



5. Análisis de situación

5.1. Impacto del dolor

Estado de salud

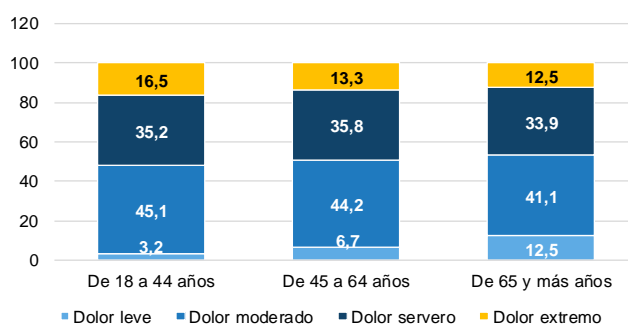
Prevalencia e incidencia

En España, diferentes estudios estiman que la **prevalencia del dolor crónico se sitúa en torno al 17%**, lo que representa que aproximadamente 1 de cada 6 españoles lo padece [6]. Aplicando esta estimación a Canarias, para el año 2018, el número de personas afectadas por dolor crónico se situaría en torno a los 361.700. Para niños y adolescentes se estima que la tasa de prevalencia en España del dolor crónico se encuentra próxima al 37% de la población en esa franja de edad [9], [10].

Los expertos consideran que una parte del dolor crónico está **infravalorado o inadecuadamente tratado, tanto en adultos como en niños**. Los motivos que explican este hecho se deben a múltiples variables, entre las que se encuentran la carencia formativa y de información del profesional clínico, la falta de conocimiento sobre el uso adecuado y seguro de los tratamientos, el uso mejorable de las herramientas de valoración del dolor, las reglas para la utilización de estupefacientes y los aspectos culturales inherentes a las personas en el afrontamiento del dolor, los problemas por parte del paciente para manifestar su dolor y la comunicación entre el paciente y su profesional asistencial [11].

El dolor crónico está presente en todos los tramos de edad. Las personas de mayor edad padecen en mayor medida dolor de carácter generalizado, articular y / o de extremidades. Asimismo, las dificultades para el desarrollo de actividades que requieran la realización de movimientos o esfuerzos aumentan con la edad, apreciándose mayores dificultades para ello en las personas de 65 y más años [12].

Ilustración 7: Prevalencia del dolor crónico por grupos de edad según su intensidad

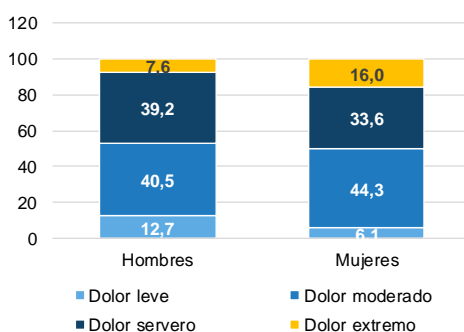


Fuente: Dueñas, M., et al. «A Nationwide Study of Chronic Pain Prevalence in the General Spanish Population: Identifying Clinical Subgroups Through Cluster Analysis» Pain Medicine, 2015

Las **mujeres manifiestan padecer en mayor medida el dolor crónico**, y no solo porque la prevalencia es más elevada, sino también por la intensidad del dolor. De esta forma, el 16,0% de las mujeres siente dolor extremo frente al 7,6% de los hombres [5], [12].



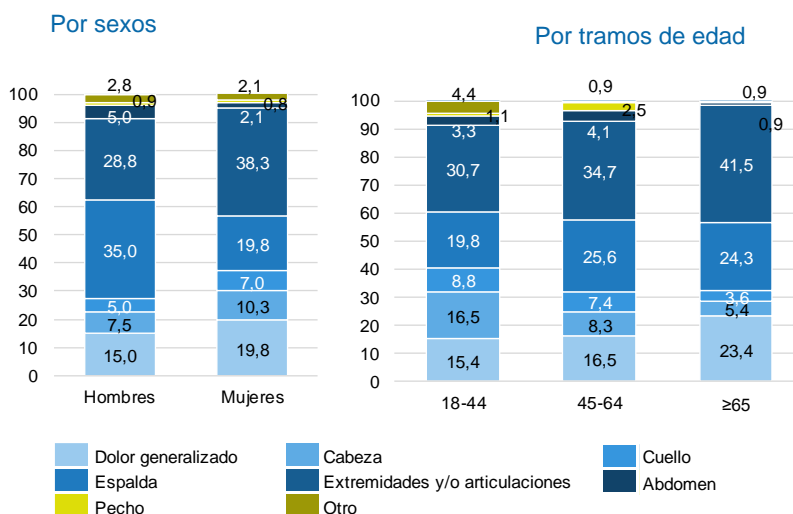
Ilustración 8: Prevalencia del dolor crónico por sexos e intensidad



Fuente: Dueñas, M., et al. «A Nationwide Study of Chronic Pain Prevalence in the General Spanish Population: Identifying Clinical Subgroups Through Cluster Analysis » Pain Medicine, 2015

El análisis de la localización del dolor crónico por sexos refleja diferencias significativas en lo relativo al dolor de espalda, que afecta más a hombres que a mujeres, y el dolor de las extremidades y /o articulaciones, que lo padecen más las mujeres que los hombres. Por tramos de edad, se aprecia que a medida que las personas se hacen mayores se incrementan los dolores en las extremidades y en las articulaciones, así como el dolor de carácter generalizado. A partir de los 45 años, aumenta la prevalencia del dolor de espalda. En cambio, los jóvenes padecen en mayor medida dolor de cabeza.

Ilustración 9: Localización del dolor crónico



Fuente: Dueñas, M., et al. «A Nationwide Study of Chronic Pain Prevalence in the General Spanish Population: Identifying Clinical Subgroups Through Cluster Analysis » Pain Medicine, 2015

Causas del dolor

El dolor crónico no oncológico se encuentra entre los problemas o enfermedades de larga duración más prevalentes en la población, ya sea como patología específica (lumbalgia, dolor cervical, ...) o bien asociado a determinadas patologías como la artrosis.

En concreto, las **causas más frecuentes de dolor crónico no oncológico** son de carácter musculoesquelético, neuropático (del sistema nervioso), crónico visceral, vascular y somatomorfo.



Ilustración 10: Causas más frecuentes del dolor crónico no oncológico

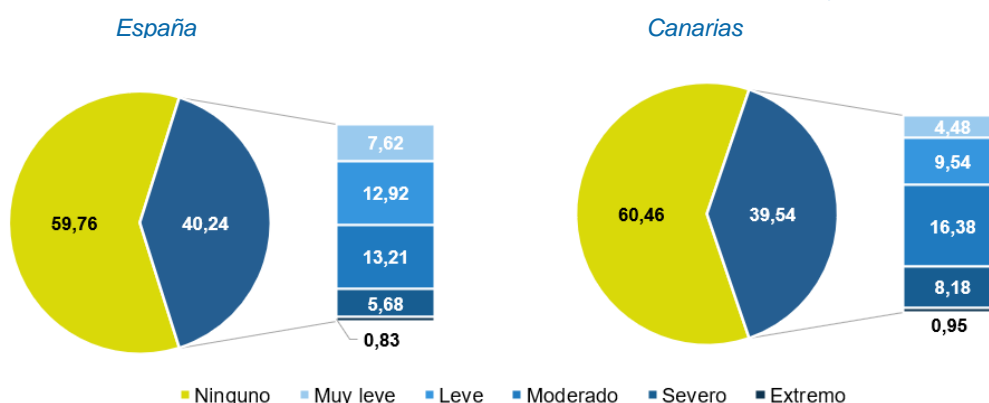
Dolor musculoesquelético	<ul style="list-style-type: none"> • Dolor articular (artritis y artrosis) • Dolor del raquis: lumbar, cervical • Dolor muscular (síndromes de dolor miofascial y dolor muscular generalizado)
Dolor neuropático	<ul style="list-style-type: none"> • Herpes zoster y neuralgia post-herpética • Neuralgias de nervios periféricos • Neuropatía diabética dolorosa • Síndromes de dolor regional complejo • Dolor por lesión nerviosa • Dolor post-amputación y del miembro fantasma
Dolor mixto	<ul style="list-style-type: none"> • Dolor radicular por patología del raquis
Otros	<ul style="list-style-type: none"> • Dolor crónico visceral • Dolor de origen vascular • Dolor somatomorfo • Migraña y otras cefaleas

Fuente: Modificado de la tabla 1.1. de la Unidad de Tratamiento del Dolor. Estándares y recomendaciones de calidad y seguridad. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.

Intensidad y frecuencia

En Canarias la **prevalencia declarada del dolor es muy similar a la del conjunto de la población española**. De esta forma, el 39,54% de la población en Canarias manifiesta haber experimentado dolor en las últimas 4 semanas, frente al 40,24% del conjunto de España. Sin embargo, si se valora la intensidad del dolor en las personas que lo padece, en Canarias el 25,52% de las personas manifiesta haber experimentado un dolor moderado, severo o extremo frente al 19,71% de la media española [13].

Ilustración 11: Grado de dolor padecido en las últimas 4 semanas (población de 15 y más años). Año 2020



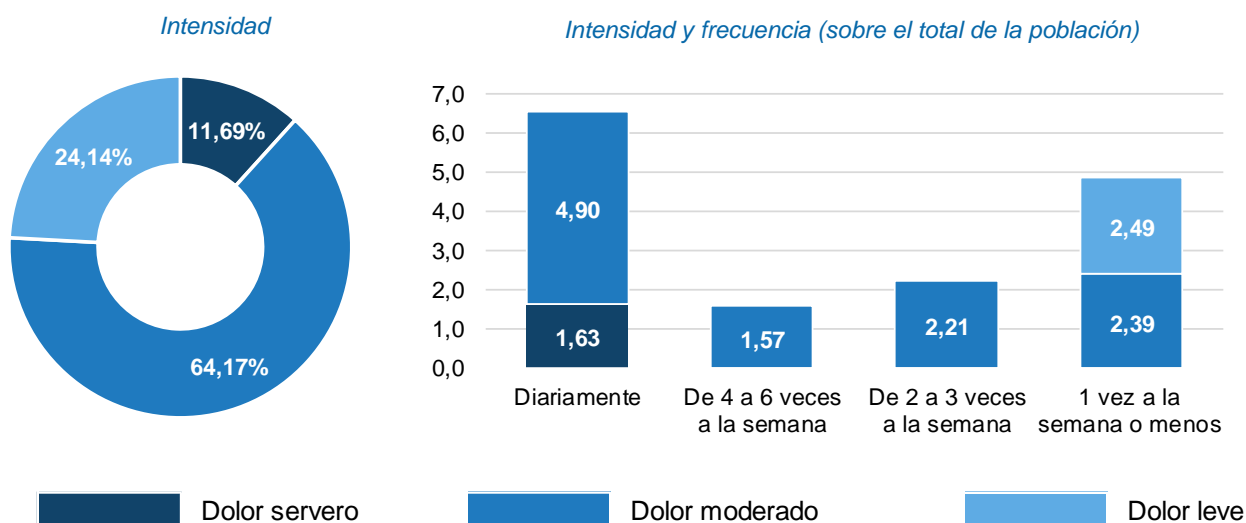
Fuente: Encuesta Europea de Salud en España 2020. INE.

El análisis de los datos procedentes del *National Health and Wellness Survey* (NHWS) en España para el año 2010, refleja que el 64,17% de las personas que padecen dolor, lo experimentan con carácter moderado, frente a un 11,69% que manifiesta que sufre un dolor severo y un 24,14% que manifiesta un dolor de carácter leve [14].



Asimismo, un porcentaje significativo del total de la población, el **6,53% siente dolor a diario**, ya sea de carácter severo o moderado.

