

CONSENSO SOBRE COMUNICACIÓN CLÍNICA EN DOLOR CRÓNICO



Una iniciativa de:

Con la participación de:

Y la colaboración de:



COM CLÍNICA SIN BULOS

El consenso sobre comunicación clínica en dolor moderado y severo es el resultado de una acción colaborativa y multidisciplinar entre sociedades científicas, colegios profesionales y asociaciones de pacientes. Esta iniciativa, impulsada por el Instituto #SaludsinBulos, con la colaboración de Laboratorios Gebro, ha tenido como objetivo lograr una propuesta de soluciones y un check list con los que mejorar la comunicación clínica en dolor.

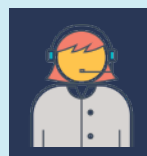
En los tres design thinking online que han originado el consenso han participado representantes de la Sociedad Española Multidisciplinar del Dolor (SEMDOR), la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN), el Consejo General de Colegios Farmacéuticos, la Sociedad Española de Farmacia Clínica, Familiar y Comunitaria (SEFAC), la Sociedad Española del Dolor (SED), el Foro Español de Pacientes, la fundación SINEDOLORE, la Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG) y la Asociación de Enfermería Comunitaria (AEC).

Los participantes se dividieron en dos grupos de trabajo para, en primer lugar, detectar los problemas que afectan a la comunicación entre profesionales sanitarios y pacientes con relación al abordaje del dolor y, en segundo lugar, proponer soluciones y un check list con el que trabajar.

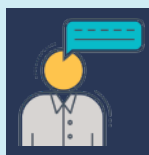
ÍNDICE



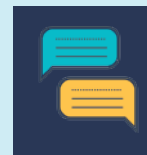
**PARTICIPANTES DE
#DOLORSINBULOS**



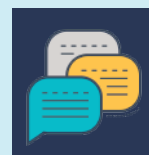
**CLAVES DE LA
COMUNICACIÓN
CLÍNICA EN DOLOR**



**EVIDENCIA SOBRE
COMUNICACIÓN CLÍNICA
EFICAZ EN DOLOR
MODERADO Y SEVERO**



**PROBLEMAS Y PROPUESTA
DE SOLUCIONES**



**DESINFORMACIÓN
EN DOLOR**



CHECK LIST

PARTICIPANTES DE #DOLORSINBULOS



MAITE PADILLA

Paciente con fibromialgia e influencer



TAMARA PEIRÓ

Farmacéutica del Área Servicios Asistenciales del Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos



Dr. LUIS MIGUEL TORRES

Presidente de SEMDOR



Dra. CARMEN JÓDAR

Miembro de la Comisión de Implantación de Medicina Digital en Consejería de Salud y Familias de Andalucía. Vocal de SEMDOR



Dra. MARÍA MADARIAGA

Presidenta de la SED



Dra. MINERVA NAVARRO

Médico rehabilitador en el Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín. Vocal de la SED



Dra. MARIA EUGENIA CENTENO

Médico anesmiólogo en la Unidad del Dolor del Complejo Asistencial Universitario de Palencia. Vocal de la SED



Dr. MANUEL MEJÍAS

Coordinador del Grupo de Dolor y Cuidados Paliativos de SEMERGEN



Dra. JUANA SÁNCHEZ

Responsable del Área de Dolor y Paliativos de la SEMG

PARTICIPANTES DE #DOLORSINBULOS



ÁNGELA GONZÁLEZ

Presidenta de SEFAC Madrid y miembro del Grupo de Dolor de SEFAC



**GUILLERMINA MARI
PUGET**

Tesorera de AEC



ANDONI LORENZO

Presidente del Foro Español de Pacientes



Dr. JORDI MOYA

Especialista en terapia del dolor. Presidente de la Fundación SINEDOLORE



CARLOS MATEOS

Coordinador de #SaludsinBulos



RICARDO MARISCAL

Responsable de RR. II. de #SaludsinBulos

EVIDENCIA SOBRE COMUNICACIÓN CLÍNICA EFICAZ EN DOLOR MODERADO Y SEVERO

El **dolor** es la segunda causa más frecuente de consulta en Atención Primaria y más del 50% de las consultas están relacionadas con dolor crónicoⁱ.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el dolor es la "mayor amenaza" para la calidad de vida a nivel mundial.

Implica relevantes repercusiones clínicas con limitaciones de las actividades diarias, interrupción de la vida social, absentismo e incapacidad laboral, incremento de las depresiones y pensamientos suicidas, así como una disminución significativa de la calidad de vida.

Una comunicación efectiva entre profesional sanitario y paciente es clave en el abordaje del dolor moderado y severo. De hecho, **una buena comunicación clínica puede reducir el dolor crónico hasta el 20% y mejorar tanto la movilidad como la ansiedad en un 25%**, según las conclusiones de un estudio realizado por médicos españoles y publicado en la revista *Patient Education and Counseling*ⁱⁱ. Para llegar a estas conclusiones, los investigadores observaron a 110 pacientes que sufrían dolores musculoesqueléticos generalizados y que recibían el mismo tratamiento farmacológico. De los 20 médicos de familia que atendieron a estos enfermos, la mitad habían recibido un curso específico de técnicas de comunicación. Las personas que fueron atendidas por los médicos que habían recibido esta formación experimentaron una disminución significativa de la intensidad del dolor, una clara progresión en la movilidad y hasta el 33% de los pacientes manifestaron tener más energía.

Este estudio español sirvió para demostrar la importancia de una comunicación clínica de calidad en dolor: además de mejorar la satisfacción del paciente y la adherencia a los tratamientos, tiene efectos directos sobre la salud.

Mejorar la comunicación con los pacientes y concienciar a la población en el abordaje del dolor es un objetivo que comparte el Ministerio de Sanidad en su "Plan de optimización de la utilización de analgésicos opioides en dolor crónico no oncológico en el SNS". En este Plan se destaca como relevante para optimizar la prescripción y potenciar el seguimiento farmacoterapéutico la concienciación y sensibilización de los pacientes a través de la comunicación clínicaⁱⁱⁱ.



