

**Dolor crónico en el ámbito de APS.
Abordaje a través de un dispositivo integral, con terapias no
convencionales en un centro de salud.**

Autor: Fernández Rossi Tomás, DNI 37551373. Médico Generalista, Ex residente PRIM Tandil (2019-2023).

Lugar de realización: Centro Integrador Comunitario “La Movediza” - Tandil - Buenos Aires.

Dirección: La pastora 1013.

Código postal: 7000

Teléfono: 0291 4322285

Mail: tomasfernandezrossi@gmail.com

Fecha de realización: Septiembre 2022 a Agosto de 2023

Trabajo Inédito.

Tipo de trabajo: Relato de Experiencia

Categoría temática: Gestión.

Acerca de las/os autoras/es:

Realicé mi formación como médico en la Universidad Nacional del Sur. Desde el 2019 hasta agosto del 2023 me especialicé en medicina general en la PRIM (Programa de Residencias Integradas Multidisciplinarias) en la ciudad de Tandil. Actualmente estoy formándome como médico neural terapéutico desde febrero de 2022. Participo del grupo Yuyeras Silvestres (grupo de extensión UNICEN). Además desarrollo trabajo en salud, en forma voluntaria como clown social y hospitalario desde el 2014.

Resumen:

DOLOR CRÓNICO EN EL ÁMBITO DE APS. ABORDAJE A TRAVÉS DE UN DISPOSITIVO INTEGRAL CON TERAPIAS NO CONVENCIONALES EN UN CENTRO DE SALUD.

Autor: Fernández Rossi Tomás.

Centro Integrador Comunitario "La Movediza" - Tandil - Buenos Aires. La pastora 1013. CP: 7000; Tel: 2914322285; MAIL: tomasfernandezrossi@gmail.com

Tipo de investigación: Relato de experiencia.

Categoría Temática: Gestión.

Trabajo Inédito.

DESCRIPTIVO: Se compartirá un trabajo en relación al dolor crónico en los ámbitos de salud pública. Según la evidencia científica se considera un problema de salud subestimado y en muchos casos no adecuadamente tratado. Desde el marco de la residencia de Medicina General, en un centro de salud de la ciudad de Tandil, se intentará describir el trabajo realizado a partir de la gestión de un dispositivo para personas que sufren dolor crónico durante un lapso de 10 meses, donde se realizaron atenciones convencionales y no convencionales (uso de cannabis medicinal, terapia neural y terapéuticas farmacológicas).

EXPLICATIVO: Se reconoce la necesidad de trabajar con esta población, ya que la mayoría de los participantes se vinculan con los espacios de salud mental, trabajo social y medicina del sistema de salud. Gran parte de los mismos presentan importantes afectaciones en su calidad de vida a causa del dolor.

SÍNTESIS: Teniendo en cuenta nuestras conclusiones y la bibliografía sobre la temática se puede afirmar que el dolor crónico altera la calidad de vida, por lo que es indispensable el abordaje interdisciplinario. Se evidencia afectación en relación al sueño, interferencia sobre el desempeño cotidiano, en lo laboral y sobre todo a padecimientos de salud mental. En consecuencia el subdiagnóstico y la falta de accesibilidad a tratamientos adecuados pueden favorecer la cronificación de esta patología, por lo que urge la necesidad de capacitación en relación a la comprensión integral del dolor y de sus afectaciones.

Palabras Clave:

- Dolor Crónico.
- Accesibilidad.
- Calidad de vida.
- Salud Pública.
- Prácticas de Salud Complementarias e Integradoras.