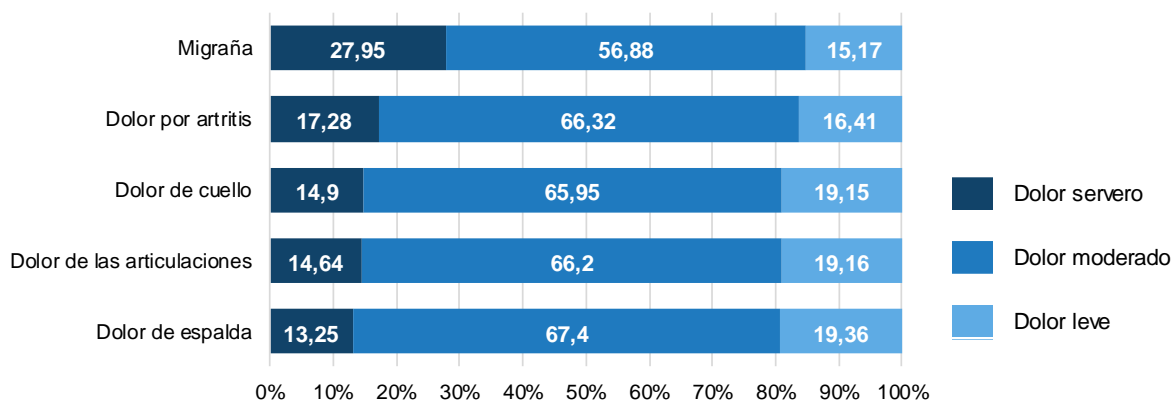
Ilustración 12: Población que sufre dolor según la intensidad y frecuencia del dolor. Año 2010



Fuente: "Population prevalence of pain by severity and frequency, NHWS 2010, Spain" en Langley PC, Ruiz-Iban MA, Molina JT, et al, «The prevalence, correlates and treatment of pain in Spain» J Med Econ, 2011.

El dolor severo se sitúa en torno al 13% - 18% en muchas de las afecciones que causan dolor, con la excepción de la migraña, que está próxima al 28%.

Ilustración 13: Distribución de la población con dolor por intensidad en las afecciones que causan dolor



Fuente: "Pain population, prevalence of conditions causing pain by pain severity, NHWS 2010, Spain" en Langley PC, Ruiz-Iban MA, Molina JT, et al, «The prevalence, correlates and treatment of pain in Spain» J Med Econ, 2011.

Asistencial

Prevalencia asociada a la patología

Del análisis de la Encuesta Europea de Salud en España correspondiente al año 2020 se desprende con carácter general que la población en Canarias refiere padecer en mayor medida problemas de larga duración o patologías crónicas que la media de



España salvo en determinadas enfermedades, tales como el colesterol, la alergia crónica, alimentaria o de otro tipo, migraña o dolor de cabeza frecuente y problemas de tiroides.

Ilustración 14: Problemas o enfermedades crónicas o de larga evolución padecidas en los últimos 12 meses y diagnosticadas por un médico (población de 15 y más años, en %). Año 2020

Problemas crónicos más prevalentes	Ambos sexos		Hombres		Mujeres	
	España	Canarias	España	Canarias	España	Canarias
Tensión alta	19,03	19,33	19,00	18,08	19,06	20,55
Colesterol alto	15,29	14,73	15,48	12,75	15,11	16,65
Artrosis (excluyendo artritis)	14,37	15,08	8,73	9,62	19,73	20,37
Dolor de espalda crónico (lumbar)	13,69	21,79	10,12	15,84	17,08	27,56
Dolor de espalda crónico (cervical)	11,33	19,54	6,97	12,73	15,46	26,14
Alergia crónica, alimentaria o de otro tipo ¹	10,80	9,75	9,18	6,45	12,35	12,96
Varices en las piernas	7,55	7,98	3,72	4,33	11,18	11,51
Diabetes	7,51	11,27	8,19	10,62	6,86	11,91
Migraña o dolor de cabeza frecuente	6,75	5,94	3,31	2,50	10,02	9,27
Ansiedad crónica	5,84	9,69	3,50	6,62	8,06	12,67
Depresión	5,28	6,92	3,23	5,65	7,22	8,15
Problemas de tiroides	5,19	3,93	1,44	1,39	8,75	6,38
Asma	4,03	5,52	3,44	3,81	4,59	7,18

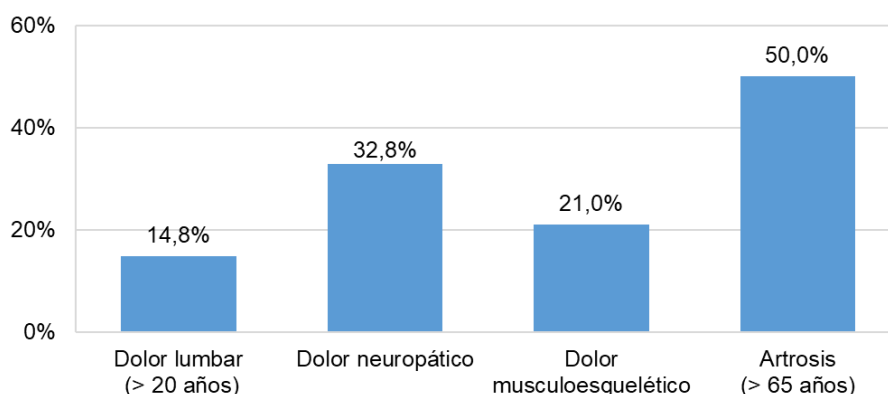
¹Alergia crónica (rinitis, conjuntivitis, dermatitis alérgica), alergia alimentaria o de otro tipo. Se excluye el asma alérgica de esta categoría.

Nota: Se han seleccionado aquellas patologías crónicas que presentan una prevalencia para ambos sexos superior al 5%, ya sea en España o Canarias.

Fuente: Encuesta Europea de Salud en España 2020. INE.

La prevalencia de algunas patologías que tienen asociado dolor crónico es muy elevada, como es el caso de la artrosis, que supone más del 50% de las personas mayores de 65 años, el dolor neuropático, el 32,8%, el dolor musculoesquelético, el 21%, y el dolor lumbar, el 14,8%.

Ilustración 15: Prevalencia de las enfermedades que originan dolor crónico

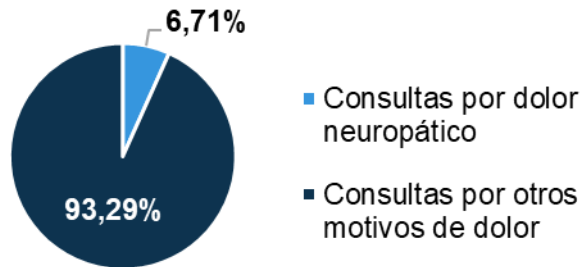


Fuente: (1) Humbría A, Carmona L, Peña JL, Ortiz AM. Impacto poblacional del dolor lumbar en España: resultados del estudio EPISER. Rev Esp Reumatol. 2002; 29(10): 471-478. (2) Pérez C, Ribera MC, Gálvez R, Mico JA, Barutell C, Failde I, et al. High prevalence of confirmed, but also of potential and believed, neuropathic pain in pain clinics Eur J Pain, 2013; 17 (3): 347-356. (3) Martín E, Wookk AD, Zeidler H, Haglund U, Carr AJ. Evaluación del dolor musculoesquelético crónico en la población adulta española y su manejo en Atención Primaria: actitudes, percepción del estado de salud y uso de recursos sanitarios. SEMERGEN. 2005; 31(11): 508-515. (4) Failde I, Dueñas MA. Epidemiología e impacto de los procesos dolorosos. En: Vidal J. (Dir). Fundamentos, evaluación y tratamiento. Manual de medicina del dolor. Madrid: Sociedad Española del Dolor. Ed. Médica Panamericana; 2016. Pp.9-18.



De acuerdo con un estudio realizado en el área norte de Gran Canaria en el ámbito de Atención Primaria, en el que se analizaron 18 centros de salud durante un periodo de 6 meses, se obtuvo que el número de consultas registrado por dolor fue de 2.830, de las cuales 190 se correspondían con dolor neuropático, lo que representaba el 6,71%, llegando en un centro de salud hasta el 13,79%.

Ilustración 16: Distribución del nº de consultas por dolor en AP según sea neuropático o por otros motivos, en el área norte de Gran Canaria

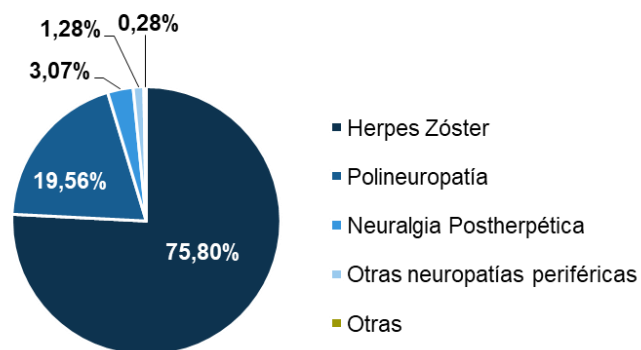


Fuente: Dirección General de Programas Asistenciales del Servicio Canario de la Salud.

Asimismo, en Canarias, según la distribución de los diagnósticos registrados en la historia clínica de Atención Primaria refleja que el Herpes Zóster es la patología más frecuente de entre aquellas que causan dolor neuropático, representando el 75,80% de los diagnósticos registrados en DRAGO, seguida de la Polineuropatía con el 19,56%. Además, también son causa del dolor neuropático, la Neuralgia post-herpética, y la Neuropatía periférica.

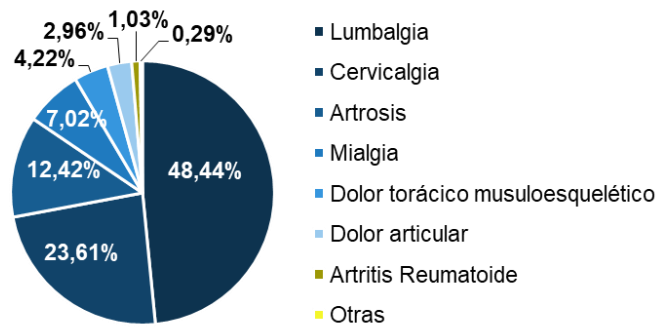
Ilustración 17: Distribución de los diagnósticos registrados en la Historia Clínica de Atención Primaria (DRAGO) por tipología de dolor y patología asociada. Año 2018

Dolor neuropático





Dolor musculoesquelético



Nota: La categoría "Otras" en el dolor neuropático incluye la Neuropatía diabética y la Enfermedad neuropática en estado crítico de componente polineuropático. Igualmente, esta categoría en lo relativo al dolor musculoesquelético considera la Osteoartritis, el Dolor crónico musculoesquelético y la Fibromiositis.

Los datos han sido extraídos directamente de los diagnósticos registrados en la Historia Clínica de Atención Primaria (Drago), por lo que podría existir algún sesgo en la información.

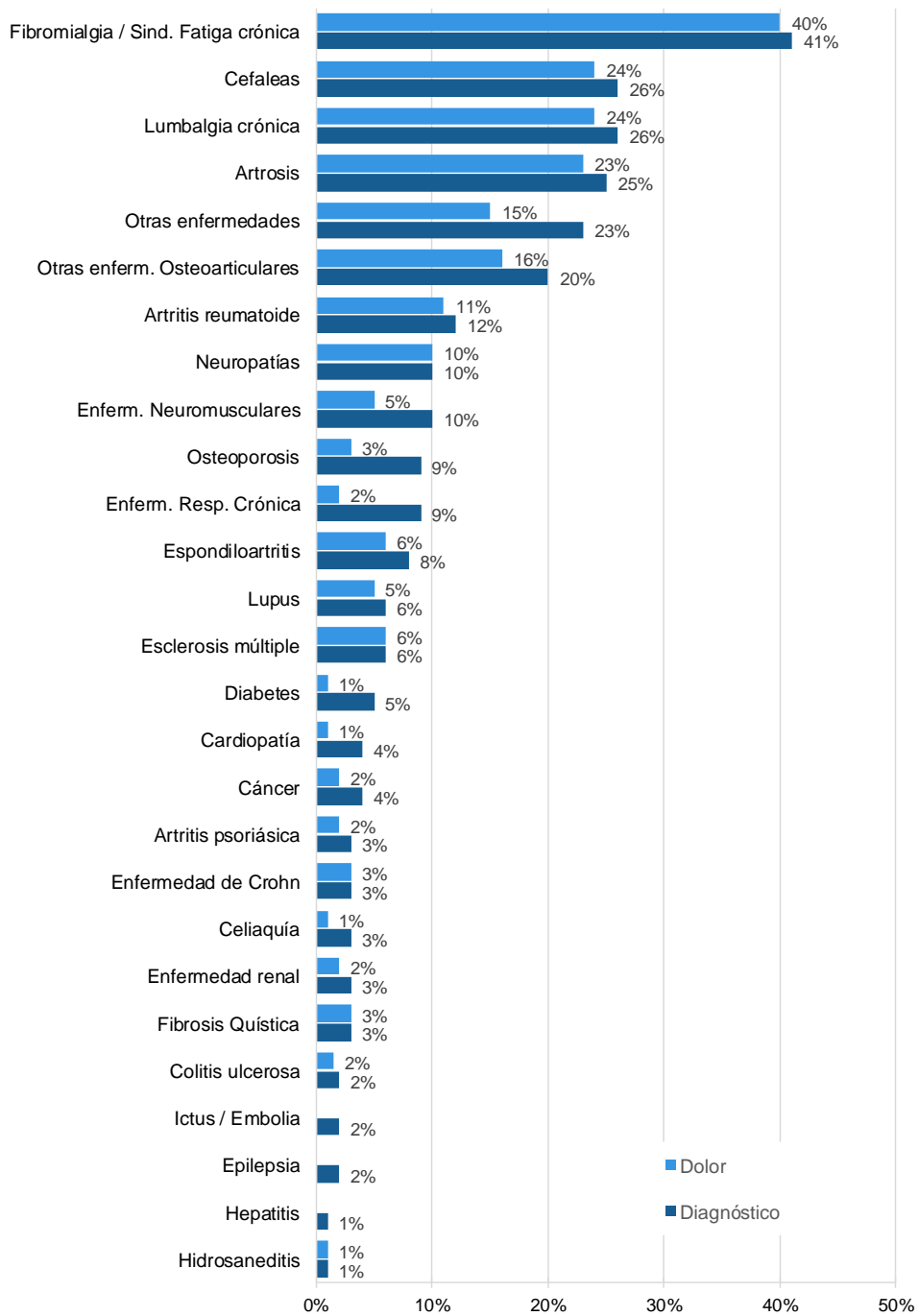
Fuente: Dirección General de Programas Asistenciales del Servicio Canario de la Salud.