Establecida la importancia de mejorar la comunicación profesional sanitario-paciente en dolor, **desde el Instituto #SaludsinBulos** hemos recogido algunas claves de la comunicación clínica eficaz a partir de diferentes estudios y publicaciones al respecto, que hemos sintetizado en un decálogo, para ser un punto de partida de debate entre expertos.

HUMANIZACIÓN

1

Procurar que el espacio para la comunicación del especialista en dolor reúna condiciones de intimidad, confidencialidad y trato digno, sin barreras, con buena iluminación, sin ruidos y sin interrupciones.

La intimidad y confidencialidad son dos de los aspectos menos cuidados en la asistencia sanitaria, y así lo han confirmado algunos estudios realizados en hospitales^{iv}.

Para que la comunicación entre el especialista en dolor y el paciente cumpla los requisitos de este primer punto del decálogo hace falta contar con **espacios reservados para proporcionar información**, donde hablar con confidencialidad y sin ningún tipo de interrupción.

El "Manual de la relación médico-paciente"^v de la Organización Médica Colegial (OMC) profundiza en este aspecto al indicar que **"el respeto a la intimidad es un valor tanto ético como jurídico**, amparado por nuestra Constitución y por la legislación vigente en España, y como tal, hay que demandarlo y protegerlo por profesionales y usuarios".

En el informe del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad "Unidad de Tratamiento del Dolor. Estándares y recomendaciones de calidad y seguridad"^{vi} se indica que "las salas comunes de hospital de día utilizadas por pacientes de ambos sexos presentan claras ventajas organizativas y económicas.



Es esencial, sin embargo, que ello no afecte a las condiciones de intimidad y dignidad en la administración de los tratamientos".

En el ámbito digital, la Asociación Americana de Telemedicina dispone de un manual^{vii} de recomendaciones en el que incluye la intimidad y confidencialidad del acto médico. En esta guía se aconseja emplear espacios privados, con fondos claros y genéricos y sin interrupciones de miembros de la familia del médico.

2

Desarrollar empatía en la comunicación no verbal: mirar a los ojos, sonreír en el momento adecuado, mostrar cercanía, pero también asertividad.

La empatía es capaz de modular el dolor, influyendo en su percepción. Estudios como el efectuado por científicos del Centro de Investigación de Neurociencias de Lyon han analizado este hecho, descubriendo que escuchar frases empáticas reduce la percepción del dolor en un 12%.^{viii}

Trabajos como el dirigido por la Unidad Funcional de Fibromialgia y Fatiga Crónica del Hospital de Alzira (Valencia) han incidido en la importancia de la **empatía como eje del modelo de atención sanitaria ofrecido a pacientes con síndrome de fibromialgia**. Así, la relación empática permite un encuentro clínico en el que la paciente se siente acogida, escuchada, comprendida y acompañada. Para ello, el profesional sanitario toma partido con la paciente, se interesa por ella y por su esfera psicosocial, hace un reconocimiento de que su enfermedad existe y de las repercusiones que tiene sobre la vida de la paciente y comparte su sufrimiento de forma compasiva^{ix}.

Dentro de la empatía, la mirada es un elemento significativo. La mirada del médico hacia el sujeto con dolor impulsa un **mayor compromiso del paciente para tomar su medicación**, al aumentar la confianza hacia el profesional sanitario^x. En este sentido, los resultados del *I Estudio de Bulos de Salud entre Pacientes*^{xi}, llevado a cabo por el instituto #SaludsinBulos y Doctoralia, señalan que mirar a los ojos es lo más importante a la hora de depositar confianza en el especialista para 4 de cada 10 pacientes.

En lo que se refiere a la teleconsulta, la guía de la Asociación Americana de Telemedicina, ya mencionada, recomienda subir la cámara al nivel de los ojos para estar cara a cara con el paciente, en la misma posición que estaría el profesional sanitario en un encuentro físico.

ESCUCHA ACTIVA

3

Dar la oportunidad al paciente y familiar para manifestar sus dudas e inquietudes.

La escucha activa consiste en atender a la totalidad del mensaje que se recibe, es decir, prestar atención no sólo a lo que se dice sino también al "cómo se dice", fijándose en los elementos no verbales y paraverbales.^{xii}

El silencio por parte del profesional sanitario es un componente esencial en la escucha activa: guardar silencio no significa estar ausente. Implica mantener una postura atenta, abierta y relajada.^{xiii}

Los beneficios de la escucha activa para los pacientes con dolor moderado y severo incluyen una mayor satisfacción del paciente, una mejora en la percepción de la competencia profesional, mayor efectividad a nivel terapéutico y, en algunos casos, mejora en el pronóstico de la enfermedad.^{xiv}



Facilitar herramientas para que el paciente y familiar pueda expresar sus necesidades dentro y fuera de la consulta (online).

4

Los resultados notificados por el paciente a través de formularios online son empleados cada vez más en la práctica clínica para mejorar la asistencia sanitaria. La utilización de herramientas online permite una recolección de datos eficaz y conocer de forma más precisa la opinión de los pacientes y, en dolor, su percepción de los síntomas y evolución de la enfermedad. Todo ello puede facilitar su empoderamiento^{xv}.

Sociedades científicas como la Sociedad Española del Dolor (SED) cuentan con herramientas online descargables para la valoración del dolor como las escalas Bat o Alberta sobre dolor irruptivo^{xvi}. Por otra parte, la Sociedad Española Multidisciplinar del Dolor (SEMDOR) tiene un espacio en su web para que los pacientes den testimonio de su experiencia con el dolor.^{xvii}

Una revisión de estudios^{xviii} de 2019 comprobó que el **uso de formularios online (PROMS) permitía conocer de forma más detallada las preocupaciones de los pacientes** en torno a su enfermedad y sus opciones de tratamiento.



