaparezca el dolor sin más”. “El dolor”, admite, “es un enemigo poderoso, un hueso duro de roer, pero podemos hacer lo que podemos hacer: no es que los recursos sean malos, es que hay que ser realistas sobre lo que los medicamentos pueden conseguir” y eso, en ocasiones, “choca con gente que no soporta la más mínima infelicidad o que te dicen que les duele y que lo único que quieren es que le quites el dolor”.

Tratamientos no farmacológicos

Aunque, en esta lucha, los medicamentos no son la única herramienta con la que se cuenta. De hecho, tal y como constata el estudio ‘El dolor en la enfermedad crónica desde la perspectiva del paciente’, un 25 por ciento de estos pacientes no está en tratamiento farmacológico ni se le ha ofrecido tal posibilidad. En paralelo, llama la atención que las recomendaciones de hábitos saludables como el ejercicio físico y otras terapias se ofrecen todavía en menor medida, en un 47 por ciento de los casos, cuando son vías igualmente válidas para mejorar la situación de estas personas.

“Muchos profesionales desconocen algunas de las técnicas con mejor argumentación científica no farmacológicas”, resalta Andrés Cabrera, coordinador del curso para abordar el dolor crónico que imparte la EASP, en el que se estudian las opciones de este tipo con evidencia científica alta. Aquí se incluyen, por ejemplo, las terapias cognitivo-conductuales y el tratamiento psicoterapéutico, con la utilización de “estrategias como el *mindfulness* y las terapias de aceptación y compromiso”.

“Hay mucho margen de mejora en temas como la comunicación con el paciente y los tratamientos farmacológicos”, prosi-

gue, sin olvidar que “el ámbito de la psicología es muy importante y aporta un punto de mejora al actual abordaje del dolor, porque no está incorporado al sistema y eso hace que el paciente vaya a la esfera privada”. Precisamente en el ámbito privado ejerce uno de los docentes del

curso que se centra en las cuestiones no farmacológicas, Miguel Ángel Cantero Braojos, psicólogo, fisioterapeuta e investigador, quien apunta que “el dolor siempre se ha entendido como algo físico, pero ahora también incorporamos aspectos cognitivos, sensoriales, emocionales y culturales”.

La importancia de lo psicológico

Los datos de la Sociedad Española del Dolor, por ejemplo, resaltan que hasta el 74 por ciento de las personas con dolor se sienten desde moderadamente hasta muy ansiosa o deprimida, por lo que considera fundamental que se visibilicen los problemas psicológicos asociados al padecimiento del dolor. Para ello, aboga por la incorporación de más psicólogos y psiquiatras a las unidades del dolor, unos profesionales con los que solo cuenta una de cada tres de estas unidades pese a que el 94 por ciento considera que estos perfiles son absolutamente necesarios.

“A las personas les cuesta mucho trabajo admitir que necesitan ayuda psicológica, pertenecemos a una cultura en la que eso no está muy bien visto”, lamenta Miguel Ángel Cantero. Y en relación con el dolor, tiene el componente añadido de que en ocasiones no se encuentra el origen de este, “hay veces que se pasa del ‘no te encuentro nada’ al ‘te lo estás inventando’ porque es más fácil pensar que es un reflejo somático”. “Somos una sociedad cortoplacista en la que el dolor es difícil

de aceptar, exigimos estar bien, aunque es verdad que hay personas que no pueden permitirse ponerse enfermas por cuestiones laborales ante la presión de sus empresas”.

“No podemos vivir sin dolor”, recuerda, “de hecho el síndrome de insensibilidad congénita al dolor pone en peligro la vida del paciente, pero es verdad que el dolor crónico no se puede entender porque deja de tener una función fisiológica, el único que tendría su sentido sería el oncológico porque hay tejidos que se están deteriorando”. Por eso, aboga por un abordaje sensoriomotriz del dolor, “una mezcla de fisioterapia desde el punto de vista psicomotriz y estrategias psicológicas”, a lo que une una comunicación directa con el paciente, “hay que hacerle ver que crees que su dolor existe”.

Camino por recorrer

Tras este recorrido por el manejo del dolor, la reflexión final nos lleva al punto de partida, a la conciencia entre los profesionales de que se ha avanzado mucho, pero que todavía queda mucho trecho por recorrer. Hay que avanzar, por ejemplo, en la definición del umbral del dolor y en el desarrollo de mejores indicadores para permitir su abordaje. Esto permitiría optimizar la gestión y proporcionaría enormes beneficios económicos y sociales: un uso más eficiente de los recursos existentes, menor absentismo, una mayor productividad y un menor coste para las arcas públicas.

Pero, en paralelo, hay que entender que la sociedad actual demanda un tratamiento efectivo del dolor y un final de la vida sin agonía ni sufrimiento. Aunque hay que manejar las expectativas, lo cierto es que desde el punto de vista profesional ya no es aceptable decir sin más que el dolor es inevitable, de hecho, no puede permitirse que la persona que lo sufre caiga en la resignación. Y es que, por encima de todo, la lucha contra el dolor se ha convertido ya en un derecho irrenunciable de todo paciente ■



ATERINA

SULODEXIDA

El tratamiento eficaz
en todos los estadios de la
Insuficiencia Venosa Crónica⁽¹⁾



FINANCIADA desde
C3-Edema (moderado-grave)
a C6-Úlcera Venosa



Aportación Reducida

- ✓ Mejora los síntomas y signos
- ✓ Acelera el proceso de cicatrización de las Úlceras Venosas
- ✓ Previene la progresión de la enfermedad



El dolor crónico

es un problema de salud
que afecta al 20 por ciento
de la población

Víctor Mayoral Rojals

Presidente de la Sociedad Española del Dolor

Texto | Clara Simón Vázquez

Fotos | SED



“El dolor crónico es un problema de salud que afecta al 20 por ciento de la población”

Víctor Mayoral Rojals, presidente de la Sociedad Española del Dolor (SED), enumera los cuatro pilares fundamentales para mejorar la asistencia del dolor: formación e información a los pacientes, formación continuada y reconocimiento de los profesionales, coordinación entre todas las áreas asistenciales y potenciación de las unidades de dolor realmente multidisciplinares.

¿Cuáles son los elementos necesarios para poder manejar el dolor?

En una consulta orientada al dolor, lo primero que hacemos es escuchar al paciente, que hable libremente sobre su dolor. Es muy importante, ya que en muchas ocasiones va a ser la primera consulta la que irá orientada exclusivamente al manejo de su dolor. Estamos ahí para ayudarle y debe llevarse esa impresión sincera. El paciente debe esperar que se le pida describir las diferentes características de su dolor, como son ubicación, radiación, modo de aparición, intensidad, patrón temporal, factores de exacerbación y alivio e intensidad. Un cambio importante en los elementos necesarios en la valoración y seguimiento que se ha introducido en los últimos años, e incorporado por las agencias de calidad, es la funcionalidad, es decir, la interferencia en la función asociada al dolor, de lo cual nos congratulamos en la Sociedad Española del Dolor, dado que es una vieja reivindicación.

¿Hay alguna pauta más a tener en cuenta?

Desde el punto de vista más mecanicista, resulta práctico enmarcar el dolor en tres agrupaciones semiológicas, el dolor neuropático, el nociceptivo y el nociplástico, sean dolores primarios o secundarios. Muchos pacientes, a medida que progresa

la enfermedad, comparten dos o los tres tipos de dolor, pero es de suma importancia saberlos diferenciar, ya que el tratamiento difiere.

¿En qué se diferencia la asistencia de los pacientes con dolor crónico o agudo?

El dolor agudo es un síntoma de alarma, previsible, esperable y conocido. Disponemos de protocolos muy eficaces que incluyen tratamientos farmacológicos, no farmacológicos y técnicas anestésicas que garantizan una buena analgesia en la mayoría de los pacientes, pero no todos. Estos pacientes con difícil solución son los que más preocupan y los que más se benefician de disponer de unidades de dolor agudo multidisciplinares, una prestación aún no generalizada en los hospitales. En el dolor crónico establecido, esta relación causa-efecto ya no es tan clara. Todo dolor crónico ha pasado por una fase aguda, si hablamos en términos temporales. El paso a crónico no es brusco, sucede en meses, entre unos 3 a 6 meses, cuando los procesos de defensa activados en la fase aguda para reparar la lesión ya han finalizado su tarea, pero el paciente sigue con dolor.

¿Qué factores intervienen en este cambio?

En el sistema somatosensorial han sucedido cambios que lo hacen más sensible

al siguiente estímulo nocivo, e incluso no nocivo, con lo que el paciente empieza a exhibir conductas de evitación como la kinesofobia (miedo a moverse) o catastrofismo. El enfoque terapéutico en estos pacientes no puede ser solo farmacológico, claramente debemos utilizar técnicas en un entorno multidisciplinar y que incluyan aquellas psicológicas como la terapia cognitivo-conductual, rehabilitación, terapia ocupacional y aquellas complementarias validadas. En los pacientes más graves, las técnicas mínimamente invasivas y neuromoduladoras ofrecidas en las unidades de dolor tienen un papel muy importante.

¿Cómo es el abordaje de la cronicidad?

En el documento estratégico sobre cronicidad del Ministerio de Sanidad y aprobado por el Consejo Interterritorial el 27 de junio de 2012, “Estrategia para el abordaje de la cronicidad en el sistema nacional de salud”, define explícitamente en su plan de implementación estratégica que, a medio plazo, está prevista la realización de un proyecto de mejora del abordaje del dolor crónico en el SNS. Disponemos también de otros documentos específicos del Ministerio de Sanidad que definen los estándares y recomendaciones de las unidades de dolor.

En este sentido, ¿cómo se ha avanzado?

Han pasado 9 años y, desde la Sociedad Española del Dolor, coincidiendo con el propio Ministerio de Sanidad en que el dolor es un área prioritaria en la cronicidad, veríamos con gran agrado que se implementase lo acordado. Precisamente porque entendemos las dificultades actuales relacionadas con la pandemia y conocemos su repercusión sobre los pacientes con patologías crónicas lo consideramos aún más prioritario. El dolor crónico es un problema de salud que afecta al 20



por ciento de la población y cuyo abordaje resulta prioritario por su frecuencia y repercusión en la calidad de vida de las personas, además de por la variabilidad asociada a su manejo y el consiguiente impacto en los resultados en salud y otros indicadores sanitarios.

¿Cómo se gestiona y coordina la asistencia de los pacientes en los distintos niveles de atención?

En un estudio de 2019, realizado por el Instituto de Salud Carlos III (ISCIII) y la SED, se mostró que solo el 50 por ciento de las unidades tenían protocolos de coordinación con Atención Primaria, a pesar de que los estándares nacionales instan a las unidades de dolor a establecer una fuerte coordinación con los médicos de familia y otras especialidades de Atención Primaria. Promover la continuidad de la atención entre las unidades especializa-

das en dolor y la Atención Primaria mejora la calidad de la atención, la satisfacción del paciente y disminuye las hospitalizaciones posteriores, lo que podría tener un impacto significativo en la mejora de los resultados de los pacientes.

En España, ¿existe el suficiente número de especialistas en dolor para hacer frente a las necesidades asistenciales?

Claramente no, pero no es solo una cuestión de número de especialistas, se trata también del reconocimiento, de su acreditación. El interés por trabajar en Medicina del dolor de una forma especializada existe y mucho, no solo en España, en todos los países.

¿Cómo se forman los especialistas?

En los últimos años, ante el déficit formativo especializado en dolor dentro del

marco de la ordenación de las profesiones sanitarias, los profesionales de todas las áreas sanitarias relacionadas han buscado alternativas de gran calidad como másteres, cursos de especialización y acreditación, entre ellos los másteres de la SED. El reconocimiento curricular de todos estos esfuerzos, particularmente en la Sanidad pública es difícil y esperamos se pueda corregir en el nuevo desarrollo de las áreas de capacitación por lo que respecta a Medicina, pero debería contemplar a todas las áreas de la salud relacionadas. Aquellos que quieren supraespecializarse en áreas concretas, con entidad suficiente y en continua expansión como el dolor, deben ver sus esfuerzos reconocidos.

¿Cuenta con buena salud la asistencia del dolor en España?

El dolor agudo y crónico es tan prevalente que en todos los sistemas de salud apuestan por un abordaje integral desde Atención Primaria coordinada con Hospitalaria. Teniendo en cuenta que el dolor como síntoma está presente en el 50 por ciento de las consultas de Atención Primaria, es lógico que sea así y por eso los médicos de familia, enfermería, psicólogos, fisioterapeutas de este nivel asistencial están interesados en la mejor formación continuada, es su día a día.

¿Cuándo empezaron las unidades de dolor?

El sistema de salud cuenta con la prestación de tratamiento del dolor especializado y eso ya es un gran paso. La primera unidad de dolor en el servicio público de salud se puso en marcha en 1966 por el Dr. José Luis Madrid Arias, del actual Hospital 12 de Octubre, solo 6 años después de la primera que se creó a nivel mundial en los EE. UU. por John Bonica, con quien estudió. Es evidente que hemos avanzado, pero estamos lejos de dar una respuesta adecuada a los pacientes, y desde la SED afirmamos que la mejor solución pasa por cuatro pilares: formación e información a los pacientes, formación continuada y reconoci-



miento de los profesionales, coordinación entre todas las áreas asistenciales y potenciación de las unidades de dolor realmente multidisciplinarias.

¿Es necesario que estén coordinadas con Primaria?

Debemos ayudarnos entre todos, administración, centros de salud y profesionales para dar una salida a este creciente problema de cronicidad. No son aceptables, y todos lo compartimos, las largas listas de espera que tenemos, no solo para las primeras visitas, sino también para las visitas sucesivas o las técnicas intervencionistas, la rehabilitación, la ausencia de prestación de psicología en dolor... Desde la SED estamos convencidos de que potenciar las unidades de dolor y su coordinación con Primaria son recursos bien invertidos que cambian la calidad de vida de los pacientes.

¿Cómo funcionan y se gestionan las unidades de dolor?

La mayoría de las unidades, el 79,7 por ciento de las registradas en la SED, dependen de los servicios de Anestesiología, el resto son independientes o dependen directamente de las direcciones médicas de los centros. Solo el 37,7 por ciento tienen también asociadas unidades de dolor agudo, estas claramente integradas dentro de los servicios de Anestesiología, dado que su principal dedicación es el dolor perioperatorio. En cuanto al acceso a ellas, la derivación desde Atención Hospitalaria está garantizada en todos los centros, pero solo el 46,4 por ciento tienen protocolos establecidos para coordinarse con los servicios de Atención Primaria, estableciendo circuitos específicos. Las unidades de dolor no son solo una consulta, se trata de un servicio integral que requiere tratamientos de hospital de día, salas de técnicas y quirófano. Los profesionales que trabajan en ellas, ade-

más de sus tareas asistenciales directas con los pacientes, realizan sesiones multidisciplinarias para casos complejos, se preocupan por su formación, la de los residentes y la de los pacientes, así como por desarrollar tareas investigadoras en su mayoría. Una unidad de dolor media realiza 700 primeras visitas anuales (400-1334; IC 95 por ciento) y 1987,5 (940,5-3724) visitas sucesivas, según el último estudio realizado por la SED y el ISCIII. Estas cifras, siendo importantes, se deben enmarcar en lo que es la atención a pacientes crónicos y complejos, que requieren tiempo, dedicación y recursos.

¿Todos los hospitales cuentan con ellas?

Actualmente hay 183 unidades de dolor públicas registradas en la SED y 837 hospitales en España. Para la SED lo importante es que todo el que lo necesite pueda acceder con rapidez, cercanía y comodidad a una unidad de dolor. Según la complejidad de su dolor necesitará un tipo de unidad u otra, pero desde luego se ha de generalizar el acceso e impulsar nuevas unidades de las consideradas nivel III y IV, que tienen un carácter multidisciplinar y cumplen los estándares del Ministerio de Sanidad. La distribución territorial de estas unidades también es una gran preocupación para la SED, dado que todas se encuentran solo en las principales capitales de España.

En relación con el dolor pediátrico, ¿cómo se maneja y en quién recae esa asistencia?

El grupo de trabajo de dolor infantil de la SED es muy activo. Hay que tener en cuenta que pocas situaciones provocan mayor desvelo y preocupación a un niño y sus familiares que el dolor. Las cifras son abrumadoras y preocupantes. Hasta el 30 por ciento de los niños y adolescentes pa-

decen dolor crónico, el 5-6 por ciento experimentan niveles de dolor crónico de moderados a graves asociados a una discapacidad funcional, el 41 por ciento de los pacientes pediátricos hospitalizados en España sufren dolor y el 25 por ciento sienten dolor de moderado a intenso.

¿Qué supone el dolor crónico infantil?

El dolor crónico pediátrico genera efectos en cascada en los ámbitos social, emocional y conductual del niño y la familia. Estas preocupaciones del paciente, la familia y la sociedad son duraderas, ya que el dolor crónico en la infancia predice la continuidad de los síntomas a lo largo de la vida.

¿Cuál es el mejor abordaje?

Las evidencias actuales para el tratamiento del dolor crónico se basan en marcos basados en la teoría biopsicosocial. Según esta teoría, el tratamiento óptimo debe basarse en un enfoque multidisciplinar que incluye terapias conductuales, fisiológicas y farmacológicas. Desgraciadamente, la disponibilidad generalizada de estas prestaciones, que garanticen la mejor asistencia posible, no está garantizada, en especial fuera de entornos urbanos.

Para terminar, ¿qué debería mejorar en el abordaje del dolor a medio plazo? ¿Qué recursos necesitarían para que se puedan implementar esas mejoras?

Sabemos lo que tenemos que hacer, pero necesitamos liderazgo, comprensión y compromiso. La base son los cuatro pilares que he comentado: formación e información a los pacientes, formación continuada y reconocimiento de los profesionales, coordinación entre todas las áreas asistenciales y potenciación de las unidades de dolor realmente multidisciplinarias. Finalmente, una metodología basada en objetivos, la aplicación de la mejor evidencia disponible y la monitorización de los resultados mediante indicadores internacionalmente aceptados son fundamentales ■

DOLOR. com

TODO LO QUE NECESITA
SABER SOBRE **EL DOLOR**

¿QUÉ INFORMACIÓN PUEDE ENCONTRAR COMO PROFESIONAL DE LA SALUD EN DOLOR.COM?

- Cursos de formación online
- Webinars
- Biblioteca con documentos, manuales, estudios y guías de referencia
- Calendario de eventos sobre dolor
- Herramientas y servicios para su práctica clínica
- Información para sus pacientes

**NUEVA
WEB**



ACCESIBLE DESDE
CUALQUIER DISPOSITIVO

REGÍSTRESE AHORA
Y CONOZCA MÁS SOBRE
DOLOR.COM

MÁS DE 6.000 PROFESIONALES
DE LA SALUD CONFÍAN EN DOLOR.COM

 <https://www.linkedin.com/in/dolor-com/>

 @DolorPuntoCom





XI CURSO DE VENTILACIÓN MECÁNICA EN ANESTESIAS Y UNIDADES CRÍTICAS Y TRASPLANTES



24/25/26 ABRIL 2014

Luis García Fernández
Unidades Críticas
Trasplantes

RSB
Dr.
Profesor
Univ. de Sev.
We offer
Auditing
We are
esia.com

El dolor tiene un abordaje multidisciplinar y colaborativo

Javier García Fernández

Presidente de la Sociedad Española de Anestesiología,
Reanimación y Terapéutica del Dolor (SEDAR)

Texto | Clara Simón Vázquez Fotos | SEDAR



“El dolor tiene un abordaje multidisciplinar y colaborativo”

El anestesista, por su formación, mitiga el dolor quirúrgico, el dolor agudo postoperatorio, tiene experiencia en el manejo de opiáceos, domina las técnicas de neuroestimulación y ofrece apoyo a las unidades multidisciplinarias, como son las de Paliativos, según explica Javier García Fernández, presidente de la Sociedad Española de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor (SEDAR).



¿Cuáles son los elementos claves para el manejo del dolor?

Creo que la experiencia más deletérea y desagradable que puede padecer una persona es el dolor, te aniquila como ser humano, destruyendo tu vida social, no te deja pensar, te roba la paz interior y desata los peores sufrimientos. Por eso, quitarle el dolor a una paciente que sufre es una tarea sublime. El dolor tiene, como la Anestesiología, un abordaje multidisciplinar y colaborativo. Somos la especialidad con la que más fácil se trabaja y siempre tendemos la mano a otras especialidades. Por eso, siempre hemos trabajado con psicólogos, psiquiatras, rehabilitadores, traumatólogos, neurocirujanos, neurólogos y un sinfín de otras especialidades, ya que el dolor en función de su intensidad y duración va afectando a todos los planos de la vida del paciente, afectivo, psicológico, social, físico e, incluso, espiritual.

¿Cómo se articula el abordaje del dolor crónico?

El abordaje del dolor crónico es muy complejo, requiere de una evaluación precisa de cada paciente, donde se llegue hasta el fondo de la situación que siempre es compleja, en función de la personalidad de cada paciente y del tiempo de evolución de ese dolor. El dolor en función de su intensidad y duración va minando todas las facetas del ser humano, cambiando hasta la personalidad del paciente, su forma de ser y de pensar. Todo eso hay que tenerlo en cuenta a la hora de comenzar una opción terapéutica, si no tienes un abordaje global del paciente incluso la mejor de las técnicas o bloqueos puede fracasar. En relación con el arsenal terapéutico que se dispone en las unidades de dolor crónico cada vez es más amplio y complejo, comenzando por los fármacos en continuo desarrollo con mejores combinaciones con menos efectos secundarios, las técnicas locorreregionales, radiofrecuencia, bloqueos, neuromodulación, implantación de bombas, y todo el campo de la neuroestimulación. Es un campo en continuo desarrollo y con gran innovación.

En España, ¿existe el suficiente número de especialistas en dolor para hacer frente a las necesidades asistenciales?

La respuesta es sin ninguna duda, claramente, no. Desde mi punto de vista, todo servicio de Anestesiología debería tener una unidad de dolor agudo postoperatorio y una unidad de dolor crónico. Es más, debería ser un requisito indispensable para poder tener formación de residentes, como el disponer de quirófanos o de una UCI. No digo que todas fueran de máxima complejidad, pero que al menos se les pudiera ofertar a los pacientes una buena evaluación y tratamiento del dolor. En los casos más complejos que requieran neuromodulación poderlos referenciar a otros centros.

¿Cuenta con buena salud la asistencia del dolor en España?

No, es muy irregular e insuficiente. En el sector privado cada vez se está potenciando más de forma rápida, pero en la Medicina pública el desarrollo es muy heterogéneo y lento. En algunas comunidades está bastante desarrollada, pero en otras es casi inexistente la posibilidad de atención en unidades de dolor crónico. En general, se puede decir que hay muchas regiones en España en las que no existen o son una excepción, y donde existen, están muy saturadas porque no crecen al ritmo que aumenta su demanda, conforme los pacientes ven sus beneficios.

¿Cómo funcionan y se gestionan las unidades de dolor?

En el sistema público, en general, están adscritas administrativamente a los servicios de Anestesiología, aunque según el caso con más o menos autonomía de gestión propia. Desde mi punto de vista, es

bueno que estén dentro de los servicios de Anestesiología para la docencia de los residentes de la especialidad. Pero, por otro lado, considero que deben tener una autonomía y coordinación propia, ya que son áreas de conocimiento muy específicas

y deben ser gestionadas por expertos en esta área y en gestión sanitaria.

¿Qué les aporta estar en el servicio de Anestesiología?

Les da robustez y solidez en la gestión de los recursos humanos. Las unidades uni o bipersonales independientes, que algunos reclaman, tienden a la autodestrucción, ya que toda unidad que depende de unas pocas personas, es insostenible en el tiempo, antes o después fracasará, nadie puede garantizar una asistencia sanitaria que pueda crecer y atender a un número incremental de pacientes en el tiempo de forma tan aislada e independiente, antes o después tendrá que hacerse cargo un servicio de Anestesiología de su gestión definitiva de recursos humanos.

¿Todos los hospitales del SNS cuentan con ellas?

No, por desgracia este es un gran problema sanitario. Creo que se debería implementar de forma obligatoria en la cartera de servicios del SNS y obligar a que todo hospital de segundo y tercer nivel tuviera obligación de tener unidad de dolor agudo y crónico.

En relación con el dolor pediátrico, ¿cómo se maneja y en quién recae esa asistencia?

La responsabilidad de la asistencia también es multidisciplinar como deben ser todas las unidades de dolor, con el apoyo de los pediatras, psicólogos y asociaciones de dolor infantil que también hacen una gran labor.

¿Cuál es el estado de las unidades de Cuidados Paliativos en España?

En mi opinión es pésimo, según datos de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL), más del 35 por ciento de los pacientes terminales en España mueren sin ser asistidos por unidades especializadas en cuidados paliativos, lo que supone unos 80.000 pacientes al año. Es un dato escarecedor, creo que el verdadero derecho a una muerte digna es morir sin dolor y bien atendido en todos los aspectos que un ser humano necesita, y eso solo lo dan las unidades de cuidados paliativos. Nosotros como anestesiólogos estamos muy sensibilizados con estos temas por nuestras competencias en dolor agudo y crónico, y damos apoyo formativo y colaboramos con los equipos de cuidados paliativos cuando ellos nos lo solicitan, pero la labor

de cuidados paliativos es fundamentalmente de atención domiciliaria. Nosotros trabajamos solo en la atención intrahospitalaria, junto con los oncólogos en los cuidados paliativos de los pacientes oncológicos ingresados en el hospital.

Las unidades de dolor deben tener una autonomía y coordinación propia, ya que son áreas de conocimiento muy específicas y deben ser gestionadas por expertos en esta área y en gestión sanitaria

¿Se deberían potenciar?

Sí, claramente sí, la SECPAL tiene todo nuestro apoyo en el desarrollo de planes de formación y colaboración conjuntos que ellos nos propongan, creo que es una obligación de todos fomentar y colaborar en el desarrollo de estas unidades tan necesarias.



ESPECIAL DOLOR/ENTREVISTA

Javier García Fernández

¿Cuál es su relación con otros niveles asistenciales extrahospitalarios? (ej. Atención Primaria)

Desde SEDAR somos muy proactivos en ofrecer nuestra colaboración con todas las sociedades científicas, facilitando acuerdos de formación y asistenciales. Recientemente hemos firmado un acuerdo de colaboración con SEMG -Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia, para el seguimiento de pacientes COVID-19. También trabajamos asistencialmente para atender las consultas de dolor crónico que surjan en Atención Primaria a través de e-consultas o consultas telemáticas que los médicos de familia pueden hacer cuando quieran y eso facilita el acceso a las unidades de dolor a los pacientes a través de sus propios médicos de Atención Primaria. Pero siempre se pueden establecer más puentes de colaboración en un futuro en proyectos docentes, de investigación y formación.