● MOMENTO DESCRIPTIVO:

Encuadre institucional:

Durante el desarrollo del siguiente escrito comentaré la experiencia de trabajo realizada en el marco de la formación como residente de medicina general. Dicha residencia está inserta en el programa PRIM (programa de residencias integradas multidisciplinarias), donde residencias de psicología, medicina general, trabajo social, psiquiatría, entre otras, comparten espacios académicos, de atención y de formación en territorio. Dicho proyecto surge durante el año 2022, dado que en nuestra residencia tenemos la posibilidad de gestionar un espacio o dispositivo de salud en el territorio cuando estamos en cuarto año, con el objetivo de integrar aprendizajes para proponer acciones para la comunidad y acompañar los trayectos formativos de los ingresantes. Dicho proyecto se gestó en relación a un problema de salud de nuestra área programática, la accesibilidad de la atención a las personas que padecen dolor crónico.

Marco teórico:

Según la IASP (International Association Study and Treatment of Pain) “El dolor es una experiencia sensorial y emocional desagradable acompañada o no por daño tisular y que se expresa en términos de dicho daño” (1). Esta definición del dolor es la más aceptada a nivel científico, y aunque integre varios factores que pueden modificar la percepción y vivencia del dolor, adhiero a lo que plantea Bautista Sánchez, “si deseamos definir el dolor vamos a encontrar infinidad de conceptos que van a carecer de mucha información y que no se va a poder aplicar a todas las entidades de enfermedad, ni a todos los seres humanos, aunque creamos que hemos construido la mejor definición”. (2) Según Silvia Allende, “el dolor es una experiencia particular y singular influenciada por factores emocionales, cognitivos, de memoria, sociales y espirituales. Por esta razón el dolor puede percibirse de múltiples formas.” (3). Según estimaciones de la Federación Latinoamericana de Asociaciones para el Estudio del Dolor (FEDELAT), el dolor crónico afecta entre el 27% y 42% de latinoamericanos (4). Sabemos que a nivel mundial y local, el dolor en general, tiene su importancia clínica en que representa un gran motivo de las consultas médicas (70-80%).

El dolor se puede definir por su tiempo de duración. El dolor agudo se refiere a una sensación dolorosa breve, transitoria, de menos de tres a seis meses, relacionado con un estímulo nocivo, el cual persiste hasta que la noxa resuelva. En cambio el dolor crónico es aquel que se manifiesta de forma persistente, episódica o recurrente y que presenta una duración e intensidad suficientes para alterar la funcionalidad en la calidad de vida del individuo, tal duración se considera de más de tres a seis meses (3).

En la declaración de Lima, el Dr. Marco Narváez, presidente de FEDELAT señaló que "El insuficiente número de unidades para el tratamiento del dolor y de profesionales de la salud capacitados, así como la falta de recursos asignados a programas de educación médica, son las principales barreras que impiden la adecuada atención del dolor crónico. Esto se intensifica debido a la poca concientización que existe alrededor del dolor crónico como enfermedad y su impacto en la vida de las personas" (4). Dicha desarmonía en el proceso de salud-enfermedad-atención-cuidado, trae aparejadas dificultades no solo en el desarrollo individual de las personas, sino también en el de su entorno familiar y de cuidadores que muchas veces trae conflictos en la vincularidad que empeoran el cuadro de salud. Para Goldberg y colaboradores, el gran problema por el cual no se está brindando una atención integral al dolor es que se sigue planteando como un simple síntoma de una enfermedad y no como una entidad per se con sus características particulares. De allí que las mayor cantidad de investigaciones son sobre bases moleculares y clínicas del dolor y no sobre los determinantes sociales que perpetúan o permiten la cronicidad de la sintomatología. También afirman que en los últimos tiempos no fue tomado como un problema prioritario en salud pública, y que los tratamientos establecidos no son equitativos en todo el mundo por igual (5). En consonancia con este autor, la OMS ha publicado un nuevo informe sobre el acceso a la morfina para uso médico en el que se describe de qué modo la distribución mundial de la morfina, entendido como un medicamento vital contra el dolor, es desigual y no satisface las necesidades médicas (6).