INFORMACIÓN VERAZ

5

Proporcionar al paciente y familiar la información más relevante a su situación de forma proactiva, en especial, los vinculados a su calidad de vida y a las posibilidades de diagnóstico y tratamiento.

El profesional sanitario debe ofrecer todas las alternativas terapéuticas al paciente, incluyendo los posibles riesgos y efectos secundarios de los tratamientos. La información al paciente es clave en la calidad asistencial^{lxix}.

La **falta de adherencia** es uno de los mayores problemas en el tratamiento del dolor crónico y tiene impacto tanto en los resultados clínicos y la calidad de vida de los pacientes como en los costes sanitarios.^{xx}



Proporcionar al paciente toda la información sobre sus opciones de tratamiento puede **mejorar la adherencia**^{xxi}.

Sobre los opioides existen muchos mitos que afectan al abordaje correcto del dolor, como que el tratamiento con estos fármacos deriva en adicción de forma inevitable o que los pacientes ancianos no deben utilizarlos, entre otros^{xxii}. Esta desinformación influye en la adherencia y los resultados de los tratamientos y puede combatirse proporcionando por parte del profesional sanitario información veraz al paciente^{xxiii}.

Dar acceso al paciente y familiar a toda la información que requiera sobre su situación, sin que se le oculte nada.

6

La información clínica que se proporciona al paciente o usuario de un servicio de salud puede contribuir a un adecuado desarrollo del proceso asistencial, mejorar la relación entre los sanitarios y aquél y, por tanto, influir en la calidad del servicio.

7

Orientar al paciente y familiar sobre fuentes fiables donde recibir apoyo y ampliar información (asociaciones de pacientes, webs y apps verificadas).

Ocho de cada diez médicos afirman que el exceso de información de salud lleva a sus pacientes a dudar de ellos. Así se desprende de los resultados del *IV Estudio sobre Bulos de Salud-COVID19*^{xxvi}, realizado por el Instituto #SaludsinBulos y Doctoralia. La saturación de información de salud en la red lleva al paciente a no saber distinguir los bulos de la información veraz si no recibe orientación.

Urge que los especialistas en dolor proporcionen al paciente **fuentes fiables donde informarse y recibir apoyo**. En webs como la página del Grupo de Trabajo de Dolor de la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN)^{xxvii} o la del Consejo General de Colegios Farmacéuticos^{xxviii}, por ejemplo, hay recursos e informes de interés para pacientes.

En el protocolo “Valoración y manejo del dolor en pacientes hospitalizados” sus autores destacan la necesidad de proporcionar información al paciente y a su familia o cuidador sobre el dolor y las medidas utilizadas para tratarlo, prestando especial atención a la corrección de falsos mitos, y al uso de estrategias para la prevención y el tratamiento de los efectos secundarios.



Además, asociaciones como el Foro Español de Pacientes^{xxix} tienen también un papel destacado en esta labor, dando voz a los afectados y ofreciéndoles también asesoramiento y fuentes donde acudir para obtener información veraz en dolor.

COMPRENSIÓN

8

Utilizar un lenguaje sencillo, con frases breves.

Tanto en la consulta física como en la teleconsulta, hay que emplear un **lenguaje sencillo**, adaptado a cada paciente es imprescindible para lograr la comprensión de lo que se está contando. El uso de terminología médica es uno de los factores, entre otros, que impiden una buena comunicación entre el profesional de la salud y el paciente y puede ser causa de un bajo nivel de comprensión en salud.^{xxx}

El **proyecto Esencial**^{xxxi}, impulsado por la l'Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya (AQuAS), incluye un total de 22 recomendaciones para adaptar la terminología médica a los pacientes y favorecer la comprensión.

Por otra parte, en la revisión de estudios “Valoración del dolor. Revisión comparativa de escalas y cuestionarios”^{xxxii} sus autores subrayan que el lenguaje del profesional sanitario “ha de estar en concordancia con el nivel cultural del paciente y el médico valorador ha de puntuar sin interferir ni juzgar”.



Apoyarse en la información escrita y audiovisual para facilitar la comprensión.

9

Vídeos educativos y folletos informativos son herramientas educativas prácticas para facilitar la comprensión de los pacientes con dolor y educarles en salud.

Iniciativas como el tríptico informativo multicultural del tratamiento del dolor agudo postoperatorio^{xxxiii} del Hospital Universitario Puerto Real de Cádiz, en cuatro idiomas, sirven para reforzar la información oral sobre el tratamiento del dolor y facilitan la colaboración del paciente y sus familiares, minimizando su estrés.

Además, vídeos como el vídeo explicativo sobre dolor crónico de la SED, locutado por Ramón Langa, transmiten información de forma rápida, visual y comprensible.

Por otra parte, en su “Plan de optimización de la utilización de analgésicos opioides en dolor crónico no oncológico en el SNS”, ya mencionado, el Ministerio de Sanidad recomienda la implementación de una hoja de información al paciente en el inicio de la prescripción de opioides, para que el paciente comprenda los beneficios y riesgos que puede esperar de estos medicamentos.

10

Entregar la información de forma progresiva y personalizada hasta asegurarse de que se asimila.

Proporcionar información clara y de forma progresiva es necesario para que el paciente con dolor comprenda y asimile todo lo relacionado con su enfermedad.

En el artículo Manejo y plan de cuidados en el paciente con dolor sus autoras explican que profesionales de enfermería como los pertenecientes a la AEC (Asociación de Enfermería Comunitaria) pueden ayudar a proporcionar información a los pacientes sobre el dolor, así como facilitar que hablen sobre sus diferentes reacciones emocionales cuando se les transmite información sensible, entre las cuales se encuentran el miedo, frustración, impotencia e incapacidad para realizar sus tareas adecuadamente.