A su vez, la distribución de las patologías asociadas al dolor musculoesquelético en Canarias indica que la Lumbalgia representa el 48,44%, la Cervicalgia el 23,61%, y la Artrosis el 12,42%. Asimismo, otras enfermedades que originan esta tipología de dolor pero que tienen una menor frecuencia son la Mialgia el Dolor torácico musculoesquelético, el Dolor articular y la Artritis Reumatoide.

En el año 2018, la Plataforma de Organizaciones de Pacientes (POP) y la Sociedad Española del Dolor (SED) elaboraron un informe sobre el dolor en la enfermedad crónica desde la perspectiva de los pacientes. Para la recogida de datos del estudio se realizó una encuesta on-line, la cual se difundió a través de las entidades miembros de la POP y de los canales de difusión propios de la POP y de la SED. Como resultado de este trabajo, se desprende que, de acuerdo con la percepción de los pacientes participantes en la encuesta, la patología diagnosticada que es origen de mayor dolor crónico de un modo más significativo es la fibromialgia o síndrome de fatiga crónica, referida por el 41%. Le siguen, las cefaleas y la lumbalgia crónica, mencionadas por el 26%, la artrosis, por el 25% y otras enfermedades osteoarticulares, por el 20%.



Ilustración 18: Tipo de patología crónica diagnosticada y dolor crónico que genera



Fuente: El dolor en la enfermedad crónica desde la perspectiva de los pacientes. Plataforma de Organizaciones de Pacientes, 2018.

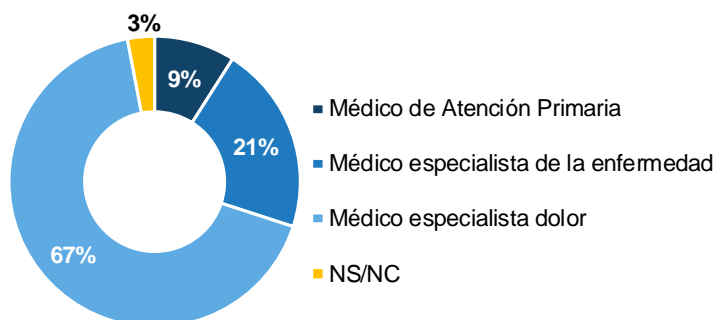


Circuito asistencial

El 83% de los pacientes con dolor crónico son tratados por el equipo de Atención Primaria, el 15%, por un especialista de Atención Hospitalaria, y el 2%, por las Unidades de Tratamiento del Dolor (UTD) [6].

A pesar de ello, de acuerdo con el estudio realizado por la POP y la SED, el 67% de los pacientes consultados manifiesta que el diagnóstico de dolor fue realizado por su médico especialista de la enfermedad, seguido por el médico especialista del dolor, en el 21%. El diagnóstico realizado en Atención Primaria tan solo representaba el 9% [15].

Ilustración 19: Profesional que diagnostica el dolor crónico

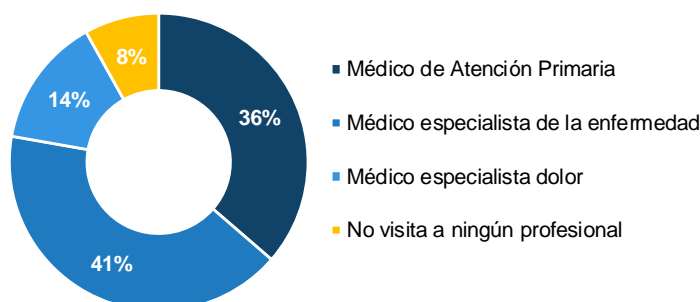


Fuente: El dolor en la enfermedad crónica desde la perspectiva de los pacientes. Plataforma de Organizaciones de Pacientes, 2018.

Además, el 36% de los pacientes indican que el médico de Atención Primaria es su médico de referencia para el tratamiento del dolor, con independencia de que el diagnóstico lo haya podido realizar otro facultativo especialista. El 41% de los pacientes refieren que son tratados del dolor por el médico especialista de su enfermedad. Únicamente, el 14% de los pacientes indican que son tratados por un médico especialista del dolor, si bien si este dato varía según el tipo de enfermedad, de tal forma que en el caso de los pacientes que presentan un diagnóstico de neuropatía, el porcentaje asciende al 42,5% [15].

Existe un porcentaje de pacientes significativo, el 8%, que no acuden a ningún profesional para el tratamiento de su dolor.

Ilustración 20: Profesional de referencia para el tratamiento del dolor



Fuente: El dolor en la enfermedad crónica desde la perspectiva de los pacientes. Plataforma de Organizaciones de Pacientes, 2018.

De acuerdo con el estudio *Pain Proposal*, en España el 39% de los pacientes con dolor crónico tardan más de un año en ser diagnosticados, siendo el tiempo medio para el diagnóstico de 2,2 años [6].

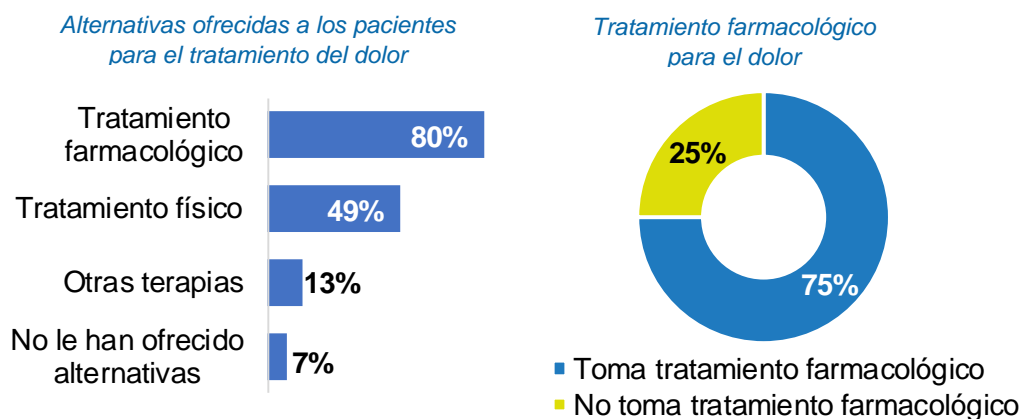


Consumo y gasto farmacológico

Los pacientes indican que entre las diferentes tipologías de tratamiento que existen, los profesionales médicos les ofrecen tratamientos farmacológicos en el 80% de los casos, tratamiento físico (natación, relajación y otros tipos de ejercicio) en el 49%, y otras terapias en el 13%. En cambio, el 7% de los pacientes indica que no le han ofrecido ninguna opción para el tratamiento del dolor.

A pesar de que al 80% de las personas que padecen dolor el profesional médico les ofrece tratamiento farmacológico, solo el 75% del total de pacientes lo toma.

Ilustración 21: Tratamiento para el dolor



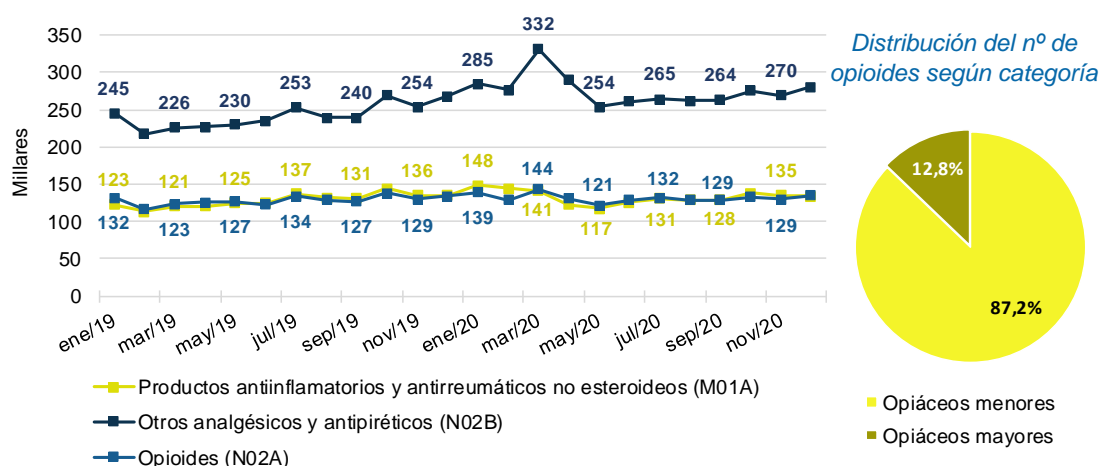
Fuente: El dolor en la enfermedad crónica desde la perspectiva de los pacientes. Plataforma de Organizaciones de Pacientes, 2018.

Los fármacos que se utilizan en mayor medida para paliar los efectos del dolor son los analgésicos y antipiréticos (N02B), los antiinflamatorios y antirreumáticos no esteroideos (M01A) y los opioides (N02A). En Canarias, el número medio mensual de envases dispensados en las oficinas de farmacia para el grupo terapéutico N02B es de 259.165, para el M01A de 130.695 y para el N02A de 129.951.

En el caso de los opioides, el 87,2% del número de envases dispensados son opiáceos menores que con carácter general se utilizan para tratar el dolor moderado, mientras que los opioides mayores, más indicados para el tratamiento del dolor severo, representan el 12,8%.



Ilustración 22: Nº mensual de envases dispensados en las oficinas de farmacia por grupo terapéutico (en millares). Años 2019 - 2020



Fuente: Dirección General de Programas Asistenciales del Servicio Canario de la Salud.

El análisis del nº total de envases dispensados en las oficinas de farmacia por áreas de salud refleja que, en términos relativos, los antiinflamatorios y antirreumáticos no esteroideos se dispensan en mayor medida en Tenerife y La Gomera, 0,876 y 0,947 envases por Tarjeta Sanitaria Individual (TSI) y año, respectivamente. Igualmente, los analgésicos y antipiréticos se prescriben de forma significativa, más en Gran Canaria que en el resto de áreas de salud, con 2,093 envases de promedio por TSI. Con relación a los opioides menores, la mayor indicación se realiza en La Gomera y Gran Canaria, con 0,856 y 0,777 envases por TSI. Asimismo, en lo que respecta a los opioides mayores, el área de salud de Gran Canaria, junto con El Hierro son las que mayor número de envases por TSI prescriben de forma comparada con las demás áreas, 0,117 y 0,109 envases por TSI respectivamente.

