



3. Justificación de la Estrategia

El dolor es consustancial al ser humano, siendo una señal protectora de evitación a un peligro mayor, pero cuando se cronifica en el tiempo supone un gran deterioro físico y psíquico para la persona que lo sufre. La IASP (*International Association for the Study of Pain*) elaboró en el año 1978 una primera definición del dolor, que ha revisado en el año 2020 definiendo el dolor como “una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada o similar a la asociada con daño tisular real o potencial” [1]. Además, la IASP ha incorporado 6 anotaciones adicionales que permitan comprender mejor esta definición, que son [2]:

- El dolor es siempre una experiencia personal que está influenciada en diversos grados por factores biológicos, psicológicos y sociales.
- El dolor y la nocicepción son fenómenos diferentes. El dolor no puede inferirse únicamente de la actividad en las neuronas sensoriales.
- A través de sus experiencias de vida, las personas aprenden el concepto de dolor.
- La manifestación de una persona que afirma sentir dolor debe ser respetada.
- Aunque el dolor por lo general cumple una función adaptativa, puede tener efectos adversos sobre la función y el bienestar social y psicológico.
- La descripción verbal es solo uno de varios comportamientos para expresar dolor; la incapacidad de comunicarse no niega la posibilidad de que un ser humano o un animal no humano experimente dolor.

En el año 2007, la Organización Mundial de la Salud (OMS) reconoce el dolor como un problema de salud pública de gran relevancia, a la vez que destaca la importancia de organizar la atención del dolor para conseguir un diagnóstico certero y un adecuado tratamiento. Además, evidencia la existencia de cierto desconocimiento en el ámbito clínico sobre el mismo, así como la carencia de una aproximación científica homogénea [3].

Desde entonces, se ha avanzado de forma significativa en todo lo relativo al manejo del dolor, tanto en lo referente a su abordaje clínico como a una mayor toma de conciencia sobre el mismo, tanto por parte de la sociedad como de la comunidad científica, aunque todavía queda un **amplio margen de mejora**.

Se diferencian dos grandes tipologías de dolor, el dolor agudo y el dolor crónico. El dolor agudo es una respuesta fisiológica localizada y de duración limitada asociado tanto en su intensidad como en su duración a la lesión, enfermedad o proceso que lo origina (postoperatorios, politraumatismos, quemaduras, procedimientos médicos, etc.). Hay un amplio consenso en que el dolor agudo es el que no excede en ningún caso de un período de 90 días [4].

Por su parte, el **dolor crónico** prevalece por un tiempo superior a tres meses, siendo considerado como una **enfermedad en sí misma**. El dolor crónico es un problema de salud con un serio impacto socioeconómico y con un elevado uso de los recursos de salud, siendo una de las causas más comunes de atención en el sistema sanitario. Su origen puede ser nociceptivo (ya sea somático o visceral), neuropático o mixto, diferenciándose dos tipologías de dolor crónico: oncológico y no oncológico.

El Servicio Canario de la Salud (SCS) es consciente de la necesidad de avanzar en el manejo y tratamiento del dolor en todas sus tipologías por lo que ha previsto la



elaboración de diferentes estrategias adaptadas a cada una de ellas. La presente estrategia es la primera que se impulsa en el ámbito del dolor y tiene por objeto el **abordaje de la mejora del Dolor Crónico No Oncológico (DCNO)**.

En España, el dolor crónico lo padecen una de cada seis personas y afecta en mayor medida a mujeres [5]. Es el **motivo más común de malestar y discapacidad** con un gran impacto en la salud física de las personas, y con implicaciones emocionales de carácter significativo, pudiendo afectar tanto al entorno social como al laboral del paciente. Hay estadísticas referidas al ámbito europeo que muestran que el 27% de los pacientes se encuentra aislado socialmente debido a su dolor y que el 21% se siente incapaz de trabajar, siendo el tiempo medio de baja laboral de 14 días [6].

Casi un 40% de los pacientes con dolor crónico tarda más de un año en ser diagnosticado en España, siendo el tiempo medio para el diagnóstico en Europa de 2,2 años, con lo que se puede concluir que en el ámbito del dolor hay recorrido de mejora para determinar su origen y establecer un diagnóstico y tratamiento adecuados [6].

Ilustración 1: Algunas características del dolor crónico

• Prevalencia del dolor crónico	17 %
• Porcentaje de pacientes que tardaron más de un año en ser diagnosticados	39 %
• Tiempo medio de diagnóstico	2,2 años
• Porcentaje de pacientes aislados socialmente a causa del dolor ¹	27 %
• Media anual de días de baja laboral a causa del dolor ¹	14 días
• Porcentaje de pacientes incapaces de trabajar a causa del dolor ¹	21 %

Nota: Basado en los resultados del proyecto Pain Proposal en España (Año 2010). El proyecto es una iniciativa promovida por la Federación Europea de la Asociación Internacional del Estudio del dolor (EFIC) y la Federación Europea de Asociaciones Neurológicas (EFNA).

¹ Datos referentes al conjunto de Europa.