Para finalizar, en la comunicación de malas noticias, el protocolo EPICEE desglosa los aspectos más importantes a tener en cuenta por el profesional sanitario: hace referencia a “E” de entorno, “P” de percepción del paciente, “I” de invitación, “C” de comunicar, “E” de empatía y “E” de estrategia. Se trata de un modelo de comunicación empática para dar malas noticias que puede ayudar a mejorar la relación médico-paciente y disminuir la angustia del paciente y del familiar.

DESINFORMACIÓN EN DOLOR



La desinformación en salud no para de crecer. Según el IV Estudio de Bulos en Salud: especial COVID19, encuesta a profesionales de salud de España realizada por #SaludsinBulos y Doctoralia, 8 de cada 10 pacientes que acuden a consulta buscan previamente información en Internet. Para la mayoría de los encuestados, Internet no es una fuente segura de información en salud. Y son casi la totalidad de los profesionales sanitarios quienes piensan que la pandemia ha hecho que aumenten los bulos sanitarios.

A este fenómeno no le es ajena la información en dolor. En la desinformación sobre dolor moderado y severo influye que se trata de una patología compleja y subjetiva.

Que la lluvia o el cambio de tiempo pueden afectar al dolor, que el dolor aumenta con la edad o el reposo como ayuda para el dolor crónico son algunos de los mitos más comunes sobre esta patología, falsas creencias que pasan de unas generaciones a otras y que se perpetúan con el paso del tiempo.

Entre la desinformación más dañina sobre dolor están los “tratamientos milagro”, pseudoterapias sin ninguna evidencia científica que aseguran calmar o prevenir el dolor pero que representan un grave riesgo para la salud de todos. Entre estos remedios uno de los más difundidos por Internet son los collares de ámbar para el dolor de dientes en los bebés. Según este bulo, los collares de ámbar tienen la cualidad de aliviar el dolor y la inflamación producida durante el proceso de nacimiento de los dientes en los bebés. Así, un collar de esta sustancia situado en el cuello del niño o niña le evitaría sufrir esas molestias. Sin embargo, la realidad es que los collares de ámbar no tienen ningún poder analgésico ni antiinflamatorio en las encías y este tipo de complementos en bebés tienen unos riesgos añadidos como la asfixia o el estrangulamiento.

Otros tratamientos “milagro” que marcan tendencia en redes para el dolor son, por ejemplo, la técnica de las ventosas o el cupping que promocionan algunas estrellas del deporte y el daith piercing, método que se vende como remedio infalible contra la migraña.

Desinformación sobre opioides

Según datos del Ministerio de Sanidad, la pandemia ha disparado el consumo de analgésicos. El consumo de estos fármacos ha crecido más de un 50% en la última década.

En la mala adherencia en opioides y su autoconsumo está influyendo de forma decisiva la saturación de Atención Primaria, que, en palabras del Defensor del Pueblo español, “perjudica la calidad y seguridad de los pacientes”. Además, algunos pacientes se han quejado durante la pandemia de los inconvenientes de la consulta telefónica, asegurando que limita la comunicaciónⁱ.

La falta de información de la ciudadanía sobre los analgésicos deriva en la propagación de bulos como que “todos los opioides crean adicción”, que solo pueden ser utilizados en pacientes terminales y sus efectos secundarios son mayores que los beneficios. Noticias sensacionalistas en numerosos medios de comunicación también contribuyen a generar confusión y alarma sobre estos medicamentos. Ante esta situación, es importante emitir recomendaciones sobre el buen uso de los opioides desde instituciones oficialesⁱⁱ y proporcionar por parte de los profesionales sanitarios información al paciente, familia o cuidador sobre el dolor y las medidas utilizadas para tratarlo, prestando especial atención a la corrección de falsos mitosⁱⁱⁱ.

CLAVES DE LA COMUNICACIÓN CLÍNICA EN DOLOR

Una buena comunicación clínica puede reducir el dolor crónico hasta el 20%, mejorar la movilidad un 25% y reducir la ansiedad en un 25%^{iv}. En cambio, una mala comunicación con el paciente ocasiona costes al sistema sanitario, mala adherencia, visitas repetidas a consultas y denuncias.

Para lograr mejorar la comunicación clínica en dolor es clave trabajar la humanización, escucha activa, información veraz y comprensión.

La humanización necesita de privacidad, con un espacio que permita intimidad, confidencialidad, sin barreras, con buena iluminación, sin ruidos ni interrupciones. Además, la humanización también viene marcada por la empatía del sanitario, empatía que se manifiesta en la comunicación no verbal mirando a los ojos, sonriendo en el momento adecuado, mostrando cercanía y asertividad.

La empatía es capaz de modular el dolor: un estudio^v realizado por investigadores franceses asegura que escuchar frases empáticas reduce la percepción del dolor en un 12%. Y altos niveles de empatía se relacionan con una mayor facilidad de los pacientes o sus allegados para expresar sus síntomas y preocupaciones^{vi}.

En lo que se refiere a la escucha activa, se trata de una cualidad que permite ofrecer al paciente y familiar la oportunidad de manifestar sus dudas y preocupaciones. Esta clave de la comunicación clínica es aún más importante si tenemos en cuenta su carencia, según el I Estudio de Bulos en Salud: Pacientes, realizado por #SaludsinBulos y Doctoralia, 1 de cada 3 pacientes no se sienten escuchados por su médico.



Los beneficios de la escucha activa son diversos^{vii}:

- Mayor satisfacción del paciente
- Mejora en la percepción de la competencia profesional
- Mayor efectividad a nivel terapéutico
- Mejora en el pronóstico de la enfermedad

La información veraz es otro de los puntos básicos para mejorar la comunicación entre sanitarios y pacientes en dolor. Implica proporcionar la información más relevante a la situación del paciente de forma proactiva, en especial la vinculada a su calidad de vida y a las posibilidades de diagnóstico y tratamiento. Además, el sanitario también debería ofrecer orientación sobre fuentes fiables donde recibir apoyo y ampliar información (asociaciones de pacientes, webs y apps verificadas).