Ilustración 23: Nº total de envases dispensados en las oficinas de farmacia por grupo terapéutico y áreas de salud y promedio por población con TSI. Año 2019

Áreas de salud	Productos AINEs y antirreumáticos no esteroideos (M01A)		Otros analgésicos y antipiréticos (N02B)		Opioides (N02A)		Opiáceos menores		Opiáceos mayores	
	Nº	Nº / TSI	Nº	Nº / TSI	Nº	Nº / TSI	Nº	Nº / TSI	Nº	Nº / TSI
Tenerife	780.591	87,6%	1.264.603	141,9%	644.591	72,3%	564.564	63,4%	80.027	9,0%
Gran Canaria	578.863	71,6%	1.692.192	209,3%	722.474	89,4%	628.091	77,7%	94.383	11,7%
Lanzarote	94.154	64,4%	137.169	93,8%	87.250	59,6%	76.247	52,1%	11.003	7,5%
Fuerteventura	59.110	54,7%	95.878	88,7%	51.575	47,7%	44.047	40,7%	8.994	8,3%
La Palma	58.454	76,6%	86.660	113,5%	51.429	67,4%	42.435	55,6%	7.528	9,9%
La Gomera	16.333	94,7%	23.568	136,7%	16.267	94,4%	14.759	85,6%	1.508	8,7%
El Hierro	6.195	66,2%	13.546	144,8%	6.723	71,9%	5.708	61,0%	1.015	10,9%
Canarias	1.593.700	77,5%	3.313.616	161,1%	1.580.309	76,8%	1.375.851	66,9%	204.458	9,9%

Fuente: Dirección General de Programas Asistenciales del Servicio Canario de la Salud.

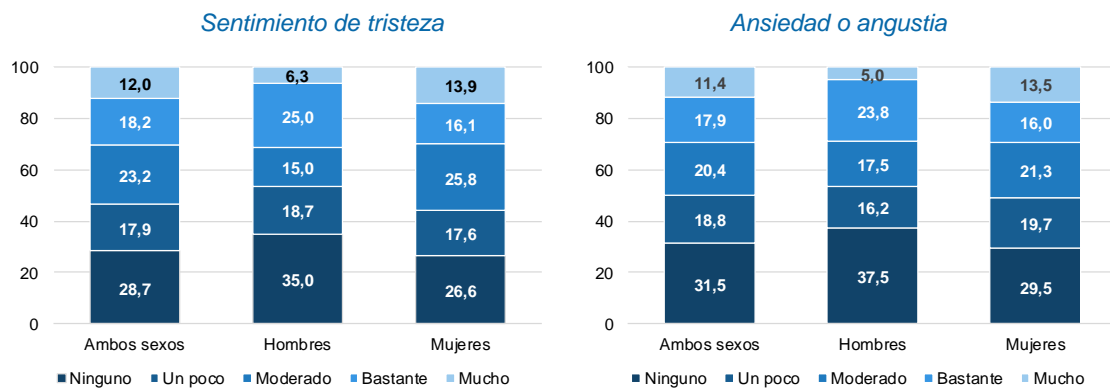
Social y económico

Impacto emocional

El dolor crónico genera un impacto emocional en los pacientes, de tal forma que el 30,2% manifiesta que le genera bastante o mucha tristeza y el 29,3% indica que le origina bastante o mucha ansiedad o angustia.



Ilustración 24: Impacto del dolor crónico en los sentimientos del paciente



Fuente: Dueñas, M., et al. «A Nationwide Study of Chronic Pain Prevalence in the General Spanish Population: Identifying Clinical Subgroups Through Cluster Analysis» Pain Medicine, 2015

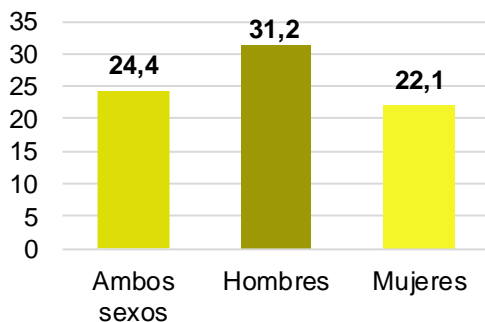
Además, en Europa se considera que el 27% de los pacientes se encuentra aislado socialmente como consecuencia del dolor crónico que padecen [6].

Impacto laboral

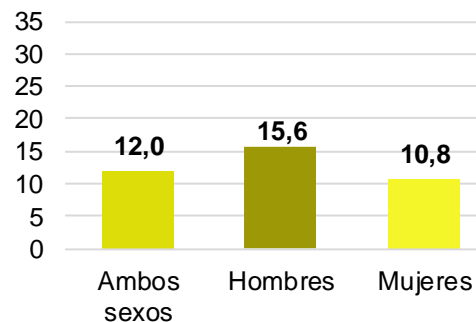
Igualmente, el dolor crónico tiene un impacto significativo en la vida laboral de las personas. Se estima que casi el 25% de los pacientes ha estado de baja por este motivo y que el 12% ha tenido que dejar su trabajo o lo ha perdido a consecuencia del dolor.

Ilustración 25: Impacto del dolor crónico en la vida laboral del paciente

Pacientes de baja por enfermedad debido a su dolor en el último año (%)



Pacientes que han tenido que dejar su trabajo o lo han perdido debido al dolor en el último año (%)



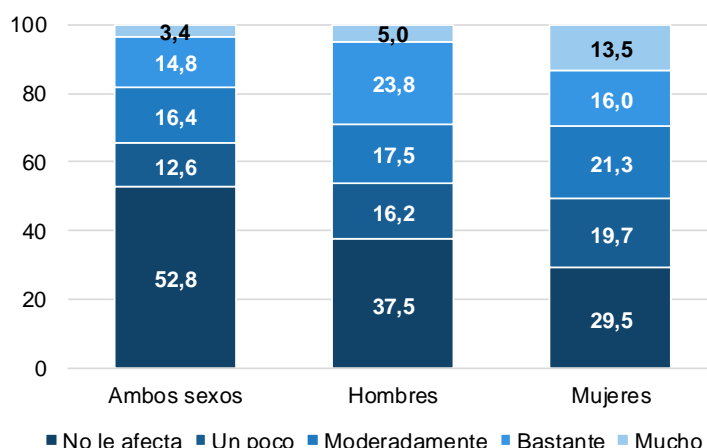
Fuente: Dueñas, M., et al. «A Nationwide Study of Chronic Pain Prevalence in the General Spanish Population: Identifying Clinical Subgroups Through Cluster Analysis» Pain Medicine, 2015

Impacto familiar

El 18,2% de las personas indica que el dolor impacta de forma muy acusada en su entorno familiar, mientras que un 29,0% manifiesta el impacto es poco o moderado.



Ilustración 26: Impacto del dolor crónico en la familia del paciente

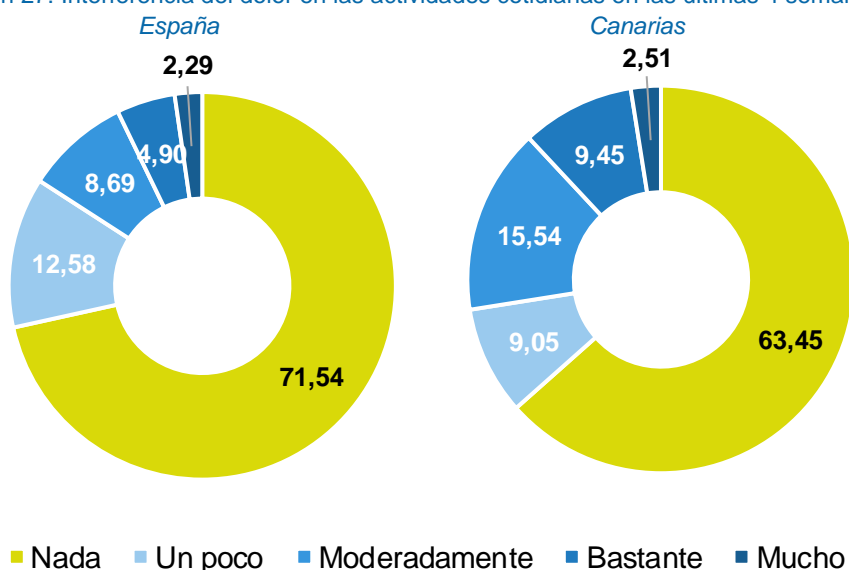


Fuente: Dueñas, M., et al. «A Nationwide Study of Chronic Pain Prevalence in the General Spanish Population: Identifying Clinical Subgroups Through Cluster Analysis » Pain Medicine, 2015

Impacto en la autonomía del paciente

El 27,50% de la población en Canarias indica que ha experimentado a lo largo de las últimas cuatro semanas un dolor que ha interferido de forma significativa (moderada, bastante o mucho) en el desarrollo de las actividades cotidianas frente al 15,88% de la media española.

Ilustración 27: Interferencia del dolor en las actividades cotidianas en las últimas 4 semanas. Año 2020



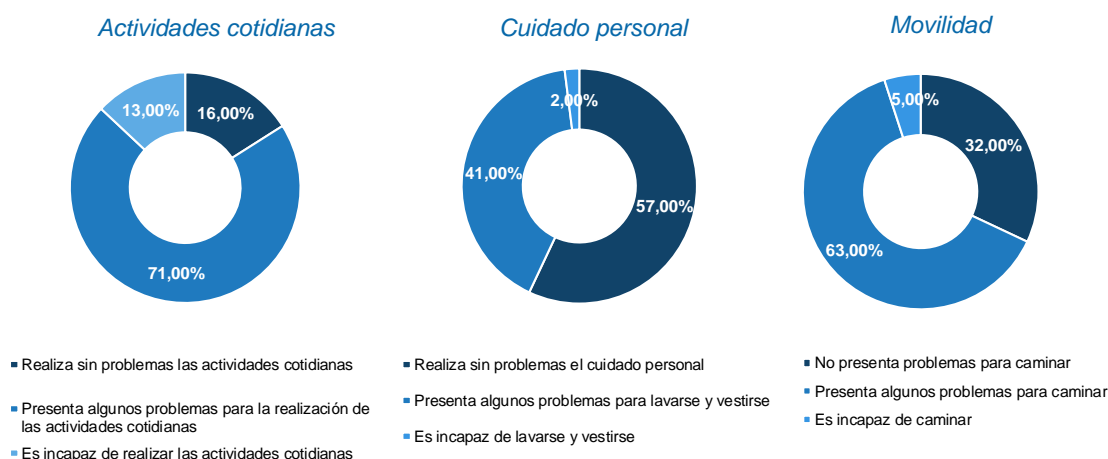
Nota: Población de 15 y más años

Fuente: Encuesta Europea de Salud en España 2020. INE.

Por lo que se refiere a la autonomía de los pacientes que padecen dolor crónico, el 71% presenta dificultades para la realización de las actividades de la vida cotidiana y el 13% es incapaz de llevarlas a cabo. Con relación al cuidado personal, el 41% manifiesta problemas para lavarse y vestirse, y el 2% afirma que es incapaz de hacerlo por sí mismo. Si se tiene en cuenta la movilidad, el 63% indica que tiene problemas para caminar y el 5% que no puede caminar.



Ilustración 28: Autonomía de los pacientes que padecen dolor crónico



Fuente: El dolor en la enfermedad crónica desde la perspectiva de los pacientes. Plataforma de Organizaciones de Pacientes, 2018.

Impacto económico

Se ha estimado que el coste total del dolor en España, incluyendo costes directos e indirectos, se eleva a 16.000 millones de euros al año, lo que en términos del PIB representa el 2,5% [6].

Los costes directos del dolor crónico se corresponden con la utilización que los pacientes realizan del sistema sanitario, y que es directamente proporcional a la intensidad del dolor que padecen. De esta forma, un paciente con dolor crónico severo triplica el número de consultas a los profesionales médicos y uno con dolor moderado prácticamente las duplica. Por término medio, en España los pacientes que padecen dolor crónico realizan 6,6 visitas a los profesionales clínicos [6].

La magnitud de los costes directos podría minorarse con un adecuado manejo del dolor y la prescripción de tratamientos eficaces que permitan reducir el uso que los pacientes hacen del sistema sanitario, especialmente en lo que a frecuentación de consultas médicas se refiere.

Por lo que concierne a los costes indirectos, estos están relacionados con la repercusión que tiene en el entorno laboral del paciente el sufrimiento del dolor crónico, el cual puede generar absentismo laboral, incluyendo la pérdida de habilidad, así como de productividad. Estos costes son de forma significativa los más elevados, estimándose que representan entre el 84% y el 90% del coste total [16].

De acuerdo con los datos del estudio *Pain Proposal* en Europa, el 21% de los pacientes en el marco europeo refirió no poder trabajar y el 61% de los que sí podían trabajar indicó que su posición laboral se había modificado a consecuencia de su enfermedad. Además, se estima que el 4% de los pacientes con dolor se quedará sin empleo a causa del sufrimiento que padece y el 13% se jubilará de forma anticipada [16]. Asimismo, el 29% de los pacientes vive con miedo a perder su trabajo como consecuencia del dolor crónico que padecen [6].

