

Patología osteomuscular y dolor crónico: rotación multidisciplinar para médicos de Atención Primaria

M. Fernández Hernández¹, D. Bouzas Pérez² y C. Martín Moretón³

¹Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria y en Anestesia, Reanimación y Terapéutica del Dolor. Unidad de Dolor. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. ²Especialista en Medicina Física y Rehabilitación. Hospital de Laredo. ³Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria y en Medicina Física y Rehabilitación. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. España

Fernández Hernández M, Bouzas Pérez D, Martín Moretón C. Patología osteomuscular y dolor crónico: rotación multidisciplinar para médicos de Atención Primaria. Rev Soc Esp Dolor 2017;24(5):256-263.

ABSTRACT

The knowledge of the management of Chronic Pain and Osteomuscular pathology for primary care physicians, regardless of their etiology, is a priority. This is due to the high prevalence of chronic pain, derived from musculoskeletal pathology, and neuropathic pain, which generate a high rate of consultations in Primary Care. It is necessary to establish a training strategy in the Teaching Units of Family and Community Medicine that promotes multidisciplinary rotations, which allow them to diagnose and initially treat musculoskeletal pathology with pain, as well as the most prevalent neuropathic pain pathologies. The objectives of rotation in the Pain Unit: initial approach of patients with chronic nociceptive and neuropathic pain, indications of each infiltration, management of opioids and adjuvants. Learning of those peripheral nerve blocks that can be applied in primary care, implementing the use of ultrasound. In the rotation by the Rehabilitation service they will be able to learn the management of the musculoskeletal pathology: medication, tips-hygienic postural rules, exercises, infiltrations (echogive intervention), knowledge of the referral criteria to the different specialists. MAP can use (Non-Presence Interconsult, Musculoskeletal Units, diagnostic tests), allowing the resident to learn from the clinical cases, as well as the doubts and questions of other primary care physicians. Other elements to be developed in the rotation as a whole would be assistance to the multidisciplinary sessions: these are carried out among all the

services in charge of these patients (Rehabilitation, Neurosurgery, Psychiatry, Clinical Psychology, Rheumatology and Pain Unit). The final objective, encompassed within the framework of cooperation of Primary and Specialized Care, would be: the creation of Patient Care Protocols, development of Derivation Algorithms and collaboration in clinical studies.

Key words: Primary care physicians, formative strategies, pain, musculoskeletal pathology.

RESUMEN

El conocimiento del manejo del dolor crónico y de la patología osteomuscular para los médicos de Atención Primaria, independientemente de su etiología, es prioritario. Ello es debido a la elevada prevalencia del dolor crónico, derivado de patología osteomuscular, y del dolor neuropático, que generan una tasa elevada de consultas en Atención Primaria. Se hace necesario establecer una estrategia formativa en las unidades docentes de medicina familiar y comunitaria que promueva la realización de rotaciones multidisciplinarias, que les permitan diagnosticar y tratar, de manera inicial, la patología músculo-esquelética que cursa con dolor, así como los cuadros más prevalentes de dolor neuropático. Los objetivos de la rotación en la Unidad de Dolor: abordaje inicial de los pacientes con dolor crónico nociceptivo y neuropático, indicaciones de cada infiltración, manejo de opioides y coadyuvantes. Aprendizaje de aquellos bloqueos de nervio periférico que pueden aplicarse en Atención Primaria, implementando el uso de la ecografía. En la rotación por el Servicio de Rehabilitación podrán aprender el manejo de la patología osteomuscular: medicación, consejos-normas higiénico-posturales, ejercicios, infiltraciones (intervencionismo ecoguiado), conocimiento de los criterios de derivación a los distintos especialistas, manejo de los recursos que el MAP puede utilizar

(Interconsulta No Presencial, unidades músculo-esquelético, pruebas diagnósticas), permitiendo al residente aprender de los casos clínicos, así como de las dudas y preguntas de otros médicos de Atención Primaria. Otros elementos a desarrollar en el conjunto de la rotación sería la asistencia a las sesiones multidisciplinarias, que se llevan a cabo entre todos los servicios encargados de la asistencia a estos pacientes (Rehabilitación, Neurocirugía, Psiquiatría, Psicología Clínica, Reumatología y la Unidad de Dolor). El objetivo final, englobado dentro del marco de cooperación entre Atención Primaria y Especializada, sería la creación de Protocolos de Atención a los pacientes, desarrollo de algoritmos de derivación y colaboración en estudios clínicos.