Por último, la comprensión es ofrecer un lenguaje adaptado "en concordancia con el nivel cultural del paciente y el médico valorador ha de puntuar sin interferir ni juzgar^{viii}."

Las principales barreras de la comprensión son frases demasiado largas, términos no explicados, siglas, símbolos y abreviaturas^{ix}.

Para combatir la falta de comprensión hay que emplear también como un valioso recurso la adaptación: entregar la información de forma adaptada y progresiva hasta asegurarse de que se asimila.

En resumen, todas estas claves pueden lograr una comunicación clínica caracterizada por el diálogo líquido: transparente, sencillo, empático, bidireccional, continuo y omnicanal.

PROBLEMAS Y PROPUESTA DE SOLUCIONES

PROBLEMA

01

GRUPO DE DESINFORMACIÓN EN DOLOR

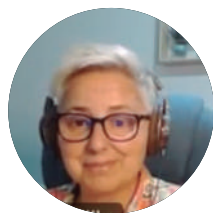
Los “tratamientos milagro”, pseudoterapias sin ninguna evidencia científica que aseguran calmar o prevenir el dolor representan un grave riesgo para la salud de todos. Estas pseudoterapias engañan y propagan desinformación en dolor, que es muy peligrosa para la seguridad de los pacientes.



Propuestas de soluciones:

Profesionales sanitarios y pacientes deben recibir formación en pseudoterapias y recursos para identificar y colaborar en desmontar bulos. Las escuelas de pacientes pueden desempeñar una tarea importante para lograr este objetivo. Un ejemplo es la experiencia del Consejo de Farmacéuticos en “una escuela con pacientes” que contribuye al crecimiento de la figura del paciente activo, empoderado y corresponsable, en la gestión de su enfermedad y aporta información fiable y contrastada de utilidad.

En diversas CCAA hay también talleres grupales de pacientes desde los centros de Atención Primaria y experiencias coordinadas por profesionales de enfermería en Andalucía, Navarra o País Vasco, entre otras.



MAITE PADILLA:

“El paciente acude más buscando información sobre dolor a redes sociales y asociaciones de pacientes porque tienen información más accesible”



JORDI MOYA:

“Hemos dado charlas divulgativas en idioma llano y las hemos grabado en vídeo como escuela de pacientes y familiares con dolor”



PROBLEMA

02

La desinformación sobre opioides perjudica la seguridad y la atención a los pacientes. En los últimos tiempos han proliferado noticias sensacionalistas sobre estos medicamentos que alarman a la población y siembran confusión.

Propuestas de soluciones:

1. Hay que pedir a instituciones oficiales que realicen recomendaciones a la población sobre el buen uso de los opioides.
2. Los profesionales sanitarios han de proporcionar información sobre el dolor y las medidas utilizadas para tratarlo, incluyendo la medicación.
3. Hay que formar a sanitarios, comunicadores y ciudadanía en la identificación de las noticias

sensacionalistas sobre opioides y en las informaciones que tratan de forma superficial el dolor, para así evitarlas y contrastarlas.



CARMEN JÓDAR:

"Debemos proporcionar una información veraz, actualizada y respaldada por sociedades científicas o asociaciones profesionales"

El paciente con dolor crónico se siente solo y cae en la desinformación y en las pseudoterapias. No sabe a quién preguntar, no conoce recursos ni herramientas para informarse de forma veraz.

Propuestas de soluciones:

1. La información en papel al paciente por parte del profesional sanitario es un recurso muy valioso. Esta información en papel es especialmente relevante en la toma de la medicación. A veces no se proporciona información sobre posología, dosis máximas, número de tomas... y los pacientes caen en la falta de adherencia a los tratamientos.
2. El apoyo entre iguales es clave. Para superar las barreras que plantea la comunicación en dolor es importante acudir a webs de instituciones y profesionales sanitarios, pero también de pacientes. El apoyo entre iguales tiene un gran valor.
3. Vídeos en redes sociales. Constituyen un recurso muy útil para difundir información veraz sobre dolor y que llegue a mayor número de ciudadanos.

PROBLEMA

03



Los vídeos en formato de píldoras de salud pueden servir para transmitir información de forma ágil y comprensible al paciente. Como ejemplo, en la actualidad SEMERGEN está trabajando en la creación de una red de comunicación fiable para acabar con las barreras de la comunicación clínica en dolor, usando las redes sociales para dar visibilidad a sociedades científicas, asociaciones de pacientes y sanitarios.



MANUEL MEJÍAS:

"Estamos trabajando en una red de comunicación fiable que incluye a profesionales sanitarios de todos los ámbitos"

PROBLEMA

04

La información sobre dolor en algunas webs es poco accesible y comprensible para el paciente.



Propuestas de soluciones:

1. Los profesionales sanitarios y asociaciones de pacientes tienen que recomendar webs fiables, con información actualizada, resolviendo las dudas de los pacientes y respaldadas por expertos o sociedades científicas.
2. Estas webs deben tener un lenguaje comprensible y sencillo y con contenidos abiertos para todos los ciudadanos.



MINERVA NAVARRO:

“Tenemos que idear estrategias de comunicación entre profesionales sanitarios y pacientes para que el mensaje sea claro y llegue”



PROBLEMA

05

No hay buena comunicación entre los profesionales de Medicina, Farmacia y Enfermería.

Propuestas de soluciones:

1. Los profesionales sanitarios implicados en el abordaje de las patologías de dolor deben formarse en habilidades de comunicación.
2. Hay que fomentar encuentros multidisciplinares de estos profesionales y que haya más contacto entre las diferentes Comunidades Autónomas.