Sujetos Participantes:

El centro de salud (CS) donde desarrollamos nuestras prácticas territoriales y académicas se encuentra en la Ciudad de Tandil. La zona programática del mismo cuenta con alrededor de 10.000 personas, en su mayoría niñeces y adultos jóvenes, sin cobertura de salud. Gran parte de la población accede a la institución por compartir el espacio con el servicio de desarrollo social. Durante la pandemia tuvimos la posibilidad de aumentar nuestros tiempos y espacios en el centro de salud, lo que permitió la creación de proyectos longitudinales e interdisciplinarios por parte del equipo de sede y la residencia con el objetivo de poder garantizar las atenciones y acompañamientos en salud. Reconocimos que dentro de la población había gran cantidad de personas que "peregrinaban" en diversos espacios del sistema de salud público de Tandil. Estas personas en su mayoría compartían algunas características, muchas de ellas sufren dolor y no encuentran respuestas ni en el primer ni segundo nivel de atención. ¿Pero por qué hablamos de peregrinación en el sistema de salud? Según Sonia Fleury la peregrinación se entiende "como la mayor expresión de las desigualdades en salud, acentuada por factores estructurales como la precarización de los servicios, que potencian las asimetrías de poder, y la discriminación derivada de estigmas y preconceptos"(7), sería el camino de búsqueda que un sujeto de derechos realiza para encontrar una respuesta a su dolencia. También nos llamó la atención que dicha población tenía innumerables intervenciones en el tiempo por el equipo de trabajo social y por salud

mental, también por enfermería, guardias de hospitales y medicina general. Llegamos a darnos cuenta de que muchas de esas intervenciones o acciones estaban siendo descoordinadas y no ayudaban a ordenar el proceso de salud enfermedad cuidado. En nuestra corta experiencia de trabajo pudimos acompañar con diagnósticos, tratamientos y seguimientos en consultas individuales y actividades comunitarias a 15 personas, entre los 14 años y los 70 años. Las principales dolencias fueron dolor lumbar, migrañas, dolores articulares generalizados, entre otras. Gran parte de ellos se acompañaban por problemas de salud mental diagnosticados por especialistas (ver anexos), principalmente se enumeran la depresión mayor y la ansiedad. Otra de las características interesantes que se pudieron afirmar fue que el 50 % de la población que participaba del espacio estaba inhabilitada para trabajar (ver anexos).

Objetivos del dispositivo:

Luego de reconocer dicha necesidad en el centro de salud, se comenzó a pensar en un dispositivo de atención individual y seguimientos longitudinales en equipo para abordar temáticas relacionadas al dolor crónico. Los principales objetivos fueron:

- Elaborar un dispositivo de acompañamiento a familias y personas con padecimientos crónicos y agudos relacionados al dolor en la comunidad del barrio la movediza de la ciudad de Tandil durante el año 2022-2023.
- Diseñar un espacio de atención llevado adelante por residentes de 4to año de Medicina General, que contemple la complejidad y que se posicione desde perspectivas de acompañamiento, planteando una alternativa del paradigma mecanicista que vincula a cada problema con una única solución posible.
- Generar un espacio de formación interdisciplinario para toda la residencia PRIM.
- Ampliar las estrategias terapéuticas disponibles para tratar el dolor en el centro de salud.
- Manejo de malas noticias.
- Evitar daños colaterales de la polifarmacia.
- Gestión de insumos y materiales médicos.
- Desarrollar un modelo de entrevista y sistematización de historia clínica.
- Acceder a formaciones con profesionales referentes en la temática.
- Gestionar vinculación con REPROCANN.

Planificación y Ejecución:

Con respecto a la planificación, luego de un tiempo de preparación y presentación, junto con mi compañera de año, comenzamos a gestionar dicho espacio, pensamos cómo organizar la demanda, a lo que decidimos que las consultas al espacio para personas que sufren dolor, sea a través de la derivación directa de otros trabajadores del centro de salud, de la

demanda espontánea o del segundo nivel, lo que haría más personalizada la intervención. Para llevarlo adelante tuvimos reuniones tanto con la gente del centro de salud, como con el director de salud comunitaria, quien luego de nuestra justificación y programación para el funcionamiento del dispositivo nos autorizó la implementación de dicho consultorio.