Palabras clave: Médicos de Atención primaria, docencia, dolor, patología osteomuscular.

DOLOR OSTEOMUSCULAR Y CRÓNICO: UN PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA

El dolor crónico constituye un importante problema de salud con elevada repercusión individual, social y económica.

La OMS considera que un 20 % de la población mundial sufre dolor crónico en algún grado. En una encuesta realizada en 2006 a más de 46.000 pacientes (de Europa a Israel) se identificaron como causas más frecuentes del dolor crónico la combinación de osteoartritis y artritis reumatoide (42 %), hernia de disco o fractura vertebral (20 %), trauma o cirugía (15 %), desconocida (12 %), artritis reumatoide y migraña (< 10 %), lesión en nervio (4 %), latigazo cervical (4 %) y cáncer (1 %).

La Encuesta Nacional de Salud de España (ENSE), realizada por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, desde 1987 recoge información relativa al estado de salud de la población. Los datos correspondientes al periodo entre julio de 2011 y junio de 2012 (1), sobre 26.502 entrevistas realizadas, muestra que al menos uno de cada seis adultos (15 y más años) padece alguno de los trastornos crónicos más frecuentes: dolor de espalda lumbar (18,6 %), artrosis, artritis o reumatismo (18,3 %) y dolor cervical crónico (15,9 %).

En España (2), la frecuencia de dolor crónico en población adulta es muy elevada: un 15-25 % de los adultos sufren dolor crónico en un momento dado, una cifra que aumenta al 50 % en los mayores de 65 años.

El proyecto *Pain Proposal* es una iniciativa desarrollada bajo el aval de la Federación Europea de la Asociación Internacional del Estudio del Dolor (EFIC) y la Federación Europea de Asociaciones Neurológicas (EFNA). Esta iniciativa surgió de la necesidad percibida entre los diferentes sectores involucrados en el dolor crónico, por identificar de forma global las carencias en su manejo e intentar coordinar los esfuerzos de todas las partes involucradas.

El principal objetivo de la iniciativa *Pain Proposal* fue, por tanto, lograr una visión global consensuada acerca de la repercusión del dolor crónico en toda Europa, a fin de identificar las medidas necesarias para subsanar las deficiencias actuales en la atención sanitaria de este trastorno. Los datos que reporta el *Pain Proposal* en ESPAÑA (2) se reflejan en la Tabla I.

El dolor crónico no oncológico se clasifica por su procedencia en nociceptivo, neuropático y mixto. El dolor nociceptivo frecuentemente se debe a condiciones músculo-esqueléticas, inflamación o problemas mecánicos, estando causalmente relacionado con daño tisular. El dolor neuropático es originado por una lesión o patología del sistema nervioso, central o periférico, con múltiples causas, como diabetes mellitus, neuralgia posherpética e ictus. Se conoce como dolor mixto al que presenta componentes de tipo nociceptivo y neuropático.

La primera Encuesta Epidemiológica Internacional sobre dolor neuropático (IASP), que se publicó en mayo de 2004, describió una prevalencia de dolor neuropático (3) entre el 6,5-8 % de la población global. En España el 8 % (aproximadamente 2 millones pacientes).

El dolor músculo-esquelético ocasionado por sobrecarga mecánica afecta al 33 % de los adultos y representa el

TABLA I
RESULTADOS DEL *PAIN PROPOSAL*
EN ESPAÑA (2)

Prevalencia del dolor crónico	17 %
Porcentaje de pacientes aislados socialmente a causa del dolor*	27 %
Porcentaje de pacientes que tardaron más de un año en ser diagnosticados	39 %
Tiempo medio de diagnóstico	2,2 años
Porcentaje de pacientes que consideran recibir un tratamiento no adecuado	29 %
Tiempo medio en recibir un tratamiento adecuado	1,6 años
Porcentaje de pacientes descontentos con el tiempo de espera para recibir un tratamiento adecuado	48 %
Número de consultas médicas realizadas al año a causa del dolor	6,6
Media anual de días de baja laboral a causa del dolor*	14 días
Porcentaje de pacientes incapaces de trabajar a causa del dolor*	21 %
Porcentaje de médicos que expresaron su deseo de recibir formación adicional sobre el manejo del dolor crónico*	85 %

*Datos del conjunto de Europa.

29 % de los días de trabajo perdidos por enfermedad. El dolor lumbar es la lesión más prevalente y más común en la sociedad occidental, y es el trastorno músculo-esquelético relacionado con más costes por bajas laborales.