TAMARA PEIRO:

“A veces los pacientes son incapaces de procesar la información en el momento que se les proporciona y necesitan que el farmacéutico se lo vuelva a explicar”

PROBLEMAS Y PROPUESTA DE SOLUCIONES

GRUPO DE CONSULTA, AUDIO Y TELECONSULTA

Hay pacientes que tienen dificultades para realizar consultas telefónicas y teleconsultas en dolor. Es la brecha digital, término que hace referencia a las desigualdades en el acceso a Internet y las Tics y a la falta de competencias digitales de parte de la población.

PROBLEMA

01



Propuestas de soluciones:

1. Las aplicaciones para pacientes deben ser más accesibles y sencillas de usar. Tanto médicos de Atención Primaria y hospitalaria como enfermeras y farmacéuticos deberían colaborar en el desarrollo de estas apps.
2. La colaboración interdisciplinar es muy importante para proporcionar formación al paciente.

3. Es necesario actualizar equipos y tecnología. Los cambios tecnológicos no parecen haber llegado a algunas consultas, que siguen realizándose del mismo modo que hace años.

PROBLEMA

02

Mala preparación de las consultas. No hay un conocimiento mutuo ni el profesional sanitario sabe nada sobre las necesidades del paciente antes de la consulta.



Propuestas de soluciones:

1. El envío previo y posterior de formularios ayuda a aclarar las ideas de cara a la consulta. El formulario previo sirve al profesional para saber qué va a contar el paciente y, ya en consulta, según las intervenciones que se vayan a hacer, un feedback por escrito es muy útil. Así, el sanitario podría gestionar las expectativas y estos formularios le facilitan el manejo del día.
2. En llamadas telefónicas, el envío al paciente de un resumen de lo abordado en la llamada también puede ser de gran utilidad.
3. El paciente debe acudir a consulta acompañado por una persona de confianza.



JUANA SÁNCHEZ:

“Con el conocimiento mutuo entre sanitario y paciente es más fácil emplear formularios en las consultas telefónicas”



ÁNGELA GONZÁLEZ:

“Tras una consulta, es buen momento para entregarle al paciente toda la información mediante un formulario complementario”

PROBLEMA

03

Faltan profesionales que se quieran dedicar al dolor y darle más visibilidad. Las consultas saturadas no permiten dedicar más recursos.

Propuestas de soluciones:

1. Una vía de solución es impulsar campañas de información y sensibilización sobre el dolor entre la ciudadanía e incentivar desde las administraciones públicas para que haya más especialistas en dolor.
2. Formar a los profesionales de la comunicación para abordar con rigor y sin sensacionalismos la información sobre dolor también es prioritario para dar más visibilidad a estas patologías.



GUILLERMINA MARI I PUGET:

"El conocimiento del profesional sanitario no sirve de nada si se transmite de forma oscura al paciente, sin un lenguaje accesible"

No hay pautas para saber cuándo utilizar la teleconsulta o la consulta telefónica y cómo complementarlas con la consulta presencial en dolor. Hay que tener en cuenta que la teleconsulta y la audioconsulta no valen para todos los perfiles de pacientes, es necesario precisar sus indicaciones y las situaciones en las que pueden ser más provechosas.

Propuestas de soluciones:

1. La consulta telefónica debe reservarse para seguimiento del paciente y dudas. El historial compartido, accesible al paciente, es otro recurso útil para resolver dudas en estas consultas.
2. Hay que establecer unas condiciones mínimas de confidencialidad, seguridad e inteligibilidad para la teleconsulta. Esta modalidad puede ser un buen complemento de la consulta presencial para seguimiento, cambios de tratamiento y comunicaciones con el paciente.



PROBLEMA

04

3. El paciente activo y empoderado debe poder elegir entre consulta presencial o teleconsulta y ya hay iniciativas pioneras en algunas comunidades autónomas en este sentido.

4. Los grupos de Whats App pueden ser útiles para optimizar el tiempo en consulta. Todo forma parte de un cambio organizativo que debe ser pactado con los pacientes, una transformación que incluye fijar horarios para las consultas telefónicas o teleconsultas a una determinada hora.

No hay un modelo de comunicación para las consultas de dolor ni entre profesionales ni entre los pacientes con su sanitario. No existe un modelo que fomente un “trato digno” basado, entre otros aspectos, en creer al paciente cuando comenta que le duele algo.



Propuestas de soluciones:

1. Hay que impulsar un modelo de comunicación consensuado entre los sanitarios y que sea multidisciplinar.
2. Es importante huir de modelos paternalistas o que no transmitan toda la información relevante al paciente con dolor.
3. La empatía debe ser clave en este modelo de comunicación. Escuchar, mirar a los ojos y dar la mano son actos esenciales en una consulta. Mirar a los ojos lleva al paciente a pensar que su profesional sanitario le cree, atiende y se preocupa por él



MARIA EUGENIA CENTENO:

“Mirar, escuchar y animar a hacer preguntas al paciente es muy importante para transmitir empatía en consulta”

El sanitario no sabe lidiar con las expectativas equivocadas del paciente que padece dolor, tanto respecto a su enfermedad como al tratamiento.

Propuestas de soluciones:

1. Los médicos deben intentar no crear expectativas irreales sobre los tratamientos de dolor, aun entendiendo que los pacientes siempre buscan la curación. Para conseguir adecuar las expectativas del paciente a la realidad la formación es clave. Cultivar y trabajar la relación médico-paciente es básico aquí.
2. Ha de existir un acuerdo mutuo entre sanitario y paciente sobre los objetivos terapéuticos a conseguir.



ANDONI LORENZO:

“Nuestros mayores éxitos como asociación de pacientes los hemos conseguido cuando hemos ido de la mano con sociedades médicas”

CHECK LIST

El check list consensuado por las organizaciones participantes en #DolorSinBulos tiene como objetivo proporcionar una herramienta práctica para mejorar la comunicación clínica en dolor. Se compone de una serie de preguntas a contestar para verificar puntos importantes y tareas a cumplir para comprobar la calidad asistencial y ver áreas de mejora.