¿Cuáles son los objetivos prioritarios de la junta directiva de la SEDAR?

Dar plena visibilidad a los anestesiólogos y a las diferentes áreas de competencias de la especialidad, como son, anestesia dentro y fuera del quirófano, cuidados intensivos y dolor, tanto ante la población, la administración y el resto de las especialidades médicas. Otro objetivo importante es impulsar la formación de los anestesiólogos con proyectos generados desde la SEDAR, como la creación de la plataforma virtual del Campus de Formación SEDAR, cursos, diplomas, y másteres acreditados que den una formación completa, de fácil acceso y alta calidad para todos los socios.

¿Cómo articula la SEDAR la formación de sus asociados y de los médicos en formación?

Esta es la gran apuesta de la nueva ejecutiva, tenemos que pasar de ser agentes pasivos que acreditábamos proyectos docentes generados externamente, a ser los protagonistas proactivos de generación de conocimiento, institucional y acreditado,

La Anestesiología ha sido la especialidad médica clave, llave maestra, para la asistencia sanitaria en esta pandemia

y convertirnos en el corazón de la formación tanto de los residentes como de la formación continuada de los adjuntos. La formación lo es todo, mejora nuestro futuro laboral, la atención de los pacientes, es la forma más eficaz de ilusionar a los anestesiólogos y es el mejor medio de motivación de los médicos. Mientras haya ilusión por seguir formándose, se mantiene la pasión por la especialidad.

¿Con qué herramientas cuentan para llevar a cabo los programas de formación?

La primera gran apuesta es la formación online o virtual. Estamos en pleno desarrollo de nuestro Campus de Formación de SEDAR, que va a contener webinars, simposios, y jornadas con periodicidad semanal o quincenal, por las tardes y todo ello bien acreditado. Seguiremos con nuestro segundo gran proyecto docente que será la SEDAR-APP, la futura APP de formación SEDAR, que tendrá todos los contenidos de formación, más contenidos de guías y protocolos que ayuden a nuestra práctica clínica diaria, ofertas de trabajo, curso, diplomas, conexión con otras sociedades...

¿Cómo ha afectado la COVID-19 a los planes de formación?

Bueno, ha acelerado la llegada de la formación virtual que ya estaba desarrollándose pero que ha hecho que se precipite de forma inmediata. La presencialidad ha dado paso a una interacción online que, aunque al principio resulta más difícil; sin embargo, se ha hecho más accesible para

todo el mundo, ahora no tenemos la limitación temporoespacial, de tener que ir presencialmente a un congreso, y las limitaciones de permisos. Ahora quien quiere formarse lo puede hacer de una forma más compatible con su trabajo habitual.

¿Qué papel han tenido en el manejo de la pandemia?

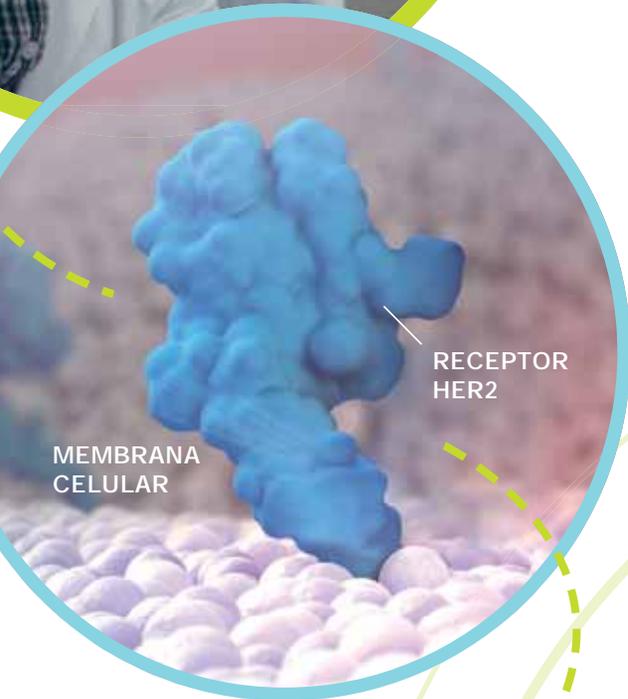
La Anestesiología ha sido la especialidad médica clave, llave maestra, para la asistencia sanitaria en esta pandemia. Donde hacía falta ampliar camas de UCI, allí iban los anestesiólogos y montaban UCI; en bibliotecas, sótanos, plantas, URPAS, quirófanos o en tiendas de campaña. Los anestesiólogos siempre somos polivalentes, nos adaptábamos a condiciones muy complicadas y colaboramos con Medicina Intensiva, con tal de salvar más vidas. Cuando hacían falta camas de cuidados intermedios, allí íbamos y colaboramos con neumólogos para ampliar las camas que se necesitaban. Cuando en plantas de hospitalización o en urgencias, las plantillas se han visto sobrepasadas y nos han pedido ayuda, hemos colaborado con todos ellos y hemos apoyado asistencialmente donde se ha necesitado. Y lo más importante, de forma totalmente invisible, callados, anónima, pasando totalmente desapercibidos por la administración. Somos los médicos desconocidos de la pandemia que hemos estado salvando el mayor número de vidas posible sin ningún reconocimiento por parte de nadie, y, sin embargo, lo hemos seguido haciendo y lo seguimos haciendo porque en nuestro ADN de anestesiólogos va el instinto de proteger a los pacientes de cualquier daño ■

Sección elaborada en colaboración con la Federación de Asociaciones Científicas Médicas Españolas



JUNTOS POR LOS PACIENTES

Trabajando juntos para transformar el tratamiento y el pronóstico de pacientes con tumores HER2





Diagnosticar el dolor en
los
niños
es claramente un
desafío diario

Blanca Toledo del Castillo

Coordinadora del Grupo de Dolor Infantil de la Asociación Española de Pediatría (AEP)

Texto | Antonio Morente

Fotos | AEP



“Diagnosticar el dolor en los niños

es claramente un desafío diario”

Médico adjunto en la Planta de Hospitalización Pediátrica del Hospital General Universitario Gregorio Marañón de Madrid, la doctora Blanca Toledo lo tiene claro: el dolor está infradiagnosticado e infratratado en los niños. Para ello, asegura, hay que perder miedos, mejorar la formación y contar con más unidades del dolor pediátricas. Y acabar con muchos mitos y muchas inercias, porque hasta hace poco el dolor no ha sido una cuestión que se tuviera muy en cuenta en Pediatría, aunque afortunadamente las cosas, resalta, están cambiando.

¿Cuál es la prevalencia del dolor en Pediatría?

El dolor pediátrico está bastante infradiagnosticado, algo en lo que tiene mucho que ver que no se mide bien, lo que hace que los datos globales de la prevalencia del dolor en Pediatría sean muy variables en la literatura. Aunque el dolor se considera

un diagnóstico médico codificado por el CIE10 (R-52), es muy infrecuente encontrarlo en informes médicos, y eso que se estima que la prevalencia en algunas áreas de salud es elevada: en urgencias y hospitalización pediátricas, por ejemplo, hasta un 77 por ciento de los niños padecen dolor, y esto sucede en pacientes pediátricos que en su mayoría no tienen enfermedad de base. Estos pacientes sin patologías de base presentan dolor agudo en relación a procesos intercurrentes o a procedimientos invasivos que requieran por su patología. Y si hablamos del dolor postoperatorio, más de un 70 por ciento refiere dolor moderado o intenso.

¿Urgencias es el servicio en el que es más recurrente el dolor pediátrico?

El dolor es un síntoma común de los niños que acuden a los servicios de ur-

gencias, de tal forma que llega a representar, según algunos autores, de un 30 por ciento a un 78 por ciento de las visitas, pudiendo ser dolor secundario a enfermedades episódicas, lesiones agudas y exacerbación de condiciones crónicas.

Hay que incluir la valoración del dolor como ‘quinta constante’ en los pacientes pediátricos

Entre los motivos de dolor debido a lesiones agudas, las lesiones musculoesqueléticas son las más prevalentes, de hecho, entre el 27 y el 42 por ciento de los niños sufre una fractura antes de los 16 años. Otras causas comunes incluyen dolor de cabeza, otalgia, dolor de garganta y dolor abdominal.

¿El dolor crónico tiene un impacto importante en los niños?

Aunque las patologías crónicas son menos frecuentes que en la edad adulta, existen muchos pacientes crónicos con patologías hematológicas, oncológicas, reumatológicas, digestivas, neurológicas, etc., que padecen dolor crónico. De hecho, hay algunas poblaciones muy vulnerables como los niños con parálisis cerebral, en quienes está más que demostrado que el dolor está infradiagnosticado. Algunos estudios estiman que el dolor crónico se da en al menos el 10 por ciento de los niños en edad preescolar y

hasta en el 30 por ciento de los adolescentes.

¿Qué es lo principal que debe tener en cuenta un profesional a la hora del manejo del dolor en Pediatría?

Lo primero es diagnosticarlo, como pediatras no podemos tratar correctamente aquello que no diagnosticamos. Por esta razón se creó el Grupo Español para el Estudio del Dolor Pediátrico (GEEDP) de la Asociación Española de Pediatría (AEP), en el que trabajamos para incluir la valoración del dolor como ‘quinta constante’ en los pacientes pediátricos, al igual que siempre medimos temperatura, frecuencia cardíaca, respiración y tensión arterial. El dolor se tiene que valorar de manera correcta y consciente, que se refleje en las gráficas y evaluaciones periódicas, porque si no lo vemos, no lo tratamos. Lo segundo es no infravalorar nunca el dolor, la propia definición de dolor nos dice que “es una experiencia angustiosa, asociada a un daño tisular real o potencial, con componentes sensoriales, emocionales, cognitivos y sociales”. Aunque nosotros como médicos no podemos ‘ver’ el dolor, no significa que no exista. Las personas perciben y afrontan el dolor de maneras muy diferentes, y esto ocurre igual en los niños. Y aunque el principal tratamiento del dolor suele ser farmacológico, no debemos olvidar otras herramientas de atención cognitiva, psicológica o social que pueden ayudarles.

¿Medir, diagnosticar y manejar el dolor en un niño es uno de los mayores desafíos en Pediatría?

Por supuesto, y a eso se une que otra de las grandes dificultades en nuestra especialidad es que abarcamos la atención del niño desde que nace hasta la adolescencia, y evidentemente la valoración y el tratamiento del dolor es muy diferente si hablamos de un recién nacido, incluyendo niños prematuros, preescolares, escolares o adolescentes. Además, tenemos pacientes muy vulnerables como los

niños con parálisis cerebral, o niños con trastorno de espectro autista. Diagnosticar el dolor en los niños es claramente un desafío diario.

¿El manejo del dolor pediátrico en España es el adecuado o queda camino por recorrer?

Queda mucho por recorrer. Precisamente, el Grupo para el Estudio del Dolor Pediátrico surgió en el año 2017 como resultado de la necesidad de investigación en este campo, así como de mejorar la evaluación, diagnóstico y tratamiento del dolor, que en general está descuidado. El

grupo está formado por 12 pediatras, en trabajo coordinado con otros 16 profesionales, entre los que se encuentran anesestesiólogos infantiles, enfermeras pediátricas, psicólogos y trabajadores sociales, entre otros. Defendemos la atención al dolor infantil de forma integral, recomendando la evidencia científica actualizada para optimizar su diagnóstico y su manejo, tanto del agudo como del crónico, en las diferentes poblaciones infantiles. De esta manera se pueden ofrecer soluciones unificadas, eficaces y útiles en la práctica clínica para su abordaje y para el acompañamiento a los profesionales, familiares, profesores y cuidado-

res que conviven con niños y niñas que sufren dolor.

¿El dolor, al final, es una cuestión que se ha tratado de manera secundaria en Pediatría?

Hasta la fecha se ha hecho mucha promoción de la salud, se vacuna, se tratan las patologías agudas... pero no se aborda el dolor, a veces se nos olvida preguntarle al niño si está sufriendo o tiene dolor, quizás porque es algo que en sí no mata y al final se descuida. Pero en los últimos años nos estamos concienciando más, la situación está cambiando porque se ha ido viendo y cada vez se valora más esta cuestión, y también en los adultos.

¿Qué es más difícil, diagnosticar el dolor en un bebé o hablar con un niño que ya se comunica, pero puede tener un miedo añadido al proceso asistencial?

Ambos son difíciles si no se está entrenado para ello. En mi experiencia creo que es más difícil en un lactante, ya que a veces no sabemos a qué se debe su llanto o su incomodidad. Hay que ser muy exhaustivos y tenerlo todo muy protocolizado. Por ejemplo, muchas veces los padres consultan de urgencia porque el bebé no deja de llorar, y resulta que es un pelo atrapado en un dedito del pie, eso lo ves cuando lo desnudas entero y lo revisas. Otras veces es un pequeño arañazo en el ojo, y eso no se ve si no se busca en concreto. Hay que ser muy minuciosos y evaluar correctamente a los niños según su edad, por supuesto ganándose la confianza de niños más mayores o desconfiados, algo que muchas veces aporta la experiencia.

¿Existen demasiadas ideas preconcebidas o mitos en torno al dolor pediátrico que pueden condicionar el manejo del paciente?

Los principales mitos son que los niños sienten menos dolor que los adultos, que





no lo van a recordar o que no va a tener repercusión sobre su futuro, principalmente en los recién nacidos o los lactantes, ya que no pueden expresar verbalmente que sienten dolor. Hay gente que dice que llora porque se les agarra o porque tienen frío a la hora de, por ejemplo pincharles para una analítica, pero hay que concienciarse de que también están sintiendo dolor por el pinchazo en sí. Se ha demostrado científicamente que esto no solo no es así, sino que si un estímulo doloroso

se mantiene durante las etapas críticas del desarrollo neuronal pueden producirse cambios neuroanatómicos que predispongan al niño a presentar un umbral disminuido al dolor para el resto de su vida. Esto en Pediatría se define como hiperalgesia crónica, y es algo que tenemos que evitar. En los últimos años nos hemos empezado a concienciar, porque es más fácil pensar que el bebé no siente dolor, así que tenemos que usar medios para que un proceso duela menos. De hecho, uno de los derechos de los niños es que no tengan que sentir un dolor que pueda evitarse.

¿Los niños guardan memoria del dolor desde muy pequeños?

Claramente, cuando se hacen encuestas a los niños ingresados de qué ha sido lo peor de su estancia hospitalaria siempre relatan el dolor, tanto el dolor por su patología como el asociado a procedimientos invasivos, que además les supone mucha ansiedad. Esto siempre se ha sabido en los niños de edades que ya pueden expresarse y relatar su experiencia, pero como he comentado antes sobre el concepto de la hiperalgesia crónica, hasta los pacientes recién nacidos tienen memoria del dolor, pudiendo tener repercusiones en su vida futura y que esto baje su umbral del dolor y padezcan mayor sufrimiento con estímulos aparentemente menos dolorosos.

¿A un niño que llora se le presta más atención o esto puede volverse en su contra, al considerar que exagera y llora por todo?

Se debe partir de la base de que si un niño llora hay que saber por qué para poder aliviarlo. Se debe ser minucioso con todos los pacientes en los que se ob-

serve que están incómodos, tanto si lloran intensamente como si solo tienen un quejido intermitente, que a veces puede signi-

ficar que están agotados por haber estado llorando o sufriendo mucho, agotados de pasarlo mal. Hay que hacerles mucho caso a todos, porque cada niño es un mundo, uno puede llorar menos pero no significa que no tenga dolor.

¿Hay un arsenal terapéutico suficiente para abordar el dolor en los niños?

En ficha técnica existen menos opciones terapéuticas que para adultos, pero posiblemente el principal problema de que el dolor esté infratratado es que los profesionales que no tienen experiencia en el uso de medicaciones analgésicas tengan miedo de usarlas por los efectos adversos que puedan tener. Por eso es tan importante una formación adecuada en este ámbito.

Entonces, ¿existe miedo al uso de determinados fármacos?

El miedo influye negativamente en muchos aspectos, en los profesionales lo hace claramente a la hora de recetar un fármaco adecuado para el grado de dolor del paciente sobre todo en el caso de que requiera una medicación de un escalón terapéutico alto: da miedo recetar un opiáceo, pero es que a lo mejor el paracetamol no va a funcionar, y el objetivo es controlar el dolor en función de la intensidad del dolor que padezca el paciente. Está también el miedo de los padres a la

medicación, aunque en mi experiencia los padres en general siguen adecuadamente las pautas de los especialistas ya que tienen más miedo a ver sufrir al niño de nuevo que a la medicación en sí. Lo de no tomar la medicación porque da miedo pasa más en los adultos, con los niños mucho menos porque nadie quiere ver sufrir a su hijo.

¿Habría que mejorar la formación de los profesionales en relación con el dolor?

Como profesionales, siempre hay cosas que podemos mejorar, hay que derrumbar mitos y quitar el miedo a prescribir fármacos que puedan parecer fuertes si son los adecuados para el niño, no se pueden dejar de prescribir por desconocimiento. Otro de los proyectos del grupo de trabajo de la AEP es llevar a cabo esta formación, que actualmente en los tiempos que vivimos estamos haciendo online. Para ello vamos a realizar una encuesta a nivel nacional para que los pediatras puedan expresar sus inquietudes y resaltar los campos en los que quieren recibir formación, para que así podamos orientar la docencia sobre el dolor pediátrico y poco a poco conseguir que no esté infratratado.

¿Cómo debe abordar un profesional a un niño que, además de dolor, le tiene miedo al propio médico?

En Pediatría la relación médico-paciente es fundamental, hay que ganarse al niño y hacerle sentir seguro en ese entorno que en principio le parece tan hostil. Gran cantidad de veces tenemos que auscultar a sus muñecos, tocar el tambor al explorarles el abdomen o buscar tesoros escondidos en sus orejas, para todo ello la experiencia y la práctica ayuda enormemente. Hay niños que claramente tienen más miedo, así que tienes que buscarte tus trucos: no lo quites de los brazos de su madre, que los padres le canten o le hagan caricias, hay muchas técnicas para que no lo pasen mal. Hace falta un poco de mano iz-

quiera, pero al final la experiencia te enseña a tratar a los niños: le das una pegatina o el palito de premio después de verle la garganta, hablas del muñequito que lleva, de su camiseta... Es una cuestión de paciencia y recursos, en mi caso cuando empecé con Pediatría me puse a conocer todos los dibujos animados de la tele. Siempre hay un camino para acercarse a ellos, aunque dependemos mucho de que nos ayuden los padres, si están nerviosos y agobiados no puedes pedirle al niño que no lo esté, pero en general los padres siempre son de mucha ayuda.

¿Qué técnicas son más apropiadas para distraer a un niño ante el dolor o un proceso asistencial que puede ser doloroso?

El mejor distractor es el que aísla al niño de la situación que está viviendo, pueden usarse múltiples técnicas, desde leerles un cuento, ponerles una película en el móvil o, si no dispones de material, simplemente hablarles o cantarles para que enfoquen su atención en otro estímulo diferente al doloroso. Lo dicho, cada profesional tiene su técnica, aunque también han surgido muchos métodos farmacológicos para disminuir el dolor. Un ejemplo es cuando se van a poner las vacunas, no se ofrecen técnicas para que les duela menos, y luego ves en estudios que en otros sitios ponen analgesia tópica, frío o vibración para disminuir el dolor... No se usa de manera rutinaria, y en todos los niños debería usarse la distracción y la analgesia preventiva, porque no sólo hay que tratar el dolor que ya existe, también hay que intentar prevenirlo. Los propios padres no saben que existe esta posibilidad y puede que los pediatras no lo usemos por desconocimiento, porque muchas veces nos movemos por la inercia de lo que se ha hecho siempre y a lo mejor hay cosas que se pueden hacer mejor.

A la hora de medir el dolor de un niño, ¿cuáles son las mejores escalas?

La más utilizada es la EVA (Escala Visual Analógica), que es una línea de 10 cm donde se marca el dolor de 0 a 10 y el paciente puede señalar en qué punto está. También se puede usar la escala numérica aislada y preguntarle de 0 a 10 cuánto dolor siente. Es muy práctica, aunque tenemos que ponerles ejemplos a veces para que puedan situar bien la numeración. Por ejemplo, a veces les decimos que cuánto le duele la tripa y dicen que un 10, y le tienes que decir que vale, que un 10 es como si te atropellara un camión, y te contestan que bueno, que entonces un 7. En niños más pequeños tenemos una escala de valoración con caras en las que ellos pueden señalar cómo se sienten, y en recién nacidos y lactantes también podemos usar datos objetivos, como pueden ser la frecuencia cardíaca o la tensión arterial, o escalas conductuales (Escala r-FLACC, revised-Face, Legs, Activity, Cry, Consolability), en las que se observan los gestos del niño, el llanto, actitud/postura, etc.

¿Hay nuevas herramientas de este tipo que se estén incorporando?

Se van incorporando, pero pocas. Ahora mismo existen muchas escalas que están validadas adecuadamente. Más que escalas nuevas, necesitamos que la gente las use, porque se usan poco. En general a los niños los atienden pediatras, pero tienen que estar concienciados con la cuestión del dolor, hay que trabajarlo y actualizarse, algo que ocurre cada vez más. En cuanto a las escalas, sí necesitamos más para pacientes minoritarios, con parálisis cerebral o déficits cognitivos, que son más difíciles de diagnosticar. Poco a poco se van incorporando más para ellos, porque hasta hace poco no había.

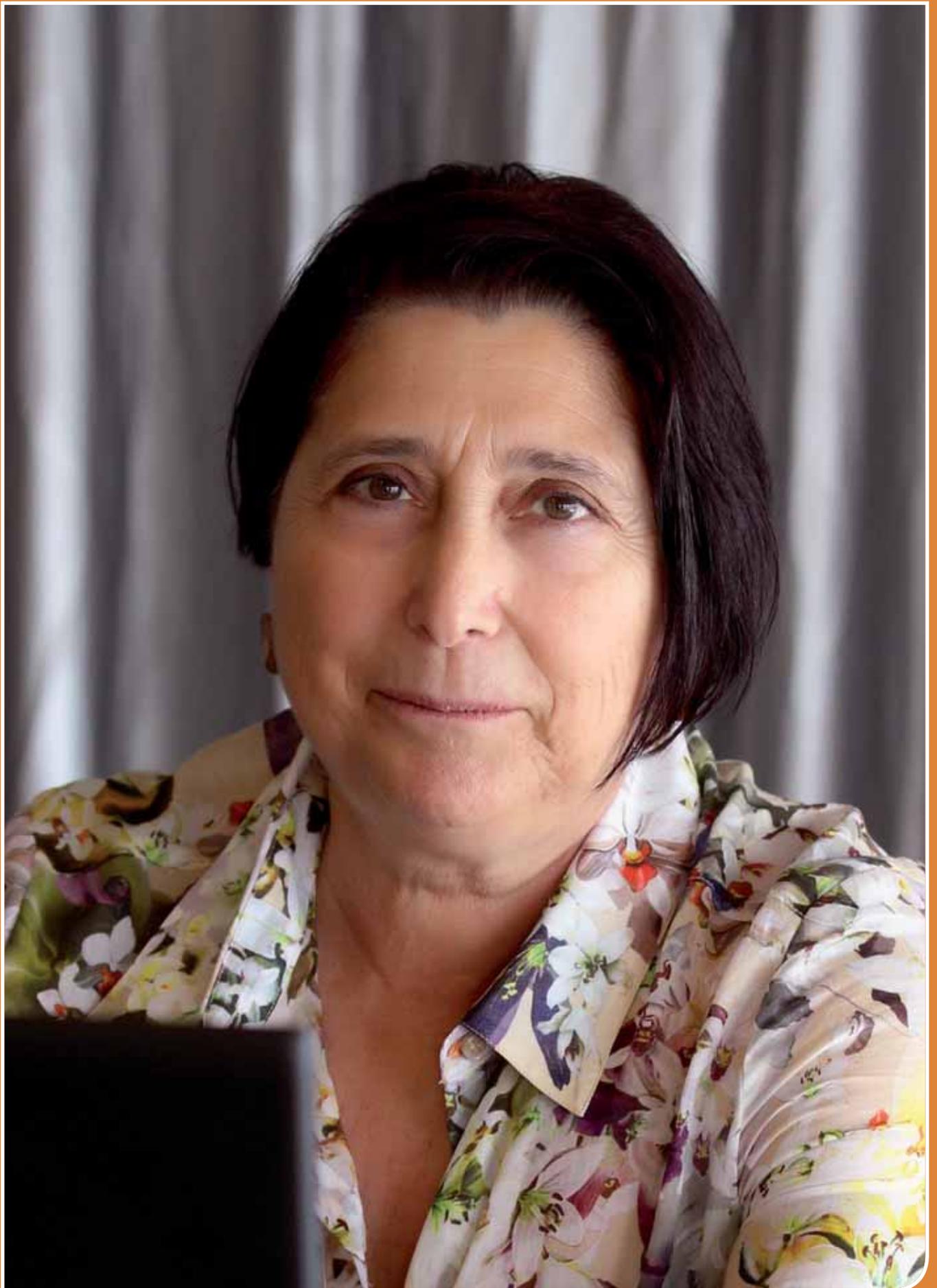
¿Considera que la Atención Primaria debe ser la puerta de entrada para una primera evaluación del dolor?

En la gran mayoría de los casos, sí, en otros pacientes cuyo seguimiento se lleva a nivel hospitalario, como por ejemplo niños con cáncer o con enfermedades reumatológicas como una artritis idiopática juvenil, el dolor lo suele manejar el médico especialista a su cargo. En la mayoría de la población pediátrica, el pediatra de Atención Primaria debe ser el responsable de la evaluación, al menos inicial, del dolor del niño. También es verdad que muchas veces el nivel asistencial lo marcan los padres si llevan al niño a su centro de salud o a urgencias, que no es lo mejor, pero está comprobado que, si el pediatra está muy implicado, los padres van más a él que a urgencias. La actitud de los padres es muy importante, pero es como en todo, y eso lo ves en la calle, cuando un niño se cae al suelo y los padres se ponen muy nerviosos el niño se pone a llorar, pero si están tranquilos y le dicen que no pasa nada, reacciona mucho mejor. Eso es fundamental.

¿Se está aprovechando el potencial de las unidades del dolor para atender a niños o todavía son pocos los casos pediátricos que se ven en estos centros?