La carga económica del dolor músculo-esquelético está en segundo lugar, solamente después de la enfermedad cardiovascular.

El dolor provoca importantes consecuencias de tipo familiar y laboral: deteriora las relaciones sociales, causa alteraciones del sueño y se relaciona con la aparición de depresión y ansiedad. Estos síntomas son aún más prevalentes en los pacientes con dolor neuropático (2,3): el 60 % tiene trastornos del sueño, el 34 % se siente deprimido, el 25 % está ansioso, el 27 % se siente constantemente debilitado, el 65 % ha restringido sus actividades diarias y el 82 % refiere impacto significativo en su calidad de vida debido al dolor.

El dolor es uno de los trastornos que más afecta y preocupa a las personas y es el síntoma acompañante que, con mayor frecuencia, motiva una consulta médica. En las consultas de Atención Primaria un 40 % de la muestra poblacional refiere dolor crónico (3). Respecto a la relación médico-paciente (4), un tercio de los pacientes consideraban que su médico no sabía cómo controlarles el dolor. Un 20 % refería que la evaluación de su dolor se llevó a cabo en muy pocas ocasiones, llegando hasta el 90 % de ellos que nunca había empleado una escala de dolor. Solo un 23 % de los pacientes habían consultado con un especialista.

En los servicios de urgencias, el dolor sin duda constituye también uno de los motivos de consulta más frecuentes (en torno al 50 %) y es uno de los síntomas que más sensación de urgencia genera, siendo el dolor músculo-esquelético uno de los más prevalentes.

Con el objetivo de disminuir la intensidad del dolor y aumentar la funcionalidad del paciente, consiguiéndose así mejorar su calidad de vida, es necesaria la implicación de los médicos de Atención Primaria o de Familia, siendo imprescindible el correcto manejo del dolor por todos los médicos especialistas en medicina familiar y comunitaria.

Para exigir el conocimiento de la patología osteomuscular y de los cuadros que cursan con dolor crónico a los médicos de Atención Primaria, es necesaria su formación en este campo. Esta formación en dolor crónico a los médicos de familia debe partir desde las unidades especializadas en la patología osteomuscular y del tratamiento del dolor, y debe ser impartida por especialistas en el tratamiento de estos cuadros álgicos desde las unidades docentes de formación especializada.

RED ASISTENCIAL PARA EL MANEJO DEL DOLOR CRÓNICO Y PATOLOGÍA MÚSCULO-ESQUELÉTICA

La alta prevalencia del dolor requiere de la coordinación entre diferentes niveles asistenciales, así como la valora-

ción de diferentes especialistas. El diagnóstico, y una evaluación cuidadosa, son aspectos claves para identificar el tipo de dolor y saber el adecuado manejo y tratamiento del mismo. Todo ello hace necesario integrar los distintos equipos médicos que atienden al paciente.

Aspectos relevantes para el desarrollo de redes asistenciales para el manejo de trastornos que cursan con dolor son:

1. Definir el papel de la Atención Primaria y de la atención especializada.
2. Establecer los criterios de derivación a las unidades especializadas.
3. Determinar los tiempos de espera recomendados.
4. Desarrollar una adecuada estructura de gestión de la red para el manejo del dolor ocasionado por procesos músculo-esqueléticos u otras patologías dolorosas susceptibles de cronificarse.

Para intentar establecer los criterios y circuitos de derivación de pacientes afectados por estas patologías se han creado en distintas áreas de salud diferentes estrategias, cuyo objetivo son el trabajo conjunto y directo de Atención Primaria con Atención Especializada (en el Servicio Cántabro de Salud han sido tanto la UME, Unidad de Músculo-Esquelético, como la Unidad de Aparato Locomotor). La idea es facilitar la correcta derivación a especializada de aquellos pacientes que requieran atención en un tercer nivel, dar cobertura a los médicos de familia y, a la vez, tratar en el ámbito de la Atención Primaria aquellos cuadros que no sean susceptibles de derivar a Atención Especializada. En este tiempo se ha visto también que el sistema Interconsultas No Presenciales del Servicio de Rehabilitación, dentro de la Unidad de Aparato Locomotor, es efectivo para el manejo de los pacientes en Atención Primaria, mejorar la atención, agilizar los tiempos, facilitar la comunicación entre primaria-especializada y aumentar la calidad de atención percibida por el paciente.

