



# SOCIEDAD MURCIANA DEL DOLOR

## CONCLUSIONES DE LA TERCERA JORNADA ANUAL DE LA SOCIEDAD MURCIANA DEL DOLOR

El pasado 26 de octubre de 2016 tuvo lugar, en el Hospital General Universitario J. M. Morales Meseguer de Murcia, las 3ª Jornadas de la Sociedad Murciana de Dolor, contando como ponentes con:

- Dr. D. Juan Francisco Mulero Cervantes. Coordinador de la Unidad de Dolor del Hospital Santa Lucía de Cartagena. Presidente de la Sociedad Murciana de Dolor.
- Dr. D. Joaquín Cartagena Sevilla. Responsable de la Unidad de Dolor del Hospital J. M. Morales Meseguer de Murcia.
- Dr. D. Enrique Borrás Rubio. Unidad de Dolor del Hospital J. M. Morales Meseguer de Murcia.
- Dr. D. José Antonio Martínez Lozano. Médico de Familia. Centro de Salud de Cabezo de Torres.

Las jornadas las abrió el presidente de la sociedad Dr. Juan Francisco Mulero haciendo un repaso de la presencia del dolor crónico en nuestra población, destacando el 20% de prevalencia de dolor crónico de grado moderado/severo con una importante repercusión laboral y económica (alrededor del 2 - 3% del PIB), a pesar de las recomendaciones del año 2011 del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad sobre estándares y recomendaciones de calidad y seguridad en unidades de dolor, que quiere garantizar el tratamiento del dolor en todas sus facetas a través de las Unidades de Dolor Crónico.

Para ello establece criterios de organización y gestión, clasificándolas en niveles en función del grado de complejidad y especialización, e integrándolas en la red asistencial. Debe existir una unidad de nivel III (mayor grado de complejidad) por cada 1,5 - 2 millones de habitantes. En nuestra región, a pesar de tener una población adecuada y profesionales con la formación necesaria, que diariamente atendemos pacientes de dolor crónico de la máxima complejidad, no disponemos de ninguna unidad de dolor de nivel III, pues se necesita el apoyo institucional para dotar adecuadamente una unidad de dolor que pueda alcanzar este nivel.

Se valoró la actividad de las unidades de dolor presentes en la Comunidad de Murcia, donde hay 7 en funcionamiento, que atienden una población que varía desde 285.000 habitantes las unidades de centros



# SOCIEDAD MURCIANA DEL DOLOR

con mayor zona sanitaria, hasta alrededor de 60.000 habitantes, las unidades de dolor de zonas con menor población.

En 2015 se vieron en consulta de dolor crónico en la región, 11.392 pacientes, de los cuales 7.734 pacientes fueron revisiones, y 3.658 fueron primeras visitas. En este periodo de tiempo se realizaron técnicas intervencionistas 3.499 pacientes, siendo necesario realizar dichas técnicas en quirófano a 1.977 pacientes. Un importante número de pacientes que contrasta con la poca representación de la atención al dolor en el Servicio Murciano de Salud y en los medios de comunicación.

Toda esta actividad, con medios muy limitados, da lugar a unas listas de espera, que varían de los pocos meses (2-4 meses) para primera visita de algunos centros, hasta más de 9 meses en otros centros. Revisiones con demoras de más de 8-9 meses, y demoras para realizar técnicas en quirófano, por DOLOR, superiores incluso al año en algunos centros.

Esta demora nos lleva a buscar alternativas y, sobre todo, colaboración en otros niveles asistenciales para que nuestros pacientes estén lo mejor atendidos posible, y ese es el tema de la siguiente ponencia, en la que el Dr. D. Joaquín Cartagena Sevilla nos habla del Programa de Colaboración entre la Unidad de Dolor y Atención Primaria.

El Dr. Cartagena nos relata la experiencia de la Unidad de Dolor del H. JM Morales Meseguer, que tras intentar infructuosamente realizar protocolos de derivación y de tratamiento de los pacientes desde primaria, pusieron en marcha un programa pionero en el que médicos de atención primaria de los diferentes centros de salud de la zona, pasaban una semana integrados en la unidad de dolor del hospital, compartiendo pacientes, experiencias, formación y técnicas invasivas.

El objetivo del proyecto era variado. Por una parte, disminuir la demanda de atención especializada, pero tan importante o más, formar referentes del tratamiento del dolor en los diferentes centros de salud, y, sobre todo, que desde primaria se conocieran las opciones que puede ofrecer la unidad de dolor en cuanto a diagnóstico y tratamiento, y que desde la unidad de dolor se conociera las posibilidades y problemática que se tenía en primaria para tratar a estos pacientes.