En los centros que existen cada vez se atienden más pacientes pediátricos de manera muy satisfactoria, aunque siempre se debe hacer un manejo multidisciplinar, no sólo por el pediatra o el anestesista responsable de la unidad. Por esta razón es por la que nuestro grupo de trabajo cuenta con diferentes especialistas y personal sanitario de diferentes ámbitos, como por ejemplo la enfermería, ya que su formación en dolor es fundamental porque en muchas ocasiones es enfermería quien monitoriza el dolor de los pacientes. Hay que crear más unidades del dolor, son escasas y en general son para adultos, pediátricas todavía hay muy pocas ■

No solo hay que tratar el dolor que ya existe, también hay que intentar prevenirlo



La visita terapéutica

es un arma poderosa
para mantener el contacto
piel con piel
con el paciente con dolor

Juana Sánchez

Coordinadora del Grupo de Trabajo de Dolor y Paliativos
de la Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia

Texto | Mónica M. Bernardo Fotos | SEMG/Archivo EL MÉDICO



La visita terapéutica es un arma poderosa para mantener el contacto

piel con piel con el paciente con dolor

El dolor no es una patología en sí misma, sino que es un síntoma de difícil manejo, en especial el dolor crónico, precisamente debido a la subjetividad del propio paciente que lo padece. Los cambios en el manejo multidisciplinar del dolor, la implicación del paciente y la formación de los profesionales sanitarios son algunos de los retos y áreas de mejora a los que hay que hacer frente. De todo ello habla la doctora Juana Sánchez, coordinadora del Grupo de Trabajo de Dolor y Paliativos de la Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG).

Hoy en día, el dolor es la segunda causa de consulta en Atención Primaria, más del 50 por ciento están relacionadas con el dolor crónico, y la mitad son de tipo neuropático como consecuencia de una alteración neurológica. Este último es el de más difícil manejo y el que más se cronifica “por eso es importantísimo detectarlo lo antes posible e iniciar un tratamiento porque si se ponen en marcha los cambios neuronales [sensibilización central y periférica] hace muy difícil obtener una respuesta satisfactoria”, asegura Sánchez. En ese sentido, los médicos de los centros de salud son los primeros en diagnosticar y tratar las enfermedades que causan dolor, tanto agudo como crónico, lo que les coloca en una posición clave en su manejo.

Teniendo en cuenta estas cifras, ¿desde Atención Primaria se ofrece una asistencia integral en el manejo del dolor?

Se intenta, pero falta tiempo y formación, y la actual pandemia ha empeorado el panorama, porque se han paralizado todos

los programas, incluso las expectativas de coordinación con las unidades de tratamiento del dolor (UTD). Este aspecto es fundamental para poder ofrecer una respuesta adecuada a ese pequeño porcentaje de pacientes que precisan técnicas invasivas que no podemos realizar en la consulta de Atención Primaria. Desde luego no podemos considerar que sea una asistencia suficiente mientras haya una persona con dolor intenso. Intentamos mejorar la respuesta utilizando los medios profesionales humanos y la farmacoterapia que tenemos a nuestro alcance y manteniendo el contacto estrecho con el paciente y sus cuidadores o familiares. De hecho, el teléfono se ha convertido en una herramienta más de la consulta y la visita terapéutica se ha convertido en un arma poderosa para mantener el contacto piel a piel con nuestros pacientes con dolor. A pesar de las mascarillas y de la higiene continua de manos, no se nos puede olvidar lo importante que es explorar a nuestro paciente, tocar la zona dolorosa, su temperatura, apreciar su color, la fuerza y el tono muscular... todo ello da seguridad a nuestro paciente y también a nosotros como profesionales.

¿En qué ha cambiado principalmente el manejo del dolor en los últimos años?
¿En qué hemos avanzado y en qué debemos mejorar?

Quizás lo más relevante en ese cambio esté en la investigación que se ha llevado a cabo referida al mejor conocimiento anatómico del paciente, los neurotransmisores y los opioides que han contribuido a un

mayor conocimiento. Al mismo tiempo, también son destacables los cambios que se han producido en el tratamiento del dolor con el impulso que ha tenido el abordaje multidisciplinar, sobre todo en lo que se refiere al tratamiento cognitivo-conductual que ha mejorado mucho el pronóstico, el autocuidado y la formación del paciente experto. Como áreas de mejora debemos hacerlo en la formación de los profesionales y de los pacientes. La ecografía guiada para técnicas intervencionistas ha abierto una nueva ventana segura, pero que requiere formación. Por otro lado, es necesario seguir investigando, sobre todo en el dolor de difícil manejo y en fármacos más seguros y con mejor tasa de respuestas.

En el contexto del tratamiento, ¿qué papel juega el paciente que antes no tenía?

El papel del paciente es fundamental, ya que juega un rol esencial en cuanto a las expectativas que se pueden tener en el tratamiento, ya que su implicación positiva es imprescindible para tener éxito en el mismo. No siempre podemos

eliminar el dolor, pero sí podemos vivir con un dolor soportable y en ese aspecto necesitamos la complicidad del paciente.

Las tres sociedades científicas de Medicina de Familia elaboraron un "Documento de Consenso para la Atención al Paciente con Dolor Crónico No Oncológico (DCNO) en AP". ¿Ha ayudado este documento al manejo del dolor en la consulta de Primaria?

Este documento recoge el abordaje multidisciplinar y multifactorial sobre la evidencia que teníamos del dolor en ese momento (el documento es de 2016), y sirve para poner de manifiesto los déficits que hay en formación, la coordinación y la falta de apoyo a la investigación sobre dolor en Atención Primaria. Se trata de una herramienta que sirva para resolver dudas a todos los compañeros y que ayude a formar a los equipos de Atención Primaria. No debemos olvidar que el dolor es un problema a resolver entre todos los profesionales del centro de salud, lo que involucra a médico, enfermero, fisioterapeuta y trabajador social.

¿Es suficiente este documento para orientar a los profesionales de los centros de salud en el manejo del dolor?

No, claro que no es suficiente, además debería ser actualizado y revisado. Se creó como un documento inicial en el que trabajar, pero no se ha podido dar continuidad debido a las situaciones que se han producido. La situación de la crisis en la Atención Primaria con problemas de recursos humanos, la falta de motivación, reconocimiento y apoyo político y, por último, la pandemia han terminado de hacer imposible el continuar con los planes a cualquier nivel que se estaban implantando en varias comunidades autónomas y que constituían un futuro prometedor de experiencias diferentes que enriquecerían el panorama. Es triste para los pacientes y para todos los profesionales, pero como otras patologías se han visto relegadas por el tsunami del coronavirus, costará volver a retomar, sobre todo, la coordinación y la formación presencial, porque la *online* está garantizada, pero no es suficiente.

¿Cuenta la AP con una formación suficiente en el manejo del dolor?

No, pero no solo los médicos de AP precisan formación, casi todas las especialidades adolecen de suficiente formación en el abordaje del dolor, sobre todo del crónico, de ahí la necesidad de abordar un plan nacional dirigido a la formación de todas las especia-





lidades y realizado por médicos con experiencia en el abordaje del dolor. Profesionales tanto de las unidades de tratamiento del dolor como de Primaria, Neurología, Geriatría, Rehabilitación, Enfermería, Pediatría, Psiquiatría y Psicología como las especialidades más importantes que podrían abordar un plan de formación ambicioso y coordinado para todas las especialidades restantes, y que es tan necesario como útil para trabajar en esta epidemia silenciosa que es el dolor físico y psíquico.

Siguiendo con la formación, ¿cree que debería haber planes específicos en la carrera de

Medicina sobre el tratamiento del dolor o una asignatura al respecto?

La algología se ha convertido en una ciencia con suficiente material para constituir una nueva asignatura transversal en la formación de los nuevos médicos. Está claro que no nos gusta vivir con dolor, pero el envejecimiento poblacional, la prevalencia de patologías degenerativas que cursan con dolor hace que en el futuro sea imprescindible un conocimiento adecuado de las bases fisiopatológicas del dolor para entender mejor su tratamiento.

En España contamos con unidades del dolor en algunos hospitales, ¿se tiene claro cuándo se deben derivar los pacientes a ellas?

Son diversas las circunstancias que, desde mi punto de vista, obligarían a derivar a los pacientes con prontitud a una unidad de tratamiento del dolor.

- La falta de respuesta al tratamiento a pesar de estar correctamente tomado.
- Una dosis de opioides superiores o equivalentes a 100 miligramos de morfina.
- El conocimiento de que con una técnica invasiva el paciente puede mejorar rápidamente.

- Y el reconocimiento del dolor neuropático cuando este no responde a fármacos de primera elección.

Pero, claramente, las UDT que hay en España son insuficientes tanto en recursos humanos como en técnicas en cartera de servicios, lo que provoca que haya una gran diferencia entre comunidades autónomas.

Las unidades de dolor que hay en España son insuficientes tanto en recursos humanos como en técnicas en cartera de servicios

Se estima que el 80 por ciento de la población mundial con dolor moderado o intenso tiene un acceso insuficiente al tratamiento. ¿A qué se debe? ¿Cómo se puede solucionar?

Principalmente, a problemas económicos, sociolaborales y culturales que hacen que la mayoría de la población no tenga acceso a medicamentos para el dolor. En las sociedades desarrolladas y económicamente estables se tiene quizás exceso de oferta que sin una buena formación puede ocasionar errores de seguridad. Sin embargo, mucha población mundial ni siquiera tiene acceso a un profesional sanitario y a fármacos o técnicas con capacidad de aliviar su dolor.

En las sociedades en las que sí se tiene acceso, a veces lo que falta es la adherencia terapéutica, el efecto 'nocebo' a la inercia terapéutica, ¿cómo se pueden revertir esas tendencias?

Con formación, la respuesta es siempre la misma, cuanto mejor conocimiento tengamos tanto los profesionales como los pacientes, más fácil será invertir la inercia terapéutica y mejorar la adherencia del paciente. En cuanto al efecto nocebo, enunciado como la situación en la que un paciente presenta los posibles efectos secundarios o síntomas que produce un medicamento o tratamiento solo porque el paciente cree que pueden ocurrir, es más frecuente de lo que parece. La lectura de los prospectos, para nosotros mis-

mos el avisarles de los posibles efectos adversos puede constituir una situación de abandono puesto que no lo supieron asimilar. El paciente además de informado debe de estar formado.

Usted ha dicho, en alguna ocasión, que el dolor es un derecho del paciente y un deber del profesional, ¿se entiende y se trata así en la sociedad actual?

El paciente debe ser el centro de nuestra intervención, él es el protagonista y, por lo tanto, debemos tener en cuenta sus expectativas, creencias e incluso explorar aquello que espera de su tratamiento.

Hablando del nuevo coronavirus SARS-CoV-2, uno de los síntomas es dolor de cabeza, ¿qué respuestas se tienen?, ¿se está trabajando en algún protocolo específico para hacer cribado de los pacientes y su tratamiento?

Escasas. Por ahora, el coronavirus es todavía un virus que mantiene muchas incógnitas: su afectación inflamatoria y trombótica, así como porque a unos pacientes les ocasiona graves secuelas e incluso la muerte y a otros no, crea todavía más incertidumbres que certezas. La SEMG, junto con asociaciones de pacientes y otras sociedades científicas, está trabajando en protocolos, guías y manejo de los pacientes con patología persistente *long covid*, pero aún queda mucho por hacer respecto al conocimiento de la COVID-19.

Y para terminar, ¿qué retos sanitarios y asistenciales se plantean de cara al futuro en la mejora del abordaje del dolor en nuestro país?

Todos. Sigue pendiente una buena coordinación entre ambos niveles asistenciales; la formación en la utilización de las nuevas técnicas de comunicación, tanto entre profesionales como con pacientes; la formación y aplicación de técnicas cognitivo-conductuales en dolor crónico por parte de AP; así como el conocimiento de la cartera de servicios de las UDT de nuestras zonas ■

Grünenthal

Think innovation.

Feel life.®

Actiq
Fentanilo (citrato)

Nexium® mups
esomeprazol

PALEXIA® retard
TAPENTADOL

Qutenza®
Parche cutáneo de capsaicina 179 mg

Tetridar® Teriparatida
20 mcg/90 ml solución inyectable en pluma precalorada

Vimovo®
500 mg de Naproxeno
20 mg de Esomeprazol

ZALDIAR® 60
Tramadol (37.5mg) / Paracetamol (325mg)
Comprimidos

Zomig® Nasal 5mg
ZOLMITRIPTAN

DOLOR.com

Un mundo sindolor

CONSIDERACIONES GENERALES PARA EL ABORDAJE DEL DOLOR CON CUALQUIER FÁRMACO QUE CONTIENE UN MECANISMO DE ACCIÓN OPIOIDE (v. FEB. 26-2020)

- Es esencial un abordaje individualizado y centrado en el paciente para el diagnóstico y tratamiento del dolor con el fin de establecer una alianza terapéutica entre el paciente y el clínico. Se deben considerar aspectos del paciente que puedan afectar a la dosis de opioide antes de iniciar el tratamiento con el mismo.¹
- En pacientes con dolor agudo (ej. dolor postquirúrgico) el uso de la medicación debería ser por el menor tiempo necesario.¹
- Todos los pacientes deben ser seleccionados cuidadosamente, los factores de riesgo de abuso deben de ser evaluados y se debe de establecer una monitorización regular para asegurar que los opioides se utilizan de forma apropiada^{3,4} y alineada con los objetivos de tratamiento (intensidad de dolor y funcionalidad) acordados con el paciente.^{2,3}
- Los pacientes deben ser informados de los potenciales efectos adversos de los opioides, así como de su potencial de desarrollar tolerancia, dependencia y adicción.^{2,3}
- Es importante utilizar óptimamente abordajes multimodales no-opioides tanto en dolor agudo como en dolor crónico antes de escalar a analgésicos opioides o de combinar con terapia con opioides.¹
- La adicción es posible incluso cuando los opioides se toman según lo indicado.⁴ La prevalencia exacta del abuso en pacientes tratados con opioides para dolor crónico es difícil de determinar.⁵
- En el tratamiento con opioides a largo plazo se requiere realizar revisiones clínicas regulares, para evaluar, por ejemplo, el control del dolor, el impacto en el estilo de vida, bienestar físico y psicológico, efectos adversos y necesidad de continuar el tratamiento.²
- Cualquier tratamiento con opioides a largo plazo debe ser monitorizado y re-evaluado regularmente incluyendo la titulación descendente de la dosis o la discontinuación del tratamiento.^{2,3}
- Los signos de trastorno de uso de opioides deben ser monitorizados y abordados.^{2,3}
- Los pacientes y el público en general se pueden beneficiar de materiales educacionales claros y de iniciativas de concienciación para favorecer el uso racional de los opioides.⁶



Acceso a las Ficha Técnicas de los productos.
Escanee con la cámara de su dispositivo móvil para acceder a cada una de ellas.
Necesita conectividad a internet.



Actiq®



Nexium® mups



Palexia® retard



Qutenza®



Tetridar®



Vimovo®



Zaldiar®



Zomig®



Dolor.com

1. Pain management best practices Inter-Agency Task Force report: Updates, gaps, inconsistencies, and recommendations. [Internet]. U.S. Department of Health and Human: 2019. [Citado 23 Ene 2020]. Disponible en: <https://www.hhs.gov/sites/default/files/pmtf-final-report-2019-05-23.pdf>. 2. O'Brien T, Christrup L, Drewes A, Fallon M, Kress H, McQuay H, et al. European Pain Federation position paper on appropriate opioid use in chronic pain management. Eur J Pain 2017;21(1):3-192. 3. Opioids aware. [Internet]. Faculty of Pain Medicine of the Royal College of Anaesthetists. [Citado 23 Ene 2020]. Disponible en: <https://www.rcoa.ac.uk/faculty-of-pain-medicine/opioids-aware>. 4. Kosten T, George T, et al. The neurobiology of opioid dependence: Implications for treatment. Scie Pract. Perspect. 2002;1(1):13-20. 5. Rosenblum A, Marsch L, Joseph H, Portenoy R, et al. Opioids and the treatment of chronic pain: Controversies, current status, and future directions. Exp. Clin. Psychopharmacol. 2008;16(5):405-416. 6. Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). Addressing problematic opioid use in OECD countries. OECD Health Policy Studies. Paris: OECD Publishing; 2019. [Citado 23 Ene 2020]. Disponible en: <http://www.oecd.org/health/addressing-problematic-opioid-use-in-oecd-countries-a18286f0-en.htm>.

GRÜNENTHAL



El sistema neuroológico es el punto de partida y final del dolor

Alan Luis Juárez Belaúnde

Coordinador del Grupo de Estudio de Dolor Neuropático
de la Sociedad Española de Neurología (SEN)

Texto | Antonio Morente

Fotos | SEN



“El sistema neurológico

es el punto de partida y final del dolor”

La pandemia de coronavirus lo ha alterado todo y ha abierto nuevas puertas al dolor neurológico. Así lo está comprobando el doctor Alan Luis Juárez, médico neurólogo de la Unidad Avanzada de Neurorehabilitación del Hospital Los Madroños de Madrid y coordinador del Grupo de Estudio de Dolor Neuropático de la Sociedad Española de Neurología, para quien es fundamental contar precisamente con neurólogos en la batalla contra el dolor. Defiende que “el futuro en la atención médica en general está basado en la división de un centro por unidades de atención especializada, más que por especialidades en particular”, algo que a su juicio es aplicable en el tratamiento del dolor.

¿Qué es el dolor desde un punto de vista neurológico?

A mi manera de ver, el dolor, en condiciones no patológicas, es un maravilloso mecanismo por el cual nuestro organismo tiene el fin de advertirnos de que algo, sea por un agente exógeno o endógeno, no anda bien, alertándonos sobre la posibilidad de algún problema para nosotros. Cumple por tanto un principio biológico. El año 2020 la Asociación Internacional para Estudio del Dolor (IASP, por sus siglas en inglés) actualizó la definición del dolor como “una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada o similar a la asociada con daño tisular o potencial”. Lo fundamental de esta nueva definición es que modifica la descripción anterior del año 1979, donde además el sujeto debería referir su experiencia, observando aquellos que, por su edad o condición, no tenían posibilidad de expresarla



(bebés, adultos mayores con un cuadro neurodegenerativo, personas en estado de coma...). Además, este mismo artículo clarifica algunos puntos de importancia respecto al dolor, como que es siempre una experiencia personal y que está influenciada en distintos grados por factores biológicos, psicológicos y sociales. En esta línea, resalta la necesidad de respetar la expresión de la persona en cuanto a su dolor, pues influyen en esta sus experiencias personales de vida, y no es simplemente la respuesta a un mecanismo fisiológico de nocicepción. En condiciones especiales, como puede ser en el dolor neuropático o cronificado, donde el dolor pierde su función adaptativa, puede dege-

nerar en efectos negativos sobre la función y el bienestar social de la persona.

¿Puede considerarse el sistema neurológico como la llave del dolor?

El sistema neurológico es el punto de partida y final del dolor. Sabiendo que su arquitectura micro y macroscópica y sus mecanismos moleculares están involucrados, desde el receptor externo hasta los centros relacionados para su percepción a nivel más cortical cerebral, se denota la importancia que tiene para todos los estudiosos en el tema el reconocer bien la neuroanatomía y neurofisiología involucrada. Este conocimiento nos permite se-

guir estudiando y descubriendo, con apoyo de las ciencias básicas, cada vez más detalles de las complejas interacciones de redes neuronales para, a partir de ello, ir reconociendo futuras herramientas diagnósticas y de actuación terapéutica.

¿En qué patologías neurológicas está más presente el dolor?

Primero, debemos recordar que hay diferentes tipos de dolor. Está el dolor nociceptivo, generado por un estímulo sobre los receptores

de la piel y el tejido osteoarticular, con expresión somática y en distintos órganos internos para el dolor visceral. Luego está el dolor neuropático, como consecuencia del daño sobre el propio sistema de comunicación bidireccional desde y hacia el encéfalo, que además comparte características fisiopatológicas de sensibilización con el dolor crónico. Y finalmente, un dolor con condiciones mixtas, reconocido como el dolor regional complejo con sus subtipos. El dolor es, por tanto, un síntoma dentro de varios síndromes patológicos, en cada una de las áreas de acción de distintas especialidades. En Neurología, el dolor reconocido como primera causa de visita a nuestras consultas externas es la cefalea, aunque también se puede expresar en casi todas las patologías neurológicas: neuropatías, trastornos desmielinizantes, enfermedad de Parkinson, demencias y en algunos síndromes epilépticos, así como en el daño cerebral sobrevenido como son las afectaciones cerebrovasculares, traumatismos craneoencefálicos, procesos tumorales y neurocirugías relacionadas, y encefalopatías, entre otros. Su expresión puede ser nociceptiva, neuropática o por lo común mixta. La necesidad del especialista está en saber reconocer cada una de estas de manera inmediata y tratarlas de la mejor manera posible para evitar su cronicidad.

¿Está aumentando la incidencia de alguna de estas patologías?

Desde mi punto de vista, no se puede afirmar que la expresión del dolor esté aumentando en algunas patologías neurológicas en particular. Las enfermedades del sistema nervioso y sus manifestaciones sindrómicas siempre han sido las mismas, solo que dependiendo de coyunturas concretas pueden ser más indagadas e investigadas por nuestra parte. Por ejemplo, hoy en día todos es-

tamos al albur de las consecuencias neurológicas de la COVID-19, y ya algunos estudios refieren la manifestación del dolor como una de ellas. No solo migraña, debido al proceso inflamatorio de respuesta al virus, o cefalea, reportada hasta en el 34 por ciento de pacientes hospitalizados por esta enfermedad, sino incluso afectación neuropática periférica, como es el caso de personas que han requerido una estancia prolongada en las Unidades de Cuidados Intensivos, con el posterior advenimiento de polimioneuropatía del enfermo crítico, cuya clínica es conocida.

¿La migraña es la patología neurológica más popularmente asociada al dolor?

Las cefaleas, en general, corresponden, como ya se ha referido, a la primera causa de consulta en nuestra atención externa especializada. Según el Grupo de Estudio de Cefaleas de la Sociedad Española de Neurología, su prevalencia en occidente se estima alrededor de 73-89 por ciento en la población masculina y 92-99 por ciento en la femenina. Si hablamos de las cefaleas primarias, la cefalea tensional sería la más frecuente (60 por ciento), seguida de la migraña (15 por ciento). En los últimos años ha llamado la atención el grado de cronificación de las cefaleas primarias, como es el caso de la migraña crónica. Quizá sea la alta frecuencia de presentación de las cefaleas lo que haga que estas, como la migra-

ña, sean popularmente asociadas al dolor. Hoy en día, el pronóstico de vida se ha incrementado con los avances tecnológicos y sanitarios y, por tanto, la población va tomando conciencia e interés en mejorar su calidad de vida, buscando la atención por parte de los especialistas de distintos tipos de dolor. Aquí se incluyen aquellos que por mucho tiempo eran (y en algunos casos siguen siendo) motivo de estigmatización como la fibromialgia o la fatiga crónica, en las que vamos evidenciando modificaciones moleculares y estructurales reales en los cerebros afectados, con marcadores inflamatorios y hormonales asociados.

¿Qué prevalencia tienen en España los casos asociados a dolor neurológico?

Por definición, debido a que el mecanismo fisiológico para el reconocimiento del dolor implica al sistema nervioso, el concepto de dolor neurológico es redundante. En todo caso, como se ha explicado anteriormente, existe el dolor neuropático. Ahora bien, según datos de la Sociedad Española de Neurología, en España un 32 por ciento de la población adulta puede referir algún

tipo de dolor, y existe un 11 por ciento que lo padece de manera crónica. Además, un 5 lo manifiesta diariamente, lo que significa una grave afec-

tación física y psicológica en su día a día, impactando la calidad de vida del sujeto. Las consultas por dolor representan alrededor del 50 por ciento de consultas al médico de Atención Primaria, de ellas un 25 por ciento pueden ser relacionadas con dolor neuropático, el cual lo pueden padecer hasta tres millones de españoles. Por sus características fisiopatológicas y la ausencia de respuesta de más del 50 por ciento de los pacientes al tratamiento inicial, este tiende frecuentemente a su cronificación, con lo que hasta el 77 por ciento de ellos lo puede sufrir durante más de tres meses y el 65 presenta una sintomatología residual al año del inicio del dolor.

tamos al albur de las consecuencias neurológicas de la COVID-19, y ya algunos estudios refieren la manifestación del dolor como una de ellas. No

Las unidades del dolor deberían tener dentro de su equipo interdisciplinario un neurólogo

tipo de dolor, y existe un 11 por ciento que lo padece de manera crónica. Además, un 5 lo manifiesta diariamente, lo que significa una grave afec-



¿Hay un aumento de consultas por estos casos?

Con el referido aumento de expectativa de vida en una población, como ocurre en España, la prevalencia del dolor crónico, en especial el neuropático crónico que nos atañe, aumenta. La multimorbilidad está especialmente relacionada con este tipo de dolor. Alrededor del 88 por ciento de esta población tiene estas características: trastornos del rango anímico como depresión y ansiedad, obesidad, diabetes mellitus, trastornos cardiovasculares y pulmonares, y cáncer. Además, si bien en dolores de difícil manejo se necesita la combinación de dos o más líneas de tratamiento específicas con un alivio solo en el 50 por ciento de casos, el sufrir varias comorbilidades dificulta o impide la adecuada acción de estos al incrementarse los efectos adversos.

¿Esta situación ha empeorado con la crisis generada por el coronavirus?

La pandemia actual ha empeorado mucho más el panorama en esta área, como en muchas otras. Las personas que experimentan el inicio de algún tipo de dolor especial con riesgo de cronificar no asisten a su adecuada atención por el temor al contagio, o, por otro lado, no son bien atendidos, debido a la demanda de urgencia que implica el uso de todas las herramientas del sistema sanitario para controlar la actual crisis sanitaria. En consecuencia, el coronavirus podría incrementar el riesgo de cronificación y prevalencia del dolor. Cabe mencionar, al respecto, la reciente publicación de una encuesta llevada a cabo por la Sociedad Española del Dolor, donde la situación de confinamiento el año pasado ha generado que el 59,4 por ciento de personas que viven con dolor crónico en España haya presentado un empeoramiento de su condición.

¿Tan importantes son sus consecuencias entonces?