Es fundamental la implicación del médico de Atención Primaria en el tratamiento del dolor crónico, independientemente de su origen, por la alta prevalencia de esta patología, y porque el médico de Atención Primaria va a ser el primero en valorar al paciente habitualmente y por la capacidad que posee este profesional de poder diagnosticar la etiología del dolor crónico.

Asimismo, el médico de Atención Primaria va a ser quien inicie el tratamiento del dolor de la manera más precoz posible con el fin de evitar su cronificación, algo básico en el dolor neuropático, que en la actualidad se tarda mucho tiempo en diagnosticar y en iniciarse un tratamiento correcto. Por otra parte, en caso de que el dolor se cronifique, va a ser el Médico de Familia quien constituya un apoyo para el paciente a la hora de afrontar el dolor crónico y, si fuese necesario, tiene la capacidad para derivar al especialista.

Sin embargo, para lograr abordar con éxito una patología de tan alta prevalencia, como es la patología osteomuscular y el dolor crónico, con los recursos limitados

que cuentan las diferentes áreas de salud, los médicos de Atención Primaria deben estar formados para diagnosticar y tratar estas dolencias, tener el conocimiento para derivar a Atención Especializada los pacientes de riesgo o evolución tórpida, y conocer las distintas técnicas y opciones terapéuticas empleadas en Atención Especializada para el tratamiento de estas patologías. Por todo ello se hace inexcusable la formación de estos profesionales en este campo.

NECESIDADES FORMATIVAS DEL RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA EN PATOLOGÍA OSTEOMUSCULAR Y DOLOR CRÓNICO

Las necesidades formativas de los residentes de familia en patología osteomuscular y dolor crónico (estas últimas recogidas en distintas áreas del programa formativo) se recogen en la ORDEN SCO/1198/2005, de 3 de marzo, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria.

La Figura 1 establece los servicios dentro de la rotación multidisciplinar donde poder alcanzar los contenidos for-

mativos propuestos en el programa de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria.

Hay otras rotaciones que cubren también aspectos muy importantes del dolor y de la patología músculo-esquelética en la práctica clínica, como son Salud Mental, Reumatología y Traumatología.

Sin embargo, no es nuestro objetivo modificar ni reseñar carencias de otras rotaciones que puedan realizar los residentes de Medicina de Familia, sino tratar de incorporar a la formación aspectos que se están descuidando actualmente.

UNIDADES INTEGRANTES DEL PROYECTO MULTIDISCIPLINAR

Debe definirse un modelo de relación formal entre los diferentes especialistas que abordan el dolor crónico y los profesionales de Atención Primaria que mejore el manejo sistemático del paciente. Para ello, desde las diferentes unidades que se encargan, sobretodo, del dolor músculo-esquelético, como son la Unidad del Dolor, el Servicio de Rehabilitación y las estrategias propias de cada área de Salud (llámese UME o Unidad de Aparato Locomotor), se