CHECK LIST PARA PROFESIONALES SANITARIOS



¿Dispongo de un espacio con intimidad y silencio para la consulta, audio o teleconsulta?



¿Mis equipos cuentan con los requisitos necesarios para una llamada o vídeo llamada de calidad?



¿Realizo la audio llamada desde una zona privada, sin que se oigan otras conversaciones?



¿He recibido formación sobre la utilización de estos canales?



¿Tengo herramientas seguras en la comunicación interprofesional?



¿He consensuado con el paciente el uso de la tecnología y de las herramientas de comunicación para la consulta, audio o teleconsulta?



¿Miro a los ojos a mi paciente?



¿Animo a mi paciente a transmitir sus dudas sobre dolor?



¿Hago preguntas abiertas para facilitar la comprensión?



¿Hablo en un lenguaje comprensible y sencillo?



¿He comprobado que el paciente me entiende?



¿Trato de interpretar los signos y la comunicación no verbal?



¿Resumo lo que está contando el paciente?



¿Comprendo la dificultad de explicar qué duele?



¿Envío formularios previos o posteriores sobre la consulta?



¿Tengo información clínica previa del paciente?



¿Proporciono información en papel en consulta?



¿Recomiendo referencias digitales a mis pacientes?



¿Proporciono toda la información relevante?



¿Me apoyo en información escrita o audiovisual en consulta?



¿Coordino con otros profesionales sanitarios la información?

CHECK LIST

CHECK LIST PARA PACIENTES



¿Dispongo de un espacio en casa con intimidad y silencio para la consulta, audio o teleconsulta?



¿Tengo buena conexión a Internet?



¿Estoy en un lugar suficientemente iluminado?



¿He avisado a mi familia que no interrumpa la audio o videollamada?



¿He preparado las preguntas que quiero hacer en consulta, tele o audioconsulta?



¿Participo de forma activa en la toma de decisiones sobre mi tratamiento?



¿Acudo acompañad@ a consulta?



¿Tomo notas de las llamadas?



¿Mi sanitario me transmite toda la información que necesito?



¿Participo en grupos y asociaciones de pacientes y transmito mi experiencia?



¿Me he cerciorado de que se me oye bien?



¿He recibido formación para usar la tele o audioconsulta?



¿Estoy disponible para la llamada de mi médico?



¿He consensuado con mi sanitario las herramientas de comunicación a utilizar para la consulta, audio o teleconsulta?



¿Pido información sobre webs de referencia en dolor a profesionales



¿Trato de actualizar mis conocimientos para superar la brecha digital?

ⁱ<https://elmedicointeractivo.com/el-dolor-es-uno-de-los-motivos-mas-frecuentes-de-consulta-en-atencion-primaria/>

ⁱⁱ Miguel Muñoz Alamo Roger Ruiz Moral Luis Angel Pérula de Torres
Evaluation of a patient-centred approach in generalized musculoskeletal chronic pain/fibromyalgia patients in primary care Patient Education and Counseling Volume 48, Issue 1, September 2002, Pages 23-31

ⁱⁱⁱ Ministerio de Sanidad. Comisión Permanente de Farmacia. Plan de optimización de la utilización de analgésicos opioides en dolor crónico no oncológico en el SNS
https://www.sanidad.gob.es/profesionales/farmacia/pdf/20210927_Plan_Optimizacion_Opioides.pdf

^{iv} Cristina M. Beltran-Aroca, Eloy Girela-Lopez, Eliseo Collazo-Chao, Manuel Montero-Pérez-Barquero & Maria C. Muñoz-Villanueva Confidentiality breaches in clinical practice: what happens in hospitals? (2016) BMC Medical Ethics volume 17, Article number: 52

^v Foro de la Profesión Médica de España, Manual de la relación medico-paciente, (octubre 2019)

^{vi} Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Unidad de Tratamiento del Dolor. Estándares y recomendaciones de calidad y seguridad. 2011
https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/EERR/Unidad_de_tratamiento_del_dolor.pdf

^{vii} ATA'S quick-start guide to telehealth during a health crisis
https://www.jshfirm.com/wp-content/uploads/2020/04/ATA_QuickStart_Guide_to_Telehealth_4-10-20.pdf

^{viii} C. Fauchon et al. Brain activity sustaining the modulation of pain by empathetic comments. Scientific Reports, volume 9, Article number: 8398 (2019). DOI: <https://doi.org/10.1038/s41598-019-44879-9>

^{ix} Patricia Roth Damasa, Mónica Portillo Santamaría, Blanca Folch Marína, Vicente Palop Larrea
Fibromialgia y empatía: un camino hacia el bienestar Atención Primaria Vol. 50. Núm. 1. páginas 69-70 (Enero 2018)

^x J A. Flórez Lozano, P C. Martínez Suárez, C. Valdés Sánchez Análisis de la comunicación en la relación médico-paciente Medicina Integral Vol. 36. Núm. 3. páginas 113 (Julio 2000)

^{xi} <https://saludsinbulos.com/wp-content/uploads/2022/02/I-Estudio-Salud-sin-Bulos-Pacientes-230222.pdf>

^{xii} . Hsu C, Phillips WR, Sherman KJ, Hawkes R, Cherkin D. Healing in primary care: a vision shared by patients, physicians, nurses and clinical staff. Ann Fam Med. 2008; 6:307-14.