Las condiciones que vive la población en la actualidad, con aislamiento social, sedentarismo, descontrol de patologías previas y adherencia al tratamiento, además del aumento de estrés y patologías psiquiátricas como la depresión, amplifican la morbilidad y mortalidad asociada al dolor. Muchos de nosotros hemos notado un aumento de llamadas en las consultas telemáticas para solicitar apoyo anímico, con incremento de casos de cefaleas, dolores de espalda, dolores osteoarticulares difusos, fatiga, etc., ligados siempre a la referencia de trastornos anímicos. Relacionado también con la situación epidemiológica actual, se sabe que el dolor crónico y el estrés influyen sobre los mecanismos humorales, con mayor riesgo de contraer infecciones como el mismo SARS-CoV-2. A su vez, los factores inflamatorios desencadenados por la COVID-19 pueden alterar los mecanismos de control de dolor, en aquel que lo sufriese con anterioridad o que incluso lo desarrolló durante el combate con la infección. Será, por tanto, interesante seguir llevando a cabo estudios epidemiológicos con respecto a la relación que haya tenido la COVID-19 con el dolor crónico en todo este tiempo.

Al margen de la pandemia, ¿el aumento de la esperanza de vida propicia un incremento de pacientes con este tipo de dolor?

Sin duda, el avance científico y su aplicación en la Sanidad ha generado un aumento en las expectativas de vida de las personas. Ya no estamos hablando de patologías agudas como las que afectaban a las sociedades hasta mediados del siglo pasado como accidentes, traumas, infecciones parasitarias, bacterianas o incluso virales (salvo focos epidémicos periódicos), sino de enfermedades crónicas, cardiovasculares, metabólicas, reumatológicas y autoinmunes, entre otras. Condiciones que van creciendo y desarrollándose en conjunto en una misma persona, y conllevan mecanismos inflamatorios que dentro del concepto moderno de neuroinmunoendocrinología favorecerían la aparición del dolor y sobre todo de su cronificación, con la consecuente dificultad que implica su atención.

A su juicio, ¿cuál podría considerarse el peor tipo de dolor neurológico?

En base a lo expuesto, el dolor neuropático o mixto que además se cronifica sería el que involucraría un mayor esfuerzo de atención por parte del especialista. A pesar de que en los últimos 10 a 20 años se ha llevado a cabo un gran avance en su tratamiento, en muchas ocasiones o no es bien tolerado por el paciente o se pierde la adherencia terapéutica por distintos factores, incluso el dolor se hace refractario a cualquier tipo de tratamiento.

¿Y qué impacto tiene este dolor neuropático?

Debido a la consecuente afectación en las esferas física, psicológica y funcional en la vida diaria de la persona (trabajo, familia, actividades de ocio, etc.), el dolor está asociado a una pérdida significativa de calidad de vida a lo largo del tiempo, reportado, según estudios, en alrededor de un 85 por ciento de casos. Además, está descrito que alrededor de un 70 por ciento de las personas afectadas por esta condición pueden llegar a presentar algún tipo de trastorno en la esfera psiquiátrica, sobre todo del tipo ansioso-depresivo, alteraciones en el ámbito del sueño e incluso fatiga crónica.

¿Considera que las unidades del dolor deben contar siempre con un neurólogo?

Yo me he especializado en la atención neurológica dentro de una unidad de neu-

rorrehabilitación del daño sobrevenido. A partir de ahí, he llegado a comprender que el futuro en la atención médica en general está basado en la división de un centro por unidades de atención especializada, más que por especialidades en particular. Al fin y al cabo, cualquier patología que referimos más comúnmente en la actualidad (sobre todo las crónicas) afectan a un ser humano, no solo a un sistema en particular. Por tanto, se requiere de la colaboración conjunta de varios especialistas con conocimiento particular de las patologías habitualmente vistas y con la colaboración de otros profesionales sanitarios no médicos (terapeutas, psicólogos, enfermeros, técnicos, etc.) igualmente subespecializados. Es decir, un conjunto de especialistas finalmente se encuentra en comunicación constante alrededor de la persona afectada, dentro del concepto bio-psico-social que implica la Medicina moderna, y por tanto unidades con equipos multi e interdisciplinarios en constante comunicación entre ellos, dentro de un mismo centro hospitalario. Por tanto, a mi manera de ver claro que las unidades del dolor deberían tener dentro de su equipo interdisciplinario un neurólogo, ya sea a tiempo parcial o completo, que, en conjunto con el resto del equipo, pueda permitir el adecuado desarrollo y aplicación de técnicas farmacológicas y no farmacológicas para conseguir mejores resultados.

¿Y qué es lo que aporta un neurólogo en una unidad del dolor?

Según un estudio llevado a cabo por el Dr. Antonio Martínez Salió y su equipo de trabajo, presentado hace unos años en la revista de la Sociedad Española del Dolor, dentro de estas unidades un neurólogo es esencial para contribuir en el diagnóstico etiológico de pacientes complejos, confirmar o descartar dolor de origen neuropático, contribuir en el estudio de mecanismos etiológicos de los mismos a través de pruebas complementarias y para el desarrollo de tratamientos individualizados.

Desde un punto de vista neurológico, ¿qué hace que un paciente tenga mayor o menor tolerancia al dolor?

Existen muchos estudios sobre la sensibilidad al dolor con relación al sexo, la edad, grado de educación, nivel sociodemográfico, etc. Probablemente esta diferencia en percepción y modulación del mismo dolor se caracterice por la conjunción de factores genéticos (con las distintas expresiones de receptores involucrados a los neurotransmisores relacionados al dolor, como por ejemplo el sistema opioide endógeno), características anatómicas y fisiológicas, por tanto, neuronales, endocrinológicas, humorales e incluso psicológicas y sociales. En base a las múltiples áreas encefálicas involucradas en la percepción de la información sensitiva dolorosa, sabemos que existe un paleocerebro que reconoce de manera inconsciente el dolor y da una respuesta inmediata, urgente, al estímulo perjudicial. En ello influyen dichas condiciones genéticas y epigenéticas de mecanismos moleculares, así como anatómicas, en principio similares para todos. También otros circuitos dirigen esta información a áreas límbicas y corticales para relacionar tal estímulo con experiencias pasadas que haya vivido esa persona. De allí que cada uno, según su percepción, puede dar, además, mayor o menor interés consciente al dolor. Otro factor de influencia en el dolor son las condiciones culturales y sociales donde haya nacido y vivido la persona.

¿Existen tratamientos para combatir todo tipo de dolor neurológico o en algunas patologías todavía se está lejos?

En Medicina diremos que siempre existe camino por recorrer. Nunca dejaremos de apreciar la hermosa y compleja maquinaria que funciona a su perfección por completo como es el cuerpo humano. Y lo cierto es que cuanto más estudiamos a detalle un sistema, subsistema o mecanismo en particular, en nuestro caso el sistema nervioso,

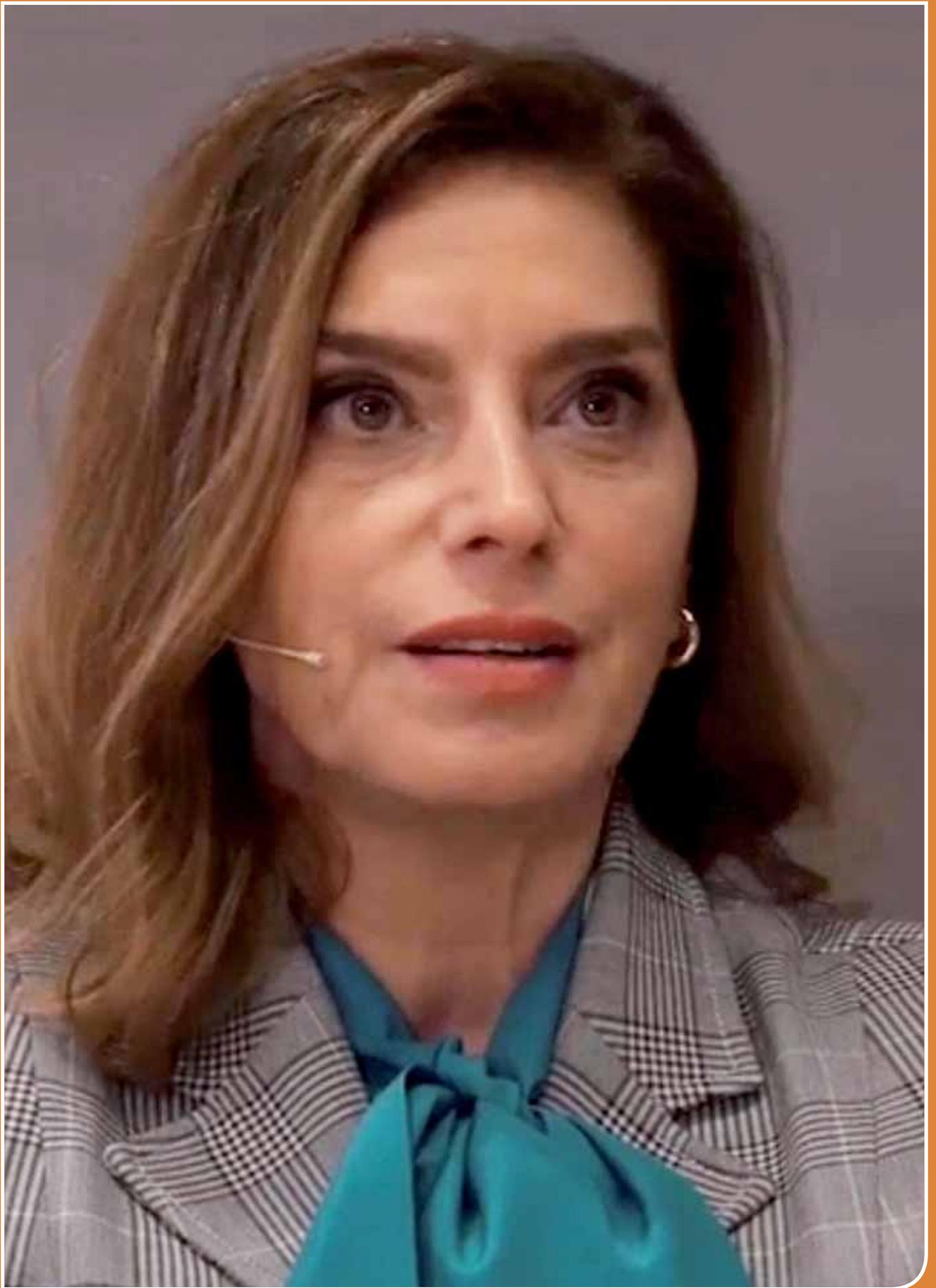
no dejamos de evidenciar lo mucho que falta aún por aprender. Pero esto es la base del conocimiento científico, el plantearse una pregunta, elaborar una hipótesis y, con mucho trabajo detrás, obtener nuevas respuestas e ideas nuevas para investigar. Ello es lo que ha permitido a la ciencia evolucionar a lo que tenemos hoy en día, y seguirá siendo así. Los que nos dedicamos al dolor conocemos por historia de la Medicina una serie de mecanismos relacionados al dolor y una serie de medicamentos (drogas), algunos por simple serendipia, que pueden ser utilizados para su control o modulación, dependiendo de si se trata de un dolor somático visceral, neuropático, complejo o mixto. Hemos podido elaborar guías internacionalmente reconocidas para saber controlar de la mejor manera, según sus grados de afectación, un dolor somático del tipo osteoarticular, o un dolor neuropático del tipo periférico por un síndrome de Guillain Barré.

¿Y qué han aportado los últimos avances en la lucha contra el dolor?

Los adelantos tecnológicos han permitido avanzar en técnicas no invasivas e invasivas para su control, que son desarrolladas de manera habitual en las unidades del dolor. Por otro lado, es conocido que el tratamiento farmacológico es la mejor opción de base para el paciente. Sin duda, es la combi-

nación, basada en evidencia, de modalidades farmacológicas y no farmacológicas (terapias neurofisiológicas moduladoras, fisioterapia, terapia ocupacional, psicología, etc.) la que puede ofrecer mejores resultados. Sin embargo, sorprende que solo en el 30 por ciento de ocasiones la persona puede recibir este tipo de tratamiento complementario en una unidad especializada. Esto, y el inadecuado seguimiento con feedback positivo al paciente, es lo que limita la adherencia terapéutica y posiblemente influya en no conseguir mejores estadísticas del control del dolor a fecha de hoy ■

Un neurólogo es esencial para contribuir en el diagnóstico etiológico de pacientes complejos



Hasta un 85 por ciento
de los casos de dolor
en
paciente
oncológico
puede controlarse con éxito

Yolanda Escobar Álvarez

Coordinadora de la Sección de Cuidados Continuos
de la Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM)

Texto | Eva Fariña

Foto | SEOM



“Hasta un 85 por ciento de los casos de dolor

en paciente oncológico puede controlarse con éxito”

Yolanda Escobar Álvarez, médico especialista del Servicio de Oncología Médica del Hospital Gregorio Marañón de Madrid, es la coordinadora de la Sección de Cuidados Continuos de la Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM). En esta entrevista con EL MÉDICO, se muestra optimista respecto a los resultados del tratamiento del dolor en el paciente con cáncer. Según ha dicho, “hasta un 85 por ciento de los casos puede controlarse con éxito en una consulta de Oncología”.

¿Qué incidencia tiene el dolor en los pacientes con procesos oncológicos? ¿Tienen datos actualizados o algún tipo de estadísticas?

No hay una cifra global para todas las situaciones y estadios porque, normalmente, se desglosan. Entre un 20 y un 50 por ciento de los pacientes con cáncer puede presentar dolor al diagnóstico; se trata de

una horquilla un poco amplia, porque depende mucho de las series publicadas. Cuando la enfermedad está más avanzada, entre el 50 y el 95 por ciento de los pacientes pueden tener dolor. Y, en la situación terminal, el 75 por ciento de los pacientes, o más, padece dolor. Desglosar el dolor oncológico es complicado, porque hasta en un 75 por ciento de los pacientes pueden coexistir dos causas de dolor al mismo tiempo, es decir, dos dolores diferentes. Y hasta en un 25 por ciento de los pacientes pueden coexistir cuatro causas de dolor, o sea, cuatro dolores diferentes.

¿Cuáles suelen ser los tipos de cáncer más afectados por el dolor?

Las estadísticas suelen ser bastante tercas, y los tres tipos de tumores que presentan más dolor en cualquier momento de su evolución son el cáncer de cabeza y cuello,

el gastrointestinal y el de pulmón. Aproximadamente, el 70 por ciento de pacientes con cáncer de cabeza y cuello puede sufrir dolor en algún momento; a continuación, se sitúa el cáncer gastrointestinal (que incluye

Los tres tipos de tumor que presentan más dolor en cualquier momento de su evolución son el cáncer de cabeza y cuello, el gastrointestinal y el de pulmón

el estómago y, sobre todo, el páncreas, uno de los tumores más dolorosos), con cerca de un 60 por ciento de pacientes afectados por el dolor. En tercer lugar está el cáncer de pulmón, con un 55 por ciento de los pacientes, aproximadamente. Estas cifras se refieren a los tumores primarios. En cuanto a las localizaciones metastásicas, las que más duelen son las óseas, para cualquier tipo de tumor que las tenga.

¿En qué casos el dolor puede ser un signo o una señal diagnóstica del cáncer?

Un dolor que persiste en el tiempo llama la atención del paciente y, lógicamente, también del médico que le atiende. Se debe conocer el origen de aquel dolor que no cede con la analgesia habitual, que es progresivo en el tiempo o que dura más de tres meses. La localización puede ser muy variada, en cualquier lugar donde haya un tumor o una metástasis. En cualquier caso, es necesario destacar que dolor no es sinónimo de cáncer. La mayoría de los dolores, tanto agudos como crónicos, son benignos; pero es verdad que, cuando hay persisten-

cia y una intensidad progresiva, realmente llega a ser algo preocupante para la persona. Merece la pena intentar ver si realmente hay una causa maligna. Es como una especie de aviso, pero, por supuesto, insisto en que la inmensa parte de los dolores son benignos.

¿Hay diferencias entre hombres y mujeres?

En el proceso oncológico la diferencia por género depende, fundamentalmente, del tumor; es decir, la próstata es un tumor únicamente masculino, mientras que el cáncer de mama es mayoritariamente femenino, aunque los hombres también pueden tenerlo. En términos generales, no es el género lo que condiciona la aparición o manifestación del dolor, sino que, más bien se trata de una experiencia individual relacionada con la localización tumoral y metastásica, pero también con el umbral del dolor individual. Sobre esto hay muchas cosas escritas, sobre si las mujeres tienen un umbral del dolor superior al de los varones o si también tienden más a manifestarlo verbalmente. En términos oncológicos y de la práctica clínica, yo no encuentro diferencias de género en cuanto a la aparición del dolor, su intensidad o la respuesta a los fármacos analgésicos.

¿Y entre adultos y niños? En general, ¿cómo afecta el factor de la edad?

Habitualmente, los niños se tratan en Onco-pediatría, por lo que yo no tengo mucha experiencia con ellos. En la edad adulta, en la que se suele manifestar la mayor parte de los tumores, la aparición del dolor no distingue décadas. Es la reacción individual o la manifestación lo que puede cambiar. Es verdad que las personas mayores, a veces, tienen un concepto más estoico de la vida y la sen-

MUCHAS OPCIONES ANTES DE TIRAR LA TOALLA

sación de que no se debe manifestar tan intensamente. A veces, también influye el nivel socioeconómico o educativo: cuando es más alto, suele haber una mayor contención en la manifestación de las emociones. Otras personas son de carácter más expansivo y manifiestan el dolor de una manera intensa. En términos generales, no puedo decir que encuentre diferencias entre unas edades y otras, y tampoco entre los distintos géneros.

¿Existe algún tipo de protocolo de actuación o seguimiento para evaluar y tratar el dolor en estos pacientes?

Claro que existen; de hecho, todas las sociedades científicas del ámbito oncológico, como la americana (ASCO), la europea (ESMO) o la española (SEOM) tienen sus recomendaciones clínicas. A partir de estas indicaciones, se pueden elaborar protocolos hospitalarios e, incluso, protocolos de un servicio en particular. El protocolo sirve tanto para diagnosticar como para evaluar y tratar el dolor; es como una guía de actuación bastante completa. El cumplimiento de estas recomendaciones o protocolos ya es cuestión de cada centro y de cada servicio. Por mi experiencia, los protocolos de actuación son enormemente útiles.

¿Qué especialista médico suele tratar el dolor en el paciente con cáncer?

Es mi opinión particular, y la tengo clarísima. El dolor del paciente con cáncer debe tratarlo el oncólogo, si este es el médico que le está atendiendo. Puede ser el oncólogo médico, el oncólogo radioterápico y también otros profesionales, como un cirujano, un neumólogo, un urólogo, etc. Estos especialistas tienen la obligación de conocer el dolor y tratarlo. Además, hay algo interesante que me gustaría comentar. Con una farmacopea no tan compleja, al alcance de cualquier médico, hasta el 85 por ciento de los casos de dolor en el paciente oncológico puede controlarse con éxito. Esto quiere decir que solamente quedaría un contingente entre un 10 y un 15 por ciento de pacien-

“El dolor del paciente con cáncer debe tratarse enseguida, sin demora”, comenta Yolanda Escobar, médico especialista del Servicio de Oncología Médica del Hospital Gregorio Marañón de Madrid. “El dolor es un síntoma prioritario que debe implicar al médico especialista que trate al paciente desde su diagnóstico, ya sea oncólogo médico, oncólogo radioterápico, neumólogo, digestólogo, cirujano, etc.”, comenta la también coordinadora de la Sección de Cuidados Continuos de la Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM).

Entre los fármacos opioides, la morfina es el patrón oro, pero hay muchos otros muy eficaces y seguros

disposición varias opciones, como subir las dosis, asociar otros fármacos, cambiar la terapia, etc. Tenemos muchas posibilidades antes de tirar la toalla en el caso de que una primera opción de tratamiento no funcione”.

Entre los fármacos opioides, la morfina es el patrón oro, pero hay muchos otros muy eficaces y seguros.

La morfina es el patrón oro

“Entre los fármacos opioides, la morfina es el patrón oro, pero hay muchos otros medicamentos muy eficaces y seguros para tratar el dolor oncológico”, comenta Yolanda Escobar. “Si no hay contraindicación para su uso, los pacientes y los médicos no deben dejarse llevar por los prejuicios ni las opiniones no fundamentadas. Hay que usarlos”.

Esta especialista recuerda que “el dolor oncológico aparece, pero también puede desaparecer”, sobre todo si desaparece la causa que lo ha producido. “La analgesia también es reversible, y este es un mensaje para los médicos: igual que se suben las dosis o el número de fármacos, se pueden bajar y se pueden suspender. Eso sí, es muy importante que los opioides se suspendan de forma gradual. No porque el paciente note que está fenomenal y sin dolor deben él o su médico eliminar radicalmente y de una sola vez toda la dosis de opioide, porque le puede ocasionar importantes problemas. Se trata de un acuerdo entre el médico y el paciente. Se va haciendo una bajada gradual, hasta la desaparición del tratamiento. Este momento suele ser de gran satisfacción para los dos, para el paciente y para el médico”.

En su práctica habitual, el abordaje del dolor se inicia antes de comenzar ningún otro tratamiento o antes de completar pruebas. Comenta que también es posible que el tratamiento inicial no funcione o no lo haga de forma satisfactoria. “El médico tiene a su



tes que precisarían algo más. Esta población con un dolor difícil puede recurrir a las Unidades de Dolor. En general, el porcentaje de éxito con el empleo de fármacos al alcance de cualquier médico es muy alto; por eso, no hay justificación farmacológica para no hacerlo.

¿Cuál es la función del médico de Atención Primaria para tratar el dolor en el paciente con cáncer?

El médico de Atención Primaria está absolutamente capacitado para instaurar, modificar y suspender todo tipo de tratamiento farmacológico del dolor. Otra cosa es que tenga el suficiente conocimiento y experiencia como para atreverse a hacerlo, sobre todo cuando estamos hablando de los fármacos opioides, de la familia de la morfina. El facultativo de Primaria es un puntal esencial en el control y en el seguimiento del paciente oncológico. Es imposible que el servicio de Oncología atienda las necesidades acaecidas entre las citas de los pacientes. En estos casos, debería intervenir la Medicina de Primaria, y sus médicos deben estar suficientemente formados. Hay que facilitarles esa formación y potenciar también su papel en cuanto al control del dolor de los pacientes oncológicos.

¿Un médico de Atención Primaria tiene criterio para modificar un tratamiento para el dolor?

Por supuesto; el criterio por el cual un médico de Atención Primaria entra o no en el manejo del dolor oncológico es su formación y su experiencia. Este hecho es muy variable, pero la gran ventaja de este tipo de atención médica es su cercanía y visión global del paciente. Estas circunstancias facilitan una mejor valoración y seguimiento; sin embargo, suele ocurrir que cuando entramos en territorios del

médico especialista, y, en concreto, en los aspectos relacionados con el cáncer, incluido el dolor, la Atención Primaria se retira y lo deje todo en manos del especialista. Puede considerar que este conoce mejor las posibles interacciones entre los distintos fármacos, las incompatibilidades, y que el centro hospitalario respalda su intervención en caso de que haya complicaciones. Creo que una Atención Pri-

maria suficientemente motivada, formada y potenciada es una aliada extraordinaria en el control del dolor.

¿Qué relevancia tiene en estos casos la comunicación entre Atención Primaria y Hospitalaria?

No está bien estructurada en España. Cuando se fundó la especialidad de Medicina de Familia, todos pensamos que se iba a potenciar muchísimo, que iba a cubrir prácticamente todas las necesidades no hospitalarias del paciente; sin embargo, no hay suficiente formación, ni tiempo, ni personal. La comunicación se produce, en mi ámbito (no puedo juzgar en general) a título personal. Un ejemplo sería que un médico de Primaria llama al hospital porque tiene un problema con un paciente: tiene que localizar al médico, cosa que no es fácil, y mantener con él una conversación, por lo general en medio de una consulta que se interrumpe. No existen sesiones entre los dos niveles o comités donde se puedan presentar pacientes y casos a discutir, ni telefónicos ni telemáticos. La comunicación no está desarrollada ni forma parte de la práctica clínica cotidiana, al menos en mi medio. Es verdad que hay otros sitios donde seguramente el desarrollo será otro.

¿Cuál es el papel de la Enfermería en el abordaje del dolor en el paciente con cáncer?

En España los profesionales de Enfermería no prescriben fármacos, al menos por ahora. La Oncología es una especialidad exclusivamente hospitalaria, no existe de forma ambulatoria. Respecto al reparto de tareas en lo que se refiere al dolor, la Enfermería que está en la planta de Oncología juega un papel relevante en la medición del dolor del paciente ingresado. También es responsable de comunicar al médico el resultado de su evaluación/medición de la intensidad y demás características del síntoma. En cuanto al tratamiento analgésico, el médico prescribe y la Enfermería administra. Lo que la Enfermería recoge o estima queda documentado en el evolutivo de la historia clínica. En cuanto a los pacientes con atención ambulatoria, que se tratan en el hospital de día, la Enfermería recoge lo que el paciente le informa respecto al dolor y se lo comunica al médico para que intervenga si es preciso. También hace anotaciones en la historia clínica.

¿En qué situaciones se debería derivar a una persona con cáncer a las Unidades del Dolor? ¿Existe algún protocolo o criterios fijados?

Las Unidades del Dolor son también estrictamente hospitalarias y no existen en todos los centros. Los pacientes que están, por ejemplo, en el servicio de Oncología y requieren acudir a una Unidad del dolor pueden hacerlo de dos maneras. Por una parte, a través de una interconsulta; es decir, puntualmente se pide una ayuda o un tratamiento suplementario o diferente a dicha Unidad. La idea es que el paciente se siga tratando en Oncología, pero, de forma puntual, se solicita una técnica o una consulta con la Unidad del dolor. Por otro lado, se puede realizar una derivación del paciente para que todo el control del dolor se delegue en la Unidad del dolor y el oncólogo se desentienda de su manejo. Yo estoy en contra de esta segunda opción, creo que el dolor del paciente oncológico lo tiene que manejar el clínico que conoce muy bien el tumor y su evolución en cada momento. Estoy a favor de que la Unidad

del dolor asista, ya sea por interconsulta o por delegación, cuando el médico clínico, el oncólogo, vea sus posibilidades superadas. Normalmente, cuando un oncólogo trata el dolor, suele hacerlo a todos los niveles farmacológicos, que son tres. En este sentido, no suele ser un problema por el que tenga que derivar a la Unidad del dolor; sin embargo, si requiere una técnica específica para un dolor concreto o una vía de administración de los opioides diferente, que puede ser intratecal, epidural, etc., se precisa la intervención de la Unidad del dolor. Los miembros de las Unidades del Dolor son anestesiólogos y tienen una formación específica para hacer cosas técnicas complejas que requieren punciones y otras intervenciones. Asimismo, pueden realizar la colocación de catéteres para la administración de fármacos en lugares complicados que afectan al sistema nervioso central. En estos casos, me parece imprescindible recurrir a ellos y es una verdadera suerte disponer de sus servicios.