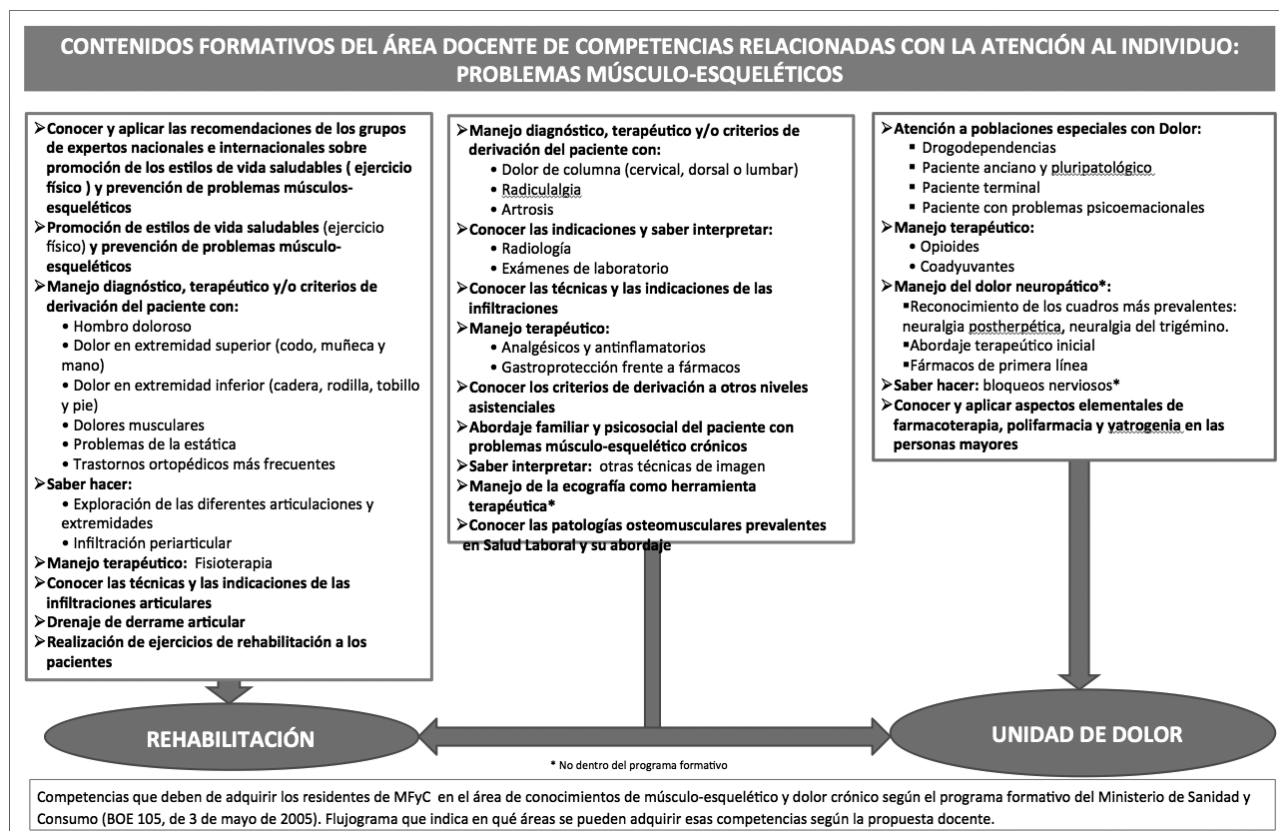


Fig. 1. Distribución de los contenidos formativos propuestos en el programa de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria en Rehabilitación y Unidad de Dolor.

debería organizar un rotatorio para el residente de familia en el que se desarrolle una visión integral de esta patología, sabiendo realizar una correcta historia clínica dirigida y una exploración física, aprendiendo a diferenciar entre el tratamiento que debería realizar el paciente en Atención Primaria como el tratamiento que debería recibirse en Atención Especializada o bien de manera multidisciplinar, en muchas ocasiones. No hemos de olvidar tampoco el abordaje del dolor neuropático.

Unidad de Dolor

Dotación de la Unidad de Dolor

Las Unidades de Dolor tienen una actividad muy variada, ya que se realiza tanto atención en consulta, como infiltraciones y técnicas invasivas en el área de consulta, y otros procedimientos más complejos que se realizan en el área quirúrgica.

El equipo humano de la unidad está comprendido por personal de enfermería, auxiliares, celadores y personal administrativo específicos de la Unidad. El personal médico tiene formación especializada en el área del tratamiento del dolor, y suelen repartir su actividad entre la Unidad de Dolor y otras áreas del servicio de Anestesia.

La estructura física de las Unidades de Dolor dependerá de su importancia dentro de la red asistencial de su área de salud. Por norma general, se dispone de un espacio físico para el desarrollo de la consulta y otro para la realización de las técnicas menos invasivas, mientras que el quirófano destinado a la Unidad de Dolor estaría integrado dentro del área quirúrgica del hospital.

Hay que señalar que la enfermería de la Unidad de Dolor tiene la capacidad de administrar diferentes tratamientos (dependiendo de la cartera de servicios de la Unidad), como son la aplicación de parches de capsaicina, la iontoforesis, recarga de la medicación de las bombas intratecales, etc.

Relación entre la Unidad de Dolor y Atención Primaria

El paciente debe ser atendido en la Unidad de Dolor en estrecha coordinación con su médico/enfermera de Atención Primaria. El “plan de acción compartida” (PAC) entre Atención Primaria y la Unidad de Dolor, instrumento desarrollado en la Unidad de Pacientes Pluripatológicos, se activará por acuerdo entre los responsables del paciente en Atención Primaria y en la Unidad de Dolor cuando el paciente necesite la intervención conjunta de ambos para el control clínico del dolor. Es recomendable la asistencia conjunta a través del PAC del médico responsable del paciente en Atención Primaria y del responsable de la Unidad de Dolor para unificar los planes terapéuticos.

Esta colaboración es necesaria para evitar tanto derivaciones innecesarias o tardías como para evitar revisiones excesivas en la Unidad de Dolor.