Se calcula que en España el 30% de los pacientes que tiene dolor crónico ha permanecido de baja en algún momento de su vida laboral debido al dolor que sufren. En el entorno de la Unión Europea se cree que los pacientes con dolor crónico están de baja por término medio en torno a 14 días. Con todo ello, el Instituto de Estudios Fiscales calcula que el dolor crónico es la causa de la pérdida de 52 millones de jornadas



laborales en toda España, lo que supone un impacto económico estimado de 2.500 millones de euros [6].

En este contexto, se considera que las Unidades de Tratamiento del Dolor además de ser esenciales para un adecuado abordaje del dolor en los pacientes con dolor crónico, pueden resultar coste-beneficiosas, ya que pueden suponer un ahorro superior al coste de su mantenimiento [16].

5.2. Modelo asistencial

La atención al dolor crónico requiere un modelo de estrecha relación y coordinación entre los equipos de Atención Primaria y las diferentes especialidades de Atención Hospitalaria involucradas en el proceso asistencial de estos pacientes, así como con las unidades especializadas en el tratamiento del dolor.

El equipo de Atención Primaria es quien atiende en mayor medida a los pacientes con dolor crónico, si bien dada la complejidad o especificidad de este puede ser necesario la implicación de los facultativos especialistas de Atención Hospitalaria y de las Unidades de Tratamiento del Dolor. En el proceso de atención al paciente también se encuentran involucradas las áreas de conocimiento de: anestesiología, cuidados paliativos, fisioterapia, medicina interna, neurología, neurocirugía, psicología, psiquiatría, rehabilitación, reumatología y traumatología.

En el ámbito hospitalario, las comisiones hospitalarias del dolor ejercen una importante labor de coordinación de actividades, desarrollo de protocolos, puesta en marcha de iniciativas o realización de sesiones formativas o clínicas de casos específicos. Estas comisiones están integradas por los diferentes profesionales relacionados con el tratamiento de los pacientes con dolor.

Proceso de atención

Lo habitual es que, ante una sensación de dolor, el paciente acuda a su médico de Atención Primaria, o a un servicio de Urgencias si la intensidad del dolor es elevada. Si el paciente acude al servicio de Urgencias, una vez valorado y dependiendo de la gravedad del paciente, se podría indicar su ingreso hospitalario o bien su derivación al médico de Atención Primaria o a la consulta externa de un servicio hospitalario, según sus circunstancias clínicas.

Por el contrario, si el paciente acude a la consulta de Atención Primaria, el médico lleva a cabo la anamnesis y la exploración del paciente, incluyéndose también la valoración de enfermería. Para la valoración del dolor del paciente en la consulta de Atención Primaria se utilizan escalas de valoración del dolor (escala unidimensional EVN, cuestionario multidimensional BPI-Sp, cuestionario de valoración, etc.). En Canarias, para la medición del dolor que describe el paciente se utiliza la Escala Visual Analógica (EVA), la cual está incorporada en la Historia Clínica Electrónica Drago, tanto en Atención Primaria como Hospitalaria.

El médico de Atención Primaria solicita las pruebas diagnósticas complementarias necesarias para complementar su diagnóstico, pudiendo también requerir alguna interconsulta con las especialidades médicas o quirúrgicas para ello. Tras el establecimiento del diagnóstico, se elabora el plan terapéutico integral del paciente, que entre otros aspectos incluye las intervenciones terapéuticas prescritas al paciente, tales como:



- Hábitos saludables: actividad física, patrón de sueño, alimentación, higiene postural.
- Farmacoterapéutica pautada.
- Actuación psicoeducativa.

El paciente permanece bajo la supervisión y seguimiento de su equipo de Atención Primaria. En el caso de que el paciente no mejore, el médico de Atención Primaria valora la derivación de este a las Unidades de Tratamiento del Dolor o a determinados servicios de especialidades médicas o quirúrgicas de Atención Hospitalaria de acuerdo con los protocolos de derivación y continuidad asistencial establecidos.

Entre ellos, se encuentran los servicios de Rehabilitación Hospitalaria, en los que se estima que el 83,4% de sus pacientes padece algún tipo de dolor, y la mitad de los pacientes sufre dolor crónico [17].

Tratamiento del dolor

La intervención terapéutica sobre el paciente incluye tanto tratamiento farmacológico como no farmacológico.

Tratamiento no farmacológico

El tratamiento no farmacológico tiene en cuenta tanto factores físicos como psicológicos. En este sentido se recomienda potenciar estilos de vida saludables, favoreciendo la deshabituación tabáquica y el mantenimiento de un peso adecuado, así como la adopción de una dieta equilibrada y un número suficiente de horas de sueño. No obstante, los principales aspectos para tener en cuenta en el tratamiento no farmacológico son la realización de actividad física acorde a las características propias del paciente y su educación en el correcto manejo de su patología, a la vez que se ofrecen terapias cognitivo-conductuales y se coordinan con un programa de rehabilitación y fisioterapia, bajo la supervisión de un equipo multidisciplinar.

Para el dolor crónico se recomienda especialmente la aplicación de técnicas psicoeducativas, las cuales contemplan una información adecuada al paciente, la utilización de procedimientos de relajación y el uso de técnicas cognitivo-conductuales, como la terapia cognitivo-conductual (TCC) y la conductual operante (TCO) [7].

Tratamiento farmacológico

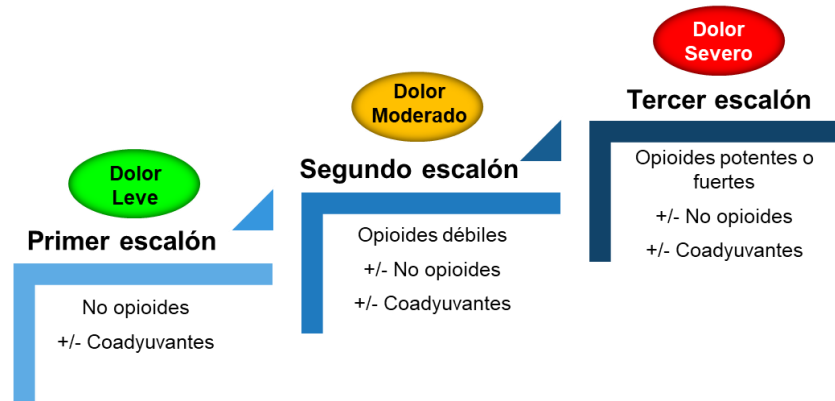
El tratamiento farmacológico constituye una parte del tratamiento multidisciplinar del dolor crónico no oncológico.

La OMS publica en 1986 una estrategia terapéutica para paliar el dolor oncológico, la cual ha sido revisada en varias ocasiones con posterioridad, estando vigente en la actualidad. El elemento clave de dicha estrategia es la definición de la escalera analgésica, la cual es más adecuada para el tratamiento del dolor.

Posteriormente, se desarrolló la teoría del ascensor analgésico (2002), que contempla que de acuerdo con la intensidad del dolor se administrará el fármaco más apropiado, favoreciendo la inmediatez en la respuesta y no siendo necesario escalonar el tratamiento. De esta forma, frente a un dolor severo, se administrarán opioides mayores, sin necesidad de pasar por los peldaños inferiores.



Ilustración 29: Escalera analgésica de la OMS



Fuente: Elaboración propia a partir de World Health Organization. (1986). Cancer pain relief. World Health

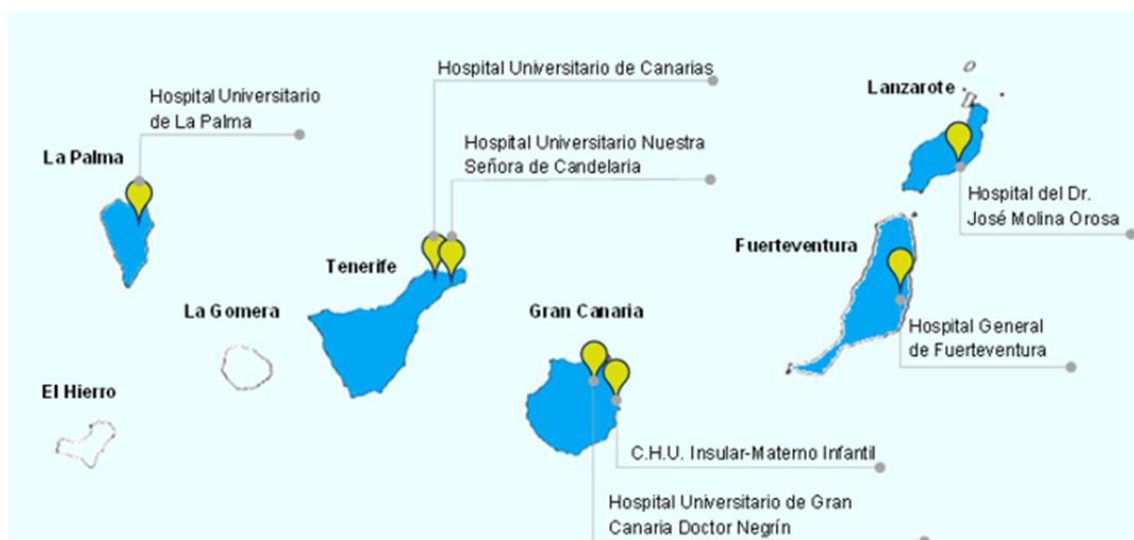
Unidades de tratamiento del dolor

El Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad define a la unidad de tratamiento del dolor como “una organización de profesionales de la salud que ofrece asistencia multidisciplinar, que cumple unos requisitos funcionales, estructurales y organizativos, de forma que garantiza las condiciones de seguridad, calidad y eficiencia adecuadas para atender al paciente con dolor crónico que requiera asistencia especializada” [5].

Las unidades de tratamiento del dolor colaboran de forma estrecha con otros servicios y equipos de Atención Primaria en la atención de los pacientes con dolor crónico, si bien es recomendable que asuman únicamente de forma directa aquellos pacientes complejos que de acuerdo con los protocolos establecidos no hayan podido ser aliviados en otros niveles de atención.

En Canarias existen 7 unidades especializadas en el tratamiento del dolor: 1 en La Palma, 2 en Tenerife, 1 en Lanzarote, 1 en Fuerteventura y 2 en Gran Canaria. En general, la mayoría de ellas están adscritas a los servicios de Anestesiología y Reanimación.

Ilustración 30: Mapa de Unidades de Tratamiento del Dolor del SCS



Fuente: Dirección General de Programas Asistenciales del Servicio Canario de la Salud.



La estructura de recursos humanos de la unidad de tratamiento del dolor del Complejo Hospitalario Universitario de Gran Canaria (CHUGC) Dr. Negrín en Gran Canaria es la que cuenta con un equipo de carácter más multidisciplinar, ya que la propia unidad dispone de dos especialistas de Medicina Física y Rehabilitación, tres anestesiólogos, un neurocirujano, un psiquiatra y un oncólogo radioterapeuta, junto con el personal de enfermería. Del total de facultativos, únicamente 3 están a tiempo completo.

Ilustración 31: Estructura de recursos humanos de las UTD de Canarias en la provincia de Las Palmas. Año 2020

RR.HH.	CHUGC Dr. Negrín	CHUIMI	H. Dr. José Molina Orosa	H. General de Fuerteventura
Médico Coordinador	Sí	Sí	Sí	Sí
FEA	8 (5 a tiempo parcial)	6 (2 a tiempo parcial)	1	1
Especialidades médicas	<ul style="list-style-type: none"> • Anestesiología (3) • Rehabilitación (2) • Neurocirugía • Psiquiatría • Oncología radioterapéutica 	<ul style="list-style-type: none"> • Anestesiología (3) • Rehabilitación (1) • Medicina Familiar y Comunitaria (2) 	• Anestesiología	• Anestesiología
DUE	2	1	1	1
Auxiliar de Enfermería	1	1	-	-
Auxiliar Administrativo	1	1	-	-

Nota: En el caso del CHUGC Dr. Negrín, la Unidad de Dolor Crónico y la Unidad de Dolor Agudo comparten una enfermera. De este modo, la Unidad de Dolor Agudo recibe y trata las interconsultas del dolor crónico no oncológico de pacientes ingresados y de postoperados con dolor postoperatorio permanente.

Fuente: Dirección General de Programas Asistenciales del Servicio Canario de la Salud.