Dentro de la historia del dolor de la persona consultante tomábamos en cuenta no solo el impacto en salud física, a través de cuantificar con escalas visuales, sino también la esfera emocional, roles de cuidado, dinámicas familiares y actividades laborales, lo que nos permitiría recuperar las historias de vida de las personas que sufrían dolor para un abordaje sobre su calidad de vida.

En un primer momento fue necesario la comunicación del espacio para con otros trabajadores del CS y de la residencia, para poder tener un flujo de información compartida. Luego comenzamos a trabajar una vez por semana en un consultorio preparado para tal fin, y decidimos destinar una jornada al mes para espacios de formación académica con referentes de la temática. Distribuimos los horarios de la jornada para que cada consulta tenga el tiempo de una hora para poder realizar un buen escuchatorio y un completo examen físico. Otra discusión fue el nombre del dispositivo, a lo cual decidimos que se conozca como “espacio para personas con dolor”.

En relación a la ejecución del dispositivo, comenzamos a utilizar dentro del registro institucional la solapa “trastorno por dolor”, en vez de utilizar cada diagnóstico en particular, para poder unificar nuestras evoluciones y dar visibilidad a las intervenciones. Para el abordaje estrictamente médico del dolor, continuamos llevando adelante los tratamientos con indicaciones farmacológicas para aliviar el padecimiento físico que los pacientes tenían indicados antes de nuestra consulta, y también comenzamos a instaurar algunos tratamientos “no convencionales” para el sistema de salud local. Estas terapéuticas son complementarias en el tratamiento del dolor, no excluyendo los tratamientos alopáticos. Uno de ellos fue el acompañamiento en uso de cannabis medicinal y otro fue la práctica de la terapia neural. Considero importante nombrar que pude realizar formaciones curriculares dentro del periodo de la residencia en relación al uso de cannabis medicinal y a la medicina neural terapéutica o terapia neural. Dicha formación fue realizada durante dos meses en la ciudad de El Dorado, en el centro de salud Barrio Koch, a cargo de la médica Pediatra Marcela Bobatto, especialista en el tema y por otros dos meses en la ciudad de Sabadell, Barcelona, España, en el Instituto de Terapia Neural y Medicina Reguladora, a cargo del médico David Vinyes. Estas formaciones en conjunto con un marco interdisciplinario de la residencia (PRIM) fueron las que nos posibilitaron animarnos a gestionar y coordinar este nuevo espacio de atención.

Tanto para los tratamientos con cannabis medicinal o con terapia neural tuvimos que, antes de comenzar a trabajar, gestionar los insumos necesarios para dar respuesta a una posible

demanda. En el caso particular del cannabis, nos vinculamos con dos actores importantes. En primer lugar con una cultivadora solidaria quien nos proveería durante todo el periodo de tiempo de la experiencia y hasta estos días de productos derivados del cannabis (aceite). Lo que nos permite disponer del aceite en el centro de salud y que la persona se vaya de la consulta con la información necesaria y una pequeña dosis del mismo, para poder instaurar el tratamiento a la brevedad. El otro gran actor que participó fue una asociación civil, que vincula a gran parte de los usuarios de cannabis medicinal en la ciudad y alrededores. Nosotros realizamos la indicación médica y al tiempo el usuario podía retirar el producto médico de dicha asociación lo que permitía sostener en el tiempo el tratamiento y garantizar el acceso a un producto seguro y solidario. Con estos dos actores vinculados pudimos generar un dispositivo de acceso oportuno al cannabis medicinal, lo que facilitó la aceptación por parte de los usuarios. Cada vez mayor es la evidencia científica que avala el uso de la planta de cannabis sativa o derivados en los tratamientos para el dolor. Como refiere la organización Mamá Cultiva, “Estamos convencidas de que el cannabis puede y debe ser un asunto de salud pública”. (8)