Como recomendaciones complementarias, la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP) propone desarrollar estrategias coste-efectivas, compartidas con las del manejo de pacientes crónicos complejos, para que el tratamiento del dolor sea más accesible. Estas estrategias son apoyar el desarrollo de sistemas de autocuidado, *mejorar la educación comunitaria y la formación de los profesionales de Atención Primaria en el manejo del dolor*, facilitar la creación de redes de interconsulta entre profesionales (correo electrónico, telemedicina), desarrollar guías para el manejo de los pacientes con dolor crónico en los distintos niveles asistenciales y asegurar el uso eficiente de los recursos disponibles, y limitar las pautas de revisión del paciente con dolor crónico, mientras permanece estable.

Herramientas a desarrollar entre Atención Primaria y Unidad de Dolor

Se deben crear vínculos entre la Unidad de Dolor y Atención Primaria que contribuyan a unificar el concepto de salud y visión integral del paciente mediante alguna de las siguientes actividades:

- Facilitar la formación de los residentes de familia.
- Fomentar el reciclaje de los médicos y enfermeras del ámbito de Atención Primaria.
- Elaborar líneas de colaboración en investigación clínica en dolor y, especialmente, aquellas relacionadas con los problemas clínicos abordados conjuntamente.
- Colaborar en la elaboración de protocolos, recomendaciones, consensos y guías de práctica clínica basadas en la evidencia.
- Colaborar en la elaboración de textos informativos escritos (folletos, dípticos, etc.) dirigidos al paciente con dolor que facilite información y promueva la colaboración del paciente y su entorno (cuidadores) en el proceso de tratamiento, así como el autocuidado.
- Difundir las experiencias de colaboración y mostrar y publicar los resultados obtenidos en la atención a los pacientes con dolor, profundizando en los conceptos de salud y cuidados sanitarios para avanzar en el desarrollo de un modelo de atención integral y continuada.
- Crear grupos de trabajo conjuntos sobre temas específicos tales como docencia, investigación, uso racional del medicamento, etc.

Actualmente, la rotación de los residentes de Medicina Familiar y Comunitaria por la Unidad de Dolor entra dentro de los rotatorios “optativos”. ¿Por qué esta escasa presencia de los residentes de Familia en la Unidad de Dolor cuando es una patología tan prevalente? ¿Podría ser una manera de poner en marcha todas las recomendaciones previas, el fomentar o atraer a los residentes de Familia a las Unidades de Dolor?

Servicio de Rehabilitación

Definición, fundamentos y competencias

La Medicina Física y Rehabilitación se define como la especialidad médica a la que concierne el diagnóstico, evaluación, prevención y tratamiento de la discapacidad, encaminados a facilitar, mantener o devolver el mayor grado de capacidad funcional e independencia posible. La especialidad se configura como un servicio a la sociedad, por el interés de esta por el estado de salud y la discapacidad de las personas. A este respecto, el ejercicio profesional del médico rehabilitador toma en consideración la dignidad humana y desarrolla su actividad dentro de estándares éticos y deontológicos. La formación en Medicina Física y Rehabilitación tiene como objetivo que el residente alcance los conocimientos, técnicas, habilidades, actitudes y responsabilidades necesarias para que, sin perjuicio de la necesaria actualización de conocimientos, otorgue a los pacientes una prestación sanitaria especializada en términos de calidad, seguridad y eficiencia. El médico especialista en rehabilitación debe adquirir condiciones de liderazgo que le permitan abordar el carácter interdisciplinar y el diálogo y comunicación interprofesional necesarios en el ejercicio de esta especialidad. El médico especialista en rehabilitación fundamenta sus actividades asistenciales en la investigación científica y en la evidencia probada, procurando una utilización racional y precisa de los recursos diagnósticos y terapéuticos.

La especialidad de Medicina Física y Rehabilitación tiene como misión promocionar la salud y prevenir, diagnosticar, evaluar, prescribir y tratar la aparición de disfunciones secundarias a problemas congénitos y adquiridos, agudos y crónicos, en personas de todas las edades, con lesiones agudas o crónicas o con discapacidad, permanente o transitoria.

Se abordan enfermedades, problemas y disfunciones que afectan al sistema músculo-esquelético, neurológico, cardíaco y vascular, respiratorio y endocrino, urogenital, dolor y cáncer, quemaduras, trasplantes y amputaciones.