¿Qué tipo de tratamiento pueden recibir los pacientes con dolor? ¿Hay algún tipo de incompatibilidad con la terapia oncológica? ¿Efectos secundarios?

En términos generales, no existe incompatibilidad entre las analgesias y el tratamiento antitumoral. Sí puede ocurrir que las toxicidades se sumen, es decir, que a la toxicidad habitual de un tratamiento oncológico se suma la toxicidad del tratamiento analgésico; así ocurre con el estreñimiento, las náuseas o los vómitos, pues hay quimioterápicos y opioides que comparten estos efectos. Eso no significa que no se puedan utilizar juntos, pero debe elegirse aquel fármaco analgésico que menos potencie esa toxicidad que ya tiene la quimioterapia. En cualquier caso, en el seguimiento oncológico de un paciente, cada visita sirve para evaluar los efectos beneficiosos, pero también tóxicos, de todos los tipos de tratamiento que se hayan establecido. Debemos evaluar el control de los síntomas y, en consecuencia, cambiar dosis, intervalos o modificar los propios fármacos. Los tratamientos

antitumorales no pueden servir como excusa para evitar el dolor.

¿No se producen interacciones?

Son frecuentes las interacciones metabólicas de los fármacos. Si miramos la letra pequeña, vemos que puede haber interacciones farmacológicas a nivel metabólico, pero no suelen tener repercusión en la práctica clínica. En el caso de que hubiera alguna, generalmente las conocemos y procuramos evitar que esos dos fármacos coincidan. Hay muchos otros analgésicos que podemos utilizar en el mismo paciente. Otro problema es la cuestión de los corticoides y la inmunoterapia. Con la inmunoterapia no se deben utilizar corticoides de forma prolongada. Se pueden emplear para problemas puntuales. A veces tratamos los dolores oncológicos con corticoides y en el caso de la inmunoterapia no deberíamos hacerlo si prevemos que su uso va a ser relativamente prolongado. Tendríamos que sustituirlos por otro tipo de analgésico, porque ahí sí está contraindicado su uso simultáneo.

¿Cómo es la adherencia al tratamiento oncológico de una persona con dolor?

Yo prefiero el término 'adhesión', que es la fidelidad.

Me parece una traducción más correcta que un término asociable a la 'pegajosidad'. La adhesión al tratamiento oncológico no suele modificarse por el hecho de que el paciente tenga dolor. Puede ocurrir que el dolor sea tan invalidante que le impida desplazarse para ponerse sus tratamientos, pero este hecho es muy poco frecuente. Cuando la causa del dolor es el propio tumor, el tratamiento antitumoral per se suele producir una mejoría del dolor al disminuir el volumen tumoral; por otra parte, que el paciente acuda a la consulta y cuente la evolución del síntoma facilita su exploración y que se pue-

dan modificar las dosis de los fármacos o introducir técnicas analgésicas. El hecho de que se le pregunte en cada consulta por la evolución del dolor y se le ajuste la medicación a la situación facilita que asocie acudir a su cita con una posibilidad de mejoría. En definitiva, no es nada frecuente que el paciente deje el tratamiento por el dolor; por el contrario, suele aprovechar sus citas para expresar su satisfacción con el tratamiento o su necesidad de que éste sea modificado.

¿Cómo influye el dolor en la calidad de vida, ya afectada, de la persona con cáncer?

Pues muy mal. Tanto el dolor crónico, que es el que dura muchas horas al día, como el irruptivo, que cursa en crisis agudas muy intensas y breves, cualquiera de los dos, altera de forma muy notable la calidad de vida de los pacientes y su capacidad para realizar actividades cotidianas. Cuando un paciente acude por primera vez a una consulta de Oncología Médica es posible que todavía haya que hacer pruebas o determinaciones previas

al inicio del tratamiento específico antitumoral. El manejo de los síntomas, y, en particular, del dolor, no requiere ni debe sufrir ninguna demora; es decir,

La comunicación entre Atención Primaria y el hospital no suele estar desarrollada ni forma parte de la práctica clínica cotidiana

como primer objetivo ante un paciente oncológico, independientemente de que luego nos rompamos la cabeza en buscarle el tratamiento más específico y sofisticado, lo primero que debemos hacer es manejar los síntomas. Es fundamental controlar el dolor, porque es uno de los síntomas que más alteran física y emocionalmente al paciente. Por tanto, la analgesia, y esto quiero dejarlo bien claro, hay que iniciarla incluso antes que el tratamiento antitumoral, en cuanto detectamos el dolor del paciente y nos hacemos una idea de su clase e intensidad. Ahí empieza la excelencia clínica de un oncólogo ■



El 50 por ciento

del dolor crónico se debe
a patología reumática
y del sistema musculoesquelético

Javier Vidal

Reumatólogo y portavoz de la Sociedad Española
de Reumatología (SER)

Texto | Nekane Lauzirika

Fotos | SER/Archivo EL MÉDICO



“El 50 por ciento del dolor crónico se debe a patología reumática y del sistema musculoesquelético”

El doctor Javier Vidal es especialista en Reumatología en la Unidad del Dolor Reumático del Hospital Universitario de Guadalajara. Asimismo, es profesor clínico en la Universidad de Alcalá de Henares (Madrid) y es portavoz de la Sociedad Española de Reumatología (SER). En la entrevista concedida a EL MÉDICO reconoce que en el 95 por ciento de los procesos reumáticos los pacientes presentan dolor, cada vez más prevalentes entre la población, “por su envejecimiento, ya que aumentan con la edad y, por lo tanto, también el dolor”



Quien sufre una patología reumática y tiene dolor, ¿cuántas enfermedades tiene, una o dos?

En el 95 por ciento de los procesos reumáticos los pacientes presentan dolor, como ha constado el estudio EVADOR, un trabajo transversal y prospectivo realizado en 34 servicios de Reumatología bajo la perspectiva del dolor. En el 70 por ciento de los casos es de evolución crónica, superior a 3 meses. El dolor tiene una función biológica para avisarnos de un daño potencial o real y, por tanto, tiene una función protectora. Esto es así en el dolor agudo, pero en el dolor crónico se producen cambios y fenómenos de sensibilización del sistema nervioso somatosensorial (nociceptivo) que amplifican, se extienden y perpetúan la sensación del dolor. A veces estos cambios y fenómenos de neuroplasticidad se radican permanentes y se independizan de la lesión tisular que los originó. Por tanto, el abordaje de las patologías reumáticas deber tener en cuenta una doble perspectiva. En algunos, el dolor crónico es una enfermedad

en sí misma y justifica el área de conocimiento denominada *Medicina del dolor*.

Este concepto del dolor como enfermedad específica está ya admitido en Medicina de forma generalizada. ¿Entre la población y entre los propios reumatólogos también?

La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP, por sus siglas en inglés) reconoce el dolor crónico como una enfermedad en sí misma. En 2019, a instancias de la propia IASP, la OMS ha incluido en la clasificación internacional de enfermedades humanas un capítulo específico al dolor crónico con diferentes categorías, que se recogen en el apartado CIE-11.

En la década de los 80 se denegaban los opiáceos, mientras que ahora no existe problema. ¿Es el camino para tratar el dolor en patologías reumatológicas como una enfermedad específica?

El camino real para tratar el dolor es esencialmente conocer en profundidad

sus bases clínicas y fisiopatológicas para su evaluación y diagnóstico, para así aplicar las diferentes opciones terapéuticas farmacológicas y no farmacológicas que existen. La formación pregrado y posgrado es esencial, no suficientemente cubierta dentro de los sistemas formativos MIR. Adicionalmente, es necesario sensibilizar y promover que las instituciones sanitarias aumenten el compromiso y recursos en el abordaje del dolor, aunque ya haya habido acciones en este sentido con el “Documento Marco para la mejora del abordaje del dolor en el SNS” en 2014. Con relación a los opiáceos, cabe decir que son los analgésicos más potentes que hay, y que la clave de su uso es conocer el perfil de seguridad y utilizarlos siguiendo las guías clínicas. Ya en 2006 la Sociedad Española de Reumatología elaboró las primeras guías de utilización de opiáceos en las enfermedades reumáticas, que fueron pioneras y no han perdido su vigencia. A veces el problema no es usarlos en exceso, sino no usarlos cuando están indicados y son necesarios.

¿Qué tiene de específico el dolor reumático con respecto a otros dolores?

Tiene dos patrones básicos, que son el dolor inflamatorio y el dolor denominado mecánico. El inflamatorio se caracteriza por el aumento del dolor por el reposo, la rigidez articular prolongada por el reposo y por su mejoría con la actividad física y el ejercicio. Y el dolor mecánico es un poco lo contrario; mejora con el reposo y empeora con el movimiento y el ejercicio. Estos dos patrones se ajustan fundamentalmente a lo que es la patología inflamatoria, las artritis inflamatorias. Y el dolor mecánico a los procesos degenerativos, fundamentalmente. El dolor traumático, por ejemplo, es un dolor que dura mientras dure el proceso traumático, con una tendencia a la resolución progresiva en el tiempo.

El paciente que acude a consulta por dolor reumático, ¿de qué suele quejarse más: intensidad, no saber cuándo, con qué intensidad o por qué razón lo tiene o le puede volver?

El motivo de preocupación es la intensidad del dolor y, en todo caso, la repercusión funcional que tiene. Más que las características del patrón en sí que le puedan condicionar. La intensidad del dolor es una variable, como hemos podido comprobar en este estudio de valor, que condiciona mucho la repercusión clínica. El pronóstico y la respuesta al tratamiento es peor en quienes tienen un dolor intenso que en los que tienen un dolor moderado.

Al decirle a un paciente que probablemente su reumatismo le produzca un dolor crónico, de por vida, ¿cómo lo suelen aceptar?, ¿esa condena es un dolor añadido?

Cualquier diagnóstico de enfermedad crónica requiere una comprensión del proceso. Es muy importante la información que se le transmite al paciente. En segundo lugar, hay que explicar al paciente las al-

ternativas y también la necesidad de que el paciente participe en el proceso. Sabemos por las estrategias del abordaje del dolor crónico que es necesario hacer una integración del proceso desde el propio individuo, contando con la AP y la Especializada. Es necesario que el paciente se adapte y haga una aceptación asertiva del proceso, porque la mayoría de las veces se puede hacer una vida suficientemente normal. Este es el objetivo, que el paciente pueda hacer vida lo más normalizada posible. Y, hoy en día, en la mayoría de los casos, es posible con los tratamientos de que se disponen.

A la hora de encarar el dolor en las patologías reumáticas, ¿qué parte tiene de dolor estrictamente físico y qué parte es psíquico o más subjetivo?

Por definición, el dolor es subjetivo, al ser una experiencia personal, individual emocional y no objetivable o muy difícilmente objetivable en práctica clínica. En 1968, Mary Margo McCaffery ya definió el dolor como “cualquier experiencia que la persona dice que es dolor, existiendo siempre que él o ella dice que lo es”, poniendo de relieve que es un concepto subjetivo. Siempre hay un componente psicológico. Además, está demostrado que la depresión induce y aumenta el dolor; la ansiedad y el catastrofismo también lo incrementan. Asimismo, el estrés es capaz de inducir dolor y cambios de neuroplasticidad en modelos animales.

Es más, el propio dolor puede inducir depresión y ansiedad. Por todo ello, la evaluación del paciente con dolor crónico implica tener en cuenta los aspectos psicosociales y puede hacer necesaria una evaluación psicológica. En muchos, una intervención psicoterapéutica.

Desde el punto de vista del especialista en Reumatología, ¿cómo se enfrenta el

dolor, con tratamiento psicológico o hay ya una batería importante de medicamentos para superarlo?

El abordaje del dolor, específicamente el crónico, implica tener en mente el concepto *multidimensional* del dolor, actuando sobre las vías y los diferentes mecanismos implicados en él. Ello nos permite utilizar tratamientos farmacológicos y no farmacológicos. En los casos de dolor inflamatorio o lesión tisular se utilizan fármacos que inhiben las sustancias que estimulan los nociceptores (como los AINE o esteroides) o antagonistas de sus receptores. Podemos bloquear o modular los mecanismos y neurotransmisores implicados en las vías nociceptivas (antiepilépticos), podemos potenciar vías inhibitorias endógenas con opioides o de las catecolaminas (antidepresivos), podemos neuromodular el sistema nervioso periférico o central con estimulación eléctrica o técnicas de radiofrecuencia o estimulación externa de corteza cerebral, y podemos utilizar técnicas de Medicina física y rehabilitación.

¿Y la psicoterapia?

En diferentes modalidades como la llamada terapia cognitiva conductual, las técnicas de relación,

La fibromialgia ha dejado de incluirse dentro las enfermedades reumáticas para pasar a la categoría de dolor crónico primario

entre otras, son capaces de activar áreas cerebrales que modulan y condicionan el afrontamiento del dolor, disminuyen su intensidad, mejoran el sueño, la capacidad

funcional y la calidad de vida, siendo la evidencia científica consistente. Se ha demostrado, además, que el abordaje multidisciplinar mejora los resultados terapéuticos.

¿Sigue pesando entre los pacientes y entre los especialistas la idea de que los productos que se utilizan para quitar el dolor sean adictivos?



La adicción en un concepto que implica una conducta aberrante y patológica de consumo de una sustancia con el fin de obtener un beneficio distinto al de los efectos analgésicos. La adicción está vinculada con determinados fármacos, como los opioides o la ketamina, pero están regulados en su prescripción. En general, es poco frecuente con uso reglado y ajustado a guías. Otra cuestión es la dependencia farmacológica y la tolerancia a determinados fármacos, más frecuente, lo que implica que su retirada brusca puede inducir un síndrome clínico de abstinencia, que se debe prevenir con la disminución progresiva y lenta de la medicación hasta su retirada, y que se puede producir con muchos más fármacos que se utilizan en dolor, como los antidepresivos, gabapentinoides y benzodiazepinas. Como siempre recordamos, en el tratamiento del dolor es necesario educar e informar a los pacientes en el uso de todos estos fármacos.

Uno de los retos en Reumatología es enfrentarse al dolor crónico. ¿Hay batería de medicamentos para combatirlo?

En la medida en que se conocen los mecanismos etiopatogénicos de muchas enfermedades reumáticas, como las artropatías inflamatorias, disponemos de fármacos capaces de actuar sobre diversas dianas, que suprimen la inflamación y, por tanto, las manifestaciones de la enfermedad, entre otras el dolor y sus consecuencias. En el resto de las patologías el abordaje es sintomático. Pero lo importante en estos casos es conocer los mecanismos del dolor y, como ya he comentado, actuar sobre la vías y mediadores del dolor a diferentes niveles, entendiendo el dolor como un concepto multidimensional. Es verdad que no ha habido demasiados avances en el tratamiento sintomático farmacológico del dolor y los diferentes gru-

pos terapéuticos, como los AINE, analgésicos simples, opioides, y distintos coanalgésicos o coadyuvantes, son los mismos desde hace años. Además, con bastantes limitaciones en su uso por la escasa eficacia del paracetamol, las recomendaciones sobre el empleo de AINE de forma restrin-

gida, así como los problemas de eficacia y seguridad de los opioides, según las diferentes guías clínicas.

Se vive más años, mayor pluripatología, la cronicidad es habitual: diabetes, cardiopatía, hipertensión... ¿El dolor reumático tendería que entrar también como una patología más en este paquete?

La patología reumática y del sistema musculoesquelético es muy prevalente en la población general y aumenta con la edad y, por tanto, el dolor también. El 50 por ciento de las causas de dolor crónico son debidas a estas patologías. En la última encuesta de salud de la población española realizada por el Ministerio de Sanidad en 2017, se pone de manifiesto la prevalencia de artrosis, que ya afecta al 18 por ciento de la población; la cervicalgia, al 16 por ciento, y el dolor lumbar crónico, al 19 por ciento. Adicionalmente, los procesos oncológicos afectan al 1,8 por ciento de la población. Específicamente, cogiendo una fecha concreta, el dolor está presente en las últimas cuatro semanas en el 45 por ciento de la población, siendo de intensidad extrema o severa en el 9 por ciento, que llega al 15 por ciento en mayores de 75 años. Además, la presencia de este dolor interfiere con las actividades de la vida diaria en el 14 por ciento de la población, que se incrementa al 20 por ciento en los mayores de 65 años. Por tanto, la necesidad de tratamiento analgésico es elevada. El dolor en personas mayores aumenta su fragilidad y *prefragilidad*, con importantes consecuencias vitales y de dependencia. El dolor crónico no debe de

considerarse un síntoma, sino otra enfermedad y, por tanto, sería una comorbilidad, dependiente de la enfermedad original que lo originó.

Entre los dolores reumáticos, ¿cuáles predominan: óseos, musculares, articulares o es un todo difícil de separar?

El estudio EVADOR, que he podido coordinar a través de la Sociedad Española de Reumatología, nos ofrece datos reales de los servicios de Reumatología. Así, el dolor articular afecta al 60 por ciento de los pacientes que vemos en consulta de Reumatología; el dolor muscular, al 12 por ciento; los reumatismos de partes blandas que hacen mención a las tendinitis y bursitis son un 14 por ciento, y el dolor óseo, un 4,5. Por su parte, el dolor neuropático, que también se ve en las consultas de Reumatología, supone un 5 por ciento de los casos. La mayor patología es, sin duda, la patología articular junto con la de tejidos blandos.

¿La actual pandemia de COVID-19 está afectando a los pacientes reumáticos en el campo del dolor?

Según los datos del estudio realizado en el Servicio de Reumatología del Hospital de Guadalajara sobre la Medicina y cómo han afectado las consultas telefónicas a estos pacientes, hemos observado que, aparentemente, no empeoran especialmente por la situación de crisis sanitaria. Además, los pacientes entienden que en una situación complicada como la que vivimos no es fácil tener visitas presenciales. En general, agradecen que se contactó con ellos y se mantenga la continuidad asistencial, aunque sea telefónicamente. También es cierto que existe algún estudio que parece decir que los pacientes están peor clínicamente, pero aquí hay variables que pueden influir en el dolor que no tienen solo relación con su proceso reumático, sino más con aspectos psicológicos motivados por la situación general de confinamiento, de falta de relación social, con sus amistades y familiares ■

Teresa & el muñeco más bonito del mundo.

Este es un Baby Pelón de Juegaterapia, con un pañuelo diseñado en exclusiva por Teresa. ¿Sabes por qué los Baby Pelones son los muñecos más bonitos del mundo? Porque en Juegaterapia destinamos sus beneficios a la investigación contra el cáncer infantil y a otros proyectos preciosos de nuestra fundación. Así cada vez que compres Baby Pelones estarás comprando felicidad.

www.juegaterapia.org
#BabyPelonesJT



De venta en
El Corte Inglés,
Juguettos
Toys R'Us
y Amazon.es.





El dolor es uno de
los principales motivos
de
consulta
en
Primaria

Ramón Morera i Castell

Médico de familia y tesorero de la Junta directiva de SEDAP

Texto | Nekane Lauzirika

Fotos | SEDAP



“El dolor es uno de los principales motivos de consulta en Primaria”

Ramón Morera i Castell, con una amplia experiencia de gestión de servicios sanitarios, es además el tesorero de la Sociedad Española de Directivos de Atención Primaria (SEDAP). Este médico de familia en Castelldefels reconoce que el dolor continúa siendo uno de los primeros motivos de consulta en los ambulatorios. “Aliviar el dolor de los pacientes es todo un reto tanto para los sanitarios como para los equipos directivos de AP. El objetivo común es dotar a las personas con dolor de una mejor calidad de vida”, subraya en la entrevista concedida a la Revista EL MÉDICO.

En el trabajo diario de la Atención Primaria, ¿qué papel representa el dolor como causa de pérdida de salud en sus pacientes? ¿Les preocupa desde la SEDAP?

El dolor sigue siendo uno de los primeros motivos de consulta en las visitas al centro de salud, una de las grandes causas de pérdida de calidad de vida y el primer motivo de consulta en los centros de urgencias de AP. Consultamos y tratamos el dolor por enfermedades agudas, pero tiene una importancia muy relevante el dolor crónico por enfermedades persistentes o difíciles de resolver. Es todo un reto, pero contamos con más conocimientos y más opciones terapéuticas.

¿Se trata en AP el dolor como una enfermedad específica en sí misma o siempre como una consecuencia de otra patología?

Siempre hemos de buscar el origen del dolor y no siempre es fácil, pero aliviar el dolor es un compromiso urgente; hay pocas cosas que

afecten tanto a la calidad de vida. En muchos procesos crónicos, que ya están diagnosticados, el objetivo se centra en aliviar el dolor y permitir recuperar la calidad de vida.

¿Qué tratamiento prima para el dolor en los centros de Primaria, el trata-

miento psicológico o el farmacológico? ¿Por qué abogan desde la SEDAP?

El tratamiento suele tener distintas dimensiones. Sin duda, el estado anímico, especialmente el ánimo depresivo, incrementa la percepción del dolor. A menudo, personas con depresión consultan por dolor y a través de la anamnesis descubres que el dolor real está sobredimensionado por una depresión no diagnosticada. Pero habitualmente el tratamiento del dolor es farmacológico; ahora disponemos de suficiente arsenal, en general seguro, para combatirlo. Igualmente, el apoyo psicológico es muy interesante en el dolor crónico resistente al tratamiento.

Hasta hace no mucho, para los tratamientos farmacológicos se ponían pegas, cautelas ideológicas o culturales.

¿Por su experiencia diría que esto ha cambiado también en los centros de AP?

La percepción del dolor es muy personal y la intensidad de este es variable, lo que pro-

duce que ciertas personas prefieran no tomar medicación. Por otra parte, hay personas con especial sensibilidad a los fármacos y con frecuentes reacciones adversas que son reacias a tomar más medicación y prefieren otras alternativas. Por último, sí que sigue habiendo un cier-



to respeto o aprensión a la morfina y sus derivados (especialmente en personas mayores) por las connotaciones que tenían en otros tiempos, pero muy efectivos como último escalón terapéutico.

Como experto en gestión de servicios sanitarios sabe que en la AP es donde al final recae el tratamiento a crónicos y a pluripatológicos. ¿Cree que se tiene el dolor como un referente importante a cuidar y a tratar?

No hay enfermedades o síntomas en los que haya que aplicar protocolos, sino personas que sufren porque tienen dolor y es aquí donde el médico de familia y la enfermera del paciente, conociéndolas bien y con una visión integral y de forma longitudinal, buscan cómo aliviar tanto como sea posible los síntomas y ayudarles a recuperar la calidad de vida. Muy a menudo, con la primera opción terapéutica, el dolor no se resuelve completamente o reaparece al cabo de un tiempo; el dolor también puede aparecer por distintas causas o pueden interrelacionarse distintos procesos. Asimismo, los fármacos pueden no ser bien tolerados por el paciente. Todo ello requiere una atención



cercana, continuada y eficiente, que es la que podemos dar desde la Atención Primaria.

¿Considera que está cambiando el concepto de aguantar el dolor, tanto en pacientes como en médicos?

En general todos somos cada vez más exigentes y queremos soluciones inmediatas, sobre todo en los temas de salud. Si padecemos algún dolor queremos soluciones efectivas y rápidas. Además, los médicos también hemos de preocuparnos por determinar el origen de este y si la causa se puede tratar o solo aliviar.

Como directivo de la SEDAP, ¿cree que en los centros de AP tendrían que funcionar también unidades específicas para el dolor?

No sería interesante contar con unidades específicas en AP, tenemos suficiente evidencia de que la visión integral y la longitudinalidad que ofrece el médico de familia a su paciente es la mejor opción para encontrar el tratamiento más adecuado para él. Sí que creo que es muy valioso que los profesionales de los centros

de salud, además de mantener sus conocimientos generales actualizados de forma continua, se interesen por profundizar en alguna dimensión específica y puedan ser referentes para sus compañeros. No para atender a los pacientes de los compañeros, sino para ser consultores de ese tema.

El dolor va a más porque vivimos más, hay más crónicos. ¿Qué pedirían desde SEDAP para tratar esta nueva y creciente enfermedad?

Desde la política y la gestión es fundamental orientar el trabajo de forma que los equipos de AP y el resto de estructuras comunitarias puedan dedicarse a resolver las necesidades de salud de las personas que atendemos. Parece obvio, pero a veces no lo es. En SEDAP defendemos que es necesario cuidar a los profesionales, optimizar la organización, contar con recursos suficientes y pensar menos en los objetivos económicos y más en la mejora de resultados desde la eficiencia. También opinamos que es muy importante priorizar la formación de los profesionales sanitarios. En SEDAP, de hecho, hemos puesto en marcha una pla-

taforma virtual para ampliar las competencias digitales de nuestros socios (imprescindibles hoy en día) y celebramos a menudo actividades formativas (como el Aula SEDAP) para ampliar los conocimientos de los profesionales sanitarios. Si los dispositivos sanitarios no están exquisitamente gestionados, la atención sanitaria se resiente y los que más necesidades de servicios tienen, que son los pacientes crónicos o con procesos invalidantes como el dolor, no tienen la atención que necesitan.

Han aprobado la ley de la eutanasia. ¿El dolor causado por fibromialgias, dolor oncológico, los reumatológicos... podría ser uno de los motivos para esa decisión?

En mi opinión, la legalización de la eutanasia es un avance social relevante; se trata de una opción dramática, por suerte muy minoritaria, pero su despenalización era necesaria. Ahora esperemos que no se demore el reglamento que ha de acompañar la ley para que sea aplicable. Esta ley no tiene nada que ver con los cuidados paliativos, estos han de poder garantizarse para todo el mundo que lo precise; aquí, la AP también tiene un papel fundamental. Sí que es verdad que las enfermedades graves que generan dolor difícil de paliar junto a una esperanza de vida muy limitada son factores que influirán en el hecho de solicitar la eutanasia ■

Sección elaborada en colaboración con la Sociedad Española de Directivos de Atención Primaria





La atención adecuada

al dolor debe ser transversal,
multi e interdisciplinar

Dulce Ramírez Puerta

Vicepresidenta primera de SEDISA

Texto | Clara Simón Vázquez

Foto | SEDISA



“La atención adecuada al dolor debe ser transversal, multi e interdisciplinar”

Dulce Ramírez Puerta, vicepresidenta primera de SEDISA y directora de Continuidad Asistencial y Coordinadora de la Unidad de Calidad del Hospital Universitario Infanta Leonor y del Hospital Virgen de La Torre, de Madrid, destaca la importancia de las unidades de dolor en el manejo de este y apuesta por una homogenización a la hora de establecer su denominación.

¿Cómo es el manejo del dolor en el entorno hospitalario?

