



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



ESPECIAL DOLOR/ENTREVISTA

Ramón Morera i Castell

“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