Para todo ello, el proceso asistencial rehabilitador consta de varias partes: admisión, historia clínica y evolución. Se establecen objetivos de funcionalidad ergonómicos, ocupacionales y de reintegración, utilizando medios farmacológicos, físicos terapéuticos naturales o modificados no ionizantes, ocupacionales, del lenguaje, de la comunicación y cognición y ayudas técnicas, en donde se incluyen las ortoprótesis de uso externo.

Connotación propia de la actividad del rehabilitador es la evaluación del daño corporal y la valoración y tratamiento de la discapacidad, favoreciendo la integración social del discapacitado en la comunidad.

El objetivo docente de este proyecto para los Médicos de Familia sería una formación de calidad que ofrezca la oportunidad de alcanzar las competencias necesarias para atender y diferenciar aquellas patologías que pudieran beneficiarse de un tratamiento de rehabilitación.

Servicio de rehabilitación

Los Servicios de Rehabilitación son unidades asistenciales amplias y modernas ubicadas dentro de las áreas de atención externa a los pacientes, que atiende en su mayor parte a pacientes ambulatorios, aunque la atención a pacientes ingresados forma parte de una actividad diaria.

El equipo de los Servicios de Rehabilitación está formado por médicos rehabilitadores, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, logopedas, auxiliares administrativos, auxiliares clínica y celadores.

El personal médico en hospitales de tercer nivel suele estar subespecializado:

- Unidad. Traumatológica.
- Unidad. Mano.
- Unidad. Columna/Raquis.
- Unidad de Fisioterapia infantil.
- Unidad. Respiratoria.
- Unidad. Neurológica.
- Unidad. Suelo pélvico.
- Unidad. Linfedema.
- Unidad. Cardíaca.
- Unidad. Amputados.
- Unidad. Isocinéticos.
- Unidad. Intervencionismo/Ecografía.
- Unidad de Logo-Foniatría.

En los hospitales comarcales atienden de manera global las áreas más comunes dentro de la especialidad, como son:

- Traumatología.
- Reumatología.
- Patología de columna/Raquis.
- Patología respiratoria.
- Patología neurológica del adulto.
- Amputados.
- Linfedema.
- Pacientes ingresados.
- Unidad de suelo pélvico.
- Unidad de Intervencionismo/Ecografía.

PLANTEAMIENTO DOCENTE MULTIDISCIPLINAR

Se ha destacado la elevada prevalencia del dolor crónico en la población derivado de la patología osteomuscular y del dolor neuropático, así como la alta tasa de consultas que genera en Atención Primaria. *Esto resalta lo importante que es el conocimiento del manejo del dolor crónico y de la patología osteomuscular para los médicos de Atención Primaria*, independientemente de su etiología.

Se hace necesario establecer una estrategia formativa conjunta con la Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria para que los residentes de dicha especialidad realicen rotaciones multidisciplinares que les permi-

tan diagnosticar y tratar, de manera inicial, la patología músculo-esquelética que cursa con dolor, así como los cuadros más prevalentes que cursan con dolor neuropático (independientemente del área de salud a la que pertenezcan dichos residentes).

En los Servicios de Rehabilitación y en las Unidades de Dolor se realizan todas las actividades recogidas en la Guía del Residente de Medicina Familiar y Comunitaria de forma diaria, pudiendo considerarse unidades complementarias en el tratamiento del dolor de origen músculo-esquelético (Figura 1).

Por todo ello, los Servicios de Rehabilitación y las Unidades del Dolor deberían proponer un proyecto para comenzar la formación multidisciplinar de los residentes de Medicina Familiar y Comunitaria, con el objetivo de que aprendan de todas y cada una de las actividades expuestas anteriormente.

Es necesario diseñar una rotación que dé a los residentes la oportunidad de implicarse en la misma, con la Atención Directa a los pacientes y el aprendizaje de técnicas (infiltraciones, ejercicios, recomendaciones de salud, etc.) con alta rentabilidad en el ámbito de Atención Primaria.

Todos los objetivos anteriores se podrían conseguir en un esquema de rotación como el que proponemos a continuación.