Ilustración 32: Estructura de recursos humanos de las UTD de Canarias en la provincia de Santa Cruz de Tenerife. Año 2020

RR.HH.	CHUC	CHUNSC	HULP
Médico Coordinador	Sí	Sí	No
FEA	6 (4 a tiempo parcial)	5 (varios a tiempo parcial)	1 (a tiempo parcial)
Especialidades médicas	• Anestesiología	• Anestesiología (3) • Rehabilitación (2)	• Anestesiología
DUE	2	2	-
Auxiliar de Enfermería	1	2	-
Auxiliar Administrativo	1	2	-



Fuente: Dirección General de Programas Asistenciales del Servicio Canario de la Salud.

La distribución de los espacios de las Unidades de Tratamiento del Dolor no es homogénea. Así las UTD que presentan una mayor capacidad y complejidad poseen una mayor disponibilidad de espacios y recursos asociados.

Ilustración 33: Principales espacios disponibles en las UTD en la provincia de Las Palmas. Año 2020

Espacios	CHUGC Dr. Negrín	CHUIMI	H. Dr. José Molina Orosa	H. General de Fuerteventura
Sala espera o Recepción	Sí	Sí	Sí (<i>compartida con Rehabilitación</i>)	-
Consultas médicas	3	3	1	Sí
Consultas de enfermería	1	-	1	Sí
Quirofanillo	1 Quirófano de cirugía ambulatoria dos días a la semana	1 Quirófano de cirugía mayor ambulatoria a la semana	-	1 Quirófano (técnicas intervencionistas complejas)
Sala de curas	4 Boxes para curas y bloqueos	1	1	1 sala de técnicas (baja complejidad)
Sala bloqueos		1	-	
Box de tratamiento		-	1	
Camas hospitalarias	2	2	-	-

Fuente: Dirección General de Programas Asistenciales del Servicio Canario de la Salud.

Ilustración 34: Principales espacios disponibles en las UTD en la provincia de Santa Cruz de Tenerife. Año 2020

Espacios	CHUC	CHUNSC
Sala espera o Recepción	Sí	Sí
Consultas médicas	3	4
Consultas de enfermería	1	1
Quirofanillo	1 (con 2 camillas)	1
Sala de curas	2	1
Sala bloqueos		1
Box de tratamiento		4 camas
Camas hospitalarias	<i>En caso de hospitalizaciones se usan camas de otros servicios</i>	<i>En caso de hospitalizaciones se usan camas de otros servicios</i>

Nota: La Unidad del Dolor de La Palma no dispone de espacios específicos asignados.

Fuente: Dirección General de Programas Asistenciales del Servicio Canario de la Salud.



Por lo que respecta a la organización asistencial, aunque los pacientes que son atendidos en las UTDs, proceden en mayor medida, de servicios hospitalarios o de centros de atención especializada, también son derivados desde Atención Primaria.

En este sentido, en el caso de la UTD del CHUIMI los pacientes que se atienden proceden en un 65% de otros servicios hospitalarios y un 35% de Atención Primaria. Además, el CHUIMI también atiende a pacientes derivados desde Fuerteventura si bien con la entrada en funcionamiento de la UTD del Hospital de Fuerteventura este número es cada vez menor. El CHUIMI mantiene una larga trayectoria de más de 20 años de trabajo conjunto con Atención Primaria, habiendo establecido criterios de derivación por patologías lo que permite que la Unidad reciba pacientes directamente derivados por su médico de familia.

En el Complejo Hospitalario Universitario Nuestra Señora de Candelaria (CHUNSC), las derivaciones desde Atención Primaria representan el 9% de los pacientes que atienden. El CHUNSC ha puesto en marcha una experiencia piloto en colaboración con el centro de salud Dr. Guigou de Tenerife para la implementación de una consulta virtual de valoración de casos, la cual se enmarca en el diseño de un protocolo que contempla el circuito de derivación de los centros de salud a la unidad del dolor a partir de una consulta virtual y al establecimiento de los criterios de derivación.

La UTD del HUGC Dr. Negrín ha realizado una experiencia de médico consultor con el Centro de Salud de Escaleritas, la cual se encuentra discontinuada, pero permanece la posibilidad de derivación directa desde el centro de salud a la unidad.

En otros hospitales no se contempla la derivación directa desde los centros de Atención Primaria a las Unidades del Dolor.

La mayor parte de las unidades pone a disposición de los pacientes un servicio de atención telefónica para la resolución de las posibles dudas o inquietudes que les puedan surgir con relación a los tratamientos prescritos o cualquier otro aspecto del abordaje asistencial y de su atención.

Ilustración 35: Organización de la actividad asistencial en consultas de las UTD en la provincia de Las Palmas. Año 2020

Organización asistencial	CHUGC Dr. Negrín	CHUIMI	H. Dr. José Molina Orosa
Consultas externas	Sí	Sí	Sí
Procedencia de las derivaciones	<ul style="list-style-type: none"> • Traumatología (50%) • Neurocirugía • Unidad de Raquis • Rehabilitación • Cirugía General y Digestivo 	<ul style="list-style-type: none"> • Neurocirugía • Traumatología • Rehabilitación • Cirugía General • Ginecología • Reumatología • Digestivo • Cirugía Torácica • Cirugía Vasculat • Cardiología • Atención Primaria • H. de Fuerteventura 	<ul style="list-style-type: none"> • Atención Especializada • Hospitales de referencia
Actividad en consultas	<ul style="list-style-type: none"> • Primeras: 1.247 • Sucesivas: 3.544 	<ul style="list-style-type: none"> • Primeras: 1.037 • Sucesivas: 3.378 	<ul style="list-style-type: none"> • Primeras: 330 • Sucesivas: 670



Organización asistencial	CHUGC Dr. Negrín	CHUIMI	H. Dr. José Molina Orosa
	<ul style="list-style-type: none"> Índ sucesivas/ primeras: 2,88 	<ul style="list-style-type: none"> Índ sucesivas/ primeras: 3,26 Consultas telefónicas primeras: 183 Consultas telefónicas sucesivas: 778 Índ consultas telefónicas sucesivas/ primeras: 4,25 	<ul style="list-style-type: none"> Índ sucesivas/ primeras: 2,03
Interconsultas	50 (Hospitalización y Urgencias)	93 (Hospitalarias)	<ul style="list-style-type: none"> 44 Hospitalarias 426 de Consultas Externas 2 de Urgencias
Atención telefónica a pacientes	Sí	Sí	Sí

Notas:

- Durante el año 2020 la actividad asistencial de las Unidades del Dolor se vio afectada como consecuencia de la pandemia COVID-19.
- No se dispone de información sobre actividad asistencial de la Unidad del Dolor de Fuerteventura por haber sido inaugurada en junio de 2021.

Fuente: Dirección General de Programas Asistenciales del Servicio Canario de la Salud.

Ilustración 36: Organización de la actividad asistencial en consultas de las UTD en la provincia de Santa Cruz de Tenerife. Año 2020

Organización asistencial	CHUC	CHUNSC	HULP
Consultas externas	Sí (3)	Sí	Sí
Procedencia de las derivaciones	<ul style="list-style-type: none"> Interconsultas de Especialistas del área Norte 	<ul style="list-style-type: none"> Atención Primaria Servicios propio centro Otros Hospitales 	De todas las especialidades
Actividad en consultas	<u>Área médica</u> <ul style="list-style-type: none"> Primeras: 668 Sucesivas: 972 Índ sucesivas/primeras: 1,45 <u>Enfermería</u> <ul style="list-style-type: none"> Primeras: 636 Sucesivas: 791 Índ sucesivas/primeras: 1,24 	<ul style="list-style-type: none"> Primeras: 1.974 Sucesivas: 2.856 Índ sucesivas/primeras: 1,99 Teleconsultas: 207 Consultas telefónicas: 2.087 	<u>Área médica</u> <ul style="list-style-type: none"> Primeras: 167 Sucesivas: 167 Índ sucesivas/primeras: 1 Consultas telefónicas: 30
Interconsultas	717	n.d.	No



Organización asistencial	CHUC	CHUNSC	HULP
Atención telefónica a pacientes	Sí (4.226)	Sí (Enfermería/ Secretaría)	Sí

Notas:

- Durante el año 2020 la actividad asistencial de las Unidades del Dolor se vio afectada como consecuencia de la pandemia COVID-19.

Fuente: Dirección General de Programas Asistenciales del Servicio Canario de la Salud.

La mayoría de los procedimientos que requieren quirófano y las técnicas que se realizan en las UTDs son de carácter ambulatorio, solo en un porcentaje muy poco significativo es necesario el ingreso hospitalario del paciente.

Ilustración 37: Actividad quirúrgica de las UTD en la provincia de Las Palmas. Año 2020

Actividad quirúrgica	CHUGC Dr. Negrín	CHUIMI	H. Dr. José Molina Orosa
Intervenciones Quirúrgicas (IQ)	<ul style="list-style-type: none"> • IQ Ambulatorias: 633 • IQ con Hospitalización: 9 	<ul style="list-style-type: none"> • IQ Ambulatorias: 167 • IQ con Hospitalización: 10 	<ul style="list-style-type: none"> • IQ Ambulatorias: 479 • IQ con Hospitalización: 20
Técnicas ambulatorias	3.276 <i>técnicas en Boxes (Bloqueos, infiltraciones, ...)</i>	1.398 <i>pruebas funcionales</i>	479 <i>(realizadas en Quirófano)</i>

Notas:

- Durante el año 2020 la actividad asistencial de las Unidades del Dolor se vio afectada como consecuencia de la pandemia COVID-19.
- No se dispone de información sobre actividad quirúrgica de la Unidad del Dolor de Fuerteventura por haber sido inaugurada en junio de 2021.

Fuente: Dirección General de Programas Asistenciales del Servicio Canario de la Salud.

Ilustración 38: Actividad quirúrgica de las UTD en la provincia de Santa Cruz de Tenerife. Año 2020

Actividad quirúrgica	CHUC	CHUNSC	HULP
Intervenciones Quirúrgicas (IQ)	279	84	Sí
Técnicas ambulatorias	<ul style="list-style-type: none"> • Bloqueos: 61 • Epidurales: 489 • Infiltración anestésica: 188 • Estimulación TNS: 8 	1.806	Sí

Nota: Durante el año 2020 la actividad asistencial de las Unidades del Dolor se vio afectada como consecuencia de la pandemia COVID-19.

Fuente: Dirección General de Programas Asistenciales del Servicio Canario de la Salud.

Perfil del paciente de la Unidad de Tratamiento del Dolor Crónico

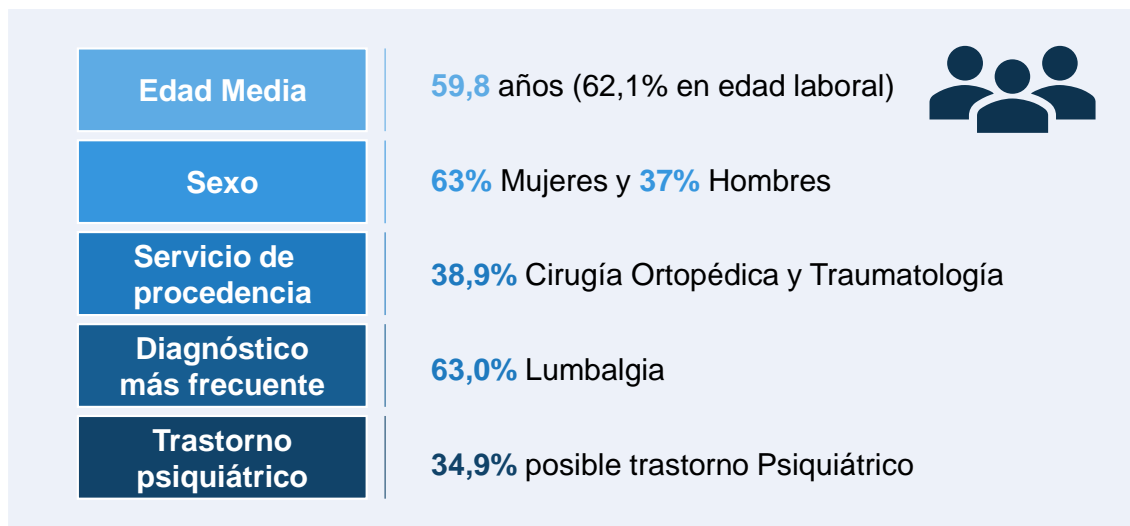
Entre julio de 2017 y octubre de 2020 se llevó a cabo un estudio descriptivo transversal sobre 5.000 pacientes derivados a la Unidad de Tratamiento del Dolor Crónico (UTDC) del CHUGC Dr. Negrín con el objetivo de Conocer las necesidades y fortalezas de la



Unidad derivadas del conocimiento del perfil de paciente que es remitido para la atención en la misma.