Con respecto a la terapia neural (TN), según el Instituto de Terapia Neural, se podría decir que es una manera de tratar a la persona a través de la función integradora y reguladora del sistema nervioso, especialmente del autónomo. El cuerpo y la mente son inseparables en el ser humano y el sistema nervioso es una de las vías por la que las emociones se expresan en el cuerpo. Todos los órganos y tejidos del organismo tienen fibras nerviosas que permiten regular sus funciones y, a la vez, todas las fibras nerviosas están conectadas entre sí formando una red. Esta red nerviosa es plástica, cambia y se adapta a los estímulos y necesidades de cada momento (9). Esta terapia utiliza fármacos con propiedades anestésicas (lidocaína o procaína) que aplicados a bajas concentraciones y de forma cutánea y subcutánea, permiten restablecer el adecuado funcionamiento regulador del sistema nervioso en el cuerpo. Fue necesario gestionar los insumos a utilizar (agujas, jeringas, lidocaína y suero fisiológico) para poder sostener dicha práctica.

Evaluación:

A los tres meses de haber comenzado el proyecto tuvimos nuestra primera instancia evaluativa, donde hicimos foco en las dificultades de comunicación con el segundo nivel de atención (la mayoría de las derivaciones fueron realizadas desde el primer nivel de atención, especialmente del equipo de trabajadoras sociales). Otra dificultad que se puede analizar es que al limitar el acceso a la atención solo con derivación de los profesionales de salud y no realizar difusión del espacio, mucha gente no pudo participar. Otro eje de evaluación fue la dificultad para poder sumar otras disciplinas no médicas al proyecto. Nos dimos cuenta la importancia de la coordinación en las terapéuticas y los seguimientos conjuntos y la dificultad de establecer terapéuticas simultáneas con otras disciplinas (ejemplo salud mental). Como punto a favor, se puede nombrar que el espacio ha sido continuado, por los

nuevos residentes superiores y algunos trabajadores del equipo de sede, lo que garantiza el seguimiento y la accesibilidad longitudinalmente.

- **MOMENTO EXPLICATIVO:**

La experiencia relatada, que aún sigue siendo sostenida en el territorio, demuestra la importancia de analizar y diagnosticar situaciones problemáticas en nuestra área de trabajo, para poder generar espacios abiertos y disponibles para articular en forma oportuna, segura e interdisciplinaria. Es importante también preguntarnos y ser críticos con nuestras acciones disciplinarias, entendiendo sus limitaciones, para poder abrir el juego a la incertidumbre, corriéndonos de los paradigmas establecidos en el grado y en los ambientes formativos para crear escenarios innovadores.

Particularmente este trabajo fue muy enriquecedor para mí, ya que me permitió, en conjunto con mi compañera de año, nutrirnos de la experiencia de generar y sostener un espacio de salud y haber podido transitar un camino acompañado por referentes, docentes, pacientes y autoridades.

- **Síntesis: Conclusiones y propuestas.**

Surgen varias propuestas para dar cauce a la continuidad de dispositivos que abarquen la temática aquí trabajada. La propuesta más enriquecedora a mi entender sería la adopción de otras disciplinas médicas y no médicas, donde se puedan coordinar acciones conjuntas para el abordaje interdisciplinario de la temática.

Es imperiosa la capacitación continua de los equipos de salud para por un lado, mejorar los estándares para el tratamiento del dolor agudo, para evitar posibles procesos de cronificación y la consecuente interferencia en la calidad de vida. Como también la formación territorial de la temática en cuestión para abordarla de forma oportuna y segura.

Relevancia para la Medicina General, Equipos de Salud y Salud Comunitaria:

Para este ítem, me gustaría ponderar la importancia de los espacios formativos y de gestión durante la residencia. Donde la integración de los años de estudio y asistencia se hacen proyectos vinculados con la realidad local y las fortalezas de los participantes.