Rotatorio en patología osteomuscular y dolor crónico

Sugerimos una rotación de dos meses de duración, distribuida de la siguiente manera:

1.º *Rotación por el Servicio de Rehabilitación*: un total de 5 semanas.

a) *Consulta hospitalaria*: donde podrán aprender el manejo de la patología que ocupa esta especialidad, principalmente osteomuscular. Al finalizar la rotación serán capaces de realizar una correcta exploración física, instaurar un tratamiento farmacológico, dar consejos/normas higiénico-posturales y ejercicios, conocer la indicación de fisioterapia/terapia ocupacional e infiltraciones. También participará en la Interconsulta No Presencial de Aparato Locomotor, aprendiendo de los casos, dudas y preguntas de otros médicos de Atención Primaria; asimismo aprenderá las indicaciones de las distintas pruebas accesibles desde esta interconsulta. En estas consultas se podrá realizar técnicas de intervencionismo ecoguiado.

b) *Consulta en centro de salud dentro de la unidad de aparato locomotor o músculo-esquelético*: el triaje de esta unidad lo realiza el Servicio de Rehabilitación o Reumatología.

El residente podrá aprender a optimizar las derivaciones a los distintos especialistas del aparato locomotor, así como el manejo de la patología osteomuscular (al igual que en la consulta del hospital) y manejo de las Interconsultas No Presenciales.

c) *Asistencia a las sesiones clínicas* del servicio, donde los diferentes componentes del equipo presentan diversos casos clínicos que podrían, en ocasiones, ser derivados desde Atención Primaria, con el objetivo de intercambiar opiniones y encontrar soluciones a patologías complejas. O bien, tienen el objetivo de actualizar conocimientos, de orientar sobre el manejo de situaciones complicadas (pacientes en situación de incapacidad temporal o de minusvalía), etc.

2.º *Unidad de Dolor*: 3 semanas. Los residentes asistirán a las consultas para aprender el enfoque de una historia clínica en pacientes con dolor crónico, conocer las indicaciones de las técnicas que realizan y aprender el manejo de los fármacos que se usan en el tratamiento del dolor. Otro objetivo de la rotación es, sin duda, el conocimiento de los cuadros que cursan con dolor neuropático, con su abordaje y tratamiento específico. Dentro de los aprendizajes técnicos se incluirán aquellos bloqueos de nervio periférico que pueden aplicarse en Atención Primaria con las condiciones de seguridad que ofrece el entorno del Centro de Salud, implementando también el uso de la ecografía.

3.º *Sesión multidisciplinar*: asistir a las sesiones multidisciplinarias que se puedan desarrollar entre los servicios de Rehabilitación, Servicio de Psiquiatría junto a Psicología Clínica y la Unidad de Dolor.

4.º *Sesión de Unidad de Raquis o Traumatología*: con el Servicio de Neurocirugía o Traumatología encargado del tratamiento quirúrgico de la patología de lumbar, donde se plantean casos para valorar un tratamiento quirúrgico.

Otros elementos a desarrollar en la rotación

Otros elementos a desarrollar en el conjunto de la rotación, que se engloban dentro del marco de cooperación de Atención Primaria y Especializada, serían:

1. Participar en la creación de *Protocolos de Atención a los pacientes* en las patologías más prevalentes (lumbalgia, cervicalgia, neuralgia inespecífica), adaptados a las peculiaridades de cada área de Salud.
2. Ayudar en el desarrollo de *Algoritmos de Derivación* desde Atención Primaria a Atención Especializada, y posterior actualización de los mismos.

3. Implicar a los residentes de Familia en los estudios que se están llevando a cabo en la Unidad y animarles a generar nuevos *proyectos de investigación* que abarquen el Tratamiento del Dolor o el Abordaje de patología osteomuscular en el ámbito de Atención Primaria.

EL FUTURO

La verdadera formación multidisciplinar en la patología osteomuscular debería englobar una *rotación multidisciplinar* entre los servicios de Reumatología, Traumatología, Rehabilitación y la Unidad de Dolor, con la especificación de los objetivos a cumplir en cada servicio integrante de la rotación multidisciplinar. Esta rotación permitiría cubrir de una *forma global* las necesidades formativas del residente de Medicina Familiar y Comunitaria en la patología músculo-esquelética.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

1. Encuesta Nacional de Salud 2011-2012. Notas de Prensa. Instituto Nacional de Estadística. Disponible en: <http://www.ine.es/prensa/np770.pdf>.
2. Torralba A, Miquel A, Darba J. Situación actual del dolor crónico en España: iniciativa "Pain Proposal". *Rev Soc Esp Dolor* 2014;21(1):16-22.
3. Correa-Illanes G. Dolor neuropático, clasificación y estrategias de manejo para médicos generales. *Rev Med Clin Condes* 2014;25(2):189-99.
4. Pérez Sánchez T, Aragón F, Torres LM. Análisis del tratamiento del Dolor Crónico en Europa. *Rev Soc Esp Dolor* 2006;13(1):47-8.