En el hospital se realiza un abordaje del dolor desde los diferentes ámbitos de actuación: en la urgencia, en la hospitalización y en consultas externas. El gran reto y hacia donde se dirigen las actuaciones es en la coordinación en el manejo del dolor en un paciente, sea cual sea su vía de acceso, incluyendo en esta coordinación a la Atención Primaria.

¿Qué diferencias hay en el manejo de los diferentes tipos de dolor (ej. quirúrgico, crónico, oncológico...)?

El dolor derivado de una cirugía es, por lo general, un dolor agudo, que obedece a una causa limitada en el tiempo y, si bien la intensidad (síntoma) puede ser mayor a otro tipo de dolores crónicos, suele resultar de más fácil manejo por los profesionales y ser mejor tolerado por el paciente que lo sufre. El dolor crónico, oncológico o no, es más duradero en el tiempo y conlleva generalmente una concepción de este más compleja por parte del que lo sufre. Se considera como inútil y no atribuible a una causa concreta, de forma que se pueda resolver si se aborda dicha causa, por lo que el manejo desde el punto de vista terapéutico es mucho más complejo, ya que, además de los aspectos físicos del dolor, hay que tener en cuenta los otros componentes, emocional, afecti-

vo, conductual y social. El dolor pasa de ser un síntoma a ser un síndrome.

¿Qué aportan las unidades de dolor?

Las unidades del dolor aportan grandes ventajas en el abordaje de aquellos dolores cuyo manejo se hace más complejo y resistente a los tratamientos habituales. Están compuestas por un equipo multidisciplinar, donde generalmente confluyen anestesistas, rehabilitadores, cirujanos, reumatólogos, psicólogos, internistas, enfermeras, trabajadores sociales... De esta forma, se aborda el dolor desde todas las esferas y no solo la física, y por aquellos especialistas con mayor experiencia en el manejo de este tipo de dolencias, ya no solo desde el punto de vista farmacológico, sino aportando técnicas y programas novedosos para su manejo y de una forma consensuada y coordinada. En este marco quiero destacar el papel de los geriatras, muchas veces únicos responsables de la atención del dolor en el paciente geriátrico, que no entra dentro de los criterios de selección de las unidades del dolor, que escapa de los tratamientos intervencionistas y que tiene tantos efectos secundarios de los fármacos, que requiere una atención muy precisa.

Desde el punto de vista de la gestión, ¿cómo mejoran la asistencia?

Son muchas las ventajas que, desde el punto de vista de la gestión, aportan las unidades del dolor. Las características anteriormente comentadas derivan en una mayor calidad de la asistencia a los pacientes con dolor, dado que la posibilidad de conseguir mejores resultados en salud y calidad de vida aumentan al facilitar un abordaje multidisciplinar, dirigido no solo al paciente, a su autocuidado y también a la familia y su entorno, por lo que contribuye a una mayor satisfacción.

¿Tienen alguna repercusión en los costes?

Si bien en un principio la puesta en marcha de unidades de dolor conlleva una inversión en estructura, organización y recursos humanos y materiales, la forma de prestación de servicios que conllevan las unidades de dolor facilita la revaloración y seguimiento periódico de los procesos que intervienen en el control del dolor, lo que facilita su planificación y el establecimiento de políticas y procedimientos que hacen más eficiente el abordaje de este tipo de pacientes.

¿Qué aspectos se deben mejorar?

Es necesario una homogenización a la hora de establecer la denominación de una unidad del dolor, en cuanto a la dotación de recursos, cartera de servicios que se presta, organización y profesionales que la componen. No es infrecuente que se consideren como unidades del dolor a simples consultas del dolor compartidas con otros servicios y que no cumplen los mínimos necesarios para tal denominación, si bien cumplen un soporte básico y esencial en el manejo del dolor. Por otra parte, sin duda las que sí cumplen con dichos requisitos son insuficientes para la necesidad y demanda, cada vez mayores, de este tipo de unidades.

¿Existen indicadores específicos de calidad?

Como en toda unidad clínica, entendida esta como un proceso, deben existir indicadores específicos de calidad, que nos aporten información no solo de la estructura que de la unidad y su organización, sino de los procesos y procedimientos que se realizan en la misma, para poder valorar su adecuación mediante una planificación ajustada, y lo que es más importante, conocer los resultados en salud. Es decir, tanto los PROMS (*patient reported outcomes measures*) en cuanto a la percepción de mejora en el dolor de los pacientes de forma objetiva y subjetiva,

como en su calidad de vida, y también resultados en cuanto a su experiencia y expectativas (PREMS).

¿Se cuenta con herramientas para que los pacientes evalúen la calidad de tratamiento del dolor?

Existen numerosas escalas y cuestionarios validados, no solo para la valoración del dolor como síntoma (escala EVA) sino también para la esfera sensorial y emotiva, así como el impacto que este produce en la persona que lo padece en cuanto a discapacidad o menoscabo en su calidad de vida y cómo este los afronta.

¿Cómo se trabaja en el manejo del dolor desde los distintos niveles asistenciales?

La atención adecuada al dolor debe ser transversal, multi e interdisciplinar, de tal manera que haya un seguimiento del paciente en los procesos asistenciales por los que pasa. En este sentido, en Atención Primaria existen responsables del dolor en los centros de salud, para favorecer los procesos de coordinación con el ámbito hospitalario y el resto de los ámbitos asistenciales de los pacientes con dolor. Además, en algunas Comunidades Autónomas, como en la Comunidad de Madrid, todos los hospitales, el SUMMA 112 y Atención Primaria tienen constituido un comité de atención al dolor, compartiendo profesionales de todos y cada uno de estos ámbitos asistenciales, y comisiones de calidad de cada dirección asistencial, en el caso de Atención Primaria, que integran estas actuaciones.

En cuanto a la continuidad asistencial, ¿con qué herramientas se cuenta para el manejo de esos pacientes?

En continuidad asistencial se cuentan también con comisiones multiprofesiona-

les y herramientas compartidas para la coordinación en el abordaje del dolor, como la comisión del dolor, que está formada por profesionales de distintos servicios hospitalarios implicados en el manejo del dolor, así como profesionales de Atención Primaria. También está la comisión de calidad percibida en la que se establecen y priorizan líneas estratégicas de actuación para mejorar la calidad asistencial en el abordaje del dolor. Asimismo, se cuenta con herramientas de comunicación y coordinación en la toma de decisiones en el manejo del paciente con dolor, como la e-consulta específica para el dolor.

¿Qué papel tiene la asistencia domiciliaria?

La asistencia domiciliaria en el abordaje del dolor aporta un valor añadido fundamentalmente en el caso del dolor crónico oncológico, puesto que se establece una relación entre la unidad de cuidado paciente/ familia y los agentes sanitarios, que permite en muchos casos que el dolor crónico y las causas que lo originan dejen de ser un hecho médico para ser un hecho humano. En este sentido, los profesionales de Atención Primaria son clave para satisfacer estas necesidades, así como los Equipos de Soporte de Atención a Domicilio (ESAD). Por parte del hospital, el soporte de las unidades de hospitalización a domicilio para aquellos tratamientos con técnicas de ámbito hospitalario. La coordinación entre todas estas estructuras es imprescindible para un mejor resultado y eficiencia de los recursos, y en este sentido la telemedicina ha aportado una gran ventaja en la accesibilidad a los mismos, así como en el seguimiento y control del dolor del paciente en domicilio.

¿Se cuenta con los recursos suficientes para llevarla a cabo?

Para un mayor éxito en este sentido se hace necesario una mayor inversión en recursos humanos y tecnológicos, así como una mayor formación y dotación de habilidades de autocuidado al paciente y sus cuidadores.

¿Se deben establecer protocolos conjuntos de atención socioasistencial en crónicos con dolor?

La atención socioasistencial es aún un reto y no solo en el paciente crónico con dolor. En este sentido, el uso de protocolos conjuntos ayuda a su abordaje, en tanto que contribuyen a una atención más integral del dolor y, por tanto, incorporarían la atención a la familia al aspecto social y laboral del paciente con dolor. Todo esto redundaría en unos mejores resultados en la atención sanitaria de un problema con alta implicación emocional y psicológica.

¿Qué pueden aportar en la continuidad asistencial?

La continuidad asistencial es una herramienta importante y necesaria en la implantación de este tipo de protocolos, ya que garantiza la transversalidad y longitudinalidad de los cuidados. Para ello es necesario una apuesta clara del Sistema Nacional de Salud por la integración de las actuaciones de varias administraciones, tanto públicas como privadas, en los ámbitos de la salud y los servicios sociales ■

Sección elaborada en colaboración con la Sociedad Española de Directivos de la Salud (SEDISA)





El dolor es un problema
de
salud
pública
cuyo abordaje resulta
prioritario

João Simões

Director General de Grünenthal Pharma

Texto | E.M.

Foto | Grünenthal Pharma



“El dolor es un problema de salud pública cuyo abordaje resulta prioritario”

Como responsable de una compañía especializada en aportar soluciones a profesionales y pacientes en torno al dolor, ¿considera que está bien tratado el dolor en España?

El dolor es un problema de salud pública, cuyo abordaje resulta prioritario por su elevada prevalencia y su repercusión en la calidad de vida de los pacientes, ya que interfiere en su capacidad para desarrollar actividades de la vida diaria, familiar y laboral. Durante los últimos años, la formación en dolor y su correcto abordaje han sido una prioridad para muchos profesionales sanitarios y para las administraciones sanitarias. A esto se añade como puntos fuertes, los avances farmacológicos y no farmacológicos disponibles para pacientes, la dedicación continua e incansable de los profesionales de dolor de diversas especialidades en mejorar su abordaje y el mayor conocimiento de los propios pacientes sobre cómo es su enfermedad.

Entre los puntos fuertes del manejo del dolor destacaría los avances farmacológicos y no farmacológicos, la dedicación de los profesionales y el mayor conocimiento de los pacientes sobre su enfermedad

¿El dolor tiene que ser abordado como una enfermedad en sí mismo o como un síntoma?

Si hablamos de dolor crónico, es una enfermedad, y esto es algo asumido por los profesionales clínicos especializados en esta patología. Sin embargo, esta realidad tomó carta de naturaleza en mayo de 2019, cuando la Organización Mundial de

la Salud hizo pública la nueva clasificación internacional de enfermedades CIE-11. Esto nos ha llevado a pasar de un concepto único como síntoma, al de enfermedad crónica, lo que representa una gran oportunidad de mejora, que permite avanzar en el diagnóstico y el tratamiento de los pacientes con dolor crónico, lo que sin duda revertirá en la mejora de su calidad de vida. Desde Grünenthal trabajamos para consolidar este nuevo paradigma a través de la visibilidad, la concienciación social y colaborando para una mejor coordinación de los agentes implicados.

¿Supone la adherencia terapéutica un reto a la hora de tratar al paciente con dolor?

La adherencia es uno de los grandes retos que tenemos; el que el paciente tenga un buen cumplimiento del tratamiento, a las dosis y posología establecidas y durante el tiempo adecuado, va a permitir un mayor éxito del mismo. Para ello hay que tener en cuenta dos puntos fundamentales, el primero la información clara y adecuada al paciente y sus familiares en el caso de personas mayores y dependientes sobre el plan terapéutico (formación sobre el tratamiento, objetivos realistas, posibles efectos adversos, etc). La segunda cuestión el abordaje multidisciplinar del dolor en el que, como puntos cruciales para mejorar la adherencia, destacaría la comunicación entre todos los profesionales sanitarios que están en torno al cuidado de un paciente, y las herramientas que permitan la comunicación y un adecuado seguimiento.

La situación actual ha provocado la paralización de muchas intervenciones sobre los pacientes con dolor ¿cómo ha afectado la actual pandemia?

El dolor es una enorme carga. Tiene un impacto muy negativo en los pacientes, sus familias, amigos, cuidadores y en toda la sociedad; además la pandemia está teniendo sin duda un efecto muy desfavorable en ellos. Desde el retraso de citas y, por tanto, de diagnósticos y planes terapéuticos, hasta el empeoramiento de su dolor. De hecho, según la encuesta ‘Paciente, dolor crónico y COVID-19’, realizada por la Sociedad Española del Dolor, el 59 por ciento de las personas con dolor manifestó que el confinamiento ha incrementado su problema de salud.

Grünenthal es una compañía comprometida desde sus inicios con el manejo del dolor, pero en la actualidad ¿qué ofrecen al profesional sanitario para mejorar la calidad de vida de sus pacientes?

Nuestra misión es mejorar la calidad de vida de los pacientes. Para ello unimos fuerzas con nuestros profesionales sanitarios, aportándoles contenidos de valor y ofreciéndoles herramientas para abordar sus necesidades y las de sus pacientes. El ejemplo más reciente de ello es nuestra Campaña Uni2, con la que seguiremos seguir mostrando nuestra empatía, cercanía y solidaridad con los profesionales sanitarios durante la pandemia por la COVID-19. Bajo el paraguas de seis pilares fundamentales: ansiedad y depresión, calidad del sueño, actividad física, alimentación, comorbilidades y, finalmente, retos asistenciales, hemos trabajado incesantemente en la creación de contenidos útiles para seguir ayudando a nuestros profesionales sanitarios a mejorar la calidad de vida de sus pacientes. Vídeos, infografías, guías especializadas, webinars, podcasts, etc., así como otras actividades formativas, han sido algunos ejemplos de ello. Además, contamos con la iniciativa Dolor.com, web de referencia sobre el conocimiento, tratamiento y alivio del dolor para pacientes y profesionales sanitarios. Hoy en día, más de 6.000 profesionales confían en Dolor.com.

¿En qué consiste su estrategia de innovación?

Nuestro propósito es mejorar la calidad de vida de los pacientes con dolor, como he mencionado, y nuestra pasión es la innovación. Nos impulsa buscar medicamentos y soluciones que sean efectivos y transformen la vida de pacientes con enfermedades graves y con grandes necesidades médicas no satisfechas. En el 2019, Grünenthal dio pasos decisivos en Investigación y Desarrollo (I+D) para avanzar hacia nuestra visión de un mundo sin dolor. En un proceso amplio e interfuncional, redefinimos nuestra estrategia para el manejo del dolor. Nuestras actividades de I+D ahora se centran en cuatro indicaciones estratégicas: dolor neuropático periférico, dolor crónico posquirúrgico, dolor lumbar crónico y osteoartritis. En todas estas indicaciones, aún existen necesidades médicas significativas no cubiertas que queremos atender a través de medicamentos altamente innovadores que en realidad supongan una diferencia evidente para los pacientes. Pero la innovación en Grünenthal no se limita a nuestro trabajo en I+D. Es parte del ADN de esta Compañía y lo aplicamos también a la forma en que trabajamos. La situación provocada por la pandemia ha puesto de manifiesto que la tecnología está preparada para ayudarnos a mantener las relaciones personales y profesionales a distancia. Este hecho pone de relevancia la necesidad de reevaluar los procesos de trabajo, tanto internos como externos; pero en Grünenthal queremos ir todavía más lejos, y hemos aprovechado esta ocasión para acelerar la transformación digital que ya habíamos iniciado hace unos años.

Hace unos meses recibieron el Premio Pasteur de la Medicina, Farmacia e Investigación Biomédica 2020 de la Asociación Europea de Economía y Competitividad, ¿qué ha supuesto este reconocimiento?

Ha sido un orgullo y un reconocimiento a nuestro compromiso por mejorar la cali-

dad de vida de las personas que padecen dolor y ayudar a aquellos que más sufren. Durante los meses más duros del confinamiento, emprendimos numerosas acciones solidarias enmarcadas dentro de la campaña “La cara más humana de Grünenthal”. Algunas de las más destacadas fueron la bonificación del 100 por ciento de la compra de medicamento hospitalario de abril a julio, la donación de 4.000

mascarillas FFP2 a los servicios de anestesiología y dolor de una veintena de hospitales ubicados en las zonas más afectadas por la pandemia en el territorio nacional, así como la donación de termómetros digitales y pulsioxímetros destinados a todas las unidades de dolor tanto públicas como privadas que existen en España. Pero, además, se promovieron muchas otras iniciativas promovidas por las propias personas que trabajan en nuestra Compañía. Ha sido increíble ver su dedicación, compromiso y sentimiento a la hora de ponerse manos a la obra para ayudar a quienes en ese momento más lo necesitaban, demostrando que no son solo excelentes profesionales, sino que también son grandes personas.

Considera que los profesionales sanitarios en España están bien formados y sensibilizados con el dolor. ¿Qué acciones o actividades se organizan desde Grünenthal en este sentido? ¿Qué respuesta tienen?

La formación de nuestros profesionales sanitarios en el abordaje del dolor ha sido siempre una prioridad para Grünenthal, ya que entendemos que proporcionar educación y apoyo holístico a nuestros profesionales es fundamental para garantizar la seguridad en el tratamiento del dolor de los pacientes. Para ello trabajamos en colaboración con los profesionales y diversas sociedades científicas vinculadas al abordaje del dolor para ofrecer actividades formativas de interés y, sobre

todo, de calidad. Webinars, cursos, guías, congresos digitales, etc. son algunas de las herramientas que desarrollamos en esta área. En cuanto a la respuesta que tienen, el interés creciente de los médicos de distintas especialidades por el correcto abordaje del dolor es patente en el

La pandemia está teniendo sin duda un efecto muy desfavorable en los pacientes con dolor

éxito de estas iniciativas. En los últimos 10 años, más de 65.000 profesionales sanitarios se han formado en algunos de los cursos acreditados que hemos puesto en marcha y existe un incremento paulatino en estas cifras. Durante todo el año, contamos con una amplia oferta formativa sobre distintos temas relacionados al dolor dirigida a los distintos perfiles de profesionales sanitarios (enfermería, médicos y farmacéuticos). A través de distintas plataformas, Grünenthal ofrece cursos acreditados de alto nivel científico.

En cuanto al futuro de Grünenthal, ¿qué otros objetivos hay a corto y medio plazo?

Grünenthal es la compañía líder en el área de dolor en España y nuestro objetivo principal pasa por consolidarnos como tal en los próximos años y buscar otras terapias en áreas adyacentes. Grünenthal ha entrado en el campo de la osteoporosis en 2020 y en aparato digestivo en 2019, que son 2 áreas muy ligadas al dolor. En aparato digestivo, por ejemplo, trabajamos la protección gástrica tan necesaria para las personas que tratan su dolor con antiinflamatorios. Este crecimiento viene apalancado en la calidad de nuestros productos, en la reputación de la compañía que se viene consolidando con reconocimientos como el premio Pasteur, pero también en la pasión y capacidades de nuestra gente. Una vez más fuimos reconocidos por el instituto Great Place to Work como un gran lugar para trabajar, que tiene especial relevancia dado el año en que se realizó, marcado por un fuerte impacto de la pandemia ■



ac



FUE NOTICIA

La tualidad del sector



FUE NOTICIA

La actualidad del sector

2 de febrero

Carolina Darías nombra a Francisco Hernández Spínola como subsecretario de Sanidad.

Carolina Darías, ministra de Sanidad, elegía a Francisco Hernández Spínola como subsecretario de Sanidad. Hasta ahora era secretario de Estado de Política Territorial y Función Pública. Hernández Spínola es licenciado en Derecho por la Universidad de La Laguna; es funcionario del Cuerpo Superior de Administradores, Es-



cala de Administradores Generales de la Comunidad Autónoma de Canarias con más de 38 años de servicios en las Administraciones Públicas. Ha sido jefe de Sección y de Servicio en distintos departamentos del Gobierno de Canarias. Además, José Moya Otero era nombrado director de Gabinete de la ministra de Sanidad. Es doctor en Ciencias de la Educación por la Universidad de Málaga desde 1993. Anteriormente, obtuvo la Diplomatura en Educación General Básica por la Universidad de Córdoba y las Licenciaturas en Filosofía y en Ciencias de la Educación, ambas por la U.N.E.D ■

La COVID, reconocida como enfermedad profesional en personal sanitario. El Consejo de Ministros aprobaba la consideración de la COVID-19 como enfermedad profesional en personal sanitario. La Confederación Estatal de Sindicatos Médicos (CESM) y el Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos (CGCOM), entre otras entidades, acogían con satisfacción la noticia. José Luis Escrivá, ministro de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones, explicaba que la medida “va a permitir en determinadas circunstancias una mayor protección a los sanitarios que han contraído el virus”. Tras el Consejo de Ministros, Escrivá apuntaba que la medida tiene carácter retroactivo y se extiende también a “celadores u otros trabajadores que desempeñan su labor en el ámbito sanitario”, tal y como reclamaban los sindicatos. Por otra parte, el Decreto aprobado por el Gobierno también regula que los profesionales sanitarios jubilados puedan compatibilizar su pensión con el trabajo profesional durante la pandemia de COVID-19. Esta medida supone que la consideración de enfermedad profesio-

nal comparta con el accidente la cuantía de la prestación económica, la responsabilidad de la mutua en su asistencia sanitaria y el recargo de prestaciones por falta de medidas de seguridad e higiene, establecidas en el artículo 164 de la Ley General de la Seguridad Social ■

10 de febrero

España necesita “urgentemente” una planificación de RRHH.

Así lo anunciaba el Centro de Estudios del Sindicato Médico de Granada, que dirige Vicente Matas Aguilera. Esta entidad ha realizado una revisión de la evolución de los médicos internos residentes (MIR) durante los últimos años. Las conclusiones se han recogido en el informe ‘Facultativos residentes en España en enero 2021’. Los últimos datos de residentes que se están formando en España son del 31 de diciembre 2018, procedentes del Ministerio. Este año se estima que está próxima al 2,5 por ciento, ya que ha pasado del 4,69 por ciento a finales de 2014 al 2,75 por ciento a finales de 2018. Existen “importantes variaciones por especialidad”, ha apuntado el informe. El total posible de facultativos resi-



dentos en España en enero de 2021 sería de 30.630. Además, también se estaban formando un máximo de 3.178 graduados/diplomados en enfermería. En cuanto a la titulación mediante la que los facultativos residentes acceden, los médicos suponen más del 93,6 por ciento, los farmacéuticos el 3,3 por ciento, los psicólogos el 1,9 por ciento, los biólogos son el 0,6 por ciento, químicos el 0,3 por ciento y físicos el 0,3 por ciento. El porcentaje de feminización en Psicología es del 79,9 por ciento. En Farmacia es del 67,1 por ciento; Medicina tiene un 64,1 por ciento, le sigue Biología el 61,6 por ciento, Química con el 57,7 por ciento, y por último Física presenta

el menor grado de feminización con el 41,9 por ciento. Por comunidades autónomas, Madrid tiene el mayor número de residentes, con 5.776 (el 18,9 por ciento del total), le siguen Andalucía, Cataluña y la Comunidad Valenciana. Estas cuatro comunidades suponen el 59,8 por ciento de los residentes con 18.332 en total ■

11 de febrero

El Foro de la Profesión establece con Carolina Darias “una hoja de ruta”. Carolina Darias, ministra de Sanidad, se reunía con el Foro de la Profesión. En este primer encuentro, los asistentes constituían diversos grupos de trabajo para crear una hoja de ruta para los próximos meses. Asimismo, fijaban los calendarios de próximas reuniones del plenario. Participaban en el encuentro virtual Vicenç Martínez, director general de Ordenación Profesional, Patricia Lacruz, directora general de Cartera Básica de Servicios del Sistema Nacional de Salud y de Farmacia, representantes de la Organización Médica Colegial, del Consejo General de Enfermería, los sindicatos SATSE y CESH y el Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos (CGCOF), así como representantes de las comunidades autónomas. En la reunión se planteó la creación de tres grandes grupos de trabajo. El primero se centra en la política de Recursos Humanos, con el objetivo principal de reducir la precariedad y la temporalidad laboral. Según Serafín Romero, “también a petición del Foro Médico, abordó la formación médica continuada, el desarrollo profesional, la VPC y la recertificación. Son temas esenciales para el desarrollo de los profesionales sanitarios”. El tercero de estos grupos se centrará en reactivar un plan “que se ha quedado paralizado y que es el entorno de la Atención Primaria ■

17 de febrero

Satse alerta del incremento de agresiones a personal sanitario. El sindicato de Enfermería Satse alertaba del incremento de agresiones a profesionales sanitarios durante los últimos años y reclamaba al Ministerio de Sanidad y a las consejerías de Salud que “agilicen la recopilación de datos sobre agresiones a profesionales sanitarios”. En su opinión, “no es razonable” que el último informe presentado sea de 2017-2018 y “no se conozca oficialmente la realidad actual”. El sindicato ha observado “un repunte de casos después del periodo de emergencia sanitaria por la COVID-19”. También se ha constatado un aumento en el número de denuncias de profesionales sanitarios después de una agresión verbal o física

entre 2017 y 2018. Y así se ha reflejado en el informe correspondiente del Ministerio de Sanidad. Durante 2017 se registraron 8.326 notificaciones, lo que supone una tasa glo-



bal de 15,39 agresiones por cada 1.000 profesionales. En 2018 hubo 9.506 notificaciones, lo que supone una tasa de 17,17 agresiones por cada 1.000 profesionales del Sistema Nacional de Salud (SNS). El perfil del profesional agredido es en su mayoría mujer, entre los 35 y los 55 años, y perteneciente a personal de enfermería y médico ■

19 de febrero

SEMPSPH y semFYC, en contra de “los vacunódromos”. La Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública e Higiene (SEMPSPH) y la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC) indicaban que la vacunación frente al SARS-CoV-2 debería realizarse en los servicios de Medicina Preventiva y en los equipos de Atención Primaria. Así debería ser tanto en los grupos de alto riesgo como en el conjunto de la población. Ambas sociedades científicas reclamaban una estrategia colaborativa entre Atención Primaria y Hospitalaria. “Los vacunódromos no son necesarios, puesto que tan solo es imprescindible dimensionar adecuadamente los servicios sanitarios y seguir protocolos específicos diseñados por Salud Pública”, han indicado en un comunicado ■

NOTA: Cronología del 1 de febrero al 1 de marzo de 2021.

Para ampliar informaciones, ver:
<http://www.elmedicointeractivo.com>



inst



INVESTIGACIÓN

La
antánea
médica



Reino Unido llevará a cabo el primer ensayo del mundo que infectará de coronavirus a personas sanas

Reino Unido llevará a cabo el primer ensayo de infección humana controlada del coronavirus del mundo, en el que personas sanas serán infectadas con el virus para estudiar la eficacia de las vacunas y los tratamientos contra la enfermedad.