También creo fundamental la vinculación entre la residencia y los equipos de salud. Generar nuevos canales de comunicación para el trabajo conjunto, donde se misturen los participantes, da un aire de seguridad y de longitudinalidad en el proceso de salud atención cuidado de la población. También es cierto que este proyecto acompañó la introducción de algunas técnicas no convencionales al centro de salud, lo que a mi entender enriquece la

perspectiva de trabajo (la gestión como herramienta de transformación). Los resultados de nuestra experiencia demuestran que hay otras formas de practicar la medicina en los contextos de salud pública, con márgenes de seguridad altos, efectividad y bajo costo económico.

Creo también relevante la sistematización de la práctica. Es cierto que en nuestro caso, la doble sistematización fue más laboriosa, pero permitió poder hacer análisis posteriores para cruzar datos y posibles conclusiones para poder ser antecedente para nuevas experiencias.

Referencias bibliográficas:

- 1) J Pérez Fuentes; Versión actualizada de la definición de dolor de la IASP: un paso adelante o un paso atrás. Rev. Soc. Esp. Dolor vol.27 no.4 Madrid jul./ago. 2020.
https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462020000400003
- 2) Bautista Sánchez, Jiménez Santiago. Epidemiología del dolor crónico. Archivos en Medicina Familiar. Artículo de Revisión Vol.16 (4) 69-72 2014. <https://www.medigraphic.com/pdfs/medfam/amf-2014/amf144c.pdf>
- 3) Allende Perez, Verastegui Avilés. El ABC en Medicina Paliativa. Primera reimpresión. Editorial Médica Panamericana S.A. 2014.
- 4) FEDELAT. Declaración de Lima. Asociaciones latinoamericanas de dolor exhortan a priorizar la atención del dolor crónico convencionales. 2023.
<https://fedelat.com/wp-content/uploads/2023/04/Declaracion-de-Lima-min.pdf>
- 5) Daniel S Goldberg ; Summer J McGee; Pain as a global public health priority BMC Public Health. 2011; 11: 770. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3201926/>
- 6) OPS. Un nuevo informe revela que las personas con necesidades médicas "quedan atrás a causa del dolor". 16 de junio 2023. disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias/16-6-2023-nuevo-informe-revela-que-personas-con-necesidades-medicas-quedan-atras-causa>
- 7) Sonia Fleury, Valéria Bicudo, Gabriela Rangel. Reacciones a la violencia institucional: estrategias de los pacientes frente al contraderecho a la salud en Brasil. Salud Colectiva. VOL. 9 NÚM. 1 (2013). Disponible en: <http://revistas.unla.edu.ar/saludcolectiva/article/view/197>

- 8) Mamá Cultiva Argentina. Cannabis para la Salud. Primer edición digital. Disponible en:
https://drive.google.com/file/d/1uSqsNYdMeefwLy7FHFHY97h_nkCGOfJe/view
- 9) Instituto de terapia Neural y medicina reguladora. ¿ Qué es la Terapia Neural?. Disponible en:
<https://www.institutdeterapianeural.cat/index.php/es/terapias/terapia-neural>

Anexos:



Fig. 1 Logo PRIM TANDIL.

Recuento de Usuarios de consultorio de acompañamiento de personas con dolor/tiempo de evolución

