



Medicina de Familia. SEMERGEN



<http://www.elsevier.es/semergen>

482/280 - PROGRAMA DOLOVERSIAS: DETECTANDO Y SOLUCIONANDO CONTROVERSIAS EN EL MANEJO DEL DOLOR CRÓNICO INTENSO EN LA PRÁCTICA CLÍNICA DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN ESPAÑA

P. Ibor Vidal¹, J. Sánchez Jiménez², A. Mur Pérez³, J. Freire Pérez⁴, A. Alcántara Montero⁵ y E. Trillo Calvo⁶

¹Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Guillem de Castro. Valencia. ²Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Daroca. Madrid. ³Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Peralta. Peralta. Navarra. ⁴Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de salud Acea de Ama. A Coruña. ⁵Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Manuel Encinas. Consultorio de Malpartida. Cáceres. ⁶Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Belchite. Belchite. Zaragoza.

Resumen

Objetivos: Programa de actualización científica dirigido a médicos de atención primaria (MAP) para la mejoría del tratamiento de pacientes con dolor crónico intenso (escala visual analógica > 7), en base a la identificación de controversias en práctica clínica habitual.

Métodos: Estudio transversal descriptivo mediante un cuestionario online de práctica clínica (31 preguntas en 5 bloques: valoración diagnóstica, inicio tratamiento, seguimiento, derivación y poblaciones especiales), desarrollado por los autores y enviado a un panel de MAP con > 10 años de experiencia en dolor crónico intenso. A partir de los resultados se identificaron controversias (prácticas no homogéneas, no esperables o divergentes vs. las guías).

Resultados: Sesenta y dos MAP (edad media 50,1 ± 9 años, 58,2% hombres) respondieron al cuestionario. 1) Valoración diagnóstica: El 88,7% del panel reportó medir la funcionalidad y/o calidad de vida del paciente con dolor crónico intenso y el 58% identifica el tipo de dolor, aunque estudios previos muestran resultados diferentes. 2) Inicio tratamiento: No hubo una opinión mayoritaria sobre qué se considera una buena respuesta al tratamiento (reducción intensidad dolor ≥ 80%: 19,3%; ≥ 60%: 27,4%; ≥ 50%: 27,4%; ≥ 30%: 25,8%), ni sobre el factor en el que basar la estrategia terapéutica (mecanismo fisiopatológico: 33,87%; escalera analgésica: 29%, ascensor terapéutico: 29%). Un 54,8% reportó no iniciar habitualmente tratamiento con opioides potentes, lo que podría implicar cierto infratratamiento en el dolor crónico intenso. Se reportaron las siguientes prácticas en relación a las dosis iniciales de opioides potentes: dosis bajas de inicio retardado, 48,39%; dosis bajas de inicio rápido, 27,4%; preferencias del paciente, 12,9%; dosis en relación a la intensidad, 11,2%. 3) Seguimiento: A pesar de recomendarse su uso en las guías, menos del 50% del panel reportó realizar la rotación de opioides con tablas de equianalgesia. 4) Derivación: la unidad del dolor es la referencia para la derivación de pacientes con dolor crónico intenso (87,1%), aunque se reportaron limitaciones logísticas según la zona.

Conclusiones: Las controversias detectadas ponen de manifiesto la necesidad de formación en

dolor crónico intenso. En próximas reuniones locales del programa se debatirán y resolverán dichas controversias con la evidencia disponible, creando una red de consultores en los centros de salud.

Palabras clave: Dolor crónico intenso. Práctica clínica. Atención primaria.