Las conclusiones del estudio reflejan que la edad media de los pacientes que acuden a la unidad es de 59,8 años, de los que el 63% son mujeres y el 37% hombres. Asimismo, el 62,1% se encuentra en edad laboral.

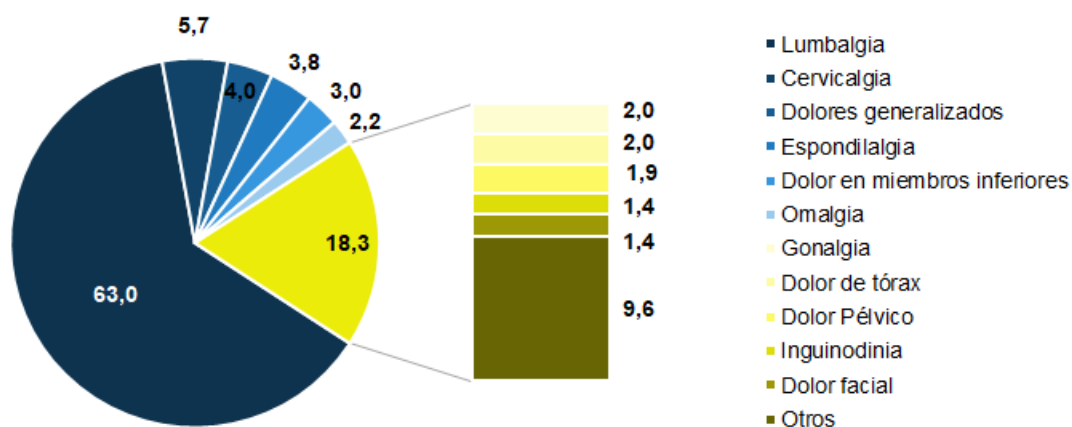
Ilustración 39: Características generales de los pacientes de la UTDC del CHUGC Dr. Negrín



Fuente: Caramés MA, Navarro-Rivero M, Pérez-Lehmann C, Hernández-Rodríguez J, Lázaro J y Clavo B. Estudio descriptivo sobre el perfil de los pacientes derivados a la unidad de tratamiento del dolor crónico del Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín (UTDC-HUGCDN) como base para la reorganización de esta. Revista de la Sociedad Española del Dolor, 2021; 28-5:253-62.

El diagnóstico más frecuente en la UTDC es de forma muy significativa el de lumbalgia, representando el 63,0% de los pacientes atendidos.

Ilustración 40: Distribución de los diagnósticos/ localización del dolor de la UTDC del CHUGC Dr. Negrín (en %). Julio de 2017 a octubre de 2020

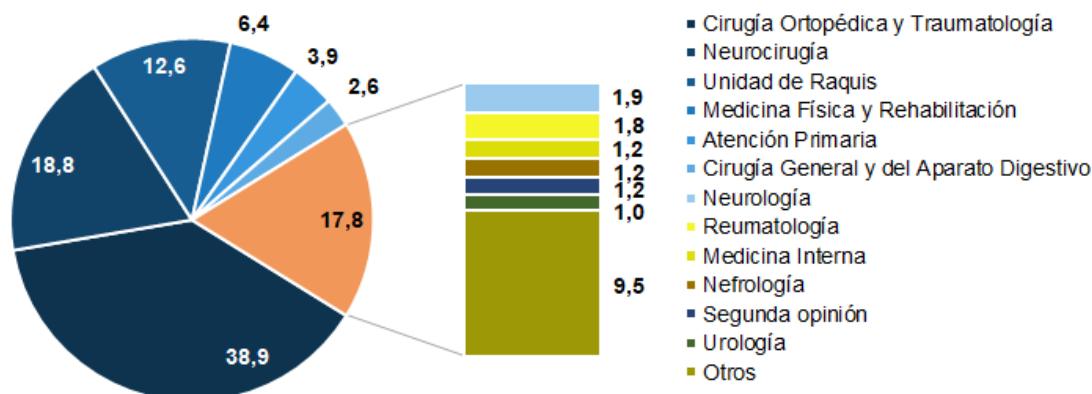


Fuente: Caramés MA, Navarro-Rivero M, Pérez-Lehmann C, Hernández-Rodríguez J, Lázaro J y Clavo B. Estudio descriptivo sobre el perfil de los pacientes derivados a la unidad de tratamiento del dolor crónico del Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín (UTDC-HUGCDN) como base para la reorganización de esta. Revista de la Sociedad Española del Dolor, 2021; 28-5:253-62.



Los servicios que en mayor medida derivan a la UTDC son los de Cirugía Ortopédica y Traumatología, con el 38,9% de los casos, Neurocirugía, con el 18,8% y Unidad de Raquis, con el 12,6%.

Ilustración 41: Distribución de los servicios de procedencia de los pacientes derivados a la UTDC del CHUGC Dr. Negrín (en %)



Fuente: Estudio descriptivo sobre el perfil de los pacientes derivados a la Unidad de Tratamiento del Dolor Crónico del Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín (UTDC-HUGCDN) como base para la reorganización de ésta. Miguel A. Caramés Álvarez et al. Artículo en pre-publicación. Revista de la Sociedad Española del Dolor. 2021

5.3. Formación y docencia

Profesionales médicos

Actualmente, en la formación básica, el dolor se aborda únicamente en determinadas asignaturas como Fisiología, Farmacología, Neurología, Cirugía, Propedéutica y Pediatría, pero no es frecuente que las universidades incluyan de forma individualizada el dolor como asignatura en sí misma. Además, en la mayoría de los casos en los que el dolor se constituye como una asignatura independiente, ésta tiene carácter optativo, lo que dificulta que, con carácter general, los alumnos tengan una visión integral del abordaje del dolor.

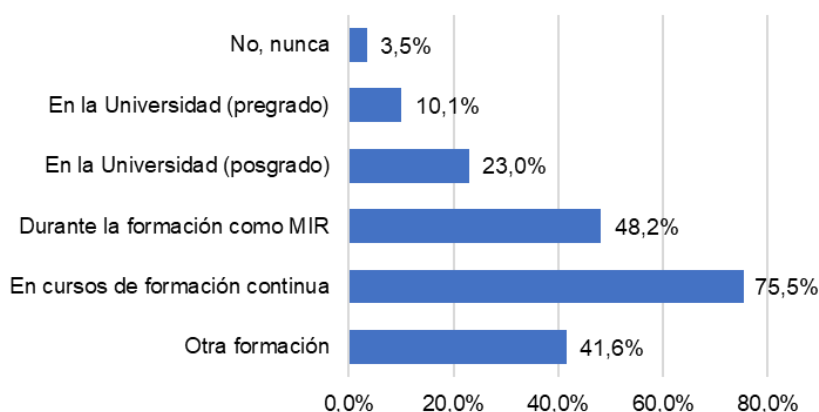
Adicionalmente, en los estudios de postgrado muchas universidades diseñan acciones formativas que abordan de forma específica el dolor.

En Canarias, tanto en asignaturas de carácter obligatorio como en optativas y en el rotatorio de la Universidad de Las Palmas de Gran Canaria y de la Universidad de La Laguna se incluyen temas específicos de fisiopatología y farmacología del dolor, agudo y crónico, especialmente neuropático y oncológico.

De acuerdo con un artículo publicado en el año 2018, el 76,3% de los profesionales clínicos considera que tiene carencias relativas al manejo del dolor. Igualmente, se establece que los profesionales que reciben formación específica sobre el dolor en los estudios de pregrado en la Universidad representan tan solo el 10,1%, y los de postgrado el 23,0%. Durante la formación de médicos internos residentes (MIR), los profesionales médicos que reciben formación específica sobre el dolor ascienden al 48,2%. Sin embargo, el 75,5% de los profesionales consultados indica que la formación en el ámbito del dolor la recibió a través de cursos de formación continua [18].



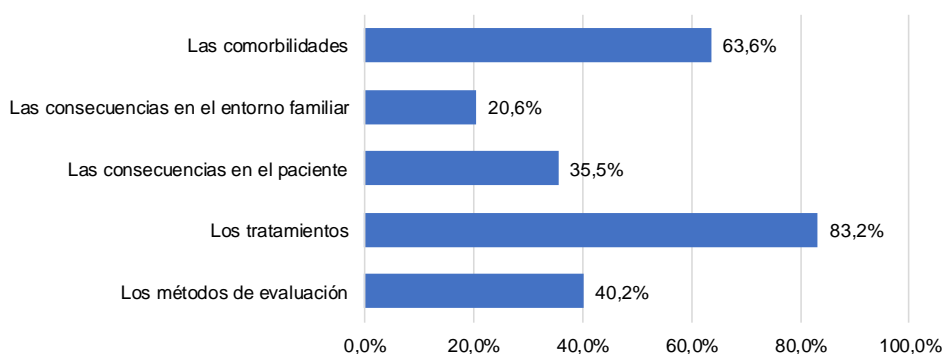
Ilustración 42: Formación recibida acerca del dolor



Fuente: Dueñas M, y cols. Relationship Between Using Clinical Practice Guidelines for Pain Treatment and Physicians' Training and Attitudes Toward Patients and the Effects on Patient Care. Pain Pract. 2018

En cuanto a las áreas de conocimiento en las que los profesionales clínicos les gustaría profundizar destacan los tratamientos, con el 83,2%, seguido de las comorbilidades con el 63,6%.

Ilustración 43: Aspectos sobre el dolor que les gustaría conocer mejor a los profesionales clínicos



Fuente: Dueñas M, y cols. Relationship Between Using Clinical Practice Guidelines for Pain Treatment and Physicians' Training and Attitudes Toward Patients and the Effects on Patient Care. Pain Pract. 2018

Formación y docencia en las UTDs de Canarias

Con relación a la formación y docencia, la UTD del CHUGC Dr. Negrín, del Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno-Infantil (CHUIMI), del CHUC y del CHUNSC llevan a cabo la formación MIR de las especialidades implicadas en el tratamiento del dolor, los cuales rotan dentro de su itinerario formativo por las UTD. Igualmente, también realizan la formación de los residentes de Medicina Familiar y Comunitaria.

Pacientes

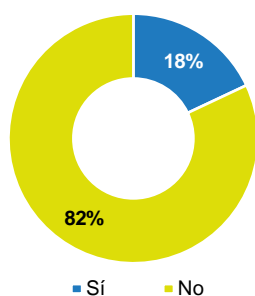
En general, el 82% de los pacientes consideran que la **información recibida acerca del manejo del dolor crónico es insuficiente**, con independencia de que se la proporcione un profesional médico o una organización de pacientes.

En mayor medida la información que se ofrece a los pacientes es relativa al ejercicio físico, el tratamiento del dolor y las técnicas de relajación, según el 69%, el 63% y el 62% de los pacientes, respectivamente.

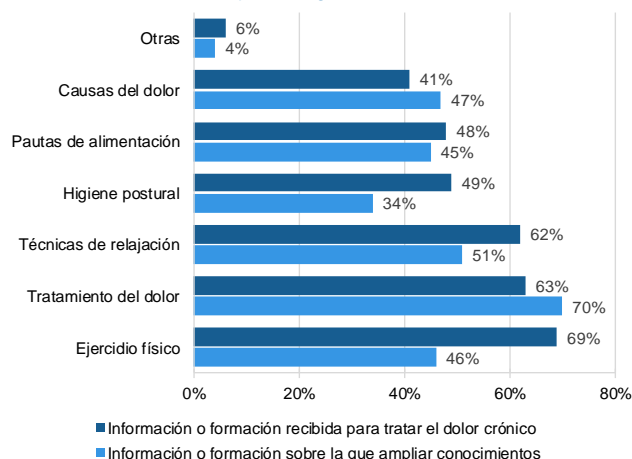


Ilustración 44: Información / formación a pacientes

Suficiencia de la información recibida



Necesidades y tipología de información recibida



Fuente: El dolor en la enfermedad crónica desde la perspectiva de los pacientes. Plataforma de Organizaciones de Pacientes, 2018.

Aulas de Salud

Las Aulas de Salud es una iniciativa de la Dirección General de Programas Asistenciales, que desde 2018 depende de la Dirección General de Salud Pública y que tienen por objeto impulsar y evaluar las acciones de Educación para la Salud Grupal en Atención Primaria.

A través de este proyecto se pretende favorecer la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades contribuyendo a la mejora del estado de salud de la población en Canarias. Las aulas ponen a disposición de los ciudadanos una oferta de acciones y recursos de educación para la salud en torno a 7 grandes áreas temáticas: atención a las personas mayores, continuidad de los cuidados, programa de atención a la salud afectivo-sexual y reproductiva (P.A.S.A.R.), promoción de la salud y prevención de la enfermedad, salud cardiovascular, salud en la infancia y adolescencia y salud oral.