El estudio, que ha obtenido la aprobación ética, comenzará "en las próximas semanas" y en el mismo participarán 90 voluntarios sanos "cuidadosamente escogidos" con edades que oscilan entre los 18 y los 30 años. Se expondrán al virus en un ambiente controlado y seguro, mientras que profesionales sanitarios vigilarán su salud. Entre otros aspectos, la investigación ayudará a los científicos a comprender qué carga viral es necesaria para causar una infección y cómo el sistema inmunitario reacciona al SARS-CoV-2. Además, hará que los profesionales sanitarios tengan un mejor entendimiento de la COVID-19, la enfermedad causada por el virus, que desembocará en el desarrollo de más vacunas y tratamientos. El ministro de Negocios, Kwasi Kwarteng, ha señalado que el estudio pretende "encontrar las mejores y más efectivas vacunas" para usarlas "durante un largo período de tiempo", por lo que la investigación mejorará el conocimiento de los científicos sobre cómo afecta el coronavirus a las personas. Asimismo, ha reconocido los "increíbles progresos" de los investigadores y científicos de todo el mundo a este respecto. Durante varias décadas, los estudios clínicos llevados a cabo en humanos, en condiciones seguras, han jugado un rol importante en la aceleración del desarrollo de tratamientos para enfermedades como la malaria, el cólera y la gripe. Hasta el momento, la pandemia de coronavirus ha dejado más de 109,5 millones de personas contagiadas, incluidas más de 2,4 millones de víctimas mortales ■

Ajustar bien la mascarilla es más importante que el material de que esté hecha

Un equipo de investigadores de la Universidad de Cambridge en Reino Unido ha estudiado la efectividad de diferentes tipos de mascarillas ante la gran cantidad de estudios y recomendaciones, muchas veces contradictorias, sobre cuáles son las que protegen mejor y más tiempo. El estudio, publicado en la revista 'PLoS ONE', analizó las N95, KN95 o FFP2, quirúrgicas y de tela, y descubrieron que para conseguir la mejor protección contra COVID-19, el ajuste es tan importante, o más importante, que el material del que está hecha. Los investigadores, llevaron a cabo una serie de diferentes pruebas de ajuste y descubrieron que cuando una máscara de alto rendimiento, como una máscara N95, KN95 o FFP2, no se ajusta correctamente, no funciona mejor que una tela. Las diferencias menores en los rasgos faciales, como la cantidad de grasa debajo de la piel, también mostró diferencias significativas en qué ajuste bien. La pandemia de COVID-19 ha convertido a las mascarillas faciales que se ajustan bien en un equipo de protección vital para los trabajadores de la salud. Si bien se ha demostrado la importancia de usarlas para frenar la propagación del virus, sigue existiendo una falta de comprensión sobre el papel que juega un buen ajuste para asegurar su efectividad. "Sabemos que a menos que haya un buen sellado entre la máscara y la cara del usuario, muchos aerosoles y gotas se filtrarán por la parte superior y los lados de la mascarilla, como lo sabrán muchas personas que usan gafas. Queríamos evaluar cuantitativamente



el nivel de ajuste ofrecido por varios tipos de máscaras y, lo más importante, evaluar la precisión de la implementación de comprobaciones de ajuste comparando los resultados de la comprobación de ajuste con los resultados de las pruebas de ajuste cuantitativas", ha señalado Eugenia O Kelly del Departamento de Ingeniería de Cambridge, primer autor del artículo. En su estudio, los investigadores encontraron que cuando se ajustan correctamente, las máscaras N95 filtran más del 95% de las partículas en el aire, ofreciendo una protección superior. Sin embargo, en algunos casos, las máscaras N95 mal ajustadas solo eran comparables con las mascarillas quirúrgicas o de tela ■



SPIRAXIN

Rifaximina- α

NOMBRE DEL MEDICAMENTO: Spiraxin 200 mg comprimidos recubiertos con película. **COMPOSICIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA:** Cada comprimido contiene 200 mg de Rifaximina. Para consultar la lista completa de excipientes, ver *Lista de excipientes*. **DATOS CLÍNICOS: Indicaciones terapéuticas:** Spiraxin, Rifaximina, está indicado en la enterocolitis bacteriana resistente al tratamiento sintomático en pacientes de riesgo por patología asociada, inmunodepresión o edad avanzada. Colitis pseudomembranosa en pacientes resistentes a la vancomicina, diverticulitis aguda. También está indicado como profilaxis pre y post operatoria en cirugía del tracto gastrointestinal y como terapia coadyuvante en la hiperamonemia. Deben tenerse en cuenta las recomendaciones oficiales sobre el uso adecuado de los agentes antibacterianos. **Posología y forma de administración: Posología:** La posología media recomendada es de 200 mg (1 comprimido) cada 6 horas, hasta remisión de los síntomas. Esta dosis puede ser incrementada hasta 400 mg en adultos cada 8 horas, en aquellos casos que, por su complicación, pudiera requerir un incremento de dosis y siempre bajo criterio facultativo. Se aconseja no sobrepasar los 7 días de tratamiento. **Ancianos:** No es necesario ajustar la dosis ya que los datos sobre seguridad y eficacia de Spiraxin no mostraron diferencias entre los ancianos y los pacientes más jóvenes. **Insuficiencia hepática:** No es necesario ajustar la dosis en pacientes con insuficiencia hepática. **Insuficiencia renal:** Aunque no se prevén cambios en la dosis, hay que tener precaución en pacientes con insuficiencia renal. **Población pediátrica:** No se ha establecido la seguridad y eficacia de rifaximina en niños menores de 12 años de edad. Los datos actualmente disponibles se describen en el apartado 5.1, pero no se puede hacer una recomendación de posología. **Forma de administración:** Vía oral con un vaso de agua. Rifaximina puede ser administrada con o sin alimentos. **Contraindicaciones:** Hipersensibilidad a la rifaximina, derivados de la rifaximina o a alguno de los excipientes incluidos en la sección *Lista de excipientes*. Obstrucción intestinal. Lesiones ulcerativas intestinales graves. Diarrea complicada con fiebre o sangre en las heces. **Advertencias y precauciones especiales de empleo:** Se ha notificado diarrea asociada a *Clostridium difficile* (DADC) con el uso de casi todos los agentes antibacterianos, incluida rifaximina. No se puede descartar la potencial asociación del tratamiento de rifaximina con la DADC o la colitis pseudomembranosa (CPM). Se debe tener especial precaución cuando se use rifaximina de forma concomitante con un inhibidor de la glicoproteína-P como la ciclosporina. Los datos clínicos han demostrado que rifaximina no es eficaz en el tratamiento de las infecciones intestinales debidas a patógenos entéricos invasivos tales como *Campylobacter jejuni*, *Salmonella spp.* y *Sigella spp.*, que típicamente causan diarrea, fiebre, sangre en las heces y aumento de la frecuencia de las deposiciones. Rifaximina debería ser retirada si los síntomas de la diarrea empeoran o persisten transcurridas más de 48 horas y debería considerarse una terapia antibiótica alternativa. Se debe informar a los pacientes de que, a pesar de que la absorción del fármaco es insignificante (menos del 1%), como todos los derivados de la rifaximina, rifaximina puede causar una coloración roja de la orina. Se han notificado casos tanto de aumento como de disminución de la relación normalizada internacional (en algunos casos con episodios de sangrado) en pacientes bajo terapia de mantenimiento con warfarina a los que se les prescribió rifaximina. En caso de ser necesaria la coadministración, la relación normalizada internacional debe ser estrechamente monitorizada con la adición o retirada del tratamiento con rifaximina. Puede ser necesario el ajuste de dosis de anticoagulantes orales para mantener el nivel de anticoagulación deseado. **Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción:** No hay experiencia respecto a la administración de rifaximina en pacientes que estén tomando otro agente antibacteriano derivado de la rifaximina para el tratamiento de una infección bacteriana sistémica. Los datos *in vitro* muestran que rifaximina no inhibe las principales enzimas metabolizadoras de fármacos del citocromo P-450 (CYP) (CYP1A2, 2A6, 2B6, 2C8, 2C9, 2C19, 2D6, 2E1 y 3A4). En los estudios de inducción *in vitro* rifaximina no indujo la expresión del CYP1A2 ni del CYP2B6 pero fue un inductor débil del CYP3A4. En sujetos sanos, los estudios clínicos de interacción de medicamentos demostraron que rifaximina no afectó significativamente la farmacocinética de los sustratos del CYP3A4, sin embargo, en pacientes con insuficiencia hepática no se puede descartar que rifaximina pueda disminuir la exposición de sustratos del CYP3A4 administrados de forma concomitante (p.ej., warfarina, antiepilépticos, antirretrovirales, anticonceptivos orales), debido a la mayor exposición sistémica respecto a los sujetos sanos. Se han notificado tanto casos de aumento como de disminución de la relación normalizada internacional en pacientes bajo terapia de mantenimiento con warfarina a los que se les prescribió rifaximina. En caso de ser necesaria la coadministración, la relación normalizada internacional debe ser estrechamente monitorizada con la adición o retirada del tratamiento con rifaximina. Puede ser necesario el ajuste de dosis de anticoagulantes orales para mantener el nivel de anticoagulación deseado. Un estudio *in vitro* indicó que rifaximina es un sustrato moderado de la glicoproteína-P (P-gp) y es metabolizada por el CYP3A4. Se desconoce si los medicamentos concomitantes que inhiben el CYP3A4 pueden aumentar la exposición sistémica de rifaximina. En sujetos sanos, la coadministración de una dosis única de ciclosporina (600 mg), un potente inhibidor de la glicoproteína-P junto con una dosis única de rifaximina (550 mg) produjo un incremento en la media de la C_{max} y el $AUC_{0-\infty}$ de rifaximina de 83 y 124 veces, respectivamente. La relevancia clínica de este incremento en la exposición sistémica es desconocida. La posibilidad de que se produzcan interacciones entre medicamentos a nivel de los sistemas transportadores ha sido evaluada *in vitro*, y estos estudios indican que es poco probable que se produzca una interacción clínica entre rifaximina y otros compuestos que son eliminados por la vía de la P-gp y de otras proteínas de transporte (MRP2, MRP4, BCRP y BSEP). En caso de administración de carbón activo, rifaximina debe tomarse como mínimo 2 horas después de dicha administración. **Fertilidad, embarazo y lactancia: Embarazo:** No hay datos o éstos son limitados relativos al uso de rifaximina en mujeres embarazadas. Los estudios en animales mostraron efectos transitorios en la osificación y variaciones esqueléticas en el feto (ver sección 5.3). La relevancia clínica de estos hallazgos en humanos se desconoce. Como medida de precaución, es preferible evitar el uso de rifaximina durante el embarazo. **Lactancia:** Se desconoce si la rifaximina o sus metabolitos se excretan en la leche materna. No se puede excluir el riesgo en recién nacidos / niños lactantes. Se debe decidir si es necesario interrumpir la lactancia o interrumpir el tratamiento tras considerar el beneficio de la lactancia para el niño y el beneficio del tratamiento para la madre. **Fertilidad:** Los estudios en animales no indican efectos perjudiciales directos o indirectos respecto a la fertilidad masculina y femenina. **Efectos sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas:** Se han notificado casos de mareo y somnolencia en estudios clínicos controlados. Sin embargo, la influencia de Spiraxin sobre la capacidad de conducir y utilizar máquinas es insignificante. **Reacciones adversas: Ensayos clínicos:** Durante estudios clínicos controlados y doble ciego o estudios de farmacología clínica, los efectos de rifaximina han sido comparados con placebo y con otros antibióticos, por lo tanto se dispone de datos de seguridad cuantitativos. Nota: muchas de las reacciones adversas enumeradas (en particular las relacionadas con el aparato gastrointestinal) pueden ser atribuidas a la enfermedad de base tratada ya que, durante los estudios clínicos, se han producido con una frecuencia similar en los pacientes tratados con placebo. **Experiencia post-marketing:** Durante el uso posterior a la aprobación de rifaximina se han reportado más efectos adversos. La frecuencia de estas reacciones no es conocida (no puede estimarse a partir de los datos disponibles). Las reacciones adversas consideradas al menos posiblemente relacionadas con rifaximina, se han ordenado de acuerdo con la clasificación de órganos del sistema MedDRA y con la frecuencia. Las categorías de frecuencia se definen mediante la siguiente convención: Muy frecuentes (> 1/10); Frecuentes (\geq 1/100 a < 1/10); Poco frecuentes (de \geq 1/1.000 a < 1/100); Raras (> 1/10.000 a < 1/1.000); Muy raras (< 1/10.000). Frecuencia no conocida (no puede estimarse a partir de los datos disponibles). **Infecciones e infestaciones:** Poco frecuentes: Candidiasis, herpes simple, nasofaringitis, faringitis, infección de las vías respiratorias superiores. Frecuencia no conocida: Infección por *Clostridium*. **Trastornos de la sangre y del sistema linfático:** Poco frecuentes: Linfocitosis, monocitosis, neutropenia. Frecuencia no conocida: Trombocitopenia. **Trastornos del sistema inmunológico:** Frecuencia no conocida: Reacciones anafilácticas, hipersensibilidad. **Trastornos del metabolismo y de la nutrición:** Poco frecuentes: Disminución del apetito, deshidratación. **Trastornos psiquiátricos:** Poco frecuentes: Insomnio, sueños anormales, depresión, nerviosismo. **Trastornos del sistema nervioso:** Frecuentes: Mareo, cefalea. Poco frecuentes: Hipoestesia, migraña, parestesia, cefalea sinus, somnolencia. Frecuencia no conocida: Presincope. **Trastornos oculares:** Poco frecuentes: Diplopía. **Trastornos del oído y del laberinto:** Poco frecuentes: Dolor de oído, vértigo. **Trastornos cardíacos:** Poco frecuentes: Palpitaciones. **Trastornos vasculares:** Poco frecuentes: Sofocos, aumento de la presión sanguínea. **Trastornos respiratorios, torácicos y mediastínicos:** Poco frecuentes: Tos, disnea, congestión nasal, sequedad de garganta, dolor orofaríngeo, rinoreya. **Trastornos gastrointestinales:** Frecuentes: Estreñimiento, dolor abdominal, distensión abdominal, diarrea, flatulencia, náuseas, tenesmo rectal, urgencia de evacuación, vómitos. Poco frecuentes: Ascitis, dispepsia, disórdenes de la motilidad gastrointestinal, dolor abdominal superior, hematocque, heces mucosas, heces duras, sequedad labial, trastornos del gusto. **Trastornos hepatobiliares:** Poco frecuentes: Incremento de la aspartato aminotransferasa. Frecuencia no conocida: Anomalías en las pruebas de función hepática. **Trastornos de la piel y del tejido subcutáneo:** Poco frecuentes: Erupciones, sarpullidos y exantema, quemaduras solares. Frecuencia no conocida: Angioedema, dermatitis, dermatitis exfoliativa, eczema, eritemas, prurito, purpura, urticarias. **Trastornos musculoesqueléticos y del tejido conectivo:** Poco frecuentes: Dolor dorsal, debilidad muscular, mialgia, espasmos musculares, dolor en el cuello. **Trastornos renales y urinarios:** Poco frecuentes: Glicosuria, poliuria, polaquuria, proteinuria, sangre en orina. **Trastornos del aparato reproductor y de la mama:** Poco frecuentes: Polimenorrea. **Trastornos generales y alteraciones en el lugar de administración:** Frecuentes: Pirexia. Poco frecuentes: Astenia, escalofríos, sudor frío, dolor y malestar, edema periférico, hiperhidrosis, sintomatología similar a la de una gripe. **Exploraciones complementarias:** Frecuencia no conocida: Relación Normalizada Internacional. **Notificación de sospecha de reacciones adversas:** Es importante notificar sospechas de reacciones adversas al medicamento tras su autorización. Ello permite una supervisión continuada de la relación beneficio/riesgo del medicamento. Se invita a los profesionales sanitarios a notificar las sospechas de reacciones adversas a través del Sistema Español de Farmacovigilancia de medicamentos de Uso Humano: <https://www.notificaram.es>. **Sobredosis:** En estudios clínicos realizados en pacientes con diarrea del viajero, se han tolerado dosis de hasta 1.800 mg/día sin sufrir ningún signo clínico grave. Incluso en pacientes/sujetos con una flora bacteriana intestinal normal, rifaximina en dosis de hasta 2.400 mg/día durante 7 días no dio lugar a ningún síntoma clínico relevante relacionado con la dosis alta. En caso de sobredosis accidental, se recomiendan tratamientos sintomáticos y medidas de soporte. **DATOS FARMACÉUTICOS: Lista de excipientes:** Carboximetilcelulosa sódica (tipo A) (de patata), Diestearato de glicerol, Sílice coloidal anhidra, Talco (E-553b), Celulosa microcristalina (E-460), Hipromelosa, Dióxido de titanio (E-171), Edulcorante de disodio, Propilenglicol (E-1520), Óxido de hierro rojo (E-172). **Incompatibilidades:** Ninguna. **Período de validez:** 3 años. **Precauciones especiales de conservación:** No requiere condiciones especiales de conservación. **Naturaleza y contenido del envase:** Los comprimidos recubiertos con película se acondicionan en blísters de PVC/PE-PVDC/Aluminio, en cajas de 12 o 24 comprimidos. **TITULAR DE LA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN:** Alfasigma, S.p.A., Via Ragazzi del 99 n. 5 - 40133 Bolonia, Italia. **PRESENTACIÓN:** SPIRAXIN, envase con 12 comprimidos recubiertos. PVP: 9,21 €. Con receta médica. Reembolsado por la Seguridad Social. Aportación normal. **FECHA DE REVISIÓN DEL TEXTO:** Octubre 2018



ATERINA

SULODEXIDA

NOMBRE DEL MEDICAMENTO: ATERINA 15 mg cápsulas blandas. **COMPOSICIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA:** ATERINA 15 mg cápsulas blandas: cada cápsula blanda contiene 15 mg de sulodexida equivalente en actividad "in vitro" a: 150 unidades lipasémicas (ULS), y a 1.350 unidades internacionales anti-factor X activado (UI anti Xa). Excipientes con efecto conocido: Cada cápsula blanda contiene 0,267 mg de Amarillo anaranjado S (E110), 0,043 mg de Rojo cochinita A (E124), 0,304 mg de Etil parahidroxibenzoato de sodio (E215), 0,151 mg de Propil parahidroxibenzoato de sodio (E217). Para consultar la lista completa de excipientes, ver *Lista de excipientes*. **DATOS CLÍNICOS: Indicaciones terapéuticas:** ATERINA está indicado en adultos. Tratamiento de la insuficiencia venosa crónica. Tratamiento de la úlcera venosa crónica. Tratamiento sintomático de la claudicación intermitente en la enfermedad arterial periférica oclusiva (estado II). **Posología y forma de administración:** *Tratamiento de la insuficiencia venosa crónica:* Se recomienda administrar dos cápsulas de 15 mg dos veces al día (4 cápsulas al día en total) durante 3 meses. *Tratamiento de la úlcera venosa crónica:* Se recomienda iniciar el tratamiento con 60 mg al día por vía parenteral (ampollas) durante 15-20 días y continuar con la formulación oral de 2 cápsulas de 15 mg dos veces al día (4 cápsulas al día), pudiendo aumentarse según respuesta clínica hasta un máximo de 3 cápsulas de 15 mg dos veces al día (6 cápsulas al día). La duración recomendada del tratamiento es de 2-3 meses. *Tratamiento sintomático de la claudicación intermitente en la enfermedad arterial periférica oclusiva (estado II):* Se recomienda iniciar el tratamiento con 60 mg al día por vía parenteral (ampollas) durante 15-20 días y continuar con la formulación oral de 2 cápsulas de 15 mg dos veces al día (4 cápsulas al día), pudiendo aumentarse según respuesta clínica hasta un máximo de 3 cápsulas de 15 mg dos veces al día (6 cápsulas al día). La duración recomendada es de 6 meses. **Población pediátrica:** No se ha establecido la seguridad y eficacia de ATERINA en niños y adolescentes. No se dispone de datos. **Insuficiencia hepática:** No se dispone de datos sobre la seguridad y eficacia en pacientes con insuficiencia hepática. **Personas de edad avanzada:** Los estudios clínicos realizados con pacientes mayores de 65 años demuestran que no es necesario ajustar la dosis en estos pacientes. **Forma de administración:** Las cápsulas deben ingerirse con líquido y separadas de las comidas. **Contraindicaciones:** Hipersensibilidad al principio activo, a la heparina, a medicamentos similares o a alguno de los excipientes incluidos en la sección *Lista de excipientes*. Sulodexida está contraindicada en pacientes con enfermedades y diátesis hemorrágicas. **Advertencias y precauciones especiales de empleo:** A las dosis recomendadas, sulodexida no modifica significativamente los parámetros de coagulación. No obstante, sulodexida puede aumentar el efecto anticoagulante de la heparina o de los anticoagulantes orales. En caso de tratamiento anticoagulante concomitante, se recomienda administrar con precaución y realizar un control periódico de los parámetros de coagulación. Se deberá administrar con precaución en pacientes con riesgo aumentado de complicaciones hemorrágicas. **Advertencias sobre excipientes:** ATERINA 15 mg cápsulas blandas puede producir reacciones alérgicas porque contiene Amarillo anaranjado S (E110) y Rojo cochinita A (E124). Puede provocar asma, especialmente en pacientes alérgicos al ácido acetilsalicílico. Puede producir reacciones alérgicas (posiblemente retardadas) porque contiene Etil parahidroxibenzoato de sodio (E215) y Propil parahidroxibenzoato de sodio (E217). Este medicamento contiene menos de 23 mg de sodio (1 mmol) por cápsula; esto es, esencialmente "evento de sodio". **Trazabilidad:** con objeto de mejorar la trazabilidad de los medicamentos biológicos, el nombre y el número de lote del medicamento administrado deben estar claramente registrados. **Interacciones con otros medicamentos y otras formas de interacción:** La sulodexida es un heparinoide, por lo que puede aumentar el efecto anticoagulante de la heparina o de los anticoagulantes orales. En caso de tratamiento anticoagulante concomitante, se recomienda administrar con precaución y realizar un control periódico de los parámetros de coagulación. **Fertilidad, embarazo y lactancia: Embarazo:** No hay datos o éstos son limitados (datos en menos de 300 embarazos) relativos al uso de sulodexida en mujeres embarazadas. Los estudios en animales no sugieren efectos perjudiciales directos ni indirectos en términos de toxicidad para la reproducción. Como medida de precaución, es preferible evitar el uso de ATERINA durante el embarazo. **Lactancia:** Se desconoce si sulodexida o sus metabolitos se excretan en la leche materna. No se puede excluir el riesgo en recién nacidos/niños. Debe interrumpirse la lactancia durante el tratamiento con ATERINA. **Fertilidad:** Los estudios en animales no indican efectos perjudiciales directos ni indirectos en referencia a la fertilidad femenina o masculina. **Efecto sobre la capacidad para conducir vehículos y utilizar máquinas:** La influencia de ATERINA sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas es nula o insignificante. **Reacciones adversas:** La seguridad de sulodexida ha sido evaluada en más de 4.800 pacientes tratados con sulodexida que han participado en los ensayos clínicos. De ellos, más de 2.200 pacientes fueron tratados durante al menos un año. La frecuencia de reacciones adversas asociadas al tratamiento con sulodexida procede de estudios clínicos realizados en pacientes tratados con la posología y duración estándar. Asimismo, durante la post-comercialización se han notificado reacciones adversas cuya frecuencia no puede ser establecida a partir de los datos disponibles (frecuencia no conocida). A continuación se listan las reacciones adversas según la clasificación de órganos del sistema MedDRA, con la siguiente convención de frecuencias: muy frecuentes (\geq 1/10); frecuentes (\geq 1/100 a < 1/10); poco frecuentes (\geq 1/1.000 a < 1/100); raras (\geq 1/10.000 a < 1/1.000); frecuencia no conocida (no puede estimarse a partir de los datos disponibles). **Trastornos del sistema nervioso:** Poco frecuentes: Cefalea. **Muy raras:** Pérdida de conciencia. **Trastornos del oído y del laberinto:** Frecuentes: Vértigo. **Trastornos gastrointestinales:** Frecuentes: Dolor epigástrico, diarrea, náuseas. Poco frecuentes: Molestia abdominal, dispepsia, flatulencia, vómitos. **Muy raras:** Hemorragia gástrica. **Frecuencia no conocida:** Trastorno gastrointestinal, melenas, pirexia. **Trastornos de la piel y del tejido subcutáneo:** Frecuentes: Erupción. Poco frecuentes: Eczema, eritema, urticaria. **Frecuencia no conocida:** Angioedema, equimosis, pápulas, prurito, rubefacción, Síndrome de Stevens Johnson. **Trastornos generales y alteraciones en el lugar de administración:** **Muy raras:** Edema periférico. **Trastornos de la sangre y del sistema linfático:** **Frecuencia no conocida:** Anemia. **Trastornos del aparato reproductor y de la mama:** **Frecuencia no conocida:** Edema genital, eritema genital, polimenorrea. **Trastornos respiratorios, torácicos y mediastínicos:** **Frecuencia no conocida:** Asma. **Trastornos renales y urinarios:** **Frecuencia no conocida:** Incontinencia urinaria. **Trastornos vasculares:** **Frecuencia no conocida:** Epistaxis, sofocos. **Notificación de sospechas de reacciones adversas:** Es importante notificar sospechas de reacciones adversas al medicamento tras su autorización. Ello permite una supervisión continua de la relación beneficio/riesgo del medicamento. Se invita a los profesionales sanitarios a notificar las sospechas de reacciones adversas a través del Sistema Español de Farmacovigilancia de medicamentos de Uso Humano: <https://www.notificaram.es>. **Sobredosis:** La hemorragia es el efecto adverso que puede ocurrir más frecuentemente con una sobredosis. En caso de hemorragia es necesario inyectar sulfato de protamina (solución al 1%), tal como se utiliza en las hemorragias por heparina. **DATOS FARMACÉUTICOS: Lista de excipientes:** *Contenido de la cápsula:* Laurilsarcosinato sódico, Dióxido de silicio, Triacetato. *Componentes de la cápsula:* Gelatina, Glicerol (E422), Etil parahidroxibenzoato de sodio (E215), Propil parahidroxibenzoato de sodio (E217), Amarillo anaranjado S (E110), Rojo cochinita A (E124), Dióxido de titanio (E171). **Incompatibilidades:** No procede. **Precauciones especiales de conservación:** No se requieren condiciones especiales de conservación. **Precauciones especiales de eliminación:** Ninguna especial. La eliminación del medicamento no utilizado y de todos los materiales que hayan estado en contacto con él, se realizará de acuerdo con la normativa local. **TITULAR DE LA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN:** Alfasigma España, S.L. Avda. Diagonal, 490 - 08006 Barcelona. **PRESENTACIÓN:** ATERINA 15 mg cápsulas blandas se presenta en envases de 60 cápsulas. PVP: 13,47 €. Medicamento sujeto a condiciones de prescripción médica restringida. Medicamento incluido en la prestación farmacéutica del Sistema Nacional de Salud. Aportación reducida. **FECHA DE LA REVISIÓN DEL TEXTO:** Diciembre 2020.