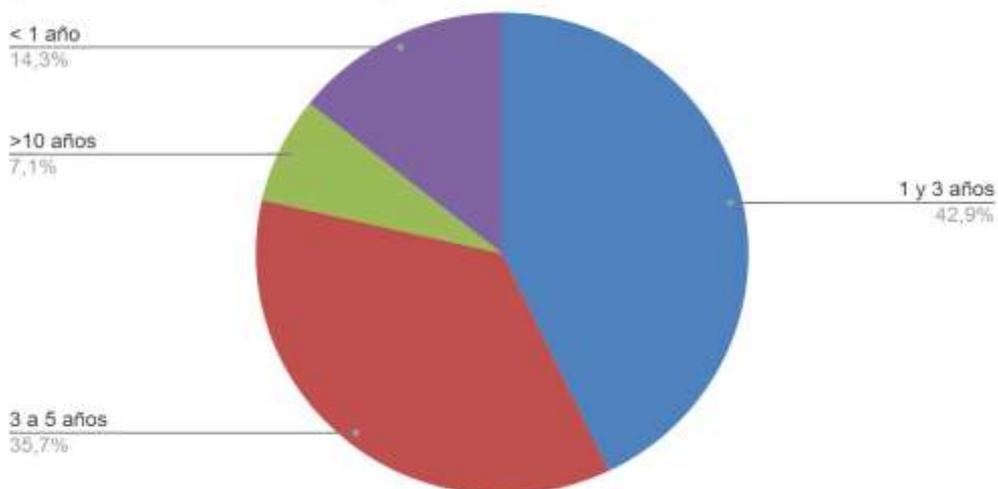


Fig 2: Tiempo de progresión del dolor en años. Se acompañan de policonsultas y polimedicación.



Fig. 3: Relación entre dolor crónico y trabajo.

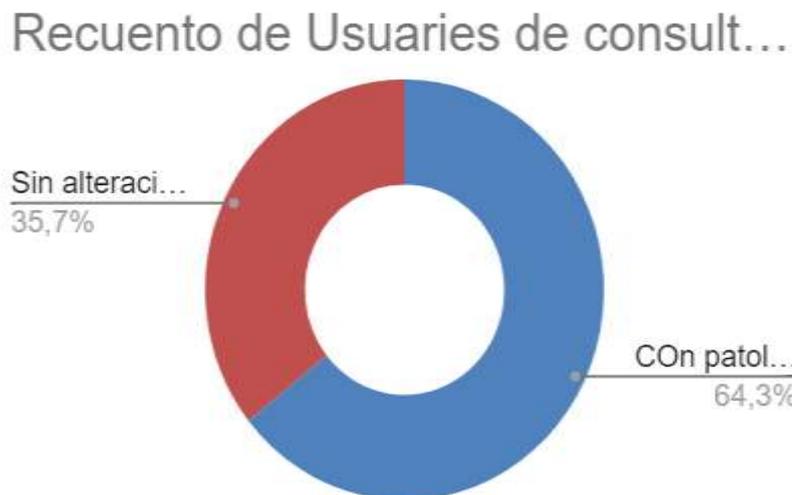


Fig. 4 Porcentaje de pacientes con diagnósticos de padecimiento de salud mental. Principalmente ansiedad y depresión.

Recuento de Usuarios de consultorio de acompañamiento de personas con dolor/sueño

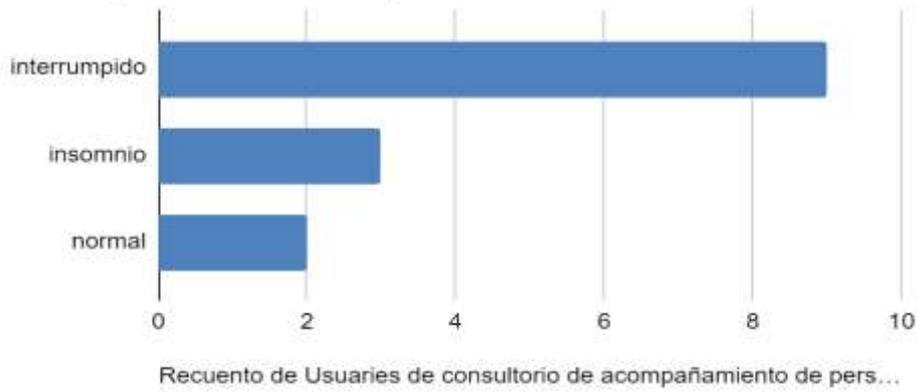


Fig. 5 Alteración del sueño en personas que sufren dolor crónico.