El alcance de las actuaciones de las Aulas de Salud abarca a todas las Zonas Básicas de Salud del archipiélago e implica de forma conjunta a las administraciones locales, los centros escolares y las asociaciones empresariales y vecinales.

La metodología seguida para el desarrollo de las Aulas de la Salud se basa en la formación de los profesionales sanitarios de Atención Primaria fundamentalmente en tres grandes ámbitos: la educación para la salud, la dinámica de grupos y modelo educativo experiencial, y la formación específica en contenidos y recursos sobre un área temática determinada. Posteriormente, se llevan a cabo las actividades formativas a la población, a través de diferentes talleres educativos que ponen en marcha los profesionales de la salud.

Como parte de los programas formativos de las Aulas de Salud se imparten tres talleres de Higiene Postural, que ayudan a prevenir la aparición del dolor como consecuencia de mantener malas posturas corporales de forma habitual. Estos talleres son:

- Taller “cuidados de la espalda e higiene postural”.
- Taller “cuido mi espalda”.
- Taller “espalda sana en la persona adulta”.



Escuela de Pacientes de Canarias

Es un proyecto que forma parte del Compromiso para la mejora de la Sanidad Pública de Canarias y está orientado a fomentar el paciente activo. Para ello se desarrollan talleres con grupos reducidos de pacientes, familiares y cuidadores, en los que se favorece el intercambio de conocimientos y la adquisición de habilidades entre personas que comparten la experiencia de alguna enfermedad crónica con el propósito de mejorar su calidad de vida.

La Escuela de Pacientes de Canarias pretende apoyar y capacitar a las personas que acuden a los talleres para:

- Mejorar sus habilidades, motivación y confianza para manejar los síntomas de la enfermedad crónica.
- Favorecer hábitos de vida más saludables.
- Cumplir mejor las recomendaciones y tratamientos.
- Mejorar los resultados en salud.
- Mejorar la comunicación con los profesionales sanitarios.
- Utilizar los recursos sanitarios de forma eficiente.

Las gerencias sanitarias de todas las islas del archipiélago participan en esta iniciativa, la cual, además de abordar las temáticas programadas a nivel regional, también lleva a cabo talleres específicos sobre enfermedades crónicas con especial incidencia, muchas de ellas causante de dolor de carácter crónico. Entre estas enfermedades se encuentran la fibromialgia y las patologías osteomusculares como la artritis reumatoide y la juvenil.

5.4. Investigación

Producción científica

La producción científica relativa a los aspectos relacionados con el DCNO en Canarias ha sido limitada, quizás como consecuencia de que hasta el momento no ha existido un impulso significativo a las estrategias y estructuras asistenciales para coordinar la atención a las personas con dolor de origen no oncológico.

En relación con Canarias se han identificado 142 artículos diferentes de interés potencial, de los cuales 26 fueron producidos por profesionales sanitarios de Canarias entre los años 1989 y 2019. La mayor producción se origina del ámbito hospitalario (89 %) con algunas aportaciones desde el ámbito extrahospitalario (11%). El foco de interés de la mayoría de este limitado número de publicaciones se orienta hacia la evaluación de la eficacia de diferentes tipos de intervenciones terapéuticas médicas o quirúrgicas, destacando 18 publicaciones centradas sobre la eficacia del ozono en diferentes situaciones clínicas que provocan dolor, todas ellas impulsadas por la unidad del dolor del Hospital Universitario de Gran Canaria “Dr. Negrín” ([19], [20], [21], [22], [23], [24], [25], [26], [27], [28], [29], [30], [31], [32], [33], [34], [35]). El resto de las publicaciones se centraron sobre aspectos puntuales como la distrofia simpático-refleja [36], la osteoporosis [37] y los problemas óseo-articulares en diferentes localizaciones anatómicas ([38], [39], [40], [41]). Algunos estudios tienen su foco en los aspectos organizativos de las unidades asistenciales para concentrar la atención a las personas con dolor no oncológico [42] y a la evaluación de terapias carentes de evidencia científica de eficacia y en los costes evitables incurridos [43]. A destacar la utilización de diseños de investigación exigentes, mediante el uso de ensayos clínicos aleatorizados,



en los estudios relacionados con la evaluación de la eficacia del ozono en diferentes aplicaciones clínicas que cursan con dolor.

Actividad investigadora

La UTD del CHUGC Dr. Negrín ha llevado a cabo un ensayo clínico sobre estimulación medular y tumores cerebrales malignos junto al servicio de Oncología Radioterápica del hospital, otro sobre el ozono intradiscal en Hospital de Día en lista de espera quirúrgica. Igualmente, ha desarrollado un estudio prospectivo aleatorizado comparativo de dos tipos de medicación IV para el tratamiento de la fibromialgia y un estudio sobre el coste efectividad de las unidades del dolor. Por su parte el CHUNSC ha desarrollado el estudio Qdiseo y el estudio Frágil.

5.5. Impacto de la pandemia de COVID-19

La pandemia producida por la COVID-19 ha provocado en los ciudadanos una situación de aislamiento o distanciamiento social como no se había conocido en las últimas décadas. Si bien esta situación alcanzó su punto álgido durante el primer semestre de 2020 a raíz del confinamiento obligatorio decretado por el Gobierno de España, la sucesión de olas de COVID-19 han provocado un alargamiento de esta situación, ya sea por factores intrínsecos a la persona (miedo al contagio o aislamiento por contagio propio) o externos (aislamiento por contagio de contactos estrechos).

Esto ha repercutido significativamente en los pacientes con dolor crónico, empeorando su estado de salud y condicionando también una peor percepción subjetiva de su enfermedad. De hecho, el 59,4% de las personas con dolor percibe que el confinamiento incrementó su problema de salud, según una encuesta de la SED. Asimismo, el 91,4% de los encuestados indicó que el confinamiento ha afectado a su estado emocional y solo un 49% mantuvo el ejercicio físico diario recomendado por los profesionales sanitarios [44].

Ilustración 45: Impacto de la COVID-19 en pacientes con dolor crónico



Fuente: Resultados encuesta paciente dolor crónico y Covid-19. Sociedad Española Del Dolor (SED). Madrid, junio de 2020

Otro efecto negativo de la pandemia en la gestión del dolor crónico es la disminución de las actuaciones de carácter diagnóstico. Durante este periodo disminuyó la asistencia de los pacientes a consultas, se aplazaron pruebas diagnósticas y complementarias, y se retrasaron muchos tipos de procedimientos, lo cual dio lugar a una caída de derivaciones a las UTDC. Además, se suspendieron numerosas sesiones quirúrgicas lo que, en algunos casos, ha hecho que el paciente conviva durante más tiempo con su dolor. La UTDC del CHUGC Dr. Negrín, ha constatado que se produjo un descenso en el número derivaciones durante la primera oleada de alrededor de 60 pacientes al mes



durante tres meses, en la segunda de unos 40 pacientes al mes durante 2 meses y en la tercera poco más de 20 y durante un solo mes. Esto supuso respectivamente el 46,2%, el 30,8% y el 15,4% de los pacientes promedio mensuales atendidos por la Unidad (aproximadamente 130) [45].

Si bien estas cifras revelan que se ha ido produciendo una adaptación progresiva que ha ido normalizando la actividad asistencial, existe un segmento de pacientes que puede sufrir las consecuencias de este desfase temporal, habiendo incrementado su sensación de dolor y disminuido su capacidad de movilidad y funcionalidad.

Igualmente, han existido dificultades para llevar a cabo la atención y el seguimiento de los pacientes con dolor crónico, ya que la mayor parte de los recursos se han destinado a la atención de los pacientes con COVID-19 lo que ha hecho que la evaluación y valoración integral periódica necesaria para el paciente con dolor crónico se vea afectada, lo que a su vez ha dificultado la revisión y adecuación del plan terapéutico.

A su vez, esto también ha provocado que en determinados momentos el tratamiento del dolor haya descansado de manera casi exclusiva en la ingesta de fármacos, con las consecuencias a medio y largo plazo que esto puede conllevar y en un contexto en el que además no existía conocimiento acerca de posibles interacciones entre algunos medicamentos analgésicos o coadyuvantes ingeridos por los pacientes COVID-19 positivos y cualquier otro proceso fisiológico. Pero incluso para acceder a esta solución los pacientes se han enfrentado a nuevas dificultades, afrontando problemas de adherencia por la falta de acceso fármacos hospitalarios que no se podían recoger en el lugar habitual para evitar los desplazamientos de las personas.

Además, cabe señalar que incluso en las etapas de desescalada, la AP ha seguido soportando gran parte de la carga asistencial de los pacientes con COVID-19, por lo que el personal existente no siempre alcanza para atender el resto de las patologías de manera adecuada, a pesar de su encomiable esfuerzo.

De todo esto se puede concluir que, si bien las secuelas biológicas y psicológicas como consecuencia de la pandemia sobre los pacientes con dolor aún no han sido esclarecidas plenamente, los sistemas de salud deben estar preparados para la atención de un nuevo perfil de paciente que sufra de ese tipo de secuelas, requiriendo una atención más específica.

Este cambio del perfil del paciente debe ser un motivador para el impulso de un modelo multidisciplinar que incorpore una valoración y un seguimiento multidimensional del paciente, facilitándoles el acceso coordinado a servicios como la rehabilitación o el apoyo psicológico, con la posibilidad de aprovechar el desarrollo de un modelo asistencial que ha comenzado durante el periodo de pandemia, incorporando el uso de herramientas telemáticas.

Este tipo de herramientas facilita la accesibilidad a la atención a los pacientes, la disminución de las listas de espera y la realización de desplazamientos innecesarios. No obstante, es preciso un mayor desarrollo de protocolos de triaje que permitan diferenciar qué pacientes necesitan visitas presenciales y cuales pueden recibir el cuidado online, en función de la fase de su proceso evolutivo en que se encuentren, del grado de severidad de su dolor, o de cualquier otro criterio que establezcan los expertos. No obstante, cabe señalar que la incorporación de la telemedicina en los distintos ámbitos de la atención sanitaria se ha producido de manera algo precipitada y cabe la posibilidad de que se necesite incorporar nuevos servicios de ciberseguridad aconsejables para garantizar el cumplimiento de los derechos recogidos en la Ley de



Autonomía del Paciente y la Ley de Protección de Datos, siendo este un aspecto a considerar [46].

Por otro lado, aún existe un amplio camino por recorrer en el empleo de herramientas de comunicación para potenciar la educación en salud y el autocuidado de los pacientes, así como en la prestación de apoyo en la superación de las secuelas de pandemia. En este tipo de actividades las asociaciones de pacientes también pueden jugar un papel aún más relevante al actual, aportando toda su experiencia y el conocimiento relativo a la enfermedad y vida de sus integrantes. Durante la pandemia, las asociaciones de pacientes han demostrado su capacidad de apoyo al SNS, ganando peso en el desarrollo de otras acciones como la entrega de tratamiento farmacológico en el domicilio de pacientes de elevado riesgo o movilidad reducida, seguimiento del estado de salud y/o anímico o realización de terapias de rehabilitación, lo cual invita a seguir explorando posibilidades en esa dirección [47].

Adicionalmente al impacto que la pandemia ha supuesto en la atención de los pacientes con DCNO, cabe considerar también el dolor que genera en los pacientes con Covid persistente, siendo de diferentes tipos y en distintas localizaciones. De esta forma, según la encuesta realizada por la SEMG con la colaboración de la alianza de colectivos de pacientes LongCovid ACTS, se obtuvo que entre los síntomas más frecuentes del Covid persistente estaban 6 tipologías de dolor que figuran entre los síntomas más incapacitantes, y que afectan a la mayor parte de las personas contagiadas: 86,5% cefalea, 82,8% mialgias, 79,1% artralgias, 77,7 % lumbalgia, 71,3% cervicalgia, 70,1% dolor torácico. Aunque el dolor crónico puede aparecer en pacientes de todas las edades, es más frecuente en las personas de mayor edad y en pacientes pluripatológicos, donde la pandemia COVID-19 ha tenido un mayor impacto. La COVID-19 puede originar la aparición de efectos crónicos en múltiples órganos y sistema al desencadenar una respuesta autoinmune significativa en los pacientes. Adicionalmente, se asocia dolor crónico a los pacientes que permanecieron en las unidades de cuidados intensivos, los supervivientes al distrés respiratorio del adulto, el deterioro mental, cognitivo y funcional [48].