^{xiii} Ruiz-Moral R. Relación Clínica. Guía para aprender, enseñar e investigar. 1a ed. Barcelona: semFYC ediciones; 2004

^{xiv} Subiela García, José Antonio; Abellón Ruiz, Juan; Celdrán Baños, Ana Isabel; Manzanares Lázaro, José Ángel; Satorres Ramis, Bárbara La importancia de la Escucha Activa en la intervención Enfermera. Enfermería Global vol.13 no.34 Murcia abr. 2014

- ^{xv} <https://mv.com.br/es/blog/prems-y-proms---que-son-y-por-que-integrarlos-al-registro-clinico-electronico>
- ^{xvi} <https://www.sedolor.es/profesionales-y-formacion/herramientas-apps/>
- ^{xvii} <https://semador.es/mi-experiencia-del-dolor/>
- ^{xviii} S Mori, E H Lee Beyond the physician's perspective: A review of patient-reported outcomes in dermatologic surgery and cosmetic dermatology *Int J Womens Dermatol* . 2018 Sep 13;5(1):21-26. doi: 10.1016/j.ijwd.2018.08.001. eCollection 2019 Feb.
- ^{xix} Ángel García Millán La información al Paciente como pieza clave de la Calidad Asistencial *Revista Clínica de Medicina de Familia* versión On-line ISSN 2386-8201 versión impresa ISSN 1699-695X *Rev Clin Med Fam* vol.2 no.6 Albacete feb. 2009
- ^{xx} Ortega-Jiménez P, De Sola H, Salazar A, Dueñas M, Del Reguero L, Failde I. A nationwide cross-sectional study of self-reported adherence and factors associated with analgesic treatment in people with chronic pain. *J Clin Med*. 2020; 9 (11):3666.
- ^{xxi} Brown MT, Bussell JK. Medication Adherence. *Mayo Clin Proc*. 2011;86(4):304-314.
- ^{xxii} Chris Patterson, R Seis mitos sobre la utilización de opiáceos. *Nursing*. 2009, junio-Julio
- ^{xxiii} Socidrogalcohol. El buen uso de analgésicos opioides. https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/bibliotecaDigital/publicaciones/pdf/2017_GUIA_Buen_uso_opioides_Socidrigalcohol.pdf
- ^{xxiv} Ángel García Millán La información al Paciente como pieza clave de la Calidad Asistencial *Revista Clínica de Medicina de Familia* vol.2 no.6 Barcelona feb. 2009
- ^{xxv} Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. Valoración y manejo del dolor en pacientes hospitalizados. https://www.chospab.es/enfermeria/RNAO/guias/protocolo_valoracion_y_manejo_del_dolor_en_pacientes_hospitalizados.pdf
- ^{xxvi} <https://saludsinbulos.com/wp-content/uploads/2021/11/ES-PR-IV-Estudio-Salud-sin-Bulos-2021-.pdf>
- ^{xxvii} <https://www.semergen.es/index.php?seccion=grupos&subSeccion=detalleGrupo&idG=69&sS=3>
- ^{xxviii} <https://www.farmaceuticos.com/informes-tecnico-profesionales/el-dolor-y-su-farmacoterapia/>
- ^{xxix} <https://forodepacientes.org/>
- ^{xxx} <https://blog.aquas.cat/2018/07/12/alfabetizacion-salud/?lang=es>

xxxii <http://essencialsalut.gencat.cat/ca/inici/>

xxxiii M. T. Vicente Herrero, S. Delgado Bueno et al. Valoración del dolor. Revisión comparativa de escalas y cuestionarios. Rev Soc Esp Dolor 2018; 25(4): 228-236

xxxiiii M. J. González Forte, J. J. Cobacho de Alba, J. L. Ortega García y F. Neira Reina
Tríptico informativo multicultural del tratamiento del dolor agudo postoperatorio Rev. Soc. Esp. Dolor
vol.19 no.5 Madrid sep./oct. 2012

xxxv https://www.youtube.com/watch?v=JYA_mrNuLz0

xxxvi Amaia Amatriain Marturet Manejo y plan de cuidados en el paciente con dolor. Enfermería, junio 2019

xxxvii Rodríguez, J. 'Comunicación Clínica: Cómo dar Malas Noticias'. Abril 9, 2018, de Centro de Salud
Ortuella Sitio web: <http://www.doctutor.es/wp-content/uploads/2010/03/Dar-Malas-Noticias-JJ-Rodriguez-S-2010.pdf>

xxxviii <https://www.saludiario.com/cuales-son-las-ventajas-y-los-inconvenientes-de-la-consulta-medica-por-telefono/>

xxxix <https://www.sanidad.gob.es/biblioPublic/publicaciones/docs/200006-2.pdf>

xl <https://www.chospab.es/publicaciones/protocolosEnfermeria/documentos/a9b519db4874c66ade31a4ee3eccda23.pdf>

xli Miguel Muñoz Alamo; Roger Ruiz Moral; Luis Angel Pérula de Torres. Evaluation of a patient-centred approach in generalized musculoskeletal chronic pain/fibromyalgia patients in primary care Patient Education and Counseling Volume 48, Issue 1, September 2002, Pages 23-31

xlii C. Fauchon et al. Brain activity sustaining the modulation of pain by empathetic comments. Scientific Reports, volume 9, Article number: 8398 (2019): <https://doi.org/10.1038/s41598-019-44879-9>

xliii El efecto de la empatía en la práctica asistencial. Hospital Italiano de Buenos Aires
<https://www.fcchi.org.ar/el-efecto-de-la-empatia-en-la-practica-asistencial/>

xliiii Subiela García, José Antonio; Abellón Ruiz, Juan; Celdrán Baños, Ana Isabel; Manzanares Lázaro, José Ángel; Satorres Ramis, Bárbara La importancia de la Escucha Activa en la intervención Enfermera. Enfermería Global vol.13 no.34 Murcia abr. 2014

xliv M. T. Vicente Herrero, S. Delgado Bueno et al. Valoración del dolor. Revisión comparativa de escalas y cuestionarios. Rev Soc Esp Dolor 2018; 25(4): 228-236

xlv Cómo adaptamos el lenguaje médico para mejorar la comunicación con el paciente Blog de la Agencia de Calidad y Evaluación Sanitarias de Catalunya
<https://blog.aquas.cat/2018/07/12/alfabetizacion-salud/?lang=es>.