Para llevar a cabo este proyecto es necesario la implicación real de los órganos gestores de las áreas de salud, que permita la formación adecuada a todos los niveles, mantener y ampliar la cooperación entre unidad de dolor, atención primaria y domiciliaria, sin descuidar la



# SOCIEDAD MURCIANA DEL DOLOR

necesidad de colaboración entre diferentes servicios del propio hospital, creando protocolos y vías clínicas de actuación consensuadas (no impuestas desde un determinado nivel o servicio), aumentando las líneas de comunicación primaria-especializada, incluyendo sesiones conjuntas, y nombrando referentes reconocidos en el tratamiento del dolor dentro de los diferentes servicios y centros de salud.

La respuesta la dio el Dr. Jose Antonio Martinez lozano, médico de familia y uno de los participantes en este proyecto. Para empezar, nos comentó que el primer objetivo, disminuir las derivaciones desde primaria, no se ha cumplido. Probablemente no sea el más importante de los objetivos, sobre todo, tal y como destacó y si hacemos cuentas, las derivaciones de primaria a unidad de dolor no pasa de 1'5 por año y por médico de primaria. Aunque la estadística siempre puede engañarnos un poco, pues habrá médicos que deriven más y otros que no deriven, lo cierto es que nos hace ver que el problema no es la derivación desde primaria, de hecho, revisando las cifras de actividad, probablemente el problema esté en el número de revisiones que se realizan en unidad de dolor.

El Dr. Martinez lozano nos orienta en este sentido, reclamando que no se dificulte la derivación desde primaria, sino que el tratamiento del dolor se apoye en primaria como médicos que más veces atienden a estos pacientes. Para ello, pone en valor el tiempo que estuvo en la unidad de dolor, que le permitió conocer a otros profesionales que atienden los mismos pacientes, ver su funcionamiento y posibilidades reales. El apoyo y la formación le ayuda en el tratamiento de estos pacientes y, desde su experiencia en primaria, aporta alternativas muy interesantes:

- Devolver a primaria los pacientes no subsidiarios de técnicas una vez orientado el tratamiento farmacológico, sin necesidad de revisiones repetidas en la unidad de dolor.
- La primera consulta la puede realizar un médico conocedor del tratamiento farmacológico y formado en dolor, sin ser expresamente miembro de la unidad de dolor. Los pacientes derivados estarán mucho más enfocados.
- Comités interdisciplinares, para los casos más complejos, como existen en otros ámbitos de la clínica.
- Consulta de alta resolución.



# SOCIEDAD MURCIANA DEL DOLOR

La jornada la cerró el Dr. Borrás, que nos recordó que las unidades de dolor tienen una vocación fundamentalmente intervencionista, donde tras valorar al paciente y proponer el tratamiento farmacológico adecuado, su sentido es la realización de la técnica invasiva indicada para el paciente. Este planteamiento, que es el espíritu de las unidades de dolor, está en total consonancia con lo planteado anteriormente, donde la cooperación con primaria aparece como un pilar fundamental en el organigrama del tratamiento del dolor en un área de salud determinada.

Esta vocación intervencionista la desgranó haciendo un repaso de las múltiples opciones de tratamiento invasivo que disponemos según la zona afectada y el tipo de dolor, pasando desde las conocidas infiltraciones con diferentes fármacos, mayoritariamente, corticoides y anestésicos locales, hasta técnicas más específicas, que requieren un importante nivel de formación y que nos permite tratar los casos de mayor complejidad, como radiofrecuencia de nervios periféricos, raíces o plexos, neurolisis, infusión intratecal de fármacos o neuroestimulación.

Como resumen, el dolor crónico de intensidad moderada-severa, afecta a una parte amplia de la población, con importantes repercusiones laborales y económicas, y sobre todo, con una gran alteración de la calidad de vida de estos pacientes. Aunque a nivel de ministerio hace años que están plasmadas las bases para crear una infraestructura sanitaria que dé respuesta a esta necesidad, es necesario un apoyo real y efectivo a nivel de la administración regional y local para que el tratamiento del dolor sea adecuado.

En espera de este impulso de la administración, las diferentes unidades de dolor, que atienden a un número muy importante de pacientes al año, tienen largas colas de espera y demoras que sufren directamente los pacientes.

La búsqueda continua de alternativas lleva a una muy necesaria y útil colaboración con otros servicios, pero, sobre todo, con atención primaria. Proyectos que permitan el conocimiento mutuo de las opciones y posibilidades tanto de primaria como de unidades de dolor, formación adecuada de todos los médicos implicados en la atención de estos pacientes, y una coordinación mejorada, se muestran como las líneas maestras para avanzar en la atención a todos los pacientes que sufren dolor. Nuevamente, el apoyo decidido de la administración es básico para poder dar la calidad asistencial que nuestros pacientes merecen y en la que todos estamos trabajando.