Fuente: A. Torralba, A. Miquel y J. Darba, «Situación actual del dolor crónico en España: iniciativa "Pain Proposal",» *Rev. Soc. Esp. Dolor* 21 (1): 16-22, 2014.

En España se considera que el dolor crónico **genera un coste cercano a los 16.000 millones de euros anuales**, lo que representa el 2,5% del PIB [6]. El impacto en los costes directos está asociado al mayor uso que los pacientes con dolor crónico realizan del sistema sanitario, ya que la frecuentación de consultas, urgencias y hospitalización es más elevada en estos pacientes. Un paciente que padece dolor crónico severo por término medio acudirá tres veces más a la consulta de un médico que otro paciente sin dolor, y dos veces más si padece dolor crónico moderado. Un mejor manejo y tratamiento del dolor permitiría reducir la frecuentación de estos pacientes de los servicios sanitarios incrementando la calidad asistencial y reduciendo los costes para el sistema.

Los costes indirectos, en su mayor parte, están ligados al impacto que tiene el dolor crónico en la capacidad laboral de las personas que lo padecen. Hay estimaciones que indican que un 30 % de las personas que sufren dolor crónico han estado de baja en algún momento debido al mismo. Según el Instituto de Estudios Fiscales el dolor crónico



hace que se pierdan 52 millones de jornadas laborales con un coste económico aproximado de 2.500 millones de euros [6].

El modelo de atención al paciente con dolor crónico no oncológico contempla un **sistema de trabajo en red** que permita la atención al paciente en el nivel asistencial más adecuado de acuerdo con sus necesidades. La coordinación entre los profesionales de los diferentes niveles asistenciales y especialidades es fundamental dado que los pacientes requieren de un modelo de gestión de cuidados compartidos, que garantice la atención multidisciplinar y la continuidad asistencial entre niveles y unidades.

Para favorecer este trabajo en red, es fundamental coordinar las competencias de los profesionales, compartir la información del paciente, establecer conjuntamente los protocolos de actuación y de derivación del paciente, entre otras actuaciones. En este sentido, el primer nivel de atención de los pacientes con dolor crónico no oncológico, en general, es recomendable que sea **Atención Primaria (AP), actuando como coordinador** del proceso asistencial global del paciente [5].

La atención a los pacientes es aconsejable que se articule a través de un **Plan Terapéutico Integral (PTI)**, el cual incluye la relación de actuaciones terapéuticas de carácter multidimensional que de forma consensuada y personalizada se establecen para cada paciente. El PTI constituye una herramienta esencial para la continuidad asistencial, la coordinación y el tratamiento multidisciplinar del paciente [7].

A este respecto, es clave el acceso del equipo de Atención Primaria a los especialistas de la Unidad del Dolor al objeto de contar con su apoyo para favorecer una mayor resolutivez en el primer nivel asistencial. En el caso de aquellos pacientes que tras el seguimiento en Atención Primaria no mejora su situación clínica, se procederá a su derivación al servicio hospitalario correspondiente o bien a la Unidad del Dolor, de acuerdo con los criterios de derivación establecidos en los protocolos. A la Unidad del Dolor únicamente deben llegar los casos de los pacientes con dolor crónico no oncológico ya estudiados y diagnosticados que sean más complejos [5], considerando el acceso a la unidad del dolor una posibilidad más en el abordaje y no el final del recorrido del paciente con dolor crónico por el sistema.

Adicionalmente, es necesario afrontar el reto de la atención a los pacientes tras el impacto que ha supuesto la COVID-19 en su proceso asistencial, especialmente en lo relativo a los retrasos en el diagnóstico y pruebas complementarias, las dificultades en su seguimiento y la adherencia a los tratamientos. Igualmente, es importante afrontar la transformación de los procesos asistenciales en cuanto a su organización (coordinación, multidisciplinariedad, ...), la incorporación tecnológica y las nuevas formas de relación con los pacientes (atención no presencial), entre otras.

En todo este proceso de atención al paciente es importante tener en cuenta la **perspectiva de la humanización** de la atención garantizando al paciente no solo el adecuado manejo y alivio de su dolor, sino también la empatía y dignidad de trato. Mediante el desarrollo de esta Estrategia la Consejería de Sanidad pretende mejorar la atención integral de las personas con Dolor Crónico No Oncológico, favoreciendo el diagnóstico y la atención temprana, desde una visión de equipo multidisciplinar que tenga en cuenta todas las necesidades del paciente y de su entorno, dando cumplimiento al compromiso adquirido con los ciudadanos.

La Estrategia Regional del Dolor Crónico No Oncológico en Canarias se ha llevado a cabo gracias a la colaboración de un número representativo de profesionales pertenecientes al SCS y representantes de sociedades científicas, que de manera



desinteresada han participado en los grupos de trabajo y en el proceso de desarrollo y revisión del presente documento. A todos ellos nos gustaría expresarles nuestra más profunda gratitud. La estrategia se estructura de la siguiente forma:

Ilustración 2: Estructura de la Estrategia Regional del Dolor Crónico No Oncológico en Canarias