1. Carroll BJ, et al. *Sulodexide in venous disease*. J Thromb Haemost. 2019 Jan;17(1):31-38.

1. NOMBRE DEL MEDICAMENTO: EDUNIX 4 mg comprimidos de liberación prolongada, EDUNIX 8 mg comprimidos de liberación prolongada, EDUNIX 16 mg comprimidos de liberación prolongada, EDUNIX 32 mg comprimidos de liberación prolongada. **2. COMPOSICIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA:** Cada comprimido de liberación prolongada contiene 4 mg de hidrocloreto de hidromorfona (equivalente a 3,55 mg de hidromorfona). Cada comprimido de liberación prolongada contiene 8 mg de hidrocloreto de hidromorfona (equivalente a 7,09 mg de hidromorfona). Cada comprimido de liberación prolongada contiene 16 mg de hidrocloreto de hidromorfona (equivalente a 14,19 mg de hidromorfona). Cada comprimido de liberación prolongada contiene 32 mg de hidrocloreto de hidromorfona (equivalente a 28,38 mg de hidromorfona). Excipiente con efecto conocido: Cada comprimido de liberación prolongada contiene un máximo de 6,97 mg de sacarosa. Cada comprimido de liberación prolongada contiene un máximo de 13,94 mg de sacarosa. Cada comprimido de liberación prolongada contiene un máximo de 27,88 mg de sacarosa. Cada comprimido de liberación prolongada contiene un máximo de 55,77 mg de sacarosa. Para consultar la lista completa de excipientes ver sección 5.1.

3. FORMA FARMACÉUTICA: Comprimidos de liberación prolongada. EDUNIX 4 mg comprimidos de liberación prolongada. Comprimido rosa, redondo, biconvexo de 6 mm. EDUNIX 8 mg comprimidos de liberación prolongada. Comprimido blanco, oblongo, biconvexo de 11 x 5 mm con ranura en ambas caras. El comprimido se puede dividir en dosis iguales. EDUNIX 16 mg comprimidos de liberación prolongada. Comprimido amarillo, oblongo, biconvexo de 14 x 6,5 mm con ranura en ambas caras. El comprimido se puede dividir en dosis iguales. EDUNIX 32 mg comprimidos de liberación prolongada. Comprimido rojo oscuro, oblongo, biconvexo de 18 x 8,5 mm con ranura en ambas caras. El comprimido se puede dividir en dosis iguales.

4. DATOS CLÍNICOS:

4.1 Indicaciones terapéuticas. Este medicamento está indicado en el tratamiento de dolor intenso.

4.2 Posología y forma de administración. Posología. La dosis se debe ajustar a la gravedad del dolor y a la respuesta individual del paciente. Debido a la variabilidad individual en la respuesta a opioides, se recomienda, en todos los pacientes, iniciar el tratamiento con opioides con la dosis eficaz menor y aumentarla hasta lograr un alivio adecuado del dolor, con reacciones adversas tolerables. En general, se debe administrar una dosis suficientemente alta mientras que para cada caso individual se debe administrar la dosis analgésica efectiva más baja. Adultos y adolescentes (mayores de 12 años). En general, la dosis de inicio es de 8 mg de hidromorfona cada 24 horas. La dosis se puede ajustar con precisión de acuerdo a la respuesta hasta un nivel de analgesia aceptable. Después de 2 días, si se requiere, la dosis se puede ajustar al alza en incrementos de 4 u 8 mg dependiendo de la respuesta y las necesidades suplementarias de analgésicos. Nota importante: la dosis diaria de EDUNIX no debe administrarse más de una vez cada 24 horas y debe administrarse aproximadamente a la misma hora todos los días. La dosis no debe aumentarse en intervalos menores de 2 días. Los pacientes que ya están recibiendo opioides regularmente pueden iniciar el tratamiento con dosis más altas de hidromorfona teniendo en cuenta su dosis diaria de opioides previa. Se debe tener precaución al cambiar de una pauta de un comprimido de 16 mg a dos comprimidos de 8 mg. Se debe advertir al paciente de que en el caso de olvidar la toma de una dosis programada, tomará tan pronto como se dé cuenta de ello, la siguiente dosis reiniciando la pauta con un nuevo horario, cada 24 horas, a partir de entonces. Se debe considerar instaurar una profilaxis adecuada a las reacciones adversas conocidas de los opioides (como el estreñimiento). Duración de la administración: Este medicamento no debe tomarse más tiempo del necesario. Si necesita un tratamiento a largo plazo debido al tipo y la gravedad de la enfermedad, se requiere una estrecha monitorización periódica para determinar si el tratamiento debe continuar y en qué medida. Finalización del tratamiento: La interrupción brusca del tratamiento con hidromorfona en pacientes con dependencia física a opioides puede causar síntomas de abstinencia. Si la interrupción del tratamiento con hidromorfona está indicada, se debe reducir la dosis de hidromorfona al 50 % cada 2 días, hasta alcanzar la dosis más baja que permita una interrupción segura. Si se producen síntomas de abstinencia, debe interrumpirse la reducción de la dosis. La dosis se debe incrementar ligeramente hasta que las señales de síntomas de abstinencia a los opioides desaparezcan. Posteriormente, se debe continuar la reducción de dosis de hidromorfona ya sea aumentando el intervalo entre cada reducción de dosis de hidromorfona, o reemplazando la dosis reducida por una dosis analgésica equivalente de otro opioide. Poblaciones especiales. Uso en pacientes de edad avanzada: Los pacientes de edad avanzada pueden requerir menor dosis que la recomendada en adultos para lograr una analgesia adecuada. Pacientes con insuficiencia renal y/o hepática: Estos pacientes pueden requerir menor dosis de la recomendada para conseguir una analgesia adecuada. La dosis debe ajustarse cuidadosamente en respuesta a la analgesia. No se recomienda el uso de este medicamento en pacientes con insuficiencia hepática grave. Niños menores de 12 años: No se recomienda el uso de hidromorfona en niños menores de 12 años debido a que su seguridad y eficacia no están demostradas. Forma de administración: Uso oral. Los comprimidos deben tragarse enteros con una cantidad suficiente de líquido y no deben masticarse, ni dividirse, ni triturarse, con el fin de evitar daños en las propiedades de la liberación controlada de los gránulos contenidos en los comprimidos.

4.3 Contraindicaciones: Hipersensibilidad al principio activo o a alguno de los excipientes incluidos en la sección 5.1. Depresión respiratoria. Pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica grave. Coma. Abdomen agudo. Íleo paralítico. Administración concomitante con inhibidores de monoamino oxidasa (IMAOs) o durante las 2 semanas después de la interrupción de su uso.

4.4 Advertencias y precauciones especiales de empleo. El mayor riesgo de la sobredosis de opioides es la depresión respiratoria. Se requiere un uso prudente en pacientes con dependencia conocida a los opioides, pacientes con lesiones en la cabeza (debido al riesgo de un aumento de la presión intracraneal), trastornos convulsivos, alcoholismo, delirium tremens, psicosis tóxica, hipotensión con hipovolemia, trastornos de la conciencia, enfermedades del tracto biliar, cólico biliar o nefrítico, pancreatitis, trastornos intestinales obstructivos e inflamatorios, hipertrofia prostática, insuficiencia suprarrenal (por ejemplo, enfermedad de Addison), hipotiroidismo, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, capacidad respiratoria reducida, en pacientes de edad avanzada o debilitados y en pacientes con deterioro renal o hepático grave (ver sección 4.2). En estos pacientes se aconseja una reducción de la dosis. El uso a largo plazo de hidromorfona puede causar tolerancia, lo que conduce a la utilización de dosis más altas para lograr el efecto analgésico deseado. Puede producirse tolerancia cruzada con otros opiáceos. El uso crónico de hidromorfona puede causar dependencia física pudiendo provocar síntomas de abstinencia la interrupción brusca del tratamiento. Si el tratamiento con hidromorfona ya no es necesario, se aconseja reducir gradualmente la dosis con el fin de evitar la aparición de síndrome de abstinencia. Hidromorfona tiene un perfil de abuso similar a otros agonistas opioides fuertes y puede ser visto y utilizado de forma abusiva por individuos con problemas de adicción latentes o manifiestos. Puede desarrollarse una dependencia psicológica con el uso de analgésicos opiáceos como hidromorfona. Por lo que este medicamento se debe emplear con especial precaución en pacientes con antecedentes de abuso al alcohol y a las drogas. En caso de producirse íleo paralítico durante su uso, el tratamiento con hidromorfona debe interrumpirse inmediatamente. En particular, puede darse raramente hiperalgesia con dosis altas que no responderán a un aumento adicional de la dosis del medicamento. Puede ser necesaria una reducción de la dosis o un cambio a otro opioide. No se recomienda el uso de hidromorfona en el preoperatorio ni en las primeras 24 horas después de una intervención quirúrgica debido al aumento del riesgo de íleo que ocurre tras una intervención en comparación con no tener una cirugía. Después de ese período hidromorfona debe utilizarse con precaución, particularmente después de una cirugía abdominal. Los pacientes a punto de recibir una terapia adicional para alivio del dolor (por ejemplo, cirugía, bloqueo del plexo) no deben ser tratados con hidromorfona 24 horas antes de la cirugía. Si se indica un tratamiento posterior con hidromorfona, la dosis deberá ajustarse a las nuevas necesidades postoperatorias. Se debe hacer hincapié que una vez que los pacientes se han tratado con una dosis efectiva de algún opioide, no deben cambiar a otras preparaciones analgésicas opioides sin una evaluación clínica y una cuidadosa revisión de la dosis, según sea necesario. De lo contrario no está garantizada una acción analgésica continua. Las dosis de EDUNIX 16 mg y 32 mg no son adecuadas para un tratamiento inicial con opioides. Sólo deben administrarse las dosis más altas del medicamento (16 mg y 32 mg) a pacientes en los que, a pesar de la terapia del dolor crónico con dosis más bajas de hidromorfona (4 mg u 8 mg) u otros analgésicos fuertes comparables, ya no se logra suficiente alivio del dolor. En caso de insuficiencia suprarrenal, se deben controlar los niveles de cortisona en plasma y complementar con corticosteroides en caso necesario. Riesgo del uso concomitante de medicamentos sedantes como las benzodiacepinas o medicamentos relacionados: El uso concomitante de EDUNIX y medicamentos sedantes como las benzodiacepinas o medicamentos relacionados pueden ocasionar sedación, depresión respiratoria, coma o la muerte. Debido a estos riesgos, la prescripción concomitante con estos medicamentos sedantes debe estar reservada a los pacientes para los cuáles no es posible un tratamiento alternativo a los opioides. Si se decide prescribir EDUNIX concomitantemente con medicamentos sedantes, se debe usar la dosis efectiva más baja, y la duración del tratamiento debe ser lo más corta posible. Se debe hacer un seguimiento estrecho a los pacientes, de los signos y síntomas de la depresión respiratoria y de la sedación. En este

aspecto, es fuertemente recomendado informar a los pacientes y a sus cuidadores para que sean conscientes de estos síntomas (ver sección 4.5). El uso concomitante de hidromorfona y alcohol puede aumentar las reacciones adversas de hidromorfona, se debe evitar el uso concomitante. Este medicamento está destinado sólo para uso oral. El abuso de hidromorfona mediante administración parenteral puede dar lugar a efectos adversos graves, que pueden ser mortales. Para evitar daños en las propiedades de la liberación controlada de los gránulos contenidos en los comprimidos, los comprimidos de liberación prolongada no se deben masticar ni triturar. La administración de comprimidos masticados o triturados conduce a una rápida liberación y absorción de una dosis de hidromorfona potencialmente mortal (ver sección 4.9). Dopaje. Se debe advertir a los deportistas que este medicamento puede producir un resultado positivo en las pruebas de control anti-dopaje. Excipientes. Este medicamento contiene sacarosa. Los pacientes con intolerancia hereditaria a la fructosa, malabsorción de glucosa o galactosa, o insuficiencia de sacarasa-isomaltasa, no deben tomar este medicamento. Población pediátrica. No se recomienda el uso de este medicamento en niños menores de 12 años, debido a que no se dispone de datos suficientes de seguridad y eficacia. **4.5 Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción.** La administración concomitante con sustancias con acción central como tranquilizantes, anestésicos, por ejemplo, barbitúricos, hipnóticos y sedantes, neurolépticos, antidepresivos y sustancias antihistamínicas /antieméticas y otros opioides o alcohol puede potenciar los efectos depresores del SNC de cualquiera de estas sustancias, por ejemplo, la sedación y depresión respiratoria. La administración concomitante de inhibidores de la monoamino oxidasa (IMAOs) y opioides puede producir una estimulación o depresión del Sistema Nervioso Central (SNC) o puede inducir hipotensión o hipertensión. El uso concomitante de hidromorfona e IMAOs está contraindicado, (ver sección 4.3). Medicamentos sedantes como las benzodiacepinas o medicamentos relacionados: El uso concomitante de opioides con medicamentos sedantes como las benzodiacepinas o medicamentos relacionados incrementa el riesgo de sedación, depresión respiratoria, coma y muerte debido a la adición del efecto depresor del SNC. La dosis y la duración concomitantemente debe ser limitada (ver sección 4.4). Hidromorfona puede potenciar la acción de agentes bloqueantes neuromusculares y producir un grado excesivo de depresión respiratoria. El alcohol puede aumentar los efectos farmacodinámicos de hidromorfona; se debe evitar el uso concomitante. No se han realizado estudios de interacción. **4.6 Fertilidad, embarazo y lactancia.** Embarazo. No hay, o la cantidad de datos es insuficiente sobre el uso de hidromorfona en mujeres embarazadas. La hidromorfona no se debe usar durante el embarazo y el parto debido a que reduce la contractilidad uterina y debido al riesgo de depresión respiratoria neonatal. El uso prolongado de hidromorfona durante el embarazo puede dar lugar a síndrome de abstinencia neonatal. Estudios en animales han mostrado toxicidad reproductiva. Lactancia. No se dispone de suficiente información sobre la excreción de hidromorfona / metabolitos en la leche materna. No se puede excluir el riesgo en recién nacidos / lactantes. La hidromorfona no se debe utilizar durante la lactancia, de lo contrario, debe interrumpir la lactancia durante el tratamiento con Hidromorfona. Fertilidad. No se observaron efectos sobre la fertilidad masculina o femenina en los estudios en animales. **4.7 Efectos sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas.** Hidromorfona tiene una influencia moderada sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas. Esto es particularmente probable en el inicio del tratamiento con hidromorfona, después de un aumento de la dosis o cambio del medicamento y si hidromorfona se combina con alcohol u otros agentes depresores del SNC. Los pacientes estabilizados con una dosis específica no estarán necesariamente influenciados. Por tanto, los pacientes deberán consultar con su médico si les está permitido conducir o utilizar maquinaria. **4.8 Reacciones adversas.** Resumen del perfil de seguridad. Las reacciones adversas más frecuentes son las náuseas (en particular al inicio del tratamiento) y estreñimiento. A continuación se enumeran las categorías por frecuencias, en función de la clasificación de las reacciones adversas: Muy frecuentes $\geq 1/10$ Frecuentes $\geq 1/100$ a $<1/10$. Poco frecuentes $\geq 1/1.000$ a $<1/100$. Raras $\geq 1/10.000$ a $<1/1.000$. Muy raras $<1/10.000$. Frecuencia no conocida o no puede estimarse a partir de los datos disponibles. Trastornos del sistema inmunológico. Muy raras: Reacciones de hipersensibilidad (incluyendo inflamación orofaríngea). Frecuencia no conocida: Reacciones anafilácticas. Trastorno del metabolismo y de la nutrición. Frecuentes: Disminución del apetito, anorexia. Trastornos psiquiátricos. Frecuentes: Ansiedad, confusión, insomnio. Poco frecuentes: Depresión, disforia, euforia, alucinaciones, pesadillas. Raras: Adicción, agitación. Trastornos del sistema nervioso. Frecuentes: Mareo, somnolencia. Poco frecuentes: Dolor de cabeza, temblor, mioclonía, parestesia. Raros: Convulsiones, sedación. Muy raras: Hiperalgasia (ver sección 4.4). Trastornos oculares. Poco frecuentes: Miosis, visión borrosa. Trastornos cardíacos. Poco frecuentes: Taquicardia. Raras: Bradicardia, palpitaciones. Trastornos vasculares. Frecuentes: Hipotensión. Trastornos respiratorios, torácicos y mediastínicos. Poco frecuentes: Disnea. Raros: Depresión respiratoria, broncoespasmo. Trastornos gastrointestinales. Frecuentes: Estreñimiento, dolor abdominal, sequedad de boca, náuseas, vómitos. Poco frecuentes: Dispepsia, diarrea, disgeusia. Muy raras: Íleo paralítico. Trastornos hepato biliares. Raros: Cólico biliar, aumento de las enzimas pancreáticas. Muy raras: Aumento de las enzimas hepáticas. Trastornos de la piel y del tejido subcutáneo. Frecuentes: Prurito, sudoración. Poco frecuentes: Rash, urticaria. Raras: Rubor facial. Trastornos renales y urinarios. Frecuentes: Retención urinaria, urgencia urinaria. Trastornos del aparato reproductor y de la mama. Poco frecuentes: Disminución de la libido, disfunción eréctil. Trastornos generales y alteraciones en el punto de administración. Frecuentes: Astenia. Poco frecuentes: Tolerancia, síndrome de abstinencia. Pueden darse reacciones de abstinencia que incluyan agitación, ansiedad, nerviosismo, insomnio, hipercinesia, temblor y síntomas gastrointestinales. Muy raras: Edema periférico. Notificación de sospechas de reacciones adversas. Es importante notificar sospechas de reacciones adversas al medicamento tras su autorización. Ello permite una supervisión continuada de la relación beneficio/riesgo del medicamento. Se invita a los profesionales sanitarios a notificar las sospechas de reacciones adversas a través del Sistema Español de Farmacovigilancia de Medicamentos de Uso Humano: www.notificaram.es **4.9 Sobredosis.** Síntomas de sobredosis: Los signos y síntomas de toxicidad de hidromorfona y sobredosis se caracterizan por alteraciones como "sensación extraña", falta de concentración, somnolencia y mareos al ponerse de pie. Otros posibles síntomas característicos de la sobredosis son depresión respiratoria (disminución de la frecuencia de respiración y/o volumen que entra, respiración de Cheyne-Stokes, cianosis), somnolencia extrema que progresa a estupor o coma, miosis, flacidez muscular esquelética, piel húmeda, bradicardia e hipotensión. Una intoxicación excesiva puede inducir apnea, insuficiencia circulatoria, paro cardíaco y muerte. Tratamiento de la sobredosis: En caso de sobredosis, las condiciones circulatorias y respiratorias del paciente deben ser vigiladas de cerca y se deben adoptar medidas de apoyo adecuadas. Un antagonista opioide específico como la naloxona puede suprimir los efectos inducidos de la hidromorfona. Se debe tener en cuenta que la duración de la acción opioide puede ser más larga que la de la naloxona y puede volver a ocurrir una depresión respiratoria. Si se han ingerido grandes cantidades de hidromorfona se debe realizar un lavado gástrico. **5. DATOS FARMACÉUTICOS. 5.1 Lista de excipientes.** Núcleo del comprimido: Esferas de azúcar, Hipromelosa, Etilcelulosa, Hiprolosa, Trietil citrato, Talco, Carmelosa sódica, Celulosa microcristalina, Estearato de magnesio, Sílice coloidal anhidra, Recubrimiento del comprimido: Alcohol polivinílico, Macrogol 4000, Talco. EDUNIX 4 mg. Dióxido de titanio (E171). Óxido de hierro (III) (E172). EDUNIX 8 mg. Dióxido de titanio (E171). EDUNIX 16 mg. Dióxido de titanio (E171). Oxihidróxido de hierro (III) + H₂O (E172). EDUNIX 32 mg. Óxido de hierro (III) (E172). **5.2 Incompatibilidades.** No procede. **5.3 Período de validez:** 4 años. **5.4 Precauciones especiales de conservación.** Este medicamento no requiere condiciones especiales de conservación. **6. TITULAR DE LA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN.** Aristo Pharma Iberia, S.L. C/ Solana, 26, 28850, Torrejón de Ardoz, Madrid-España. **7. CONDICIONES DE PRESCRIPCIÓN Y DISPENSACIÓN.** Medicamento sujeto a prescripción médica. Receta estupefaciente. Incluido en el SNS. **8. PRESENTACIONES Y PRECIOS.** EDUNIX 4 mg 30 comprimidos liberación prolongada, PVP IVA 16,19€. EDUNIX 8 mg 30 comprimidos liberación prolongada, PVP IVA 32,38€. EDUNIX 16 mg 30 comprimidos liberación prolongada, PVP IVA 64,75€. EDUNIX 32 mg 30 comprimidos liberación prolongada, PVP IVA 129,49€.

Puesta al día en el conocimiento y abordaje del paciente frágil con diabetes mellitus tipo 2

Se presenta el Documento SEGG 'Manejo del Paciente Frágil con DM2', el primero de la serie "Decisiones Clave en Geriatría", fruto de un acuerdo de colaboración entre la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología (SEGG) y EL MÉDICO, medio de comunicación de Grupo SANED

La diabetes mellitus tipo 2 es una patología altamente prevalente en las consultas de Atención Primaria y con un claro impacto en la calidad de vida de los pacientes. Por su parte, la fragilidad es un factor predictivo de discapacidad, dependencia y mortalidad en los ancianos. Además, la diabetes es en sí misma un factor de riesgo para desarrollar fragilidad.

Por este motivo, y ante la necesidad de actualizar conocimientos en este campo, se ha elaborado el Documento SEGG 'Manejo del Paciente Frágil con DM2', el primero de la serie "Decisiones Clave en Geriatría", fruto de un acuerdo de colaboración entre la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología (SEGG) y EL MÉDICO, medio de comunicación de Grupo SANED.

La monografía está coordinada por las doctoras María Teresa Vidán Astiz, del Servicio de Geriatría del Hospital Gregorio Marañón de Madrid y vicepresidenta de la SEGG, y Irene Bretón Lesmes, del Servicio de Endocrinología y Nutrición del mismo centro sanitario y presidenta de la Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición. Se ha llevado a cabo con la coordinación editorial de EL MÉDICO y el patrocinio de Boehringer Ingelheim.

Una herramienta de consulta útil para optimizar el tratamiento

Este Documento SEGG está pensado para que todos los médicos que atienden a pacientes ancianos diabéticos frágiles "tengan

una herramienta de consulta útil para optimizar el tratamiento en los distintos contextos clínicos, por ejemplo, cuando coexiste enfermedad cardiovascular, ingesta irregular o demencia", tal y como han señalado sus coordinadoras. Se trata de que el anciano frágil no se vea privado, sólo por ser frágil, de los fármacos que han demostrado beneficio en otros grupos de población, "pero que a la vez se realice una correcta adecuación de

las pautas de tratamiento, dosis u orden de selección de fármacos, de acuerdo al grado de fragilidad y contexto clínico concreto".

Esta monografía está dividida en cinco capítulos a través de los cuales se repasan aspectos importantes como: Peculiaridades de la diabetes mellitus en el anciano frágil, pautas de tratamiento de la diabetes mellitus en diferentes contextos, protocolos de tratamiento de la diabetes en el anciano frágil hospitalizado, tratamiento de los factores de riesgo cardiovascular en el anciano con diabetes, y los efectos cardiovasculares de los nuevos antidiabéticos.



Documento práctico y a la vez muy completo

El Documento SEGG 'Manejo del Paciente Frágil con DM2' es un documento práctico y a la vez muy completo, que ha sido realizado por un equipo multidisciplinar que lo enriquece. "Además de abordar la fragilidad, da pautas de tratamiento tanto para el paciente mayor frágil atendido en Atención Primaria como para el hospitalizado", señalan sus coordinadoras.

La monografía repasa también el manejo de otros factores de riesgo cardiovascular asociados y tiene un capítulo dedicado a los efectos cardiovasculares de los nuevos antidiabéticos. "Este último aspecto ha evolucionado mucho en los últimos años, con importantes estudios que demuestran el beneficio de algunos tratamientos antidiabéticos sobre determinadas enfermedades cardiovasculares, independiente de su efecto sobre la glucosa".

Uno de los principales problemas que tiene el médico de Atención Primaria es la falta de tiempo para realizar una valoración geriátrica integral o un estudio de fragilidad. Por este motivo, "creemos que puede ser de gran utilidad poner a su disposición escalas sencillas de detección de fragilidad y aproximaciones para la toma de decisiones terapéuticas basadas en el grado de fragilidad y dependencia de los pacientes mayores".

La serie "Decisiones Clave en Geriatría" tiene entre sus objetivos mejorar la formación de aquellos médicos especialistas que manejen en su práctica diaria patologías prevalentes en la población de edad avanzada ■

El Documento SEGG 'Manejo del Paciente Frágil con DM2' y esta noticia han contado con el patrocinio de:



EDUNIX

Hidromorfona

Edunix comprimidos de liberación prolongada **puede dividirse en dosis iguales**^{1,2}

1 toma diaria¹
24 h de alivio del dolor

Nueva formulación galénica³

- Mejor tolerabilidad.
- Mejor adherencia al tratamiento.
- Mayor tasa de éxito en el alivio del dolor.
- Menor incidencia de reacciones adversas.

Edunix presenta **bajo riesgo de interacciones medicamentosas** debido a que no se metaboliza vía citocromo P-450.^{1,4}



Sin gluten
Sin lactosa

^{1*} Ficha técnica de EDUNIX. / ^{2*} Excepto 4mg 30 comp. / ^{3*} Ueberal, MA. et al. Wirksamkeit und Verträglichkeit oral-retardierter Opioidagonisten in Abhängigkeit von der Komorbidität chronischer Schmerzpatienten. Ergebnisse einer retrospektiven Evaluation anonymisierter Behandlungsdaten des PraxisRegister Schmerz durch die Deutsche Gesellschaft für Schmerzmedizin. 34 (5), pp. 46-56. 2018 / ^{4*} Nadstawek, J. et al. Hydromorphone in elderly patients with polythia and with severe pain. The pain clinic, vol. 18, No. 5-6, pp. 403-413. 2006.



somos información



El Médico
Interactivo

Información sanitaria diaria
desde 1999

www.elmedicointeractivo.com